



**Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – zveza društev medicinskih sester, babic in
zdravstvenih tehnikov Slovenije**

in



Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji

***KAKOVOSTNO IN VARNO DELO V
PSIHIATRIJI***

Zbornik z recenzijo

Maribor, oktober 2019



Organizator:

ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE – ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PSIHIATRIJI Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji v sodelovanju z Univerzitetnim kliničnim centrom Maribor, Oddelek za psihiatrijo

Strokovni seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji

KAKOVOSTNO IN VARNO DELO V PSIHIATRIJI

Maribor, 18. oktober 2019

Zbornik prispevkov z recenzijo

Urednika:

Simona Podgrajšek

Ivanka Videčnik

Recenzenta:

dr. Branko Bregar

dr. Peterka Novak Jožica

Zbrala in tehnično uredila:

Simona Podgrajšek

Tisk:

ABO grafika

Naklada:

120 izvodov

Lektoriral:

Kristijan Šinček

Programsko-organizacijski odbor: Darko Lončnar, Aljoša Lapanja, Simona Podgrajšek, Ivanka Videčnik, Jernej Kocbek, Ksenija Pirš

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, Ljubljana

Publikacija je dostopna tudi na: <http://www.sekcijapsih-zn.si>

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Univerzitetna knjižnica Maribor

616.89-083(082)

ZBORNICA zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji (2019 ; Maribor) Kakovostno in varno delo v psihiatriji : zbornik z recenzijo / [Strokovni seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji], Maribor, oktober 2019 ; [organizator] Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji ; [urednika Simona Podgrajšek, Ivanka Videčnik]. Zbornik - [Ljubljana] : Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, 2019

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

ISBN 978-961-94686-5-4 (PDF)

COBISS.SI-ID 97418753

PROGRAM STROKOVNEGA IZOBRAŽEVANJA

08.15–09.00 **Registracija udeležencev**

45 min

09.00–09.15 **Uvodni pozdrav in organizacija dneva**

15 min

*Darko Lončnar, dipl. zn., mag. zdr.- soc. manag.
asist. Jure Koprivšek, dr. med., spec. psih.
Ivanka Videčnik, dipl. m. s., univ. dipl. org.*

I. SKLOP

Moderatorka: *Dragica Križanec*

09.15–0.00 **Kakovost in varnost v zdravstvu**

45 min

doc. dr. Vesna Zupančič, dipl. m. s., mag. vzg. in mag. v zdr.

10.00–0.30 **Je lahko pritožba pacienta tudi priložnost za izboljšanje kakovosti zdravstvene obravnave?**

30 min

doc. dr. Boštjan Lanišnik, dr. med.

10.30–0.45 **Razprava**

15 min

10.45–11.00 **Odmor**

15 min

11.00–11.30 **Kakovostna obravnava v skupnosti – povezanost ravni zdravstvenega in socialnega varstva**

30 min

prof. dr. Vesna Švab, dr. med., spec. psih.

11.30–12.00 **Razhajanja med pričakovanji in možnostmi v zdravstveni obravnavi**

30 min

dr. Anja Plemenitaš, dr. med., spec. psih.

12.00–12.30 **Zadovoljstvo in stres zaposlenih kot dejavnika kakovosti obravnave pacienta**

30 min

izr. prof. dr. Sara Tement, univ. dipl. psih.

12.30–12.45 **Razprava**

15 min

12.45–13.30 **Odmor s pogostitvijo**

45 min

II. SKLOP: KULTURA VARNOSTI V PSIHIATRIJI

Moderatorka: *Sanja Kuzmič*

13.30–14.00 **Opravljanje asistence in pooblastila policije pri obravnavi pacienta z duševno motnjo**

30 min

Robi Štrman, samostojni policijski inšpektor I, Sektor uniformirane policije Maribor

14.00–14.15 **Komunikacija – eden od pomembnih dejavnikov pri zagotavljanju kakovostnega in varnega dela v psihiatriji**

15 min

Ivanka Videčnik, dipl. m. s., univ. dipl. org.

14.15–14.30 **Timsko delo, medpoklicno sodelovanje, pogovori o varnosti**

15 min

dr. Mojca Dobnik, dipl. m. s., univ. dipl. org.

14.30–14.45 **Varnostni zapleti na Oddelku za psihiatrijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor in ukrepi za reševanje**

15 min

Aleš Zemljič, dipl. zn., univ. dipl. org.

- 14.45–15.00 **Varnostni odkloni in tveganja s katerimi se srečujemo na Enoti za forenzično psihiatrijo**
15 min
Sabina Finžgar, dipl. m. s.
- 15.00–15.15 **Je prijaznost v povezavi s profesionalnostjo zagotovilo za zadovoljstvo pacientov?**
15 min
Simona Podgrajšek, dipl. m. s., univ. dipl. org.
- 15.15–15.30 **Razprava**
15 min
- 15.30 **Zaključek strokovnega izobraževanja in podelitev potrdil**

KAZALO

KAKOVOST IN VARNOST V ZDRAVSTVUNapaka! Zaznamek ni definiran. Vesna Zupančič	
KAKOVOSTNA OBRAVNAVA V SKUPNOSTI – POVEZANOST RAVNI ZDRAVSTVENEGA IN SOCIALNEGA VARSTVA.....	7
Vesna Švab	
RAZHAJANJA MED PRIČAKOVANJI IN MOŽNOSTMI V ZDRAVSTVENI OBRAVNAVI	12
Anja Plemenitaš	
ZADOVOLJSTVO IN STRES ZAPOSLENIH KOT DEJAVNIKA KAKOVOSTI OBRAVNAVE PACIENTA.....	15
Sara Tement	
OPRAVLJANJE ASISTENCE IN POOBLASTILA POLICIJE PRI OBRAVNAVI PACIENTA Z DUŠEVNO MOTNJO.....	18
Robi Štrman	
KOMUNIKACIJA – EDEN OD POMEMBNIH DEJAVNIKOV PRI ZAGOTAVLJANJU KAKOVOSTNEGA IN VARNEGA DELA V PSIHIATRIJI.....	25
Ivanka Videčnik	
TIMSKO DELO, MEDPOKLICNO SODELOVANJE, POGOVORI O VARNOSTI	Napaka!
Zaznamek ni definiran. Mojca Dobnik	
VARNOSTNI ZAPLETI NA ODDELKU ZA PSIHIATRIJO UNIVERZITETNEGA KLINIČNEGA CENTRA MARIBOR IN UKREPI ZA REŠEVANJE.....	38
Aleš Zemljč	
VARNOSTNI ODKLONI IN TVEGANJA S KATERIMI SE SREČUJEMO NA ENOTI ZA FORENZIČNO PSIHIATRIJO.....	44
Sabina Finžgar	
JE PRIJAZNOST V POVEZAVI S PROFESIONALNOSTJO ZAGOTOVILO ZA ZADOVOLJSTVO PACIENTOV?.....	50
Simona Podgrajšek	

KAKOVOST IN VARNOST V ZDRAVSTVU

doc. dr. Vesna Zupančič

Ministrstvo za zdravje

Vesna.Zupancic@gov.si

Izvelek

Teoretična izhodišča: Znanje o sistematičnih prizadevanjih za izboljšanje kakovosti, varnosti in izidih zdravstvene oskrbe narašča. Kakovost in varnost v zdravstvu kot pravica pacientov predstavljata izziv tako na nacionalni, organizacijski, klinični in osebni ravni. V prispevku so osvetljene ključne vrzeli v upravljanju varnosti pacientov v Sloveniji; vzpostavlja se namreč nov sistem upravljanja z varnostnimi odkloni in tveganji za varnost pacientov. Namen je tako predstaviti pregled dimenzij in funkcij upravljanja varnosti v zdravstvu za lažjo uveljavitev sistema. **Metoda:** Uporabljena je kvalitativna analiza vsebine mednarodnega vprašalnika o upravljanju varnosti v zdravstvu in dosedanjih ugotovitev v okviru projekta SenSys. **Rezultati:** Prepoznani so spodbujajoči in ovirajoči dejavniki za izboljševanje varnosti pacientov. Najpomembnejše funkcije za razvoj varnosti v zdravstvu so krepitev ustreznih veščin in kompetenc v času izobraževanja in v času aktivnega delovanja, vodenje za razvoj kulture varnosti in nacionalna zakonodaja o kakovosti in varnosti v zdravstvu. **Razprava:** Ključne dejavnosti Ministrstva za zdravje za področje varnosti so osredotočene na vzpostavitev nacionalnega sistema upravljanja z varnostnimi odkloni in tveganji za varnost, vzpostavitev sistema za merjenje in spremljanje napredka pri varnosti pacientov z izvedbo nacionalnega merjenja kulture varnosti in priprava strategije na področju kakovosti in varnosti v zdravstvu. Pri tem bodo načrtovane aktivnosti imele vpliv tudi na kakovost in varnost psihiatrične obravnave pacientov. **Zaključek:** Potrebno je storiti korak naprej za varnost v zdravstvu tudi pri povezovanju podatkov in ugotovitev, kolektivno učenje in ciljno skupno ukrepanje na vseh ravneh.

Ključne besede: nacionalni sistem, kultura kakovosti in varnosti, varnostni odkloni, varnost pacientov, psihiatrična zdravstvena nega

Uvod

Znanje o sistematičnih prizadevanjih za izboljšanje kakovosti, varnosti in izidov zdravstvene oskrbe v zadnjih desetletjih narašča (Singer, 2015). Izvajalec zdravstvene oskrbe mora vzdrževati in nenehno izboljševati zdravstveno oskrbo, tako da je učinkovita, dostopna, na pacienta usmerjena, pravična in varna (Nicolay, et al., 2019). Vendar pa je tako kot pri vseh izboljšavah težko določiti prave prioritete in vedeti, kdaj bodo doseženi želeni rezultati (Alexander & Hearld, 2011).

Kakovost in varnost v zdravstvu kot ena od pravic pacientov predstavljata izziv tako na nacionalni, organizacijski, klinični in osebni ravni. Literatura je bogata s primeri uspešnih pobud za izboljšanje kakovosti in varnosti, ki so večinoma povezane s specifičnimi situacijami posameznih zavodov in lokalnih razmer (Selvin, et al., 2019). Vprašanje pa je, kateri od teh primerov dobrih praks je prenosljiv in kaj je bilo tisto ključno, kar je vplivalo na enako pozitiven rezultat prenosa primera dobre prakse znotraj zavoda, v zavod druge vrste, znotraj države ali celo v drugo državo. Ugotovljeno je bilo namreč, da ponovitev na enak način največkrat ne obrodi enako dobrih rezultatov in da je eden od razlogov za težave s

prenosljivostjo primerov dobre prakse pomanjkanje razumevanja mehanizmov, s katerimi organizacije dosegajo izboljšave (Singer, 2015). Na ravni Evropske unije in širše se pripravljajo številna poročila in priporočila za izboljševanje varnosti v zdravstvu. Tako je npr. za področje spremljanja varnostnih odklonov in tveganj pripravljen klasifikacijski okvir Svetovne zdravstvene organizacije za varnost pacientov – ICPS (WHO, 2009), ki zajema pregled primerov sistema varnosti pacientov »*patient safety incidents system*« v drugih državah (Evropska komisija, 2014), koliko stanejo varnostni odkloni zdravstveno blagajno (Zsifkovits, 2016). Obstajajo forumi, revije, agencije, inštituti za kakovost in varnost v zdravstvu, strokovna združenja strokovnjakov in pacientov itd. Za vzpostavitev sistema za zagotavljanje kakovosti in varnosti sta aktualna tako »*top down/oz odzgoraj navzol*« kot tudi »*bottom-up/od spodaj navzdol*« pristop. Voditelji zdravstvenih zavodov, ki vidijo težave s kakovostjo in varnostjo v zdravstvu kot izziv za preseganje potrebujejo smernice, kako doseči izboljšanje (Singer, 2015).

V Sloveniji imamo Resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja« (2016), ki vključuje tudi področje kakovosti in varnosti. Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015) (Ministrstvo za zdravje, 2015) je pretekla. Ministrstvo za zdravje je pripravilo v sodelovanju s Službo za strukturni razvoj Evropske komisije več različnih projektov, kot npr. merjenje izkušenj pacientov z zdravstveno obravnavo - PREMs in PROMs, HSPA za oceno sistema zdravstvenega varstva, ki vključuje tudi indikatorje kakovosti in varnosti, in projekt SenSys za vzpostavitev sistema upravljanja z varnostnimi odkloni in tveganji za varnost v zdravstvu.

Projekt SenSys vključuje tri ključne naloge: (1) priprava zakonske podlage, (2) vzpostavitev IT podpore sistemu z uvedbo klasifikacijskega okvira ICPS in (3) razvoj kulture varnosti (Ministrstvo za zdravje, 2018). Sicer se projekt zaključuje, a za zagotovitev trajnosti rezultatov projekta in celostno umestitev v sistem bodo v naslednjem dvoletnem projektu tekla prizadevanja za:

- vzpostavitev celovitega sistema zagotavljanja varnosti v zdravstvu z implementacijo sistema upravljanja z varnostnimi odkloni in tveganji za varnost v letu 2021,
- analizo možnosti v povezavi z vzpostavitvijo sistema nekrivdne odškodnine,
- vzpostavitev trajnostne in stabilne arhitekture kakovosti za nenehno izboljševanje kakovosti zdravstvenega varstva.

Ko se začnemo spraševati, kaj vse zajema prizadevanje za kakovost in varnost, lahko povzamemo, da ukrepi za varnost in ukrepi za kakovost niso vedno premosorazmerno povezani. Skrb za varnost je eno od načel kakovosti (Ministrstvo za zdravje, 2010) in je tako obsežno področje, da samo po sebi predstavlja enovito celoto (Globalpatientsafety forum, 2019). Prizadevanja za varnost v zdravstvu vključujejo številna področja, je pa potrebno razlikovati med varnostjo (angl. *safety*) kot preprečevanjem varnostnih odklonov in varnostjo (angl. *security*) kot preprečevanjem zlonamernih dejavnosti ljudi (Gearbrain, n.d.). Namen prispevka je predstaviti primer vprašalnika o varnosti (*safety*) v zdravstvu (OECD, 2019) s ciljem, da se osvetli ključne vrzeli, ki se jim moramo bolj intenzivno posvetiti v prihodnosti.

Metoda

Uporabljena je kvalitativna analiza vsebine vprašalnika (OECD, 2019) in dosedanjih ugotovitev v okviru projekta SenSys v tem kontekstu. Končno poročilo OECD na podlagi obravnavnih vprašalnikov bo sicer osvetlilo izkušnje držav pri krepitvi varnosti pacientov z razvojem in izvajanjem različnih funkcij upravljanja. Ključne teme so naslednje: (1)

dimenzije in funkcije varnosti v zdravstvu, (2) situacije na področju varnosti v zdravstvu v Sloveniji, (3) glavna področja izvajanja v zadnjih desetih let pri vzpostavljanju in izvajanju funkcij upravljanja varnosti v naši državi, (4) prispevajoči ali ovirajoči dejavniki k razvoju varnosti, (5) ključne dejavnosti, na katere se bomo osredotočili.

Rezultati

Pregled dimenzij in funkcij upravljanja varnosti v zdravstvu je predstavljen v tabeli 1.

Tabela 1: Pregled dimenzij in funkcij upravljanja varnosti

Dimenzije	Funkcije	
Jasno opredeljene nacionalne/ vseevropske vloge in odgovornosti	Nacionalna zakonodaja o kakovosti in varnosti	/
	Nacionalna agencija za kakovost in varnost	/
	Nacionalni varnostni standardi	/
	Nacionalni varnostni program za paciente	/
Sistemi za merjenje in spremljanje napredka	Določen je bil nabor kazalnikov, ki podpirajo varnostne standarde	da
	Notranji nadzor varnosti pacienta za stalno izboljševanje	da
	Postopki in rezultati zunanje akreditacije, inšpekcije ali revizije varnosti pacientov	da
Ključne odgovornosti	Ponudnik finančne spodbude in/ali kazni, ki se jih uporablja za spodbujanje in zagotavljanje varnosti	/
	Redno javno poročanje o kazalnikih varnosti in učinkovitosti pacientov	da
	Pogodbe in/ali dogovori o zagonu vključujejo varnostne zahteve	da
Krepitev zmogljivosti za zagotovitev ustreznih veščin in kompetenc	Varnostne kompetence, ki so vgrajene v učni načrt študentov različnih zdravstvenih ved	da
	Stalno usposabljanje kot del poklicnega razvoja zdravstvenega osebja	da
	Razvoj vodenja in vodenje za spodbujanje kulture varnosti pacientov	ne
Vključevanje ključnih deležnikov	Sistemska poročila agencije, ki je odgovorna za varnost bolnikov vladi	ni relevantno
	Organizacije za zagotavljanje zdravstvenega varstva, ki povezujejo klinično upravljanje s korporativnim upravljanjem	da
	Zastopanost pacientov v uradnih vlogah in postopkih odločanja	da

Glavna področja izvajanja zadnjih deset let pri vzpostavljanju in izvajanju funkcij upravljanja varnosti v Sloveniji so bila predvsem na treh ravneh:

- skrb za razvoj “varnostne kompetence” skozi vsebino predmetnikov in učnih načrtov študijskih programov,
- razvoj vodenja za spodbujanje kulture varnosti pacientov,
- vzpostavitev nacionalne zakonodaje o kakovosti in varnosti.

Izstopajoči prispevni dejavniki pri razvoju varnosti v zdravstvu so: skupina motiviranih zaposlenih, “ki potiskajo področje naprej”, “pridobljeni projekti in tehnična podpora”, in močna civilna pobuda “glas civilnih združenj in pacientov”. Ovire za razvoj pa predstavljajo: Pogosta menjava političnih odločevalcev, pomanjkanje financiranja in zapletenost postopka javnih naročil, kadrovski primanjkljaj, primanjkljaj v kompetencah ključnih strokovnjakov in vodij ter če ni posebne zakonodaje. Kultura varnosti ni spremljana redno, sistematično.

Izvajalci zdravstvene dejavnosti glede varnosti kljub močni zunanji regulaciji že prehajajo na višjo stopnjo delovanja za varnost pacientov, predstavljajo in skušajo prenašati primere dobre prakse (Safety II), medtem ko se na nacionalni ravni sedaj z zamudo šele vzpostavlja sistem (Safety I).

Ključne dejavnosti Ministrstva za zdravje za področje varnosti bodo osredotočene na:

- vzpostavitev nacionalnega sistema upravljanja z varnostnimi odkloni in tveganji za varnost,
- vzpostavitev sistema za merjenje in spremljanje napredka pri varnosti pacientov,
- izvajanje nacionalnega merjenja kulture varnosti,
- vzpostavitev učenja iz različnih virov podatkov in izboljšanje preventivnega delovanja,
- priprava strategije na področju kakovosti in varnosti v zdravstvu itd.

Razprava

Ugotovitve nakazujejo na vrzeli na področju varnosti, ki jih moramo premostiti v naslednjih letih v Sloveniji. Skrb za varnost v zdravstvu se sicer kontinuirano izvaja, vendar pa je prišlo kljub temu do razvojnega zaostanka glede na nekatere druge države, npr., za sistem upravljanja z varnostnimi odkloni (Evropska komisija, 2014). Na področju upravljanja z varnostjo so sicer jasno opredeljene vloge in odgovornosti. To vpliva tudi na razvoj kulture varnosti. Po načelu kroga PDCA pa načrti in usmeritve ter njihovo izvajanje niso dovolj. Potrebna so storiti korak naprej tudi pri povezovanju podatkov in ugotovitev, kolektivno učenje in ciljano skupno ukrepanje na vseh ravneh. Ugotovitve iz pritožb in obravnave pritožb zaradi kršitve pravic po Zakonu o pacientovih pravicah (2008, 2017), iz sistema spremljanja kazalnikov kakovosti, iz različnih vrst nadzorov, iz postopkov akreditiranja in certificiranja, iz sistema spremljanja varnostnih odklonov in tveganj in iz civilnih in kazensko pravnih postopkov, povezanih z negativnimi posledicami zdravstvene obravnave za paciente, je potrebno uporabiti za skupne preventivne akcije in odpravo sistemskih in ostalih pomanjkljivosti. Ključna za ta premik pa je tudi zadostna stopnja kulture varnosti v zdravstvu. Danes je postala običajna praksa v zdravstvenih zavodih merjenje kakovosti kulture pacientove varnosti, da bi ugotovili, prepoznali in naslovili še neodkrita problema na tem področju (Alsaleh, et al., 2019). Nacionalno raziskavo o merjenju kulture varnosti in ocenjevanju kulture varnosti pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti se bo izvedlo pred načrtovano uvedbo sistema upravljanja z varnostnimi odkloni in tveganji za varnost kot t. i. izhodiščno stanje: “Česar ne merimo ne moremo izboljšati!”

Vključeno bo tudi področje psihiatrije. Skrb za kakovost in varnost na področju psihiatrije je prisotna. Posebej se pazi na spoštovanje pravic. Skrb za pravice oseb na področju duševnega zdravja se je v Sloveniji še posebej uveljavila s sprejetjem Zakona o duševnem zdravju leta 2008. Ta je vnesel tudi na področje pravic oseb s težavami v duševnem zdravju prepotrebne spremembe – revolucijo na področju obravnave v skupnosti in dodatno varstvo pravic z zastopniki pravic oseb na področju duševnega zdravja. Zastopniki sicer v povprečju skupno izvedejo od 1500 do 1800 obiskov letno. Za varovanje pravic delujejo poleg zastopnikov pravic osebam na področju duševnega zdravja, sicer po drugih zakonih in za drug namen, tudi varuh človekovih pravic (v povezavi s pravicami iz Ustave RS), zastopniki pacientovih pravic (za pravice v povezavi s postopkom zdravljenja po Zakonu o pacientovih pravicah, 2018, 2017), informacijski pooblaščenec (v povezavi z varstvom osebnih podatkov) itd. Razvoj področja pa je načrtan z Resolucijo o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (2018). Ne glede na obstoječa prizadevanja za kakovost in varnost na področju psihiatrije in na splošno v zdravstvu, je nujno, da se vzpostavi celovit sistem za kakovost in varnost v zdravstvu z normativno podlago. Izpolnjevanje vprašalnika je pokazalo, da kljub močni zunanji regulaciji zdravstvenih zavodov še vedno obstaja prostor samoregulacije, in to je prav na področju kakovosti in varnosti. Varnost kot tisti osnovni standard je merljiv z vidika posledic odstopa od varnosti pri pacientu ali zdravstvenih delavcih in zato predstavlja osnovno normo dela vsakega zaposlenega brez kompromisa, medtem ko je kakovost lastnega

dela in posledično zdravstvene obravnave bistveno bolj odvisna od motivatorjev in higienikov. Strategija kakovosti in varnosti mora nasloviti ukrepe tudi na tem področju.

