

društvo

medicinskih
sester, babic in
zdravstvenih
tehnikov
ljubljana

zbornik prispevkov

PRIBLIŽAJMO ZDRAVSTVENO OKOLJE PACIENTU



PRIBLIŽAJMO ZDRAVSTVENO OKOLJE PACIENTU

ZBORNIK PRISPEVKOV

Naslov:**PRIBLIŽAJMO ZDRAVSTVENO OKOLJE PACIENTU**

Zbornik prispevkov

Uredniki:

dr. Andreja Kvas, Đurđa Sima, mag. Peter Požun, Gordana Lokajner,
dr. Radojka Kobentar

Recenzenti prispevkov:

dr. Radojka Kobentar, dr. Andreja Kvas, Gordana Lokajner, mag. Peter Požun,
Đurđa Sima

Prevajalka:

Sara Hajdarević

Jezikovni pregled:

Mojca Hudolin

Izdalo in založilo:

Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana

Za založnika:

Đurđa Sima

Oblikovanje naslovnice:

Tomaž Kvas

Grafična priprava in tisk:

Tiskarna Kalipso d.o.o.

Naklada:

400 izvodov

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2013

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

614.2(082)

PRIBLIŽAJMO zdravstveno okolje pacientu : zbornik prispevkov / [uredniki Andreja Kvas
... [et al.] ; prevajalka Sara Hajdarević]. - Ljubljana : Društvo medicinskih sester, babic in
zdravstvenih tehnikov, 2013

ISBN 978-961-92811-9-2

1. Kvas, Andreja
269831424

KAZALO

UVODNIK	IV
1. Nekaj misli o pomenu pravne in etične odgovornosti v zdravstvu Miro Cerar	1
2. Zaupanje in empatija kot ključna socialna dejavnika v okolju bolnikov Mirjana Ule	9
3. (Kazensko)pravno okolje David Premelč	19
4. Pravice pacientov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva v Evropski uniji Jožica Trošt Krušec	31
5. Ekonomsko okolje zdravstvene in babiške nege Peter Požun in Trajče Iliev	55
6. Informatizacija kliničnih poti Blanka Pust, Vladislav Rajkovič, Marija Zaletel	65
7. Akreditacija bolnišnice: njen vpliv na zadovoljstvo pacientov, zdravljenih v Psihiatrični bolnišnici Idrija Lidija Mrak, Nataša Hvala, Bogdan Tušar	75
8. Smeri razvoja zdravstvene nege v prihodnosti Brigita Skela Savič	89
9. Vrednostni okvir medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov članov Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana Gordana Lokajner, Đurđa Sima, Peter Požun	103

UVODNIK

Skozi dolgoletna prizadevanja za dobrobit naših uporabnikov – pacientov smo se kot profesionalno, strokovno in regijsko društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana odločili, da predstavimo izbrano temo »Približajmo zdravstveno okolje pacientu«. Izhajamo iz razmišljanja, da v tem okolju medicinske sestre, babice in zdravstveni tehniki izvajamo aktivnosti, s katerimi si stalno prizadevamo, da pacientu v najkrajšem možnem času povrnemo zdravje, da mu omilimo zdravstvene težave ali mu omogočimo mirno smrt, vendar pa je zdravstveni prostor še vedno uganka za naše uporabnike, pa tudi za marsikaterega izvajalca. V luči različnih pristopov, ki niso zgolj in samo zdravstveni, smo vključili medicinske sestre in druge strokovnjake s področja socialne psihologije, prava in izobraževanja. Namen približevanja in razumevanja okolja tako uporabnikom kot izvajalcem je opolnomočiti vse, ki skozi svoj delež znanja in pristopov lahko pripomorejo k enakosti, enakovrednemu sporazumevanju in k rezultatom teh aktivnosti. Strokovni, organizacijski, pravni, ekonomski in izobraževalni okvir zdravstvenega okolja je pogoj, da to okolje, upoštevajoč strokovne smernice in doktrine, lahko izvaja svojo prvenstveno nalogo in poslanstvo, se razvija in doseže svoj družbeni pomen znotraj javnega zdravstva in tudi zasebne zdravstvene dejavnosti.

Senzibilizacija uporabnikov in izvajalcev zdravstvenih storitev je tudi mehanizem dvigovanja ravni naših storitev. Dvig oziroma potreba po dvigu znanja skozi desetletja omogoča razvoj profesionalizma. Obenem ozaveščanje uporabnikov predstavlja pogoj, da se s polno odgovornostjo zavedamo zakonske regulative, bodisi da gre za pravice uporabnikov ali dolžnosti izvajalcev zdravstvene in babiške nege. Profesionalne organizacije imajo nalogo izobraževati in izpopolnjevati izvajalce za strokovne in kakovostne storitve skozi različne oblike izobraževanja, usposabljanja in skrbi, da stroka ohrani in dviguje značaj svoje profesionalnosti. Programski odbor 14. simpozija je temo prepoznal kot pomembno torišče, da skozi teoretični in raziskovalni pristop omogočimo razvoj zdravstvenega okolja v smeri iskanja novih možnosti za razumevanje, prepletanje in dopolnjevanje različnih znanstvenih disciplin.

Pravni okvir, ki ga predstavlja več avtorjev 14. simpozija, želi poudariti in osvetliti dejstva, da so ti okviri lahko togi in neživljenjski, vendar so del življenjske dinamike, in če sledimo avtorjem, predstavljajo možnost, da ljudem zagotavljajo varnost, osebno integriteto in osebnostni razvoj, možnost normalnega sporazumevanja in vseh vrst medsebojnih odnosov, ne nazadnje pa tudi različne možnosti poklicnega delovanja. Kakor je omejevalno, je obenem regulativa za naše

profesionalno delo. Pravniki prepoznajo vlogo in pomen stroke skozi stalne naloge, da razrešuje strokovne, etične in druge dileme ter omogoči okvirno normiranje novih strokovnih pristopov ter določanje spremljajočih oblik pravne odgovornosti, ki jih ti pristopi zahtevajo. Epilog pravnomočnih kazenskih obsodilnih sodb zoper izvajalce zdravstvene in babiške nege ni vplival zgolj na ozaveščenost glede pravne oz. kazenske odgovornosti, kar ni bila ravno pogosta praksa v preteklem času, temveč tudi na zavedanje medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, da je odgovornost nekaj, kar obstaja. Zaznati je, pravno pogojeno, dvig inštituta pravic pacientov, večjo ozaveščenost, kar posledično zahteva večjo odgovornost v ravnanjih na strani izvajalcev zdravstvene in babiške nege. Med prispevki, ki opisujejo nove možnosti pacientov, je ravnokar sprejeta direktiva o možnostih čezmejnega zdravljenja, katere namen je poenotiti pravila v članicah Evropske unije glede uveljavljanja pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva in zagotoviti v vseh članicah visoko raven varovanja zdravja ljudi preko zdravstvenih sistemov, ki prispevajo k socialni koheziji in pravičnosti. Ta pravila so se prenesla v slovenski pravni red z Zakonom o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki velja od 6. novembra 2013.

Ostale nove poglede na okolje zdravstvene in babiške nege smo uredniki zbornika zaznali v prispevkih, ki opisujejo mednarodno akreditacijo zdravstvenega zavoda. Skozi opis akreditacijskih postopkov želimo izvajalcem in uporabnikom približati postopek v celoti. Del te poti za doseganje odličnosti v izvajanju zdravstvenih storitev skozi dobro informacijsko podporo v zdravstvenem okolju pomeni dodano vrednost, ki omogoča prepoznavno sledenje postopkom in dokumentaciji. Pacientu in izvajalcu ponuja pravočasno seznanjanje in ju usmerja ter obenem varuje. Za zmanjšanje števila papirnih dokumentov in z njimi povezane administracije, ki ta trenutek še vedno paralelno poteka, je treba vlagati v informacijski sistem. To hkrati pomeni optimizacijo dela vseh udeležencev v ekonomskem okolju v zdravstveni in babiški negi.

Neizogibno je razmišljanje o vplivu ekonomije na zdravstvo in posredno na zdravstveno in babiško nego. To smo žal v negativnem smislu občutili na lastnih spoznanjih, da se viri iz leta v leto omejujejo, posredno pa manj denarja pomeni vedno manj preiskav in nekoliko manj urejeno bolnišnično okolje, pa tudi vse radikalnejše reze pri zaposlovanju izvajalcev zdravstvene in babiške nege.

Odgovornost medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov je skozi prizmo različnih nalog prisotna vse od izobraževanja in zaposlovanja, skozi profesionalno regulativo, sodelovanje s politiko in civilno družbo, posebej v delovanju za pridobivanje profesionalne veljave s ciljem vse boljše prisotnosti v družbenem prostoru ter tako zagotavljanja kakovostne zdravstvene oskrbe. Nepretrgana skrb

za višjo raven znanja ali napredna znanja je tako pomemben del politike razvoja zdravstvenih okolij.

Delež socialne inteligence, ki ga v zdravstvenem okolju znamo in zmoremo vključiti v pacientove potrebe, predstavlja osnovni instrument za razvoj socialnih stikov s poudarkom na komunikaciji, ki spodbuja nadaljnje odnose. Poleg večjega dela instrumentalne komunikacije, kot jo navajajo avtorji, ostaja majhen, vendar pomemben delež, ki ga izpolnjujejo empatična doživljanja in ravnanja. Znanstveno-racionalna plat predelave informacij v zdravstvenem sistemu ima vodilno vlogo, vendar je neizpodbitno, da čustvena doživljanja pri pacientih ostajajo nepopolno zadovoljena, posebej pri strahu, bolečini in negotovosti. Potrebo po izpovedovanju medicinskim sestram prepoznamo v različnih življenjskih vlogah, posebej takrat, ko nastopamo zgolj profesionalno. Zato bi tej kategoriji komunikacije lahko v prihodnje posvečali večjo pozornost s ciljem umeščanja v alternativo prevladujočemu tehničnemu ali zgolj znanstveno-racionalnemu pristopu.

Ko smo pred časom v različnih oblikah obravnavali medpoklicne odnose, razsežnost učenja in pripravljenosti za etična ravnanja, se je samo po sebi postavilo vprašanje osebnostnih in profesionalnih vrednot. Kakšne so in kako so skladne s splošnimi vrednotami državljanov Slovenije ter s profesionalnimi vrednotami naših kolegic in kolegov v Evropski uniji? Glede na globalnost dejavnosti zdravstvene in babiške nege se je izkazalo, da delimo tudi enake vrednote, ki jih vsakodnevno živimo z našimi sodržavljanji.

Za zaključek je vredno poudariti, da skozi predstavljene teme ne bomo mogli izčrpati vseh možnosti na vseh področjih, ki nam jih ponujajo pričujoči prispevki v zborniku. Skozi prihodnje pristope strok, ki v tem trenutku ne igrajo aktivne vloge med prispevki, bomo lahko spoznali in povezali še ostala področja psihologije, medicine ali preprosto življenjskih zgodb pacientov, kar nam bo nova popotnica za razumevanje nastalih stanj ali zaključkov. Skozi čas se je vloga terapevta in pacienta spreminjala in se razvijala v smeri partnerskih odnosov, ti pa so neposredno odvisni od okolja, v katerem se to partnerstvo zgodi. Želimo, da bi bilo to okolje kar najbolj prijazno za vse.

Uredniški odbor 14. simpozija Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana

NEKAJ MISLI O POMENU PRAVNE IN ETIČNE ODGOVORNOSTI V ZDRAVSTVU¹

*red. prof. dr. Miro Cerar, univ. dipl. prav.
Univerza v Ljubljani, Pravna fakulteta*

O naravi prava in pravnega urejanja odgovornosti

Pravo je sistem vrednostno prežetih norm, ki urejajo potencialno ali aktualno konfliktna družbena razmerja ter s tem zagotavljajo relativno predvidljivost in utrjenost družbenih razmerij (načelo pravne varnosti in zaupanja v pravo). Kot takšno se pravo osredotoča predvsem na zunanje vedenje in ravnanje ljudi oziroma pravnih subjektov, kajti poseganje v človeško notranjost, intimo, ni naloga prava. Seveda pa mora pravo tu in tam poseči tudi v človekov notranji svet, saj se lahko le na ta način dokoplje do tistih ugotovitev, ki so potrebne za ugotavljanje obstoja in možnosti uveljavljanja pravne odgovornosti (npr. ugotavljanje resnične pogodbenne volje, krivde ali prištevnosti posameznika).

Pravo je zaradi svojega formalizma (pravne oblike) v marsičem »neživljenjsko«, saj ne more niti predvideti niti odraziti vseh raznolikosti življenjskih situacij. To tudi pomeni, da je precej toga, kajti pravna pravila ne morejo nikoli v celoti slediti življenjski dinamiki. Vendar pa sta ti lastnosti prava v precejšnji meri nujni del njegove narave in funkcije, zato ju ne gre avtomatično vrednotiti kot nekaj slabega. Nasprotno, pravo mora že zaradi svoje temeljne naloge, ki se kaže predvsem kot zagotavljanje družbenega reda in miru, vzpostavljati neki bolj ali manj splošno sprejemljiv okvir pravil, ki ljudem zagotavljajo varnost, osebno integriteto in osebni razvoj, možnost normalnega sporazumevanja in vseh vrst medsebojnih odnosov ter ne nazadnje različne možnosti poklicnega delovanja.

Če se torej pravo na eni strani kaže kot omejujoč in prisiljujoč sklop zapovedi in prepovedi, ki zavezujejo delavce v zdravstveni dejavnosti, pa po drugi strani prav takšne zapovedi in prepovedi zdravstvenim delavcem postavljajo pravno dopustni okvir njihovega delovanja, ki zagotavlja tudi varstvo s pravicami opredeljenih dobrin pacientov. Pravo torej po eni strani omejuje svobodo zdravnika ali drugega zdravstvenega delavca, po drugi strani pa mu jo v smislu strokovne in dejavnostne avtonomije dejansko zagotavlja, seveda v okviru določenih meja.

1 Pričujoči prispevek je delno spremenjena in prilagojena verzija avtorjevega prispevka *Opredelevitev in vrste pravne odgovornosti*, objavljenega v: *Odgovornost v zdravstvu*. Ljubljana: South East European Comparative Law Institute; 2002.

Pravo je kot opisana struktura pravnih norm (pravnih načel in pravil) pretežno konzervativno, kar pomeni, da se v veliki meri (ne pa izključno) formalno le odziva na že nastale družbene spremembe, ki se porajajo na področju politike, ekonomije, sociale, morale, različnih poklicev itd. To sicer pri mnogih posameznikih vzbuja (tudi) nelagodje ter kritičen pogled na pravo in pravnike, vendar pa se pravo tej svoji lastnosti ne sme in ne more odreči. To ne pomeni, da pravo marsikdaj tudi ne spodbuja razvoja določenih novih družbenih razmerij. V določeni meri celo mora imeti progresivno razvojno funkcijo. Toda če bi želeli s pravom samim po sebi pretežno(!) spodbujati razvoj družbenih odnosov, npr. na področju zdravstva, potem bi to vodilo v pretirano in ne dovolj premišljeno spreminjanje zakonских in drugih pravnih pravil ter pravne prakse, tako da bi takšna progresivnost prava še posebej na omenjenem in drugih strokovnih področjih zelo hitro prišla v neskladje ali celo v nasprotje s strokovno (zdravstveno) doktrino in izkušnjami. To še posebej velja, če upoštevamo, da sprejemajo zakone politiki, sodbe in druge posamične pravne odločitve pa predvsem pravniki (sodniki), ki sami po sebi nimajo medicinskega znanja. Ti bi se zato v primeru snovanja »vizionarskih« pravnih rešitev na področju zdravstva oziroma zdravstvenih dejavnosti med drugim zagotovo soočali tudi z različnimi pogledi medicinske stroke, pri čemer bi s svojim laičnim pristopom in izbiro ter z morebitnim lastnim nadgrajevanjem tako ali drugače razumljenih medicinskih strokovnih pogledov sprejemali visoko tvegane odločitve. To nas opozarja, da morata tudi zakonodajalec in sodnik slediti le tistim strokovnim pogledom znotraj medicine, ki so že dodobra preverjeni in utrjeni ter glede katerih obstaja širok strokovni konsenz. Takšen pristop ima seveda neizogibno tudi slabe strani, posebej če zavira razvoj in praktično uporabo koristnih in vrednostno pozitivnih medicinskih spoznanj. Vendar pa je tu predvsem medicinska stroka tista (smiselno enako velja tudi za druga strokovna področja), ki se mora potruditi, da strokovne, etične in druge dileme čim prej razreši ter politiki in pravu ponudi zanesljiva izhodišča za okvirno normiranje novih strokovnih pristopov ter določanje spremljajočih oblik pravne odgovornosti, ki jih ti pristopi terjajo.

Načeli formalizma in pravne varnosti se pri ugotavljanju in zagotavljanju pravne odgovornosti zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev kažeta v dveh temeljnih vidikih. Po eni strani morajo biti kazniva dejanja in drugi delikti, ki jih lahko storijo zdravstveni delavci, vnaprej čim bolj določno opredeljeni v zakonskih aktih, kar velja še posebej v kazenskem pravu tudi za sankcije, po drugi strani pa morajo biti prav tako vnaprej jasno opredeljena in praktično spoštovana načela in pravila, v skladu s katerimi se ta odgovornost uveljavlja (postopkovni vidik). V pravni državi namreč načelno velja, da nezakonit pravni postopek ne more privedi do obsodilne ali drugače obremenilne sodbe za (ob)toženca. Moderno pravo na

ta način varuje tako paciente kot tudi zdravnike in druge zdravstvene delavce, kar je le eden od mnogih vidikov neizogibne ambivalentnosti prava, katerega tehtnica se enkrat nagiba na eno in drugič na drugo stran.

Seveda pa pri vsem tem ne gre pozabiti na pravičnost in moralo (etiko). Kljub dejstvu, da sta pravna varnost in formalizem temeljni značilnosti prava, sta ti opravičljivi in smiselni le, dokler je pravo tudi v zadostni meri pravično in moralno. Seveda je to mero ali količino nemogoče racionalno oziroma eksaktno izmeriti in opredeliti, zato se je tu treba zanašati tudi na prevladujoč pravni in moralni občutek neke družbe. Pri tem se venomer soočamo z dejstvom, da sta pravičnost in avtentična morala kljub vsem teoretičnim spoznanjem v končni instanci subjektivno pogojeni s posameznikovim občutenjskim (iracionalnim) in razumskim (racionalnim) vrednotenjem in dožemanjem moralne vesti, prava in pravno relevantnih (konfliktnih) družbenih razmerij. Vendar pa zaradi takšne individualnosti ali partikularnosti pravičnosti in morale (etike) ne smemo pristati na popolni vrednostni subjektivizem ali relativizem, kajti v določeni družbi, njenih ožjih okoljih ter v okviru različnih slojev in poklicnih skupin je z zadostnim poslušom vedno mogoče prepoznati neko dovolj utrjeno povprečno dožemanje pravičnosti in morale. Tako je tudi pri pravnem urejanju ter zagotavljanju pravne odgovornosti zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev treba predvsem upoštevati njihova uveljavljena etična izhodišča delovanja ter prisluhniti (vsaj) povprečnemu občutku za pravičnost.

Že zgornje ugotovitve opozarjajo na dejstvo, da je pravo le nepopoln mehanizem za reševanje družbenih konfliktov ter za odpravljanje strokovnih napak, zmot in drugih nepravilnosti, h kateremu se velja praviloma zateči šele takrat, ko odpovedo drugi načini reševanja sporov. Posebej na področju zagotavljanja kakovostnih zdravstvenih storitev pravo nikakor ne more biti ključni dejavnik. Brez zadostne moralne oziroma etične ozaveščenosti zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev ter brez zadostnega posluha države in javnosti (državljanov) za naravo tega dela, pa tudi z njim povezane objektivne in subjektivne probleme, ni mogoče zagotoviti niti kakovostnih zdravstvenih in sorodnih storitev niti človečnega odnosa med zdravstvenimi delavci in pacienti.

Splošni pogled na vrste pravne odgovornosti

Odgovornost za protipravna dejanja je mogoče deliti po različnih kriterijih. Tako lahko govorimo predvsem o naslednjih vidikih pravne odgovornosti:

a) Glede na naravo kršitve razlikuje teorija predvsem deliktno odgovornost, odgovornost za kršitev pravice (v ožjem smislu) in odgovornost v primeru zlorabe

pravice. *Odgovornost za delikt* je odgovornost za neposredno kršitev oblastnih predpisov (npr. kršitve zakonskih in podzakonskih splošnih pravnih norm). Sem sodi npr. odgovornost za kazniva dejanja in prekrške ter odgovornost za neposredno kršitev predpisov civilnega prava (t. i. civilni delikti). *Odgovornost za kršitev pravice* (v ožjem smislu) pomeni predvsem odgovornost za kršitev obveznosti, ki nastanejo s sklenitvijo različnih posamičnih pravnih poslov, npr. pogodb. V tem primeru ena stranka ne izpolni svoje obveznosti iz pogodbe in s tem krši pravico druge stranke (s tem je praviloma *posredno* kršen tudi zakon kot splošni pravni predpis). *Zloraba pravice* pa pomeni, da nekdo izvršuje svojo pravico (na podlagi zakona ali pogodbe), vendar pri tem prekorači njen družbeno priznani (objektivizirani) namen ter s tem neupravičeno poseže v pravico drugega subjekta. V primeru kršitve ali zlorabe pravice so pravne sankcije praviloma civilnopravne, npr. vrnitev stvari, vrnitev v prejšnje stanje, plačilo odškodnine, še posebej pri zlorabi pravice pa se lahko posamezniku tudi omeji ali odvzame možnost pravnega varstva (npr. zavrže se tožba tožniku, ki zgolj iz objestnosti in želje po pravdanju uveljavlja tožbeni zahtevek izrazito nizke vrednosti, npr. zgolj za nekaj evrov).

b) Z vidika osebe, ki stori protipravno dejanje, ločimo subjektivno in objektivno odgovornost. *Subjektivna odgovornost* posameznika temelji na njegovi *krivdi*. Tako lahko za kaznivo dejanje praviloma odgovarja le oseba, ki je to dejanje storila naklepno ali iz malomarnosti (pri čemer se te krivdne oblike še nadalje diferencirajo na direktni in eventualni naklep ter na zavestno in nezavestno malomarnost). *Objektivna odgovornost* pa je odgovornost neke fizične ali pravne osebe za nastalo protipravno posledico (npr. premoženjska ali nepremoženjska škoda) ne glede na njeno krivdo. Takšna odgovornost je značilna npr. v civilnem pravu, in sicer za škodo od stvari ali dejavnosti, iz katerih izvira večja škodna nevarnost za okolico. Za škodo od nevarne stvari odgovarja njen imetnik, za škodo od nevarne dejavnosti pa tisti, ki se z njo ukvarja, pri čemer velja pravna domneva, da škoda, ki je nastala v zvezi z nevarno stvarjo oziroma nevarno dejavnostjo, izvira iz te dejavnosti – to domnevo je mogoče ovreči, če se dokaže, da takšna stvar ali dejavnost ni bila vzrok za nastanek škode.

c) Pravna odgovornost je lahko *individualna* ali *kolektivna*. V prvem primeru odgovarja za protipravno dejanje le določena oseba, ki se ji pripisuje subjektivna ali objektivna odgovornost, v drugem primeru pa je skupno odgovornih več oseb (npr. solidarna odgovornost več dolžnikov za neizpolnitev pogodbene obveznosti).

d) Z vidika pravnih subjektov kot naslovljencev pravnih norm ločimo tudi splošno in posebno odgovornost. *Splošna (generalna) odgovornost* za pravne kršitve je predvidena za vsakogar, ki zanjo izpolnjuje splošne predpostavke (določena minimalna starost kršitelja, njegova prištevnost, krivda, dokazana vzročna zveza

med njegovim dejanjem in protipravno posledico itd.). *Posebna (specialna) odgovornost* pa je tista, ki se nanaša le na določene skupine ljudi, opredeljene s tipskimi značilnostmi (npr. odgovornost zdravnika, sodnika, ministra), pri čemer morajo biti praviloma za obstoj te odgovornosti podane tudi predpostavke za kršiteljevo splošno odgovornost. Pri specialni odgovornosti, npr. odgovornosti zdravnika, gre običajno za specifična dejanja, ki so povezana s tem poklicem, oziroma za drugačne zahteve pri kvalifikaciji delovanja takšne osebe.

e) Z vidika pravnih subjektov ločimo tudi odgovornost fizičnih in pravnih oseb. Pri *odgovornosti fizične osebe* gre za odgovornost, ki se v primeru protipravnih ravnanj uveljavlja zoper posameznika, v primeru *odgovornosti pravne osebe* pa je za prekršek, civilni delikt, kršitev pogodbene obveznosti ali za drugo protipravno dejanje odgovorna pravna oseba kot takšna (npr. zdravstveni zavod), čeprav je seveda konkretno protipravno dejanje storila bodisi njena odgovorna oseba bodisi kateri od njenih delavcev oziroma zaposlenih. V določenih primerih pravo predvideva kaznovalne sankcije tudi za odgovorne osebe (tako se lahko npr. za določen prekršek pravne osebe hkrati kaznuje tudi njena odgovorna oseba).

f) Ne nazadnje je mogoče pravno odgovornost razčleniti tudi po pravnih panogah. Tu gre potem za delikte in druge kršitve na področjih *kazenskega, upravnega, civilnega in delovnega prava, prava osebnih podatkov* itd. Na vsakem od teh in na drugih področjih so uveljavljene določene posebnosti, ki ustrezajo posameznemu področju (način opredelitve in ugotavljanja kršiteljeve odgovornosti itd.).

Če iz navedene razčlenitve različnih vrst pravne odgovornosti izberemo kazensko in civilno – odškodninsko odgovornost ter se v zvezi z njima zgolj na načelni ravni osredotočimo na specialno odgovornost zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev, vidimo, da pozna naše kazensko pravo v tem pogledu tudi specialno opredeljena kazniva dejanja, medtem ko se v okviru obligacijskega prava škodna dejanja in odgovornost opredeljujejo le na splošno. Kazenski zakonik tako poleg številnih kaznivih dejanj, pri katerih je lahko storilec vsaka deliktno sposobna oseba, določa tudi kazniva dejanja, ki jih lahko storijo le zdravniki ali drugi zdravstveni delavci ter lekarnarji in druge osebe, ki so pooblaščen za izdajanje zdravil in za pravni promet z zdravili. V poglavju o *kaznivih dejanjih zoper človekovo zdravje* so takšna specialna dejanja npr. opustitev zdravstvene pomoči (178. člen), malomarno zdravljenje in opravljanje zdravilske dejavnosti (179. člen), nedovoljena presaditev delov človeškega telesa in sprememba človeškega genoma (181. člen) ter malomarno opravljanje lekarnarske dejavnosti (182. člen). V civilnem (obligacijskem) pravu pa se odgovornost zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev obravnava v okviru splošnih določil o pogodbeni in civilno-deliktne odgovornosti, pri čemer je temelj takšne odgovornosti bodisi kršitev določenega pogodbenega

razmerja med zdravstvenim delavcem in bolnikom bodisi kršitev splošnega načela *neminem laedere*, ki se kaže v vsakem nedopustnem (škodnem) posegu v absolutno zavarovane dobrine, kot sta življenje in zdravje. Tako v kazenskem kot civilnem pravu je odgovornost zdravnikov ali drugih zdravstvenih delavcev individualna in subjektivna (krivdna), čeprav v civilnem pravu načelno ni mogoče izključiti tudi možnosti za uveljavljanje objektivne odgovornosti (npr. zdravstvenega zavoda za škodno posledico, ki jo je povzročil njen zdravnik ali drug zdravstveni delavec), ki lahko pride v poštev v primeru, ko sodna praksa določeno zdravnikovo oziroma zdravstveno dejavnost opredeli kot dejavnost s povečano nevarnostjo.

Poseben problem, ki je povezan s postopki ugotavljanja pravne odgovornosti zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev, je stigmatizacija posameznika. Glede na to, da so kazenski in civilni pravni postopki praviloma javni, lahko novinarji oziroma javna občila o njih neposredno poročajo, kar še posebej v relativno majhnem slovenskem okolju pogosto pripelje do tega, da ožja ali širša javnost izve, kateri zdravnik ali drugi zdravstveni delavec je obravnavan pred sodiščem ali drugim državnim organom in za katero dejanje. Če upoštevamo relativno dolge sodne postopke, vidimo, da vse to v veliki meri relativizira procesne kavte, ki jih imajo npr. obdolženci v kazenskem postopku, kjer so praviloma sojenja najbolj odmevna. In ker se javno mnenje ne ozira dosti na pravna načela, kot je npr. domneva nedolžnosti ali načelo pravnomočnosti, je omenjena možnost stigmatizacije zdravnika ali drugega zdravstvenega delavca v takšnem primeru relativno velika in mu je lahko v veliko breme pri vsakdanjem zdravniškem delu. V tem pogledu je naloga sodnikov in drugih pravnikov, da se trudijo o zadevah odločati v razumnih rokih in v skladu s postopki, naloga novinarjev in državljanov pa, da skušajo takšne kazenske in druge pravne zadeve (na civilnopravnem področju so lahko analogno odmevni predvsem odškodninski spori, kjer se npr. zaradi zdravniške napake terjati izrazito visoka odškodnina) do njihove pravnomočnosti ocenjevati pravno in moralno zadržano, tj. brez predsodkov oziroma dokončnih vnaprejšnjih sodb.

Pravna odgovornost zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev v luči strokovnih medicinskih standardov in (medicinske) etike

Pravna odgovornost zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev je na eni strani odvisna od materialnopravnih določb zakonov in drugih aktov, ki to odgovornost določajo, na drugi strani pa od določb procesnega (postopkovnega) prava, ki določa postopek ugotavljanja takšne odgovornosti. Ker tu ni prostora za analizo enih in drugih, je morebiti smiselno na splošno opozoriti predvsem na povezanost vseh teh pravnih določb z etičnimi in strokovnimi medicinskimi standardi. Če si pogledamo zgoraj omenjena kazniva dejanja, ki jih lahko storijo le

zdravniki ali zdravstveni delavci, vidimo, da opisi teh dejanj praktično vedno vsebujejo strokovne ali etične standarde, ali pa t. i. nedoločne pravne pojme, od katerih je odvisna kvalifikacija kaznivega dejanja.

Tako npr. stori kaznivo dejanje *opustitve zdravstvene pomoči* zdravnik le takrat, kadar v nasprotju s svojo »poklicno dolžnostjo« ne »pomaga bolniku ali komu drugemu«, ki je v nevarnosti za življenje. Tu je npr. »poklicna dolžnost« strokovni standard, »pomoč bolniku« pa je (relativno) nedoločen pravni pojem, kajti njegova abstraktna formulacija dopušča sodniku številne možne razlage, ki so odvisne od konkretne situacije oziroma konteksta. Kaj je v konkretnem primeru zdravnikova »poklicna dolžnost« in kdaj je neki zdravnik *dejansko* opustil »pomoč bolniku« (zdravnikova opustitev nekega ravnanja še ni nujno opustitev pomoči bolniku), lahko kompetentno pojasni le medicinska stroka. Kazenski sodnik je torej v takšnih primerih, če si seveda prizadeva, da bi bila njegova presoja oziroma sodba kompetentna in odgovorna, kljub svoji avtoritativnosti in formalni neodvisnosti v pretežni meri odvisen od kvalifikacij, ki jih tako ali drugače pridobi od strokovnjakov za medicinsko stroko.

Podobno je pri drugih kaznivih dejanjih. Pri kaznivem dejanju *malomarnega zdravljenja* gre za ravnanje zdravnika, ki pri opravljanju zdravniške dejavnosti iz malomarnosti ravna v nasprotju s »pravili zdravniške znanosti in stroke« in tako povzroči, da se komu »občutno poslabša zdravje«. Pri *malomarnem opravljanju lekarnarske dejavnosti* ravna protipravno lekarnar, ki med drugim iz malomarnosti ne pripravi zdravila v »predpisanem razmerju« ali kako drugače ravna v nasprotju s »pravili znanosti in stroke« in s tem povzroči, da se komu »občutno poslabša zdravje«. Tudi v teh primerih smo torej soočeni s strokovnimi standardi oziroma z nedoločnimi pravnimi pojmi. Če k temu prištejemo še težavnost ugotavljanja krivde, tj. naklepa ali malomarnosti, pri čemer mora sodnik upoštevati različne vidike in nianse storilčevega subjektivnega odnosa do svojega ravnanja ter okoliščine konkretnega primera, ter če upoštevamo dejstvo, da medicinski strokovni standardi v določeni meri implicirajo tudi načela medicinske etike, potem je seveda jasno, da je pravo v teh pogledih v precejšnji meri »podrejeno« medicini. Moč in odgovornost sodnika sta sicer prisotni v njegovi pristojnosti, da v skladu z ustavo in zakoni vodi in zagotavlja korekten pravni postopek ter da o zadevi dokončno odloči. Toda četudi lahko sodnik v okviru svoje pristojnosti samostojno presoja nedoločne pravne pojme ter obstoj in stopnjo obdolženčeve krivde (pri strokovnih medicinskih standardih velja to le v manjši meri), je pri tem, kot rečeno, dejansko v veliki meri odvisen od določn(ejš)ih medicinskih strokovnih in etičnih opredelitev, s katerimi vsebinsko napolni nedoločne pravne pojme, pri tem pa mu seveda navedene opredelitve praviloma posredujejo strokovnjaki za medicinsko področje (izvedenci).

Podobno velja npr. tudi na področju civilnega (odškodninskega) prava. Tako mora sodnik npr. pri presojanju obligacijskih razmerij med zdravniki in bolniki upoštevati, ali je zdravnik pri izpolnjevanju obveznosti iz svoje poklicne dejavnosti »ravnal z večjo skrbnostjo, po pravilih stroke in po običajih (skrbnost dobrega strokovnjaka)« (6. člen Obligacijskega zakonika). Pri odločanju o nastanku premoženjske ali/in nepremoženjske škode mora npr. ugotoviti, ali škoda izvira iz same bolezni ali poškodbe ali pa npr. iz zdravniške zmote ali napake. Če k temu prištejemo še težavnost pri ugotavljanju vrste in stopnje (zdravnikove) krivde, tj. namena ali malomarnosti, potem lahko nekoliko slikovito rečemo, da je *ugotavljanje pravne odgovornosti zdravnikov v veliki meri v rokah zdravnikov samih* (smiselno podobno velja tudi za ugotavljanje odgovornosti drugih zdravstvenih delavcev). Vse to kaže oziroma potrjuje, da je pravo le *relativno (delno)* samostojna pojavnost in, kot rečeno, le nepopoln mehanizem za reševanje družbenih sporov oziroma konfliktov, ki ga morata na področju zdravstva dopolnjevati predvsem poklicna etika zdravstvenih poklicev ter (osebna) morala zdravstvenih delavcev.

Na splošno je mogoče reči, da vedno večje število etičnih kodeksov različnih poklicev po eni strani kaže porast ozaveščenosti družbenih (strokovnih itd.) elit o nujnosti spodbujanja etičnega delovanja na posameznih poklicnih področjih, po drugi strani pa se v tem odraža dejstvo, da v sodobni moderni družbi, ki je *premočno* usmerjena v materialne dobrine, tekmovalnost, individualizem in ne nazadnje v pretirano konflikten pristop k reševanju neskladij, v marsičem slabi oziroma peša zavest in zavezanost posameznikov *avtentični (notranji) morali*. Na splošno nas preveč vlečejo vrednostno negativni zgledi in potrebe (čutna zadovoljstva, oblast, ugled, denar itd.). Podobno je na področju prava. Izrednega porasta pravnega (zakonodajnega in drugega) normiranja ni mogoče vrednotiti le kot nujen oziroma normalen odziv na vse večjo kompleksnost družbe, marveč v precejšnji meri tudi kot odraz splošne dezorientacije na področju morale in občutka za pravičnost. Pri tem se je treba zavedati, da pravna in etična (kodificirana) pravila sicer pogosto pripomorejo k izpolnjevanju določenih pravnih in etičnih standardov, vendar pa to še ne pomeni nujno, da se pravo in (predpisana) etika v zadostni meri tudi resnično ponotranjata. Žal smo v pravu, zdravstvu in na številnih drugih področjih dandanes, kljub naraščajoči (zunanj) interaktivnosti med ljudmi, priča vedno večji depersonalizaciji medčloveških odnosov, prevladi formalizma nad vsebino ipd. Vsega tega pa ni mogoče v zadostni meri preprečiti zgolj s pravom in (od zunaj) postavljenimi etičnimi kodeksi, čeprav se moramo seveda vedno zavedati tudi velikega pomena, ki ga imata pravo in etika za urejanje in usmerjanje delovanja zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev ter za preprečevanje in reševanje konfliktov na področju zdravstva.

ZAUPANJE IN EMPATIJA KOT KLJUČNA SOCIALNA DEJAVNIKA V OKOLJU BOLNIKOV

TRUST AND EMPATHY AS KEY SOCIAL FACTORS IN THE PATIENTS' ENVIRONMENT

*dr. Mirjana Ule, red. prof. za socialno psihologijo
Fakulteta za družbene vede, Univerza v Ljubljani
mirjana.ule@guest.arnes.si*

IZVLEČEK

V prispevku razvijam tezo o pomembnosti čustvene in etične dimenzije v komunikacijah med bolniki in zdravstvenim osebjem v procesu zdravljenja. Čeprav ima v moderni družbi in v zdravstvu prednost znanstveno-racionalna predelava realnosti, v tem primeru predelava bolezni in njenih znakov, pa je vendarle vse več empiričnih dokazov za to, da poleg nje obstaja še mnogo bolj elementarna čustvena raven zaznavanja realnosti. V procesu zdravljenja je treba upoštevati tudi čustvene napetosti, vznemirjenje, negotovosti bolnikov, ki jih najbolj obvladamo s podpornim in empatičnim odnosom. Tudi rezultati javnomnenjskih raziskav kažejo, da je za bolnike ravno spodbudno komunikacijsko okolje velikega, celo odločilnega pomena v procesu zdravljenja. Zato ugotavljam, da je to področje, na katerem se lahko razvija stroka zdravstvene nege.

Ključne besede: empatično komuniciranje, upravljanje z negotovostmi, psihologija bolečine, odnosi med bolniki in zdravstvenim osebjem

ABSTRACT

In this paper I am developing the thesis on the importance of emotional and ethical dimensions of communication between patients and healthcare professionals involved in the process of medical treatment. Although both modern society and healthcare favour a scientific and rational perception of reality, in this case the perception of a disease and its signs, there are, nevertheless, more and more empirical evidence to support the notion that there is also a much more elementary emotional level of the perception of reality. In the process of medical treatment it is necessary to take into account emotional tensions, excitement and patients' uncertainties, which are best dealt with a supportive and emphatic attitude. The results of public opinion polls indicate that a supportive communication

environment is of great, even crucial importance to the patients undergoing medical treatment. I therefore conclude that this is the area where nursing profession can develop.

Key words: emphatic communication, uncertainty management, psychology of pain, attitudes of healthcare professionals and patients

Uvod

Za zdravljenje številnih problemov in bolečin sodobnega človeka je spodbudno komunikacijsko okolje velikega, celo odločilnega pomena. Sočutje in zaupanje sta osnovni obliki medčloveških interakcij, ki sta za človekovo izkušnjo enako pomembni kot izmenjava informacij, prepričanj, storitev in dejavnosti. Raziskave dokazujejo pozitiven učinek empatičnega komuniciranja na vsakdanje življenje, zdravje, dobro počutje ljudi. Učinkovito empatično komuniciranje izboljšuje možnost soočenja ter ugodno rešitev konfliktnih dogodkov in stresnih situacij, povečuje kakovost življenja in povezuje ljudi v podporna omrežja (Ule, 2005).

Številne raziskave ugotavljajo, da lahko s komuniciranjem zmanjšujemo čustvene napetosti, vznemirjenje, pomagamo reševati in obvladovati težave, konfliktna in krizna stanja. To seveda drži tudi – in še zlasti – za pogosto eksistencialen odnos med bolnikom in zdravstvenim osebjem. V tem komunikacijskem odnosu, kot trdijo različni avtorji, se skriva presenetljiv potencial zdravljenja. Že Sigmund Freud, oče psihoterapije, je poudarjal moč pogovora med terapevtom in bolnikom: »Ne gre za nič drugega med vami, kot da govorite drug z drugim. Besede lahko neizmerno dobro denejo ali pa prispevajo k strašnim poškodbam« (Freud, 1940: 79).