Zaključek

Ne glede na uspešnost upravljanja sistema za izboljšanje varnosti in kakovosti obravnave pacientov ali posameznega sestavnega dela, nikakor ne moremo mimo dejstva, da kakovost in varnost zdravstvene obravnave "vzhajata v vzgoji otrok", rasteta v izobraževalnem sistemu in se odražata v etiki odrasle populacije, ki dela pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti ali odraža mnenje javnosti. Delo v zdravstvu in na področju psihiatrije je poseben izziv, ki ni viden takoj na prvi pogled. Tega občuti zdravstveni delavec po nekaj letih dela, ko se lahko brez dodatne spodbude kakovost njegova dela zoži zgolj na skrb za varnost. Včasih je to edina možnost, pa vendar mora sistem upravljanja s kakovostjo in varnostjo v zdravstvu nasloviti taka tveganja s konkretnimi ukrepi za podporo tako pacientom kot izvajalcem.

Literatura

- Alsaleh, F. M., Abahussain, E. A., Altabaa, H. H., Al-Bazzaz, M.F. & Almandil, N. B., 2019. Assessment of patients safety culture: a nationwide survey of community pharmacists in Kuwait. *BMC Health Services Research*, 18, pp. 884.
- Alexander, J. A. & Hearld, L. R., 2011. The science of quality improvement implementation: developing capacity to make a difference. *Medical Care*, 49(Suppl), pp. S6–S20.
- Evropska komisija, 2014. Ključne ugotovitve in priporočila glede sistemov sporočanja in učenja o varnostnih zapletih za paciente po Evropi. Available at: http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient_safety/docs/guidelines_psqcwg_reporting_learning_systems_sl.pdf. [10. 7. 2019].
- Gearbrain, n.d. What is the difference between safety and security? Available at: <https://www.quora.com/What-is-the-difference-between-safety-and-security> [10. 7. 2019].
- Global Patients safety forum, 2019. Available at: <https://www.globalpatientsafetyforum.org/> [10. 7. 2019].
- Ministrstvo za zdravje, 2010. Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu. Available at: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/nacionalna_strategija_kakov_in_varn_2010-2015/Nacionalna_strategija_kakovosti_in_varnosti_v_zdravstvu_2010-2015.pdf [10. 7. 2019].
- Ministrstvo za zdravje, 2018. Varnost pacientov. Available at: <https://www.gov.si teme/varnost-zdravstvenega-varstva/> [10. 7. 2019].
- Nicolay, C.R., Purkayastha S., Greenhalgh, A., Benn, J., Chaturvedi, S. & Philips, N.V., 2019. Systematic review of the application of quality improvement methodologies from the manufacturing industry to surgical healthcare. *British Journal of Surgery*, 99(3), pp. 324–35.
- OECD, 2019. System governance towards improved patient safety. Available at: <https://data.oecd.org/health.htm> [10. 7. 2019].
- Resolucija nacionalnega plana zdravstvenega varstva 2016–2025" Skupaj za družbo zdravja". Uradni list RS, št. 25/2016.
- Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (2018). Uradni list RS, št. 24/18).
- Selvin, M., Almqvist, K., Kjellin, L., Lundqvist, L.O. & Schröder, A., 2019. Patient and staff experiences of quality in Swedish forensic psychiatric care: a repeated cross-

- sectionalsurveywithyearlysampling at
twoclinics.*InternationalJournalofMentalHealthSystems*, 2 (13), pp. 8.
- Singer, J. S., Benzer, J. K. & Hamdan S. U., 2015. Improving healthcare quality and safety: the role of collective learning. *Journal of Healthcare Leadership*, 7, pp. 91–107.
- WHO, 2009. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Available at: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf [4. 8. 2019].
- Zakon o duševnem zdravju*. Uradni list RS, št. 77/18.
- Zakon o pacientovih pravicah*. Uradni list RS, št. 15/08 in 55/17.
- Zsifkovits, J., Zuba, M., Geißler, V., Lepuschütz, L., Pertl, D., Kernstock, E. & Ostermann, H. (2016). Costs of unsafe care and cost-effectiveness of patient safety programmes. Evropska komisija. Available at: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2016_costs_psp_en.pdf. [10. 7. 2019].

KAKOVOSTNA OBRAVNAVA V SKUPNOSTI – POVEZANOST RAVNI ZDRAVSTVENEGA IN SOCIALNEGA VARSTVA

prof. dr. Vesna Švab, dr. med., spec. psihiater,

Zdravstveni dom Sevnica, Zdravstveni dom Novo mesto, Medicinska fakulteta UL, NIJZ,

ŠENT

vesna.svab@mf.uni-lj.si

Izvleček

Potrebe ljudi z duševnimi motnjami so zdravstvene, socialne, psihološke in duhovne narave. Integrirani pristopi k obravnavi te skupine pomenijo, da poskušamo v sistemu služb in storitev na njihove potrebe odgovoriti povezano, pravočasno in v skladu s pravili varovanja njihovih človekovih pravic, ki so opredeljene v mednarodnih dokumentih in zakonih ter tudi v naši zakonodaji. Pomemben prispevek celostni in integrirani obravnavi ljudi z duševnimi motnjami je Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja (2018, v nadaljevanju (ReNPDZ18–28), ki je v fazi implementacije in predvideva organizacijo povezanih služb za duševno zdravje na lokalni ravni glede preventive in promocije duševnega zdravja (javnozdravstveni vidik), zdravljenja duševnih motenj (kurativni vidik) in glede okrevanja (rehabilitacijski vidik). Novo ustanovljeni Centri za duševno zdravje se povezujejo s terciarnimi in sekundarnimi službami za zdravljenje, da se skupini ljudi, ki so doživeli duševne motnje, zagotovi hitro in kakovostno intenzivno zdravljenje, ko ga potrebujejo.

Ključne besede: obravnavo v skupnosti, preventiva, promocija, rehabilitacija, človekove pravice

Teoretična izhodišča

Deinstitucionalizacija in razvoj služb za duševno zdravje v skupnosti je pomemben javno zdravstveni cilj že več kot 40 let (Turnpenny, et al., 2017). Temu cilju naj bi sledile politike, zakonodaje in načrti vlad (Caldas Almeida, et al., 2016; Killapsy, et al., 2108).

Skupnostna obravnavo je povezano delovanje služb za duševno zdravje na regionalno omejenih območjih za določeno skupino prebivalstva in obravnavo, ki odgovarja na njihove potrebe z dokazi podprtimi metodami dela (Thornicroft & Tansella, 2004). Pomeni torej usklajeno delovanje zdravstvenih, socialnih, izobraževalnih in drugih deležnikov, ki z različnimi pristopi in metodami omogočajo preventivo, zdravljenje in rehabilitacijo (Thornicroft & Tansella, 2012; Anthony, 2000; WHO, 2009; van Weeghel, et al., 2005). Skupnostno delo je v nekaterih pogledih različno od dela v institucijah, vendar v celoti sledi enakim strokovnim smernicam kot druge vrste obravnave. Razlike med obema oblikama dela so predvsem posledica okoliščin, ki pri skupnostnem pristopu zahtevajo nekoliko večjo prilagodljivost in večjo previdnost na področju varovanja človekovih pravic. Varovanje človekovih pravic oseb z duševnimi motnjami je ena od osnovnih zahtev skupnostnega dela in je vključeno v mednarodno veljavno zakonodajo (UN General Assembly, 2007).

Za vsako vstopanje v domače okolje pacienta potrebujemo poleg njegovega/njenega soglasja tudi skupen, enakopraven dogovor o ciljih in metodah dela, ki jih bomo uporabljali. Temelj takšen obravnave je načrt obravnave (Olsen, et al., 1995; Švab, 2019 cited in FACT, 2019), za

katerega je potrebno doseči popolno soglasje vseh vključenih, predvsem pa pacienta in njegovih svojcev. Načrte obravnav se sprejema na multidisciplinarnih delovnih skupinah. Sodelovanje pacientov in svojcev v teh skupinah zahteva njihovo optimalno osveščenost. Del skupnostnih programov je zato tudi psihoedukacija (Valič & Bensa, 2015), ki je preventivna ter rehabilitacijska dejavnost. Psihoedukacija pomeni, da paciente in njihove bližnje naučimo čim več o bolezni, vzrokih, posledicah, znakih, diagnozi, možnostih za okrevanje in o zdravih in jim tako omogočimo enakopravno diskusijo s strokovnjaki v procesu zdravljenja in rehabilitacije. Pri skupnostnih oblikah dela se potegujemo za to, da pacienti in njihovi bližnji lahko dvomijo o naših odločitvah, jih izzovejo ali jim nasprotujejo, ob tem pa poskušamo z njimi doseči sporazum.

Skupnostno delo je tudi promocijsko. Delovne skupine v nevladnih organizacijah in zdravstvenih službah skupaj s socialnimi službami, šolami, univerzami in drugimi poskušajo vzpostaviti čim več varovalnih dejavnikov na področju duševnega zdravja (Samele, et al., 2013). Med njimi so izboljševanje možnosti za zdravo življenje, prehrano, zdravo gibanje in tovarštvo ter strpnost med vrstniki (McDaid & Park, 2011; WHO, 2004; Campion, et al., 2012; Saxena, et al., 2006; Miret, et al., 2015). V lokalnih okoljih se poskuša vzpostavljati socialne podporne mreže, ki so se izkazale kot pomemben del promocijskih in preventivnih dejavnosti (Diener, et al., 1999).

Preventiva na lokalni ravni poteka pogosto kot borba za boljši ekonomski položaj in socialno vključenost ter zaposlovanje predvsem marginaliziranih skupin, kar se odraža s porastom in vse večjo dokazano uspešnostjo antistigmatizacijskih kampanj v številnih državah. Antistigmatizacijske kampanje morajo, če želijo biti uspešne, delovati lokalno, hkrati pa doseči tudi odločevalce in posebne poklicne skupine (npr. zdravstvene delavce) ter npr. delodajalce (Gaebel & Sartorius, 2017).

Ljudje, ki so preboleli duševne motnje vseh vrst, potrebujejo poleg varnega, zdravega okolja in podpore še veliko več. Potrebujejo primerno in učinkovito diagnostiko in akutno zdravljenje, ki ga je pogosto potrebno zagotoviti v psihiatričnih bolnišnicah, kjer visoko usposobljeni strokovnjaki zagotavljajo oskrbo akutnih psihiatričnih motenj. Potrebujejo tudi programe, ki jim omogočajo okrevanje in vključitev v vsakdanje življenje. To so programi zaposlitve rehabilitacije, usposabljanja za delo in dela s podporo, zagotavljanje ustreznih bivanjskih možnosti s podporo ali brez, dnevne centre in prostočasovne (npr. športne dejavnosti), ki krepijo njihovo telesno in duševno zdravje.

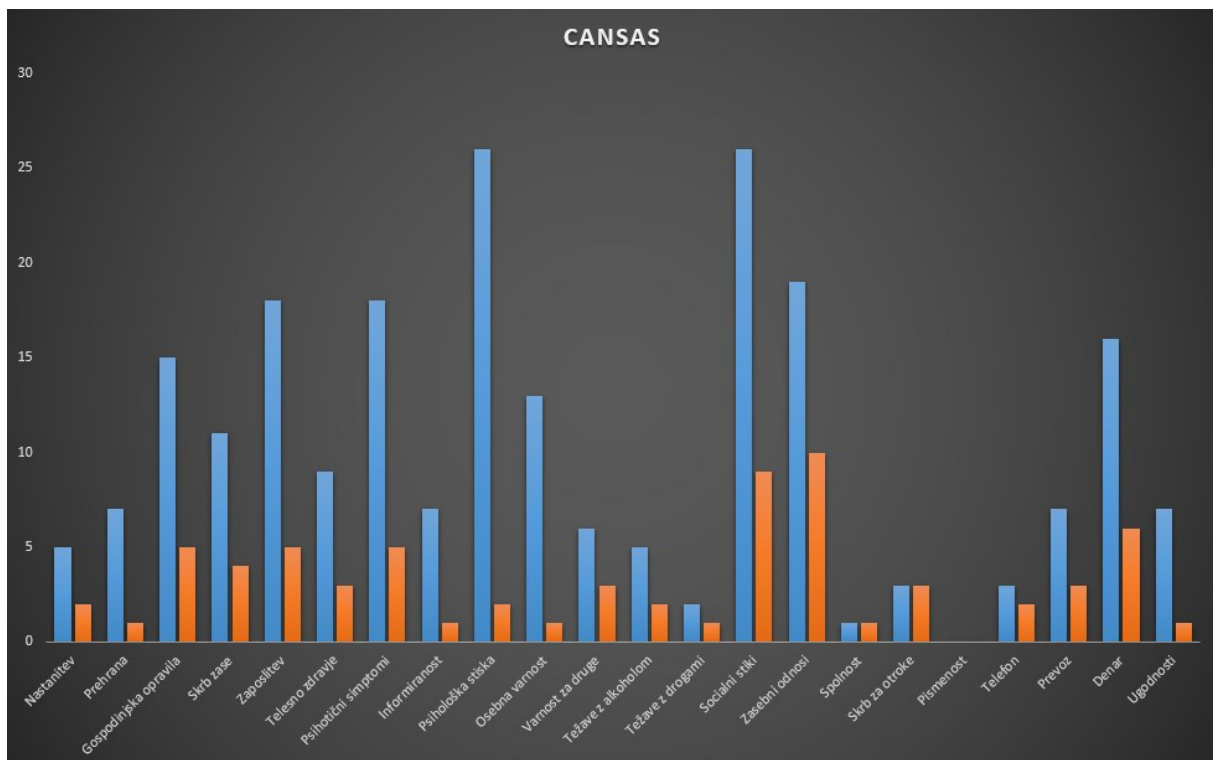
Povezovanje z zdravniki družinske medicine in patronažnimi medicinskimi sestrami je pomemben del sistema (WHO/WONCA, 2008). Zdravstvena diagnostika in oskrba na primarni ravni zdravstvenega varstva zagotavlja ustrezno in pravočasno obravnavo somatskih bolezni pri tej populaciji, ki je dokazano bolj izpostavljena tveganju za telesne bolezni in prezgodnjo smrt.

V ReNPDZ18–28 se vsi naštetih elementi povezujejo v ideji in želji, da bi zagotovili z dokazi podprto preprečevanje bolezni, kakovostno obravnavo duševnih motenj pri vseh starostnih skupinah in uspešno rehabilitacijo s ciljem, ki je bolj družbeni kot le zdravstveni, tj. ustvariti in podpreti lokalna okolja, ki so naklonjena in strpna drugačnim, posebnimi in ranljivim ljudem.

Razprava

ReNPDZ18–28 je prvi strateški dokument, ki sistematično pristopa k z dokazi podprti promociji, preventivi in obravnavi na področju duševnega zdravja. Njegova implementacije je odvisna od politične volje in sredstev (predvsem kadrovskih), ki jih bo država usmerila v to reformo. Medicinske sestre so na številnih področjih, ki jih omenja ReNPDZ18–28, ključne sodelavke pri izvajanju programa. So nosilke programov triaže, skupnostne psihiatrije in večine drugih dejavnosti, ki posegajo v skupnost. V letih priprave na reformo so se že izkazale kot neprecenljive sodelavke in nosilke obravnav. V treh letih so samo z lokalnimi skupnostnimi programi, v katerih je bilo v celi RS vključenih le 8–10 DMS, dosegle vsaj 1000 ljudi s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami, ki so bili večinoma slabo oskrbljeni ali neoskrbljeni. Ta številka kaže, da je potreba po lokalnem delovanju ogromna. Začetni rezultati lokalnih skupnostnih timov kažejo, da smo lahko, če smo bile dobro povezane z drugimi lokalnimi mrežami pomoči, odgovorile na številne potrebe naših pacientov. To so bili torej večinoma ljudje s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami, ki so imeli številne potrebe. Zadovoljevanje teh smo merile z uporabo vprašalnika CANSAS, ki je že široko uporabljan v našem prostoru in standardiziran.

Rezultati CANSAS v razmiku 1 leta obravnave v skupnostnem timu Novo mesto (pokriva dolenjsko regijo od Trebnjega do Kočevja) so prikazani v sliki 1.



Slika 1: Potrebe pacientov v skupnostni obravnavi v enoletnem razmiku (2017)

Diplomirane medicinske sestre so kljub dvomom stroke o njihovih kompetencah ob ustreznem izobraževanju in usposabljanju razvile spretnosti in veščine, ki so omogočile odgovor na različne potrebe ljudi s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami in dosegle tiste, ki so bili pomoči najbolj potrebni, predvsem pa ob njih tudi vztrajale s prilagojenimi in ljudem prijaznimi pristopi.

Zaključek

ReNPDZ18–28 pomeni revolucionaren nov pristop v našem okolju tudi zato, ker je omogočil enakovredno in enakopravno delo strokovnjakov različnih strok v multidisciplinarnih timih in dal moč odločanja pacientom, svojcem. S pilotnimi projekti skupnostne zdravstvene obravnave se je okrepila tudi moč strokovnih delavcev, ki delujejo na osnovni ravni zdravstvenega varstva.

Literatura

- Anthony, W.A., 2000. A recovery-oriented service system: Setting some system level standards. *Psychiatr Rehabil J.*;24:159–68 [Internet] [cited 2018 Mar 16]. Available from: <http://www.northernlakescmh.org/wp-content/uploads/2011/02/anthony2000.pdf>.
- Caldas Almeida J., Mateus P, Tomé G, Katschnig H, Hinkov H, Sooniste I, et al., 2016. *Towards community-based and socially inclusive mental health care: situation analysis and recommendations for action* [Internet]. Available from: http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/WP5_Final-20151203075843.pdf
- Campion, J., Bhui, K. & Bhugra, D. (2012). EPA guidance on prevention of mental disorders. *European Psychiatry*, 27: pp. 68–80.
- Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E. & Smith, H.L., 1999. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, pp. 276–302.
- Gaebel, W. & Sartorius, N. (eds), 2017. *The stigma of mental illness-End of the story?*. Geneva, Springer.
- Killapsy, H., McPherson, P., Samele, C., Keet, R., Caldas de Almeida, J., 2018. *Providing community-based mental health services, position paper*.
- McDaid, D. & Park, A., 2011. Investing in mental health and well-being: findings from the DataPrev project. *Health Promotion International*, 26 (S1), i108–i139.
- Miret, M., et al., 2015. The state of the art on European well-being research within the area of mental health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Dosegljivo na : <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.02.001> (20.9.2015)
- Olsen, D., Rickles, J., Travlek, K. 1995, A treatment team model of managed mental health care. *Psychiatric services*, 46, pp. 252–256.
- Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (ReNPDZ18–28), 2018. Uradni list Republike Slovenije št. 24/18.
- Samele, C., Frew, S., Urquía, N. A *European profile of prevention and promotion of mental health (EuroPoPP-MH), EU report 2013*. Dosegljivo 10.10.2014 na: http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/europopp_full_en.pdf.
- Saxena, S., Jané-Llopis, E., Hosman, C. 2006, Prevention of mental and behavioral disorders: implications for policy and practice. *World Psychiatry*, 5(1), pp. 5–14.
- Švab, V. (2019) Priročnik za skupnostno obravnavo v CDZO. Prevod in priredba priročnika FACT (Flexible Assertive Community Treatment). Ljubljana. NIJZ.
- Thornicroft G, Tansella M. The balanced care model for global mental health. *Psychol Med*. 2012, 43, pp. 1–15.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. 2004, Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic

- evidence. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 185,pp. 283-290.
- Turnpenny, Á., Petri, G., Finn, A., Beadle-Brown, J., Nyman, M. *Mapping and Understanding Exclusion in Europe: Institutional, coercive and communitybased services and practices across Europe*. [Internet]: Mental Health Europe, University of Kent; 2017. Available from: doi. <https://doi.org/10.22024/UniKent/01.02/64970>.
- UN General Assembly. 2007, *Convention on the rights of persons with disabilities: resolution / adopted by the General Assembly*. Sixty-first session UN General Assembly.
- Valič, M. & Bensa, P. (2015). Psihoedukacija. V: Švab, V. (ur.) *Obravnava v skupnosti*. Ljubljana 2015. ŠENT.
- van Weeghel, J., van Audenhove, C., Colucci, M., Garanis-Papadatos, T., Liégeois, A., McCulloch, A., et al. 2005, The components of good community care for people with severe mental illnesses: views of stakeholders in five European countries. *Psychiatr Rehabil J*, 28(3),pp.274 –281.
- WHO. 2004, *Prevention of mental disorders : effective interventions and policy options : summary report / a report of the World Health Organization Dept. of Mental Health and Substance Abuse ; in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht*. Geneva.
- WHO/WONCA. 2008 *Integrating mental health into primary care: A global perspective*. Geneva.
- WHO World Health Organisation. 2009, *Improving health systems and services for mental health*. 2009; Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598774_eng.pdf

RAZHAJANJA MED PRIČAKOVANJI IN MOŽNOSTMI V ZDRAVSTVENI OBRAVNAVI

asist. dr. Anja Plemenitaš Ilješ, dr. med.

Oddelek za psihiatrijo, UKC Maribor

anja.plemenitas@ukc-mb.si

Izvleček

Pacient ima o tem, kakšno zdravstveno oskrbo in na kakšen način naj jo dobi, svoje predstave. Osrednji cilj delovanja zdravstvenih ustanov je zadovoljevanje potreb pacientov. Ali pacient na koncu občuti obravnavo kot kakovostno, je odvisno tako od ustroja zdravstvenega sistema in zaposlenih kot tudi od osebnostnih lastnosti pacienta in njegovih pričakovanj. Zadovoljstvo pacientov je pogosto vrednoteno kot razmerje med pacientovimi pričakovanji in dojemanjem zdravstvene oskrbe, ki so jo prejeli, kar pa ne pomeni tudi objektivne ocene samega poteka zdravljenja.