Za sodobne družbe je na splošno značilna potreba po podpornem in empatičnem komuniciranju, po razkrivanju težav in čustvenih stanj. Luptonova pravi, da je to del potrebe po izpovedovanju, del »izpovedne družbe«, kot jo opisuje Foucault v svojih delih (Foucault, 2009; Lupton, 1996). Potreba po izpovedovanju igra vlogo v sodstvu, šoli, medicini, v družinskih in ljubezenskih odnosih, torej na najpomembnejših področjih vsakdanjega življenja in pri najbolj slovesnih obredih. V »družbi izpovedovanja« je splošno sprejeto načelo, da ljudje razkrivamo svoje težave in čustvena stanja ter govorimo o njih s pomembnimi drugimi, skratka, da je bolje spodbujati pogovor kot potlačiti probleme. Odprtost in vzajemnost razkrivanja naj bi ustvarili tudi zaupanje med udeleženci komunikacijskega procesa.

Vloga empatičnega komuniciranja v zdravstvu

Raziskave kažejo, da je komunikacija osrednji koncept, o katerem bolniki razpravljajo, kadar govorijo o zadovoljstvu z zdravstvenimi institucijami in zdravstvenimi delavci. Večina bolnikov v raziskavi v Avstraliji, o kateri poroča znana avstralska sociologinja zdravja Deborah Lupton, je ocenila pripravljenost zdravnikov in medicinskih sester, da »si vzamejo čas zame in se pogovorijo o mojem problemu«, za najpomembnejšo lastnost dobrih zdravstvenih delavcev, celo bolj pomembno kot strokovno znanje (Lupton, 1996: 159). Do podobnih ugotovitev smo prišli tudi v raziskavi komuniciranja med zdravniki in bolniki, ki smo jo opravili med člani in članicami Društva pljučnih bolnikov v Sloveniji. Anketiranci in anketiranke, vključeni v raziskavo, se tako rekoč soglasno strinjajo s trditvijo: »Pomembno je, da je odnos med bolnikom in zdravnikom topel in prisrčen, ker to zelo vpliva na razbremenitev bolnika« (Ule, 2003: 130). Glede te trditve se najbolj strinjajo, zato je postala najpomembnejša trditev o odnosih med zdravniki in bolniki.

Komuniciranje je lahko bodisi bolj instrumentalno bodisi bolj osebno in negotovno. V prvem primeru gre za upravljanje z vsakdanjimi nalogami in problemi, za izmenjavo neosebnih sporočil, usklajevanje želja in časovnih načrtov. Vse to so zadeve, ki "držijo skupaj" naše skupno življenje in ga delajo vsaj znosnega, če že ne prijetnega. Raziskovalci menijo, da približno 90 % komunikacije predstavlja instrumentalno komuniciranje (Galvin, Cooper, 2003). Bolj osebno ali tudi empatično komuniciranje poteka tedaj, ko osebe s svojim odnosom in komunikacijo izkazujejo skrb za druge osebe in za sam odnos. Empatija je racionalno in čustveno dogajanje, ki temelji na sposobnosti postavljanja v položaj drugega in vživljanja v drugega. To pomeni, da razumemo drugega in sočustvujemo z njim. Če smo se sposobni in pripravljeni vživeti v njegov položaj, potem nesreča drugega deluje motivacijsko in vpliva na solidarnost, potrebo po pomoči. Videti druge ljudi v nesreči je za večino ljudi boleče, nudenje pomoči pa to bolečino zmanjša.

Čeprav ima v moderni družbi in v zdravstvu prednost znanstveno-racionalna predelava realnosti, v tem primeru predelava bolezni in njenih znakov, pa je vendarle veliko vsakdanjih dokazov za to, da poleg nje obstaja še mnogo bolj elementarna – čustvena raven zaznavanja realnosti. Posebej pri eksistencialnih izkušnjah, kot so bolečina, strah, negotovost, je lahko čustveno zaznavanje odločujoče. In na to smo slabo pripravljeni. Že kar nekaj časa vemo, da stopnja bolečine ni odvisna le od fizioloških mehanizmov, pač pa gre za posledico mnogih dejavnikov in vplivov. Bolečina ima to bistveno lastnost, da jo vsakdo občuti drugače, zato je pogosto ni mogoče primerjati (Ule, 2005).

Bolečina in prav tako druga negativna čustvena stanja niso samo notranje reakcije in odgovori telesa na fizično stanje in počutje, ampak so socialno konstruirani

odgovori na odnose s samim seboj in okoljem. Bolečina je nalezljiva. Z empatijo, vživljanjem v bolečino drugega, preide na nas – in tega nas je strah. Obenem pa poznamo dokaze za to, da možnost izražanja občutkov, sporočanje in izražanje predvsem negativnih čustev razbremenjujejo psihofizični sistem človeka, še več, celo krepijo imunski sistem. Izražanje občutkov namreč najprej pomeni, da jih pojmovno zajamemo in jih prevedemo v jezikovno obliko, kar omogoča distanco do trenutnih občutkov in emocij. Ta distanca ustvari prostor, da lahko aktiviramo druge vrste občutkov in čustev, na primer voljo in željo po življenju namesto strahu in bolečine ali čustvo hvaležnosti za izraženo pomoč.

Empatično komuniciranje v zdravstvu zato ni samo dodatek k medicinskemu znanju, ki naredi zdravstvenega delavca bolj razumevajočega, ampak je spretnost, ki ga naredi bolj učinkovitega. Kot pravi Philip Myerscough (1989), je komuniciranje ključ do profesionalne učinkovitosti zdravstvenega osebja. Je absolutni pogoj za dober vpogled v zgodovino bolezenskega stanja. Je tudi ključ za verodostojnost zdravstvenega osebja – da bolnik sprejme njihove nasvete in se po njih ravna. Obenem pa sodobno zdravstvo večkratno prizadeva zanemarjanje pomena empatičnega komuniciranja in komunikacijskih motenj kot posledice. Po eni strani imamo v zdravstvu vedno več opraviti z raznovrstnimi psihosomatskimi problemi, ki so posledica komunikacijskih motenj v družbi, po drugi strani pa zdravstvo nanje ni sposobno niti približno ustrezno reagirati. Tako se je na primer v preteklih letih povečal strah v različnih oblikah, vendar je v zdravstvu, po ocenah mednarodne zdravstvene organizacije, komaj tretjina pojavnih oblik strahu pravilno prepoznana in zdravljena, medtem ko je preostali del omejen na uporabo psihofarmacevtskih sredstev (WHO, 2007).

Empatično komuniciranje zahteva pozornost in prilagoditev na konkretno situacijo pri vseh udeleženi osebah, izraža in vsebuje pa tudi visoka etična načela, kot so skrb za drugega, odgovornost, zaupanje, sočutje. Poglavitna motiva za empatično in podporno komuniciranje sta predvsem dva: moralna odgovornost za težave drugih ter sočutje. Moralna odgovornost za ljudi v težavnih okoliščinah je rezultat vsakdanje socializacijske izkušnje in prakse, skozi katero razvijemo pozitivna stališča do pomoči drugim. Moralna odgovornost je torej etična norma in stališče, ki usmerja naše vedenje. Bistvena značilnost empatičnega zdravstvenega komuniciranja je, da spoštuje avtonomijo in dostojanstvo drugega, njegovo samoodenitvijo in samopodobo. To velja zlasti za vrsto komuniciranja, kakršno predstavlja odnos zdravstveni delavec – bolnik. Tu je posebej velika možnost, da s komunikacijskim vedenjem ranimo. V svoji predstavi o sebi in samovrednotenju sta ranljiva tako bolnik kot zdravstveni delavec. V procesu komuniciranja si želita oba potrditi svoje predstave o sebi.

Pomen zaupanja v odnosih med bolnikom in zdravstvenim osebjem in njegov vpliv na potek zdravljenja

Empatično komuniciranje konstituira enega ključnih elementov terapije – zaupanje. Negotovost je osrednja značilnost zdravstvene oskrbe bolnikov, če upoštevamo, da je objekt skrbi delikatno človeško telo, na katero imajo lahko celo preizkušene terapije nepričakovane učinke. Zaupljivo in empatično komuniciranje v odnosu med zdravstvenim osebjem in bolnikom zato pomeni tudi upravljanje z negotovostmi (Lupton, 1996: 162). Negotovost ni nikjer sprejemljiva, posebej ne v bolezni, ki je že sama po sebi zastrašujoča. Zaupanje v druge je ena od bistvenih človekovih rešitev, ki naj bi odpravila paralizirajočo negotovost. Za zaupanje med zdravstvenim osebjem in bolnikom so vedno značilni ambivalentnost, negotovost, strah in občutek tveganja, ker ta odnos vsebuje visoko stopnjo ranljivosti in odvisnosti. Zato mora biti odnos udoben in varen, četudi obenem vedno generira občutja odvisnosti in nejasnega strahu.

Bolnika, ki vstopa v zdravstveno ustanovo, najprej prevzame čustvo strahu in tesnobe. Strah je telesno in čustveno izčrpavajoč, po drugi strani pa lahko mobilizira bolnika na nepredvidljiv način. Kljub temu v zdravstvu strahove in negotovosti bolnikov pogosto ignorirajo. Strah je vedno tudi strah pred izgubo nadzora nad lastnim telesom in življenjem. Nobena druga stroka nima takega dostopa do telesa kot poklic zdravstvenega delavca. Ker naša telesa doživljamo kot odsev naših sebstev in ker v določene dele telesa investiramo sram in diskretnost, se odnos med zdravstvenim osebjem in bolnikom ravno zaradi tega razlikuje od drugih profesionalnih odnosov in vsebuje posebno stopnjo moči. Na posebej ekskluziven način ni izpostavljeno samo telo, zdravstveni presoji so izpostavljene tudi bolnikove skrivne izpovedi zasebnih misli, čustev, občutkov, ki jih mogoče ne zaupa nikomur drugemu.

Vsak poseg v intimnost bolnika, bodisi telesno bodisi socialno, družinsko, osebno intimnost, je tudi poseg v njegovo identiteto, pomeni ogrožitev bolnikove identitete. Intimna območja so kulturno tabuizirana. Zavarovana so tudi pred komunikacijskimi posegi vanje, o »njih« se ne govori. Zato so seveda zdravstveni posegi v intimna območja bolnikovega telesa, govor, ki načenja občutljive intimne teme, zelo delikatni in za bolnika ogrožajoči. Zdravstveno osebje jih lahko uravnoteži z izkazovanjem spoštovanja do bolnikove osebnosti in empatičnim odnosom do njegovega položaja. Postopno se strah lahko umakne občutku varnosti, ki pa je predpogoj za zaupanje bolnikov. Zaupanje je zato ena najosnovnejših strategij, ki naj bi odpravile paralizirajočo negotovost. Bolnik zaupa, da bo postopek uspešen in neboleč, da bo obravnavan s sočutjem in s potrebno spoštljivostjo. Zdravstveni strokovnjak zaupa, da bo bolnik sodeloval in se

podredil potrebnemu postopku. Obe strani druga od druge pričakujeta sodelovanje, zaupanje in odgovornost.

Čeprav se ljudje zavedajo negotovosti medicinske presoje in možnosti zmote, si vendar ne dovolijo prevelikega dvoma ali izgube zaupanja oziroma vere v zdravstvo. To je posebej vidno v primerih, ko se morajo posamezniki sami odločiti in izbrati med različnimi oblikami obravnave. Moramo zaupati zdravnikom, ker ni druge alternative – in predvsem, kadar ni druge alternative. Moramo spoštovati zdravnike, ker zdravijo, ker pomagajo ljudem v najtežjih trenutkih. Bolniki želijo in morajo verjeti, da so zdravstveni delavci njihovi zavezniki, da naredijo vse za njihovo zdravje in dobro počutje. Kot kaže spodnja tabela o odgovorih anketiranih v raziskavi javnega mnenja iz leta 2011 (Malnar in sod., 2011) ljudje v primeru zdravstvenih težav še vedno najbolj zaupajo zdravstvenemu osebju (razpredelnica 1).

Razpredelnica 1: S kom od spodaj naštetih se lahko najlažje pogovorite o svojih zdravstvenih težavah? (Malnar in sod., 2011)

	odgovori so v %
S svojim zdravnikom ali kom drugim od zdravstvenega osebja.	42,2
Z dobrim prijateljem, prijateljico, sosedom ali sodelavcem.	13,4
S partnerjem, partnerko, starši, otroci ali s katerim drugim sorodnikom.	33,2
Nimam nikogar, ki bi mu res lahko zaupal/a svoje zdravstvene težav	4,9
Sem zdrav/a in nimam zdravstvenih težav.	6,3

Zaupanje bolnika pomeni, da lahko spregovori o svojih bolečinah in strahovih, da brez neugodnih občutkov prepusti svoje telo v preiskavo. Zaupanje se po mnenju bolnikov gradi na komuniciranju, ki ne zadeva samo obravnave simptomov, ampak tudi predelavo bolnikovih čustev in negotovosti. Kot kažejo raziskave, so bolniki najbolj občutljivi glede tega, ali jih zdravstveni delavci obravnavajo kot posameznike z občutki in čustvi (Ule, 2003).

Znani sociolog Giddens govori o simbiotičnem odnosu med zaupanjem in tveganjem. Zaupanje je namreč vedno povezano z verodostojnostjo drugega (Giddens, 2000). Odpiranje drugemu, kar je del zaupanja v odnosu, že samo po sebi spremljata strah in dvom, ali nas bo drugi razumel. Ravno potreba po samorazkrivanju pa razlikuje odnose med zdravstvenim osebjem in bolniki od vseh drugih profesionalnih odnosov. Od odvetnikov, bančnih uslužbencev ali

prodajalcev nikoli ne pričakujemo vlaganja tolikšnih naporov, da bi spoznali naša notranja občutja.

Zaradi visoke stopnje potencialnega čustvenega izražanja v odnosih med zdravstvenim osebjem in bolnikom zdravstveni delavci pogosto uporabljajo strategije, ki zaustavijo preveč emocionalnih vlaganj v odnos. Ena takih strategij v zdravstvu je uporaba neosebnihi pojmov pri govoru o bolnikih, npr. klient, uporabnik, pacient. Tudi bolniki pogosto uporabljajo neosebno samopercepcijo v odnosu do zdravstvenega osebja. S tem tako eni kot drugi zmanjšujejo stopnjo intimnosti odnosa. K vzpostavljanju takega odnosa hote ali nehoie pomaga tudi sodobno porabniško gibanje pri bolnikih, ki prav s tem porabniškim odnosom zmanjšuje čustveno napetost, strahove in pričakovanja ter spreminja razmerja v bolj menjalna: zamenjava storitve za plačilo. Nagovarjanje bolnikov k porabniškemu odnosu do zdravstvenih storitev pogosto vodi do drugega ekstrema, do instrumentalnosti, ki se kaže tudi v »lepem videzu odnosov«, v kvaziempatičnosti (Huber, 1994).

Za zaupanje med zdravstvenim osebjem in bolnikom je značilen določen občutek tveganja, ker ta odnos vsebuje visoko stopnjo ranljivosti in odvisnosti. Odpiranje drugemu, kar je del zaupanja v odnosu, samo po sebi spremljata strah in dvom. Strahovi in dvomi pa lahko vodijo v čustveno odvisnost od zdravstvenega osebja. Strah je vedno tudi strah pred izgubo nadzora in upravljanja z življenjem. Oskrbovanci v bolnišnicah in domovih se znajdejo v posebni situaciji brez obrambe. Počutijo se izločeni iz svojega vsakdanjega življenja, vrženega v labirint zunanjih in notranjih dogajanj. Strahu in občutku izgube nadzora pogosto sledi čustvo izgube intimnosti. Negovalni posegi pogosto segajo v intimne dele bolnikovega telesa, to pa zahteva od zdravstvenega osebja več kot le strokovno kompetenco – imeti mora namreč tudi ustrezno duševno kompetenco, s katero lahko vzdrži srečanje z bolnikom in njegovo boleznijo.

Vsak poseg v bolnikovo intimnost je tudi poseg v njegovo identiteto: pomeni, da je ogrožena bolnikova identiteta. Intimna območja so tudi kulturno tabuizirana in zavarovana pred komunikacijskimi posegi, o »njih« se ne govori. Te probleme zdravstveno osebje lahko ublaži z izkazovanjem spoštovanja do bolnikove osebnosti in z empatičnim odnosom do bolnikovega položaja. Ni dovolj zgolj »sproščen« govor, niti osebna distanca, kaj šele poklicni cinizem (Gottschlich, 1998). Zaupanje je torej osrednji pojem vsakega empatičnega in podpornega komunikacijskega procesa. Empatično komuniciranje pa ni le neka neizogibna razsežnost kakovosti življenja, h kateri stremimo tudi v bolezni, temveč je svilena nit, na kateri lahko neposredno visi človeško življenje.

Sklep

Odnos med bolnikom in zdravstvenim osebjem je torej ambivalenten; razpet je med potrebo po zaupanju in negotovostjo bolnika ter med sočutjem in rutino pri zdravstvenem osebju. Pri pogosto ugotovljenih pomanjkljivostih v komuniciranju med zdravstvenim osebjem in bolnikom ter vprašanju o možnostih njihovih odpravljanj ne smemo prezreti te ambivalence. Veliko komunikacijskih napak izvira iz nepoznavanja ali nepriznavanja temeljne ambivalentnosti v odnosih v zdravstvu.

Raziskave kažejo, da zdravstvena nega za razliko od medicinske stroke vendarle postavlja temeljne postulate svojega poklica na drugačen način. Zdravstvena nega je osrediščena okrog »etike skrbi«, kar danes predstavlja pravo alternativo prevladujočemu tehničnemu odnosu do bolnikov. Medtem ko se zdravniki veliko, včasih skoraj povsem ukvarjajo z medicinsko-tehničnimi vprašanji zdravljenja in diagnosticiranja ter etične dileme izvajajo iz teh vprašanj, pa zdravstvena nega bolj poudarja udeležbo v interakciji z bolniki v kontekstu trajnejših in kontinuiranih odnosov. Komuniciranje zdravnika z bolniki je pogosto usmerjeno na posredovanje informacij ali na sprejemanje specifičnih odločitev, medtem ko medicinske sestre razvijajo komunikacijski stil, ki je bolj usmerjen v spodbujajoče razumevanje.

Zdravniki so pogosto preveč zavzeti s fizičnimi in fiziološkimi simptomi ter z znaki bolezni in so lahko neobčutljivi za bolnikovo doživljanje teh procesov; zato je pomembno, da medicinske sestre medtem skrbijo za počutje bolnikov, za lajšanje telesnih in duševnih bolečin. V tem smislu zdravstvena nega predstavlja alternativo nevarnosti instrumentalizacije dela z bolniki. Na teh temeljih bi lahko zdravstvena nega gradila svojo stroko in postala bolj pomemben dejavnik razvoja ne samo svojega poklica, ampak tudi razvoja nove zdravstvene paradigme na splošno.

Literatura

- Foucault M. Rojstvo klinike. Ljubljana: Študentska založba; 2009.
- Freud S. Die Frage der Leienanalyse. London: Gesammelte Werke XIV; 1940.
- Galvin, KM, Cooper PJ. Making connections. Los Angeles: Roxbury Publ. Comp.; 2003.
- Giddens A. Preobrazba intimnosti. Ljubljana: *cf; 2000.
- Gottschlich M. Sprachloses Leid. Wege zu einer kommunikativen Medizin. Wien, New York: Springer Verlag; 1998.
- Huber E. Gesundheit und Kommunikation. Gesundheit und Medizin; 1994; 19: 2–13.

Lupton D. Your life in their hands. Trust in medical encounter. In: James V, Gabe J, eds. Health and the sociology of emotions. Oxford: Blackwell; 1996: 56–78.

Malnar B in sod. Slovensko javno mnenje 2011/1. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, CJMMK; 2011.

Myerscough PR. Talking with patients. Oxford: Oxford Univ. Press; 1989.

Ule M. Spregledana razmerja. O družbenih vidikih sodobne medicine. Maribor: Aristej; 2003.

Ule M. Psihologija komuniciranja. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2005.

WHO. Comparative assesment of health policies in 18 countries of the European Union. European Environment and health information system (ENHIS). Copenhagen: WHO Regional office for Europe; 2007.

(KAZENSKO)PRAVNO OKOLJE

(CRIMINAL) LEGAL ENVIRONMENT

*David Premelč, univ. dipl. prav., odvetnik
Odvetniška družba Rojs, Peljhan, Prelesnik & partnerji o.p., d.o.o.
premelc@rppp.si*

IZVLEČEK

Uvod: Izhodišče za prispevek sta nedavni pravnomočni kazenski obsodilni sodbi zoper sodelavce iz vrst babištva in zdravstvene nege. Avtor v prispevku na sodbi gleda z vidika širših trendov, ki zadevajo pravno okolje zdravstvene dejavnosti, in sicer tako z vidika nekaterih zdravstvenih politik kot z vidika sprememb na področju zakonodaje, pravne teorije, pa tudi sodne prakse oz. uveljavljanja sodnih in izvensodnih zahtevkov zoper zdravstvene delavce. **Namen:** Namen prispevka je predstaviti avtorjev pogled na aktualno (kazensko)pravno okolje zdravstvene nege v luči nekaterih trendov, ki jih je mogoče zaznati, in pravnim laikom skozi analizo dveh nedavnih pravnomočnih kazenskih sodb približati nekatera relevantna vprašanja, ki jih sodišče presoja pri obravnavi kazenske odgovornosti zdravstvenih delavcev. **Razprava:** Avtor postavi tezo, da se pravno okolje zdravstvene dejavnosti razvija po dveh tokovih, in sicer v smeri vse višjih standardov kakovosti zdravstvene skrbi na eni strani, na drugi pa vse strožje odgovornosti za morebitne kršitve dolžnostnega ravnanja. K temu je bistveno prispeval zlasti razvoj prava osebnostnih pravic, med katerimi kot ključno izpostavlja pravico do avtonomnega odločanja o zdravljenju in posegih v telesno integriteto. Navedeni razvoj je po avtorjevem mnenju odločilno vplival na trende rastočega števila odškodninskih in kazenskih postopkov zoper zdravstvene delavce tako v Sloveniji kot drugod po Evropi. Avtor nato razpravlja o možnem vplivu analiziranih sodb na okrepljeno defenzivno prakso zdravstvenih delavcev tako v razmerju do pacienta kot tudi do drugih članov zdravstvenega osebja. **Sklep:** Avtor zaključi, da v prispevku analizirani trendi vsak s svojega vidika težijo k večji varnosti pacienta in njegovi pravici do odločanja o lastnem zdravju, da pa bo praksa pokazala, kakšen generalni preventivni učinek bosta sodbi imeli in ali bosta pozitivno prispevali k večji skrbnosti ter posledično zmanjšanju zdravstvenih napak v okviru zdravstvene nege.

Ključne besede: odgovornost, zdravstveni delavci, kazensko pravo

ABSTRACT

Introduction: The basis for this paper is the two recent final criminal judgements passed against the nursing and midwifery professionals. In the paper the author views the judgements from the aspect of wider trends relating to the legal environment of healthcare services, both in terms of certain healthcare policies and in terms of changes in legislation, legal theory and also case law or the filing of judicial and extra-judicial claims against healthcare professionals. **Purpose:** The purpose of this paper is to present the author's views on the current (criminal) legal environment of nursing in the light of some of the observed trends and to present the analysis of two recent final criminal judgements to legal laypersons and familiarize them with some of the relevant issues raised by the court when dealing with the criminal liability of healthcare professionals. **Discussion:** The author sets out the thesis that the legal environment of healthcare services is developing in two different directions – in the direction of ever higher standards of healthcare quality and on the other hand in the direction of increasingly stringent liability for any possible breaches of the duty owed. In author's view, the development of the law on personality rights, in particular the right to an autonomous decision making about treatment and interference with bodily integrity, has significantly contributed to the increasingly stringent liability for the breaches of the duty owed. According to the author it is this development that had a decisive influence on the rise in the trend of compensatory damages and criminal proceedings against healthcare professionals not only in Slovenia but also elsewhere in Europe. Moreover, the author then discusses the possible impact of the analyzed judgements on a reinforced healthcare professionals' defensive practice both in the relation to the patient as well as other members of the medical staff. **Conclusion:** The author concludes that the each of the trends analyzed in this paper tend to increase patient safety and his/her right to make decisions about their own health; however, practice will reveal what the general preventive effect of the judgements is and if they shall have a positive contribution to due diligence and consequently reduce medical malpractice in nursing care.

Key words: liability, healthcare professionals, criminal law

Uvod

Nedavno sta postali pravnomočni dve kazenski obsodilni sodbi, v katerih so se kot obsojenci znašli zdravstvena tehnika in babica. Gre za medijsko precej odmevna celjski in novomeški primer, v obeh pa so bili delavci v zdravstveni negi obravnavani v kazenskem postopku zaradi kaznivih dejanj povzročitve smrti iz

malomarnosti. Omenjeni sodbi sta nedvomno pomembno zaznamovali (kazensko)pravno okolje, v katerem danes deluje zdravstvena nega, in zaradi svoje medijske odmevnosti najverjetneje tudi v precejšnji meri dvignili zavest o potencialni odgovornosti posameznikov za strokovne napake pri opravljanju zdravstvene dejavnosti. Ker bi analiza zgolj omenjenih sodb zelo verjetno ustvarila precej popačeno sliko (kazensko)pravnega okolja zdravstvene nege, bodo v prispevku najprej predstavljeni nekateri trendi v zvezi s prepletanjem prava in medicine, in sicer v luči sprememb, ki jih je mogoče zaznati tako na področju upravno-političnih in zakonodajnih ukrepov kot spreminjajočih se pogledov kazenskopravne teorije. Ker avtor v nobenem od primerov ni nastopal kot zagovornik katerega od obdolženih, bodo v nadaljevanju prispevka izključno na podlagi izdanih sodb nekoliko osvetljena osrednja vprašanja, s katerimi so se ukvarjala sodišča v obeh uvodoma omenjenih primerih. Namen prispevka je tako podati avtorjev komentar aktualnega (kazensko)pravnega okolja zdravstvene nege v luči nekaterih trendov, ki jih je mogoče zaznati, in pravnim laikom skozi analizo dveh nedavnih pravnomočnih kazenskih sodb približati nekatera relevantna vprašanja, ki jih sodišče presoja pri obravnavi kazenske odgovornosti zdravstvenih delavcev.

Pogledi na nekatere trende v pravnem okolju zdravstvene dejavnosti

Pri razglabljanju o pravnem okolju zdravstvene dejavnosti oziroma zdravstvene nege ni mogoče mimo širšega zdravstveno-političnega in zakonodajnega konteksta kot tudi pogledov sodobne (kazensko)pravne teorije. Kot izhodišče naj služi teza, da se pravno okolje zdravstvene dejavnosti razvija po dveh tokovih, in sicer v smeri vse višjih standardov kakovosti zdravstvene skrbi na eni strani ter vse strožje odgovornosti za morebitne kršitve dolžnostnega ravnanja, ki se kaže tako na področju zakonodaje in pravne teorije kot tudi sodne prakse.

Varnost pacienta kot eden izmed ključnih ciljev zdravstvenih politik

Kot ugotavlja Jones, so določene zdravstvene napake neizogibne; prav tako bo do nekaterih nesreč vselej prihajalo ob premajhni skrbnosti, do številnih napak pa pride zaradi »organizacijskih pomanjkljivosti« ali metod zdravstvene oskrbe, kjer je zmanjševanje stroškov enačeno z učinkovitostjo. Zaradi tega prihaja do obremenjenega zdravstvenega osebja in neustreznih varnostnih ukrepov, poudarek je vse bolj na kvantiteti za ceno kvalitete zdravstvene oskrbe (Jones, 2003). Zdravstvene napake so tako vrojene v zdravstveno dejavnost in kot take do določene mere neizogibne. Z bistveno večjim problemom pa se soočamo, kadar je raven procesa zdravljenja (ne glede na bolezen oziroma poškodbo) takšna, da predstavlja precejšnje

tveganje za pacienta. Omenjeni problem je bil tako v ZDA kot v Evropi predmet številnih raziskav, ki so imele za posledico precejšnje premike v zdravstvenih politikah. Glede pomanjkljive varnosti pacienta je bila ena prelomnih raziskava ameriškega Inštituta za medicino (1999), v kateri je bilo ugotovljeno, da naj bi v ZDA na leto zaradi zdravstvenih napak v bolnišnicah umrlo med 44.000 in 98.000 ljudi, kar pomeni, da je zdravstvena napaka večji povzročitelj smrti, kot so prometne nesreče, rak na prsih in AIDS (Kohn, Corrigan, Donaldson, 2000). Da je stanje varnostnih zapletov v ZDA tudi več kot deset let po izsledkih omenjene raziskave še vedno precej slabo, potrjuje nedavna pobuda ameriškega ministrstva za zdravje, katere cilj je zmanjševanje preprečljivih zapletov v bolnišnicah: da bi bilo kar 1.800.000 manj poškodb pacientov in da bi ohranili 60.000 življenj v treh letih (National Research, 2012). Tudi za Evropo niso bile statistike nič bolj ugodne, saj so raziskave pokazale, da v EU vsaj 8 do 12 % pacientov, ki so sprejeti v bolnišnice, doživi varnostne zaplete, ko jih zdravstveno oskrbujejo, okužbe, povezane z zdravstveno oskrbo, pa naj bi prizadele enega od dvajsetih pacientov v bolnišnicah, kar pomeni 4,1 milijona pacientov vsako leto v EU (Sporočilo Komisije, 2008). Zato ne preseneča, da je bila v izhodišče Luksemburške deklaracije o varnosti pacientov (2005) postavljena ugotovitev, da je zdravstvena dejavnost področje z visokim tveganjem zaradi neželenih dogodkov, ki ne nastanejo zaradi bolezni same, ampak kot posledica procesa zdravljenja, in da zdravstvena dejavnost še vedno zaostaja za ostalimi industrijskimi in storitvenimi dejavnostmi, ki so uvedle sistemske varnostne procese. Da je pomanjkljiva varnost pacienta resen globalni problem, dokazuje med drugim tudi okoliščina, da se z njim poglobljeno ukvarjajo Svetovna zdravstvena organizacija (npr. Resolucija Generalne skupščine Svetove zdravstvene organizacije WHA55.18. Kakovost oskrbe: varnost pacientov (18. maj 2002)), OECD (npr. kazalniki za kakovost zdravstvene oskrbe – *Health Care Quality Indicators*), Svet Evrope (npr. Priporočilo Rec (2006) 7 Odbora ministrov državam članicam o ravnanju z varnostjo pacientov in preprečevanju neželenih dogodkov v zdravstvu), Evropska komisija (npr. Priporočilo Komisije Svetu, Priporočilo Sveta o varnosti pacientov, vključno s preprečevanjem in obvladovanjem okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo, Bela knjiga Komisije o zdravstveni strategiji iz oktobra 2007 itn.), ne nazadnje pa tudi Evropsko sodišče za človekove pravice, ki je poudarilo, da je obveznost držav članic zagotoviti pravni okvir, ki javnim in zasebnim zdravstvenim ustanovam nalaga obveznost sprejetja ustreznih ukrepov za zaščito življenja svojih pacientov (Trocilier proti Franciji, št. 75725/01, 2006).

Strožje obravnavanje zdravljenja s strani zakonodajalca

Poleg usmeritev zdravstvene politike, ki teži k zviševanju standardov in kakovosti zdravstvene oskrbe, pa se prizadevanja za strožjo obravnavo odstopov od dolžne skrbnosti pri zdravljenju kažejo tudi v povsem konkretnih posledicah v zakonodaji. Da očitno obstaja družbena potreba po strožji kazenskopravni obravnavi malomarnega zdravljenja, je zakonodajalec nakazal tudi z novelo Kazenskega zakonika. Novi Kazenski zakonik iz leta 2008 (KZ-1) v primerjavi s Kazenskim zakonikom iz leta 1994 (KZ) glede malomarnega zdravljenja predstavlja bistveno strožjo ureditev: stari KZ je v 190. členu za povzročitev kaznivega dejanja malomarnega zdravljenja predpisoval kazen zapora do enega leta, novi KZ-1 pa za isto kaznivo dejanje predpisuje kazen zapora do treh let (torej gre za trikratno postrožitev predpisane kazenske sankcije). Za primer, ko pacient zaradi malomarnega zdravljenja umre, je zdaj predpisana kazen zapora do osmih let, medtem ko je bila po prejšnjem KZ za kaznivo dejanje povzročitve smrti iz malomarnosti, ki je bilo lahko storjeno v povezavi z malomarnim zdravljenjem, predpisana kazen zapora do petih let. Obravnavo kaznivega dejanja malomarnega zdravljenja na zakonodajni ravni gre torej izključno v smer čedalje ostrejšje in strožje obravnave.

Pomembni premiki v kazenskopravni teoriji

Pomembne premike je opaziti tudi v okviru kazenskopravne doktrine. Že daljši čas je bilo mogoče zaznati kritike slovenske doktrine, ki je pod vplivom starejše teorije izključevala kaznivost medicinskih posegov že zaradi njihove humane narave in družbene koristnosti (Korošec, 2004). Če je bilo še pred časom zdravljenje v okviru zdravniške službe razglašeno kot načeloma nekaznivo na podlagi t. i. družbene koristnosti zdravstva, kar je bil vnaprejšen razlog izključenosti protipravnosti (telesnih poškodb pacienta pri zdravljenju) (Korošec, 2010), se je vsaj del kazenskopravne teorije že dolgo zavzemal za spremembo pravno teoretičnega pogleda na medicinske posege v smeri nemške teorije in sodne prakse, v skladu s katerima se poseg v telesno integriteto obravnava kot telesna poškodba tudi tedaj, ko gre za zdravnikov poseg. To pomeni, da je zdravstveni ukrep mogoče upravičiti praviloma zgolj z veljavno privolitvijo pacienta, kar predpostavlja ustrezno pojasnilo pacientu o poteku in tveganju terapije ter o alternativnih možnostih zdravljenja (Quass, Zuck, 2008). Sodobna nemška teorija torej vsak medicinski poseg šteje za potencialno kaznivo dejanje telesne poškodbe, ki mu – ne glede na humani potek zdravljenja in *lege artis* opravljen poseg – jemlje protipravnost šele zavestna in svobodna privolitev pacienta, ki sledi ustrezno opravljeni pojasnilni dolžnosti (Korošec, 2004). Tovrstna stališča teorije so pripeljala do spremembe zakonodaje: v okviru novega 125. člena KZ-1, ki ureja izključitev kaznivega dejanja pri

telesnem poškodovanju s soglasjem poškodovanca, je zdaj izrecno določeno, da je protipravnost naklepne povzročitve lahke (npr. izpulitev zoba, vnetje po injekciji ipd.), hude ali posebno hude telesne poškodbe pri zdravljenju (npr. amputacije, transplantacije, razne operacije itd.) ob ustrezni privolitvi oškodovanca izključena, pod pogojem (kar velja za hudo in posebno hudo telesno poškodbo), da je privolitev dana v obliki in ob pogojih, ki jih določa zakon in da pri tem niso prizadete koristi koga drugega ali ogrožena kakšna skupna pravna vrednota. Omenjena določba je sicer v delu medicinske stroke (Flis, 2010) izzvala številne polemike o tem, ali pomeni zdravljenje brez ustrezne privolitve kaznivo dejanje. Pomen pojasnilne dolžnosti zdravnika in potrebe po informirani privolitvi posameznika v zdravstveni poseg, ki sta sicer podrobneje urejena z Zakonom o pacientovih pravicah (2008), pa je tako dobil svoje mesto tudi v KZ-1, kar bo nedvomno pomembno vplivalo na kazenskopravno presojo protipravnosti posameznih zdravstvenih posegov.

Povečano zavedanje pacientov o lastnih pravicah in uveljavljanje odgovornosti zdravstvenih delavcev

Pravno okolje pa za zdravstvene delavce postaja zahtevnejše še zaradi enega razloga, to je dviga zavesti pacientov glede njihovih pravic in odzivov na morebitne napake pri zdravljenju. Ugotoviti je mogoče trend čedalje pogostejših odškodninskih zahtevkov in kazenskih ovadb zaradi zdravstvenih napak oziroma malomarnega zdravljenja. Gre za širši pojav, ki ni značilen zgolj za Slovenijo, temveč za vso Evropo. V Sloveniji število zahtevkov in zahtev po izvedenskih mnenjih v odškodninskih in kazenskih postopkih pomembno narašča (Radej- Bizjak, 2007). Primerjalni pogled pokaže, da se je v zadnjem desetletju število kazenskih ovadb in odškodninskih postopkov zaradi domnevnega malomarnega zdravljenja dramatično povečalo v Evropi, kjer sega od več kot 50-odstotnega v primeru Velike Britanije, Baltiških držav in vzhodnih držav, pa vse do povečanja med 200 in 500 % v Nemčiji, Italiji, Španiji in državah Iberskega polotoka (Ferrara, 2013). V Nemčiji je prav tako mogoče zaznati trend naraščanja kazenskih postopkov zaradi malomarnega zdravljenja, pri čemer največji delež odpade na kirurgijo (Madea et al., 2007). V državah Srednje Evrope je bilo opaziti, da so pravde zaradi opustitve pojasnilne dolžnosti lahko celo bolj pogoste kot pravde zaradi zdravstvenih napak. Prav v zvezi z opustitvijo pojasnilne dolžnosti je denimo sodna praksa v Italiji in Franciji postopno zavzela stališče, da pri dokazovanju opustitve pojasnilne dolžnosti velja obrnjeno dokazno breme in da mora torej zdravstveni delavec, ki ima pojasnilno dolžnost, tudi ustrezno dokazati, da je svojo pojasnilno dolžnost v celoti opravil (Diurni, 2009). Pregled javno dostopne sodne prakse v Sloveniji (brez

upoštevanja morebitnih drugih sodnih primerov, ki niso javno objavljeni) pokaže, da je obsodilnih kazenskih sodb zoper zdravstvene delavce, zlasti za tiste iz vrst medicinskih sester, sorazmerno malo, pa še pri teh gre v glavnem za kazenske postopke zaradi kaznivega dejanja povzročitve smrti iz malomarnosti (npr. Sodba I Ips 177/2000, VSL sodba I Kp 1659/2006). To je torej kontekst, ki ga je treba razumeti, ker bi zgolj ukvarjanje z dvema sodnima odločbama neizogibno vodilo do povsem popačene slike pravnega okolja.

Osvetlitev nedavnih obsodilnih sodb zoper delavce v zdravstveni negi

Kot je bilo uvodoma pojasnjeno, sta bili v obeh nedavno pravnomočno končanih kazenskih postopkih zoper zdravstvene delavce izrečeni pogojni obsodbi, in to kljub dejstvu, da po avtorjevem vedenju vsaj v celjskem primeru interni strokovni nadzor ni zaznal morebitnih nepravilnosti pri obravnavi pacienta. Za lažje razumevanje sodnikovih presoje o obstoju kaznivega dejanja in kazenske odgovornosti storilca je treba pojasniti, da sodišče pri tem v splošnem presoja različna merila, med katera se uvrščajo vprašanje človekovega voljnega ravnanja, nasprotovanje tega ravnanja in njegove posledice kakšni zapovedni ali prepovedni normi kazenskega prava, odsotnost vseh možnih razlogov, zaradi katerih bi bila takšno ravnanje oziroma njegova posledica izjemoma skladna s pravom, in možnost očitati storilcu ravnanje kot subjektivno zavržno, individualno krivdno (Bavcon, 2003). V kazenskih postopkih, ki obravnavajo malomarno zdravljenje, so običajno ključna vprašanja, na katera mora sodišče odgovoriti, ali je šlo za strokovno (zdravstveno) napako, ali je domnevna strokovna napaka posledica kršitve dolžnostnega ravnanja, ali je kršitev dolžnostnega ravnanja v kazenskopravno pomembni vzročni zvezi z nastalo posledico, in če je, ali so podane okoliščine, ki izključujejo protipravnost, ali je storilec ravnal v opravičljivi ali neopravičljivi zmoti in zato malomarno, s kakšno vrsto te malomarnosti je ravnal in ali je prišlo v odnosu do malomarnosti tudi do hujše posledice (Dežman, 2010). V obeh primerih so bili zdravstveni delavci obravnavani za kaznivo dejanje povzročitve smrti iz malomarnosti, ki ga je mogoče storiti bodisi s storitvijo ali opustitvijo. V primeru opustitve gre lahko za t. i. nepravo opustitveno (omisivno) kaznivo dejanje, pri katerem gre za kršitev dolžnosti aktivno preprečiti nastanek prepovedane posledice (t. i. garantne dolžnosti). Za to, da bi bila podana kazenska odgovornost pri nepravili opustitvenih kaznivih dejanjih, je treba v prvi vrsti dokazati obstoj garantne dolžnosti (Bavcon, 2003). V obeh primerih se je sodišče zato ukvarjalo z obstojem garantne dolžnosti in dolžnostnega ravnanja zdravstvenih tehnikov oziroma babice in vplivom kršitve garantne dolžnosti na nastanek smrti kot prepovedane posledice. Opustitev posvetovanja z zdravnikom in ravnanje na lastno pest kljub nezadostni

usposobljenosti za sprejete ukrepe je v obeh primerih predstavljala ključno opustitev dolžnostnega ravnanja.