Ob pregledu možnosti zdravstvene obravnave pacienta z duševno motnjo se zdravstveni delavci soočajo s podobnimi omejitvami kot v drugih vejah zdravstva. Zaposleni morajo imeti ustrezno strokovno znanje, pomembni sta dostopnost (čakalne vrste) in razpoložljivost, upoštevajoč dejavnike pri plačevanju zdravstvenih storitev. Kakovost obravnave je odvisna tudi od učinkovitosti terapije in urejenosti okolja, v katerem poteka zdravstvena oskrba. Pomemben je tudi medosebni odnos, kjer imajo vpliv pozitivne osebne interakcije s pacienti (npr. prijaznost, zanimanje, spoštovanje, vljudnost, razumevanje, pozorno poslušanje ipd.). V psihiatriji se soočamo z dodatnimi izzivi pri pacientih z duševno motnjo, ki nimajo uvida v naravo svoje bolezni in ne čutijo potrebe po zdravljenju. V kolikor zadovoljstvo pacienta zaradi narave bolezni ni dosegljivo, lahko stremimo izboljšanju funkcionalnosti kot končnemu izidu zdravljenja.

Ključne besede: pacientovo zadovoljstvo, kakovost obravnave, psihiatrija

Teoretična izhodišča

Etično načelo koristiti bolniku izhaja že iz Hipokratove prisege. Sodelovanje pacientov v procesih odločanja je značilno za vse demokratične družbe. Osrednji cilj delovanja zdravstvenih ustanov je zadovoljevanje potreb svojih primarnih uporabnikov – pacientov (Kavčič, 1994). Pacient ima o tem, kakšno zdravstveno oskrbo in na kakšen način naj jo dobi, svoje predstave. Zadovoljstvo je izraženo pacientovo dojetje lastne izkušnje z zdravstveno oskrbo, s posameznim postopkom, s posameznim izvajalcem, zdravstveno ustanovo v celoti ali njenim delom in s sistemom zdravstvenega varstva. Znotraj sistema samega pa poleg same kakovosti oskrbe na zadovoljstvo vplivajo tudi osebnostne lastnosti pacienta in njegova pričakovanja (Donabedian, 1992). Nekatere lastnosti pacienta imajo pomemben vpliv na stopnjo zadovoljstva. Pri mladih pacientih moškega spola iz mestnega okolja, pri bolj izobraženih pacientih, pri pacientih, ki so prej redkeje obiskovali zdravnika, in pri pacientih z znaki duševnih motenj praviloma najdemo manjše zadovoljstvo (Javetz & Stern, 1996). Tudi pri kroničnih pacientih je zadovoljstvo lahko manjše (Kersnik, 1998). Zadovoljstvo pacientov je pogosto vrednoteno kot razmerje med pacientovimi pričakovanji in dojemanjem zdravstvene oskrbe, ki so jo prejeli. To pa ne pomeni objektivne ocene psihiatričnega

zdravljenja (Rentrop, et al., 1999). Merjenje zadovoljstva je pri tem lahko del pritožnega postopka ali pa ga izpeljemo ločeno. Pacienti so praviloma z oskrbo zelo zadovoljni. Kadar pacient ni zadovoljen, ima navadno resne pripombe in celo pritožbe (Kersnik, 1999). Čeprav pacienti nimajo visokega strokovnega znanja in jim je tudi po izkustvu določene oskrbe težko podati ustrezno oceno, mnenje pacientov predstavlja dragoceno sredstvo za načrtovanje sprememb in izboljšav (Donabedian, 1992).

Ob pregledu možnosti v zdravstveni obravnavi psihiatričnega pacienta se zdravstveni delavci soočajo s podobnimi omejitvami kot v drugih vejah zdravstva. Zaposleni morajo imeti ustrezno strokovno znanje, pomembni sta dostopnost (čakalne vrste) in razpoložljivost, upoštevajoč dejavnike pri plačevanju zdravstvenih storitev. Kakovost obravnave je odvisna tudi od učinkovitosti terapije in urejenosti okolja, v katerem poteka zdravstvena oskrba. Pomemben je tudi medosebni odnos, kjer imajo vpliv pozitivne osebne interakcije s pacienti (npr. prijaznost, zanimanje, spoštovanje, vljudnost, razumevanje, pozorno poslušanje ipd.) (Ware, et al., 1983).

Razprava

V preteklosti so se raziskave osredotočale predvsem na kakovost medicinske stroke, na kakovost izvajalcev, manj pa na merjenje kakovosti zdravstvene nege in na merjenje zadovoljstva pacientov (Bohinc, 1999). V slovenskem prostoru je zaenkrat narejenih peščica raziskav predvsem na primarnem nivoju, kjer so merili zadovoljstvo z obravnavo (Gorenak & Gorican, 2011; Špes, 2017). Splošne in psihiatrične bolnišnice v sklopu analiziranja kakovosti obravnave objavljajo rezultate zadovoljstva pacientov prek vprašalnikov. Špes (2017) je v svoji raziskavi na primarnem nivoju ugotavljala, da so z obravnavo bolj zadovoljni moški in starejši ter da so nenaročeni čakali manj časa kot naročeni. Raziskava na področju duševnega zdravja je zgolj ena. Jerič (2015) je v svoji raziskavi z vključenimi 92 pacienti ugotovila, da so bili pacienti z duševno motnjo, vključeni v standardno psihiatrično obravnavo, bolj zadovoljni v primerjavi s pacienti v skupnostni obravnavi, kar je razlagala s predpostavko, da je merjenje zadovoljstva pri duševnih motnjah kompleksen koncept, ki lahko zrcali nezadovoljstvo s splošno vseživljenjsko prikrajšanostjo ter nizko bolezensko uvidevnostjo. Pacienti z duševno motnjo si pogosto ne želijo obravnave, pač pa predvsem duševnega zdravja in splošnega blagostanja. Zaključila je, da je vprašljiva uporabnost kazalnikov merjenja zadovoljstva (Jerič, 2015). Sicer pregled raziskav iz tujine kaže na relativno visoko zadovoljstvo pacientov z duševno motnjo s psihiatrično zdravstveno obravnavo (Rentrop, et al., 1999).

Pogoji za delo (organizacija dela) in izvedba posameznih postopkov oskrbe odločilno vplivajo na pacientovo mnenje. Izrednega pomena je čas, ki ga zdravstveni delavec nameni pacientu. Pacienti so bolj zadovoljni, če jim je zdravnik med posvetom posvetil več časa (Kersnik, 1999).

Zaključek

Zadovoljstvo pacientov je pomemben cilj zdravstvene oskrbe in se odraža v končnem izidu. Zadovoljen in kakovostno obravnavan pacient pomeni tudi zadovoljstvo na drugi strani pri zdravstvenem delavcu. Pri zdravljenju duševnih motenj pa je vzdrževanje zadovoljstva pacientov še toliko večji izziv, saj imamo pomemben delež pacientov s slabim uvidom v svoje

bolezensko stanje in sami ne vidijo potrebe po zdravstveni oskrbi. V kolikor zadovoljstvo pacienta zaradi narave bolezni ni dosegljivo, lahko stremimo izboljšanju funkcionalnosti kot končnemu izidu zdravljenja.

Za ugotavljanje poslanstva zdravstvene ustanove je zato treba spremljati poglede potencialnih in sedanjih uporabnikov (Kersnik, 1999), ob tem pa ne smemo zanemariti naravo bolezni in objektivni izid, ki lahko nudi zadovoljstvo zdravstvenemu delavcu, v kolikor pacient svojega zadovoljstva ne more izraziti.

Literatura

- Bohinc, M., 1999. Zadovoljstvo bolnikov kot element menedžmenta v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 33(3/4), pp. 159–63.
- Donabedian, A., 1992. The Lichfield Lecture. Quality assurance in health care: consumers' role. *Quality in Health Care*, 1(4), pp. 247–251.
- Gorenak, I., Gorican., A., 2011. Zadovoljstvo bolnikov v primarnem zdravstvu – primer Zdravstvenega doma Šmarje pri Jelšah. *Zdravstveno varstvo*, 50, 175–184.
- Javetz, R. & Stern, Z., 1996. Patients' complaints as a management tool for continuous quality improvement. *Journal of Management in Medicine*, 10(3), pp. 39–48.
- Jerič, A., 2015. *Zadovoljstvo z obravnavo pri bolnikih s hudo duševno motnjo - primerjava standardne in skupnostne psihiatrične obravnave: magistrsko delo*. Izola: Univerza na primorskem, Fakulteta za vede o zdravju.
- Kavčič, B., 1994. *Managemen*. Radovljica: Didakta.
- Kersnik, J., 1998. Complaint system. In: V. Alles, et al. Tools and methods for quality improvement in general practice. Jyvaeskylae: Gummerus printing Finland.
- Kersnik, J., 1999. Zadovoljstvo bolnikov. *Medicinski razgledi*, 38(3), pp. 389–394.
- Rentrop, M., Bohm, A. & Kissling, W., 1999. [Patient satisfaction with psychiatric care. Historical perspective, methods and results from the international literature]. *Fortschritte der Neurologie- Psychiatrie*, 67(10), 456–65.
- Špes, B., 2017. *Dejavniki, ki vplivajo na zadovoljstvo pacientov ter organizacijo dela na primarnem nivoju: magistrsko delo*. Univerza v Mariboru: Fakulteta za zdravstvene vede.
- Ware, J.E., Snyder, M.K., Wright, W.R. & Davies, A.R., 1983. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, 6(3–4), pp. 247–63.

ZADOVOLJSTVO IN STRES ZAPOSLENIH KOT DEJAVNIKA KAKOVOSTI OBRAVNAVE PACIENTOV

izr. prof. dr. Sara Tement

Oddelek za psihologijo, Filozofska fakulteta, Univerza v Mariboru

e-naslov: sara.tement@um.si

Razširjen izvleček

Delo v zdravstvu v splošnem velja za zahtevno (Rutledge, et al., 2009). Narava dela zahteva hitrost, veliko mero pozornosti in številne interakcije s pacienti ter sodelavci. Večina odločitev pri delu lahko ima resne posledice in delo se večinoma opravlja ob vseh urah dneva. Zahtevni delovni pogoji lahko dodatno vodijo v preobremenjenost, izgorelost ter nižje delovno zadovoljstvo (Holden, et al., 2012). V zadnjih letih se v zdravstvu vedno bolj opozarja na posledice počutja zaposlenih pri obravnavi pacientov. Družinski zdravniki, denimo, so nedavno zapisali sledeče: »Kljub vsemu se v družinskih ambulantah trudimo delati dobro, ampak stanje postaja nevzdržno. Vedno večje administrativne obremenitve, staranje prebivalstva in vedno zahtevnejša zdravstvena oskrba nas vodijo v nemogoč položaj, kjer lahko komaj kaj kakovostno delamo le na račun svojega zdravja. Temu moramo narediti konec – predvsem za vaše in naše zdravje« (RTVSLO.si, 2018). Na podlagi zapsanega je torej mogoče sklepati, da je počutje zaposlenih ključno povezano s kakovostjo oskrbe, vprašanje pa ostaja, kateri vidiki počutja so posebej pomembni, kakšne posledice za kakovost obravnave je mogoče popisati ter s katerimi organizacijskimi ukrepi je mogoče zagotoviti boljše počutje in zdravje zaposlenih in pacientov.

Prvi pomembnejši vidik počutja zaposlenih v zdravstvu je delovno zadovoljstvo. Mogoče ga je razumeti kot pozitivno afektivno stanje, ki ga tvorijo različni vtisi o delu in posameznih vidikih dela, kot so plača, delovni pogoji, informiranost ali vodenje (Utriainen & Kyngäs, 2009). V kontekstu zdravstva je delovno zadovoljstvo največkrat povezano z razporeditvijo dela, številom zaposlenih, delovnimi zahtevami, plačo in komunikacijo med zaposlenimi (Zangaro & Soeken, 2007; Chang, et al., 2009; Utriainen & Kyngäs, 2009; Lu, et al., 2019). Zlasti pri medicinskih sestrah se kot pomemben dejavnik zadovoljstva večkrat kaže komunikacija med medicinskimi sestrami in zdravniki. Delovno zadovoljstvo oz. nezadovoljstvo je v določenem časovnem obdobju relativno stabilno in se velikokrat preslika tudi v sočutje s pacienti (Kelly, et al., 2015), komunikacijo s pacienti in svojci, vodi do napak in potencialno ogroža celoten potek zdravljenja in obravnave pacienta (Williams & Konrad, 2007; Purdy, et al., 2010; Kvist, et al., 2014). O tovrstnih negativnih posledicah pa ne poročajo zgolj zaposleni sami, raziskave temeljijo tudi na ocenah pacientov (Kvist, et al., 2014).

Ob delovnem zadovoljstvu velja izpostaviti še stres na delovnem mestu. Najpogosteje je stres opredeljen kot psihološki (tj. čustveni, miselni, vedenjski) in fiziološki odziv na vse okoliščine, ki jih posameznik zaznava kot obremenjujoče ali ogrožajoče za blagostanje (Kahn & Byosiere, 1992). Kratkoročno se kaže v negativnem razpoloženju (npr. razdražljivosti, jezi) ali utrujenosti. V kolikor pa po stresnih obdobjih ni časa za počitek in regeneracijo, stres dolgoročno lahko vodi v izgorelost in psihosomatska obolenja (Ganster & Rosen, 2013; Sonnentag, 2018). Večina raziskav poroča o podobnih povezavah med doživljanjem stresa pri medicinskih sestrah in zdravnikih s kakovostjo obravnave pacientov kot pri nezadovoljstvu z delom (Shirom, et al., 2006; Williams & Konrad, 2007; Williams, et al., 2006). Natančneje se

kaže, da se zaposleni v zdravstvu pod stresom v manjši meri poslužujejo komunikacije, ki je usmerjena k pacientu, pacientom postavljajo manj vprašanj in nasploh izražajo manj sočutja (Passalacqua & Segrin, 2012). Dodatno poročajo tudi o več napakah pri obravnavah (Hall, et al., 2016).

Na podlagi navedenega je mogoče zaključiti, da sta delovno zadovoljstvo in stres zaposlenih v zdravstvu neposredno povezana s počutjem pacientov in njihovo obravnavo. Dodatno je mogoče zaznati tudi obratne povezave. Slabša obravnava in komunikacija s pacientom predstavljata tudi dejavnika, ki krepita nezadovoljstvo in stres (Williams, et al., 2006; Utriainen & Kyngäs, 2009). Zdravstvene ustanove bi zaradi navedenega morale skrbeti za počutje in zdravje zaposlenih v enaki meri, kot skrbijo za počutje in zdravje pacientov. Prvi korak k ugodnim spremembam predstavlja vpeljava organizacijskih ukrepov, ki so znanstveno podprti in ki imajo dejanske učinke na delovne razmere ter kakovost obravnave pacientov (Teoh, et al., 2019). Primeri takšnih intervencij so spremembe v sistemih nagrajevanja, reorganizacije delovnih procesov in krepitev opore v delovnih timih ter odpornosti zaposlenih na stres.

Ključne besede: delovno zadovoljstvo, stres, izgorelost, kakovost obravnave, komunikacija

Literatura:

- Chang, W.Y., Ma, J.C., Chiu, H.T., Lin, K.C. & Lee, P.H., 2009. Job satisfaction and perceptions of quality of patient care, collaboration and teamwork in acute care hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 65(9), pp. 1946–1955.
- Hall, L.H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A. & O'Connor, D.B., 2016. Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: A systematic review. *PLoS ONE*, 11(7), pp. 1–12.
- Holden, R.J., Scanlon, M.C., Patel, N.R., Kaushal, R., Escoto, H., Brown, R.L., et al., 2012. A human factors framework and study of the effect of nursing workload on patient safety and employee quality of working life. *BMJ Quality & Safety*, 20(1), pp. 15–24.
- Kelly, L., Runge, J., & Spencer, C., 2015. Predictors of Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction in Acute Care Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(6), pp. 522–528.
- Kvist, T., Voutilainen, A., Mäntynen, R., & Vehviläinen-Julkunen, K., 2014. The relationship between patients' perceptions of care quality and three factors: Nursing staff job satisfaction, organizational characteristics and patient age. *BMC Health Services Research*, 14(1), pp. 1–10.
- Lu, H., Zhao, Y., & While, A., 2019. Job satisfaction among hospital nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 94, 21–31.
- Passalacqua, S.A., & Segrin, C., 2012. The Effect of Resident Physician Stress, Burnout, and Empathy on Patient-Centered Communication During the Long-Call Shift. *Health Communication*, 27(5), pp. 449–456.
- Purdy, N., Spence Laschinger, H.K., Finegan, J., Kerr, M., & Olivera, F., 2010. Effects of work environments on nurse and patient outcomes. *Journal of Nursing Management*, 18(8), pp. 901–913.
- RTVSLO.si, 2018. *Mariborski družinski zdravniki: Trudimo se delati dobro, a stanje postaja nevzdržno*. Dostopno na: <https://www.rtv slo.si/lokalne-novice/mariborski-druzinski-zdravniki-trudimo-se-delati-dobro-a-stanje-postaja-nevzdrzno/474360> [9.10.2019].
- Rutledge, T., Stucky, E., Dollarhide, A., Shively, M., Jain, S., Wolfson, T., et al., 2009. A

- Real-Time Assessment of Work Stress in Physicians and Nurses. *Health Psychology*, 28(2), pp. 194–200.
- Shirom, A., Nirel, N., & Vinokur, A.D., 2006. Overload, autonomy, and burnout as predictors of physicians' quality of care. *Journal of Occupational Health Psychology*, 11(4), pp. 328–342.
- Teoh, K., Hassard, J., & Cox, T., 2019. Doctors' perceived working conditions and the quality of patient care: a systematic review. *Work and Stress*, 39(4), pp. 385–413.
- Utriainen, K., & Kyngäs, H., 2009. Hospital nurses' job satisfaction: A literature review. *Journal of Nursing Management*, 17(8), pp. 1002–1010.
- Williams, E.S., & Konrad, T.R., 2007. The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: Results from the MEMO study. *Health Care Management Review*, 32(September), pp. 203–212.
- Williams, E.S., Savage, G.T., & Linzer, M., 2006. Short communication: A proposed physician-patient cycle model. *Stress and Health*, 22(2), pp. 131–137.
- Zangaro, G.A. & Soeken K.L., 2007. A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Research in Nursing and Health*, 30(4), pp. 445–458.

OPRAVLJANJE ASISTENCE IN POOBLASTILA POLICIJE PRI OBRAVNAVI PACIENTA Z DUŠEVNO MOTNJO

Robi Štrman, samostojni policijski inšpektor I

Sektor uniformirane policije Maribor

robi.strman@policija.si

Izvleček

Duševno zdravje v Republiki Sloveniji od leta 2008 ureja Zakon o Duševnem zdravju. Na podlagi drugega odstavka tega člena je ministrstvo izdalo tudi Pravilnik o načinu sodelovanja med zdravstvenim osebjem in reševalno službo ter policijo, ki velja od leta 2009. Zaradi vpliva duševne motnje lahko pacient postane nasilen do ljudi okoli sebe kot tudi do samega sebe. Policisti se s pacienti z duševno motnjo srečujejo tako v psihiatričnih bolnišnicah kot tudi izven nje. Lahko so v pomoč zdravstveni službi ali pa se s pacienti soočijo v okviru intervencije. Pooblastila policije so opredeljena v Zakonu o nalogah in pooblastilih policije, ki velja od leta 2013. V njem je določeno, da so policisti pri opravljanju svojih nalog dolžni ravnati v skladu z ustavo in zakoni ter spoštovati in varovati človekove pravice in temeljne svoboščine.

Predstavljena je vloga policije, zakonodajni okvir ter problematika, s katero se srečujejo pri obravnavi pacientov z duševno motnjo.

Ključne besede: duševna motnja, zakon, nasilje, policija, asistenca

Uvod

Nove oz. dopolnjene usmeritve podrobneje pojasnjujejo zakonske podlage in posebnosti, na katere morajo biti policisti pozorni pri zagotavljanju policijske asistencije, ki je opredeljena v 12. členu Zakona o nalogah in pooblastilih policije (2013, v nadaljevanju ZNPPol). Od leta 1999, ko so bile izdelane usmeritve za nudenje pomoči policije – asistencije – po določbah Zakona o policiji, je prišlo do sprememb, ki so terjale spremembe usmeritev. Tako smo leta 2014 izdelali usmeritve, ki smo jih v naslednjih letih dvakrat dopolnili (graf 1 in tabela 1) z dokumentoma, navedenima v zvezi.

Nove Usmeritve za delo policije pri zagotavljanju policijske asistencije (2019) vsebujejo podrobnejšo opredelitev nekaterih delovnih procesov – proučitev utemeljenosti zahtevka, ugotovitev statusa upravičenca in obveščanje svojcev. Hkrati smo jim dodali še Prilogo 2, ki se nanaša na pristojnost nad realizacijo sodne odredbe za privedbo na podlagi Zakona o duševnem zdravju (2008, v nadaljevanju ZDZdr).

1. Policijska asistenca zdravstvenemu osebju pri hospitalizaciji brez privolitve

Največ policijskih asistenc se nudi zdravstvenemu osebju v postopku hospitalizacije brez privolitve, zaradi česar temu postopku namenjamo posebno poglavje. Upravičenec (zdravnik oz. direktor psihiatrične bolnišnice) lahko za policijsko asistenco zaprosi na podlagi določb

ZDZdr (2008) in Pravilnika o načinu sodelovanja med zdravstvenim osebjem in reševalno službo ter policijo (2009). Njune materialne določbe povzemamo v prilogi št. 1.

1.1 Rok za podajo zahtevka

Po določbah ZNPPol (2013) je treba pomoč policije zahtevati najmanj sedem dni prej. Po določbah pravilnika pa zdravnik, če meni, da bo potreboval pomoč policije, pošlje zahtevek najmanj tri dni pred napotitvijo osebe v bolnišnico. Gre za veljavno izjemo od pravila, ki je posledica neusklajenosti pravilnika z novimi določbami ZNPPol, ki je rok s treh podaljšal na sedem dni. Dokler pravilnik ne bo usklajen, predlagamo, da zahtevkov, poslanih najmanj tri dni pred izvedbo asistenc, ne smatrate kot prepoznih.

V primeru nujnega ukrepanja se lahko za takojšnjo pomoč zaprosi ustno. V tem primeru se policijsko postajo seznanijo z vsemi dotlej znanimi podatki, ki so pomembni za nudenje pomoči. Upravičenec pa mora najkasneje v 24 urah po zagotovitvi pomoči policijski postaji izročiti tudi pisni zahtevek (priloga pravilnika). Policija je dolžna zagotoviti pomoč pri izvedbi zadržanja osebe brez njene privolitve in pri izvedbi nujnega prevoza z reševalnim vozilom brez privolitve osebe. Policisti morajo pomoč nuditi vse do takrat, ko je mogoče ogrožanje obvladati z zdravniškimi ukrepi. Prenehanje potrebe po pomoči policistom ustno naznani zdravnik, ki to označi na hrbtni strani zahtevka za nudenje pomoči.

1.2 Ugotovitev statusa upravičenca

Kot je navedeno v poglavju 5.3, je treba na kraju pred samo izvedbo policijske asistenc npr. en način ugotoviti status zdravstvenega osebja, ki na kraju samem zaproša za policijsko asistenco. Ugotoviti je torej treba, ali je policijsko asistenco odredil zdravnik ali medicinski tehnik oz. drugo zdravstveno osebje, ki ni upravičeno zaprositi za policijsko asistenco. Navedeno izpostavljamo zaradi ugotovljenih primerov, ko je hospitalizacijo brez privolitve pisno ali ustno po telefonu odredil zdravnik, ki pa ga na kraju samem ni bilo in hospitalizacijo brez privolitve odredil in za policijsko asistenco zaprosil medicinski tehnik, ki za to ni pristojen oz. upravičen. Medicinski tehnik je policistom vročil vnaprej podpisano zdravnikovo pisno zahtevo, ker zdravnika zaradi zasedenosti oz. drugih razlogov ni bilo na kraju samem. Stališče, da je takšno ravnanje nedopustno, je zavzel tudi Varuh človekovih pravic (2018).

1.3 Ocena zdravnika

Zdravnik, ki osebo napoti v psihiatrično bolnišnico, lahko pri izvedbi zadržanja in odreditvi prevoza z reševalnim vozilom skladno z 2. odstavkom 52. člena ZDZdr (2008) zahteva pomoč policije. Kadar zdravnik ali direktor psihiatrične bolnišnice oz. socialno varstvenega zavoda zahtevajo pomoč policije, je policija dolžna sodelovati z zdravstvenim osebjem in službo nujne medicinske pomoči ter jim nuditi potrebno pomoč, dokler ogrožanja, ki jo oseba povzroča, ni mogoče omejiti z zdravstvenimi ukrepi.

1.4 Ocena policista

Kadar policisti ob posredovanju na javnem kraju, v zasebnih prostorih ali pri izsleditvi tujega državljanca, za katerim je razpisana tiralica ali iskanje, domnevajo oz. ocenijo, da bi lahko bili podani pogoji za sprejem osebe v psihiatrično bolnišnico brez njene privolitve (pogoji iz 53.

člena ZDZdr, 2008), je treba nemudoma obvestiti službo nujne medicinske pomoči in osebo zadržati do njenega prihoda. Zdravnik, član ekipe nujne medicinske pomoči, osebo takoj na kraju pregleda in (ne) ugotovi pogoje za sprejem osebe v psihiatrično bolnišnico brez njene privolitve. Nato (ne) odredi prevoz osebe z reševalnim vozilom v najbližjo psihiatrično bolnišnico. Pri tem lahko zaprosi za pomoč policije (2. odstavek 55. člena ZDZdr, 2008). ZDZdr (2008) in Pravilnik o načinu sodelovanja med zdravstvenim osebjem in reševalno službo ter policijo (2009) zavezujeta ekipo nujne medicinske pomoči in zdravnika, da pridejo na kraj pregledat osebo. Policisti morajo tedaj zdravnika seznaniti z vsemi okoliščinami, ki so pomembne za njegovo odločitev glede (ne)napotitve osebe na zdravljenje brez njene privolitve.

1.5 Obveščanje svojcev

Čeprav ni v ZDZdr (2008) niti v Pravilniku načinu sodelovanja med zdravstvenim osebjem in reševalno službo ter policijo (2009) navedeno, da morajo policisti o hospitalizaciji brez privolitve osebe obveščati njene svojce, predlagamo, da policisti to obveščanje izvedejo, če pri odreditvi hospitalizacije brez privolitve svojci niso prisotni. To je priporočljivo glede na sistem dela policije. Svojci bodo namreč v nasprotnem primeru policiji prijavili pogošitev osebe, policisti (drugih) policijskih postaj pa bodo po nepotrebnem trošili resurse za iskanje pogošene osebe oz. bodo ob morebitnem poizvedovanju svojcev le-tem nudili napačno informacijo, da osebe niso imeli v postopku.

1.6 Ukrepi policistov za zagotovitev varnosti

V pravilniku o načinu sodelovanja med zdravstvenim osebjem in reševalno službo ter policijo je podrobneje opredeljeno sodelovanje med zdravstvenim osebjem in reševalno službo ter med policijo, kadar je zaradi narave duševne motnje osebi nujno treba omejiti svobodo gibanja oz. preprečiti stik z okolico, še preden se izpelje postopek za sprejem na zdravljenje brez privolitve osebe, in v primerih, ko so izpolnjeni pogoji za sprejem osebe v psihiatrično bolnišnico brez njene privolitve.

Če zdravnik ugotovi, da sredstva medicinskega osebja ne zadoščajo za obvladovanje nasilnega vedenja (prvi odstavek 7. člena Pravilnika o načinu sodelovanja med zdravstvenim osebjem in reševalno službo ter policijo, 2009), policisti zoper osebo uporabijo prisilna sredstva. Pred uporabo prisilnih sredstev je treba osebo na njej razumljiv način opozoriti na uporabo prisilnih sredstev (če okoliščine to dopuščajo). Policisti smejo pri obvladovanju osebe uporabiti prisilna sredstva v skladu s predpisi s posebnim poudarkom na sorazmernosti uporabe.

Omeniti je še treba 2. odstavek 8. člena Pravilnika o načinu sodelovanja med zdravstvenim osebjem in reševalno službo ter policijo (2009), ki določa obveznosti sprejemnega zdravnika v bolnišnici. Dogaja se, da se osebe pomirijo do zaključka sprejema v bolnišnico ali pa sprejemni zdravnik stanje osebe oceni drugače kot zdravnik nujne medicinske pomoči, ki je osebo napotil v bolnišnico. Kadar oseba ogroža varnost drugih oseb, pa kljub temu ne bo sprejeta v bolnišnico, sprejemni zdravnik o tem takoj seznaniti službo nujne medicinske pomoči in policijo. Za policijo obvestilo predstavlja nujnost takojšnjega začetka izvajanja ukrepov za zagotovitev varnosti oseb, ki jih je taka oseba pred napotitvijo v bolnišnico ogrožala.

1.7 Pobeg osebe

Kadar osebe, ki so bile napotene na zdravljenje v bolnišnico, ali so tja že bile sprejete, ali so bile nastanjene v socialno-varstvenih zavodih, samovoljno zapustijo ustanovo ali pobegnejo med prevozom, mora pristojno osebje o tem nemudoma obvestiti policijo. V ustnem obvestilu morajo navesti vse podatke, potrebne za izsleditev osebe, v 24 urah pa poslati še pisno obvestilo. Po ustnem obvestilu začnejo policisti nemudoma izvajati ukrepe za izsleditev osebe (po potrebi tudi razpis iskanja). Po izsleditvi se osebo ujame in privede v ustanovo, iz katere je pobegnila.

Če se pobegla oseba sama vrne v ustanovo ali če nastopijo drugi razlogi, zaradi katerih iskanje ni več potrebno, mora ustanova o tej okoliščini takoj obvesti policijo. Tedaj se iskanje prekliče in preneha z izvajanjem aktivnosti. Ves čas trajanja postopka je treba spoštovati dostojanstvo osebe!

2. Materialni predpisi, na podlagi katerih lahko upravičenci zaprosijo za policijsko asistenco

- ZDZdr (2008)

2. odstavek 52. člena:

Če oseba določenega dne ne pride v psihiatrično bolnišnico oz. socialno varstveni zavod in svojega izostanka ne opraviči, direktor psihiatrične bolnišnice oz. socialno-varstvenega zavoda o tem obvesti sodišče, ki je izdalo sklep, izbranega osebnega zdravnika in odvetnika osebe, ter odredi prevoz osebe z reševalnim vozilom. Direktor psihiatrične bolnišnice oz. socialno-varstvenega zavoda lahko pri izvedbi nujnega prevoza zahteva pomoč policije.

2. odstavek 55. člena:

Zdravnik, ki osebo napoti v psihiatrično bolnišnico, lahko pri izvedbi zadržanja in odreditvi prevoza z reševalnim vozilom skladno s predpisom iz drugega odstavka 56. člena tega zakona zahteva pomoč policije.

1. odstavek 56. člena:

Kadar ta zakon določa, da lahko zdravnik ali direktor psihiatrične bolnišnice oz. socialno-varstvenega zavoda zahteva pomoč policije, je policija dolžna sodelovati z zdravstvenim osebjem in službo nujne medicinske pomoči ter jim nuditi potrebno pomoč, dokler ogrožanja, ki jo oseba povzroča, ni mogoče omejiti z zdravstvenimi ukrepi.

1. odstavek 56. člena:

Način sodelovanja med zdravstvenim osebjem in reševalno službo ter policijo določi minister v soglasju z ministrom, pristojnim za notranje zadeve.

- Pravilnik o načinu sodelovanja med zdravstvenim osebjem in reševalno službo ter policijo (2009)

3. odstavek 1. člena:

Pomoč policije po tem pravilniku lahko zahteva tudi direktor bolnišnice oz. socialno-varstvenega zavoda pri izvedbi nujnega prevoza z reševalnim vozilom v skladu z drugim odstavkom 52. člena Zakona o duševnem zdravju.

1. odstavek 2. člena:

Če so izpolnjeni pogoji iz 2. odstavka 1. člena pravilnika, lahko zdravnik zahteva pomoč krajevno pristojne policijske postaje (v nadaljevanju PP). **Pristojnost nad realizacijo sodne odredbe za privedbo na podlagi Zakona o duševnem zdravju¹**

Policija je na podlagi primera s terena pripravila usmeritev za ravnanje PP po prejeti sodni odredbi za privedbo na podlagi (ZDZdr, 2008).

V kolikor PP prejme odredbo za privedbo po tretjem odstavku 52. člena ZDZdr, v kateri je navedeno, da se odreja privedba osebe/bolnika z duševno motnjo v psihiatrično bolnišnico (ker se iskani ni odzval na poziv pristojne bolnišnice za sprejem v to ustanovo), je treba ravnati po naslednjem postopku, ki je usklajen z Varuhom človekovih pravic (2018).

V primeru podanih okoliščin iz 58. člena ZNPPol (privedba zaradi zagotavljanja pomoči) (2009), se sme takšno osebo pripeljati na PP. Varuh človekovih pravic (2018) je namreč jasno izrazil stališče, da policija nima pristojnosti privedbe bolnika v zdravstveno ustanovo. Takšno odredbo bi namreč morala realizirati zdravstvena ustanova in ne policija, ker odredba temelji na ZDZdr (2008).

Takšne odredbe sodišče sploh ne bi smelo poslati policiji, temveč pristojni zdravstveni ustanovi, ki bi morala odredbo tudi realizirati. V kolikor bi PP prejela odredbo sodišča, ki bi temeljila na tretjem odstavku 52. člena ZDZdr, naj jo zavrne in svojo odločitev utemelji s tem stališčem.

Obrazložitev

Gre za postopek, ki ga je sodišče začelo na podlagi prvega odstavka 30. člena ZDZdr (2008), v nadaljevanju postopka pa se je oprlo na tretji odstavek 52. člena navedenega zakona, ki se navezuje na 44., 45. in 48. člen. Tretji odstavek 52. člena ZDZdr določa, da sodnik odredi privedbo, če postopek iz prvega in drugega odstavka navedenega člena ni bil uspešen. Vendar pa tretji odstavek 52. člena eksplicitno ne določa, kdo naj odredbo realizira, kot to npr. določata Zakon o kazenskem postopku (2012, v nadaljevanju ZKP-UPB8) v 194. členu, Zakon o prekrških (2011, v nadaljevanju ZP-1-UPB8) v 116. členu ali Zakon o izvrševanju kazenskih sankcij (2006, v nadaljevanju ZIKS-1-UPB1), ki natančneje določa načine privedbe temelječe na ZKP-UPB8 ali ZP-1-UPB8), zaradi česar je do navedene anomalije tudi prišlo.

Določbe tretjega odstavka 52. člena je treba razumeti kot nadaljevanje postopka, ki je opisan v drugem odstavku tega člena, kjer je navedeno, da direktor zavoda (poleg obveščanja) odredi prevoz osebe z reševalnim vozilom. Navedena nejasnost tretjega odstavka 52. člena bo v dopolnitvi ZDZdr odpravljena z natančnejšo navedbo, da odredbo realizira zdravstvena ustanova z reševalnim vozilom.

Prav tako je bilo ugotovljeno, da Pravilnika o načinu sodelovanja med zdravstvenim osebjem in reševalno službo ter policijo (2009) za te primere ni mogoče uporabljati, saj je sprejet na podlagi drugega odstavka 56. člena ZDZdr za primere iz prvega odstavka navedenega člena.

Navajamo še preostale predpise, ki (poleg določb 52. člena ZDZdr, 2008) urejajo privedbe v podobne primerih, saj se lahko na terenu pojavijo okoliščine, ki bi od policije v cilju zagotavljanja varnosti ljudi, terjale souporabo tudi drugih predpisov, in sicer:

- ZNPPol: člen 58,
- ZDZdr: členi 55, 56 in 57 in
- Pravilnik o načinu sodelovanja med zdravstvenim osebjem in reševalno službo ter policijo (člena 10 in 11).

4. Statistični podatki za policijsko upravo Maribor v obdobju 1. 1. 2019–30. 6. 2019

Graf 1: Pomoč policije upravičencem – policijska asistenca

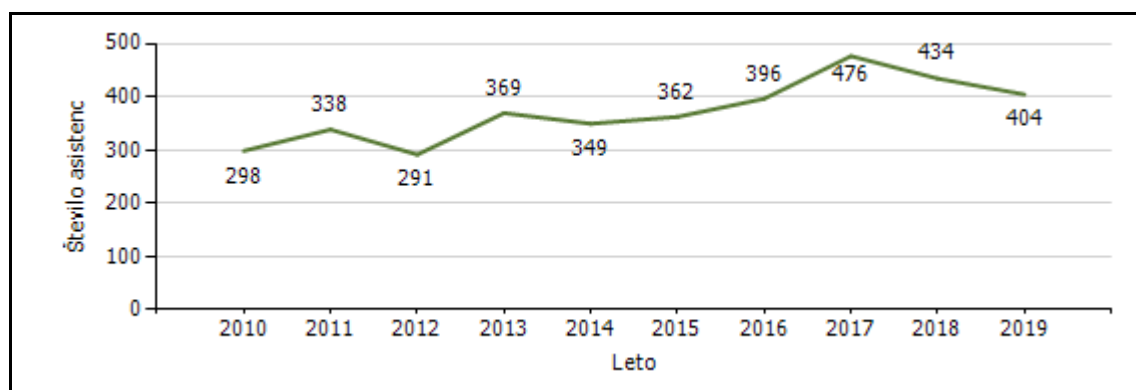


Tabela 1: Pomoč policije po vrsti upravičenca

	Število asistenc									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Zdravstvene ustanove	226	251	239	268	297	316	342	422	380	362
Sodišča	24	22	10	13	10	10	11	12	5	6
Inšpekcijske službe	21	43	5	5	11	5	11	15	16	14
Centri za socialno delo	5	7	8	12	7	3	9	6	15	10
Drugi upravičenci	22	15	29	71	24	28	23	21	18	12
Skupaj	298	338	291	369	349	362	396	476	434	404

Literatura

Pravilnika o načinu sodelovanja med zdravstvenim osebjem in reševalno službo ter policijo, 2009. Uradni list Republike Slovenije št. 44/09.

Varuh človekovih pravic, 2018. Letno poročilo varuha človekovih pravic Republike Slovenije za leto 2018. Available at: http://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/pdf/lp/LP_2018.pdf [29. 9. 2019].

Zakona o duševnem zdravju (ZDZdr), 2008 Uradni list Republike Slovenije št. 77/08, 46/15 – odl. US in 44/19 – odl. US.

Zakon o izvrševanju kazenskih sankcij (ZIKS-1-UPB1), 2006. Uradni list Republike Slovenije št. 110/06.

Zakon o kazenskem postopku (ZKP-UPB8), 2012. Uradni list Republike Slovenije št. 32/12.

Zakona o nalogah in pooblastilih policije (ZNPPol), 2009. Uradni list Republike Slovenije št. 15/13, 23/15 – popr., 10/17, 46/19 – odl. US in 47/12.

Zakon o prekrških (ZP-1-UPB8), 2011. Uradni list Republike Slovenije št. 29/11.

KOMUNIKACIJA – EDEN OD POMEMBNIH DEJAVNIKOV PRI ZAGOTAVLJANJU KAKOVOSTNEGA IN VARNEGA DELA V PSIHIATRIJI

Ivanka Videčnik, dipl. m. s., univ. dipl. org.

UKC Maribor, oddelek za psihiatrijo

ivanka.videcnik@ukc-mb.si

Izvleček

Kakovostno in varno delo v zdravstveni negi temelji na ustrezni komunikaciji in je usmerjeno k doseganju postavljenih ciljev. Pri tem sodelujejo vsi zaposleni v multidisciplinarnem timu. Komunikacija v procesu zdravstvene nege je eden ključnih dejavnikov pri oblikovanju ciljev in je način za doseganje kakovostne in varne zdravstvene nege. Kakovostna zdravstvena nega se kaže tudi kot zadovoljstvo uporabnikov zdravstvenih storitev. Kakovost zdravstvenih storitev, zadovoljstvo pacientov in uspešnost ustanove so elementi, ki so med seboj tesno povezani. Pozitivni rezultati kakovostne zdravstvene nege so vidni v vseh delovnih procesih. Zdravstvena obravnava pacienta predstavlja prizadevanje strokovnjakov različnih poklicev, ki v spoštljivem dialogu iščejo najboljše poti profesionalnega delovanja in skrbijo za dobre medsebojne odnose in se trudijo, da sodelovanje v negovalnem in zdravstvenem timu temelji na medsebojnem spoštovanju in upošteva načela asertivne komunikacije.

Ključne besede: komuniciranje, varno delo, kakovost.

Uvod

Načini komuniciranja se skozi zgodovino spreminjajo. Še nekaj desetletij nazaj so se informacije prenašale zelo počasi. Danes je popolnoma drugače. Sodobna tehnologija nam omogoča vedno hitrejši prenos informacij in obveščanje o dogajanju po vsem svetu. Ljudje smo med seboj čedalje bolj povezani, zato je zelo pomembno, da poznamo pravila komuniciranja. Ta se lahko nanašajo na poklic, ki ga opravljamo, na vlogo, ki jo imamo, na situacijo, v kateri se nahajamo, ter na kulturo, ki ji pripadamo. V ožjem pomenu pod komunikacijo razumemo interakcijo ali sporazumevanje med dvema ali več osebami. Gre za komunikacijo iz oči v oči, za dialog oz. za medosebno, neposredno komunikacijo. Med prejemnikom in pošiljateljem se oblikuje bolj ali manj tesen odnos (prijateljski, partnerski, poslovni). Veda o komuniciranju in komunikacijskih sredstvih se imenuje komunikologija (Prebil, et al., 2009).

Komunikacija

Komunikacija je kontinuiran tok sporočil med osebami (ena, dve ali več). Sporočilo je katerikoli besedni ali nebesedni simbol ali znak, ki ga ena oseba prenese na drugo. Kot nekakšna pot kodiranja, zato morajo imeti sogovorniki vsaj eno skupno pot sporočanja. To pomeni, da moramo sporočila, ki nam jih dajejo drugi, znati dekodirati in razumeti, svoja lastna pa oblikovati na način, da ga naši sogovorniki lahko razumejo. Oseba, s katero komuniciramo, mora naše sporočilo sprejeti, ga razumeti, si ga zapomniti in kar je najvažnejše, se odzvati. Na tej poti se srečamo z različnimi ovirami, ki poskrbijo za napačno

tolmačenje sporočila. Nastanejo težave na relaciji simbol – pomen. Simbol uporabljamo za različne izraze: filtri, šumi, motnje itn. Delimo jih na organizacijske ovire (hierarhija, statusni odnosi med zaposlenimi ipd.) in individualne ovire (nastajajo zaradi napačnega razumevanja oddajnikove informacije) (Šetina Čož, 2015).



Slika 1: Pot sporazumevanja (Šetina Čož, 2015).

Kako mi razumemo pomen sporočila (v obliki besed ali brez besed), je odvisno od naših vrednot, prepričanj, razpoloženja, skratka našega subjektivnega doživljanja in prepoznavanja. Komunikacija se začne z mislimi. S pomočjo besed, tona in govornice telesa te misli prenašamo na drugega človeka. V veliki meri je uspešnost prenosa sporočila odvisna od tega, kako bo sogovornik razumel naše izražanje. Raziskava Alberta Mehrabiana, profesorja na kalifornijski univerzi v Los Angelesu (UCLA), je pokazala, da v povprečnem poslovnem razgovoru le 7 % pomena sporočila povemo z besedami, 38-odstotni delež prispeva intonacija govora, kar 55 % pa odpade na nebesedno komuniciranje (Šetina Čož, 2015).