Celjski primer

Če si nekoliko pobliže pogledamo celjski primer, je treba ugotoviti, da je bil glavni očitek sodišča, da sta obdolžena ravnala v nasprotju s svojo poklicno dolžnostjo, ki jima nalaga sprejeti in pripraviti pacienta na pregled. Pacienta, ki je zaradi bolečin v prsih in vratu ter težav pri dihanju iskal nujno medicinsko pomoč, nista sprejela niti nista o njegovih težavah obvestila dežurne zdravnice, temveč je zdravstvena tehnica po ugotovitvi, da pacient nima urejenega zdravstvenega zavarovanja, po navodilu svojega nadrejenega napotila pacienta v zdravstveni dom po napotnico, pacient pa je na poti zaradi zastoja srca umrl. Prvo vprašanje, na katerega je moralo sodišče odgovoriti, je bilo, ali je bilo s takim ravnanjem kršeno dolžnostno ravnanje. Sodišče se je pri tem poglobljeno ukvarjalo z vprašanjem dolžnostnega ravnanja zdravstvene tehnice in zdravstvenega tehnika pri sprejemu pacienta na urgentnem oddelku internistične prve pomoči in (opirajoč se tudi na pisno navodilo za zavarovanje in izterjavo terjatev) ugotovilo, da naj bi ne-nujne paciente brez urejenega zdravstvenega zavarovanja pred sprejemom ali nudenjem ambulantnih storitev najprej pregledal zdravnik in odločil, ali je treba takoj opraviti pregled. Pacienta z neurejenim zdravstvenim zavarovanjem je dopustno opozoriti glede samoplačništva in ga napotiti k ureditvi zavarovanja šele potem, ko bi zdravnik (in ne medicinska sestra) odločil, ali je treba opraviti sprejem. Na podlagi dokazne ocene je sodišče ugotovilo, da sta glede pacienta komunicirala le obsojena in se ni nihče od njiju obrnil na zdravnico, čeprav sta bila dolžna pacienta sprejeti in dežurno zdravnico seznanimi s pridobljenimi podatki o njegovih zdravstvenih težavah, da bi ta lahko odločila o nadaljnjem ravnanju. Sodišče je nadalje presojalo obstoj vzročne zveze med opustitvijo dolžnostnega ravnanja in nastankom prepovedane posledice, tj. smrti oškodovanca. Vzročno zvezo je sodišče presojalo zlasti opirajoč se na ugotovitve izvedenca, da bi v primeru takojšnjega ukrepanja ob nastopu akutne faze bolezni (EKG, po potrebi defibrilacija v primeru srčnega infarkta) oškodovanec to fazo (nenadni zastoj srca) zelo verjetno preživel. Vprašanje je bilo tudi, ali je šlo v danem primeru za naključje. Sodišče se je pri tem oprlo na sodno prakso Vrhovnega sodišča (Ips 177/2000), po kateri gre za naključje takrat, ko oseba izpolni svoje dolžnostno ravnanje v takšni meri, kot ji to omogočajo objektivne okoliščine in njene individualne lastnosti, pa vseeno nastane prepovedana posledica. V kolikor bi tehnika pacienta pozvala, naj počaka na pregled zdravnice, bi oškodovanec ostal pred ambulantno in bi bilo v primeru zastoja srca možno takojšnje ukrepanje (vključno z defibrilacijo), s čimer bi

bila možnost preživetja bistveno večja. S tem je sodišče izključilo obstoj naključja in zaključilo, da je bila smrt pacienta v vzročni zvezi z opustitvijo dolžnostnega ravnanja zdravstvenih tehnikov. Z ugotovitvijo protipravnosti dejanja je postopek presojanja objektivnih okoliščin zaključen in sodišče nato nadaljuje s presojanjem krivde. Razrešiti je bilo treba vprašanje, ali sta storilca ravnala z zavestno ali nezavestno malomarnostjo. Pri zavestni malomarnosti ima storilec aktualno zavest o možnosti nastanka prepovedane posledice (Dežman, 2010). Tako bi bilo v primeru, ko bi se zdravstvena tehnika zavedala, da zaradi njune opustitve dolžnostnega ravnanja pacient lahko umre, pa bi lahkomišlno predvidevala, da se to ne bo zgodilo ali pa da bosta nastanek prepovedane posledice lahko preprečila. Pri nezavestni malomarnosti pa storilec takšne predstave o možnosti nastanka prepovedane posledice nima, čeprav bi jo, glede na zahteve stroke ter svoje osebne lastnosti in strokovne izkušnje, moral in mogel imeti. Sodišče je presodilo, da sta obtožena ravnala z najmilejšo obliko krivde, tj. z nezavestno malomarnostjo, saj se nista zavedala, da bosta s kršitvijo dolžnostnega ravnanja povzročila smrt oškodovanca, pa bi se tega glede na večletne delovne izkušnje na urgenci, izobrazbo in izpovedane zdravstvene težave morala in mogla zavedati. Po presojanju objektivnih in subjektivnih kriterijev mora sodišče določiti tudi kazensko sankcijo. Sodišče je kazensko sankcijo opozorilne narave (pogojno obsodbo) izbralo ob upoštevanju njune nekaznovanosti ter najnižje stopnje krivde (nezavestna malomarnost). Pri določitvi kazni zapor (10 mesecev) in preizkusne dobe (2 leti) je sodišče kot oteževalno okoliščino upoštevalo odnos obtoženih do dejanja (saj naj ne bi pokazala posebne občutljivosti), kot olajševalno okoliščino pa skrb za otroke.

Novomeški primer

Še zelo na kratko o novomeškem primeru, v katerem je bil glavni očitek porodničarju, da je v nasprotju z zdravniško prakso dopustil, da je babica brez njegovega izrecnega dovoljenja nepotrebno pospeševala porod z zdravilom za pospeševanje popadkov syntocinon, pri čemer je bilo z izvedenci ugotovljeno, da lahko to zdravilo predpiše izključno zdravnik porodničar ob porodnici, izjemoma pa naj bi bila dopustna tudi možnost vnaprejšnjega dogovora porodničarja z babico za pospeševanje poroda, a le dokler porod normalno poteka. Očitek babici je bil, da ob prvi bradikardiji, ki je bistveno prispevala k poslabšani preskrbi ploda s kisikom, ni obvestila porodničarja (saj je takrat porod postal nenormalen). Sodišče se je s pomočjo izvedencev ukvarjalo s pravilnostjo tovrstne prakse in zaključilo, da je bila praksa na ginekološko-porodniškem oddelku Splošne bolnišnice Novo mesto, po kateri je babica samostojno odločala o pospeševanju poroda, v očitnem nasprotju z načeli veljavne doktrine in dobro klinično prakso. Po ugotovitvi sodišča

je bila odločitev za pospeševanje poroda strokovno nepravilna, prav tako babica za takšno ravnanje ni pridobila izrecnega dovoljenja porodničarja in ne naknadne privolitve, niti ga ni o dajanju zdravila obvestila, temveč je kljub bradikardiji nadaljevala s pospeševanjem poroda, dežurnega porodničarja pa je priklicala šele ob 7. uri. V kolikor takšne prakse ne bi bilo in v primeru, da bi babica pravočasno obvestila porodničarja o bradikardiji, bi bilo prepovedano posledico mogoče preprečiti. Sodišče je tako ugotovilo obstoj vzročne zveze med kršitvijo dolžnostnega ravnanja in nastankom prepovedane posledice. Tudi glede krivde je bil zaključek sodišča enak kot v celjskem primeru: da sta babica in porodničar ravnala z najmišljeno obliko krivde, tj. z nezavestno malomarnostjo.

Ugotoviti je tako mogoče, da je skupni imenovalc obeh primerov vprašanje (ne)dopustnosti samostojnega ukrepanja delavcev v zdravstveni negi pri zdravstvenih posegih, za katere niso ustrezno usposobljeni. V obeh primerih je sodišče opustitev ustrezne obvestitve zdravnika štelo kot opustitev dolžnostnega ravnanja, ki je bilo v vzročni zvezi z nastankom prepovedane posledice – smrti, ne glede na to, da je šlo morda za ustaljeno prakso v bolnišnici ali celo za ravnanje v skladu z (ustnimi) internimi navodili. Nič od omenjenega ni vplivalo na ekskulpacijo zdravstvenih delavcev v opisanih primerih.

Razprava

Ugotovili smo, da je zdravstvena dejavnost podvržena čedalje strožjim standardom, na področju kazenskega prava tudi občutno hujšim sankcijam za primer, ko se ugotovi, da standardi dolžnostnega ravnanja niso bili izpolnjeni. Postaviti je mogoče tezo, da se pravno okolje zdravstvene dejavnosti razvija po dveh tokovih, in sicer v smeri vse višjih standardov kakovosti zdravstvene skrbi na eni strani in vse strožje odgovornosti za morebitne kršitve dolžnostnega ravnanja. Na povečano odgovornost pri zdravljenju pa bistveno vpliva tudi razvoj prava osebnostnih pravic, zlasti pravice do avtonomnega odločanja o zdravljenju in posegih v telesno integriteto, kar predstavlja del pravice do zasebnosti. Ta je v okviru 125. člena KZ dobila svoje mesto ne samo v teoretičnih razglabljanjih, temveč tudi v zakonu, kar pomeni, da bo v bodoče zahteva po ustrezni pojasnilni dolžnosti in privolitvi pacienta v zdravstvene posege bistveno vplivala na razmejitev pravno dopustnih zdravstvenih posegov od tistih, ki jih je kazenskopravno mogoče uvrstiti med katera izmed kaznivih dejanj zoper življenje in telo. Če ta razvoj povežemo z dviganjem zavesti pacientov o njihovih pravicah, zlasti o pravici do samostojnega odločanja o zdravljenju in s tem povezano obveznostjo zdravstvenih delavcev, da pred zdravstvenim posegom praviloma pridobijo informirano privolitev pacienta na podlagi korektno opravljene pojasnilne dolžnosti, ne preseneča, da v praksi narašča tako število odškodninskih

kot kazenskih postopkov zoper zdravstvene delavce. Če je bilo za kazenske postopke zoper medicinske sestre in zdravstvene tehnike v preteklosti še mogoče reči, da so ti po večini omejeni na primere s smrtnim izidom, pa si je v bodoče, zlasti ob analizi omenjenih trendov, mogoče obetati, da bo tudi kazenskih postopkov vse več. Za izpolnitev zakonskih znakov osnovnega kaznivega dejanja zoper človekovo zdravje, tj. malomarnega zdravljenja iz 179. člena KZ-1, namreč zadostuje že, da je malomarno ravnanje v nasprotju s pravili stroke povzročilo pri pacientu občutno poslabšanje zdravja. Ob dvigu zavesti pacientov o njihovih pravicah, h kateremu sta do določene mere prav gotovo prispevali tudi v prispevku analizirani kazenski sodbi, ki sta zaradi medijske pokritosti nedvomno pustili pomemben pečat tako v javnosti kot med zdravstvenimi delavci, si je tako na eni strani mogoče obetati, da se bodo prizadeali pacienti za zaščito svojih pravic in interesov v bodoče pogostejše posluževali tudi kazenskih ovadb zoper zdravstvene delavce, na drugi strani pa je realno pričakovati porast defenzivne prakse na strani medicinskega osebja, in sicer tako v razmerju med medicinskim osebjem in pacientom na eni strani, kot tudi med samimi člani medicinskega osebja. V primeru kazenskih postopkov, ko se potencialno presoja kazenska odgovornost vsakega posameznega člana osebja, ki je sodelovalo pri zdravljenju, iz katerega izhaja škodni dogodek, namreč neizogibno pride tudi do konfrontacije med vpletenimi, kar je bilo nazorno razvidno v obeh opisanih primerih.

Sklep

Vsi v prispevku opisani trendi, od zdravstvenih politik preko zakonodajnih sprememb in sprememb v stališču teorije, ne nazadnje pa tudi kazenskopravna sodna praksa, težijo k večji varnosti pacienta in hkrati večji svobodi odločanja o lastnem zdravju. Praksa pa bo pokazala, ali bodo imele izkušnje iz nekaterih nedavnih kazenskih postopkov ustrezen preventivni učinek ter pozitivno prispevale k večji skrbnosti in zmanjšanju napak pri opravljanju zdravstvene dejavnosti.

Literatura in viri

Bavcon L, Šelih A, Filipčič K, Jakulin V, Korošec D. Kazensko pravo. Splošni del – 4. izdaja. Ljubljana: Uradni list Republike Slovenije; 2003: 163, 178.

Dežman Z. Zakon o pacientovih pravicah in njegov kazenskopravni vidik. In: Rijavec V, Reberšek Gorišek J, Flis V, Planinšek V, Kraljić S, eds. Medicina in pravo: sodobne dileme II. Maribor: Zdravniško društvo Maribor in Pravniško društvo Maribor; 2010: 375, 385.

Diurni A. Die Arzthaftung von gestern und das Medizinrecht von heute in rechtsvergleichender Perspektive. In: Ahrens HJ, von Bar C, Fischer G, Spickhoff A, Taupitz J, eds. Medizin und Haftung, Festschrift für Erwin Deutsch zum 80. Geburtstag, Berlin, Heidelberg: Springer; 2009: 97.

- Ferrara DS. Medical malpractice and legal medicine. *Int J Legal Med.* 2013; 127 (3): 541–3. Dostopno na: <http://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00414-013-0839-2.pdf> (27. 8. 2013).
- Flis V. Ali je zdravljenje kaznivo dejanje? In: Rijavec V, Reberšek Gorišek J, Flis V, Planinšec V, Kraljić S, eds. *Medicina in pravo: sodobne dileme II*. Maribor: Zdravniško društvo Maribor, Pravniško društvo Maribor; 2010: 389–400.
- Kazenski zakonik. Uradni list Republike Slovenije št. 63/1994 s spremembami.
- Kazenski zakonik. Uradni list Republike Slovenije št. 55/2008 s spremembami.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington: The national academies press; 2000: 1.
- Korošec D. *Medicinsko kazensko pravo*. Ljubljana: Pravna fakulteta, Cankarjeva založba; 2004: 254.
- Korošec D. Pravice zdravnikov v Sloveniji in Evropi (osebnostnopravni vidik). In: Rijavec V, Reberšek Gorišek J, Flis V, Planinšec V, Kraljić S, eds. *Medicina in pravo: sodobne dileme II*. Maribor: Zdravniško društvo Maribor, Pravniško društvo Maribor; 2010: 409–19.
- Jones AM. *Medical negligence*. London: Sweet & Maxwell; 2003: 2.
- Madea B, Preuß J, Dettmeyer R. Zur Häufigkeit begutachteter letaler Behandlungsfehler in der Rechtsmedizin. In: Madea B, Dettmeyer R, eds. *Medizinschadensfälle und Patientensicherheit: Häufigkeit – Begutachtung – Prophylaxe*. Köln: Deutscher Ärzteverlag; 2007: 66.
- National Research Council. *Health it and patient safety: building safer systems for better care*. Washington: The national academies press; 2012.
- Poročilo Komisije Svetu na podlagi poročil držav članic o izvajanju Priporočila Sveta (2009/C 151/01) o varnosti pacientov, vključno s preprečevanjem in nadzorom okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo z dne 13. 12. 2012. Dostopno na: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_report_sl.pdf (30. 8. 2013).
- Priporočilo Rec (2006) 7 Odbora ministrov državam članicam o ravnanju z varnostjo pacientov in preprečevanju neželenih dogodkov v zdravstvu. Svet Evrope; 2006. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost/VARNOST/SE-Varnost_Pacientov_2007.pdf (29. 8. 2013).
- Quas M, Zuck R. *Medizinrecht*. 2. izdaja. München: Verlag CH Beck; 2008: 922.
- Radej Bizjak M. Alternativno reševanje sporov v zvezi z malomarnim zdravljenjem s poudarkom na mediaciji. *Pravna praksa*. 2007; 26 (11): I-VIII.
- Sporočilo Komisije Evropskemu parlamentu in Svetu o varnosti pacientov, vključno s preprečevanjem in nadzorom okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo z dne 15. 12. 2008. Dostopno na: http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/patient_com2008_sl.pdf (30. 8. 2013).
- Traina F. Medical malpractice: the experience in Italy. *Clin Orthop.* 2009; 467 (2): 434–442. Dostopno na: <http://link.springer.com/article/10.1007/s11999-008-0582-z> (27. 8. 2013).
- Zakon o pacientovih pravicah. Uradni list Republike Slovenije št. 15/2008.

PRAVICE PACIENTOV NA PODROČJU ČEZMEJNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V EVROPSKI UNIJI

PATIENTS' RIGHTS IN CROSS-BORDER HEALTHCARE IN THE EUROPEAN UNION

*Jožica Trošt Krušec, pravnica, dipl. prav., mag. prava,
Zastopnica pacientovih pravic
zastopnica.pacienta@guest.zzv-kp.si*

IZVLEČEK

Evropska unija je v državah članicah zdravstveno področje prvič poenotila šele aprila 2011, z uveljavitvijo Direktive 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu, s katero je predpisala standarde, ki morajo enotno veljati v vsaki državi članici, in omogočila pacientom, da čezmejno uveljavljajo določene zdravstvene pravice po načelu enakopravnosti in pravičnosti. Pravila te direktive so bile države članice dolžne prenesti v svoje notranje pravne rede do 25. oktobra 2013. Namen prispevka je predstaviti določila Direktive 2011/24/EU in ureditev čezmejnih zdravstvenih pravic po veljavnih predpisih v Sloveniji. V času zaključevanja pisanja prispevka, v prvih dneh novembra 2013, v Sloveniji direktiva še ni v celoti prenesena v notranji pravni red. Njena pravila so se prenesla v pravni red z Zakonom o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki velja od 6. novembra 2013, v celoti pa se bodo prenesla še s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja ter nekaterimi novimi podzakonskimi predpisi. V prispevku avtorica predstavi pogoje upravičenosti glede uveljavljanja pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva, postopek njihovega uveljavljanja, uvedbo Nacionalnih kontaktnih točk, načela zaračunavanja cen in možnosti omejitve čezmejnega zdravstvenega varstva v Sloveniji. Avtorica zaključí, da Direktiva 2011/24/EU v svojih določilih pacientom sicer omogoča dostop do zdravljenja v drugi članici Unije in širše možnosti izbire zdravnikov in izvajalcev zdravstvenih storitev, zaskrbljenost pa izraža, ker so določbe direktive dejansko namenjene le informiranim in mobilnim prebivalcem Evropske unije in zato ne bo omogočena enaka obravnava vseh pacientov. Skrbi jo prost pretok pacientov Unije v specialističnih ambulantah v Sloveniji, ki bo znatno povečal čakalne vrste in čakalne dobe z negativnim učinkom ponovno zlasti za tiste, ki ne bodo mogli uveljavljati pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva. Poraja pa se ji tudi dvom

glede neodvisnosti delovanja Nacionalne kontaktne točke, saj bi morala delovati kot neodvisen institut.

Ključne besede: Direktiva 2011/24/EU, pravica do čezmejnega zdravstvenega varstva, pravice pacientov

ABSTRACT

Healthcare field in the EU Member States was unified for the first time as late as in April 2011 with the implementation of the Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare. The Directive prescribes standards that are to be uniformly implemented in all Member States and enables patients to exercise their rights to certain healthcare services on the principle of equality and justice. Member states were required to transpose the terms of this Directive into their legislation until 25th October 2013. The purpose of this paper is to present the provisions of the Directive 2011/24/EU and the regulation of cross-border healthcare rights under the applicable Slovenian legislation. At the time of finalising this paper in the first days of November 2013, the Directive hasn't yet been fully transposed into the national legislation. The Directive's terms have been transposed by the Law on the Amendments and Supplements to the Healthcare and Health Insurance Act, which is in force from 6 November, 2013 and will be entirely transposed with the Rules of Compulsory Health Insurance and some other new regulations. In this paper the author presents the conditions of eligibility to exercise the rights in cross-border healthcare, procedures for their exercise, the implementation of national contact points, the principle of charging, and the possibility of restricting cross-border healthcare in Slovenia. The author concludes that the provisions of the Directive 2011/24/EU, strictly speaking, enable patients the access to treatment in another EU Member State and a wider choice of doctors and healthcare providers; however, the author expresses her concern because the provisions of the Directive are actually only intended to the informed and mobile population of the EU and therefore, equal treatment of patients will not be possible. She is worried about the free movement of the EU patients to Slovenia's specialist outpatient clinics, which will significantly lengthen the waiting lists and waiting periods and will again have a negative effect on those who are unable to exercise their right in cross-border healthcare. Moreover, the author also raises her doubts regarding the independence of the National contact point, since it should function as an independent institution.

Key words: Directive 2011/24/EU, the right in cross-border healthcare, patients' rights

Uvod

Pacientove pravice so odraz splošne doktrine človekovih pravic in temeljnih svoboščin in so kot posebne človekove pravice v evropskem prostoru postale prepoznavne sorazmerno pozno. Pravna ureditev pacientovih pravic je na območju Evropske unije (EU, Unija) oziroma pred tem v Evropski skupnosti, pa tudi svetovnem prostoru, še sorazmerno mlada, saj so pacientove pravice postale prepoznavne šele v zadnjih dveh desetletjih. V najzgodnejšem obdobju evropskega povezovanja, času Evropske gospodarske skupnosti, so že nastajale ideje o pomembnosti ureditve javnega zdravstva na območju tedanjih držav članic (članice), vendar je bila v ospredju vzpostavitev enotnega trga. Tudi po njegovi vzpostavitvi obdobje zadnjih dvajsetih let ni prineslo posebnih ureditev za paciente vse do sprejetja Direktive 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu (Direktiva 2011/24/EU). Gre za direktivo, katere namen je poenotiti pravila v članicah Unije glede uveljavljanja pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva in v vseh članicah zagotoviti visoko raven varovanja zdravja ljudi preko zdravstvenih sistemov članic, ki prispevajo k socialni koheziji in pravičnosti. Njena določila oziroma pravila so bile članice dolžne prenesti v svoje notranje pravne rede do 25. oktobra 2013. S prenosom določil Direktive 2011/24/EU v notranje pravne rede članic so se vzpostavili pogoji uveljavljanja pravice do čezmejnega zdravstvenega varstva zavarovanih oseb iz članic Unije.

Namen prispevka je prikaz pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu iz Direktive 2011/24/EU in prikaz predvidene ureditve tega področja v Republiki Sloveniji.

Umestitev urejanja pacientovih pravic v pravnem sistemu Evropske unije in harmonizacija ureditve v pravne rede članic

Kaj v pravu EU in članic pomeni sprejem pravnega akta, imenovanega direktiva EU, in kaj prinašajo direktive EU v pravne rede članic in s tem tudi v pravni red Republike Slovenije? EU določena področja družbenega življenja ureja enotno z uredbami ali s predpisovanjem najnižjih standardov ureditve določenih področij, to je z direktivami ter sodno prakso Sodišča EU. Na enoten način ureja določena področja z uredbami, ki na območju članic oziroma v njihovih pravnih redih veljajo z neposrednim učinkovanjem. To pomeni, da so uredbe obvezujoče v izvajanju njenih določil za vse članice in v vseh članicah tako, kot bi tak predpis sprejela članica. Kot instrument harmonizacije (poenotenja) prava med članicami pa Unija uporablja direktive, ki članico obvezujejo za ureditev določenega področja

po standardih Unije. Običajno določajo minimalne standarde – usmeritve, ki jih je treba vnesti v notranjo zakonodajo. Vsebujejo rok, do katerega se morajo uvesti v notranje pravne rede, sicer se začne s strani Evropske komisije (Komisija) proti članici postopek upravnega ukrepanja in po potrebi tudi s strani Sodišča Unije sodni postopek ukrepanja zaradi kršitve prava Unije, ki ima lahko v končni fazi ukrepanja za posledico tudi obsodbo članice na plačilo zelo visokih denarnih kazni.

Direktiva o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu in prenos njenih določb v pravne rede članic

Komisija je julija 2008 v sprejela predlog direktive za lažje uveljavljanje pravic evropskih pacientov v zvezi s čezmejnem zdravstvenim varstvom ter sporočilo o izboljšanju sodelovanja med članicami na tem področju. Še pred tem je bilo sprejetih že precej sodb Evropskega sodišča, ki potrjujejo, da imajo posamezni pacienti pravico do zdravstvenega varstva v drugih članicah in do povračila stroškov v zvezi s tem (Pogodba o delovanju, 2010). S ciljem posplošiti načela sodne prakse in zagotoviti pravno varnost pacientov je bila pripravljena Direktiva 2011/24/EU. Je pravni akt Unije, ki želi poenotiti del zdravstvenega področja v vseh članicah tako, da določi najnižje standarde, ki jih mora članica doseči v ureditvi zadevnega področja. Članice so dolžne do roka doseči cilj Unije oziroma direktive, in sicer tako, da s sprejemom enega ali več predpisov notranjega prava uredijo zadevno področje.

Direktiva 2011/24/EU je začela veljati 24. aprila 2011 in določa, da so članice dolžne sprejeti vse potrebne uskladitvene predpise najkasneje do 25. oktobra 2013. Ta zaveza zavezuje tudi Republiko Slovenijo.

V času zaključevanja pisanja prispevka, to je v prvih dneh novembra 2013, Republika Slovenija še ni sprejela vseh predpisov, s katerimi bi prenesla določbe Direktive 2011/24/EU v pravni red Republike Slovenije. Zato se vsebina prispevka v svojem poglavitnem delu nanaša na prikaz standardov Direktive 2011/24/EU, za Republiko Slovenijo pa na predstavitev veljavne pravne ureditve pravic pacientov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva (Zakon o spremembah, 2013). Nekateri razlage določil bodo naslonjene tudi na gradivo Ministrstva za zdravje Republike Slovenije (Ministrstvo za zdravje) za sejo Vlade Republike Slovenije (Vlada RS) za obravnavo in sprejem Predloga Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Predlog sprememb zakona) na seji Vlade RS v zakonodajnem postopku sprejemanja zakona za prenos direktive.

Pravice pacientov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva v Evropski uniji iz Direktive o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu

Za družbeno skupnost Unije je v zvezi z Direktivo 2011/24/EU najpomembnejše vprašanje, kaj novega prinaša pacientu članice EU, torej evropskemu in tudi slovenskemu pacientu. Že uvodoma želimo poudariti, da na ureditev področja z Direktivo 2011/24/EU ne moremo gledati le iz zornega kota novosti v uveljavljanju pravic slovenskih pacientov v članicah Unije, ampak enakovredno tudi glede preostalih članic Unije, da uveljavljajo enake pravice tako v naši državi kot v preostalih članicah. Tudi zaradi slednjega bodo v prispevku predstavljena določila direktive, da bralec lahko oceni, kaj so bile preostale članice dolžne prenesti v svoje notranje pravne rede in kaj bi Slovenija lahko uredila drugače, kot je, ter česa še ni uredila.

Namen Direktive 2011/24/EU je zagotoviti visoko raven varovanja zdravja ljudi in pri tem upoštevati vsa nova znanstvena dogajanja. Nosilci namena so različni zdravstveni sistemi Unije, ki prispevajo k socialni koheziji in socialni pravičnosti. Ne glede na Direktivo 2011/24/EU pa članice same ohranjajo odgovornost za zagotavljanje varnega, visokokakovostnega, učinkovitega in po obsegu ustreznega zdravstvenega varstva na svojem ozemlju. Direktiva 2011/24/EU tudi spoštuje svobodno izbiro vsake članice o primerni obliki zdravstvenega varstva in nobene določbe Direktive 2011/24/EU ne moremo razlagati tako, da bi ogrožala temeljne etične odločitve članic. Njen namen je doseči tudi bolj splošno in učinkovito uporabo načel, ki jih je skozi sodno prakso razvilo Sodišče. Ni pa namen direktive spodbujati pacientov, da bi se zdravili zunaj držav, kjer so zavarovani.

Cilj Direktive 2011/24/EU je določiti pravila za zagotavljanje lažjega dostopa do varnega in visokokakovostnega čezmejnega zdravstvenega varstva v Uniji, zagotoviti mobilnost pacientov v skladu z načeli Sodišča ter spodbuditi sodelovanje med članicami v zdravstvenem varstvu ob celovitem spoštovanju pristojnosti članic pri opredeljevanju dajatev socialne varnosti ter organizaciji in izvajanju zdravstvenega varstva.

Direktiva 2011/24/EU se pogosto sklicuje na vrednote EU na področju javnega zdravja. Že v preambuli poudarja načela univerzalnosti, dostopa do visokokakovostne oskrbe solidarnosti in enakosti (Listina EU, 2010).

Direktiva 2011/24/EU je razdeljena v pet poglavij, v katerih so obravnavane splošne določbe, pristojnosti držav članic v zvezi s čezmejnim zdravstvenim varstvom, povračilo stroškov za čezmejno zdravstveno varstvo, sodelovanje na področju zdravstvenega varstva ter izvedbene in končne določbe.

Kot čezmejno zdravstveno varstvo Direktiva 2011/24/EU pojmuje zdravstveno varstvo, zagotovljeno ali predpisano v članici, ki ni država članica zdravstvenega zavarovanja. Za državo članico zdravstvenega zavarovanja Direktiva 2011/24/EU določa članico, ki je pristojna za odobritev zdravljenja zunaj meja članice, v kateri ima pacient stalno prebivališče. Za državo članico zdravljenja Direktiva 2011/24/EU določa tisto, na ozemlju katere se pacientu dejansko zagotavlja zdravstveno varstvo.

Direktiva 2011/24/EU določa pravila za lažji dostop do varnega in visokokakovostnega čezmejnega zdravstvenega varstva in spodbuja sodelovanje med članicami na področju zdravstvenega varstva ob tem, da v celoti upošteva nacionalne pristojnosti pri organizaciji in izvajanju zdravstvenega varstva. Uporablja se za izvajanje zdravstvenega varstva za paciente, ne glede na to, kako je zdravstveno varstvo zagotovljeno, organizirano in financirano. Ne uporablja se za storitve na področju dolgotrajne oskrbe ljudi, ki potrebujejo pomoč pri opravljanju vsakodnevnih opravil, za dostop in dodelitev organov zaradi presaditve in za javne programe cepljenja zaradi zaščite ljudi na ozemlju članice. Direktiva 2011/24/EU tudi ne vpliva na predpise članic o organizaciji in financiranju zdravstvenega varstva v primerih, ki niso v povezavi s čezmejnimi zdravstvenimi varstvom in tako nobena njena določba ne obvezuje članice k povrnitvi stroškov zdravstvenega varstva, ki ga zagotavljajo izvajalci na njenem ozemlju, če niso vključeni v sistem javnega zdravstva članice.

Direktiva 2011/24/EU ne posega v druge direktive, kot na primer Direktive o določanju cen zdravil, o medicinskih pripomočkih za vstavitve, o obdelavi osebnih podatkov, o izvajanju načela enake obravnave oseb, o zakoniku Skupnosti o zdravilih, o določitvi standardov kakovosti in varnosti v zvezi s človeško krvjo, človeških tkiv in celic, o pridobitvi dovoljenja za promet zdravil in v druge že veljavne direktive in uredbe z zdravstvenega področja. Prav tako Direktiva 2011/24/EU ne vpliva na uresničevanje pravic do potrebnega ali načrtovanega zdravljenja, ki so državljanom EU že zagotovljene (Uredba o koordinaciji sistemov, 2004; Uredba o določitvi podrobnih, 2009).

Pristojnosti držav članic zdravljenja pacienta v zvezi s čezmejnimi zdravstvenimi varstvom

Pristojnosti države članice zdravljenja temeljijo na njeni zakonodaji, njenih standardih in smernicah glede kakovosti in varnosti. Čezmejno zdravstveno varstvo zagotavlja tako, da:

- dobijo pacienti od Nacionalne kontaktne točke (NKT) ustrezne informacije o standardih in smernicah glede kakovosti njenega zdravstvenega varstva,

informacije, za katere izvajalce veljajo ti standardi, vključno z določbami glede nadzora in oceno izvajalcev;

- izvajalci zagotavljajo pacientom vse potrebne informacije, ki jim pomagajo pri sprejemanju ozaveščenih odločitev glede možnosti zdravljenja, o kakovosti in varnosti zdravljenja, predstavljajo jasne informacije o cenah in izdajajo jasne račune, o registracijskem statusu njihovih izvajalcev ter njihovem zavarovanju;
- ima pregledne pritožbene postopke in mehanizme za paciente, da ti lahko uveljavljajo pravna sredstva v članici zdravljenja, če utrpijo škodo;
- so za zdravljenje na njenem območju vzpostavljeni sistemi zavarovanja poklicne odgovornosti;
- zagotavlja pravico do zasebnosti pri obdelavi osebnih podatkov;
- pacientom, ki se v njej zdravijo, zagotavlja pravico do zdravstvene dokumentacije v pisni ali elektronski obliki in dostop vsaj do kopije te dokumentacije;
- zagotavlja izvajanje načela nediskriminacije za paciente iz drugih članic, vendar s tem ne posega v možnost te članice zdravljenja, da sprejme ukrepe o dostopu do zdravljenja, katerih cilj je, da na svojem ozemlju zagotovi zadosten in stalen dostop do zdravstvenega varstva. Takšni ukrepi morajo biti vnaprej javno dostopni;
- zagotovi, da njeni izvajalci pacientom iz drugih članic zaračunajo enake cene za zdravstveno varstvo, kot jih zaračunajo domačim pacientom s primerljivim zdravstvenim stanjem, in da postavijo ceno z objektivnimi in nediskriminatornimi merili.

Pristojnosti držav članic zdravstvenega zavarovanja pacienta v zvezi s čezmejnimi zdravstvenimi varstvom

Država članica zdravstvenega zavarovanja zagotovi:

- da se stroški čezmejnega zdravstvenega varstva povrnejo skladno z direktivnimi določili;
- mehanizme, ki pacientom na njihovo zahtevo zagotovijo informacije o njihovih upravičenjih in pravicah v tej članici, zlasti o pogojih za povračilo stroškov, postopkih o določitvi teh pravic, o sistemih za pritožbe, če pacienti menijo, da njihove pravice niso bile spoštovane;
- da ima pacient, ki je koristil čezmejno zdravstveno varstvo in se izkaže, da je potrebna nadaljnja medicinska oskrba, na razpolago enako oskrbo, kot če bi bilo zdravstveno varstvo zagotovljeno na njenem ozemlju;

- da je pacientom, ki želijo prejemati ali prejemajo čezmejno zdravstveno varstvo, zagotovljen dostop na daljavo ali vsaj kopija zdravstvene dokumentacije skladno z ukrepi izvajanja direktiv Unije o varstvu osebnih podatkov.

Nacionalne kontaktne točke za čezmejno zdravstveno varstvo

Direktiva 2011/24/EU določa, da:

- mora vsaka članica določiti eno ali več NKT za čezmejno zdravstveno varstvo, te informacije objaviti in Komisiji posredovati podatke o tem;
- NKT olajšujejo izmenjavo informacij, sodelujejo med seboj in s Komisijo in da na zahtevo pacientov zagotovijo podatke o NKT v drugih članicah;
- zagotoviti, da se NKT posvetujejo z organizacijami pacientov, izvajalci zdravstvenih storitev in nosilci zdravstvenega zavarovanja;
- NKT v članici zdravljenja zagotovijo pacientom informacije o izvajalcih zdravstvenega varstva, o njihovih standardih, o pravici posameznega izvajalca, da opravlja storitve čezmejnega zdravstva, o njegovih morebitnih omejitvah, informacije o dostopnosti bolnišnic za invalidne osebe, informacije o pravicah pacientov, pritožbenih postopkih in mehanizmi za uveljavljanje pravnih sredstev ter pravnih in upravnih možnosti za reševanje sporov.

NKT v članici zavarovanja in zdravstveni delavci pacientom zagotavljajo informacije o njihovih pravicah v članici zavarovanja, zlasti o pravicah zavarovanih oseb ter o pritožbenih postopkih in pravnih sredstvih. Te informacije morajo biti lahko dostopne in se nudijo prek elektronskih medijev v obliki, dostopni tudi invalidnim osebam.

Povračilo stroškov za čezmejno zdravstveno varstvo

Direktiva 2011/24/EU v zvezi s povračilom stroškov določa splošna načela v zvezi s tem, zdravstveno varstvo, za katero se zahteva predhodna odobritev, in upravne postopke v zvezi s čezmejnimi zdravstvenimi varstvom.

Članica zavarovanja mora na lokalni, regionalni ali nacionalni ravni zagotoviti zdravstveno varstvo, do katerega je zavarovana oseba upravičena, prevzem stroškov v zvezi s tem in višino prevzema stroškov, ne glede na to, kje je zdravstveno zavarovanje urejeno.

Stroške čezmejnega zdravljenja povrne ali neposredno plača članica zavarovanja do višine stroškov, ki bi jih prevzela članica zavarovanja, če bi bilo zdravstveno

varstvo zagotovljeno na njenem ozemlju. Članica zavarovanja se lahko odloči, da v celoti povrne stroške zdravstvenega varstva, četudi so višji od stroškov, ki bi nastali, če bi bilo zdravstveno varstvo zagotovljeno na njenem ozemlju. Članica zavarovanja se lahko skladno z nacionalno zakonodajo in ob zadostni dokumentaciji odloči povrniti druge povezane stroške, kot so nastanitev, potni stroški in dodatni stroški invalidnih oseb. Članice zavarovanja lahko sprejmejo določbe o tem, da imajo pacienti pri prejemanju čezmejnega zdravstvenega varstva enake pravice, kot če bi tako zdravstveno varstvo prejeli v članici zavarovanja.

Članice zavarovanja morajo določiti pregleden mehanizem za izračun stroškov čezmejnega zdravstvenega varstva, ki jih mora članica zavarovanja povrniti zavarovani osebi; mehanizem mora temeljiti na vnaprej znanih merilih. Članica zavarovanja lahko za zavarovano osebo, ki želi povračilo stroškov, vključno z oblikami zdravstvenega varstva s telemedicino, vzpostavi enake pogoje, merila, regulative in upravne formalnosti, ki bi jih naložila, če bi bilo zdravstveno varstvo zagotovljeno na njenem ozemlju. Vendar pa merila ne smejo biti diskriminatorna in ne smejo predstavljati ovir za prost pretok pacientov. Članica zavarovanja ne povrne stroškov čezmejnega zdravstvenega varstva, za katerega je potrebna predhodna odobritev.

Članica zavarovanja lahko omeji uporabo pravil o povračilu stroškov na podlagi razlogov v splošnem interesu kot na primer zaradi potreb načrtovanja v zvezi z zagotavljanjem zadostnega in stalnega dostopa do uravnoveženega obsega visokokakovostnega zdravljenja v zadevni članici ali z namenom obvladovanja stroškov. Odločitev o omejitvi je omejena na potrebnost in sorazmernost in ne sme biti sredstvo samovolje in diskriminacije ali ovire za prost pretok blaga, oseb in storitev. O vsaki omejitvi povračila stroškov mora članica obvestiti Komisijo.

Zdravstveno varstvo, za katero se lahko zahteva predhodna odobritev stroškov čezmejnega zdravstvenega varstva

Članica zavarovanja lahko uvede sistem predhodne odobritve za povračilo stroškov v upravnem postopku, vendar je sistem predhodne odobritve, vključno z merili ter posameznimi odločitvami za zavrnitev predhodne odobritve, omejen na potrebo in sorazmerno s ciljem ter ne sme predstavljati sredstva za samovoljno diskriminacijo ali neutemeljene ovire za prost pretok pacientov. Predhodna odobritev je omejena na zdravstveno varstvo:

- ki je povezano s potrebami za zagotovitev zadostnega in stalnega dostopa do uravnoveženega obsega visokokakovostnega zdravljenja v zadevni članici ali zaradi obvladovanja stroškov in preprečevanja odvečne porabe finančnih, tehničnih in človeških virov ter vključuje prenočevanje pacienta v bolnišnici vsaj

za eno noč ali zahteva uporabo visoko specializirane in druge medicinske infrastrukture ali opreme;

- ki vključuje oblike zdravljenja, ki pomenijo posebno tveganje za pacienta ali prebivalce, ali
- ki ga opravi izvajalec, ki bi lahko, v posamičnih primerih, pomenil resne pomsleke glede kakovosti in varnosti oskrbe.

Članica zavarovanja ne sme zavrni predhodne odobritve, če je pacient upravičen do vrste zdravstvenega varstva po Uredbi ES št. 883/2004 in če tega zavarovanja ni moč zagotoviti v roku, ki je utemeljen na njenem ozemlju in temelji na strokovni medicinski oceni pacientovega zdravstvenega stanja.

Članica zavarovanja lahko zavrne predhodno odobritev:

- če bo pacient z zadostno gotovostjo izpostavljen tveganju za njegovo varnost ali če je zaradi čezmejnega zdravstvenega varstva izpostavljena tveganju širša javnost;
- če bo zdravstveno varstvo zagotovljeno s strani izvajalca, v zvezi s katerim obstajajo resni pomisleki glede kakovosti oskrbe in varnosti pacienta;
- če se lahko zdravstveno varstvo v roku, ki je utemeljen z medicinskega vidika, opravi na njenem ozemlju.