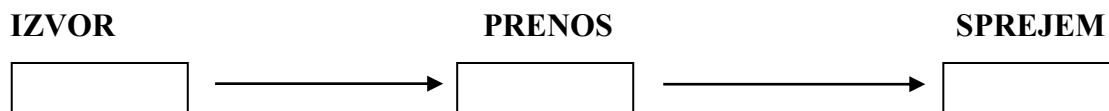
Besedno (verbalno) komuniciranje zajema uporabo besed za prenos sporočila, pri tem pa uporabljamo govor in pisano besedo. Udejanja se prek štirih komunikacijskih dejavnosti: poslušanja, govorjenja, branja in pisanja. Raziskave (Šetina Čož, 2015) kažejo, da ljudje bolj verjamemo nebesednim sporočilom. Pri tem pa smo prepogosto pozorni na to, kaj bomo povedali. Nebesedno (neverbalno) komuniciranje je bolj neposredno, manj nadzorovano, mnogo težje ga je skriti kot besedno; zlepa ne zapišemo, česar ne bi hoteli, medtem ko brez besed lahko to izražamo, ne da bi se tega zavedali. Nebesedno komuniciranje je sestavljeno iz:

- vedenja telesa (drže, usmerjenosti in gibov telesa),
- mimike (čela, brade, lic, obrvi, ust),
- očesnega stika (pogleda zenic, očesnih mišic),
- gestikulacije (govornice rok, velike in male kretnje), dotikov, oblačenja, vedenja v prostoru (intimno, osebno, družbeno in čas za srečanje),
- zunanjega konteksta (zunanjih okoliščin med komuniciranjem).

Paraverbalna komunikacija, ki jo z 38 % izražamo s tonom glasu, pa zajema hitrost govora, ritem, jakost, barvo glasu, melodije, jasnosti, smeha in glasov brez verbalne vsebine. Besednega sporočanja smo se z branjem in pisanjem naučili v šoli, nebesednega se moramo v veliki meri naučiti sami (Šetina Čož, 2015).

Učinkovito sporazumevanje

Za učinkovito razumevanje je prvi pogoj informacija, ki vzdržuje ali omogoča komunikacijo. Ta mora nekje nastati in biti predana, naslovljena na drugega. Drugi pogoj je, da je prenesena, da potuje od poslušalca ali prejemnika. Tretji pogoj je, da je sprejeta in razumljena. Tako pridemo do treh pogojnih elementov vsake komunikacije, tj. izvora informacije, prenosa in sprejema (Šetina Čož, 2015).



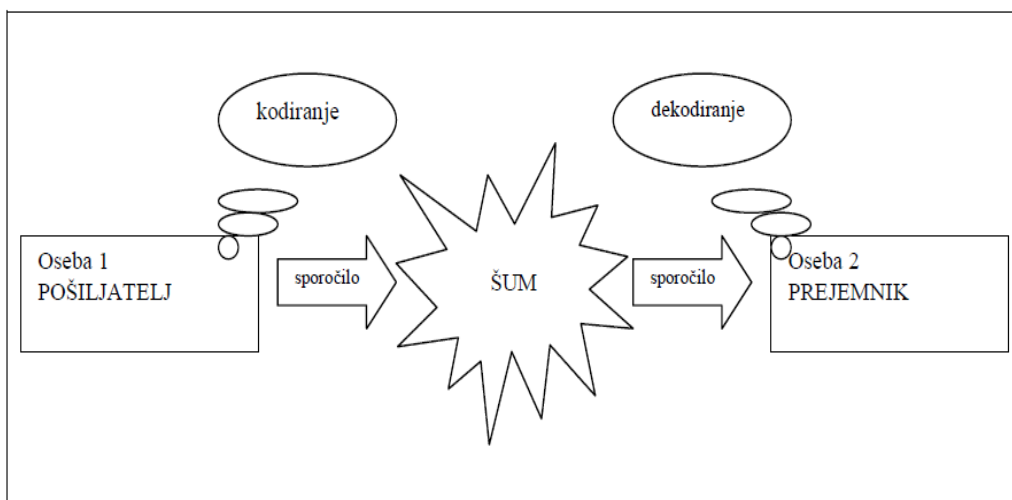
Slika 2: Elementi vsake komunikacije (Šetina Čož, 2015)

Komunikacija je v zdravstveni negi postala bolj aktualna z razvojem stroke, z uveljavljanjem sodobnih metod dela, ki aktivno vključujejo pacienta. Komuniciranje nima zgolj akademskih razsežnosti, temveč predvsem praktični pomen.

Za učinkovito sporazumevanje je potrebno konkretizirati (vključevati možnost izjem ter omejiti izjave na konkretne primere), kar je izpuščeno, dopolniti (zaradi večje jasnosti je potrebno vključiti konkretne osebe, navajati vzroke, opisovati možne posledice in navedene strani primerjati), vse subjektivne predsodke pa preveriti (preverjanje ob pomoči metakomunikacije in komunikacijske povratne informacije in razjasnjevanje v dialogu). Pri medosebnem sporazumevanju v zdravstveni negi v psihiatriji igra pomembno vlogo skladnost med besednim in nebesednim jezikom. Prepričljiv govorec je tisti, pri katerem so nebesedna sporočila skladna z besednimi, ko nebesedna sporočila podprejo besedna ter potrdijo vsebino, ki jo sporoča z besedami (Šetina Čož, 2015).

Skladnost besednih in nebesednih sporočil poteka v treh stopnjah (Šetina Čož, 2015):

- ozaveščanje, prepoznavanje svojega in tujega nebesednega vedenja med sporazumevanjem ,
- pogovor, verbalizacija,
- metakomunikacija.



Slika: Razširjeni linearni model komunikacije (Šetina Čož, 2015)

Ker so nebesedna sporočila večpomenska, se je mogoče izogniti nepravilni interpretaciji le z besednim preverjanjem, ki vključuje skupno pojasnjevanje neuskklajenosti, vzajemno uglaševanje ter pojasnjevanje napačno interpretiranih verbalnih in neverbalnih sporočil.

Ovire v sporazumevanju

V komunikaciji pogosto nastopajo ovire:

- fizični dejavniki in mehanične ovire lahko otežijo ali onemogočijo komunikacijo;
- semantične ovire so vezane na pripis pomena, ki ostaja v mislih govorca in prejemnika sporočila in ne v besedah samih. Tako se lahko zgodi, da prejemnik pripiše besedam svoj (drugačen) pomen;
- psihološke so posledica predsodkov, vrednot in stališč posameznika;
- ovire v procesu zaznavanja in filtriranja so v tesni povezavi s psihološkimi ovirami, saj je filtriranje povezano s kognitivnimi funkcijami/procesi. Pri filtriranju so temeljnega pomena predpostavke, vnaprejšnje domneve, ki jih imamo. Predpostavke vplivajo na to, kako zaznavamo in komuniciramo z različnimi ljudmi.

Moč pohvale in iskrena kritika

Pohvalo potrebuje vsakdo od nas, saj nam daje potrditev, da drugi cenijo naše delo in trud. Pohvala daje prijeten čaroben občutek s preprosto besedo »hvala«. Mnogokrat smo polni kritik, kaj vse je bilo narobe, premalo časa pa posvetimo pozitivnemu. In prav k temu nas spodbuja ta »sendvič«. Sestavljen je iz dveh kosov kruha in vmesnega, »mesnega« dela (Šetina Čož, 2015).



Slika 1: »Sendvič« – vrnitveno sporočilo (Šetina Čož, 2015)

Prvi, spodnji kos kruha nas spodbuja prav k temu, da v obravnavani situaciji najdemo nekaj konkretnih podrobnosti, s katerimi lahko pohvalimo stanje, ki ga ocenjujemo. Tudi pri tem ni treba pretiravati, npr. dve do tri podrobnosti bodo dovolj (Šetina Čož, 2015).

Na to pozitivno podlago namestimo »mesni del«, v katerem pogosto znamo poskrbeti, da je ta sendvič vse prej kot vegetarijanski. A ta del ni namenjen kritiziranju, kaj vse je šlo narobe, pač pa predlogom za izboljšanje obstoječega stanja. Čisto drugače sprejemamo kritiko, če nam kdo namesto besed: »To in to je narobe!«, reče: »Predlagam ti, da naslednjič to in to izboljšaš z ..., nadomestiš z ...«. Tudi tega dela naj ne bo preveč, dva do trije primeri so dovolj.

Sledi še zgornji del kruha, ki pokrije predloge s splošno pozitivno pohvalo situacije, ki jo ocenjujemo, npr.: »Vse čestitke, na splošno si delo opravil/-a pregledno in zanesljivo.« Zagotavljam vam, da bodo tudi s pomočjo te formule odnosi v vašem delovnem okolju pristnejši in konstruktivnejši. Seveda pa je samoumevno, da je v formuli prostor zgolj za pristno iskrenost, pri čemer se izogibate besedi »ampak«, ki izniči vso pohvalo, ki ste jo pred tem izrekli. Primer: »Super si to in to naredil/-a, ampak manjka ti še to in to...« Boljše je: »Super si to naredil/-a, predlagam ti, da k temu dodaš še to in to ...«. Kateri stavek vam je bolj všeč (Šetina Čož, 2015)?

Pri izražanju mnenja (kritike) je pomembno, da jo izrazimo čimprej, dokler je situacija še sveža. Prav tako je pomembno, da jo izrazimo v obliki »jaz«, saj s tem poudarimo, da gre za naše subjektivno mnenje, npr. »Jaz menim ...« ipd. Vrnitveno sporočilo naj bo resnično iskreno, njegova vsebina pa usmerjena k napredku (Šetina Čož, 2015).

Terapevtska komunikacija

Ena najpomembnejših nalog medicinske sestre in zdravstvenega tehnika v zdravstveni negi je zadovoljevanje pacientovih potreb s pomočjo terapevtske komunikacije. Le-ta se začne takoj, ko pacient stopi v zdravstveno ustanovo. Je veliko več kot le prenašanje sporočil med ljudmi, je srečanje enega človeka z drugim. Vsak od njiju je vstopil v odnos s svojimi občutki, strahovi, pričakovanji, vrednotami, sposobnostmi in omejitvami. Bolj ga poznamo, lažje mu pomagamo. V nasprotju z običajno komunikacijo, ko je cilj zadovoljevanje potreb vseh sodelujočih, je pri terapevtski komunikaciji na prvem mestu zadovoljevanje pacientovih

potreb. Na začetku srečanja s pacientom je cilj vzpostavitev odnosa in ustvarjanje varnega okolja. V naslednji fazi je poudarek na ugotavljanju potreb, na razjasnitvi ciljev in pričakovanj. V nadaljevanju skušamo slediti ciljem in zadovoljevati potrebe (Videčnik, 2011).

Značilnosti terapevtske komunikacije:

- *zaupanje*: pridobiti pacientovo zaupanje, ga zaslužiti s poslušanjem, sprejemanjem njegovih občutkov, jasna sporočila;
- *sprejemanje*: sprejemanje pacientove osebnosti, usmerjanje pozornosti v pacientove dobre lastnosti, pohvala;
- *empatija*: razumevanje pacienta in njegovih občutkov;
- *spoštovanje*: z majhnimi dejanji, kot so izkazovanje pozornosti, vrednosti in dostojanstva, uporabljamo prijaznost, vljudnost in upoštevamo pacienta;
- *samorazkrivanje*: zaupanje intimnega doživljanja s strani pacienta;
- *zaupnost*: vsi podatki so strogo zaupni, informacije o pacientu krožijo v timu.

S pravilno uporabo tehnik terapevtske komunikacije bo medicinska sestra opogumila pacienta, da izrazi svoja čustva, se zave svojega razmišljanja (Šetina Čož, 2015).

Tehnike, ki opogumljajo pacienta pri izražanju svojih čustev, so (Šetina Čož, 2015): *dejavno poslušanje, pozorno sledenje in odzivanje, postavljanje vprašanj, besedna vodila in tišina*.

Tehnike, ki pomagajo medicinski sestri pri razumevanju pacientovih čustev, so: *refleksija, parafraziranje, osvetlitev in potrditev*.

Tehnike, ki pomagajo pacientu graditi njegovo samozavedanje, so: *razlaganje, soočanje, osredotočenje in povzetek*.

Namigi za uspešno poslušanje

1. Potrudimo se za očesni kontakt, s katerim bomo prepričali sebe, da bomo več pozornosti posvetili sogovorniku, obenem pa prepričali sogovornika, da je ta čas namenjen le njemu.
2. Bodimo pozorni, kaj nam sogovornik sporoča z nebesedno komunikacijo. Ne pozabimo, z besedami sporočamo zgolj 7 %.
3. Dovolimo sogovorniku, da govori in ga ne prekinjamo, četudi nas bo močno srbel jezik. Ne pozabimo, da imamo dvoje ušes in ena usta, z namenom, da bi manj govoril in več poslušali. Iz lastnih izkušenj vam zagotavljam, da je to dostikrat zelo težko, a je mogoče.
4. Ne ustvarimo si prehitro svojih zaključkov, razpleta vsebine pogovora, še preden bo sogovornik zaključil pripovedovanje. Prehitro sklepanje lahko vodi v napačno smer.
5. Pri izražanju povratne informacije ne pozabimo na moč pohvale in iskreno kritiko. V veliko pomoč pri tem nam je lahko model »vrnitveno sporočilo sendvič.«
6. Preverjanje jasnosti informacij. Kljub zbranosti lahko besede sogovornika napačno razumemo. Med samim pogovorom občasno naredimo povzetke, ponovimo bistvene informacije pogovora. Tako bomo bolj skoncentrirani na pogovor, obenem pa bomo sproti preverjali razumljivost informacij, npr.: »Aha, v petek...«, »Ja, ti pelješ s svojim avtom«, »Aha, gradivo je pripravljeno« (Šetina Čož, 2015).

Komuniciranje s svojci

Pomembno vlogo v procesu komuniciranja imajo tudi svojci, za katere je čustvena komunikacija prezahtevna in preveč zastrašujoča, saj se ustvarja veliko napetosti in stiske ter psihične bolečine (Hughes, 2009). Reaktivna družinska komunikacija je povezana z napadi in napetostmi v medosebnih odnosih. Člani se težje povežejo v teh zelo bolečih in občutljivih temah, ki zahtevajo veliko časa, energije, truda in poskusov, da to dosežejo. Če je tovrstna komunikacija izražena na reaktiven način, pogosto vodi v medosebne napade (Pate, 2019).

Pomen komunikacije za varno in uspešno delo

Namen prispevka je prikazati pomen komunikacije pri zagotavljanju varnega in uspešnega dela v zdravstveni negi na področju psihiatrije. Zaposleni v zdravstveni negi so del kadra, ki ima velik doprinos k ustrezni komunikaciji do svojcev in pacientov z duševno motnjo.

Področje kakovosti in komunikacije je zbrano v šestih načelih (Robida, 2006 v Volf, 2015):

- uspešnost,
- varnost,
- pravočasnost,
- učinkovitost,
- enakost,
- osredotočenje in primerna komunikacija do pacienta.

Zaposleni v procesu zdravstvene nege se vsakodnevno soočajo s fizičnimi in psihičnimi obremenitvami pri delu s pacienti z duševno motnjo. Pri stresnem delu morajo obvladati ustrezne oblike komunikacije, ki pa mora biti prilagojena pacientovemu stanju in podana na njemu enostaven, preprost in razumljiv način.

Primerna komunikacija, dobri medsebojni odnosi, spoštovanje sodelavcev in sprotno reševanje problemov so elementi za uspešno doseganje ciljev delovne organizacije in kažejo na zadovoljstvo zaposlenih (Mrak & Hvala, 2015).

Zaključek

Življenje lahko vsakemu človeku prinese težave, bolezen in trpljenje, ki se jih ne more ubraniti. Takrat potrebuje pomoč od zunaj. Ko jo išče v zdravstvu, sta njen osnovni vir pogosto medicinska sestra in zdravstveni tehnik. V procesu zdravljenja se s svojci srečujejo medicinske sestre in zdravstveni tehniki. Če imajo ustrezno znanje in izkušnje s komunikacijo, lažje spremljajo pacienta in mu pomagajo na njegovi poti do zdravja. Profesionalna komunikacija in odnosi medicinske sestre in zdravstvenega tehnika omogočijo pacientu, da se mu ponovno vrne volja do življenja. To pa je možno le skozi pristen stik s pacientom, pri katerem se pravočasno in odgovorno odzivamo na njegove potrebe.

Globalni cilj profesionalne komunikacije medicinske sestre in zdravstvenega tehnika s pacientom je medsebojni odnos, v katerem bo pacient brez strahu in zadržkov sporočal svoje potrebe, želje in pričakovanja. Tudi razliko med pacienti bosta medicinska sestra in zdravstveni tehnik lažje zaznala, če se bosta z njimi pogovarjala in jih aktivno poslušala. S tem pridobita dodatne informacije, ki so v pomoč pri izvajanju zdravstvene nege, pacient pa ima prijeten občutek.

Literatura

- Blatnik, D., Kiauta, M. & Ratoša, G., 2015. Zavzeti zaposleni – optimalni vir. In: S. Majcen Dvoršak, et al., eds. »Z optimalnimi viri do učinkovite zdravstvene in babiške nege«: zbornik predavanj z recenzijo. 10. jubilejni kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Brdo pri Kranju, 11. in 12. maj 2015. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebni razvoj medicinskih sester in babic, pp. 18–27.
- Hughes, A.M., Gregory, M.E., Joseph, D.L., Sonesh, S.C., Marlow, S.L., Lacerenza, C.N. & Salas, E., 2016. Saving lives: A metaanalysis of team training in healthcare. *Journal of Applied Psychology*, 101(9), pp. 1266–1304.
- Mrak, L. & Hvala, N., 2015. Analiza delovnih obremenitev negovalnega osebja v Psihiatrični bolnišnici Idrija. In: S. Majcen Dvoršak, et al., eds. »Z optimalnimi viri do učinkovite zdravstvene in babiške nege«: zbornik predavanj z recenzijo. 10. jubilejni kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Brdo pri Kranju, 11. in 12. maj 2015. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebni razvoj medicinskih sester in babic, pp. 106–114.
- Pate, T., 2019. *Kronična bolezen v družini: soočanje in nenehno prilagajanje*. Ljubljana: Teološka fakulteta, p. 58.
- Prebil, A., Mohar, P. & Drobne, J., 2009. *Komunikacija v zdravstvu*. Celje: Celjska Mohorjeva družba: Društvo Mohorjeva družba, pp. 35, 83, 127.
- Šetina Čož, M., 2015. *Posel smo ljudje: dobri medosebni odnosi – osnova za zadovoljstvo in uspeh!: priručnik s praktičnimi nasveti*. Grosuplje: Izobraževalni zavod Znanje, pp. 28, 56, 58–62, 66, 69–72.
- Videčnik, I., 2011. Pomen komunikacije v zdravstveni negi psihiatričnega pacienta. In: Kores Plesničar, B. eds. *Duševno zdravje*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 204 – 205.
- Volf, S., 2015. Zagotavljanje kakovosti zdravstvene nege s standardizacijo procesov. In: S. Majcen Dvoršak, et al., eds. »Z optimalnimi viri do učinkovite zdravstvene in babiške nege«: zbornik predavanj z recenzijo. 10. jubilejni kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Brdo pri Kranju, 11. in 12. maj 2015. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in

zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebni razvoj medicinskih sester in babic, pp. 73–80.

TIMSKO DELO, MEDPOKLICNO SODELOVANJE ZA VEČJO KULTURO KAKOVOSTI IN VARNOSTI

viš. pred. dr. Mojca Dobnik, univ. dipl. org., dipl. m. s.

Univerzitetni klinični center Maribor in Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede
mojca.dobnik@ukc-mb.si

Izvleček

Timsko delo in medpoklicno sodelovanje sta temelja kulture kakovosti in varnosti v zdravstvu. Izboljševanje kulture kakovosti in varnosti v zdravstvu je dolgoročen, sistematičen in nenehen proces. Je bistvena sestavina preprečevanja napak in izboljševanja kakovosti zdravstvene obravnave. Namen prispevka je predstaviti pomen timskega dela in medpoklicnega sodelovanja za vzpostavitev kulture kakovosti in varnosti.

Ključne besede: kakovostna zdravstvena oskrba, zaposleni v zdravstvu, pacient

Teoretična izhodišča

Zdravstveno varstvo je po definiciji multidisciplinarni poklic, v katerem morajo zdravniki, zaposleni v zdravstveni negi, zdravstveni delavci različnih specialnosti sodelovati, pogosto komunicirati (Manser, 2009). Interdisciplinarno timsko delo je pomemben model zagotavljanja zdravstvene oskrbe pacientov. Timsko delo se nanaša na to, da so vsi zdravstveni delavci zavezani istemu cilju zagotavljanja kakovostne zdravstvene oskrbe (Ashraf, 2017).

Timsko delo v zdravstvu je opredeljeno kot dva ali več posameznikov, ki medsebojno sodelujejo s skupnim namenom in si prizadevata/jo za merljive cilje, ki koristijo vsem zaposlenim za ohranjanje stabilnega delovnega okolja, hkrati pa spodbuja pošteno razpravo in reševanje problemov v smeri skupnega cilja (Manser, 2009).

Medpoklicno sodelovanje deluje najbolje, kadar je jasen namen in se ga izvaja po protokolih in ustaljenih postopkih. Ob tem so pomembni uporaba sestankov in drugih komunikacijskih metod za razpravo o rezultatih zdravstvene oskrbe pacientov, izmenjava informacij in predlogi ter razprava za izboljšanje uspešnosti. Timsko delo in medpoklicno sodelovanje sta še posebej pomembna za oskrbo pacientov v decentraliziranem zdravstvenem sistemu z veliko ravnmi zdravstvenih delavcev (Kalisch, et al., 2007; Pinto, et al., 2012).

Time pogosto sestavljajo številni strokovnjaki v zdravstvu, vsak s specializiranim znanjem in odgovoren za različne naloge. Te multidisciplinarne skupine so sestavljene za reševanje zdravstvenih težav, ki si prizadevajo razumeti pacientove potrebe in s tem skupaj pripomorejo h kakovostni varni zdravstveni oskrbi. Timi lahko sodelujejo tudi pri razvoju promocije zdravja za različne skupnosti in spodbujajo vedenja za preprečevanje bolezni (Pinto, et al., 2012).

Strokovnjaki za kakovost in varnost se strinjajo, da so komunikacijske in timske sposobnosti bistvene za zagotavljanje kakovostne in varne zdravstvene oskrbe. Ko ves tim učinkovito sodeluje, lahko z zdravstveno oskrbo izboljšajo rezultate, preprečijo napake, izboljšajo učinkovitost in povečajo zadovoljstvo pacientov. V ta namen so poznani strategije in orodja

za izboljšanje učinkovitosti za kakovostno in varno zdravstveno oskrbo pacientov (Hughes, et al., 2016; Carpenter, et al., 2017). Strategija AHRQ (Agencija za zdravstvene raziskave in kakovost angl. Agency for Healthcare Research and Quality) se osredotoča na štiri temeljne kompetence timskega dela: komunikacijo, vodilne ekipe, spremljanje razmer in medsebojno podporo (Song, et al., 2017).

Temo predstavljamo, ker je timsko delo ključni vidik kakovosti in varnosti. Učinkovita komunikacija vključuje tako paciente kot njihove družine. Raziskave vse pogosteje kažejo povezavo med povečanim angažmajem pacientov in družin ter manj neželenih dogodkov. Ugotovitev, kako želijo pacienti in družine sodelovati pri njihovi oskrbi, nato pa jih vključiti v oblikovanje načrta oskrbe, povečuje njihovo razumevanje postopkov in pričakovanih rezultatov zdravstvene oskrbe.

Razprava

Zakaj je timsko in medpoklicno sodelovanje pomembno, se kaže vsak dan v kliničnih okoljih v vsakdanji praksi.

Timsko delo je postalo pomembno iz več razlogov:

- klinična obravnava postaja vedno bolj zapletena in specializirana, zaradi česar mora zdravstveno osebje slediti strokovnim smernicam in se hitro naučiti novih postopkov in posegov. Staranje prebivalstva, povečanje kroničnih bolezni, kot so diabetes, rak in bolezni srca, so prisilili medicinsko osebje k večdisciplinarnemu pristopu k zdravstveni oskrbi (Virani, 2012);
- skupno sodelovanje zmanjšuje število napak v zdravstvu in povečuje kakovost in varnost zdravstvene oskrbe pacientov (Baker, et al., 2005). Timsko delo zmanjšuje izgorelosti, saj ni več samo ena oseba odgovorna za pacientovo zdravje, ampak se celoten tim zdravstvenih delavcev združuje za izboljšanje pacientovega počutja (World Health Organization, 2013). Timi pomagajo razbiti hierarhijo in centralizirano moč zdravstvenih organizacij (Carvalho, et al., 2014);
- timsko delo je osredotočeno na komunikacijo, zato se pacienti in njihove družine včasih počutijo bolj sproščene in so bolj zadovoljni z zdravstveno oskrbo. Zdravstveni delavci so tudi bolj zadovoljni s svojim delom (World Health Organization, 2013).

Poti za izboljšanje timskega dela v bolnišničnem okolju za večjo kulturo kakovosti in varnosti (Ashraf, 2017; DiazGranados, et al., 2017):

- timsko delo lahko privede do boljše zdravstvene oskrbe pacientov in prijetnejšega delovnega okolja, če imajo vsi v mislih, da je glavni cilj enak: kakovostna in varna zdravstvena oskrba. V bolnišnicah so nujne prioritete. Če so vzpostavljeni ustrezni pogoji za timsko delo in določene prednostne naloge, bo zdravstvena oskrba pacientov boljša in delovno okolje bo manj stresno;
- izboljša kakovost in varnost zdravstvene oskrbe pacientov. Kadar se timsko delo izvaja v zdravstvenem okolju, postane pacient aktiven partner pri lastnem zdravljenju (Keebler, et al., 2016);
- kakovostno delovno okolje: zaposleni v zdravstvu vedo, kako obvladati stresno situacijo, vendar se frustracije lahko kopičijo. Delo v timu bo zmanjšalo situacije, v katerih se zaposleni počutijo preobremenjene z delovno obremenitvijo ali temperamentom posameznega člana osebja. Sočutje in skupna vljudnost sta primerni ne le pri komunikaciji s pacienti, ampak sta tudi bistvena sestavna dela pri ravnanju s sodelavci;

- koristi zniževanju stroškov. Če vsak svoje delo opravlja učinkovito in se zaveda potreb sodelavcev, lahko prispeva k splošni morali (Gross, et al., 2016);
- zmanjšanje stresa: kadar veliko zaposlenih sodeluje in razmišlja o zdravstveni negi pacienta, se delovna obremenitev porazdeli enakomerneje in stres se zmanjša. To bo zmanjšalo tudi izgorelost pri zaposlenih, ki delajo nadure in obravnavajo veliko število pacientov;
- izboljšana komunikacija: učinkovite sposobnosti timskega dela temeljijo na osnovni komunikaciji znotraj oddelkov in med oddelki;
- učinkovito upravljanje s časom: v zdravstveni industriji je timsko delo enako učinkovitosti. V številnih situacijah je čas bistvenega pomena, dobro timsko delo pa bo timom omogočilo učinkovitejše upravljanje svojega časa;
- nove spretnosti: ko zaposleni, ki so specializirani za različna področja, delajo tesno povezano in redno komunicirajo, se morajo naučiti novih znanj in razširiti svoje znanje (Gilson, et al., 2015);
- večje zadovoljstvo z delovnim mestom: ko bodo vsi zaposleni sodelovali kot tim za doseg skupnega cilja, se bodo rezultati izboljšali in ljudje bodo bolj zadovoljni s svojim poklicnim življenjem.

Zaključek

V prispevku smo dosegli namen predstaviti pomen timskega dela in medsebojnega sodelovanja za doseganje kakovostne in varne zdravstvene oskrbe. Timi, ki učinkovito komunicirajo in sodelujejo, zmanjšujejo možnost napak, kar ima za posledico večjo kakovost in varnost zdravstvene oskrbe in izboljšanje klinične uspešnosti in večje zadovoljstvo pacientov. Na to temo bi bila potrebna izobraževanja v zdravstvenih zavodih.

Literatura

- Ashraf A., 2017. *Nine Paths for Improving Teamwork in a Hospital Setting*. Dosegljivo na: <https://www.physicianleaders.org/news/nine-paths-for-improving-teamwork-in-a-hospital-setting> (November 24. 2018).
- Baker, J. P., Gustafson, S. & Beaubien, J., 2005. *Medical teamwork and patient safety: an evidence-based relationship*. Rockville: Agency for Health Research and Quality, p. 11.
- Carpenter, J. E., Bagian, J. P., Snider, R. G., Jeray, K. J., 2017. Medical team training improves team performance: AOA critical issues. *The Bone & Joint Journal*, 99, pp.1604–1610.
- Carvalho, Samira de Fátima Cardeal, I.& Chiodi Toscano de Campos, M.. 2014. Organizational culture of a Brazilian public hospital. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48,(2), pp. 303–309.
- DiazGranados, D., Dow, A. W., Appelbaum, N., Mazmanian, P. E.& Retchin, S. M., 2017. Interprofessional practice in different patient care settings: A qualitative exploration. *Journal of Interprofessional Care*, 32, pp. 151–159.

- Gilson, L. L., Maynard, M. T., Jones Young, N. C., Vartiainen, M. & Hakonen, M., 2015. Virtual teams research: 10 years, 10 themes, and 10 opportunities. *Journal of Management*, 41, pp. 1313–1337.
- Gross, A. H., Leib, R. K., Tonachel, R., Bowers, D. M., Burnard, R. A., Rhinehart, C. & Bunnell, C. A., 2016. Teamwork and electronic health record implementation: A case study of preserving effective communication and mutual trust in a changing environment. *Journal of Oncology Practice/American Society of Clinical Oncology*, 12, pp. ,1075–1083.
- Hughes, A. M., Gregory, M. E., Joseph, D. L., Sonesh, S. C., Marlow, S. L., Lacerenza, C. N. & Salas, E., 2016. Saving lives: A metaanalysis of team training in healthcare. *Journal of Applied Psychology*, 101, pp. 1266–1304.
- Kalisch, B. J., Millie, C. & Stefanov, S., 2007. An intervention to improve teamwork and the engagement of nursing staff. *Journal of Nursing*, 37(2), pp. 77–84.
- Keebler, J. R., Lazzara, E. H., Patzer, B. S., Palmer, E.M., Plummer, J. P., Smith & et al., 2016., Meta-Analyses of the Effects of Standardized Handoff Protocols on Patient, Provider, and Organizational Outcomes. *Human Factors*, 58(8), pp. 1187-1205.
- Manser, T., 2009. Collaborative work in patient safety in dynamic areas of healthcare: A literature review. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53, 2, pp. 143–151.
- Pinto, R. M., Wall, M., Yu, G., Penido, C. & Schmidt, C., 2012. Inclusion of primary care and health services in the Brazilian healthcare system. *American Journal of Public Health* 102, 11, pp. e69-e76.
- Song, H., Ryan, M., Tendulkar, S., Fisher, J., Martin, J., Peters, A., et al., 2017. Team dynamics, clinical work satisfaction, and patient care coordination between primary care providers: a mixed methods study. *Health Care Management Review*, 42, pp. 28-41.
- Virani, T., 2012. *Interprofessional Joint Teams*. Canadian Foundation for Health Services. Ontario: Canadian Nurses Association, pp. 25.
- World Health Organization, 2013. *Interprofessional Collaborative Practice in Primary Health Care: Nursing and Midwifery Perspectives*. Geneva: Human Resources for Health Observer - Issue 13.
- Infection prevention in the operating room anesthesia work area.
- Munoz-Price LS, Bowdle A, Johnston BL, et al. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2019;40:1-17.
- The dilemma of patient safety work: perceptions of hospital middle managers.
- Sanner M, Halford C, Vengberg S, Röing M. *J Healthc Risk Manag*. 2018 Jul 2; [Pub Med of print].

VARNOSTNI ZAPLETI NA ODDELKU ZA PSIHIATRIJO UNIVERZITETNEGA KLINIČNEGA CENTRA MARIBOR IN UKREPI ZA REŠEVANJE

Aleš Zemljič, univ. dipl. org., dipl. zn.

Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za psihiatrijo

aless264@gmail.com

Izvleček

Teoretična izhodišča: Prispevek opredeljuje statistični pregled neželenih dogodkov in pogovorov o varnosti na Oddelku za psihiatrijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor. V Republiki Sloveniji je vsakodnevno zaznati medijsko odmevne postopke proti zaposlenim v zdravstvu, v večini primerov zaradi neželenih dogodkov, ki so se pripetili v zdravstveni obravnavi pacientov. Na drugi strani pa so zaposleni tisti, katerih delo je vedno bolj vezano na varno obravnavo pacientov in varno delovno okolje. V zdravstvu so namreč vsakodnevno izpostavljeni agresivnemu vedenju, tako s strani pacientov kot tudi njihovih svojcev. Namen prispevka je prikaz najpogostejših neželenih dogodkov pri obravnavi pacientov z duševno motnjo, ki istočasno vplivajo tudi na spremembe v zagotavljanju varnega delovnega okolja za zaposlene in organizacijsko strukturo ustanove. *Metode:* Izvedena je bila retrospektivna analiza podatkov na osnovi izpolnjenih neželenih dogodkov in pregleda pogovorov o varnosti ter izdelanih in sprejetih korektivnih ukrepov za obdobje 9 let. *Rezultati:* V obdobju od septembra 2010 do julija 2019 je bilo zaznanih in zabeleženih 560 varnostnih zapletov na Oddelku za psihiatrijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor. Izvedenih je bilo 216 pogovorov o varnosti in zabeleženih 344 neželenih dogodkov, od tega za paciente 292 (84,88 %) in 52 (15,12 %) neželenih dogodkov pri svojcih ali obiskovalcih. Ugotovili smo, da skoraj 30 odstotkov (29,64 %) ali 166 izpolnjenih varnostnih zapletov, predstavlja neposredno grožnjo za zdravje in življenje zaposlenih. *Razprava in zaključki:* Z raziskavo smo dokazali, da smo priča trendu naraščanja agresivnega vedenja uporabnikov zdravstvenih storitev kot tudi njihovih svojcev. Učinkovito obvladovanje varnostnih zapletov tako zahteva sistematično zaznavanje in individualno reševanje skozi realizacijo izvedenih korektivnih ukrepov na vseh segmentih zagotavljanja varnega delovnega okolja.

Ključne besede: neželeni dogodki, pogovori o varnosti, raziskava, korektivni ukrepi

Uvod

V Sloveniji raziskave glede pojavljanja varnostnih zapletov temeljijo na dokaj majhnih vzorcih, pa vendar nam dajejo uvid v trenutno situacijo v slovenskih zdravstvenih ustanovah (Robida, 2006). Veliko raziskav je opravljenih z namenom ugotovitve dejanskega stanja v bolnišnicah, manj pa z namenom izboljšanja tega ugotovljenega stanja. Slovenske psihiatrije in psihiatrični oddelki za ugotavljanje nastanka varnostnih zapletov in preprečitve le-teh, uporabljajo Navodila Ministrstva za zdravje iz leta 2006 o poročanju o opozorilnih nevarnih dogodkih (Robida, 2006). V letu 2017 je Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije izdalo *Akcijski načrt za posodobitev spremljanja in izvajanja ukrepov glede opozorilnih nevarnih ter drugih škodljivih dogodkov v Sloveniji* (Kociper, et al., 2017) kot ukrep zagotavljanja kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe.

Terminološka opredelitev

Neželeni dogodek je nepričakovan, neprijeten dogodek, ki prekine normalni potek dela ali potek neke dejavnosti (Zupančič Knavs, 2013). Drugih opredelitev v literaturi ni. V domači literaturi se raje uporablja pojem *varnostni zaplet* pri pacientu. Opredelitev najdemo v Nacionalnih usmeritvah za razvoj kakovosti v zdravstvu iz leta 2006. Tako je varnostni zaplet nenameren ali nepričakovan dogodek, ki je ali bi lahko škodoval bolniku ob zdravstveni oskrbi in ne nastane zaradi narave njegove bolezni (Robida, 2006).

Ukrepi v primeru varnostnega zapleta

Domača strokovna in znanstvena literatura se ukvarja pretežno z vprašanjem zagotavljanja kakovostne zdravstvene dejavnosti, ne ukvarja pa se z ukrepi ob nastanku neželenega dogodka (Stražičar & Stražičar, 2017). Varnostni zaplet vedno vpliva tako na neposrednega izvajalca zdravstvene dejavnosti kot tudi na celotno organizacijo ter tudi na pacienta in/ali svojce, in obratno, če je povzročitelj nekega varnostnega zapleta pacient in/ali svojec. Posamezni varnostni zaplet ima lahko kratkoročne kot tudi dolgoročne posledice, tako negativne kot »lahko« tudi pozitivne. Negativne posledice se v večini primerov kažejo v najrazličnejših tveganjih – zavarovalniških sistemih in odškodninskih zahtevkih. »Pozitivne« posledice so v večini primerov povezane z organizacijskimi ukrepi neke ustanove, ki v večini primerov ne sežejo dlje kot do zaznavanja možnosti varnostnega zapleta ter ga preprečiti, in sprejemanja realnosti, da varnostni zapleti lahko nastopijo/nastanejo kadar koli ter da je potrebno sprejemati ukrepe za zmanjševanje posledic takšnih zapletov. Učinkovito zaznavanje varnostnih zapletov so pogovori o varnosti z namenom iskanja celovite rešitve nekega zapleta, če se pojavlja kontinuirano. Potrebno je sprejeti in realizirati korektivni ukrep. Namen prispevka je tako prikaz najpogostejših neželenih dogodkov pri obravnavi pacientov z duševno motnjo, ki istočasno vplivajo tudi na spremembe v zagotavljanju varnega delovnega okolja za zaposlene in organizacijsko strukturo ustanove.

Metode

Uporabili smo neeksperimentalno deskriptivno statistično metodo. Podatke smo pridobili iz izpolnjenih poročil o neželenih dogodkih in analize izvedenih pogovorov o varnosti na Oddelku za psihiatrijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor od meseca septembra 2010 do julija 2019. Zbrane podatke smo statistično obdelali in jih grafično prikazali s pomočjo računalniškega programa Microsoft Office Word.

Rezultati

Na Oddelku za psihiatrijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor (v nadaljevanju UKC MB) je bilo v 9-letnem obdobju izpolnjenih 344 neželenih dogodkov in izvedenih 216 pogovorov o varnosti, kar v povprečju pomeni 2,16 pogovora na teden. Na podlagi teh izvedenih pogovorov o varnosti je bilo sprejetih 35 korektivnih ukrepov za izboljšanje varnosti obravnave pacientov in preprečitve ponovitve najpogostejših neželenih dogodkov. Tabela 1 nam prikazuje zaznane varnostne zaplete po kategorijah in pripadajoče izvedene korektivne ukrepe.

Tabela 1: Varnostni zapleti po kategoriji in korektivni ukrepi

Vrsta varnostnega zapleta	VZ n (%)	KU n (%)
Hišni red intenzivnih enot/spremembe/kršitve	62 (11,07 %)	10 (28,57 %)
Fizična agresivnost (tudi spolno nasilje) pacientov do drugih pacientov	59 (10,54 %)	
Verbalna agresivnost pacientov do zdravstvenega osebja/grožnje z ubojem	52 (9,29 %)	
Samopoškodovalno vedenje pacientov/poskus samomora	52 (9,29 %)	2 (5,71 %)
Fizična agresivnost pacientov na zdravstveno osebje – direktni napad	47 (8,39 %)	
Fizična agresivnost pacientov do bolnišničnega inventarja/poškodbe/uničenje	33 (5,89 %)	1 (2,86 %)
Verbalna agresivnost svojcev do zdravstvenega osebja	33 (5,89 %)	2 (5,71 %)
Poskus ali pobeg pacienta	28 (5,00 %)	5 (14,28 %)
Poškodbe pacientov v okviru delovne terapije/v telovadnici/na igrišču	26 (4,64 %)	
Kraja pacientovih osebnih stvari	25 (4,46 %)	1 (2,86 %)
Vnos prepovedanih/nevarnih predmetov v intenzivne enote s strani svojcev	22 (3,93 %)	1 (2,86 %)
Padci pacientov (po grand mal epileptičnih napadih) s poškodbo	20 (3,57 %)	
Napačna aplikacija zdravil pacientu/zamenjava zdravila/napačen pacient	15 (2,68 %)	1 (2,86 %)
Ni naročenega materiala/neustrezni materiali (nabavna služba, pralnica UKC MB)	11 (1,96 %)	
Vnos prepovedanih psihoaktivnih substanc s strani obiskovalcev	10 (1,79 %)	2 (5,71 %)
Vnos nedovoljenih zdravil s strani obiskovalcev	8 (1,43 %)	1 (2,86 %)
Kompetence medicinskih sester/zdravstvenih tehnikov ob agresivnih pacientih	7 (1,25 %)	2 (5,71 %)
Komplikacije drugih specialnosti ob konziliarnih pregledih psihiatričnega pacienta	6 (1,07 %)	
Požar	5 (0,89 %)	1 (2,86 %)
Sledljivost izvedenih preiskav pri pacientu	5 (0,89 %)	2 (5,71 %)
Nepopolne informacije o pacientu in nepravilno izpolnjena medicinska dokumentacija	4 (0,71 %)	1 (2,86 %)
Izguba pacientove zobne proteze	4 (0,71 %)	1 (2,86 %)
Neevidentirane ali nepravilno evidentirane intervencije v računalniški sistem	4 (0,71 %)	
Spremembe/neustrezno naročanje/dostava zdravil iz Centralne lekarne UKC MB	3 (0,54 %)	
Neustrezno sodelovanje s strani pravosodnih policistov	3 (0,54 %)	
Načini aplikacije zdravil v intenzivnih enotah	3 (0,54 %)	
Vbod z iglo (že uporabljena igla pri pacientu) pri medicinskih sestrah	3 (0,54 %)	
Izguba pacientove dokumentacije/prenos dokumentacije na neustrezno mesto	3 (0,54 %)	1 (2,86 %)

Neizvedba naročenega neurgentnega prevoza s strani pogodbenikov z UKC MB	2 (0,36 %)	
Trafika/trgovina – dobava za paciente	2 (0,36 %)	
Nedovoljen vnos hrane s strani obiskovalcev/svojcev	1 (0,18 %)	
Nepopolna/neustrezna predaja službe	1 (0,18 %)	
Obiski izven časa ur za obiske v intenzivnih enotah	1 (0,18 %)	1 (2,86 %)

Legenda: **VZ** – varnostni zapleti
 KU – korektivni ukrepi
 n – število primerov

Tabela 1 nam prikazuje, da se skoraj 30 odstotkov (29,64%) ali 166 izpolnjenih varnostnih zapletov nanaša na neustrezno in škodljivo vedenje hospitaliziranih pacientov, saj s tem predstavlja neposredno grožnjo za zdravje in življenje zaposlenih. V ta namen je bil izdelan 1 korektivni ukrep, ki opredeljuje način ukrepanja ob agresivnem vedenju pacientov do predmetov in 2 korektivna ukrepa, ki določata način delovanja zdravstvenega osebja in njihove kompetence ob fizični agresiji pacientov do zdravstvenega osebja. Nekaj manj ko 9% (8,39%) ali 47 varnostnih zapletov predstavlja neposredni fizični napad pacientov na zdravstveno osebje.

Največ varnostnih zapletov, v večini so to pogovori o varnosti, se nanaša na hišni red (predvsem intenzivnih enot) Oddelka za psihiatrijo, in sicer 62 (11,07%), in v ta namen je bilo izdelanih 10 korektivnih ukrepov, kar predstavlja nekaj manj kot eno tretjino vseh korektivnih ukrepov oz. 28,57 % vseh korektivnih ukrepov.

Ravno nasprotno smo zaznali v sklopu varnostnih zapletov pri svojcih, kjer je večina le-teh neželjenih dogodkov, in sicer v obsegu 13,21 % ali 74 varnostnih zapletov. Svojci so bili tudi 33-krat (5,89%) neposredno verbalno agresivni do zdravstvenega osebja (grožnje z ubojem, fizičnim obračunavanjem izven bolnišnice). Svojci s svojim vedenjem in kršitvami hišnega reda oddelka in UKC MB tudi neposredno ogrožajo tako zdravje in življenja svojih svojcev – pacientov, drugih pacientov in zdravje in življenja zaposlenih. V 9-letnem obdobju raziskovanja smo namreč ugotovili, da je 7,32 % ali 41 vseh varnostnih zapletov tistih, ki se nanašajo na nedovoljen vnos prepovedanih substanc, zdravil in nevarnih predmetov (v intenzivne enote). V ta namen je bilo izdelanih 5 korektivnih ukrepov.