Članica zavarovanja javno objavi, za katero zdravstveno varstvo je potrebna predhodna odobritev ter vse pomembne informacije o sistemu predhodne odobritve.

Upravni postopki v zvezi s čezmejnimi zdravstvenimi varstvom

Članica zavarovanja zagotovi, da tovrstni upravni postopki in postopki povračila stroškov, nastalih v drugi članici, temeljijo na objektivnih, nediskriminatornih merilih, ki so nujna za doseg ciljev. Postopek mora biti dostopen na enostaven način, informacije o tem postopku pa objavljene na ustrezni ravni. Postopek mora zagotavljati objektivno in nepristransko obravnavo zahtevkov. Določiti morajo razumne roke glede obravnave zahtevkov. Posamezno odločitev glede čezmejnega zdravstvenega varstva in povračila stroškov je treba ustrezno utemeljiti in po potrebi opraviti pregled ter zagotoviti, da jih je mogoče spodbijati v sodnem postopku, ki omogoča izdajo začasnih ukrepov.

Sodelovanje članic na področju zdravstvenega varstva pri medsebojnem priznavanju receptov

Direktiva 2011/24/EU spodbuja sodelovanje članic na področju zdravstvenega varstva. Članice zagotavljajo vzajemno pomoč in sodelovanje za izvajanje Direktive 2011/24/EU ter sodelovanje pri standardih in smernicah glede kakovosti in varnosti ter izmenjave informacij, zlasti med NKT ter določbami o nadzoru. Članice zdravljenja zagotovijo, da so informacije o dovoljenju za opravljanje zdravstvene dejavnosti zdravstvenih delavcev navedene v nacionalnih in lokalnih registrih ter na zahtevo na voljo organom drugih članic z namenom izvrševanja čezmejnega zdravstvenega varstva.

Če je zdravilo odobreno za trženje na ozemlju članic, članice zagotavljajo, da se recepti za taka zdravila, izdani v drugi članici, za določenega pacienta lahko uporabljajo na njihovem ozemlju, v skladu z njihovo zakonodajo in da so omejitve tovrstnega priznavanja prepovedane, razen če gre za omejitve na to, kar je nujno in sorazmerno za varovanje zdravja ljudi in so nediskriminatorne ali če so omejitve utemeljene z legitimnimi in utemeljenimi dvomi o verodostojnosti ali razumljivosti posameznega recepta. Priznavanje takih receptov ne vpliva na nacionalna pravila o predpisovanju in izdajanju zdravil in ne vpliva na pravila o povračilu stroškov zdravil, prav tako ne vpliva na pravico farmacevta, da na podlagi nacionalnih pravil iz etičnih razlogov zavrne izdajo zdravila na recept, ki je bil izdan v drugi članici.

Članica mora sprejeti vse potrebne ukrepe za neprekinjeno zdravljenje v primerih, v katerih je recept predpisan v članici zavarovanja za zdravila, ki so na voljo v članici zavarovanja in kadar se izdaja zdravil zahteva v članici zavarovanja. Enako velja za medicinske pripomočke.

V zvezi s priznavanjem receptov Komisija sprejme:

- ukrepe, ki zdravstvenemu delavcu omogočijo, da preveri verodostojnost recepta in ali ga je v drugi državi preveril imetnik regularnega poklica, in sicer na način, da oblikuje seznam podatkov na receptu;
- smernice za podporo članicam glede e-receptov;
- ukrepe za pravilno identifikacijo zdravil, predpisanih v eni članici in danih pacientu v drugi članici, vključno z ukrepi v zvezi z nadomestitvijo zdravil pri čezmejnem zdravstvenem varstvu v skladu z zakonodajo članice izdaje recepta;
- ukrepe za olajšanje razumevanja informacij za paciente v zvezi z receptom, vključno z navedbo zdravilne učinkovine in odmerjanja.

Komisija sprejme tudi ukrepe za izključitev posebnih kategorij zdravil iz obsega priznavanja receptov.

Sodelovanje članic v Evropski referenčni mreži

Komisija podpira članice pri razvoju evropskih referenčnih mrež (ERM) med izvajalci zdravstvenega varstva in strokovnimi centri v članicah, zlasti na področju redkih bolezni. Mreže temeljijo na prostovoljnem sodelovanju svojih članov. Cilji ERM so:

- pomagati pri razvoju visokospecializiranega zdravstvenega varstva z uporabo medicinskih inovacij in zdravstvene tehnologije;
- prispevati k zbiranju znanja glede preprečevanja bolezni;
- omogočiti izboljševanje diagnosticiranja in izvajanje visokokakovostnega in stroškovno učinkovitega zdravstvenega varstva za vse paciente;
- zagotoviti stroškovno učinkovito uporabo virov;
- spodbujati raziskave in zagotoviti usposabljanje za zdravstvene delavce, olajšati virtualno in fizično razširjanje strokovnega znanja in širiti najboljše prakse ter spodbujati razvoj diagnosticiranja redkih bolezni;
- pomagati članicam s pomanjkanjem tehnologije ali strokovnega znanja za zagotavljanje visokospecializiranih storitev.

Članice se spodbuja z namenom razvijanja ERM tako, da na svojem ozemlju povežejo ustrezne izvajalce zdravstvenega varstva in strokovne centre ter zagotovijo širjenje informacij med ustreznimi izvajalci ter da spodbujajo sodelovanje izvajalcev v ERM.

ERM imajo znanje in strokovne izkušnje, da lahko z dokazi postavljajo diagnozo, spremljajo in obravnavajo paciente, izvajajo večdisciplinarni pristop, nudijo visoko raven strokovnega znanja, prispevajo k raziskavam in sodelujejo z drugimi strokovnimi centri.

Sodelovanje članic pri redkih boleznih, na področju e-zdravja in pri ocenjevanju zdravstvene tehnologije

Komisija podpira članice ki sodelujejo pri razvoju za diagnosticiranje in zdravljenje z namenom obveščati zdravstvene delavce o orodjih za diagnosticiranje redkih bolezni in obveščati paciente in zdravstvene delavce o možnostih za pošiljanje pacientov z redkimi boleznimi v druge članice zaradi diagnosticiranja in zdravljenja, ki nista na voljo v članici zavarovanja.

Unija podpira in olajšuje sodelovanje med članicami prostovoljne mreže, ki povezuje nacionalne organe za e-zdravje. Cilji mreže e-zdravja so:

- doseči trajnostne koristi evropskih sistemov e-zdravja z namenom, da se doseže visoka raven zaupanja in varnosti zdravstvenega varstva;
- da se pripravi smernice za zagotovitev neprekinjenosti oskrbe in varnosti pacientov zunaj meja članice ter uporaba zdravstvenih informacij za javno zdravje in raziskave;
- podpirati članice pri oblikovanju skupnih ukrepov za olajšanje prenosljivosti podatkov.

Mrežo vzpostavi Komisija in zagotavlja upravljanje ter njeno pregledno delovanje.

Unija podpira in olajšuje sodelovanje in izmenjavo znanstvenih informacij med članicami v okviru prostovoljne mreže, ki povezuje nacionalne organe. Cilji te mreže so: podpora sodelovanja med nacionalnimi organi, podpora članicam pri zagotavljanju prenosljivih informacij, sorazmerni učinkovitosti zdravstvenih tehnologij ter izmenjavi informacij.

Izvedba Direktive 2011/24/EU

Za izvedbo direktive bo Komisija pripravila vrsto delegiranih aktov. Prav tako bo redno pripravljala poročila o njenem izvajanju in v njih spremljala informacije o pretoku pacientov, finančnih vidikih mobilnosti pacientov, delovanju ERM in NKT ter ocenjevala sisteme in prakso v članicah. Članice so pri tem dolžne izvajati podporo.

Za poenotenje prava v zvezi z uresničevanjem pravice do čezmejnega zdravstvenega varstva pa Direktiva 2011/24/EU zavezuje članice, da njene določbe prenesejo v notranje pravne rede najkasneje do 25. oktobra 2013.

Prenos Direktive o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu v pravni red Republike Slovenije

V času zaključevanja pisanja prispevka, v prvih dneh novembra 2013, v Sloveniji direktiva še ni v celoti prenesena v notranji pravni red. Njena pravila so se prenesla v pravni red na zakonski ravni (z Zakonom o spremembah, 2013), v preostalem delu pa bo prenesena še z dopolnitvami Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja ter nekaterimi novimi podzakonskimi predpisi. Iz tega sledi, da zamujamo s sprejemom predpisov, ki bodo v naši državi uredili zadevno področje. Zamuda v prenosu direktive v pravni red pomeni kršitev prava Unije in Komisija lahko, če se v svoji diskrecijski pravici tako odloči, proti Republiki Sloveniji začne postopek

ukrepanja zaradi kršitve prava Unije. Drugi negativni vidik oziroma odprto vprašanje zamude v prenosu direktive pa je, kako bodo in ali bodo lahko pacienti vseh članic EU v Sloveniji v celoti uveljavljali svoje pravice po Direktivi 2011/24/EU, ker predpisi za njen prenos še niso v celoti sprejeti.

Direktive imajo v primeru neimplementacije ali nepopolne implementacije v notranje pravne rede članic dopuščen neposreden učinek s tem, da je posamezniku omogočeno sklicevanje na tako kršitev oziroma na neimplementirano, nepopolno ali nepravilno implementirano direktivo, dopuščena pa mu je tudi možnost odškodninskega zahtevka proti članici, ki direktive ni ali pa jo je nepravilno uvedla v svoj pravni sistem. Razprava o teh vprašanjih pa že presega vsebino tega prispevka.

Ureditev pravic pacientov v zvezi s čezmejnim uveljavljanjem zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji

Iz gradiva ministrstva za zdravje za sejo vlade RS za sprejem Predloga sprememb zakona je razvidno, da so v veljavni zakonodaji s področja zdravstvenega varstva nekatera področja, na katera se nanaša Direktiva 2011/24/EU, že urejena (npr. zavarovanje poklicne odgovornosti, uveljavljanje pravic pacientov, pritožbeni postopki, varovanje osebnih podatkov ipd.) in da so nekatera področja že urejena z drugimi ukrepi (npr. spremljanje kakovosti in varnosti pacientov). Del je prenesen z zakonom (Zakon o spremembah, 2013), preostali del pa bo prenesen z dopolnitvami Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Pravila OZZ) in nekaterimi drugimi podzakonskimi predpisi.

V gradivu ministrstva za zdravje za sejo vlade RS za sprejem Predloga sprememb zakona je navedeno, da je z obveznim zdravstvenim zavarovanjem zavarovanim osebam že zagotovljeno plačilo zdravstvenih storitev, tudi ko gre za uveljavljanje pravice do zdravljenja v tujini (Zakon o zdravstvenem varstvu, 2006 s spremembami) in da so pravice do tega zdravljenja in s tem povezani postopki podrobneje določeni v Pravilih OZZ.

V gradivu ministrstva za zdravje za sejo vlade RS za sprejem Predloga sprememb zakona je nadalje navedeno, da Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), ki vodi postopke in ureja plačila za zdravljenje v tujini, poleg zgoraj navedene zakonodaje neposredno uporablja tudi uredbe s področja koordinacije sistemov socialne varnosti (Uredba o koordinaciji sistemov, 2004, in Uredba o določitvi podrobnih, 2009). Določila teh uredb se nanašajo tudi na koriščenje potrebnih zdravstvenih storitev med začasnim bivanjem v drugi državi članici in na načrtovano zdravljenje.

Nadalje je v gradivu ministrstva za zdravje za sejo vlade RS za sprejem Predloga sprememb zakona navedeno, da 129. člen Pravil OZZ določa, da ima zavarovana oseba na zasebnem ali službenem potovanju v tujini pravico do nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči, razen če pravni red EU ali meddržavna pogodba ne določata drugače.

Pravica zavarovanih oseb do zdravljenja v tujini je določena v 135. in 136. členu Pravil OZZ. V gradivu za sejo vlade RS za sprejem Predloga sprememb zakona ministrstvo za zdravje navaja, da je iz teh določb razvidno, da ZZZS postopa tudi skladno z uredbami s področja koordinacije sistemov socialne varnosti (Uredba o koordinaciji sistemov, 2004, in Uredba o določitvi podrobnih, 2009). O pravici zavarovane osebe do zdravljenja v tujini odloča na prvi stopnji imenovani zdravnik ZZZS, na drugi stopnji pa zdravstvena komisija ZZZS. Po 226. členu Pravil OZZ imenovani zdravnik na podlagi mnenja konzilija zdravnikov, druge zdravstvene dokumentacije in morebitnega pregleda zavarovane osebe izda odločbo, s katero odloči o pravici zavarovane osebe iz prvega ali drugega odstavka 135. člena Pravil OZZ. Če je zavarovani osebi odobreno zdravljenje, pregled ali preiskava v tujini, imenovani zdravnik z odločbo odloči tudi kje in v kolikšnem času lahko odobreno storitev uveljavi, o pravici do spremstva in o vrsti prevoznega sredstva. Za odločanje o pravicah iz obveznega zdravstvenega zavarovanja se uporablja upravni postopek.

V zakonu (Zakon o spremembah, 2013) so določene naslednje ureditve področij, ki jih ureja Direktiva 2011/24/EU:

- upravičenost in višina povračil stroškov za čezmejno zdravstveno varstvo;
- postopki uveljavljanja pravic v zvezi s čezmejnimi zdravstvenimi varstvom;
- postopek predhodne odobritve;
- uvedba NKT;
- zagotavljanje ustreznih informacij s strani izvajalcev;
- načela zaračunavanja cen;
- možnost omejitve čezmejnega zdravstvenega varstva.

Glede upravičenosti in višine povračil stroškov za čezmejno zdravstveno varstvo je določeno (Zakon o spremembah, 2013), da so zavarovane osebe, ki se odločijo za zdravljenje v drugi članici na lastno željo, upravičene do povračila stroškov samo za zdravstvene storitve, ki so pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji. Povrnejo se stroški v višini povprečne cene teh storitev v Republiki Sloveniji, vendar ne več, kot znašajo dejanski stroški. Povračilo stroškov

bo zavarovana oseba uveljavljala in prejela po vrnitvi, od enega ali dveh izplačevalcev povračila stroškov hkrati, in sicer: ali v celoti od ZZZS ali pa delno iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja na ZZZS in delno iz naslova dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja od zavarovalnice, kjer ima sklenjeno dopolnilno zavarovanje. Ali bo zavarovana oseba prejela povračilo stroškov od enega ali dveh izplačevalcev, je odvisno od tega, ali je storitev, ki jo bo uveljavljala čezmejno, v Sloveniji plačana v celoti iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ali pa delno iz obveznega in delno iz dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (23. člen Zakona o spremembah, 2013). Ne bodo se vračali stroški zdravljenja v tujini.

V zvezi z uveljavljanjem teh storitev v drugih članicah zavarovane osebe tudi ne bodo upravičene do povračila potnih in drugih povezanih stroškov.

Glede uveljavljanja zdravstvenih storitev v drugih članicah veljajo za zavarovane osebe obveznega zdravstvenega zavarovanja enaki postopki kot v Republiki Sloveniji (npr. napotnica za specialistični pregled, recepti, naročilnice ipd.).

Glede predhodne odobritve, kot pogoja za povračilo stroškov, je določeno, da je ta uvedena za zdravstvene storitve, ki jih je zaradi zagotavljanja zadostnega in stalnega dostopa do uravnoveženega obsega visokokakovostne bolnišnične oskrbe, zaradi obvladovanja stroškov in preprečevanja neracionalne izrabe finančnih, tehničnih ali človeških virov, treba načrtovati; v to kategorijo so uvrščene bolnišnične storitve in storitve, ki zahtevajo visoko specializirano in drago medicinsko infrastrukturo ali medicinsko opremo in bodo natančneje določene s podzakonskimi akti ministra. Dopuščena je tudi možnost, da se predhodna odobritev zahteva v primerih, ko bi bilo določeno zdravljenje za pacienta tvegano, ali v primerih, ko se za določene izvajalce dvomi o kakovosti njihovega dela.

NKT je uvedena in odprta na ZZZS in zagotavlja informacije glede čezmejnega zdravstvenega varstva našim zavarovanim pacientom in pacientom iz drugih članic EU, ki bodo želeli priti na zdravljenje v Republiko Slovenijo.

Glede zaveze iz direktive, da morajo izvajalci zdravstvene dejavnosti, ne glede na to, ali delujejo znotraj javne zdravstvene mreže v Republiki Sloveniji ali ne, je določeno, da bodo morali zagotavljati ustrezne informacije, vključno o možnostih zdravljenja, o razpoložljivosti, kakovosti in varnosti zdravstvenega varstva, ki ga zagotavljajo, predložitvijo računov ter cenikom zdravstvenih storitev, dovoljenjem za opravljanje zdravstvene dejavnosti, zavarovanjem poklicne odgovornosti zdravstvenih delavcev in drugimi podobnimi informacijami.

Glede zaračunavanja cen storitev je določeno, da bodo izvajalci pacientom iz drugih članic zaračunavali enake cene za zdravstvene storitve, kot jih zaračunajo domačim pacientom.

V zvezi z omejevanjem pravic čezmejnega zdravstvenega varstva je dopuščena možnost, da minister v primeru, ko bi bila zaradi tokov uveljavljanja pravic čezmejnega zdravstvenega varstva ogrožena delovanje oziroma stabilnost zdravstvenega sistema v Republiki Sloveniji, sprejme dodatne ukrepe za omejitev prehajanja pacientov oziroma omejitev finančnih sredstev.

Dosedanje pravice do zdravljenja v tujini

Predpis (Zakon o spremembah, 2013) opredeljuje dosednji pravici do zdravljenja v tujini (Uredba o koordinaciji sistemov, 2004, in Uredba o določitvi podrobnih, 2009):

- pravico do zdravljenja v tujini, ko so v Republiki Sloveniji izčrpane možnosti zdravljenja, z zdravljenjem v drugi državi pa se pričakuje ozdravitev, izboljšanje ali preprečitev nadaljnega slabšanja zdravstvenega stanja. Zavarovana oseba ima na podlagi tega člena pravico do zdravljenja v kateri koli državi in ni omejena zgolj na države članice EU, Evropskega gospodarskega prostora in Švice. Stroški, ki se zavarovani osebi povrnejo, so dejanski stroški zdravstvenih storitev, kot so znašali stroški v državi, v kateri so bile zdravstvene storitve opravljene;
- pravico do pregleda, preiskave ali zdravljenja v drugi državi članici EU, Evropskega gospodarskega prostora in Švice (Uredba (ES) št. 883/2004, 20. člen). Ta opredeljuje pravico in pogoje za odobritev načrtovanega zdravljenja v drugi državi, v kateri velja pravni red EU. Opredeljeni so postopki nosilcev (Uredba (ES) 987/09). Pravico do zdravljenja v drugi državi, v kateri velja pravni red EU, zaradi dolgih, nerazumnih čakalnih dob tako ZZZS že zdaj zagotavlja zavarovanim osebam, in sicer neposredno na podlagi navedenih dveh uredb (Uredba o koordinaciji sistemov, 2004, in Uredba o določitvi podrobnih, 2009). Stroški, ki se zavarovani osebi povrnejo, so dejanski stroški, vendar ne več, kot znašajo stroški teh storitev v javni zdravstveni mreži v državi, v kateri so bile uveljavljene.

Nove pravice pacientov v zvezi z uveljavljanjem čezmejnega zdravstvenega varstva

V zakonu je določeno (Zakon o spremembah, 2013), da bo zavarovana oseba v drugi članici EU lahko uveljavljala zdravstvene storitve, v Republiki Sloveniji pa bo na podlagi tega imela pravico do povrnitve stroškov v višini dejanskih stroškov, vendar ne več, kot znašajo stroški zdravstvenih storitev v mreži javne zdravstvene službe v Republiki Sloveniji.

Pravica do povračila stroškov čezmejnega zdravstvenega varstva brez predhodne odobritve

Zavarovana oseba bo lahko upravičena do povračila stroškov za zdravstvene storitve, opravljene v drugi članici EU, le v primeru predhodno izdane napotnice izbranega osebnega zdravnika ali napotnega zdravnika, razen v primerih iz 196. člena Pravil OZZ, ko napotnica za specialistični pregled ni potrebna, in sicer:

- za pregled pri okulistu zaradi ugotavljanja vida oziroma predpisovanja pripomočkov za vid;
- za pregled in zdravljenje pri specialistu – psihiatru;
- pri pregledih zaradi odkrivanja kontaktov pri tuberkulozi in spolno prenosljivih boleznih ter za kontrolne preglede po končanem zdravljenju, ki so predpisani z zakonom.

Prav tako je predvideno, da bo zavarovana oseba upravičena do povračila stroškov zdravstvenih storitev na podlagi predhodno predpisanega recepta, naročilnice, izdane odločbe zavoda in predhodne odobritve.

Do povračila stroškov zdravstvenih storitev bo oseba upravičena tudi na podlagi predhodno izdane odločbe ZZZS glede napotitve na zdraviliško zdravljenje, upravičenosti do medicinskega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe in pravice do zahtevnejšega medicinskega pripomočka.

V zakonu je tudi določeno (Zakon o spremembah, 2013), da bo oseba upravičena do povračila na podlagi predhodno izdane odločbe ZZZS o predhodni odobritvi.

Zavrnitev povrnitve stroškov uveljavljanja zdravstvenih storitev v drugi članici

V zakonu je določeno (Zakon o spremembah, 2013), da se zavarovani osebi ne bodo povrnilo stroški uveljavljanja zdravstvenih storitev v drugi članici EU, če gre za storitve na področju:

- zdravstvenih storitev v osnovni zdravstveni dejavnosti,
- zdravstvenih storitev na področju dolgotrajne oskrbe – predvsem neakutna bolnišnična obravnava ter zdravljenje in nega v socialnovarstvenih zavodih,
- zdravstvenih storitev na področju pridobivanja in presaditve delov človeškega telesa,

- zdravstvenih storitev na področju presejalnih programov,
- sobivanja enega od staršev v zdravstvenem zavodu z bolnim otrokom do starosti otroka vključno 5 let,
- medicinskih pripomočkov, ki so predmet izposoje zaradi potreb pri zdravljenju, negi in rehabilitaciji na domu in
- uveljavljanja pravice slepih oseb do šolanega psa vodiča in
- pravice do povračila potnih stroškov in spremstva.

Pravica do povračila stroškov čezmejnega zdravstvenega varstva s predhodno odobritvijo

Predhodna odobritev je pogoj za uveljavljanje pravice do povračila stroškov naslednjih zdravstvenih storitev:

- bolnišničnih zdravstvenih storitev, ki vključujejo prenočitev zavarovane osebe,
- zdravstvenih storitev, ki zahtevajo uporabo visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme.

Zavrnitev predhodne odobritve pravice do povračila stroškov čezmejnega zdravstvenega varstva

Določeno je (Zakon o spremembah, 2013), da bo zavrnitev predhodne odobritve mogoča v naslednjih primerih:

- če je zdravstveno storitev mogoče uveljaviti v okviru najdaljših dopustnih čakalnih dob pri vsaj enem izvajalcu zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji, glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe in na verjetni razvoj bolezni pa za zdravljenje ne bo presežen razumen čas;
- če bo zavarovana oseba z zadostno gotovostjo izpostavljena tveganju za varnost;
- če bo širša javnost zaradi zdravstvene storitve, ki je predmet predhodne odobritve, z zadostno gotovostjo izpostavljena varnostnemu tveganju ali bo storitev zagotovil izvajalec zdravstvene dejavnosti, glede katerega obstajajo resni in konkretni pomisleki v zvezi s spoštovanjem standardov in smernic glede kakovosti, varnosti in nadzora nad izvajanjem zdravstvenih storitev.

V zakonu je določeno (Zakon o spremembah, 2013), da bo ministrstvo za zdravje, v primeru, ko bodo v posamezni članici EU nastopile okoliščine, ki bi predstavljale varnostno tveganje za zavarovane osebe, ki bi želele uveljavljati

zdravstvene storitve na tem območju, o tovrstnih okoliščinah obvestilo splošno javnost z objavo te informacije na svojih spletnih straneh.

Določeno je tudi, da bo pristojni minister izdal podzakonski akt, in sicer odredbo, s katero bo določal zdravstvene storitve, ki spadajo pod opredelitev specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme. Ministrstvo za zdravje v gradivu za sejo vlade RS pojasnjuje, da bo omenjeni seznam predvidoma vključeval naslednje zdravstvene storitve oziroma opremo:

- radiodiagnostična in radioterapevtska oprema,
- storitve magnetne resonance,
- storitve PET CT,
- hiperbarično komoro,
- biološka zdravila ipd.

V določilih Predloga sprememb zakona je predvidena tudi nediskriminatorna obravnava zavarovane osebe, ki je bila predhodno zdravljena v članici EU, po vrnitvi pa potrebuje nadaljnje zdravljenje.

Določena je tudi možnost ministra za zdravje, da v primeru prevelikega odhajanja zavarovanih oseb v druge države članice EU ali prihoda tujih pacientov v javno zdravstveno mrežo v Republiki Sloveniji, in če hkrati to pomeni grožnjo za finančno vzdržnost zdravstvenega sistema v Republiki Sloveniji in nezmožnost zagotavljanja zadostnega in stalnega dostopa do zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji, lahko tem osebam omeji dostop do zdravstvenih storitev oziroma omeji povračilo stroškov zdravstvenih storitev, uveljavljenih v drugi državi članici EU.

Nacionalne kontaktne točke – za čezmejno zdravstveno varstvo

V zakonu je določeno (Zakon o spremembah, 2013), da ZZZS opravlja naloge NKT za čezmejno zdravstveno varstvo. NKT zagotavlja pacientom informacije o izvajalcih zdravstvene dejavnosti, o dovoljenju za opravljanje zdravstvene dejavnosti, o standardih in smernicah glede kakovosti in varnosti, ki jih morajo izvajalci zdravstvene dejavnosti v RS izpolnjevati in kateri izvajalci zdravstvene dejavnosti v RS jih izpolnjujejo, o nadzoru in oceni izvajalcev zdravstvene dejavnosti, o dostopnosti bolnišnic za invalidne osebe, o pravicah pacientov in o pritožbenih postopkih v primeru kršitev pravic pacientov v skladu z zakonom, ki ureja pacientove pravice, o pravnih sredstvih za ugotavljanje kazenske in odškodninske odgovornosti in kontaktnih podatkih NKT drugih držav članic EU. Informacije objavi na svojih spletnih straneh.

Prav tako NKT zagotavlja informacije o obsegu povračila stroškov zdravljenja v tujini ter pravicah in postopku uveljavljanja pravic do zdravljenja v tujini, ki zavarovanim osebam pripadajo na podlagi Uredbe (ES) št. 883/2004 in Direktive 2011/24/EU ter v primerih, ko so v Republiki Sloveniji izčrpane možnosti zdravljenja in je utemeljeno pričakovati ozdravitev ali izboljšanje ali preprečitev nadaljnjega slabšanja zdravstvenega stanja.

Poleg zgoraj navedenih obveznosti NKT ima slednja še naloge, povezane s posvetovanjem z organizacijami pacientov, izvajalci in nosilci zdravstvenega zavarovanja, sodelovanjem z NKT drugih držav članic ter Komisijo, zagotavljanje podatkov pacientom o NKT drugih članic in izmenjavo informacij med NKT drugih članic.

Obveznost izvajalcev zdravstvene dejavnosti za zagotavljanje informacij o svojih zdravstvenih storitvah

V zakonu (Zakon o spremembah, 2013) je določena obveznosti izvajalcev zdravstvene dejavnosti, da morajo pacientom zagotavljati posamezne informacije o zdravstvenih storitvah, ki jih opravljajo, čakalnih dobah za te storitve, kakovosti in varnosti zdravstvene dejavnosti, cenikih zdravstvenih storitev, pravici do predložitve računa, obsegu povračila stroškov zdravstvenih storitev, opravljenih v tujini po Uredbi (ES) št. 883/2004 in Direktivi 2011/24/EU, pravicah in postopku uveljavljanja zdravljenja v tujini po Uredbi (ES) št. 883/2004 in Direktivi 2011/24/EU, o zavarovanju poklicne odgovornosti in dovoljenju za opravljanje zdravstvene dejavnosti.

Sprejem in uveljavitev Direktive 2011/24/EU na območju EU in njen prenos v notranje pravne rede članic EU predstavlja mejnik v poenotenju ureditve čezmejnega zdravstvenega varstva. Pomeni harmonizacijo dela zdravstvenega področja, ki odpravlja meje glede uveljavljanja čezmejnih pravic pacientov Unije v drugih članicah in omogoča pacientom neprimerno širše izbore izvajalcev zdravstvenih storitev in tako številne možnosti izbire. Pomeni lahko tudi izbiro kakovostnejše in hitrejše zdravstvene oskrbe tako slovenskih pacientov v drugih članicah Unije kot tudi pacientov drugih članic v Sloveniji. Nedvomno so to velike pridobitve za paciente EU.

Sklep

V prispevku so predstavljeni namen, cilj in določila Direktive 2011/24/EU o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu. Direktiva

2011/24/EU uzakonja sodno prakso Sodišča na področju čezmejnega zdravstvenega varstva pacientov in je zaradi specifičnosti, ki jih imajo zdravstveni sistemi članic, presek kompromisov med prostim pretokom blaga, storitev in ljudi ter avtonomijo držav članic na tem področju. Predstavljena je tudi ureditev novih pravic glede uveljavljanja čezmejnega zdravstvenega varstva pravic v pravnem redu Republike Slovenije (Zakon o spremembah, 2013), ki jih bomo uveljavljali slovenski zavarovanci zunaj Republike Slovenije, torej v ostalih članicah Unije, oziroma ureditev, kako bodo lahko prebivalci drugih članic enake pravice uveljavljali v Republiki Sloveniji. Na preostale podzakonske predpise, ki bodo dokončno prenesli Direktivo 2011/24/EU v pravni red Republike Slovenije, pa bo treba počakati še nekaj mesecev.

Transpozicija Direktive 2011/24/EU v pravne rede članic Unije je zelo pomembna za paciente Unije, saj jim omogoča lažji dostop do zdravljenja v drugi članici Unije, če ji zdravljenja ni moč zagotoviti doma, uvaja nove, dodatne možnosti uveljavljanja čezmejnega zdravstvenega varstva, predvsem povračilo stroškov zdravljenja v drugi članici brez predhodne odobritve in za določene primere s predhodno odobritvijo. Velikega pomena so tudi novo uvedeni instrumenti, ki bodo izboljšali zdravstveno varstvo v EU, kot sta ERM in e-zdravje. Njun cilj je povečati učinkovitost izmenjave znanj na zdravstvenem področju. Posledica izvajanja Direktive 2011/24/EU bo nedvomno tudi dvig kakovosti zdravstvenih storitev na podlagi konkurence na trgu.

Nedvomno bo nova, poenotena ureditev pacientovih pravic v območju Unije omogočila slovenskim pacientom neprimerno širše možnosti izbire zdravnikov in izvajalcev zdravstvenih storitev. Zaradi znatno povečane konkurence bo vplivala na dvig kakovosti zdravstvenih storitev in tistim, ki bodo uveljavljali pravice v drugih članicah, gotovo tudi skrajšala čakalne dobe za opravo storitev. Žal iz Direktive 2011/24/EU posredno izhaja tudi ugotovitev, da so njene določbe namenjene predvsem informiranim in mobilnim prebivalcem EU in da se ne bo mogel dosledno izvajati njen cilj, da se vsi bolniki obravnavajo enako, na podlagi njihovih zdravstvenih potreb. Prost pretok pacientov Unije pa lahko v Republiki Sloveniji v specialističnih ambulantah, žal, znatno poveča čakalne vrste in čakalne dobe, zlasti za tiste, ki iz objektivnih razlogov ne bodo mogli uveljavljati pravice do čezmejnega zdravstvenega varstva. NKT pa bi gotovo najbolje uresničile svoj namen, če bi delovale v našem pravnem sistemu kot neodvisen institut.

Literatura

Direktiva 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu. Uradni list Evropske Unije 88/45/ 2011: 45–65.

Gradivo za sejo Vlade Republike Slovenije za sprejem Predloga Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – nujni postopek – predlog za obravnavo – NOVO GRADIVO št. 1.

Dostopno na:

http://www.vlada.si/delo_vlade/gradiva_v_obravnavi/gradivo_v_obravnavi/?tx_govpapers_pi1%5Bsingle%5D=%2FMANDAT13%2FVLADNAGRADIVA.NSF%2F18a6b9887c33a0bdc12570e50034eb54%2F76860242659bd921c1257bef004ee5ed%3FOpenDocument&cHash=9736940feadeca6d8ace0e778bae0614 (24. 9. 2013).

Listina Evropske unije o temeljnih pravicah. Uradni list Evropske Unije C83/2010: 389–403.

Pogodba o delovanju Evropske unije. Uradni list Evropske Unije/2010: 47.

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. Uradni list RS, št. 30/03, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12 in 106/12.

Uredba (ES) št. 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 29. aprila 2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti. Uradni list Evropske Unije L 166/ 2004: 1–123.

Uredba (ES) št. 987/2009 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 16. septembra 2009 o določitvi podrobnih pravil za izvajanje Uredbe (ES) št. 883/2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti. Uradni list Evropske Unije L 284/2009: 1.

Zakon o pacientovi pravicah (ZPacP). Uradni list Republike Slovenije št. 15/2008

Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-K). Uradni list Republike Slovenije št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A in 11/2013.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-UPB3). Uradni list Republike Slovenije št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF in 21/13 – ZUTD-A.

EKONOMSKO OKOLJE ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE

THE ECONOMIC ENVIRONMENT OF NURSING AND MIDWIFERY CARE

mag. Peter Požun, viš. med. teh., dipl. ekon. (UN), Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana
Trajče Iliev, dr. dent. med., Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta

IZVLEČEK

Prispevek na podlagi ekonomske teorije Paula Samuelsona umešča zdravstveno in babiško nego v ekonomsko okolje ter prikazuje vpliv in povezanost ekonomskega okolja in zdravstvenega varstva. Ekonomika zdravstvenega sistema je problem, ki je vedno prisoten, saj živimo v svetu omejenih dobrin. Države se reševanja tega problema lotevajo različno, s čistim tržnim upravljanjem ali javnim – državnim zdravstvenim sistemom.

Ključne besede: ekonomska teorija, zdravstvena nega, dobrine, trg zdravstvenih storitev

ABSTRACT

The paper based on the economic theory of Paul Samuelson places nursing and midwifery care in the economic environment and indicates the impact and coherence of the economic environment and healthcare. The economics of the healthcare system is an omnipresent issue since we live in a world of limited resources. Each country solves this problem differently – either with pure commercial management or public - national healthcare system.

Key words: economic theory, healthcare, resources, healthcare services market

Večerje ne pričakujemo zaradi dobrosrčnosti mesarja, pivovarja ali peka, ampak zaradi njihove skrbi za lastni interes (Smith, 2010). Adam Smith v knjigi Bogastvo narodov, ki je izšla leta 1776.

Uvodno pojasnilo

Prispevek nima cilja »odkrivanja tople vode«, saj so to na znanstveni osnovi že storili veliki ekonomski misleci vse od Adama Smitha dalje. Namen je bralcem

predstaviti nekaj glavnih ekonomskih vodil na področju ekonomskih ved, ki so nastajale skozi človeško zgodovino, svoj razcvet in potrditev pa doživele v novejši zgodovini. Zato je tudi temeljni poudarek poskus opisa ekonomskega okolja, v katerem deluje zdravstvena in babiška nega na sodobni ekonomski misli; slednjo je opredelil Paul Samuelson, ki je za svoje življenjsko delo v letu 1970 prejel Nobelovo nagrado za ekonomijo.

Utemeljitev Komisije za podelitev Nobelovih nagrad se glasi: Bolj kot katerikoli drug moderni ekonomist je Samuelson pomagal dvigniti vlogo analitičnega in metodološkega pristopa v ekonomski znanosti. Paul Samuelson je preprosto predelal velike dele dotedanje ekonomske teorije. Dokazal je tudi temeljno enotnost obojega: problemov ter analitičnih tehnik v ekonomiji, deloma s sistematično uporabo metodologije maksimiranja za širok sklop problemov. To pomeni, da se Samuelsonov prispevek k ekonomski znanosti giblje na mnogih različnih področjih (Nobel prize, 2013).

Bilo bi več kot prevzetno poskusiti na novo napisati ekonomsko teorijo samo za zdravstveno in babiško nego, zato pričujoči prispevek v celoti temelji na delu Paula Samuelsona in Wiliama Nordhausa – Ekonomija, kar bo poznavalec seveda takoj prepoznal. Ekonomija je prvič izšla leta 1948, doživela pa je že svojo 19. izdajo. Knjiga je prevedena v več kot 40 jezikov in prodana v štirih milijonih izvodov ter šteje za najbolje prodajani učbenik za ekonomijo v zgodovini (Inventory, 2011).

Ekonomija je tako po vsem svetu že 50 let temeljno čtivo ekonomistov in neekonomistov, ki jih to področje zanima – iz te knjige smo se milijoni študentov učili, kako ekonomija lahko razvzroča skrivnosti in probleme sodobnih družb, probleme, ki zadevajo bistvo tega, kako in kako dobro živimo.

Osrednje ekonomske resnice

Srečanje z ekonomijo marsikomu predstavlja dolgo vrsto vprašanj, problemov in težavnih izbir. Učitelji ekonomije pišejo in govorijo, da vsa ekonomija temelji na nekaj osnovnih idejah, te pa različni ekonomski teoretiki podajajo glede na svoj ekonomski nazor, pogosto tudi v soodvisnosti od politične usmeritve ali celo ekonomskih interesov elit.

V letih hitrega gospodarskega razvoja, posebej po padcu železne zaves, je ekonomija postala zelo raznolika. Lahko bi povzeli, da je ekonomija znanstvena disciplina o tem, kako družbe uporabljajo redke razpoložljive vire za proizvodnjo potrebnih dobrin in kako te razdeljujejo med njih.

Pa vendarle, zakaj bi morala medicinska sestra¹ kaj vedeti o ekonomiji? Veliko je razlogov za vsaj osnovno poznavanje ekonomije, kajti vse življenje, od rojstva do smrti (in malo čez), se bomo soočali z ekonomskimi dejstvi. Kot volivci se bomo odločali, kateri politični opciji bomo dali podporo, ta pa je vezana tudi na temeljne ekonomske usmeritve države, ki jih vladajoča elita uzakonja, uveljavlja ali kritizira: o državnem primanjkljaju, o davkih, o prosti trgovini, o inflaciji, zdravstveni politiki, izobraževanju, okolju, brezposelnosti.

Tudi odločitev za negovalni poklic je bila najpomembnejša ekonomska odločitev, ki smo jo sprejeli. Dejstvo je, da naša sedanjost in prihodnost ni odvisna samo od naših sposobnosti, ampak tudi od tega, kako ekonomske sile, ki so zunaj našega vpliva ali nadzora, vplivajo na naše prihodke.

Ekonomija išče odgovore

Ekonomija (vedno znova) išče odgovore na vprašanja, kako se družbe odločajo uporabljati redke proizvodne vire (uporabne za različne namene) za proizvodnjo raznih ekonomskih dobrin in kako te dobrine razdeljujejo med razne skupine. Za to opredelitev sta temeljni dve zgodovinski znanstveni spoznanji; da so dobrine redke in da mora družba svoje razpoložljive vire uporabljati učinkovito. Torej sočamo dejstvo redkosti in želje po učinkovitosti.

Še nobena družba ni dosegla utopičnosti neomejenih možnosti. Dobrene so omejene, želje delujejo neomejeno. Celo po dveh stoletjih hitre gospodarske rasti proizvodnja nikjer v svetu ni dovolj velika, da bi lahko vsakomur izpolnili želje. Že če seštejete vse svoje želje, boste hitro ugotovili, da preprosto ni dovolj dobrin in storitev niti za to, da bi zadovoljili majhen delež vseh potrošnikovih želja.

Pri neomejenih željah je pomembno, da gospodarstvo kar najbolje uporablja dane – omejene vire. To velja tako za primarni kot sekundarni sektor, kamor sodi tudi zdravstveno varstvo, kot pomemben del znotraj njega pa tudi dejavnost zdravstvene in babiške nege. To nas pripelje do pomembnega pojma učinkovitosti – gospodarstvo proizvaja učinkovito takrat, ko ne moremo povečati ekonomske blaginje nikomur, ne da bi jo s tem poslabšali nekomu drugemu.

Tri temeljna ekonomska vprašanja

Kaj, kako in za koga?

1 Izraz medicinska sestra je uporabljen za oba spola in vse izvajalce zdravstvene in babiške nege.

- Kaj oz. katere dobrine bomo proizvajali in v kakšnih okoliščinah?
Vsaka družba mora določiti, koliko dobrin ali storitev bodo proizvajali. Nato sledi odločitev, kdaj jih bodo proizvajali. Torej je nujno ugotoviti potrebe trga po zdravstveni negi.
- Kako bo družba te dobrine proizvedla?
Družba mora določiti, kdo bo proizvajal, s katerimi viri in s kakšno tehnologijo. Torej mora najti odgovor na vprašanje, koliko medicinskih sester, kakšnih, kje in kdaj potrebuje za proizvodnjo storitev zdravstvene in babiške nege.
- Za koga so namenjene proizvedene dobrine?
Kako torej razdeliti narodni proizvod med posamezna gospodinjstva? Kdo jih bo kupoval, po kakšni ceni in kako se bo delil prihodek od tega trga?

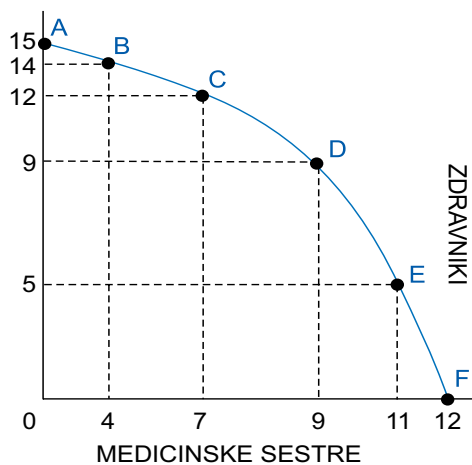
Pri iskanju odgovorov na ta vprašanja moramo razlikovati med družbenimi dejstvi in vprašanjem o pravičnosti. Za to uporabljamo znanstvena spoznanja in metode pozitivne ekonomije (dejstva – ekonomska analiza) ter spoznanja normativne ekonomije (vrednote, etične norme – politične razprave in odločitve). To bi nam, vsaj na načelni ravni, moralo biti v zdravstveni in babiški negi bližje zaradi sprejetih profesionalnih kodeksov – združiti etične norme z empiričnimi ugotovitvami.

Omejenost virov vodi v redkost proizvedenih dobrin

V vsaki družbi so viri omejeni: zemlja, delo, kapital. Njihova poraba vodi k proizvodnji dobrin, ki jih potrošimo ali uporabljamo za nadaljnjo proizvodnjo. In kako to razumemo v zdravstveni negi? Kaj so tu zemlja, delo, kapital?

Omejenost virov vpliva na krivuljo proizvodnih možnosti – transformacijsko krivuljo. Ta pri omejenih virih določa, koliko posameznih proizvodov ali storitev gospodarstvo lahko proizvede (slika 1).

Iz slike 1 vidimo, da redki inputi in stopnja tehnologije določajo omejenost proizvodov. S premikanjem po transformacijski krivulji družba določa, koliko posameznih proizvodov bo proizvedla; pri tem se lahko giblje od maksimuma posameznega proizvoda, kar pomeni minimum drugega in nasprotno.



Slika 1: Transformacijska krivulja

Pri spremembi količine inputov ali spremembi tehnologije se krivulja seveda premakne, navzven ali navznoter. Ali na to res vpliva samo gospodarna odločitev? Kakšna je vloga elit in interesnih skupin?

Če torej vlade namenjajo več virov (davkov) za zagotavljanje javnih dobrin, npr. za zdravstvo, šolstvo, socialno zaščito, avtoceste, vrtce, bo ostalo na voljo manj virov za proizvodnjo zasebnih dobrin, kot so npr. stanovanja, hiše, potovanja, luksuzne dobrine.

Proizvodni dejavniki – od klasične do sodobne teorije

Adam Smith je v svojem temeljnem delu *Bogastvo narodov* opredelil tri proizvodne dejavnike, ki so potrebni za to, da bi stekel proizvodni proces. Potrebno je sodelovanje treh proizvodnih dejavnikov: dela, kapitala in zemlje.

Zgodovinski so proizvodni dejavniki v najširšem smislu tako:

ZEMLJA – je v lasti lastnikov zemlje – dohodek je RENTA;	}	klasični kapitalizem
DELO – dohodek je plača – MEZDA – je last delavcev;		
KAPITAL – je last lastnikov podjetja – dohodek je DOBIČEK.		

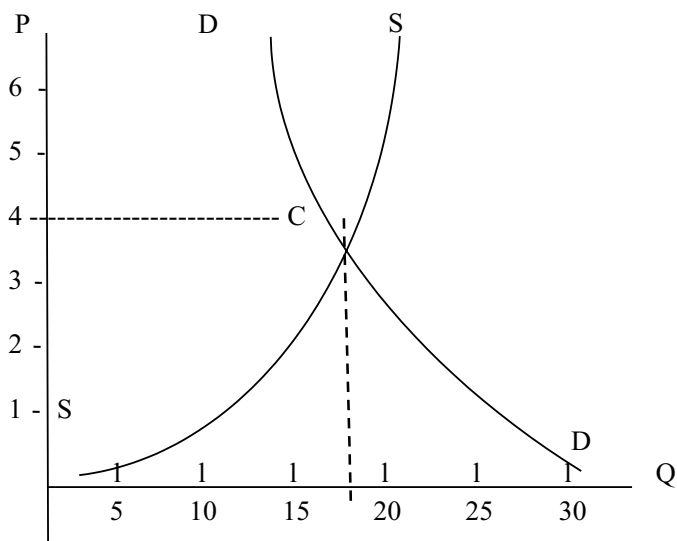
(Smith, 2010).

Celotni proizvod vsake dežele, danes znan kot »Bruto domači proizvod – BDP« se razdeli na te tri vrste dohodkov. Prebivalstvo dežele se glede na vrsto dohodka, ki ga pridobivajo posamezne skupine, deli na tri »rede«, kakor je napisal Smith (2010), ali tri »razrede«, kakor bi rekli danes: na te, ki živijo od mezd; na tiste, ki živijo od dobička; in na one, ki živijo od rente.

V sodobni ekonomski znanosti že vsaj dvajset let ni več sporno, da najpomembnejši produkcijski tvorci danes niso več zemlja, delo in kapital, kot je učila klasična ekonomska teorija. Nova, vse bolj prominentna ekonomska teorija intelektualnega kapitala ugotavlja, da ima materialno premoženje (zemlja, zgradbe, oprema, denar itd.) največjih družb na svetu danes manjšo vrednost kot nematerialno premoženje, ki (za zdaj – zaradi nizke razvitosti t. i. računovodstva človeških zmožnosti še) ni navedeno v njihovih bilancah (Gostiša, 2013).

Trg storitev zdravstvene in babiške nege

Slika 2 prikazuje trg, kjer se srečata ponudba in povpraševanje in se uravnoteži-ta pri ceni, pri kateri je količina povpraševanja enaka količini ponudbe.



Slika 2: Trg

Ekonomika zdravstvenega varstva – problem, ki ne bo izginil

Zdravje je ključna sestavina ekonomskega blagostanja družbe. Značilnost zdravstvenega varstva v tržnem gospodarstvu:

- visoka dohodkovna prožnost² vodi k temu, da je zagotavljanje zdravega in dolgega življenja vse pomembnejše za posameznika;
- razvoj medicinske tehnologije à naraščanje izdatkov v sektorju zdravstveno varstvo; posamezni izumi in izboljšave odpirajo nove trge – npr. biološka zdravila;

2 **Dohodkovna prožnost** je odstotna sprememba količine povpraševanja po določeni dobrini, deljena za odstotno spremembo dohodka, pri nespremenjenih ostalih dejavnikih (kot so cene). Visoka dohodkovna prožnost, kot jo najdemo pri letalskih potovanjih, kaže, da povpraševanje po tej dobrini pri višjem dohodku hitro raste. Nizka dohodkovna prožnost, kot za hrano ali cigarete, kaže šibak odziv povpraševanja na rast dohodka. Kombinacija učinka nadomestitve in dohodka določa glavne značilnosti različnih dobrin. Krivulja povpraševanja bo zelo cenovno prožna, ko so na voljo nadomestki in ko so potrošnikovi izdatki za to dobrino precejšnji. V tem primeru sta tako učinek nadomestitve kot učinek dohodka močna in se količina povpraševanja močno odzove na rast cene (vir: Požun, 2007, avtorjevi zapiski).

- ločitev potrošnika od cen – plačilo tretje osebe – zavarovalnica; gre za neobdavčene ugodnosti za zaposlene. Pri plačilu tretje osebe potrošniki niso pozorni na stroške. Če pa gre za sistem imaginarnih vplačil in imaginarnih stroškov z vidika posameznika, potem je: »vse zastonj, saj plačujem« (Samuelson, Nordhaus, 2002).

Kaj je razlog za vladno posredovanje na trgu zdravstvenih storitev:

- javna dobrina³, ki je trg ne more učinkovito zagotoviti; npr. varovanje pred nalezljivimi boleznimi;
- nepopolnost zavarovalniških trgov – asimetrija informacij med pacienti – izvajalci – zavarovalnico;
- enakost zagotavljanja minimalnih standardov zdravstvenega varstva za revne (Samuelson, Nordhaus, 2002).

Kako iščejo rešitve v tržnem gospodarstvu?

Čista tržna rešitev – vsakdo plača 100 % vseh stroškov iz zasebnih sredstev: to povečuje stroške za posameznika in povečuje medicinske izdatke, zmanjšuje moralna tveganja (»moralni hazard«) in negativni izbor, a ne zagotavlja javnih dobrin.

Podržavljene zdravstvene storitve so javne in za vse enake. Vlada pobira davke in iz njih financira javne storitve. Tako zagotavlja javno dobro zdravstvenega varstva, preprečevanja nalezljivih bolezni, varno hrano, pitno vodo, zrak in informacije. Povečuje pa se moralno tveganje, saj imajo uporabniki slab motiv za omejevanje uporabe storitev. Bistvena slabost podržavljene zdravstvene storitve je v kroničnem presežnem povpraševanju na zdravstvenih trgih.

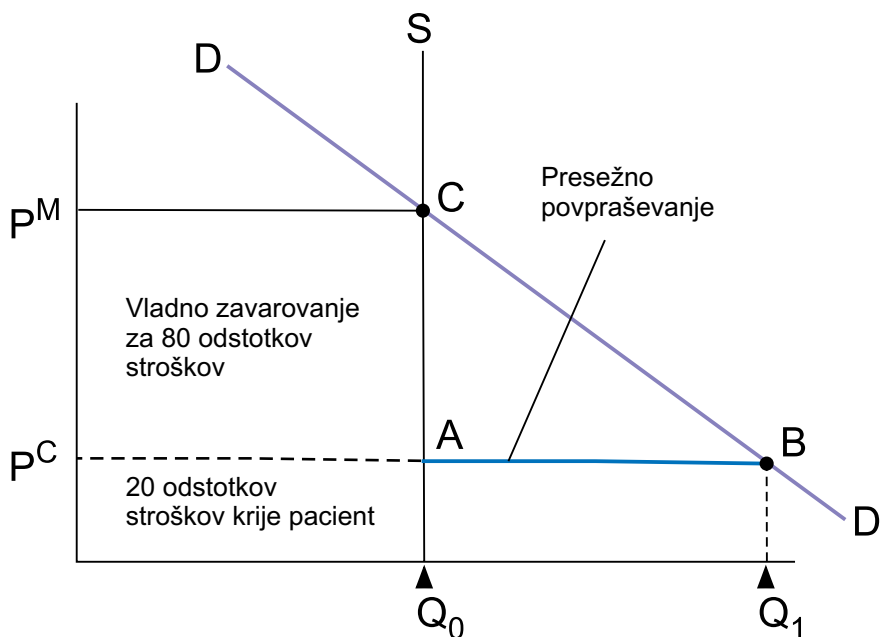
Omejevanje povpraševanja – necenovno racioniranje vodi k čakanju na storitev, ker cena ne mora narasti, da bi izenačila povpraševanje in ponudbo (Samuelson, Nordhaus, 2002).

Kako nastanejo čakalne vrste?

Moralno tveganje ali »moralni hazard« nastane, ko posameznik prevzema večja tveganja, saj ve, da bodo morebitni stroški zdravljenja in rehabilitacije, ki se lahko pojavijo zaradi tega ravnanja, kriti s strani nekoga drugega, najpogosteje zavarovalnice, kar predstavlja resen problem, saj imajo potrošniki nizko motivacijo za

3 Javne dobrine so tiste, katerih koristi so nedeljivo porazdeljene po vsej družbi; niso odvisne od tega, ali jih posameznik kupi ali ne (npr. ceste; vodovod) – vir: avtorjevi zapiski.

omejevanje uporabe zdravstvenih storitev. Podržavljeni sistemi, kjer je zdravstvena oskrba javna in za vse »enaka«, imajo vgrajene čakalne vrste zaradi omejevanja stroškov z določanjem najvišjih prispevkov in plačil izvajalcem. Kombinacija najvišjih dovoljenih cen in subvencioniranih storitev vodi v kronično presežno povpraševanje na zdravstvenih trgih. Ker ne deluje trg, se pojavi pomanjkanje storitev in vlade se odzovejo z necenovnim racioniranjem – omejijo povpraševanja. Čeprav se na prvi pogled zdi nerazumljivo, saj bi pričakovali, da vlada omeji ponudbo, je mehanizem nasproten, učinek pa enak. Necenovno racioniranje se kaže v obliki čakanja na storitve ali pa v odločitvah ponudnikov, kateri pacienti bolj potrebujejo določeno storitev.



Slika 3: Nastanek čakalnih vrst

Slika 3 prikazuje, kako količina povpraševanja pri »subvencioniranem« kritju zdravstvenega varstva presega ponujeno količino; presežno povpraševanje omeji kateri od necenovnih mehanizmov, najpogosteje čakalne vrste.

Sklep

Zdravstveno varstvo se v ekonomskem bistvu ne razlikuje od ostalega gospodarstva. Ponudba zdravstvenih delavcev, storitev, zdravil in materialov je omejena, povpraševanje ljudi pa daleč presega razpoložljive vire. Zato se pojavlja racioniranje.

Racioniranje na osnovi dolarskih glasovnic (popolnoma tržno) je nesprejemljivo, saj prinaša veliko škodo javnemu zdravju, ne zadovoljuje pa velike količine nujnih potreb ostalih ljudi. Podržavljene zdravstvene storitve pa imajo za posledico racioniranje s čakalnimi dobami.

Kaj naj torej zagotovi trg in katere netržne mehanizme naj uporabijo vlade, kjer je trg nezadosten? Več o tem v naslednji zdravstveni reformi slovenske vlade.

Literatura

Inventory of the Paul A. Samuelson Papers, 1933-2010 and undated. David M. Rubenstein Rare Book & Manuscript Library.

Duke University; 2011. Dostopno na: <http://library.duke.edu/rubenstein/findingaids/samuelson-paul/> (20. 7 2013).

Gostiša M. Nevzdržna družbena nemoč lastnikov najpomembnejšega kapitala. Ljubljana: Delo, 4.3.2013.

Nobel prize.org/Laureates/1970/ Nobel Media AB, 2013. dostopno na: http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/economic-sciences/ (22. 7. 2013).

Samuelson PA, Nordhaus WD. Ekonomija. Ljubljana: GV založba; Zagreb: Mate; 2002: 33–770.

Smith A. Bogastvo narodov: raziskava o naravi in vzrokih bogastva narodov. Ljubljana: Studia humanitatis; 2010: 4, 78–120.

INFORMATIZACIJA KLINIČNIH POTI

INFORMATIZATION OF CLINICAL PATHWAYS

Blanka Pust, mag. zdr. nege

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični oddelek za kirurgijo srca in ožilja,

blanka.pust@kclj.si

prof. dr. Vladislav Rajkovič

Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede

doc. dr. Marija Zaletel

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta

IZVLEČEK

Uvod: Uvedba in uporaba e-dokumentacije klinične poti omogoča boljše sprotno in zanesljivo zbiranje, obdelavo in prikaz podatkov, ki so pomembni za zdravljenje pacientov. S tem sta zagotovljeni kakovost in varnost zdravstvene obravnave. Pomembno vlogo ima ustrezna dokumentacija, za kar je smiselno uporabiti tudi sodobno informacijsko komunikacijsko tehnologijo. Namen prispevka je prikazati že implementiran model računalniško podprte dokumentacije obravnave pacienta po klinični poti pri operaciji na odprtem srcu. Gre za prenovo klasične papirne dokumentacije v e-dokumentacijo. **Metode dela:** Na osnovi domače in tuje strokovne in znanstvene literature ter pridobljenih praktičnih izkušenj je izdelan model e-dokumentacije. Model je prototipno realiziran na računalniku. Rezultati testiranja v praksi so strnjeni v analizo SWOT. **Razprava in sklep:** Rezultati implementacije e-modela kažejo prednosti in slabosti e-modela klinične poti, ki je bila uporabljena v praksi. E-dokumentiranje je priložnost za odpravo papirne dokumentacije zdravstvene obravnave in ne nazadnje omogoča standardiziran zapis podatkov, ki ga lahko uporabljamo za statistično analizo. V zdravstvu je potreben enoten informacijski sistem, ki bi omogočal lažje delo. Predlagani e-model dokumentacije klinične poti za srčno operacijo je še en korak k dvigu kakovosti pri zagotavljanju kontinuirane zdravstvene nege.

Ključne besede: e-zdravje, informatika v zdravstveni negi, dokumentiranje v zdravstveni negi, klinična pot

ABSTRACT

Introduction: The introduction and use of an Electronic Medical Record (EMR) clinical pathway enables a better continuous and reliable data collection, processing and display, since they are relevant for the treatment of patients. Furthermore, the process ensures the quality and safety of healthcare. Relevant documentation plays an important role; therefore it is reasonable to use a modern information and communication technology. The purpose of this paper was to present the already implemented model of computerized medical record of the treatment of a patient after an open heart surgery in accordance with an established clinical pathway. EMR is renewal modern approach to classic paper documentation. **Methods:** We introduced the model of EMR based on domestic and foreign professional and scientific literature and practical experiences. The model is implemented as a prototype designed to be used on a computer. The results of the test carried out in practice are summarized in the SWOT analysis. **Discussion and conclusion:** The results of the implementation of EMR indicate the advantages and disadvantages of e-design clinical pathways, which have been used in practice. The use of EMR is an opportunity to eliminate paper-based medical record, furthermore, it ultimately allows for a standardized data record, which can be used for a statistical analysis. Healthcare requires a uniform information system that would facilitate the work process. The proposed model of clinical pathways for heart surgery in the form of ERM is just one step towards raising the quality in the provision of continuous nursing care.

Key words: e-health, information technology in nursing care, medical records in nursing care, clinical path.

Uvod

V sodobnem svetu postaja e-zdravje vedno bolj sinonim za kakovostne storitve v zdravstvu. Najsplošnejša definicija pojma e-zdravje je uporaba informacijskih in komunikacijskih tehnologij za preprečevanje, diagnosticiranje, zdravljenje in spremljanje bolezni ter pri odločanju o zdravju in načinu življenja. S pomočjo sodobne informacijske in komunikacijske tehnologije (IKT) lahko podpiramo zdravstvene storitve ter razvijamo sisteme za implementacijo na področju e-zdravstvene nege. V okviru projekta usmerjamo raziskovanje v razvoj zdravstvenega sistema, kjer so lahko s pomočjo IKT v procesu zdravljenja posamezni zdravstveni delavci (zdravnik, medicinska sestra, patronažna medicinska sestra in drugi) dosegljivi na daljavo, s tem pa imajo pacienti možnost pridobitve več različnih strokovnih mnenj glede zdravstvenih stanj. Predvsem pa bi bil sistem zgrajen na podlagi sodelovanja

z zdravstvenim kadrom, ki se zlasti na primarni ravni zdravstvene dejavnosti ukvarja z zdravstveno nego vse populacije (Blažun in sod., 2011)

Informatika lahko v zdravstvo prinaša dodano vrednost. Sem sodi tudi ustrezna dokumentacija. Učinkovito dokumentiranje procesov zdravstvene nege je eden ključnih izzivov zdravstvene nege kot temeljne sestavine celovitega sistema zdravstvenega varstva. Ustreznost dokumentiranja se nanaša na obvladovanje velikega števila zahtevnih informacij. Pri tem je smiselno izrabiti možnosti, ki jih ponuja sodobna IKT ne le v administrativnem, ampak tudi v kognitivnem smislu, paziti pa je treba, da ne pride do novih težav, kot so problemi varnosti, zasebnosti in integritete človeka (Pust, 2013; Rajkovič, 2010; Trček et al., 2007; Wolf et al., 2006).

Uvedba in uporaba klinične poti (KP) omogoča boljšo kakovost zdravstvene obravnave in zdravstvene nege. Postopki so standardizirani in kontrolirani, zato sta tudi varnost in učinkovitost zdravstvene nege višji. Poleg papirne oblike dokumentacije je treba razvijati računalniško podprte rešitve, s katerimi lahko vplivamo na zmanjševanje papirnatih evidenc, preprečevanje nastanka napak v procesu zdravljenja in zdravstvene nege, optimizacijo procesov ter racionalno razporejanje virov (Prijetelj, Trenz, Pavlovič, 2011; Moody in sod., 2004).

V Sloveniji poteka pod okriljem Ministrstva za zdravje projekt »eZdravje«, s pomočjo katerega naj bi z računalniško podprtimi programi prišlo do postavitve elektronskega zapisa zdravstvenega kartona; slednji bi omogočal varno elektronsko zapisovanje podatkov, njihovo uporabo in pregledovanje, ki mora biti tudi v skladu s pravicami in kompetencami vseh sodelujočih v obravnavi pacienta. Z uporabo računalniške tehnologije se namreč standardizira komunikacija med zdravstvenimi disciplinami pri obravnavi pacienta, izboljšata se zdravstvena oskrba in varnost. Hkrati pa to zdravstvenim delavcem omogoča, da ostane več časa za neposredno obravnavo pacienta namesto izpolnjevanja velikega števila obrazcev v papirni obliki (Pust, 2013; Wood, 2011).

S prispevkom želimo prikazati že implementiran e-model KP pri operaciji na odprtem srcu ter odgovoriti na naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kateri izzivi, prednosti in slabosti se pojavljajo pri uporabi elektronskega zapisa KP?
- V čem je dodana vrednost implementacije modela glede na proces obravnave po KP?

Metode dela

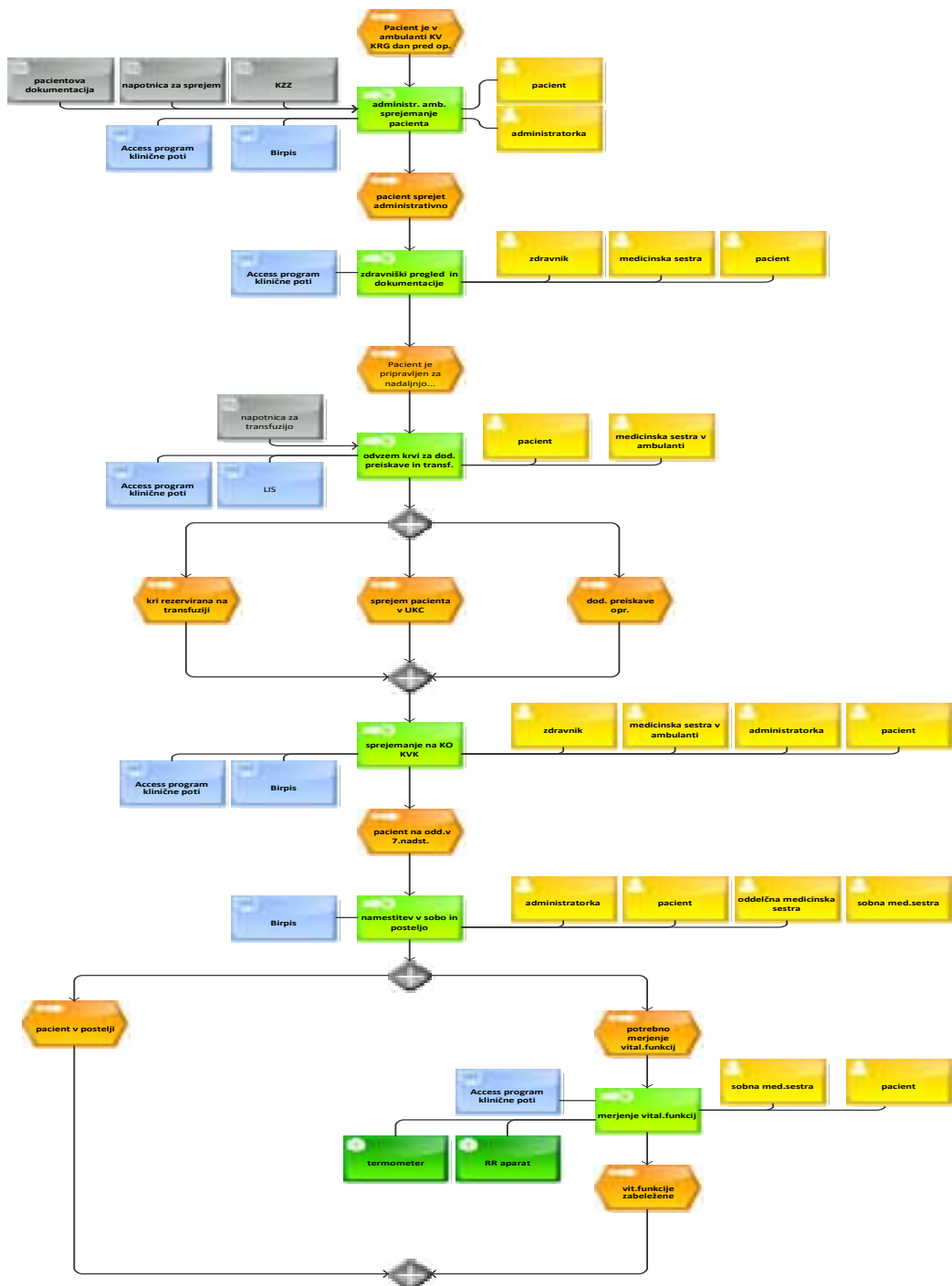
Na osnovi pregleda in primerjanja domače ter tuje strokovne in znanstvene literature, iskane v mednarodnih bazah podatkov UpToDate, CINAHL, PubMed/Medline, Cochrane, EIFL Direct in z vzajemno bibliografsko-kataložno bazo podatkov COBIB.SI, s ključnimi besedami e-zdravje, informatika v zdravstveni negi, dokumentiranje v zdravstveni negi, klinična pot, s poudarkom na elektronskemu dokumentiranju v zdravstvu, je bil model e-dokumentacije kritično ocenjen, rezultati pa strnjeni v analizo SWOT. Model je bil v letu 2012 na Kliničnem oddelku za kirurgijo srca in ožilja (KOKVK) prototipno realiziran na računalniku in kritično ocenjen na osnovi testiranja v praksi. Pri testiranju so sodelovali vsi izvajalci zdravstvene oskrbe, to so zdravniki – specialisti kirurgi, specializanti kirurgije, anesteziisti – specializanti in specialisti, medicinske sestre (MS) in zdravstveni tehniki (ZT), fizioterapevti (FTH) ter administratorke. Rezultati testiranja so strnjeni v analizo SWOT (ang. Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats), in sicer v prednosti, slabosti, priložnosti in nevarnosti.

Model e-dokumentacije

Po uveljavljeni in uporabljeni papirni dokumentaciji KP smo s programom Microsoft Office Access 2007 pripravili še model e-dokumentiranja. Program Microsoft Office Access 2007 je obsežen komplet orodij, s katerimi lahko sledimo podatkom, o njih poročamo in jih izmenjavamo z drugimi. Z njim je mogoče hitro prilagoditi programe za zbirke podatkov in poročila spreminjajočim se poslovnim oz. drugim potrebam.

V mesecu septembru 2012 smo izvedli implementacijo e-dokumentacije KP za srčno operacijo, s katero smo želeli ugotoviti uporabnost modela v praksi ter jo primerjati z načinom dokumentiranja v papirni obliki.

Prenovljen proces sprejema pacienta na srčno operacijo, podprt s predlaganim modelom e-dokumentacije (slika 1), predstavlja eno izmed možnosti celostne obravnave pacienta v času zdravljenja, urejenost dokumentacije ter timskega dela. Vse podatke, ki jih sistematično zbiramo in spremljamo v času zdravljenja s pomočjo KP, je mogoče statistično obdelati. Zato smo s pomočjo Microsoft Office Access 2007 oblikovali poizvedbe, ki jih lahko kasneje izvozimo in uredimo s pomočjo programa v Wordov dokument (Pust, 2013).



Slika 1: Prenovljen proces sprejema pacienta na srčno operacijo, podprt z modelom e-dokumentacije (Pust, 2013)

Na osnovi implementacije in testiranj ter pridobljenih rezultatov je bila izdelana analiza »SWOT«. Ugotovitve smo strnili v prednosti, slabosti, priložnosti in nevarnosti (Pust, 2013).

Prednosti:

- celosten vpogled, natančnost, hiter dostop in sledljivost podatkov;
- boljša preglednost dokumentacije ob sprejemu, hitrejša in lažje vodenje pacienta med hospitalizacijo in ob odpustu;
- lažje statistično spremljanje in statistična obdelava podatkov ter tiskanje raznih poročil;
- zmanjšanje papirne dokumentacije.

Slabosti:

- slab informacijski sistem in možnost izgube podatkov ob izpadu informacijskega sistema;
- premalo tehnične podpore, potreba po večjem številu računalnikov, tudi prenosnih za obposteljno beleženje;
- pacient nima vpogleda v dokumentacijo;
- dodatna birokracija, ker ni poenotenega informacijskega sistema za celotno obravnavo in vodenje vseh storitev pri pacientu (vnos v Birpis, slikovni material, laboratorij ...);
- trenutno dvojno delo in časovna obremenitev, saj je v uporabi vsa papirna dokumentacija zdravstvene obravnave;
- precejšnja možnost napak pri vnašanju podatkov in možnost zlorabe;
- omejena finančna sredstva za izvedbo celotnega projekta.

Priložnosti:

- hiter dostop in pregled ter sledenje v celovito dokumentacijo KP, ki jo je mogoče pregledovati tudi oddaljeno (od doma, iz tujine ...), in boljše sodelovanje znotraj zdravstvenega tima;
- možnost nadgradnje dokumentacije in zbiranja podatkov ter s tem kakovostnejša zdravstvena oskrba;
- možnost načrtovanja dela in izmenjave informacij;
- natančnost in berljivost zapisanih podatkov;
- s sodobno IKT enostavnejša statistična obdelava dela;

- manj papirnatih dokumentacij;
- razvoj raziskovalne dejavnosti in ob tem pridobivanje novih znanj.

Nevarnosti:

- izbris ali izguba podatkov in s tem tudi dokumentov ob izpadu informacijskega sistema;
- nezadostna opremljenost s sodobno IKT;
- varnost vnesenih podatkov oz. njihova zloraba;
- napake pri vnašanju podatkov;
- prevelika pozornost do računalnika in s tem manjša do pacienta.

Razprava

V večini slovenskih zdravstvenih institucij še ni ustreznega elektronskega zapisa z vsemi podatki o procesu zdravstvene nege, ki ga MS izvajajo pri pacientih. Večina podatkov, ki jih v Sloveniji zbirajo, zajema medicinske diagnoze in diagnostično-terapevtske postopke oziroma posege, ne pa tudi udeležbe drugih zdravstvenih profilov. Informatika v zdravstvu pa je področje, na katerem je zdravstvenemu sistemu mogoče dati najvišjo dodano vrednost. MS svoje delo le delno evidentirajo. Podatki o zdravstveni negi se večinoma beležijo v papirni in ne elektronski dokumentaciji (Pust, 2013; Prijatelj, 2005).

Strategija razvoja in s tem posredno nadgradnje informatizacije slovenskega zdravstva je bila sprejeta v več časovno sledečih si dokumentih. Eden ključnih v zadnjem desetletju je poimenovan »eZdravje 2010«. V današnjem obdobju IKT ni več ovir za elektronsko dokumentiranje. Razvoj informacijskih rešitev mora preseči obstoječe stanje ter omogočiti podporo strokovnemu delu in odločanju zdravstvenih delavcev in sodelavcev na vseh ravneh. Še vedno obstajajo določeni problemi v smislu povezljivosti informacijskih sistemov in integracije v nacionalno bazo podatkov, pa tudi finančni problemi pri nabavi novejših informacijskih tehnologij. Ni več vprašanje, ali je računalnikov dovolj, ampak ali so dlančniki ustrezno orodje za podporo delu MS (Kodele in sod., 2005; Prijatelj, 2005).

V bolnišnicah narašča uporaba elektronskega načina komuniciranja. Morda ni optimalen medij za posredovanje informacij, vendar zagotavlja dostop do porazdeljenih virov informacij in omogoča poznejše ponovno ovrednotenje (Prijatelj, 2012; Rajkovič et al., 2007; Rajkovič et al., 2000).

Evropska unija si prizadeva razviti ustrezen računalniško podprt informacijski sistem za zdravstvo, ki bi lahko omogočal izmenjavo in primerljivost podatkov v

zdravstvu med državami članicami, zato priporočajo izgradnjo varne zdravstvene informacijske mreže. Že zdaj pa obstajajo primeri uvedbe e-KP po posameznih bolnišnicah. Tako so v eni izmed belgijskih bolnišnic uvedli e-KP za področje srčno-žilnih bolezni, na Nizozemskem razvijajo e-KP za premostitveno operacijo koronarnih žil in nekatere srčno-žilne bolezni, na Danskem pa e-KP za srčni infarkt in pljučnega raka. Največji korak so naredili v enem od konzorcijev bolnišnic v španski Barceloni. V De l'Hospitalet uporabljajo sistem standardnih operativnih postopkov (SOP) in so od leta 2008 razvili 15 e-KP, ki povezujejo sedem oddelkov, operacijske sobe, oddelek za pripravo na kirurške posege, negovalni oddelek in bolnišnične farmacevte (Pust, 2013; Marušič in Simčič, 2009).

E-dokumentacija nekega procesa predstavlja informacijski model, ki je namenjen njegovemu organiziranju in upravljanju v skladu z zastavljenimi cilji ob uporabi IKT. Tudi dokumentacijo zdravstvene nege moremo in moramo podpreti s sodobno IKT (Rajkovič, 2010; Šušteršič in sod., 2007). Prijatelj in sod. (2010) menijo, da je načrtovanje elektronske podpore procesu zdravljenja izjemno zahtevna naloga, saj je sam proces zelo kompleksne narave. Usmerjanje miselnosti od nestrukturiranih k strukturiranim zapisom pa je za klinično okolje in organizacijo dela izziv.

Sklep

Osnova za izboljševanje kakovosti in varnosti sta merjenje in dokumentiranje. V zdravstvu je potreben enoten informacijski sistem, ki bi omogočal lažje delo, kar pomeni manj papirologije, manj izpolnjevanja dokumentov in obrazcev, izmenjavo podatkov in informacij med različnimi oddelki znotraj zdravstvene institucije ter izmenjavo med različnimi institucijami, ki pa ga v Sloveniji še ni. Ob upoštevanju priporočil in smernic pri uveljavljanju projekta eZdravje smo uspeli predlagati in uveljaviti e-model dokumentacije KP za srčno operacijo, ki pripomore k celoviti in kakovostnejši obravnavi pacienta, služi za prenovo klasične dokumentacije, zaposlenim pa olajša in izboljša delo.

Uporabniki vidijo v e-dokumentaciji priložnost za izboljšanje varnosti v procesu zdravljenja pacienta od sprejema do odpusta iz bolnišnice, transparentnost in sledljivost opravljenega dela, hiter dostop do potrebnih podatkov ob pacientu, razvoj raziskovalne dejavnosti in ob tem pridobivanje novih znanj, zmanjšanje administrativnega dela in možnost reorganizacije določenih delovnih procesov.

Gre za model, ki omogoča hiter in celovit dostop do zapisanih podatkov o pacientu. Odkrivanje in beleženje odklonov pa pomeni korak k izboljšavi v procesu učenja in odpravljanja odklonov, ki lahko pozitivno vpliva na zagotavljanje varne zdravstvene oskrbe pacienta. E-dokumentiranje je priložnost za odpravo papirne

dokumentacije zdravstvene obravnave in ne nazadnje omogoča standardiziran zapis podatkov, ki je lahko v uporabi za statistično analizo. E-dokumentacija ne pomeni le prenove dokumentacije same, ampak predvsem prenovo obstoječih procesov. V vsem tem pa model predstavlja dodano vrednost.

Literatura

Blažun H, Kokol P in Lahe M. E-zdravstvena nega – globalna rešitev do zdravja. In: Berkopec M, ed. Ali bo e-zdravju sledila e-zdravstvena nega. 3. dnevi Marije Tomšič, Novo mesto, 20. in 21. januar 2011. Novo mesto: Splošna bolnišnica, Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Visoka šola za zdravstvo; 2011: 22–31.

Dostopno na:

http://www.sb-nm.si/Portals/0/Content/zbornik_DMT_2011.pdf (22. 7. 2013).

Kodele D, Košir F, Marušič D in Sušelj M. eZdravje - Strategija informatizacije slovenskega zdravstvenega sistema do leta 2010. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2005: 17.

Dostopno na:

<http://uploadi.www.ris.org/editor/1130935067OsnukeZdravje2010-01.pdf> (22. 7. 2013).

Marušič D in Simčič B. Priročnik za oblikovanje kliničnih poti. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2009: 16.

Dostopno na:

http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/Klinicne_poti/prirocnik_OBLIKOVANJE_KP_slo_170310.pdf (22. 7. 2013).

Moody LE, Slocumb E, Berg B in Jackson D. Electronic health records documentation in nursing: Nurses' perceptions, attitudes, and preferences. *Comput Inform Nurs.* 2004; 22 (6): 337–44.

Dostopno na:

http://www.providersedge.com/ehdocs/ehr_articles/EHR_Documentation_in_Nursing.pdf. (23. 7. 2013).

Pust B. Model e-dokumentacije klinične poti za srčno operacijo: magistrsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta; 2013: 1–5, 14–21, 47–57.

Prijatelj V. Priložnosti in ovire pri elektronskem zbiranju podatkov zdravstvene nege. *Obzor Zdr N.* 2005; 39 (3): 175–9.

Dostopno na:

http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=de577eec-8598-480f-b089-9fb2a4806180 (22. 7. 2013).

Prijatelj V. Organizacijsko informacijski model preprečevanja napak v procesu zdravstvene nege: doktorska disertacija. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede; 2012: 86–8.

Prijatelj V, Geršak B, Rajkovič U in Šušteršič O. Vpliv uvajanja IKT v zdravstvu na nivo pozornosti pri preprečevanju napak. In: Kern T, Rajkovič V, Paape B, Ferjan M, eds. Človek in organizacija: zbornik 29. mednarodne konference o razvoju organizacijskih znanosti, 24.–26. marec 2010. Portorož. Kranj: Moderna organizacija; 2010: 1180–8.

Prijatelj V, Trenz Z, Pavlović I. Elektronski terapevtsko temperaturni list kot element zagotavljanja varne zdravstvene obravnave. In: Berkopec M, ed. Ali bo e-zdravju sledila e-zdravstvena nega. 3. dnevi Marije Tomšič. Novo mesto, 20. in 21. januar 2011. Novo mesto: Splošna bolnišnica, Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Visoka šola za zdravstvo; 2011: 33.

Rajkovič U. Sistemski pristop k oblikovanju e-dokumentacije zdravstvene nege: doktorska disertacija. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede; 2010: 1, 58–9, 93–5.

Dostopno na:

<http://dkum.uni-mb.si/IzpisGradiva.php?id=13827> (22. 7. 2013).

Rajkovič U, Šušteršič O, Rajkovič V, Prijatelj V. A new approach in nursing documentation community nursing case. Medinfo. 2007: 354–9.

Dostopno na:

http://books.google.si/books?hl=sl&lr=&id=dEXxG4XyvKwC&oi=fnd&pg=PA354&dq=%22A+New+Approach+in+Nursing+Documentation+Community+Nursing+Case.%22&ots=AwWgidOBct&sig=Z68p4qW2wxO1idTiWuTgNVtNj_Q&redir_esc=y#v=onepage&q=%22A%20New%20Approach%20in%20Nursing%20Documentation%20Community%20Nursing%20Case.%22&f=false (16. 7. 2013).

Rajkovič V, Šušteršič O, Leskova R, Bitenc I in Zelič I. Increasing ouality of nurses' work by an information system: community system case. In: Saba V, Carr R, Sermeus W, Rocha P, eds. Nursing informatics: One step beyond: the evolution of technology and nursing. Auckland: Adis International; 2000: 529–36.

Šušteršič O, Rajkovič V in Rajkovič U. Z e-dokumentacijo do kakovostne zdravstvene nege. In: Filej B, Kersnič P, eds. Zbornik predavanj in posterjev 6. mednarodnega kongresa zdravstvene in babiške nege, 27. maj 2007. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2007: 45–57.