Preseneti tudi podatek, da nekaj manj kot 10% (9,29%) ali 52 varnostnih zapletov predstavlja samopoškodovalno vedenje pacientov (tudi samomor in poskus uboja). Izdelana sta bila 2 (5,71 %) korektivna ukrepa.

Del psihiatričnega zdravljenja je tudi nestrinjanje s hospitalizacijo in načinom zdravljenja pacientov. Iz tega izhaja, da je bilo 5 % (28 pacientov) vseh varnostnih zapletov vezanih na pobeg ali poskus pobega pacienta iz Oddelka za psihiatrijo UKC MB. Za preprečitev ponovitvenega dejanja pri pacientih in pravilno ukrepanje ob samovoljnem odhodu pacienta iz bolnišnice je bilo izdelanih 5 (14,28 %) korektivnih ukrepov.

Oddelek za psihiatrijo spada v sklop Drugih samostojnih medicinskih oddelkov v UKC Maribor, zato v obravnavi pacientov sodeluje z vsemi službami UKC MB. Občasno prihaja tudi tukaj do varnostnih zapletov, ki imajo lahko vpliv na samo zdravljenje pacientov na Oddelku za psihiatriji. Takih zapletov smo v 9-letnem obdobju zaznali 32, kar predstavlja

5,71 % vseh varnostnih zapletov. Sem sodi predvsem neustrezna sledljivost opravljenih preiskav pri pacientu, neustrezna dobava zdravil iz Centralne lekarne UKC MB, izgubljena ali nepopolno izpolnjena pacientova dokumentacija, komplikacije ob konziliarnih pregledih drugih specialnosti pri pacientu in pomanjkanje materialov ali pa so le-ti neustrezni. Izdelana sta bila 2 (5,71 %) korektivna ukrepa.

Tabela 2: Varnostni zapleti glede na pojavnost v določenem obdobju

Mesec	Število VZ od sept. 2010 do julija 2019, n (%)	Leto	Število VZ v posameznem letu, n (%)
JAN	59 (10,54 %)	od septembra 2010	10 (1,79 %)
FEB	56 (10,00 %)	2011	12 (2,14 %)
MAR	48 (8,57 %)	2012	34 (6,07 %)
APR	61 (10,88 %)	2013	42 (7,50 %)
MAJ	49 (8,75 %)	2014	36 (6,43 %)
JUN	47 (8,39 %)	2015	47 (8,39 %)
JUL	37 (6,61 %)	2016	73 (13,04 %)
AVG	38 (6,79 %)	2017	137 (24,46 %)
SEP	34 (6,07 %)	2018	112 (20,00 %)
OKT	36 (6,43 %)	do julija 2019	57 (10,18 %)
NOV	50 (8,93 %)		
DEC	45 (8,04 %)		

Legenda: VZ – varnostni zapleti
n – število primerov

Tabela 2 nam prikazuje varnostne zaplete glede na pojavnost v določenem delu leta in število zaznanih varnostnih zapletov v posameznem letu v celotnem obravnavanem obdobju. Iz dobljenih podatkov je razvidno, da največje tveganje za pojav varnostnih zapletov predstavljajo zimski meseci. V obdobju od novembra do februarja smo namreč zaznali kar 210 varnostnih zapletov, kar predstavlja 37,5 % vseh varnostnih zapletov. Z natančnim beleženjem in uvajanjem »ničelne tolerance« do nasilja v UKC MB se poveča tudi letno število zaznanih varnostnih zapletov, in sicer od leta 2016 naprej, ko se število varnostnih zapletov skoraj podvoji, do čim leto kasneje, v letu 2017, se število potroji. Od leta 2017, ko smo zabeležili največji poskok oz. povečano število zabeleženih varnostnih zapletov, se število zabeleženih varnostnih zapletov v naslednjih letih pojavlja v konstanti, kar nam prikazuje trenutne realne razmere v obravnavi pacientov in njihovih svojcev.

Zaključek

Z raziskavo smo ugotovili, da se večina varnostnih zapletov pojavlja v neposredni zdravstveni obravnavi pacientov in njihovih svojcev. Na žalost jih je vse preveč vezanih na agresivno vedenje pacientov, kot tudi neustrezno vedenje svojcev, kar je vsekakor plod demokratične družbe brez nekih »zgornjih« omejitev, kjer je vsakemu dovoljeno vse, ne glede na posledice. Zastrahuječe je predvsem to, da se večina psihiatričnih pacientov »skriva« za diagnozo, kjer potem odpadejo vsi pravni okvirji in argumenti.

Izvajalci zdravstvene dejavnosti sicer lahko določena tveganja za nastanek varnostnih zapletov preprečijo, zato je izrednega pomena, da imamo vzpostavljen ustrezen sistem

ukrepov ob nastopu nekega varnostnega ukrepa. Delodajalci zdravstvene dejavnosti namreč nemalokrat pozabijo, da jih veže Zakon o zdravju in varstvu pri delu (ZVZD, 1999). Pravočasno prepoznavanje stopnjevanja agresivnih vedenj in zmanjševanje le-teh z uporabo pravih ukrepov lahko vsakodnevno preprečimo nastanek fizičnih oblik agresivnega vedenja, ki vodijo v poškodbe zdravstvenega osebja in ogrožanje življenjske celovitosti posameznika.

Literatura

- Kociper, B., Kralj, K., Mate, T., Zupančič, V. eds., 2017. *Akcijski načrt za posodobitev spremljanja in izvajanja ukrepov glede opozorilnih nevarnih ter drugih škodljivih dogodkov v Sloveniji*. Ljubljana: Vlada Republike Slovenije. (dostopno dne 14.08.2019: <https://www.gov.si/Varnost>).
- Robida, A. ed., 2006. *Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
- Stražišar, B., Stražišar, B., 2017. *Neželeni dogodek v zdravstveni dejavnosti – kako naprej?*. *Zdrav Vestn*, 87(Suppl 5-6), pp. 257–68.
- Zakon o varstvu in zdravju pri delu (ZVZD)*, 1999. Uradni list Republike Slovenije, št.56.
- Zupančič Knavs, I., 2013. *Neželeni dogodki v zdravstvenem okolju na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije – Soča v letih od 2007 do 2011*. *Rehabilitacija*, 12(Suppl 2), pp. 55–60.

VARNOSTNI ODKLONI IN TVEGANJA, S KATERIMI SE SREČUJEMO NA ENOTI ZA FORENZIČNO PSIHIATRIJO

Sabina Finžgar, dipl. m. s.

UKC Maribor, Oddelek za psihiatrijo – Enota za forenzično psihiatrijo
sabina.finzgar@gmail.com

Izvleček

Področje forenzične psihiatrije je pomembna novost v Sloveniji. Forenzična psihiatrija skrbi za paciente, ki so pod vplivom duševne bolezni storili kaznivo dejanje, kot tudi za paciente, ki v času prestajanja zaporne kazni zbolijo za duševno motnjo, zaradi česar je potrebno bolnišnično zdravljenje. Obravnava pacienta na enoti za forenzično psihiatrijo je v kliničnem okolju zahteven in kompleksen proces, kjer je vloga zaposlenih v zdravstveni negi izjemno pomembna. Pri obravnavi pacienta moramo upoštevati številne varnostne dejavnike, zakonodajo, hišni red in pravilnike. Iz tega razloga pri forenzičnem pacientu velikokrat naletimo na neodobravanje, odklonilnost in slabše sodelovanje pri obravnavi, kar lahko skupaj z ostalimi dejavniki privede do varnostnih odklonov in zapletov. Namen prispevka je predstaviti varnostne odklone in tveganja, s katerimi se srečujemo na Enoti za forenzično psihiatrijo v Mariboru v času hospitalizacije pacienta, ter kakšno vlogo ima medicinska sestra pri preprečevanju in zmanjševanju teh tveganj.

Ključne besede: forenzična psihiatrija, forenzični pacient, medicinska sestra, pravosodje, varnostna tveganja

Uvod

Forenzična psihiatrija je subspecialna stroka, ki je vez med zdravstvom in pravosodjem. Zdravstvo skrbi za posameznika in ga varuje pred škodljivimi vplivi družbe, pravosodje pa skrbi za družbo in jo varuje pred škodljivim ravnanjem posameznika (Ziherl & Žagar, 1998). Pacient, ki ima duševno motnjo, lahko s svojim spremenjenim doživljanjem in vedenjem v človeku vzpodbudi obsodbo in odpor namesto razumevanja in spoštovanja. V kolikor gre za paciente, ki so zaradi svoje bolezni povzročili hudo škodo sebi ali drugim, je odpor še toliko večji. Sami so do bolnišničnega zdravljenja odklonilni ter nimajo pravega uvida glede svojega stanja (Ličina, 2009).

Za izvajanje forenzične zdravstvene nege je vsekakor potrebno posebno izobraževanje, ki temelji na poznavanju nasilniškega vedenja ter tveganja za nasilniško vedenje. Cilj izobraževanja je usposobiti kader, da bo sposoben pri vsakdanjem delu najti ravnovesje med zdravstveno nego in kaznovanjem, pridrževanjem, zadrževanjem ter nadziranjem pacientov (Balažic, 2010).

Predstavitev Enote za forenzično psihiatrijo

Namestitev in medicinsko terapevtsko obravnavo forenzičnih pacientov je treba označiti kot kompleksno (Nerat, 2014).

Forenzična psihiatrija skrbi za paciente, ki so pod vplivom duševne motnje storili kaznivo dejanje in zanj ne morejo odgovarjati, zato jim je bil izrečen ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varovanja v zdravstvenem zavodu. Skrbi tudi za paciente, ki so v času prestajanja kazni zapora zboleli za duševno motnjo, ki zahteva hospitalno obravnavo (Finžgar, 2014).

Enota za forenzično psihiatrijo je edina tovrstna ustanova v Sloveniji in se nahaja na Oddelku za psihiatrijo v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor. Obsega tri oddelke, ki so razdeljeni glede na stopnjo varovanja, in sicer:

- F1 - oddelek z najvišjo stopnjo varovanja (12 postelj),
- F2 - oddelek z srednjo stopnjo varovanja (18 postelj),
- E1 - oddelek z nizko stopnjo varovanja (18 postelj).

Stopnje varovanja določajo številne varnostne ukrepe in seveda število zaposlenih na posameznih oddelkih.

Na enoti se izvaja naslednje dejavnosti:

- observacijsko diagnostično dejavnost, namenjeno opazovanju in diagnostiki pacientov, ki zbolijo v zaporu ali priporu,
- zdravljenje pacientov, ki jim je bil izrečen ukrep obveznega zdravljenja in varovanja v zdravstveni ustanovi, in tistih, ki so v zaporu zboleli za katero od oblik duševne motnje,
- raziskovalno, izobraževalno dejavnost na oddelku,
- izvedensko delo in izvajanje varnostnih ukrepov obveznega psihiatričnega zdravljenja (Finžgar, 2014).

Zdravstveno negovalni tim na enoti sestavljajo specialist psihiater, klinični psiholog, diplomirana medicinska sestra, socialni delavec, delovni terapevt, zdravstveni tehnik in posebnost tima – pravosodni policist.

Pravosodni policist ima na enoti za forenzično psihiatrijo naslednje naloge:

- varovanje varovanih oseb in objektov,
- sodelovanje pri postopkih varovanih oseb,
- varnostni pregledi obiskovalcev in varovanih oseb,
- nadzor nad predajo in skladiščenjem opreme in materiala na enoti,
- spremljanje varovanih oseb na konziliarne preglede v spremstvu negovalnega osebja in spremstva na sodišča oz. izven enote,
- preprečevanje in odkrivanje kaznivih dejanj ter pridobivanje informacij v zvezi z varnostnimi dogodki (Podgorelec, 2014).

Razprava

Skladno z določbo 151. člena Zakona o izvrševanju kazenskih sankcij (ZIKS) mora Enota za forenzično psihiatrijo zdravstvenega zavoda razpolagati z ustreznim številom usposobljenega in izkušenega zdravstvenega osebja, ki izvaja zdravljenje, prav tako pa ne gre spregledati usposobljenosti ter opremljenosti pravosodnih policistov, ki izvajajo varovanje oseb, ki jim je varnostni ukrep izrečen (Nerat, 2014).

In tukaj se pojavi že prvo varnostno tveganje, s katerim se srečujemo na Enoti za forenzično psihiatrijo. Enota ne razpolaga z zadostnim številom zaposlenega in izkušenega kadra, tako zdravstvenega kot pravosodnega. To dejstvo predstavlja varnostno tveganje, saj je varovanje na enoti kombinacija tehnologije in človeškega dejavnika, vse to z namenom zagotavljanja varnosti pacientov in vseh zaposlenih. In če je odsoten samo eden od teh faktorjev, se stopnja varnosti na enoti bistveno zmanjša. V našem primeru gre za primanjkljaj vseh treh faktorjev – premalo osebja s premalo izkušnjami in nezadostno oz. neprimerno tehnologijo. Zdravstveno osebje in forenzični pacienti so obvezani k posebni pozornosti pri celotni obravnavi, vendar je nerealno pričakovati, da bo sleherna namestitev na Enoto za forenzično psihiatrijo potekala brez zapletov po jasno začrtanih smernicah. Forenzični pacienti se morajo v času bivanja na enoti ravnati po hišnem redu forenzičnega psihiatričnega oddelka, pravilih o disciplini in odredbah pristojnih uradnih oseb (Carli & Wohinz, 2000). Ker pa s pravnimi pravili nikakor ne gre do potankosti urediti poteka življenja in dela v zdravstvenem zavodu, je logično, da zakon (ali ustrezen podzakonski akt) pooblasti medicinsko osebje, da od forenzičnih pacientov zahtevajo izpolnjevanje odredb in ukazov. Pri tem je pomembno, da vse odredbe temeljijo na zakonski podlagi in obvezujejo forenzične paciente izključno z namenom zagotovitve reda in miru na območju zdravstvenega zavoda. Končno medicinskega osebja ni dopustno postavljati v vlogo hišnega inkvizitorja. Nenazadnje je treba upoštevati tudi, da za delinkvente, ki so nemalokrat hudo duševno bolni, morda celo neprištevnih in nesposobnih za udeležbo v postopku, uporaba Zakona o izvrševanju kazenskih sankcij ne more biti primerna referenca, zaradi česar se izkaže potreba po ugotavljanju, ali posameznemu forenzičnemu pacientu glede na njegovo psihično stanje sploh gre očitati ravnanje proti pravilom hišnega reda. Sicer je terapevtska obravnava forenzičnih pacientov dosledno izpeljana po programu medicinskega in ne penalnega zavoda, kar pa spet ne pomeni, da bi bila njegova pravila povsem izključena. Pri namestitvi na Enoto za forenzično psihiatrijo gre vendarle za položaj, primerljiv s položajem obsojenega na prestajanje kazni zapora (Nerat, 2014). Zaradi pomanjkanja pravosodnih policistov in prostorske stiske, s katero se redno srečujemo, je zdravstveno osebje velikokrat postavljeno v vlogo, za katero ni usposobljeno, seveda z namenom zagotavljanja lastne in pacientove varnosti. Tukaj izpostavimo npr. nadzor pri obiskih. Obiski na enoti potekajo v dnevnem prostoru, praviloma pod nadzorom pravosodnih policistov, kar je nemogoče zagotoviti na vseh oddelkih, saj sta takrat v izmeni samo dva pravosodna policista, od tega eden sprejema obiskovalce na vhodu. Tako zdravstveno osebje prevzame to vlogo, s tem posegamo v delokrog pravosodnih policistov in zmanjšamo število razpoložljivega kadra v zdravstveni negi na oddelku. Naj poudarimo, da obiskov v pregrajenem prostoru ali v prostoru, ki je pregrajen s steklom, pri pacientih, ki imajo to odrejeno v zavodih za prestajanje kazni zapora, na Enoti za forenzično psihiatrijo ne moremo izvajati zaradi prostorske in tehnične neustreznosti v povezavi s pomanjkanjem kadra. S tem se pojavi nov varnostni odklon v smislu vnosa prepovedanih psihoaktivnih substanc ali pojava heteroagresivnega vedenja na enoti.

Na zdravljenje v Enoto za forenzično psihiatrijo so napotene tudi mladoletne osebe iz Prevezgojnega doma Radeče, kjer bivajo zaradi izreka vzgojnega ukrepa oddaje v prevzgojni dom zaradi kaznivega dejanja. Vedeti moramo, da se na Enoti za forenzično psihiatrijo zdravijo tako mladoletne osebe kot starostniki. Oddelki med seboj niso ločeni po starostni populaciji niti po spolu. Kot smo omenili že zgoraj, oddelke ločimo po stopnji varovanja. Na enoti ni možnosti namestitve mladoletnega pacienta na samostojen oddelek, prav tako ni možno ločiti paciente po spolu. In tukaj nastopijo novi varnostni odkloni. Vzemimo primer, ko imamo na istem oddelku pacientko, ki je mladoletna, in pacienta s kaznivim dejanjem spolne nedotakljivosti. Ob tem, da je pri obema potrebna nastanitev na visoko varovanem oddelku.

Podobna situacija je pri obravnavi starostnikov na Enoti za forenzično psihiatrijo, ki definitivno zahtevajo posebno obravnavo, zdravljenje in zaščito. Smo v obdobju, ko življenjska doba iz leta v leto narašča. Spremenila se je tudi starostna sestava. Delež starejših je vse večji. Vedno večji delež starejših v splošni populaciji pa je tudi vzrok za naraščanje duševnih motenj v starosti, ki pa ostanejo pogosto neprepoznane in nezdravljene (Muršec, 2011). Pogosto so tudi kazniva dejanja v starosti povezana z duševnimi motnjami. Na enoti pričakujemo, da se pacienti prilagodijo, da se naučijo živeti po oddelčnem redu in pravilih, da delijo sobo s sopacienti in sprejemajo njihovo včasih moteče vedenje. Od vsakega posameznega pacienta je odvisno, kako doživlja sebe in svojo okolico, ali se počuti ogroženega, kaj misli, kje se nahaja in zakaj je tukaj, kako doživlja trenutno situacijo. Pomembno je, da si pripravimo načrt pristopa do pacienta na osnovi empatije, svojih opazovanj, izkušenj drugih zaposlenih in izmenjavi mnenj na timih (Smovnik, 2014).

V okviru zdravstvene obravnave forenzične psihiatrije poteka izvajanje terapevtskega programa, za katerega izvedbo je odgovoren celoten zdravstveni tim. Ta vzpostavi profesionalen terapevtski odnos, ki nas pripelje do zaželenega cilja. Na enoti dajemo velik pomen timski obravnavi pacientov. Vsak delavnik tim v popolni sestavi poroča o stanju pacientov na oddelkih, načrtuje morebitne aktivnosti za posamezne paciente, odpuste, spremstva itn. Vsakega pacienta na oddelku se obravnava celovito, posamično, vsak strokovnjak na svojem področju. Izrednega pomena je, da smo kot tim sklepčni in enotni, saj lahko le tako dosežemo uspešne rezultate zdravljenja.

Ena najpomembnejših nalog medicinske sestre na Enoti za forenzično psihiatrijo je zgraditi zaupen odnos, kajti tako medicinska sestra kot pacient vstopata v ta odnos s svojimi občutki, strahovi, pričakovanji in vrednotami. Med specifične naloge medicinske sestre na Enoti za forenzično psihiatrijo spadajo terapevtska komunikacija, zagotavljanje varnosti za zaposlene in za paciente, nudenje pomoči pri orientaciji, tako prostorsko kot časovno, učenje spoprijemanja s posledicami kaznivega dejanja in iskanje pozitivnih resursov (Finžgar, 2014). Medicinska sestra v forenzični psihiatriji mora imeti sposobnost samoopazovanja, sposobnost opazovanja drugih, ocenjevanja socialnih kompetenc in zelo visoko stopnjo komunikacijskih sposobnosti (Finžgar, 2014). Delo s pacienti zahteva potrpljenje, razumevanje, neobsojanje, poslušanje in prepoznavanje pacientovih potreb (Roljić, 2009). Dober terapevtski odnos je odvisen tudi od ohranjanja profesionalne distance. Za delo s pacienti z ukrepom obveznega psihiatričnega zdravljenja in varovanja v zdravstvenem zavodu ni dovolj samo znanje, izobrazba, izkušnje, ampak tudi osebnostne lastnosti zdravstvenega osebja, njihove vrednote in zrelosti (Roljić, 2009).

Zaključek

Na Enoti za forenzično psihiatrijo se srečujemo vsakodnevno z varnostnimi odkloni in tveganji. Vzroki za to so različni. Pomembno je, da ta tveganja karseda zmanjšamo, če že ne odpravimo. Izjemno vlogo pri tem imajo timski pristop k obravnavi pacienta in skupni dogovori, načrtovanja in sprotno reševanje težav in problemov. Tudi proces zdravstvene nege pri forenzičnem pacientu je lahko uspešen samo ob dobrem timskem delu, kar pomeni medsebojno razumevanje in spoštovanje znanja vsakega posameznika. Za uspešno timsko delo je potrebno zagotoviti učinkovito in nemoteno komunikacijo in ohranjanje zaupanja med člani zdravstvenega tima. Za delo v forenzični psihiatriji potrebujemo dobro izobražene, strokovne in kompetentne člane multidisciplinarnega tima, ki ga ob visoki strokovnosti odlikuje še sposobnost učinkovitega terapevtskega komuniciranja.

Ne smemo pozabiti na pomembnost povezovanja z ustreznimi službami v zavodih za prestajanje kazni zapora. Ob odpustu pacienta iz enote v zavod za prestajanje kazni zapora ZPKZ medicinska sestra o tem obvesti vzgojno službo in medicinsko sestro v zavodski ambulanti, ki ji sporoči morebitne posebnosti in probleme v zdravstveni negi pacienta. Ni pa vedno povratnega sodelovanja. Ko je pacient napoten iz ZPKZ na hospitalno obravnavo, pogosto ne dobimo informacij o posebnosti v zdravstveni negi, negovalnih problemih, predpisani dieti, predpisani terapiji ali morebitnih zdravstvenih zapletih. Izjemnega pomena je sodelovanje zdravstvene nege z drugimi strokovnimi službami znotraj enote in v ZPKZ, zato je pred nami velik izziv, ki je povezan s profesionalnim razvojem medicinskih sester, predvsem v smislu pridobivanja znanj in veščin, ki so potrebni za zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege na področju forenzične psihiatrije. Mednje vsekakor spada tudi prepoznavanje, zmanjševanje ali odprava varnostnih zapletov in odklonov na enoti.