Trček D, Trobec R, Pavešić N in Tasić JF. Informations systems security and human behavior. Behav inf tehnol. 2007; 26 (2): 113–8.

Wolf DM, Greenhouse PK, Diamond JN, Fera W in Mc Cormick DL. Community hospital successfully implements eRecord and CPOE. Comput Inform Nurs. 2006; 24 (6): 307–16.

Wood D. Electronic documentation calls for standardized nursing language. Nurse zone. Nursing News. 2011: Dostopno na: <http://www.nursezone.com/nursing-news-events/more-news.aspx?id=17905> (22. 7. 2013).

AKREDITACIJA BOLNIŠNICE: NJEN VPLIV NA ZADOVOLJSTVO PACIENTOV, ZDRAVLJENIH V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI IDRIJA

HOSPITAL ACCREDITATION: IT'S IMPACT ON PATIENT SATISFACTION UNDERGOING TREATMENT IN THE PSYCHIATRIC HOSPITAL IDRIJA

*Lidija Mrak, dipl. m. s., spec.,
lidija.mrak@pb-idrija.si
Nataša Hvala dipl. m. s.,
natasa.hvala@pb-idrija.si;
Bogdan Tušar, univ. dipl. prav.
bogdan.tusar@pb-idrija.si
Psihiatrična bolnišnica Idrija*

IZVLEČEK

Uvod: Mednarodna akreditacija je za bolnišnice dinamičen proces stalnega izboljševanja, ki uvaja najboljše prakse dela ter promovira visoko kakovost in kulturo varnosti. Akreditacija prinaša prednosti za uporabnike, zdravstvene ustanove in osebje. Kakovost v zdravstvu je dosledno ustvarjanje izidov, ki so primerljivi s standardi ali najboljšimi praksami, in je opredeljena s tremi dimenzijami: kakovost za uporabnike, stroko in management. Zadovoljstvo pacientov je eno izmed meril kakovosti v zdravstveni organizaciji. Pomembno je, da bolnišnica pri nenehnem izboljševanju kakovosti upošteva mnenje pacientov. Namen prispevka je ugotoviti, ali uspešno opravljena akreditacijska presoja v Psihiatrični bolnišnici Idrija vpliva na stopnjo zadovoljstva pacientov. **Metode:** V prispevku sta bila uporabljena pregled literature in kvantitativna analiza dokumentacijskega vira poročila kazalnika kakovosti Stopnja zadovoljstva pacientov, spremljanega s strani psihološke službe ter dokumentacijskega vira Pohvale in pritožbe pacientov. **Rezultati:** Rezultati pokažejo, da je skupna ocena vseh dejavnikov stopnje zadovoljstva pacientov v letu 2011 in 2012 enaka. Povprečna ocena posameznega dejavnika pokaže, da so bili v letu 2011 pacienti najbolj zadovoljni z možnostjo stika s svojci in pomembnimi bližnjimi, v letu 2012 pa nad odnosom medicinskega osebja. Od leta 2010 dalje število pohval narašča, število pritožb pa upada. Leta 2009 je bilo s strani pacientov podanih največ pohval in najmanj pritožb. Vsebinska analiza besedil pokaže, da je največ, tako pohval kot pritožb, vezanih na odnos.

Razprava in sklep: Pridobitev akreditacijske listine pomeni potrditev dobre klinične prakse in zagotovilo, da se sistem vodenja in izvajanja kakovosti v praksi povezuje in razvijata v smeri zagotavljanja in izboljševanja kakovostne in varne zdravstvene obravnave pacientov. Pri ocenjevanju kakovosti zdravstvenih storitev je treba upoštevati različnosti zaznavanja kakovosti. Kakovost je koncept, ki ima tudi subjektivno in variabilno naravo. Razlike v njenem zaznavanju morajo biti pričakovane. S stalnim spremljanjem stopnje zadovoljstva pacientov in profesionalnim vidikom bo vidna in potrjena celostna slika kakovosti.

Ključne besede: varnost in kakovost zdravstvene obravnave, akreditacija, Psihiatrična bolnišnica Idrija, zadovoljstvo pacientov

ABSTRACT

Introduction: International hospital accreditation is a dynamic process of continuous improvement that introduces best practices and promotes high quality and the culture of safety. Accreditation provides benefits to users, medical institutions and personnel. Quality in healthcare is defined by generating consistent outcomes comparable to standards or best practices and by the following three dimensions: quality for users, profession and management. Patient satisfaction is one of the quality criteria in a medical institution. It is important that the hospital striving to continuously improve quality takes patients' opinion into account. The purpose of this paper is to determine whether the successfully completed accreditation audit in the Psychiatric Hospital Idrija has an effect on the level of patient satisfaction. **Methods:** In this paper we have performed a literature review and a quantitative analysis of documentary sources – the Degree of Patient Satisfaction, which is the report on quality indicators monitored by the Psychological Services, and Compliments and Complaints filed by patients. **Results:** Results indicate that the overall assessment of all the factors affecting the degree of patient satisfaction in 2011 and 2012 is the same. The average score of each of the factor indicates that in 2011 the patients were most satisfied with the possibility of having contact with their relatives and people close to them and in 2012 with the medical staff's attitude. Since 2010 the number of compliments is on the rise, whereas there is a drop in number of complaints. The content analysis of the text indicates that the majority of both compliments and complaints are related to the personnel attitude. **Discussion and conclusion:** Obtaining the accreditation certificate is an acknowledgment of a good clinical practice and an assurance that the management system and the implementation of quality are, in practice, connected and are evolving in the direction towards providing and improving the quality of healthcare

and patient safety. In assessing the quality of healthcare services the diverse perception of quality should be taken into account. Quality is a concept that has both the subjective and variable nature: therefore, we must expect differences in its perception. A comprehensive scope of quality will be displayed and validated by constantly monitoring the degree of patient satisfaction and aspect of professionalism.

Key words: safety and quality of healthcare, accreditation, Psychiatric Hospital Idrija, patient satisfaction

Uvod

Akreditacija v zdravstvu danes služi kot simbol odličnosti v zdravstveni obravnavi. Je dinamičen proces stalnega izboljševanja, ki uvaja najboljše prakse dela ter promovira visoko kakovost in kulturo varnosti. Vrednost akreditacije je široko prepoznavna med udeleženci procesa zdravstvene obravnave (regulator, potrošnik, zaposleni, ponudniki storitev, zdravstvene zavarovalnice, naročniki). Njena vrednost za paciente je predvsem dvig kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave (Horvat, Jerebic, 2012).

Kakovost v zdravstvu je dosledno ustvarjanje izidov zdravljenja, ki so primerljivi s standardi ali najboljšimi praksami ob upoštevanju načel kakovosti; to so uspešnost, varnost, pravočasnost, učinkovitost, enakost in osredotočenje na pacienta. Potrebno je sledenje cilju nacionalne politike nenehnega izboljševanja kakovosti, da bi s skupnimi prizadevanji vključili kakovost kot obvezno in stalno dejavnost na vsa področja zdravstva (Robida, 2006a). Osnovna pravica pacientov, ki jo določa Zakon o pacientovih pravicah (2008), je, da ima vsak pacient pravico do primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave. Naloga managementa zdravstvene ustanove je izdelava politike odličnosti, kakovosti in varnosti, ki zagotavlja uporabnikom dostop do take zdravstvene obravnave, posledično pa tudi najboljše izide (Robida, 2006b).

Psihiatrična bolnišnica Idrija (PBI) je sodobna polivalentna zdravstvena ustanova, katere osnovna dejavnost je usmerjena v prevencijo, diagnosticiranje in zdravljenje duševnih bolezni in motenj. Pokriva široko področje južne in severne Primorske, Obale, Krasa ter zahodnega dela Notranjske (Poslovno poročilo, 2012). S ciljem zagotoviti čim bolj varno in kakovostno zdravstveno oskrbo pacientom se je vodstvo bolnišnice leta 2012 odločilo za mednarodno akreditacijsko presojo. Postavlja se vprašanje, ali spremembe, ki jih zdravstvena ustanova izvede kot posledice priporočil akreditacijske presoje, vplivajo na zadovoljstvo pacientov.

Akreditacija

Mednarodna akreditacija (Det Norske Veritas – DNV) po standardu NIAHO (National Integrated Accreditation for Healthcare Organization) za bolnišnice je program, ki spodbuja razvoj in stalne izboljšave na področju kakovosti zdravstvene oskrbe ter varnosti pacientov v bolnišnici (Splošni standard, 2011). Akreditacija zdravstvenih zavodov je formalen postopek, kjer zunanja institucija oceni in presodi, kako zdravstveni zavod izpolnjuje vnaprej pripravljene in objavljene standarde kakovosti in varnosti. Hkrati se izvaja analitični in svetovalni proces nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti pacientov. Zdravstveni zavod ugotovi svoje dobre strani in svoje pomanjkljivosti ter tako lahko načrtuje postopke za izboljševanje uspešnosti svojega delovanja. Postopek akreditiranja zahteva visoko stopnjo prizadevanja in vključevanja vseh zaposlenih, tako v postopke spreminjanja miselnosti, kulture in odnosa do področja zagotavljanja kakovosti kot v procese zdravstvene oskrbe in njihovo izvajanje.

Prednost akreditacije za zdravstvene ustanove je povečanje sodelovanja vodstva in zdravstvenega ter drugega osebja pri vseh stopnjah procesa za izboljševanje kakovosti. S pomočjo priporočil akreditacijskega postopka se izboljša uspešnost del, poveča se odgovornost zdravstvene ustanove do pacientov, ustanoviteljev ter plačnikov, pridobi se zaupanje pacientov v skupnosti, kjer delujejo. Pri zaposlenih se poveča zadovoljstvo z delom. Ravno tako se poveča ponos osebja, ki je vpleteno v proces izboljševanja kakovosti in varnosti (Grabar, 2012). Vrednost akreditacije za uporabnike je zagotovilo, da bo uporabnik prejel ustrezne storitve. Zagotavlja dokaze, da zdravstvena ustanova izpolnjuje ustrezne standarde in da bodo osebnostne informacije ustrezno in varno upravljanje. Opredeljuje standardno vrednostno primerjavo, ki lahko načrtuje najbolj ustrezno zdravstveno obravnavo ter vključuje pogled uporabnika v razvojne procese standardov (Horvat, Jerebic, 2012).

Izkušnje in zadovoljstvo pacientov

Ovretveit (1992) je kakovost v zdravstvu opredelil s tremi dimenzijami: kakovost za uporabnike (tisto, kar uporabniki in njihovi skrbniki želijo in pričakujejo), kakovost za stroko (zdravstvena dejavnost zadovolji potrebe, kot jih opredeljujejo profesionalni izvajalci, priporočila, standardi) in kakovost za management (najbolj učinkovita in produktivna poraba virov v okviru meja in smernic, ki jih določijo višji oblastni organi in uporabniki). Kersnik (1999) navaja, da je zadovoljstvo pacientov eno izmed meril kakovosti v določeni zdravstveni organizaciji, in sicer s tistega vidika, ki se nanaša na subjektivno oziroma zaznano kakovost. Zadovoljstvo je izraženo uporabnikovo dožemanje lastne izkušnje z zdravstveno

oskrbo, s posameznim postopkom, s posameznim izvajalcem, zdravstveno ustanovo v celoti ali njenim delom in s sistemom zdravstvenega varstva. Prikazuje kakovost sporazumevanja, medosebnih odnosov in organizacije dela.

Pomembno je, da bolnišnica pri nenehnem izboljševanju kakovosti upošteva mnenja pacientov. Merjenje kakovosti storitev pomeni izvajalcu povratno informacijo, kako uporabniki zaznavajo njegove storitve (Kovačič, 2008). Dejavniki ocenjevanja kakovosti storitev so zanesljivost izvajalcev, njihova odzivnost, kompetentnost, dostopnost, prijaznost, spoštljiv odnos, pozornost, primeren način komuniciranja, zaupanje, varnost, razumevanje potreb uporabnika ter fizična podpora storitvam. Dejavniki fizične podpore storitvam vključuje oceno potrebnih pripomočkov, opreme, zunanjšega zgleda osebja ter videz objekta (Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1994). Razumevanje izkušenj pacientov o zdravstveni obravnavi, ki so jo prejeli, je bistveno za popolnejšo oceno kakovosti v zdravstvu (Robida, 2004). Ankete o izkušnjah pacientov lahko pomagajo pri podpori izboljševanju kakovosti v bolnišnici, časovnem sledenju izkušenj pacientov in podpori izboljševanja kakovosti na nacionalni ravni (Robida, 2006b).

Namen

Pričujoči prispevek želi ugotoviti in odgovoriti na vprašanje, ali uspešno opravljena akreditacijska presoja zdravstvene ustanove vpliva na stopnjo zadovoljstva pacientov. Namen prispevka je predstaviti podatke kazalnika kakovosti Stopnja zadovoljstva pacientov od leta 2004 ter izpostaviti leto 2011 in 2012. V nadaljevanju je namen prispevka prikazati število pohval in pritožb s strani pacientov od leta 2009 dalje. S pomočjo rezultatov bomo poskušali odgovoriti, ali so vlaganja zdravstvenega osebja v dvig kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave opažena tudi s strani uporabnikov.

Metode dela

V prispevku sta bila uporabljena pregled literature in analiza dokumentacijskih virov. Literatura je bila pridobljena s pomočjo podatkovnih baz Google učenjak in CINAHL. Ključne besede v slovenskem jeziku so bile akreditacija, pacient in zadovoljstvo ter accreditation, patient, satisfaction v angleškem jeziku. Zbiranje literature je potekalo od julija do septembra 2012.

Uporabljena je bila kvantitativna analiza dokumentacijskih virov. V analizo so bila vključena poročila kazalnika kakovosti Stopnja zadovoljstva pacientov, spremljanega s strani psihološke službe in dokumentacijskega vira Pohvale in pritožbe

pacientov. Podatki za kazalnik kakovosti so povzeti, urejeni in prikazani v obdobju od leta 2004 do leta 2012. Pri obdelavi omenjenih podatkov je bila uporabljena opisna statistika. Podatki dokumentacijskega vira Pohvale in pritožbe pacientov pa so predstavljeni v obdobju od leta 2009 do leta 2012.

Osnovni merski inštrument v omenjenem kazalniku je nestandardiziran anketni vprašalnik, izdelan za interne potrebe s strani psihološke službe Psihiatrične bolnišnice Idrija. Merski inštrument vsebuje 13 dejavnikov, ki jih ocenjujejo pacienti ob zaključku obravnave. Na 5-stopenjski ocenjevalni lestvici: 1 – sploh nisem zadovoljen, 2 – sem v manjši meri zadovoljen, 3 – sem srednje zadovoljen, 4 – sem v veliki meri zadovoljen, 5 – sem v celoti zadovoljen, se ugotavlja stopnja zadovoljstva z dostopnostjo obravnave v bolnišnici, začetnim stikom ob sprejemu v bolnišnico, odnosom medicinskega osebja, odnosom nemedicinskega osebja, dostopnostjo stika z medicinskim osebjem, možnostjo različnih oblik obravnave, možnostjo stika s svojci ali drugimi bližnjimi osebami, spoštovanjem zasebnosti in diskretnosti, obveščenostjo o pravicah, dolžnostih in možnostjo pripomb, bivalnimi pogoji v bolnišnici, higienskimi razmerami v bolnišnici, prehrano in drugimi nezdavstvenimi uslugami. Pacienti imajo na koncu vprašalnika možnost, da sami opredelijo in zapišejo tudi morebitna lastna pričakovanja, lahko podajo svoje pripombe, predloge in pritožbe. Anketni vprašalnik je anonimen. Sodelovanje je prostovoljno. V obdobju od leta 2004 do leta 2012 je anketni vprašalnik izpolnilo 2909 pacientov.

V bolnišnici vzpostavljen sistem pohval in pritožb pacientom omogoča, da zapišejo in oddajo pisne pritožbe, pohvale, mnenja in predloge v za ta namen pripravljene nabiralnike na bolniških oddelkih. Možnost izražanja pisnega mnenja je od 1623 sprejetih pacientov v letu 2009 izkoristilo 54 pacientov. Leta 2010 je od 1571 sprejetih to storilo 26 pacientov, leta 2011 pa je od 1608 sprejetih to možnost izkoristilo 30 pacientov. V letu 2012 je bilo sprejetih 1648 pacientov. Pritožbe in pohvale je izpolnilo 39 pacientov. Dokumentacijski viri pohval in pritožb pacientov so arhivirani pri predstojniku bolnišnice. Analiza besedil na navedenih obrazcih je bila vezena in omejena na vsebino (temo), ki se je najpogosteje pojavljala.

Rezultati

Rezultati so v prispevku prikazani v treh sklopih. Prvi sklop se nanaša na predstavitev kazalnika, drugi na primerjavo med letoma 2011 in 2012, zadnji sklop pa na število in vsebino pohval in pritožb pacientov. Podatki so prikazani v razpredelnicah, slikah in besedilu. Razpredelnica 1 prikazuje povprečno oceno vseh posameznih dejavnikov, ki jih vsebuje anketni vprašalnik.

Skupna povprečna ocena zadovoljstva pacientov, ki so anketni vprašalnik ob zaključku obravnave oddali, se je od leta 2004 do leta 2012 zvišala. Pacienti so z obravnavo v bolnišnici v veliki meri zadovoljni. Zbrani podatki kažejo, da ostaja v zadnjih letih skupna povprečna ocena zadovoljstva na približno enaki oceni (razpredelnica 1).

Razpredelnica 1 pokaže, da je skupna ocena vseh dejavnikov stopnje zadovoljstva pacientov v letu 2011 in 2012 enaka, nespremenjena. Povprečna ocena posameznega dejavnika pokaže, da so bili v letu 2011 pacienti najbolj zadovoljni z možnostjo stika s svojci in pomembnimi bližnjimi (razpredelnica 2), v letu 2012 pa so bili najbolj zadovoljni z odnosom medicinskega osebja (razpredelnica 3).

Razpredelnica 1: Prikaz povprečnih ocen splošnega zadovoljstva (Režun, Zelenc, 2012)

Leto	Število sodelujočih	Povprečna ocena
2004	453	4,3
2005	425	4,3
2006	510	4,3
2007	314	4,3
2008	268	4,4
2009	202	4,3
2010	338	4,3
2011	224	4,4
2012	175	4,4

Razvidno je (razpredelnica 2, razpredelnica 3), da pacienti v letu 2011 in 2012, poleg omenjenih dveh dejavnikov, na prvih pet mest razporedijo še večjo mero zadovoljstva z bivalnimi pogoji, dostopnostjo medicinskega osebja in higienskimi razmerami.

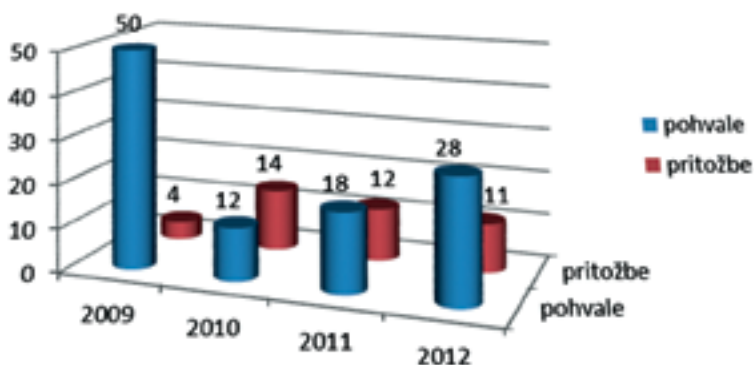
Razpredelnica 2: Razvrstitev dejavnikov, ki najbolj pripomorejo k zadovoljstvu, glede na povprečno oceno v letu 2011 (Režun, Zelenc, 2012)

Povpreč. ocena	Dejavnik
4,63	stik s svojci
4,56	higienske razmere
4,54	bivalni pogoji
4,54	dostopnost medicinskega osebja
4,53	odnos medicinskega osebja
4,39	začetni stik
4,37	spoštovanje zasebnosti
4,36	odnos nemedicinskega osebja
4,35	dostopnost obravnave
4,35	raznolikost obravnave
4,28	obveščenost o pravicah, dolžnostih
4,26	prehrana
4,07	druge nezdravstvene usluge

Razpredelnica 3: Razvrstitev dejavnikov, ki najbolj pripomorejo k zadovoljstvu, glede na povprečno oceno v letu 2012 (Režun, Zelenc, 2012)

Povpreč. ocena	Dejavnik
4,57	odnos medicinskega osebja
4,53	dostopnost medicinskega osebja
4,52	bivalni pogoji
4,52	higienske razmere
4,52	stik s svojci
4,36	spoštovanje zasebnosti
4,33	odnos nemedicinskega osebja
4,32	začetni stik
4,29	raznolikost obravnave
4,27	dostopnost obravnave
4,24	obveščenost o pravicah, dolžnostih
4,08	prehrana
4,03	druge nezdravstvene usluge

V bolnišnici vzpostavljen sistem pritožb in pohval od leta 2009 nudi pacientom dodatno možnost izražanja mnenj. Sočasno to pomeni za bolnišnico tudi pridobitev drugih pomembnih podatkov s strani pacientov. Ugotovljeno je bilo (slika 1), da od leta 2010 dalje število pohval narašča, število pritožb pa upada. Leta 2009 je bilo s strani pacientov podanih največ pohval in najmanj pritožb. Vsebinska analiza besedil pokaže, da je največ, tako pohval kot pritožb, vezanih na odnos (48).



Slika 1: Število pohval in pritožb pacientov v obdobju od 2009 do 2012

Razprava

Na prvo zastavljeno vprašanje, tj. ali uspešno opravljena akreditacijska presoja zdravstvene ustanove vpliva na stopnjo zadovoljstva pacientov, ne moremo odgovoriti pozitivno. Rezultati kazalnika kakovosti med letoma 2011 in 2012 namreč kažejo nespremenjeno skupno povprečno stopnjo zadovoljstva pacientov. Do enakih ugotovitev prihaja tudi tujina. Ugotavljajo, da med stopnjo zadovoljstva pacientov in akreditacijo ni povezanosti (Heuer, 2011; Sack et al., 2011). Raziskave pa kažejo tudi nasprotno: višjo stopnjo zadovoljstva pacientov v akreditirani bolnišnici kot v neakreditirani (Al-Qahtani et al., 2012). Čeprav je eden izmed ciljev akreditacije, da bolnišnica deluje bolje na sprejemljivih kazalcih učinkovitosti, pa izkušnje kažejo, da akreditacija ni jamstvo, da bodo storitve opravljene izjemno kakovostno, prav tako pa so med akreditiranimi bolnišnicami resne razlike. Tveganje, ki ga prinaša akreditacija, je samozadostnost organizacije. Posledica je izguba zaupanja javnosti (Horvat, Jerebic, 2012).

Dejstvo je, da imamo še premalo podatkov o vplivu akreditacije na zadovoljstvo pacientov (Greenfield, Braithwaite, 2008). Obstaja možnost, da se nekateri pozitivni učinki na dvig zadovoljstva pacientov pojavijo v kasnejšem časovnem obdobju (Sack et al., 2011). Ključnega pomena je upoštevanje različnosti zaznavanja kakovosti, kar je treba upoštevati pri ocenjevanju kakovosti zdravstvenih storitev. Kakovost je namreč koncept, ki ima tudi subjektivno in variabilno naravo. Razlike v njenem zaznavanju (so) morajo biti pričakovane (Goričan, 2009; Kovačič, 2008). Varna, učinkovita in kakovostna zdravstvena oskrba je osnovna človekova pravica. Sistem akreditacije kot orodje za zagotavljanje visoko kakovostne, učinkovite

in varne zdravstvene obravnave nudi najprimernejše okolje za obravnavo pacientov. Predpostavljamo, da standardizacija in kontrola struktur, procesov, kliničnih poti vodi do boljših izidov za pacienta in s tem tudi večjega zadovoljstva pacientov. Ugotovitve pa kažejo, da mnenja pacientov o varnosti in kakovosti temeljijo tudi na drugih vidikih. Vidik, ki ga sami zlahka zaznajo in ocenjujejo, ni samo vidik tehnične kakovosti, ampak udobje, fizična in časovna dostopnost, prijaznost osebja, obveščenost o bolezni in zdravljenju, skrb za dostojanstvo in zasebnost ter sodelovanje pri zdravljenju. Bistvenega pomena pri strategiji izboljševanja kakovosti je transformacija spregledanih subjektivnih pacientovih mnenj in zaznavanj kakovosti (Horvat, Jerebic, 2012; Simčič, Poldrugovac, Marušič, 2011; Kersnik, 2010; Goričan, 2009; Kovačič, 2008; Kociper, 2007; Robida, 2006b; Levine, Plume, Nelson, 1997).

Analiza dokumentacijskih virov potrjuje, da pacienti zaznavajo, opažajo in poudarjajo predvsem odnos. Nanj se nanaša največje število pohval in pritožb. Razbrati je mogoče, da se je med letoma 2011 in 2012 dvignila povprečna ocena pri odnosu medicinskega osebja. V letu 2012 zavzema prvo mesto med dejavniki, ki jih pacienti najbolje ocenjujejo pri splošnem zadovoljstvu. Govorimo torej o točki, kjer se srečata prizadevanje zdravstvene organizacije, da vzpostavi splošno veljavna merila in standarde kakovosti, s konceptom pacientove zaznave kakovosti, ki ima tudi subjektivno naravo. Subjektivna ali humanistična kakovost je pacientu lastna ocena odličnosti zdravstvene storitve, ki je ni mogoče izmeriti in je končni razsodnik vsakega posameznika (Kovačič, 2008). Zdravstveni delavci se pri obravnavi pacientov z duševno motnjo srečujemo z izzivom iskanja ravnotežja med izpolnjevanjem zahtev stroke ter pričakanji pacientov in njihovih svojcev. Ta razkorak je lahko večji pri pacientu, pri katerem moten stik z realnostjo vpliva na njegovo spremenjeno vedenje, odnose v družini in družbi in tudi na spremenjeno doživljanje zdravstvene obravnave v bolnišnici. Navedeno je (Kersnik, 1999), da imajo nekatere lastnosti pacienta (lahko) pomemben vpliv na stopnjo zadovoljstva. Tudi pri ljudeh, ki trpijo zaradi duševne motnje, je zadovoljstvo praviloma manjše. Čeprav v terapevtski medosebni odnos zdravstveno osebo včasih vstopa z množico lastnih predsodkov, mitov, stereotipov, napačnih prepričanj in dilem, z občutki nemoči, občutki izgorelosti in negotovostjo, ali lahko konstruktivno pomaga in sodeluje pri obravnavi (Ferfolja, Hvala, 2012), rezultati kažejo, da ostaja medosebni odnos jedro zadovoljstva. Pri doseganju in ohranjanju zdravja kot eni največjih vrednost človeka se medosebni odnos v večini pohval in pritožb nanaša predvsem na prijazen, spodbuden in korekten odnos zdravstvenega ter drugega osebja, pa tudi na zadovoljstvo s potekom zdravljenja in izboljšanega počutja (Režun, Zelenc, 2012).

Ključna ugotovitev je, da se zaznavanje kakovostne in varne zdravstvene obravnave s strani uporabnikov in s strani izvajalcev razlikuje. Za bolnišnico je merjenje zadovoljstva pacientov (kakovost storitev) zelo pomembno, saj dobi povratno informacijo o tem, kako pacient zaznava njene storitve. Na podlagi merjenja stopnje zadovoljstva lahko bolnišnica izboljša kakovost svojih storitev. Velikost vzorca oziroma število pacientov, ki izpolnijo anketo o zadovoljstvu, narekuje potrebo po nujnih posodobitvah anketnega vprašalnika in po nadaljnjem sistematičnem spremljanju zadovoljstva pacientov (Režun, Zelenc, 2012). Merjenje stopnje zadovoljstva ima vrednost tudi za zaposlene. Višanje stopnje zadovoljstva pacientov pri izvajalcih poveča občutek, da so delo dobro opravili (Horvat, Jerebic, 2012).

Sklep

Akreditacija bolnišnic je sprejeta kot merilo za zagotavljanje ali izboljševanje kakovosti zdravstvenih storitev. Pridobitev standarda NIAHO za Psihiatrično bolnišnico Idrija pomeni potrditev dobre klinične prakse in zagotovilo, da se sistem vodenja in izvajanja kakovosti v praksi povezuje in razvijata v smeri zagotavljanja in izboljševanja kakovostne in varne zdravstvene obravnave pacientov. Pridobljena akreditacijska listina potrjuje, da bolnišnica osebam, ki poiščejo pomoč v njej ali zunajbolnišničnih enotah, nudi varno in urejeno okolje ter zdravstveno oskrbo, ki temelji na mednarodno priznanih standardih kakovosti in sodobni klinični praksi. Na drugi strani predstavlja dolgoročno zavezo k nenehnemu nadgrajevanju in dopolnjevanju sistema kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe. Pomeni dodatno spodbudo k razvoju sodobnega psihiatričnega zdravljenja in celostne obravnave duševnih bolezni. Omogočala bo uvajanje novih, prijaznejših metod in oblik dela s pacienti ter postopen prehod v različne dnevne oblike zdravljenja, specialistično ambulantno obravnavo in psihiatrično zdravljenje v skupnosti. Slednje bodo lahko dolgoročno zagotovile boljšo dostopnost in medsebojno povezanost služb za duševno zdravje in s tem hitrejši odziv stroke na potrebe ljudi z duševnimi motnjami. S pomočjo notranjih in zunanjih presoj bolnišnica ugotavlja področja, kjer je treba uvesti določene spremembe. Pomemben vidik so pacienti in njihovo zadovoljstvo. Tudi z vztrajanjem pri iskanju in pridobivanju informacij o izkušnjah in zadovoljstvu pacientov bo lahko bolnišnica v prihodnosti še izboljšala svoje storitve. Z obema vidikoma, tako profesionalnim kot pacientovim, bo tako vidna in potrjena tudi celostna slika kakovosti.

Literatura

Al-Qahtani MF, Al-Dohailan SK, Al-Sharani HT, Al-Medaires MA, Khuridah EN, Al-Dossary NM. The impact of the status of hospital accreditation on patient satisfaction with the Obstetrics and Gynecology Clinics in the Eastern Province, Saudi Arabia. *Int J Med Med Sci.* 2012; 3(10): 665–73.

Ferfolja A, Hvala N. Proces zdravstvene nege pri pacientu z dvojno diagnozo: prikaz primera. In: Bregar B, Mrak L, eds. *Izzivi pri obravnavi psihoz.: zbornik predavanj z recenzijo. Psihiatrična bolnišnica Idrija*, november 2012. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2012: 48–57.

Goričan A. Zadovoljstvo uporabnikov zdravstvenih storitev z delom zdravstvenega osebja: študija primera: magistrsko delo. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management; 2009: 91.

Grabar D. Z akreditacijo do kakovostne in varne oskrbe v bolnišnici. In: Bahun M, ed. *Trajnostni razvoj na področju kakovosti in varnosti – povezava med akreditacijo in varno ter kakovostno obravnavo pacientov. Zbornik prispevkov. 5. dnevi Angele Boškin, Kranjska Gora, 20. in 21. september 2012.* Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, Visoka šola za zdravstveno nego; 2012: 11–4.

Greenfield D, Braithwaite J. Health sector accreditation research: a systematic review. *Int J Qual Health Care.* 2008; 20(3): 172–83.

Heuer AJ. Hospital accreditation and patient satisfaction: testing the relationship. *Int J Health Qual.* 2011; 26(1): 46–51.

Horvat I, Jerebic S. Značilnosti in prednosti akreditacije. In: Bahun M, ed. *Trajnostni razvoj na področju kakovosti in varnosti – povezava med akreditacijo in varno ter kakovostno obravnavo pacientov. Zbornik prispevkov. 5. dnevi Angele Boškin, Kranjska Gora, 20. in 21. september 2012.* Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, Visoka šola za zdravstveno nego; 2012: 18–23.

Kersnik J. Zadovoljstvo bolnikov. *Med Razgl.* 1999; 38(3): 389–394.

Kersnik J. Kakovost v zdravstvu (drugi natis). Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD; 2010: 14–44, 71–91, 215–40.

Kociper B. Kakovost in varnost zdravstvene oskrbe. In: Čuk V, ed. *Kakovost in varnost v psihiatrični zdravstveni negi: zbornik prispevkov. Psihiatrična bolnišnica Vojnik, 8. junij 2007.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2007: 15–9.

Kovačič P. Zadovoljstvo pacientov z zdravstvenimi storitvami: diplomsko delo univerzitetnega študija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede; 2008: 23–33.

Levine AS, Plume SK, Nelson EC. Transforming patient feedback into strategic action plans. *Int Qual Manag Health Care.* 1997; (5)3: 28–38.

Ovretveit J. *Health Service Quality.* Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1992.

Parasuraman A, Zeithaml Valerie A, Berry Leonard L. Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: Implications for further research. *Int Journal of Marketing.* 1994; 58(11): 111–24.

Robida A. Program za samoocenjevanje in zunanjo presojo – akreditacijo zdravstvenih zavodov. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2004: 12.

Robida A. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2006a: 10–6.

Robida A. Uvajanje izboljšav kakovosti v bolnišnice. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2006b: 38.

Sack C, Scherag A, Lutkes P, Gunther W, Jockel KH, Holtmann G. Is there an association between hospital accreditation and patient satisfaction with hospital care? A survey of 37000 patients treated by 73 hospitals. *Int J Qual Health Care*. 2011; 23(3): 278–83.

Simčič B, Poldrugovac M, Marušič D. Kazalniki kakovosti in akreditacija kot orodja za vodenje kakovosti v zdravstvu v Sloveniji. *Bilt-Ekon Organ Inform Zdrav*. 2011; 27(1): 29–49.

Splošni standard za bolnišnice. Mednarodne akreditacijske zahteve. DNV (Det Norske Veritas), DNV-DS-HC101. Verzija 2.0; 2011.

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). Uradni list republike Slovenije št. 15/2008.

Viri:

Poslovno poročilo. Psihiatrična bolnišnica Idrija; 2012.

Režun B, Zelenc M (2012). Anketa – kazalniki stopnje zadovoljstva za leto 2012. In: Strokovno poročilo Psihiatrične bolnišnice Idrija; 2012.

SMERI RAZVOJA ZDRAVSTVENE NEGE V PRIHODNOSTI

FUTURE DEVELOPMENT TRENDS IN NURSING

izr. prof. dr. Brigita Skela Savič, viš. med. ses., univ. dipl. org.
Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice
bskelasavic@vszn-je.si

IZVLEČEK

Zdravstvena nega prihodnosti mora biti transparentna pri samoregulaciji, deluje in predstavlja naj se kot stroka, katere osnova za delovanje so znanstveni dokazi. Za doseganje ciljev so potrebni: znanje, obveščenost, sledenje raziskavam, sposobnost nastopanja v strokovni in laični javnosti, lastno raziskovalno delo, vključevanje v mednarodne raziskave, mednarodno povezovanje s prepoznavnimi akterji in oblikovalci stališč v Evropski uniji. Predvsem pa so potrebne definicija lastnega dela in kritična ocena o zmožnostih profesije ter alokacija obstoječih virov. Od medicinskih sester se pričakuje prevzemanje odgovornosti za nove vloge v zdravstveni obravnavi, pot do tega pa je na ramenih države, profesionalnih združenj, vrhnjega managementa zdravstvenih zavodov in izobraževalnih institucij. Management mora zahtevati in omogočati refleksijo na strokovno delo, logično razmišljanje, zbiranje informacij o primerljivih strokovnih problemih v strokovnih in znanstvenih publikacijah in jasno definirati strokovne probleme ter se povezati z raziskovalnimi okolji za njihovo razreševanje. Potreben je Nacionalni raziskovalni center, za ustanovitev katerega mora prevzeti odgovornost Zbornica – Zveza, na ravni managementa zdravstvenih zavodov pa je treba pristopiti k oblikovanju oddelkov za raziskovanje in razvoj.

Ključne besede: profesionalizem, kompetence, raziskovanje, voditeljstvo, strategija, regulacija

ABSTRACT

In the future, nursing will have to be characterized by transparency in self-regulation, it will have to be implemented and presented as a discipline solidly based on scientific evidence. The key elements of achieving these goals include having relevant knowledge, being informed, following the latest research evidence, the ability to appear in front of nursing professionals and the lay public, own research work, inclusion in EU researches and international collaboration with recognized

EU decision-makers. Above all, nursing professionals will have to define their work, critically evaluate the competences of nursing as a profession and allocate existing resources. Nurses are expected to assume responsibility for new roles in health care provision, but the guidelines for doing so must be laid out by the state, professional associations and senior management of health care institutions and educational institutions. Managers should insist on and create conditions for reflection of professional work, critical thinking, gathering of information on similar issues in professional and scientific publications, as well as clearly define nursing issues and solve them in cooperation with the research settings. A National Research Center should be established and the responsibility of doing this lies with the Nurses and Midwives Association of Slovenia. Finally, managers of health care institutions should start planning research and development departments.

Key words: professionalism, competences, research, leadership, strategy, regulation

Uvod

Lowe s sodelavci (2011) izpostavlja, da se danes od zdravstvene nege pričakuje veliko, saj mora biti zdravstvena obravnava kakovostna, stroški kontrolirani, opazen je pritisk medicinske tehnologije, staranja populacije, vse pomembnejša je vloga zaposlenih z vidika znanj in prispevka k rezultatom dela, globalni izziv je izvajati zdravstveno obravnavo, ki bo skladna s smernicami in standardi, zmogljiva in stroškovno učinkovita. Sheer in Wong (2008) sta na mednarodni ravni analizirala potrebo po povečevanju znanja za delo v zdravstveni negi in ugotovila, da potreba po povečanju znanj v zdravstveni negi narašča z vidika stroškov zdravstvene obravnave, potreb po povečanju dostopnosti zdravstvene obravnave, zmanjšanja čakalnih dob, pomoči socialno ogroženim skupinam v družbi in varovanja zdravja specifičnih skupin v populaciji. V zdravstveni negi prihaja vedno bolj v ospredje izvajanje na višji ravni znanj in izvedbe (advance practice in nursing, APN). V dokumentu »Strategic directions for strengthening nursing and midwifery services 2011–2015« (WHO, 2010) je poudarjen odločilen prispevek, ki ga imajo medicinske sestre in babice za izboljšanje izidov zdravstvene obravnave na ravni posameznikov, družin in skupnosti. Vendar je potrebno, da stroka razvije lastne standarde dela in regulacijo lastnega dela ter izobraževanja na ravni države, kar bo podporno delovalo na razvoj prakse, podprte z dokazi, ki mora biti na visoki kakovostni ravni.

Opis problema in namen

Zapisano v uvodu bi lahko razumeli tudi na način, da je danes v zdravstveni negi potrebna refleksija na doseženo in jasno prepoznavanje potrebnih novih strateških prijemov, ki ne bodo omejeni z zgodovinskim razvojem zdravstvene nege, temveč bodo odgovor na zdravstveno stanje v družbi danes in pričakovanja ter priložnosti za razvoj stroke v naslednjih desetletjih. Od medicinskih sester se pričakuje prevzemanje odgovornosti za nove vloge v zdravstveni obravnavi, pot do tega je na rame-nih profesionalnih združenj, vrhnjega managementa zdravstvenih zavodov in izo-braževalnih institucij. Raziskav, ki to dokazujejo, je veliko, danes imamo v Sloveniji tudi že vertikalno izobraževanje na visokošolski ravni. Naša naloga je, da ustrezno umestimo različne ravni izobraževanja v zdravstveni negi v kompetenčni model celostnega pristopa do posameznika, družine in skupnosti, ki bo podprt z dokazi.

Metode

Prispevek je sinteza nekaterih že objavljenih del avtorice, pri katerih je bila upo-rabljena metoda pregleda literature (Skela Savič, 2013; 2012a; 2012b; 2011; Skela Savič, Kydd, 2011). V pripravo prispevka smo dodatno uvrstili znanstvene članke, ki smo jih na mednarodni bazi PubMed dobili pod ključnimi besedami »profes-sionalism, nursing, profession development«. Zadetkov je bilo 30, iskalno obdo-bje je bilo september 2013, iskali smo članke od leta 2007 naprej. Glede na namen pisanja prispevka smo v polno besedilo uvrstili 8 znanstvenih člankov, ki so bili objavljeni v revijah z recenzijo. Prav tako smo pregledali usmeritve mednarodnih združenj za področje zdravstvene nege za obdobje zadnjih petih let. V prispevku predstavljamo sintezo spoznanj avtorjev posameznih člankov z že predhodnimi spoznanji pregledov literature avtorice prispevka v zadnjih treh letih. Oblikovanih je šest vsebinskih kategorij.

Rezultati

Strateška usmerjenost zdravstvene nege

V dokumentu »Strategic directions for strengthening nursing and midwifery services 2011–2015« (WHO, 2010) so natančno opredeljena področja delovanja zdravstvene nege in babiške nege v obdobju, ki že teče. V članku se osredotočamo na zdravstveno nego. Pomembno je, da zdravstvena nega na nacionalni ravni do-seže ključne premike in rezultate na področjih:

- Ključni rezultat 1 – vključevanje na ravni zdravstvene politike: Aktivno vklju-čevanje strokovnjakov v vse ravni zdravstvene politike, v razvijanje zdravstve-nih programov in v odločanje o zdravstvenem sistemu prihodnosti.

- Ključni rezultat 2 – jasna definicija delovanja na vseh ravneh: V načrtovanje razvoja zdravstvene nege v sistemu zdravstvenega varstva morajo biti vključeni predstavniki vlade, civilne družbe, zdravstvenih zavodov, izobraževalnih zavodov in profesionalnih organizacij. Sprejete odločitve morajo upoštevati lokalno raven potreb, trenutni položaj zdravstvenega sistema, zmožnosti izvedbe in zmožnosti izobraževanja. Osredotočiti se je treba na regulacijske mehanizme v stroki, standardizacijo študijskih in izobraževalnih programov, razvoj raziskovanja znotraj zdravstvene nege in širše za odkrivanje prepadov med dejanskim stanjem in potrebami.
- Ključni rezultat 3 – transparentnost v izobraževanju: Izobraževalni programi na vseh ravneh izobraževanja morajo temeljiti na stalnem spremljanju, vrednotenju lastnega dela in dela v stroki ter spoznanjih raziskav.
- Ključni rezultat 4 – odgovornost managementa: Management mora zagotoviti pogoje za delo preko standardov dela, ki so skladni s pričakovanji javnosti. Strategije delovanja morajo biti podprte z dokazi, pomembna je tehnična podpora procesom izvajanja zdravstvene nege, zadostno število osebja, mobilnost in prehajanje znanj in izkušenj med oddelki in zdravstvenimi zavodi.
- Ključni rezultat 5 – multiprofesionalizem: Vzpostaviti multiprofesionalno sodelovanje na vseh ravneh: znotraj zdravstvenega zavoda, med zdravstvenimi zavodi, z vlado, med profesionalnimi združenji idr.

Strateške usmeritve imajo navedenih 65 operativnih rezultatov, ki izhajajo iz posameznih ključnih rezultatov. Rezultate usmerja 13 ciljev.

Raziskovanje v zdravstveni negi kot osnova za načrtovanje strateških usmeritev in postavitev ciljev delovanja

Mackay (2009) opozarja na rezultate raziskave »European Nurse Researchers« iz leta 2007, ki je vključila 22 držav Evrope: več kot polovica držav ni imela nacionalne strategije za raziskovanje v zdravstveni negi in ni bilo dokazov, kako zmanjšati prepad med teoretičnim znanjem in prakso in kako razviti za klinično okolje relevantne klinične raziskave. Avtorica na osnovi pregleda raziskav poudari, da je znanstveni pristop v zdravstveni negi potreben, primeren in nujen ter da mora vsebovati tudi elemente klinične perspektive. Zdravstvena nega se mora približati razmerju 75:25, ki ga imajo zdravniki, saj 75 % svojega časa namenijo kliničnemu raziskovanju in 25 % za delo s pacientom in izobraževanje. Medicinske sestre morajo narediti korak, da začnejo z izvajanjem klinično relevantnih raziskav, in pospeševati krog znanja iz kliničnih problemov do raziskovalnih vprašanj za spremembe v klinični praksi. Podobne razlike med evropskimi državami na področju

raziskovanja pokaže raziskava Büscher, Sivertsen in White (2009). Močna raziskovalna jedra so prisotna le v državah, ki imajo tradicijo izobraževanja na magistrski in doktorski ravni. Prav tako je prepoznati slabo vključenost zdravstvene nege v interdisciplinarne raziskave in slabo razpoložljivost raziskovalnih sredstev za področje širše zdravstvene obravnave. V državah, kjer se medicinske sestre uspejo uveljaviti kot raziskovalke, tudi prispevajo na ravni države in širše k oblikovanju politik in so uspešne pri pridobivanju raziskovalnih sredstev. Znanje medicinskih sester in raziskovalna vključenost sta tudi tesno povezana s spremljanjem in zagotavljanjem kakovosti ter vrednotenjem lastnega dela. Medicinske sestre se morajo tega zavedati in biti pripravljene spremljati in razvijati svojo prakso ter zagotavljati sistem varnosti in kakovosti. Na drugi strani pa se morajo odločevalci v zdravstvenem sistemu zavedati pomena kakovostnega izvajanja zdravstvene nege.

McCance s sodelavci (2007) je raziskovala strategijo umeščanja raziskovanja v zdravstveno nego in babištvo. Raziskovanje opredeli kot ključni element razvoja zdravstvene nege in babiške nege za katerega je treba vzpostaviti pogoje za vodenje, izvajanje in uporabo rezultatov. Opredeli tri ključna področja za razvoj raziskovanja:

- pomembno je močno in vidno voditeljstvo zdravstvene nege;
- pripraviti strokovne ekspertize s problemi v strokovnem delu, ki bodo osnova za oblikovanje raziskovalnih programov in
- povečanje sposobnosti posameznika in organizacije za prevzemanje aktivnosti na področju razvoja zdravstvene nege.

Za uresničevanje navedenih ključnih področij se izkažejo kot pomembni: potrebnost jasne vizije razvoja, močno in vidno voditeljstvo vrhnjega vodstva, ki uresničuje vizijo, integracija raziskovanja in razvoja v neposrednem kliničnem delu, povečati strateško vodenje na nižjih ravneh.

Skela Savič in Kydd (2011) sta izvedli sistematični pregled literature o znanju v zdravstveni negi, ki mora biti odziv na potrebe družbe danes. Prepoznanih je bilo sedem pomenskih kategorij, ki pogojujejo razvoj znanja: javna podoba medicinskih sester, zavedanje na ravni osebe in na ravni strokovnjaka, znanje in število kadra v zdravstvu prilagoditi potrebam v prihodnosti, potrebne so nove dimenzije znanja v zdravstveni negi in prenos kompetenc, raziskovanje kot vir novega znanja in razvoja, prevzemanje odgovornosti za izvajanje z dokazi podprte zdravstvene nege, usmerjenost v sodelovanje in komuniciranje.

Zdravstvena nega in njeno dožemanje v multiprofesionalnem okolju in v družbi

Hoeve in sodelavci (2013) v rezultatih obsežnega pregleda literature o zdravstveni negi z vidika dožemanja javnosti, lastnega pogleda in profesionalne identitete ugotovijo, da je aktualna družbena podoba medicinskih sester raznolika in neskladna. Ta podoba se generira od medicinskih sester samih skozi njihovo nevidnost in neprepoznavnost v zdravstveni obravnavi in njihovo pasivnost v javnih razpravah. Medicinske sestre so oblikovale svoj koncept dožemanja samih sebe in koncept profesionalne identitete iz javnega mnenja, delovnega okolja, delovnih vrednot, sistema izobraževanja in kulturnih vrednot. Medicinske sestre morajo narediti več za komuniciranje o svojem profesionalizmu v družbi, jasno naj predstavijo strateške vloge, ki jih imajo v zdravstveni obravnavi.

Johnson in sodelavci (2012) na osnovi izvedene raziskave menijo, da se profesionalna identiteta razvije skozi njihov življenjski stil pred vključitvijo v izobraževanje, skozi leta študija in kliničnih izkušenj in njihove kariere. Izobraževanje je ključno obdobje, saj takrat pridobijo znanja in veščine kot strokovnjaki v stroki.

Krepitev profesionalizma in dožemanja pojma celostna obravnavo z vidika profilov, ki jo izvajajo

Avtorica Watkins (2011) v pregledu literature povzame avtorje, ki opredelijo profesionalizem kot poklicno skupino, z definiranimi znanji na področju delovanja, vzpostavljeno samoregulacijo, kontinuiranim razvojem profesionalnega znanja in veščin za nenehno izboljševanje kakovosti dela. Znanje, avtonomija, odgovornost za profesionalno presojo in njihov učinek na učinkovitost kliničnega dela so temeljne komponente za priznavanje profesije (poklic, stan). Na profesionalizem je mogoče gledati tudi kot na ideologijo in na profesionalizacijo kot proces, s katerim poklicna skupina stremi k izboljšanju lastnega statusa in napredek v smeri popolnega identificiranja z ideologijo (Eraut, 1994, cit. po Watkins, 2011). Profesionalizacija je lahko dosežena samo s formalnim izobraževanjem, ki mora vključevati znanje, pridobljeno s sistematičnim raziskovanjem, in vključuje strokovno presojo skozi razvoj kritičnega razmišljanja in odločanje na osnovi dokazov (Yam, 2004, cit. po Watkins, 2011). To so pomembne značilnosti, ki povečujejo avtonomijo. Razvoj teh atributov skozi izobraževalni proces bo dal medicinskim sestram podporo za prepoznavanje profesije (Watkins, 2011). Malo je raziskav, ki naredijo direktno povezavo med dodiplomskim in podiplomskim izobraževanjem in razvojem profesionalizma v zdravstveni negi. Gerrish s sodelavci (2003, cit. po Watkins, 2011) v raziskavi med medicinskimi sestrami z akademsko izobrazbo ugotavlja, da je izobraževanje na ravni magisterija strategija za

doseganje profesionalizma in da imajo medicinske sestre, izobražene na tem nivoju, vpliv na vodenje, ki ojača moč in status zdravstvene nege. Watkins (2011) povzema, da podobno ugotavljajo tudi drugi avtorji, ki v ospredje postavljajo znanje, pridobljeno na magistrskem študiju, kot sposobnost iskanja literature, sposobnost kritične analize že izvedenih in objavljenih raziskav, uporabo in aplikacijo raziskav v prakso in izvajanje raziskav. Izobraževanje na magistrski ravni poveča osebno samozaupanje, spoznavno funkcioniranje in dojemanje, delovanje na osnovi dokazov in poveča profesionalizem.

Kubsch in sodelavci (2008) v izvedeni raziskavi prepoznava značilne razlike v profesionalnih vrednotah glede na stopnjo izobrazbe v zdravstveni negi, pozicijo ali naziv ter članstvo v profesionalnih združenjih. Najvišja raven profesionalnih vrednot je bila dosežena pri študentih univerzitetnih študijskih programov zdravstvene nege, ki se ne osredotočajo toliko na tehnične veščine, ampak je pomemben del programa namenjen razumevanju in izgradnji profesionalnih vrednot.

Horton in sodelavci (2008) v izvedenem pregledu literature ugotavlja pomen vrednot tako z vidika pomembnosti kot njihove konstrukcije. Poudarja, da imajo vrednote v zdravstveni negi korenine v vzgibu prvotnega neprofesionalizma in religionizma, kar je imelo velik pečat na samo identifikacijo s stroko in njenim razvojem in se danes izkazuje z veliko notranjo potrebo po priznanju in po profesionalni doslednosti in učinkovitosti. Vrednote so pogojene tudi s kulturnimi spremembami, globalizacijo in tehnološkim napredkom v zdravstveni obravnavi. Vrednote pomembno oblikujejo zadovoljstvo pri delu, nižajo fluktuacijo in krepijo podporno delovno okolje. Na zunaj je zdravstvena nega pogosto dojeta kot podrejena profesija, kar povzroča nepotrebne stagnacije v razvoju in nenehno dokazovanje za prepoznavanje kot samostojne profesije. Na drugi strani pa se zdravstvena nega (nursing v angleškem jeziku) mora prilagajati novim zahtevam v družbi, kot so obravnava kronično bolnih, paliativna oskrba, promocija zdravja idr., za kar je potreben znanstveni pristop. Poleg tega pa zdravstvena nega vključuje tudi temeljne naloge negovanja in pomoči pacientom in svojcem. Profesija se tako nahaja med izvajanjem temeljne »nege« in skrbi (op. Fundamental care v angleškem jeziku), ki so jo zgodovinsko izvajale manj izobražene medicinske sestre, in negovanjem (nursing) kot znanostjo.

Management

Skela Savič (2011) po pregledu mednarodnih raziskav o vlogi vodij pri razvoju profesije ugotovi, da je profesionalni razvoj zdravstvene nege treba razumeti v širšem kontekstu delovanja zdravstvene nege, tako na področju prepoznavanja prispevka na področju kliničnega dela v zdravstvu kot pri organiziranju in

upravljanju zdravstvenega sistema, celovitem obvladovanju kakovosti delovanja zdravstvenega sistema in razvojnem delovanju glede na potrebe družbe. Vse to lahko zdravstvena nega doseže skozi lastno raziskovalno in razvojno delo, kjer imajo vodje ključno nalogo, da spodbujajo in zagotavljajo vire za doseganje teh ciljev. Kot redko poudarjen dejavnik avtorica opozori na pomen povezovanja vodij znotraj zdravstvene nege, zlasti med vodji v izobraževalnih zavodih in zdravstvenih institucijah. Izvedeni pregled literature opozarja na nekatere dejavnike v povezavi vodenja in razvoja profesije, ki so opisani z devetimi vsebinskimi kodami: značilnosti kliničnega okolja, izobraževanje za vodenje, vodenje in varnost pacientov, vodenje kot odgovornost za zaposlene, vodenje kot podpora interdisciplinarnemu sodelovanju, vodenje kot zagotavljanje razvoja, moč vodenja, profesionalno povezovanje znotraj zdravstvene nege kot odgovornost vodij in oblikovanje samozaupanja v profesionalno delo.

Doktorski študij

Pregled mednarodni raziskav in ekspertnih mnenj o doktorskem študiju v zdravstveni negi avtorice Skela Savič (2012a) opozori na slabe dosežke raziskovalcev v zdravstveni negi pri pridobivanju raziskovalnih sredstev, poudari pomen kliničnih in raziskovalnih kompetenc doktorandov, opozori na pomen kazalnikov kakovosti doktorskega študija in na slabo prepoznavnost pomena raziskovanja v zdravstveni negi in širše ter pozno odločanje za doktorski študij z vidika starosti študentov. Raziskovalci so kritični do izbranih raziskovalnih tem doktorjev zdravstvene nege, ki so premalo klinične, kritični so do plačila za delo doktorandov na visokošolskih zavodih. Izkazane so velike potrebe po razvoju doktorskega študija. Rezultati pregleda literature vsebinsko opozorijo, da je razvoj doktorskega študija zdravstvene nege izjemno pomemben z vidika sledenja zdravstvenih potreb v družbi in razvoja tako imenovanih zahtevnejših oblik dela v zdravstveni negi, kjer mednarodne smernice priporočajo strokovni magisterij (Atkinson et al., 2010; The Scottish Government, 2008, cit. po Skela Savič, 2012a). Ker so zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi opisane kot doseganje visoke ravni kliničnih veščin in kompetenc, avtonomno klinično odločanje, vrednotenje dela in izvedenih aktivnosti, raziskovalno delo in vodenje (Atkinson et al., 2010; The Scottish Government, 2008, cit. po Skela Savič, 2012a), upamo, da bo zdravstvena politika v Sloveniji prepoznala, da je treba v kliničnih okoljih spodbujati šolanje na študiju zdravstvene nege na drugi bolonjski stopnji. Ob tem je potrebna tudi pozornost glede količine in kakovosti, saj izvedeni pregled literature jasno pokaže, da so potrebe po izobraževanju na drugi in tretji stopnji večje od zmožnosti (Tuaoui et al., 2012; Scherzer, Stooos, Fontaine, 2010; Burton et al., 2009; Kim, McKenna,

Ketefian, 2006; cit. po Skela Savič, 2012a). Ker vsi opozarjajo na to dejstvo, moramo v Sloveniji paziti, da ne bi prišlo do prekomernega izobraževanja na drugi stopnji glede na sposobnosti z vidika visokošolskih učiteljev, ki jih Slovenija ima, ker bo s tem ogrožena kakovost izobraževanja in posledično dejanski prispevek šolanja v kliničnem okolju (Skela Savič, 2012a).

Razprava

Zdravstvena nega v Sloveniji ima izdelano strategijo razvoja v obdobju 2011–2020 (Kadivec et al., 2012), nima pa jasnih strateških usmeritev pri vsakodnevnem delovanju in javnem nastopanju. Strategija ne sme biti dokument na papirju, temveč mora živeti in se dopolnjevati v skladu s spoznanji, aktivnostmi, do katerih pridemo na osnovi nenehnega spremljanja lastnega dela in rezultati raziskav v zdravstveni negi in širše. Omenjena strategija nima poglavja o strateških usmeritvah nacionalnega združenja, katerega pomen se kaže skozi številne raziskave, smernice in priporočila. Nacionalno združenje mora jasno opredeliti svojo strategijo delovanja in cilje, ki jih mora doseči v določenem obdobju. Slediti je treba strateškim usmeritvam mednarodnih organizacij in združenj, kot je npr. »Strategic directions for strengthening nursing and midwifery services 2011–2015« (WHO, 2010). V tem dokumentu so jasno opredeljeni cilji za delovanje managementa zdravstvenih in visokošolskih zavodov in profesionalnega združenja. Za doseganje ciljev je potrebno znanje, obveščenost, sledenje raziskavam, sposobnost nastopanja v strokovni in laični javnosti za korist razvoja profesije, lastno raziskovalno delo in vključevanje v EU raziskave, mednarodno povezovanje s prepoznavnimi akterji, oblikovalci stališč v EU, predvsem pa je potrebna definicija lastnega dela in kritična ocena o zmožnostih, ki jih profesija ima, ter alokacija obstoječih virov. Potrebna je velika mera inovativnosti, sledenja najnovejšim spoznanjem v stroki, mreženje in komuniciranje z javnostjo o pomenu zdravstvene nege v družbi. Prepoznati je treba usposobljene in karizmatične posameznike, ki bodo delovali v interesu razvoja in bodo znali predstavljati pomen zdravstvene nege za družbo ter komunicirati s strokovno javnostjo, širšo družbo in politiko. Zdravstvena nega mora biti transparentna pri samoregulaciji, deluje in predstavlja naj se kot stroka, katere osnova za delovanje so dokazi (raziskave, smernice, standardi, najboljša praksa v danem trenutku, aktivna vloga pacientov v zdravstveni obravnavi idr.).

O raziskovanju v zdravstveni negi in potrebnih aktivnostih v Sloveniji je bilo podanih že nekaj pregledov literature in predlogov avtorice prispevka, kako raziskovanje prenesti v klinično prakso in ga povezati z akademskim okoljem (Skela Savič, 2013; 2012a; 2011; 2009; Skela Savič, Kydd, 2011), prav tako so na voljo primeri raziskav, ki prikažejo dejansko stanje na tem področju (Strojan, Zorc,

Skela Savič, 2012). Jasno je, da raziskovanja v zdravstveni negi ne bo, če ga ne bo podprl in zahteval vrhnji management, kar so spoznanja razvoja razvitih držav (Polit, Beck, 2009; 2008). Management mora zahtevati in omogočati refleksijo na strokovno delo, logično razmišljanje, zbiranje informacij o primerljivih strokovnih problemih v strokovnih in znanstvenih publikacijah in jasno definirati strokovne probleme ter se povezati z raziskovalnimi okolji za njihovo razreševanje. Ključnega pomena je inicializacija, da se o strokovnih problemih kritično razpravlja, čemur sledi prevzemanje odgovornosti za reševanje strokovnih problemov. Da bo to področje zaživelo, potrebuje stroka (Skela Savič, 2012b) Nacionalni raziskovalni center, za ustanovitev katerega je odgovorna Zbornica – Zveza, na ravni managementa pa je treba začeti z oblikovanjem oddelkov za raziskovanje in razvoj.

Na področju profesionalizma in dojemanja, kaj zdravstvena nega sploh je z vidika zunanjega okolja, so pred slovensko zdravstveno nego vprašanja, ki morajo pojasniti razmerje med zdravstveno nego, nego in skrbjo. Negovanje in skrb dajeta namreč profesiji neupravičeno konotacijo, da ne gre za znanost ali teorijo delovanja, ki bi imela velik »doseg«. Zdravstvena nega mora ohraniti odgovornost in koordinacijo aktivnosti, ki sodijo v področje skrbi za pacienta in temeljnih nalog negovanja, kar je danes že dobro razvito in raziskano, ter krepi in znanstveno razvijati zdravstveno nego za nova področja dela in zahtevnejše oblike dela v zdravstveni obravnavi. Razumeti je treba, da je znanje o negovanju in skrbi v družbi danes drugačno, kot je bilo desetletja nazaj, podkrepljeno je s prostovoljnim delom in drugimi oblikami pomoči pri laični negi in oskrbi ter z dostopnostjo formalnega in neformalnega izobraževanja. Danes je zdravstveno nego treba predstavljati kot stroko in znanost, ki samostojno razvija in raziskuje pristope k pacientom, saj bodo imeli ti pristopi vpliv na njihovo zdravje, pa tudi da krovno odgovarja in je nosilka zdravstvene nege posameznika in družine, tako kot je zdravnik nosilec zdravstvene dejavnosti, pa vseh del in nalog ne izvaja sam. Zdravstvena nega mora iskreno razviti držo, da sprejema sodelavce v zdravstveni negi, ki so nižje izobraženi, v skrbi za celostno obravnavo pacienta. Z znanstveno-raziskovalnim delom pa si mora izboriti status, da na probleme na svojem področju delovanja odgovarja z znanstvenim pristopom. Raziskovanje mora biti realistično, usmerjeno v klinične probleme. Pomembna usmeritev za razpravo o kompetencah v zdravstveni negi, ki so tudi v našem prostoru jedro nesporazuma, je dokument »Nursing Care Continuum Framework and Competencies« (ICN 2008), ki opredeli naslednje kategorije izvajalcev zdravstvene nege:

1. raven: Podporno/pomožno osebje (Support or assistive worker): potrebna izobraževanja niso predpisana, niso registrirani, delajo pod nadzorom ravni 3.

2. raven: Registrirano podporno osebje (Enrolled Nurse / Registered Nurse Assistant / Licensed Practical Nurse): izobraževanja niso poenotena, so pa obvezna, predvidene so omejitve v kliničnem delu, delajo pod direktnim in indirektnim nadzorom ravni 3.
3. raven: Diplomirana (registrirana) medicinska sestra (Registered/Licensed Nurse): samostojno delujoči profil, z avtonomijo dela, zaključen predpisan program izobraževanja, izpolnjuje pogoje za vpis v register izvajalcev, potrebna licenca za poklic.
4. raven: Diplomirana (registrirana) medicinska sestra specialistka (Specialist Nurse): splošna znanja so nadgrajena s specialističnimi, kar omogoča zahtevnejšo strokovno delovanje, ki vključuje klinično delo, učenje, administriranje, raziskovanje in svetovanje.
5. raven: Diplomirana (registrirana) medicinska sestra na zahtevnejših delih in nalogah (Advanced Practice Nurse): pridobljena so ekspertna znanja, sposobnost kompleksnega odločanja, klinične kompetence za razširjeno delovanje v stroki. ICN priporoča zaključen magisterij zdravstvene nege za vstop v peto raven izvajalcev zdravstvene nege.

Kompetence posameznih ravni so različne in obsegajo naslednja področja delovanja: (1) profesionalnost, etika in zakonodaja pri izvajanju prakse; (2) zagotavljanje zdravstvene nege in management; (3) strokovni in osebnostni razvoj in razvoj kakovosti (ICN, 2008).

Lowe in sodelavci (2011) pravijo, da je za regulatorje zdravstvene nege v državi in za akreditacijo novih programov zelo pomembno, da sodelujejo pri zahtevah za izobraževanje na ravni zahtevnejših oblik dela v zdravstveni negi (Advance Practice in Nursing, APN) in jasno opredelijo kompetence. To je treba predstaviti tudi v strokovni in širši javnosti, da postane izobraževanje razumljeno z vidika prispevka. Jasnost namena krepi profesionalno identiteto in zahteva merjenje učinkov APN, ki se naj kaže v sistemu z dokazi podprtega dela, boljši dosegljivosti zdravstvene obravnave in interprofesionalnem sodelovanju. APN omogoča medicinskim sestram prevzem avtonomnih delovnih nalog, kar je za zdravstveni sistem tudi finančno učinkovito. Žal v Sloveniji še vedno nismo uspeli umestiti kompetenc diplomantov na strokovnem magisteriju zdravstvene nege v zdravstveno obravnavo, kar bi bilo potrebno že leta 2007, ko se je začel izvajati prvi magistrski program. To seveda slabi profesionalizacijo zdravstvene nege in meče slabo luč na management zdravstvene nege in profesionalno združenje. Oba akterja bi se morala zavzemati za priporočila, da naj bi 25 % kadra v zdravstveni negi na visokošolski ravni izobraževanja imelo strokovni magisterij v stroki. Ker tega nismo naredili,

tudi v kliničnem okolju ni zaznati potreb po doktorjih znanosti, ki bi razvijali področje zdravstvene nege. Poseben problem predstavlja neurejena politika potreb po visokošolskih zavodih v Sloveniji, ki izobražujejo na področju zdravstvene nege, saj je to povzročilo razpršitev posameznikov, ki imajo doktorat znanosti in raziskujejo v zdravstveni negi, vendar trenutno ni možnosti, da bi se to akademsko osebje združilo in pripravilo slovenski doktorski študij zdravstvene nege. Ob tem pa ne smemo spregledati dejstva, da v vrstah akademskega osebja praktično nimamo raziskovalcev, ki bi izpolnili pogoje za prijavo projektov na nacionalni agenciji za raziskovanje (ARRS), kar veliko pove o tem, koliko je zdravstvena nega v Sloveniji znanstvena disciplina. Stanje je posledica neodgovornega ravnanja:

- države, ki ne izvede nacionalne študije potreb po kadru v zdravstveni negi na vseh ravneh zdravstva in ne regulira obsega študija v skladu z mednarodnimi smernicami in standardi na tem področju (NMC, 2010; Direktiva, 2005);
- nacionalnega združenja, ki ne zahteva nujnih sprememb na področju srednješolskega in visokošolskega izobraževanja glede na znane usmeritve (WHO, 2009, 2010; NMC, 2010; ICN, 2008; Direktiva, 2005) in ker ne prevzame odgovornosti za razvoj raziskovanja in z dokazi podprtega dela;
- managementa zdravstvenih in visokošolskih zavodov, ki predvsem ščiti lastne interese, ki vedno niso v korelaciji s priporočili, standardi in usmeritvami v Sloveniji in mednarodno.

Sklep

Potrebno je odgovorno ravnanje ključnih akterjev za razvoj zdravstvene nege v Sloveniji. Zdravstvena nega potrebuje »spin off« zagon, katerega »dobiček« bodo rezultati raziskovalnega dela, njihova uporaba v kliničnem okolju, komuniciranje z javnostjo o dosežkih raziskovalnega in razvojnega dela, povezanost z uporabniki storitev in razumevanje multiprofesionalizma.

Literatura

Büscher A, Sivertsen B, White J. Nurses and Midwives: A force for health. Survey on the situation of nursing and midwifery in the Member States of the European Region of the World Health Organization. World Health Organization; 2009. Dostopno na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/114157/E93980.pdf (26. 2. 2012).

Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications. Official Journal of the European Union. 2005;L255:22–142. Dostopno na: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:EN:PDF> (26. 6. 2009).

- Hoeve YT, Jansen G, Roodbol P. The nursing profession: public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. *J Adv Nurs*. 2013; 26 (doi:10.1111/jan.12177).
- Horton K, Tschudin V, Forget A. The value of nursing: a literature review. *Nurs Ethics*. 2007; 14(6): 716–40.
- ICN Nursing Care Continuum and Competencies. Geneva: International Council of Nurses; 2008.
- Johnson M, Cowin LS, Wilson I, Young H. Professional identity and nursing: contemporary theoretical developments and future research challenges. *Int Nurs Rev*. 2012; 59(4): 562–9.
- Kadivec S, Skela Savič B, Kramar Z, Zavrl Džananović D, Bregar B. Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020: povzetek. *Obzor Zdr N*. 2013; 47(1): 97–112.
- Kubsch S, Hansen G, Huyser-Eatwell V. Professional Values: The Case for RN-BSN Completion Education. *J Contin Educ Nurs*. 2008; 39(8): 375–84.
- Lowe G, Plummer V, O'Brien AP, Boyd L. Time to clarify – the value of advanced practice nursing roles in health care. *J Adv Nurs*. 2012; 68(3): 677–85.
- Mackay M. Why nursing has not embraced the clinician–scientist role. *Nursing Philosophy*. 2009; 10(4): 287–96.
- McCance TV, Fitzsimons D, Keeney S, Hasson F, McKenna HP. Capacity building in nursing and midwifery research and development: an old priority with a new perspective. *J Adv Nurs*. 2007; 59(1): 57–67.
- Nursing & Midwifery Human Resources for Health. Global standards for the initial education of professional nurses and midwives. Geneva: World Health Organization; 2009.
- Polit DF, Beck TC. *Nursing research: principles and methods*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008: 3–167.
- Polit DF, Beck TC. International differences in nursing research, 2005–2006. *J Nurs Scholarsh*. 2009; 41(1): 44–53.
- Sheer B, Wong FKY. The development of advanced nursing practice globally. *J Nurs Scholarsh*. 2008; 40(3): 204–11.
- Skela Savič B. Izobraževanje v zdravstveni negi: nivoji izobraževanja v Bolonjskem procesu in kompetence za klinično prakso. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Zurc J, eds. *Zbornik predavanj z recenzijo*. 6. mednarodna znanstvena konferenca, 6.–7. junij 2013. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2013: 24–37.
- Skela Savič B. Doktorski študij zdravstvene nege v Sloveniji: pričakovanja in realnost? In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Skinder Savič K, Zurc J, eds. *Zbornik predavanj z recenzijo*. 5. mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu, 7.–8. junij 2012. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2012a: 67–76.
- Skela Savič B. Notranji dejavniki razvoja profesije: enote za razvoj in raziskovanje v zdravstveni negi. In: Skela Savič B, ed. *Zbornik predavanj*. 5. posvet z mednarodno udeležbo Moja kariera – quo vadis, 13. marec 2012. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2012b: 83–91.
- Skela Savič B. Vloga vodij pri razvoju profesije. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Zurc J, Skinder

Savić K, eds. Zbornik predavanj z recenzijo. 4. mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu, 9.–10. junij 2011. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2011: 85–96.

Skela Savič B. Zdravstvena nega in raziskovanje: nekateri vplivni dejavniki za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline v Sloveniji. *Obzor Zdr N.* 2009; 43(3): 209–22.

Skela Savič B, Kydd A. Znanje medicinskih sester kot odziv na potrebe družbe : izhodišča za prepoznavanje zdravstvene nege kot profesije. *Zdrav Var.* 2011; 50(4): 286–96. Dostopno na: <http://versita.metapress.com/content/c874g79142740274/?a=36&k=36> (28. 10. 2013).

Standards for pre-registration nursing education. Nursing and Midwifery Council, 2010. Dostopno na: <http://standards.nmc-uk.org/PublishedDocuments/Standards%20for%20pre-registration%20nursing%20education%2016082010.pdf> (28. 10. 2013)

Strategic directions for strengthening nursing and midwifery services 2011–2015. Geneva: World Health Organization; 2010.

Strojan N, Zorc J, Skela Savič B. Odnos medicinskih sester do raziskovanja v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N.* 2012; 46(1): 47–55.

Watkins D. The influence of Masters education on the professional lives of British and German nurses and the further professionalization of nursing. *J Adv Nurs.* 2011; 67(12): 2605–14.

**VREDNOSTNI OKVIR MEDICINSKIH SESTER,
ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV IN BABIC – ČLANOV
DRUŠTVA MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN
ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV LJUBLJANA**

**THE VALUE FRAMEWORK OF NURSES, MIDWIVES AND NURSE
ASISTANTS - MEMBERS OF THE NURSE AND MIDWIFERY
ORGANIZATION OF LJUBLJANA**

Gordana Lokajner, dipl. m. s., univ. dipl. org.

gordana.lokajner@gmail.com

Durđa Sima, dipl. m. s.

djurdja.sima@siol.net

mag. Peter Požun, viš. med. teh., dipl. ekon. (UN)

peter.pozun@siol.net

Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana

IZVLEČEK

Teoretična izhodišča: Na oblikovanje osebnostnih in profesionalnih vrednot medicinskih sester in babic vplivajo družbena moralna občutljivost, razumevanje moralne razsodnosti, motivacija in moralni značaj, ki ga sooblikuje družba v trenutnem času. Profesionalne vrednote so nastajale skozi razvoj zdravstvene nege in babištva, obe stroki pa sta jih opredelili tudi v svojih kodeksih. Profesionalne in osebnostne vrednote pomembno vplivajo na delo medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic. **Namen:** Namen raziskave je po preverjenem raziskovalnem instrumentariju raziskati osebnostne in profesionalne vrednote ter vrline medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic – članov društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, pa tudi skladnost ugotovljenih rezultatov raziskave z ostalimi domačimi in tujimi raziskavami o vrednotah. **Metode:** Izbrali smo kvantitativno metodo raziskovanja in analizo literature. Merski inštrument je bil vprašalnik. S pomočjo vprašanj in z uporabo 6-stopenjske Likertove lestvice smo opisali spremenljivke: osebne vrednote, vrline, profesionalne vrednote. Crombachova alfa je bila pri vrednotah in vrlinah: 0,86, profesionalne vrednote: 0,80, celoten vprašalnik pa je imel Crombachova alfo: 0,85. Vzorec je bil izbran nenaključno med člani Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana v času med 1. 1. 2013 in 31. 5. 2013. **Rezultati:** Za preverjanje statistično značilnih razlik glede na značilnosti zaposlenih smo uporabili analizo variance. Ugotovili smo, da so osebnostne vrednote in vrline medicinskih sester, babic in

zdravstvenih tehnikov skladne z vrednotami prebivalcev Slovenije, pa tudi skladnost profesionalnih vrednot z vrednotami medicinskih sester, ki so bile preučene z mednarodnimi raziskavami. **Razprava:** V raziskavi smo potrdili oceno, da imajo osebnostne vrednote, ki jih izražajo slovenske medicinske sestre, babice in zdravstveni tehniki, visoko stopnjo ujemanja vrednot z raziskavami slovenskega javnega mnenja in profesionalnimi vrednotami medicinskih sester drugje po svetu. Raziskava odpira nove usmeritve za razvoj in krepitev osebnih in poklicnih vrednot članov ljubljanskega društva tako v izobraževalnem procesu in na delovnem mestu kakor tudi v aktivnostih, ki jih nudi strokovno društvo.

Ključne besede: osebnostne vrednote, profesionalne vrednote, medicinska sestra, babica

ABSTRACT

Theoretical background: The formation of personal and professional values of nurses and midwives is influenced by social moral sensitivity, understanding moral discernment, motivation and moral character shaped by the current society. Professional values have been formed through the development of nursing and midwifery and have been defined in the professions' codes of conduct. Professional and personal values are an important factor that affects the work performance of nurses, midwives and health technicians. **Purpose:** The purpose of the research was to study the personal and professional values of nurses, midwives and nurse assistants – members of the Nurse and Midwifery Organization of Ljubljana, using tested research tools, and determine whether the results obtained are in line with other national and international studies carried out on the subject of values. **Methods:** We chose a quantitative research paradigm. We used a questionnaire divided into 3 sets as a measuring instrument. We used questions and the 6-point Likert Scale to describe the following variables: values, virtues, professional values and professional environment. The sample selection was not random; we surveyed those attending professional and personal interest activities organized by the Nurse and Midwifery Organization of Ljubljana for the wider Ljubljana region from January to May 2013. **Results:** We have found that the personal values of nurses, midwives and nurse assistants are in line with those of the Slovenian population; furthermore, they are also in line with the professional values determined by international researches. **Discussion:** The research has confirmed that the personal values reflected by Slovenian nurses, midwives and nurse assistants closely match those reflected in the Slovenian public opinion polls and professional values of nurses around the world.

Key words: personal values, professional values, nurse, midwife.

Teoretična izhodišča

Vrednote v življenju in delovanju medicinske sestre so v neposredni zvezi z osebnim in poklicnim delovanjem, ki ga medicinska sestra ustvarja, krepi in bogati v svojem gospodarskem in kulturnem okolju. Občutek za dobro počutje v poklicni skupini in v delovnem okolju je odvisen od naših komunikacijskih veščin, negovanja dobrih medosebnih odnosov, partnerskega vključevanja pacienta v komunikacijski okvir in umeščanja vrednostnega sistema v osebni in profesionalni razvoj (Lokajner, Sima, 2011).

Dejavno zavzemanje posameznikov ali poklicne skupine, da sebi in skupini postavijo vrednote, presega razmišljanja iz časov, ko smo bili kot skupina delujočih v zdravstveni in babiški negi postavljeni v sistem skupnih in kolektivnih vrednot takratnega časa. Vpliv tržne ekonomije na družbo je zelo močan in je prodril tudi na področje zdravstvene oskrbe, ki je dvignila pomembnost ekonomske učinkovitosti na eni strani, obenem pa tudi nevarnosti, povezane s poudarjanjem ekonomske učinkovitosti brez upoštevanja humanosti. Zdaj je prednost ekonomske učinkovitosti zasenčila izide zdravstvene oskrbe za uporabnike (Gastmans, 1998). Taki primeri prikazujejo, kako imajo trendi moderne družbe in moderne zdravstvene oskrbe etične posledice pri delu zdravstvenih delavcev, predvsem medicinskih sester (Numminen et al., 2009). Imeti sposobnost moralne drže – to pomeni imeti moralno občutljivost, sposobnost moralnega razmišljanja, moralne motivacije in moralnega značaja (Fry, Johnstone, 2002). Medicinske sestre ali babice se lahko znajdejo v situacijah (Ulrich et al., 2010; Carter, 2008; Cortis, 2003; Wurzbach, 1998), kjer so postavljene na preizkušnjo njihove moralne vrednote, ki jih z znanjem in razvitimi sposobnostmi moralne drže lažje razrešujejo. Za krepitev dobre prakse so pomembne naslednje kategorije: osebne lastnosti, tehnične veščine, organizacija, vodenje stroke, delovno okolje in sodelavci; tudi nega in negovanje vedenjskih vzorcev (Catlett, Lovan, 2011).

Oblikovanje profesionalnih vrednot poklicnih skupin je vezano na zgodovinski razvoj in zorenje posamezne poklicne skupine. V evropskem prostoru se medicinske sestre lahko pohvalijo z začetki regulacije poklica že leta 1916. Zdravstvena nega v slovenskem prostoru sprejema attribute samostojne stroke na prehodu v 21. stoletje. Obdobje po osamosvojitvi obeležuje čas, ki ga gospodarska in kulturna javnost opisujeta kot čas tranzicije. Značilnost tega prehodnega obdobja smo v javnem zdravstvu začeli doživljati kot izgubo javnih programov in vrivanje privatizacije v do tedaj skrbno izdelane programe na primarni ravni zdravstvenega varstva. Promocija zdravja skozi programe medicinskih sester je izgubila svoj pomen in veljavo. Oblike poklicnih aktivnosti, ki smo jih medicinske sestre začele samoiniciativno razvijati skozi lastna profesionalna združenja, so povezovanje po enakih

in podobnih možnostih z namenom, da se predstavimo in vplivamo na reševanje lastnih poklicnih interesov ter tako krepimo vpliv v družbi. V ljubljanskem društvu medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov smo tako s svojim programom za delovanje v javnem interesu odprli poklicno združenje in dostopnost našim uporabnikom – pacientom (Lokajner, Sima, 2011).

V raziskavi nas zanima, kakšne so osebnostne in profesionalne vrednote medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov – članov Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana (DMSBZT LJ) ter koliko podobne ali skladne so z vrednotami prebivalcev Republike Slovenije in primerjalno s profesionalnimi vrednotami, ki so jih ugotovili drugi raziskovalci v tujini.

Vrednote medicinskih sester 10 let pozneje ter Slovensko javno mnenje

V okviru raziskave nas je zanimalo tudi, kako se ugotovitve o vrednotah medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov v tej raziskavi razlikujejo oziroma so podobne ugotovitvam iz raziskave Medicinske sestre v Sloveniji (Klemenc, Pahor, 2001), ki jo je izvedlo DMSBZT LJ leta 2001, ter koliko so podobne raziskavam o vrednotah Slovencev, preverjenih v okviru raziskav javnega mnenja (Toš, 2012).