Literatura

- Balažic, I., 2010. Vloga medicinske sestre pri obravnavi pacienta z agresivnim vedenjem. *Utrip*, 18(10), pp. 9–10.
- Carli, A., Wohinz, M., 2000. *Zakon o izvrševanju kazenskih sankcij s komentarjem in podzakonskimi akti*. Ljubljana: Bonex založba, pp. 166–167.
- Finžgar, S., 2014. Znanje in veščine, ki jih potrebujemo za kakovostno delo s pacientom na forenzični psihiatriji. In: Lončnar D. & Videčnik I., eds. *Izzivi v forenzični psihiatriji. strokovni seminar Univerzitetnega kliničnega centra Maribor - Oddelka za psihiatrijo in Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, Maribor 10. Oktober 2014*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, pp. 33–36
- Ličina, M., 2009. Osnove značilnosti forenzične psihiatrije. In: Pregelj, P. & Kobentar, R., eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, p. 327.
- Muršec, M., 2011. Značilnosti duševnih motenj v starosti. In: Kores Plesničar, B. eds. *Duševno zdravje in zdravstvena nega*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 68–79
- Nerat, B., 2014. Pogled kazenskega sodnika na forenzično psihiatrijo. In: Lončnar D. & Videčnik I., eds. *Izzivi v forenzični psihiatriji. strokovni seminar Univerzitetnega kliničnega centra Maribor - Oddelka za psihiatrijo in Sekcije medicinskih sester in*

- zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, Maribor 10. Oktober 2014.* Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, pp. 11–14.
- Podgorelec, I., 2014. Vloga pravosodne policije na Enoti za forenzično psihiatrijo. In: Lončnar D. & Videčnik I., eds. *Izzivi v forenzični psihiatriji. strokovni seminar Univerzitetnega kliničnega centra Maribor - Oddelka za psihiatrijo in Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, Maribor 10. Oktober 2014.* Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, pp. 18–19.
- Roljić, S., 2009. Uspešno obvladovanje nasilnega vedenja. In: Poček, U., ed. *Nasilno vedenje v duhu novih praks.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, pp. 31–34.
- Smovnik, S., 2014. Starostnik na forenziki. In: Lončnar D. & Videčnik I., eds. *Izzivi v forenzični psihiatriji. strokovni seminar Univerzitetnega kliničnega centra Maribor - Oddelka za psihiatrijo in Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, Maribor 10. Oktober 2014.* Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, pp. 48–51.
- Zakona o izvrševanju kazenskih sankcij (uradno prečiščeno besedilo) (ZIKS-1-UPB1), 2006. Uradni list Republike Slovenije št. 110/06.
- Zakona o izvrševanju kazenskih sankcij (uradno prečiščeno besedilo) (ZIKS-1-UPB1), 2006. Uradni list Republike Slovenije št. 110/06.
- Ziherl, S., Žagar, D., 1998. Primerjava forenzične psihiatrije v Sloveniji in na Nizozemskem. *Zbornik 9. in 10. Forenzičnega seminarja.* Ljubljana: Psihiatrična in nevrološka sekcija, pp. 90–91.

JE PRIJAZNOST V POVEZAVI S PROFESIONALNOSTJO ZAGOTOVILO ZA ZADOVOLJSTVO PACIENTOV?

Simona Podgrajšek, univ. dipl. org., dipl. m. s.

Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za psihiatrijo
podgrajsek.simona@gmail.com

Izvleček

Ko vstopamo skozi vrata katere koli zdravstvene ustanove pričakujemo, da nas bo sprejelo prijazno zdravstveno osebje, ki svoje delo opravlja profesionalno in strokovno. V zadnjih letih so se zdravstvene ustanove začele načrtno ukvarjati z zagotavljanjem zadovoljstva pacientov. Danes imajo pacienti več možnosti izbire. Lahko si izberejo zdravstveno ustanovo, za katero predvidevajo, da nudi najbolj kvalitetne storitve. Zato je pomembno, da ustanove ohranijo zaupanje sedanjih in bodočih pacientov. Nenazadnje je zadovoljstvo pacientov tudi predpogoj za ugled zdravstvene ustanove.

Zdravstveni delavci v zdravstvenem sistemu pomembno vplivajo na zadovoljstvo pacientov. Usmerjenost v kakovostno obravnavo in spoštljivo komunikacijo povečuje zaupanje pacientov v zdravstveni sistem ter zaupanje v strokovne odločitve zdravstvenega osebja, kar ključno vpliva na uspešnost zdravstvene obravnave posameznika. Pogosto zasledimo, da pacienti ne iščejo storitev z največjo kakovostjo, ampak storitev, ki jim bo nudila največ zadovoljstva. Zadovoljstvo pacientov in kakovost storitev sta med seboj povezani, čeprav ju ne smemo enačiti.

Ključne besede: zadovoljstvo pacientov, zdravstveni sistem, kakovost, zdravstveni delavci, prijaznost.

Zadovoljstvo pacientov

Izvor angleške besede »satisfaction«, ki ustreza slovenskemu izrazu zadovoljstvo, izhaja iz latinske besede »satis«, ki pomeni »dovolj«, in »facere«, ki pomeni »narediti« ali »izdelati« (Andreassen, 2000 cited in Fekonja, 2013). Zadovoljstvo pacientov je zgolj eden od dejavnikov, po katerem ocenjujejo kakovost storitev. Pri zadovoljstvu gre predvsem za subjektiven občutek zaznavanja kakovosti, ki je odvisen od pričakovanj, dožemanj, stališč, prepričanj in predhodnih izkušenj (Biering, et al., 2006 cited in Fekonja, 2013). Ena od najpogostejših definicij opredeli zadovoljstvo kot izpolnitev želja ali potreb, ki jih ima posamezni pacient (Han, et al., 2003 cited in Fekonja, 2013). Znotraj sistema zdravstvenega varstva pa poleg kakovosti oskrbe na zadovoljstvo vplivajo tudi osebnostne lastnosti pacienta, dostopnost storitev, oprema (videz prostorov, opreme, ambulant ipd.) in postopki oskrbe (prijaznost, pozornost, povezanost, sporazumevanje, naklonjenost, strokovna usposobljenost itn.). K stopnji zadovoljstva prispevajo tudi demografske lastnosti pacienta (starost, spol, izobrazba) (Donabedian, 1992 cited in Fekonja, 2013). Zadovoljstvo pacientov je po svoji naravi subjektivno in ne odraža nujno realnega stanja. Zato številne raziskave trdijo, da je merjenje zadovoljstva neprimerno oz. je zgolj eden od podatkov poleg mnogih drugih (npr. analiza procesa dela, zadovoljstvo zaposlenih in objektivni kazalci kakovosti), s katerimi zagotavljamo kakovost v zdravstvenih ustanovah (Henderson, et al., 2004 cited in Fekonja

2013). Merjenje zadovoljstva pacientov je ključnega pomena za ohranitev konkurenčnosti na današnjem trgu zdravstvenih storitev.

Dimenzije zadovoljstva pacientov

V uporabi so različni modeli in vsak zase določa različne dimenzije, ki vplivajo na zadovoljstvo pacientov. Avtorji v raziskavah omenjajo različne dimenzije zadovoljstva.

Tabela 1: Dimenzije, ki vplivajo na zadovoljstvo pacientov v zdravstveni negi

Avtor	Dimenzije zadovoljstva pacientov
<i>Johanson, et al., 2002 cited in Fekonja, 2013</i>	<i>fizično okolje, komunikacija in informiranje, sodelovanje in vključevanje, medosebni odnos, medicinsko-tehnično usposobljenost, organiziranost zdravstvenega varstva</i>
<i>Chaay, et al., 2003 cited in Fekonja, 2013</i>	<i>usposobljenost, produktivnost, odnos, komunikacija</i>

Dejavniki, ki povečujejo zadovoljstvo pacientov v zdravstveni negi

Tabela 2: Dejavniki, ki povečujejo zadovoljstvo pacientov v zdravstveni negi

Avtor	Dejavniki, ki povečujejo zadovoljstvo pacientov
<i>Tengilimoglu, et al., 1999 cited in Fekonja, 2013</i>	<i>dobri medsebojni odnosi med pacienti in medicinskimi sestrami,</i>
<i>Johanson, et al., 2002 cited in Fekonja, 2013</i>	<i>visok nivo znanja medicinski sester, vljudno vedenje do pacientov,</i>
<i>Merkouris, et al., 2004 cited in Fekonja, 2013</i>	<i>odzivanje na potrebe pacientov v doglednem času,</i>
<i>Özsoy, et al., 2007 cited in Fekonja, 2013</i>	<i>izpolnjevanje pacientovih pričakovanj</i>

Osnovne demografske lastnosti pacientov

Demografske karakteristike pacientov, kot so spol, starost, zakonski stan in izobrazba, vplivajo na zadovoljstvo z zdravstveno nego in zdravstvenim sistemom.

Osebne izkušnje in pričakovanja

Osebne izkušnje in pričakovanja temeljijo na poprejšnjih izkušnjah ali informacijah drugih ljudi (Merkouris, et al., 2004 cited in Fekonja, 2013). Pričakovanja pacientov glede zdravstvene nege se ne nanašajo samo na znanje medicinskih sester in poklicno usposobljenost, ampak tudi na medčloveške odnose. Pacienti pričakujejo, da ima medicinska sestra empatične sposobnosti in dobre komunikacijske veščine (Özsoy, et al., 2007 cited in Fekonja, 2013).

Kontrola na odločanjem in medsebojni odnosi

V današnjem zdravstvenem sistemu vse več pacientov pričakuje, da bodo aktivno sodelovali in odločali o svoji zdravstveni oskrbi in zdravljenju. Možnost aktivnega sodelovanja in udeležba pri izvajanju zdravstvene nege pomembno vpliva na zadovoljstvo pacientov (Johansson, et al., 2002 cited in Fekonja, 2013). Žal vsi pacienti ne zmorejo ali ne želijo aktivno sodelovati pri odločanju ter sledijo izključno navodilom in usmerjanju zdravstvenega osebja.

Veščine komuniciranja in informiranja

Ključno je razumljivo podajanje informacij. Pomembno je, da so pojasnila medicinske sestre jasna, enostavna, celovita in razumljiva (Johansson, et al., 2002 cited in Fekonja, 2013).

Profesionalne veščine in kompetence

Pomemben dejavnik zadovoljstva pacientov predstavlja spretnost medicinskih sester pri opravljanju dela. Nekateri pacienti dojemajo medicinske sestre kot prave »eksperte« na svojem področju (Johansson, et al., 2002 cited in Fekonja, 2013). Po drugi strani pa pacienti zaradi pomanjkanja strokovnega znanja in informacij težje objektivno ocenijo strokovnost in uspešnost izvedbe zdravstvenih storitev, pač pa kakovost in posledično zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami povezujejo s predstavo o izidu posega, prizadevanjem zdravstvenega osebja, prijaznostjo, dobro komunikacijo, dostopnostjo do storitve ipd. (Spicer, 2002 cited in Fekonja, 2013).

Prijaznost v zdravstvu

Čeprav morda nismo natančno prepričani, kakšna prijaznost je, jo lahko vsi prepoznamo, ko jo doživimo. Je sposobnost, da razumemo ranljivost drugih. In da jim pomagamo. Cole-King in Gilbert (2011, cited in Mathers, 2016) sta prijaznost ali sočutje opredelila kot občutljivost na stisko drugih in istočasno pomoč tistemu, ki je v stiski. Ključno pri tem je, da če želimo biti prijazni, potem ne smemo biti samo občutljivi na trpljenje drugih, ampak se moramo v takšnih okoliščinah tudi konstruktivno odzvati (Mathers, 2016).

Donald Winnicot, angleški psihoanalitik, je za prijaznost dejal, da je znak zdravega človeka, saj priča o naši zmožnosti, da se znamo vživeti v misli, občutja, želje ter strahove drugega in da dovolimo, da se tudi drugi vživijo v nas (Štaudohar, 2012). Živimo v družbi, v kateri se

Ljudje raje ukvarjajo sami s sabo kot z drugimi (Mathers, 2016). Pestujemo svoje strahove, žalost, dolgočasje, pomanjkanje ciljev. Zdi se, da ljudje premalo cenijo prijaznost drug do drugega. Psihoanalitik Adam Phillips in zgodovinarica Barbara Taylor ugotavljata, da v času svobodnega trga, pohlepa in prevlade sebičnega gena, sočutje in prijaznost vidimo kot slabost. Kapitalistični sistem, v katerem živimo, ni primeren za dobrosrčne, saj ljudi deli na zmagovalce in poražence ter zato načrtno goji in spodbuja tekmovalnost ter neprijaznost (Štaudohar, 2012).

Čeprav prijaznost in sočutje pogosto povezujemo z zdravstveno nego, pa danes ti dve osebnosti značilnosti pogosto pogrešamo. Razlogov je verjetno več. Med njimi so zagotovo nenehno pomankanje medicinskih sester, psihične in fizične obremenitve in pomankanje vedenja o pozitivnih učinkih, ki jih ima prijaznost na ljudi. Posamezna dejanja prijaznosti sproščajo tako endorfine kot oksitocin in ustvarjajo nove nevronske povezave. Posledice takšnega delovanja možganov so, da prijaznost postane samoumevna. Z drugimi besedami, prijaznost lahko postane navada, ki zahteva manj in manj napora. Preprosto se širi med ljudmi in v njih vzbuja prijetne občutke (Mathers, 2016).

Kako prijaznost vpliva na paciente?

Pogosto se tako medicinske sestre kot tudi drugo zdravstveno osebje pri svojem delu srečujejo s pacienti, ki so prestrašeni, negotovi, ranljivi. Medicinske sestre kot izvajalci neposredne oskrbe pacientov imajo skoraj nešteto možnosti za interakcije s pacienti, vzpostavljanje odnosov in vpliv na njihove izkušnje. Kadar medicinska sestra vzpostavi odnos s pacientom, ki temelji na prijaznosti, le-ta presega fizično oskrbo in zajema celotnega pacienta. Ohranjanje prijaznega in spoštljivega pristopa prinaša več možnih koristi za pacienta (Mathers, 2016):

- boljši medosebni odnosi med medicinsko sestro in pacientom,
- večja skladnost z načrtom zdravstvene oskrbe in priporočenimi načini zdravljenja,
- večje zadovoljstvo pacientov z oskrbo.

Kako prijaznost vpliva na medicinske sestre?

Če se želimo spoprijeti s trenutno krizo vse večje delovne obremenitve, moramo najti nove načine dela. Po mnenju Mathersa (2016) premalo izkoristimo potencial, prizadevanje in pripravljenost pacientov, ki lahko s svojo aktivno vlogo doprinesejo k kvalitetni zdravstveni negi in boljšemu zdravju. Z vključevanjem pacientov v zdravstveno nego lahko zmanjšamo delovno obremenitev in povečamo zadovoljstvo medicinskih sester. Prijaznost močno vpliva na medsebojno povezanost, zaupanje, pripadnost in občutek bližine. Vse naštetu v nas vzbudi veselje in zadovoljstvo. To pa vpliva tudi na naše psihično in fizično zdravje.

Prijaznost je darilo, ki ga ena oseba podeli drugi. Takšno razmišljanje o prijaznosti kot o »brezplačnem darilu«, se pogosto ujema z željo, da postanemo zdravniki ali medicinske sestre. Takšne ljudi naj bi pri svojem delu vodila želja po pomoči in skrbi za druge. Verjamem, da si prav vsi želimo prijaznosti. Pogosto smo zaposleni v zdravstvu deležni prijaznosti, prav pa je, da je prijaznost do pacientov naše vodilo pri vsakodnevnem delu.

Zadovoljstvo pacientov z zdravstvenimi storitvami v Sloveniji

Zadovoljstvo pacientov je pomemben in pogosto uporabljen indikator za merjenje kakovosti zdravstvene oskrbe. Zadovoljstvo pacientov z zdravstvenimi storitvami postaja pomemben

kazalec kakovosti zdravstvenega sistema in njegovega razvoja (Senić & Marinković, 2013 cited in Zupanc Terglav, et al., 2019).

V letošnjem letu je bila objavljena raziskava (Zupanc Terglav, et al., 2019), ki je bila namenjena ugotavljanju zadovoljstva državljanov Republike Slovenije s trenutnim zdravstvenim sistemom. Z raziskavo so želeli ugotoviti:

- kakšna je stopnja zadovoljstva državljanov Republike Slovenije z obstoječim zdravstvenim sistemom in
- katere spremenljivke najbolj vplivajo na zadovoljstvo pacientov pri njihovi obravnavi.

Raziskava je pokazala, da državljani Republike Slovenije v največji meri cenijo prijazen in spoštljiv odnos zdravstvenih delavcev ter njihovo razpoložljivost za hitro pomoč. Zdravstveno osebje pri komunikaciji uporablja besede, kot so izvolite, prosim, hvala itn. Paciente naslavlja z gospod oz. gospa. Zdravstveno osebje je do pacientov spoštljivo, njihova navodila pa so pacientom jasna in razumljiva (Zupanc Terglav, et al., 2019).

Anketiranci kritično ocenjujejo predvsem čakanje na obravnavo v čakalnici, prav tako so kritični glede točnosti ure pregleda, telefonske nedosegljivosti, nezanimanja za osebne razmere pacienta in kratek čas obravnave pri zdravniku (Zupanc Terglav, et al., 2019).

Med najpomembnejše spremenljivke, ki vplivajo na zadovoljstvo pacientov, lahko uvrstimo (Zupanc Terglav, et al., 2019):

- čakanje v čakalnici na pregled,
- dovolj časa, ki ga zdravnik nameni pacientu,
- zanimanje za osebne razmere,
- zaupanje v strokovne odločitve zdravstvenega osebja,
- vključevanje v odločanje o zdravljenju in
- občutek popolnega zaupanja.

Rezultati zgoraj omenjene raziskave so primerljivi z raziskavo Senića in Marinkovića (2013 cited in Zupanc Terglav, et al., 2019), ki prav tako ugotavljata, da na zadovoljstvo pacientov z zdravstvenimi storitvami vplivajo predvsem osebni odnos osebja, pozitiven občutek pri oskrbi in hitrost oskrbe. Za izboljšanje ocene celotnega zadovoljstva pacientov z zdravstvenimi storitvami je treba povečati čas, ki ga ima na voljo osebje za oskrbo pacienta in skrb za težave pacienta (Senić & Marinković, 2013 cited in Zupanc Terglav, et al., 2019). Pomembno je tudi izboljšanje komunikacijskih veščin zdravnikov in ostalih zdravstvenih delavcev, ki so lahko ključne za boljše komuniciranje z uporabniki sistema (Vrdelja, et al., 2018 cited in Zupanc Terglav, et al., 2019).

Kljub dejstvu, da zdravstveni delavci ne morejo vplivati na kadrovske zasledbe, ki bi omogočala, da imajo več časa za paciente, lahko s svojim odnosom pomembno vplivajo na zadovoljstvo pacientov. To potrjuje tudi mednarodna raziskava (Kutney Lee, et al., 2009 cited in Zupanc Terglav, et al., 2019) in raziskava med medicinskimi sestrami v Veliki Britaniji (Aiken, et al., 2018 cited in Zupanc Terglav, et al., 2019).

Spremljanje izkušenj pacientov je kazalec pozitivne organizacijske kulture, ki se kaže z nenehnim uvajanjem izboljšav v organizaciji. S 1. septembrom 2019 je v veljavo stopila uredba o poslovanju z uporabniki v javnem zdravstvu (Uradni list RS, št. 98/08 in 55/17 – ZPacP-A), ki pacientom daje možnost, da izpolnijo anketo o ugotavljanju zadovoljstva z opravljeno zdravstveno storitvijo pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti. Vprašalnik je na voljo v elektronski obliki na portalu zVem ali na spletni strani Ministrstva za zdravje.

Zaključek

Zdravstveni delavci lahko pomembno vplivajo na zadovoljstvo pacientov. Usmerjenost v kakovostno obravnavo, prijaznost in spoštljiva komunikacija povečuje zaupanje pacientov v zdravstveni sistem in zaupanje v strokovne odločitve zdravstvenega osebja.

Pomembno vprašanje bi bilo tudi, kakšen vpliv ima zadovoljstvo zaposlenih z njihovim delom na zadovoljstvo pacientov. Poznavanje in spremljanje zadovoljstva pacientov je pomemben del načrtovanja izboljšav v zdravstvenih ustanovah, saj se nekateri nemedicinski vidiki zdravstvenih storitev lahko izboljšajo brez velikih finančnih investicij. Pri tem igra pomembno vlogo menedžment v zdravstvenih ustanovah, ki lahko s sodobnimi orodji učinkovito vpliva na izvajalce zdravstvenih storitev, jih motivira in izobražuje. Spremljanje izkušenj pacientov je kazalec pozitivne organizacijske kulture, ki se kaže z nenehnim uvajanjem izboljšav v zdravstvenih ustanovah. Prav tako je potrebno zaposlenim omogočiti ustrezne delovne pogoje, da lahko bolje delajo, bolje zadovoljujejo potrebe pacientov in tudi sami dosegajo zadovoljstvo z delom, ki ga opravljajo.

Literatura

- Fekonja, Z., 2013. *Zadovoljstvo pacientov s kakovostjo zdravstvene nege na primarnem nivoju zdravstvenega varstva*: magistrsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 20–30.
- Mathers, N., 2016. Compassion and the science of kindness: *Harvard Davis Lecture 2015*. *British Journal of General Practice*, 66(648), pp. 525–527.
- Štaudohar, I. (29.9.2012). O prijaznosti. *Delo, Sobotna Priloga*. Available at: <https://www.delo.si/mnenja/komentarji/o-prijaznosti.html> [29. 9. 2019].
- Zupanc Terglav, B., Selak, Š., Vrdelja, M., Kaučič, M. B. & Gabrovec, B., 2019. Zadovoljstvo državljanov Republike Slovenije z zdravstvenimi storitvami v Sloveniji. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(2), pp. 112–118.

Oglas

ZAHVALA ZA POMOČ PRI IZVEDBI STROKOVNEGA SREČANJA

GLAVNI SPONZOR



OSTALI SPONZORJI