Raziskava Medicinske sestre v Sloveniji 2001

V letu 2000 in 2001 je DMSBZT LJ izvedlo obsežno raziskavo med medicinskimi sestrami, babicami in zdravstvenimi tehnikami v Sloveniji (Klemenc, Pahor, 2001). Predmet raziskave, ki je bila prvič objavljena v zborniku člankov s strokovnega srečanja z mednarodno udeležbo DMSBZT LJ, je bila poklicna skupina medicinskih sester v Sloveniji oziroma bolj natančno: vsi, ki so v Sloveniji zaposleni na področju zdravstvene (in babiške – op. avtorjev) nege. Raziskovalna skupina pri DMSBZT LJ si je na osnovi prikazanih razmislekov za svoj raziskovalni izziv izbrala prvo vprašanje: Kdo so medicinske sestre v Sloveniji? (Pahor, 2001). Vzorčenje v tej raziskavi je zaobjelo 20 % dosegljive populacije, tj. medicinske sestre, ki so združene v regijska društva, ta pa v Zbornico zdravstvene nege Slovenije – Zvezo društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Poslanih je bilo 2450 vprašalnikov, od katerih jih je bilo 1067 vrnjenih. V vzorcu je bilo 94,7 % žensk in 5,3 % moških, povprečna starost anketiranih je bila 38,0 let. 62,1 % medicinskih sester ima srednješolsko izobrazbo 27, 3 % višješolsko in 8,6 % visokošolsko izobrazbo. 2,0 % medicinskih sester v vzorcu ima fakultetno izobrazbo. Največ (32,0 %) medicinskih sester ima naziv srednja medicinska sestra, 26,5 % medicinskih sester je šolanje za zdravstveno nego zaključilo z nazivom višja medicinska

sestra / višji zdravstveni tehnik in 26,5 % z nazivom zdravstveni tehnik/tehnica. Diplomiranih medicinskih sester je bilo 7,9 %, 3,8 % srednjih babic in 1 % profesorjev zdravstvene vzgoje. 45,5 % medicinskih sester se je opredelilo za verne, 31,3 % se o tem ne more odločiti. Največ medicinskih sester, 40,3 %, živi na podežlju, 32,6 % v mestu in 27,1 % v primestnem naselju (Peternelj, 2001).

Realizacija vprašalnika je bila sorazmerno nizka, 43,5 %, vendar to v absolutnih številkah pomeni 1067 respondentov na populaciji nekaj čez 12.000 zaposlenih v zdravstveni negi v Sloveniji, kar zagotavlja splošljivost rezultatov (Pahor, 2001).

V raziskavi so anketirancem postavili vprašanje, kako pomembne so za njihovo življenje vrednote: prijateljstvo, svoboda delovanja, varovanje narave, mir na svetu, družinsko življenje, svet lepega, umetnost, red in stabilnost v družbi, ustvarjalnost, fantazija, materialne dobrine, denar, imeti moč nad drugim, biti avtoriteta oz. voditelj/ica. Odgovorili so lahko z: nepomembno, manj pomembno, pomembno (Klemenc, Pahor, 2001).

Večina anketirancev meni, da so najpomembnejše vrednote prijateljstvo, družinsko življenje, svoboda delovanja, varovanje narave, mir na svetu, red in stabilnost v družbi. Za manj pomembne vrednote so anketiranci označili svet lepega in umetnost, ustvarjalnost in fantazijo, materialne dobrine, denar. Anketiranci so kot najbolj pomembne izpostavili tradicionalne vrednote. Tu so najbolj v ospredju: družinska sreča, zvestoba, poštenost, dobrota, delavnost. Bolj izobražene in liberalne osebe dajejo tem vrednotam nekoliko nižjo oceno (Mrak, 2001). Leta 2004 Kvas in Seljak ponovno analizirata podatke, zbrane v prej navedeni raziskavi, z razliko, da zdaj ugotavljata povprečne ocene pomembnosti nekaterih vrednot v življenju anketiranih ter s faktorsko analizo raziščeta faktorske dimenzije, ki so podlaga za ustrezne vrednostne orientacije. Z analizo celotne populacije medicinskih sester sta ugotovila, da so zanje najpomembnejše apolonske vrednote, ki dosegajo zelo visoke vrednosti (nad 2,9 na lestvici od 1 do 3): mir, prijateljstvo, družinsko življenje, varovanje okolja, svoboda delovanja, red in stabilnost v družbi (Kvas, Seljak, 2004). Po Musku (2000) bi jih lahko uvrstili med apolonske, v podkategorijo moralne vrednote, kamor uvršča tradicionalne moralne vrednote in ideale (poštenost, dobrota, red, morala, pripravljenost pomagati), demokratične (sreča, blagostanje, socialni red, mir) ter socialne vrednote (družinska sreča, ljubezen, zvestoba) (Musek, 2000).

S faktorsko analizo v nadaljevanju ocenjujeta pomembnost nekaterih vrednot anketiranih v populaciji. Uporabita t. i. Kaiserjev kriterij, ki določa, da se raziskovalec odloči samo za faktorje, ki imajo lastne vrednosti večje od 1, saj se pri manjših lastnih vrednostih odstotek variabilnosti že zelo zmanjša. V prvi skupini so

medicinske sestre, ki so usmerjene k »tradicionalnim vrednotam«, kot so: mir na svetu, prijateljstvo, varovanje narave, družinsko življenje in svobodno delovanje (faktor apolonskih vrednot). V drugi skupini so medicinske sestre, ki so usmerjene k »moči nad drugimi«, ki hočejo biti v položaju avtoritete/voditeljice (faktor potenčnih vrednosti). V tretji skupini so medicinske sestre, ki so usmerjene k »lepoti in umetnosti, ustvarjalnosti in fantaziji ter redu in stabilnosti v družbi« (faktor izpolnitvenih vrednot). S F testom nato analizirata različnost aritmetičnih sredin ocene nekaterih vrednot anketiranih medicinskih sester. Merila so bila: starost, izobrazba, osebni dohodek in bivališče (Kvas, Seljak, 2004).

Pri opazovanju podskupin, opredeljenih po zgornjih merilih, se je več razlik pokazalo pri starostnih skupinah glede na pomen varovanja narave, svet lepega ter »imeti moč nad drugimi«. Za starejše so najpomembnejše vrednote varovanje narave, svet lepega, umetnost, red in stabilnost v družbi, za mlajše pa je pomembnejša vrednota »imeti moč nad drugimi«. Z višanjem izobrazbe pada pomembnost reda in stabilnosti v družbi. Medicinske sestre, ki bivajo v mestu, so najslabše ocenile pomembnost družinskega življenja (Kvas, Seljak, 2004).

Slovensko javno mnenje

Raziskovanje vrednot je v družboslovnem raziskovanju pogost pojem, zato se tudi v naši raziskavi nismo mogli in ne smeli izogniti temu poglavju. Pomembno je tudi zato, ker je dana možnost, da ugotovitve naše raziskave primerjamo z raziskavami vrednot Slovencev kot državljanov in prebivalcev Republike Slovenije. Projekt Slovensko javno mnenje (SJM; izvajajo ga že od leta 1968¹) je najširša longitudinalna družboslovna empirična raziskava v Sloveniji, ki temelji na reprezentativnem vzorcu polnoletnih prebivalcev Slovenije in je po zasnovi podobna General Social Survey, NORC v ZDA oziroma ALLBUS, ZUMA v ZRN. V okviru SJM potekajo raziskave na področju socialne stratifikacije in mobilnosti, migracij, političnega javnega mnenja, volilnih procesov in političnih strank, raziskave razširjenosti množičnih medijev ipd. (Musek, 2004). Raziskava vrednot je stalnica empiričnega raziskovanja v okviru programa (SJM) vse od začetka tega projekta in še posebej poudarjena smer raziskovanja po pridružitvi programu Svetovne raziskave vrednot (World Value Survey) in Evropski raziskavi vrednot (European Value Survey) (Toš, 2009).

V projektu SJM (SJM, 2007) raziskava vrednot poskuša odgovoriti na vprašanje, katere so vrednote, s katerimi se Slovenci najbolj istovetijo. Na tem področju

1 Opomba avtorjev.

je bilo v Sloveniji izvedenih več domačih in tujih raziskav (vrednostne usmeritve mladih, raziskave v okviru Svetovne raziskave vrednot – WVS ter različne tematske raziskave). Ob vsem naštetem je treba omeniti raziskavo SJM, ki je poleg vključevanja v mednarodne projekte ohranila lastno identiteto in deloma lastno tematizacijo problematike vrednot. Cela vrsta vzporednih raziskav potrjuje, da sta v vrhu Slovencevega vrednotenja poleg družine še delo in zdravje (Toš, 2009).

V raziskavi SJM se kot stalni raziskovalni repertoar od leta 1992 dalje postavlja vprašanje: Prosimo, povejte, kako pomembna je vsaka od naštetih stvari v vašem življenju? Naštete so: *družina, prijatelji in znanci, prosti čas, politika, delo, vera*. Ali so zelo pomembne, precej pomembne, ne preveč pomembne, sploh niso pomembne (Toš, 2009).

V pregledu analize raziskav v letih od 1992 do 2008 se vselej potrdi, da Slovenke in Slovenci najvišje uvrščajo družino (3,86), sledijo prijatelji (3,54), delo (3,33) in prosti čas (3,33), vera (2,25) ter politika (1,82) (Toš, 2009).

Izsledki raziskave *Vrednote v prehodu V. Slovenija v evropskih primerjavah – Evropska družboslovna raziskava 2002–2010* so osredotočeni na nabor in prikaz raziskovalnih gradiv, pridobljenih v okvirih mednarodnih primerjalnih programov oz. konkretno v Evropski družboslovni raziskavi, kar je ta čas brez dvoma najpomembnejši empirični družboslovni projekt v Evropi. V peto knjigo so vključena gradiva petih meritev, opravljenih v okviru projekta ESS v letih 2002, 2004, 2006, 2008 in 2010 (Toš, 2012). Prikazani so rezultati raziskav v 21 evropskih državah in Izraelu, kjer so bili uporabljeni enaki nabori stvari, dodano je bilo še prostovoljno delo (Razpredelnica 1) (Toš, 2012).

Razpredelnica 1: Kako pomembna je vsaka od naštetih stvari v vašem življenju? (Toš, 2012)

sploh ni pomembna									zelo je pomembna (ne vem)		
00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	88

E13 družina

E14 prijatelji

E15 prosti čas

E16 politika

E17 delo

E18 vera

E19 prostovoljne organizacije, društva

Povprečna vrednost:

Država		E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19
AT	Avstrija	9,20	8,64	8,07	4,88	7,47	4,87	4,20
BE	Belgija	9,05	8,26	7,80	4,03	7,53	4,14	5,02
CH	Švica	9,25	8,53	7,76	4,63	7,61	4,51	4,85
CZ	Republika Češka	9,34	8,14	7,41	3,44	7,11	2,80	3,11
DE	Nemčija	9,20	8,43	7,69	5,09	7,41	3,61	4,00
DK	Danska	9,50	8,93	8,38	4,89	6,79	3,91	3,82
ES	Španija	9,42	8,28	8,00	3,67	7,65	4,76	5,55
FI	Finska	9,38	8,79	8,34	3,85	7,48	5,13	4,30
FR	Francija	9,19	8,13	7,18	3,83	7,38	3,80	4,82
GB	Velika Britanija	9,52	8,57	7,65	3,74	5,53	3,93	3,59
GR	Grčija	9,71	8,59	7,71	4,89	8,69	8,29	4,9
HU	Madžarska	9,70	7,50	7,41	3,75	7,46	4,29	2,10
IE	Irska	9,66	9,02	7,89	3,87	6,78	6,24	4,57
IL	Izrael	9,75	8,50	7,75	4,71	7,91	5,83	5,47
IT	Italija	9,19	7,65	7,53	4,40	8,11	6,38	6,36
LU	Luksemburg	9,60	8,79	8,72	4,57	8,26	4,33	6,87
NL	Nizozemska	8,61	8,35	8,13	5,04	6,57	4,41	4,99
NO	Norveška	9,44	8,70	8,06	4,43	7,39	3,64	4,37
PL	Poljska	9,74	8,08	7,53	3,84	8,11	7,16	3,31
PT	Portugalska	9,55	8,32	7,40	3,52	7,50	5,81	5,41
SE	Švedska	9,55	8,70	8,32	4,41	7,37	3,27	4,01
SI	Slovenija	9,55	8,51	8,18	3,18	8,30	4,63	4,59
	Skupaj	9,41	8,45	7,86	4,28	7,47	4,86	4,53

Metode

Izbrali smo kvantitativno metodo raziskovanja in analizo literature. Merski inštrument je bil vprašalnik. S pomočjo vprašanj in z uporabo 6-stopenjske Likertove lestvice smo opisali spremenljivke: osebne vrednote, vrline, profesionalne vrednote.

Opis merskega instrumenta

V raziskavi smo uporabili metodo zbiranja podatkov s strukturiranim vprašalnikom. Vprašalnik je bil razdeljen na 3 vsebinske sklope. Za prvih pet podsklopov

smo uporabili pet- oziroma šeststopenjsko Likertovo lestvico strinjanja od 1 (se sploh ne strinjam) do 5–6 (popolnoma se strinjam). Zadnji sklop se je nanašal na sociodemografske značilnosti anketirancev. Vprašanja o spolu ni bilo. Vprašalnik smo oblikovali sami na osnovi slovenske in tuje literature, dosegljive v mednarodnih podatkovnih bazah in na podlagi lastnih predvidevanj.

V pilotni študiji smo preverili, ali katera od spremenljivk bistveno odstopa od normalne porazdelitve. To smo preverili na podlagi koeficientov asimetričnosti in sploščenosti. Če je bila vrednost teh dveh koeficientov bistveno višja od abs (1), smo trditev izločili.

Vzorec in zbiranje podatkov

Izbrali smo namenski vzorec naključnih članov DMSBZT LJ. V raziskavo smo zajeli medicinske sestre, babice in zdravstvene tehnike – člane DMSBZT LJ. Vzorec je bil narejen na populaciji 526 anketirancev, ki so se od 1. 1. 2013 do 31. 5. 2013 udeležili ene izmed izobraževalnih ali interesnih aktivnosti v okviru društva. Vprašalnike je vrnilo 407 anketirancev – odzivnost anketirancev je 77,38 %.

Uporabljene statistične metode

Analiza podatkov je bila narejena s statističnim paketom SPSS 18. Za preverjanje zanesljivosti merskega instrumenta smo uporabili Cronbachovo alfo. Cronbachova alfa je bila pri vrednotah in vrlinah: 0,86; pri profesionalnih vrednotah: 0,80; celoten vprašalnik pa je imel Cronbachovo alfo: 0,85.

Analizo glavnih komponent smo uporabili za oblikovanje dimenzij, kjer je bilo to tudi vsebinsko smiselno. Za primerjavo povprečij glede na sociodemografske značilnosti je bila uporabljena analiza variance. Za ugotavljanje povezanosti med numeričnimi spremenljivkami smo kot mero povezanosti izbrali Pearsonov korelacijski koeficient. Za ugotavljanje povezanosti kategorialnih spremenljivk smo uporabili Hi kvadrat preizkus.

Kot vsaka ima tudi ta raziskava svoje omejitve, saj je bila izvedena le na vzorcu medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, ki se vključujejo v aktivnosti društva. Prav tako obstaja omejena zmogljivost raziskovalcev glede na kompleksnost obravnavane tematike; v sociodemografskem delu vprašalnika ni bilo vprašanja o spolu, saj bi bilo povpraševanje po tem podatku, glede na majhno število moških v delu teh dejavnosti, lahko ovira posamezniku, da bi odgovoril na vprašalnik.

Rezultati

Struktura vzorca

Malo manj kot polovica anketirancev (41,8 %) je imela srednješolsko izobrazbo, 11,5 % višješolsko, 41,8 % visoko, 0,7 % univerzitetno – prof. zdr. vzg. in 4,2 % drugo univerzitetno.

Večina anketirancev (52,8 %) je višjih oziroma diplomiranih medicinskih sester. Zdravstveni tehniki zastopajo vzorec z 38,8-odstotnim deležem. Diplomirane babice predstavljajo 1,5-odstotni delež, srednje babice 1,5 %, preostali pa 4,9 %. Vzorec respondentov ni sorazmeren s splošnim vzorcem v zdravstveni in babiški negi. Razlog za to je verjetno (kar je potrdila tudi ta raziskava), da se višje izobraženi pogosteje udeležujejo izobraževalnih aktivnosti ter drugih dejavnosti društva.

V vzorcu anketirancev predstavljajo zaposleni na intenzivni negi in terapiji 13,6 % vseh anketirancev. Zaposleni v operacijski dejavnosti predstavljajo 5,3-odstotni delež, zaposleni v onkologiji 16,4 %, zaposleni na negovalnih oddelkih 14,9 odstotkov, zaposleni na primarni ravni 15,9 %. Povprečna delovna doba anketirancev v zdravstveni in babiški negi je 21,3 let in delovna doba na sedanjem delovnem mestu 14,5 let, kar korespondira s starostjo. Tretjina anketirancev (65,4 %) prihaja s klinike, 21,7 % jih je zaposlenih v zdravstvenem domu ter 6,8 % v splošni bolnišnici, 6,2 % pa v socialnovarstveni ustanovi oz. domu starejših.

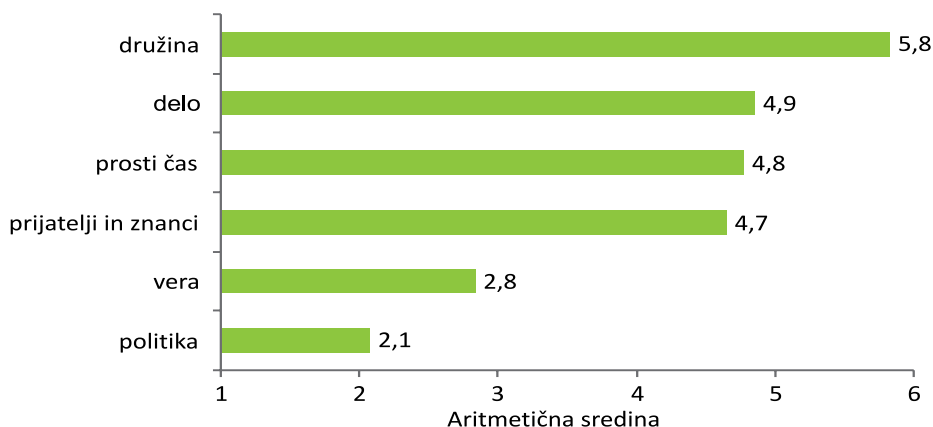
Skupina od 25 do 34 let predstavlja 20,6 %, največji delež zavzemajo anketiranci v starosti od 35 do 49 let (49,6 %). Skupina od 50 let in več predstavlja 29,8 %. Pomemben dejavnik v izražanju vrednot je tudi odnos do vere, zato smo anketirancem zastavili tudi to vprašanje. Skoraj tri četrtine (76,3 %) se jih je opredelilo, da so verujoči, od tega manj kot dve tretjini (51,8 %) neaktivni, slaba tretjina (24,5 %) pa kot verujoči aktivni. 18,5 % je neverujočih, 5,2 % pa agnostikov. Polovica anketirancev stanuje v mestu Ljubljana (47,9 %) ali njenem predmestju (5,4 %), 31,3 % živi jo zunaj mestne občine Ljubljana, 15,4 % anketirancev prihaja iz primestnih krajev.

Za namen tega prispevka prikazujemo samo rezultate prvega sklopa vprašanj, ki se je nanašal na osebne vrednote, vrline in profesionalne vrednote. Za primerjavo smo vzeli rezultate raziskav SJM (Toš, 2012) ter ugotovitve raziskave Medicinske sestre v Sloveniji (Klemenc, Pahor, 2001).

Osebnostne vrednote

V tej raziskavi (n=407), ki je bila izvedena o osebnih in profesionalnih vrednotah, je bilo prvo vprašanje o vrednotah oblikovano: »Prosimo, ocenite posamezne našete vrednote za vas.« Pri tem so morali anketiranci na lestvici od 1 do 6 izbrati

med najbolj pomembno (1) do najmanj pomembne vrednote (6) med »delom, družino, prijatelji in znanci, prostim časom, politiko, vero«.

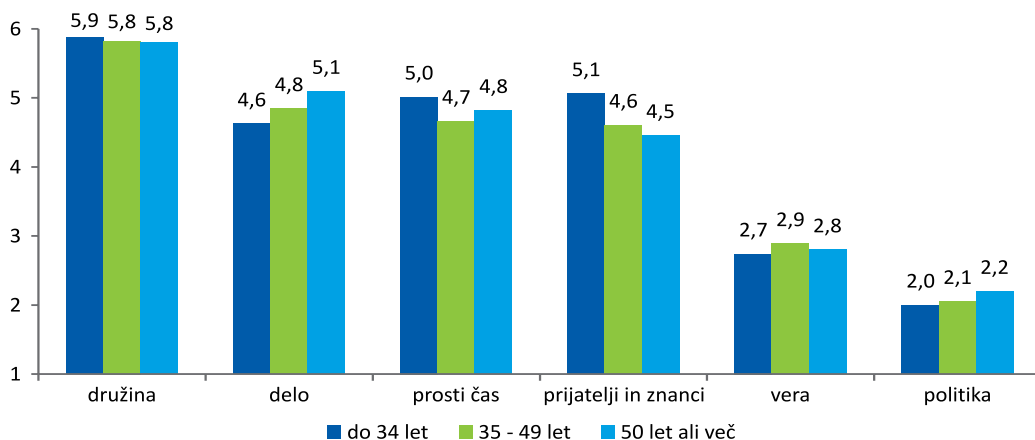


Slika 1: Povprečne ocene pomembnih stvari v življenju anketirancev

Medicinskim sestram, babicam in zdravstvenim tehnikom v populaciji je najpomembnejša (Slika 1) vrednota družina oz. družinsko življenje, sledi delo, nato prosti čas, prijateljstvo, vera in na koncu politika.

V nadaljevanju pri vsakem podpoglavju predstavljamo rezultate primerjave povprečnih vrednosti posamezne dimenzije glede na sociodemografske značilnosti anketirancev (Slika 2–6).

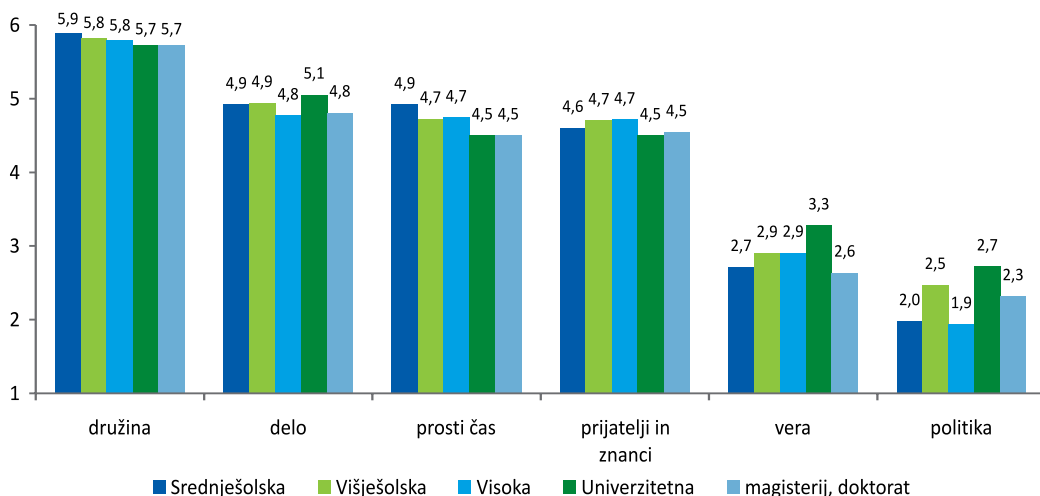
Starost



Slika 2: Povprečne ocene pomembnih stvari v življenju anketirancev v starostnih skupinah

Najpomembnejša vrednota v vseh starostnih skupinah je družina, najmanj pomembna pa politika. Pomembnost dela narašča s starostjo ($F=6,7$, $p<0,05$), medtem ko pomembnost znancev in prijateljev s starostjo upada ($F=9,5$, $p<0,05$). Pomembnost prostega časa je najmanjša v starostni skupini od 35 do 49 let, najpomembnejša pa v starosti do 34 let ($F=3,1$, $p<0,05$) (Slika 2).

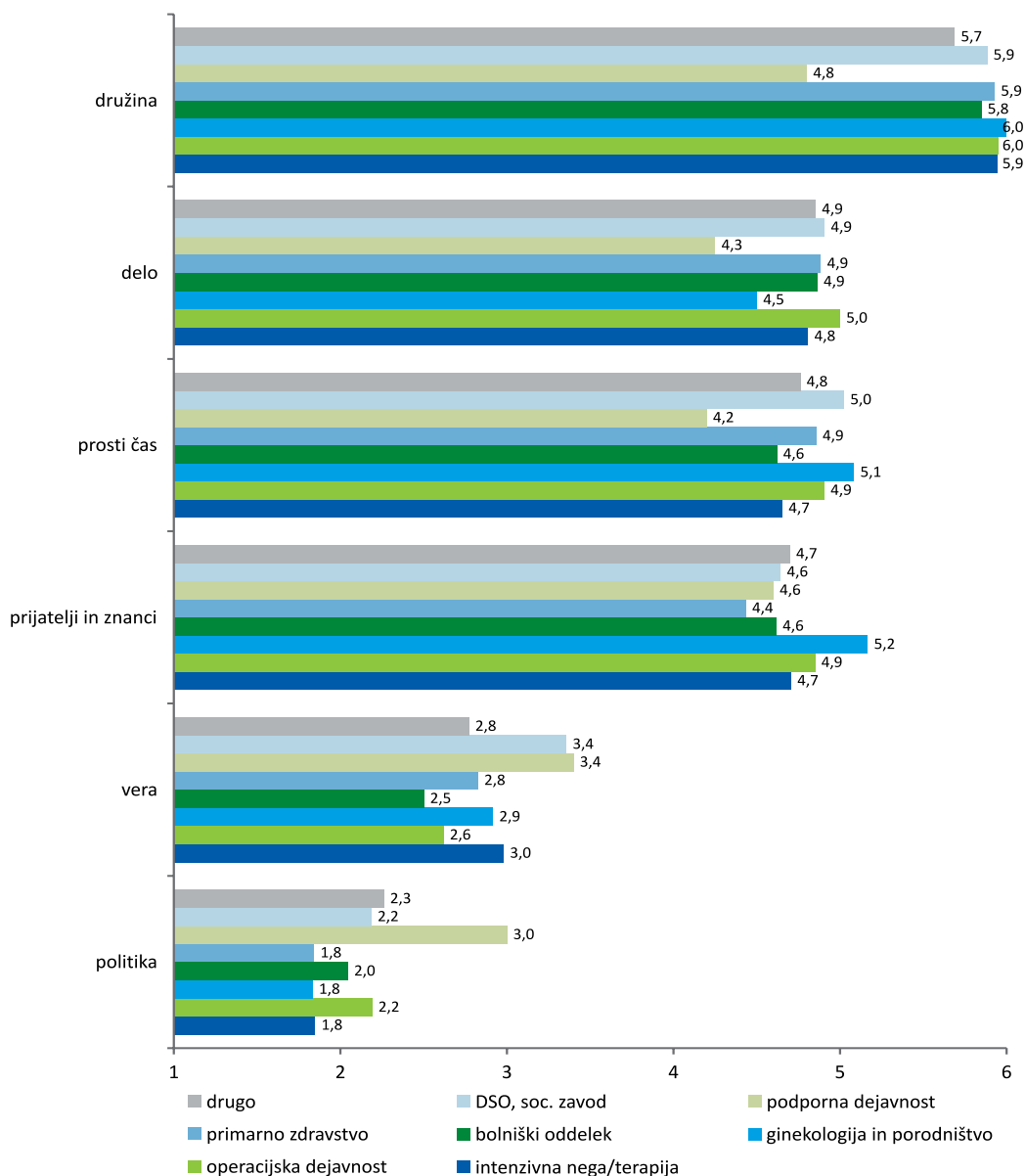
Izobrazba



Slika 3: Povprečne ocene pomembnih stvari v življenju anketirancev in njihova izobrazbena struktura

Pomembnost politike so najvišje ocenili tisti z univerzitetno izobrazbo ($F=4,03$, $p<0,00$), najmanj pa s srednjo izobrazbo. Ker analiza primerjave povprečnih vrednosti s podatki o delovnem mestu korespondira s primerjavo glede na izobrazbo, jih ne navajamo posebej in so identični s prejšnjo analizo, ki je prikazana v sliki 3.

Delovno področje

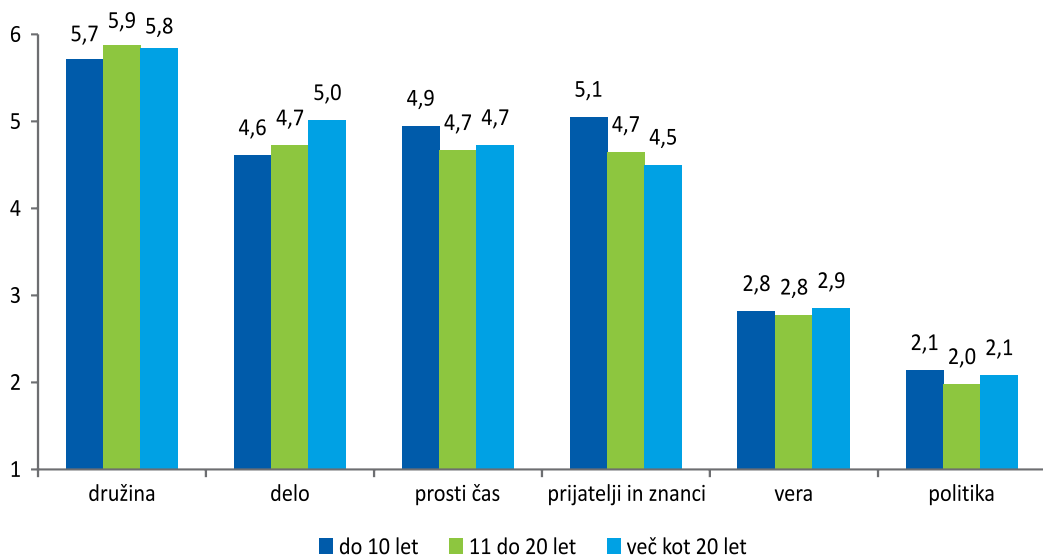


Slika 4: Povprečne ocene pomembnih stvari v življenju anketirancev glede na njihovo delovno področje

Družina je najbolj pomembna zaposlenim v operacijski dejavnosti, najmanj pa zaposlenim v podporni dejavnosti² ($F=2,69$, $p<0,01$) (Slika 4).

² Dietetika, logistika, oskrba, javno zdravje, klinične raziskave.

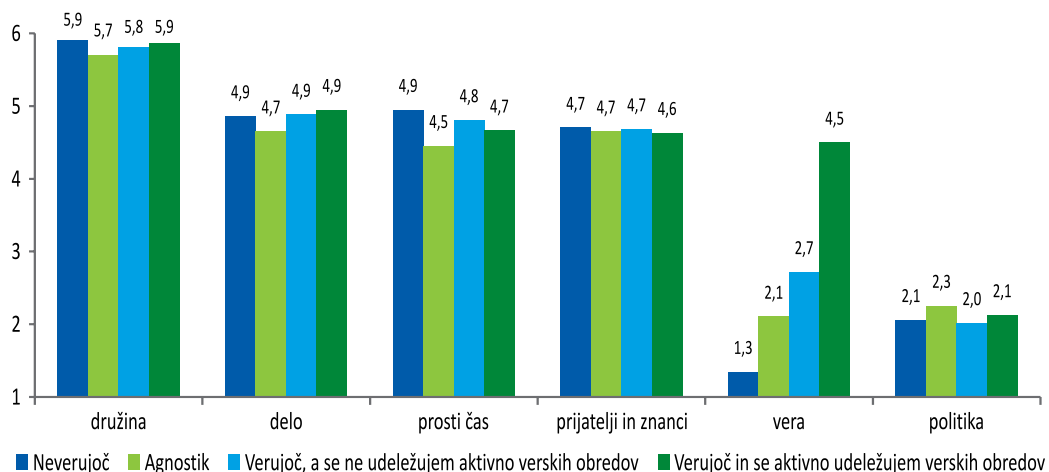
Delovna doba



Slika 5: Povprečne ocene pomembnih stvari v življenju anketirancev in njihove delovne dobe

Glede na delovno dobo ni statistično pomembnih razlik, prav tako glede na kraj bivanja. Pomembnost dela z delovno dobo kljub vsemu narašča ($F=7,02$, $p<0,00$), pomembnost prijateljev pa se z delovno dobo znižuje ($F=2,69$, $p<0,01$) (Slika 5).

Vernost

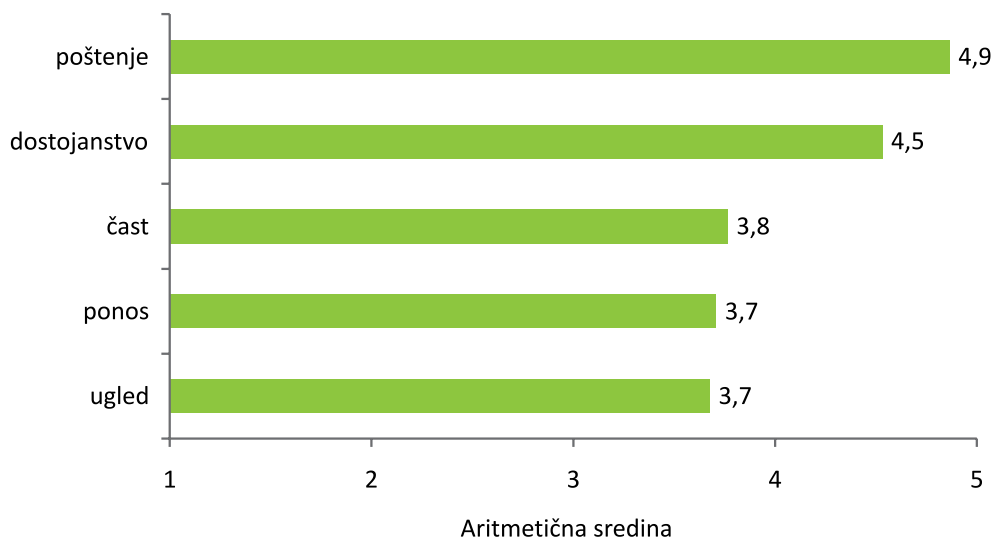


Slika 6: Povprečne ocene pomembnih stvari v življenju anketirancev in njihov odnos do vere

Tudi glede na vernost ni statistično pomembnih razlik, razen kot pričakovano pri dimenziji: *vera* ($F=87,2$, $p<0,00$) (Slika 6).

Vrline, pomembne za anketirance

Anketirance smo prosili, da ocenijo, kako pomembna je zanje vsaka od naštetih vrlin – dostojanstvo, čast, ugled, ponos in poštenje. Razvrstili so jih morali od najmanj pomembne (1) do najbolj pomembne (5).

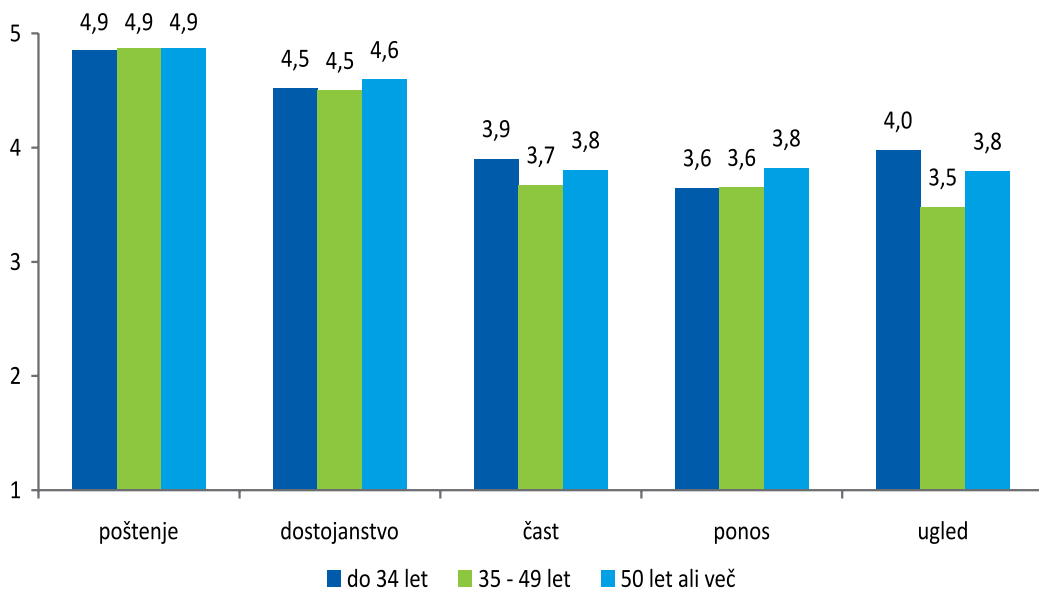


Slika 7: Povprečne ocene vrlin v življenju anketirancev

Medicinskim sestram, babicam in zdravstvenim tehnikom v populaciji je najpomembnejša vrлина poštenje, sledi dostojanstvo, nato čast, ponos in nato ugled (Slika 7).

V nadaljevanju pri dveh podpoglavjih predstavljamo rezultate primerjave povprečnih vrednosti posamezne dimenzije glede na sociodemografske značilnosti anketirancev (Slika 8 in 9), glede na starost in delovno področje.

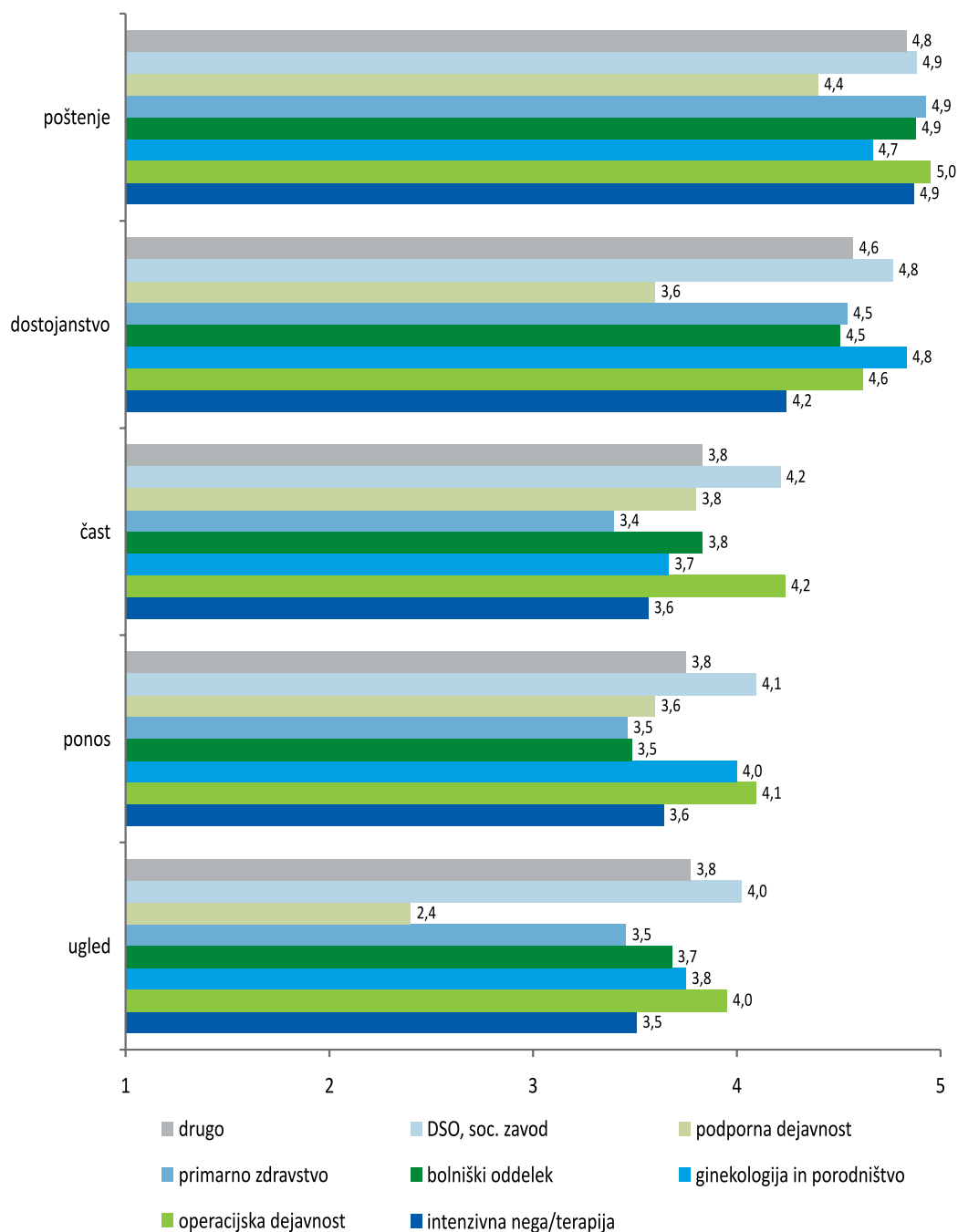
Starost



Slika 8: Povprečne ocene pomembnih vrlin v življenju anketirancev in starostne skupine

Pomembnost ugleda je najmanjša v starostni skupini od 35 do 49 let, najpomembnejša pa v starosti do 34 let ($F=6,1$, $p<0,05$) (Slika 8).

Delovno področje



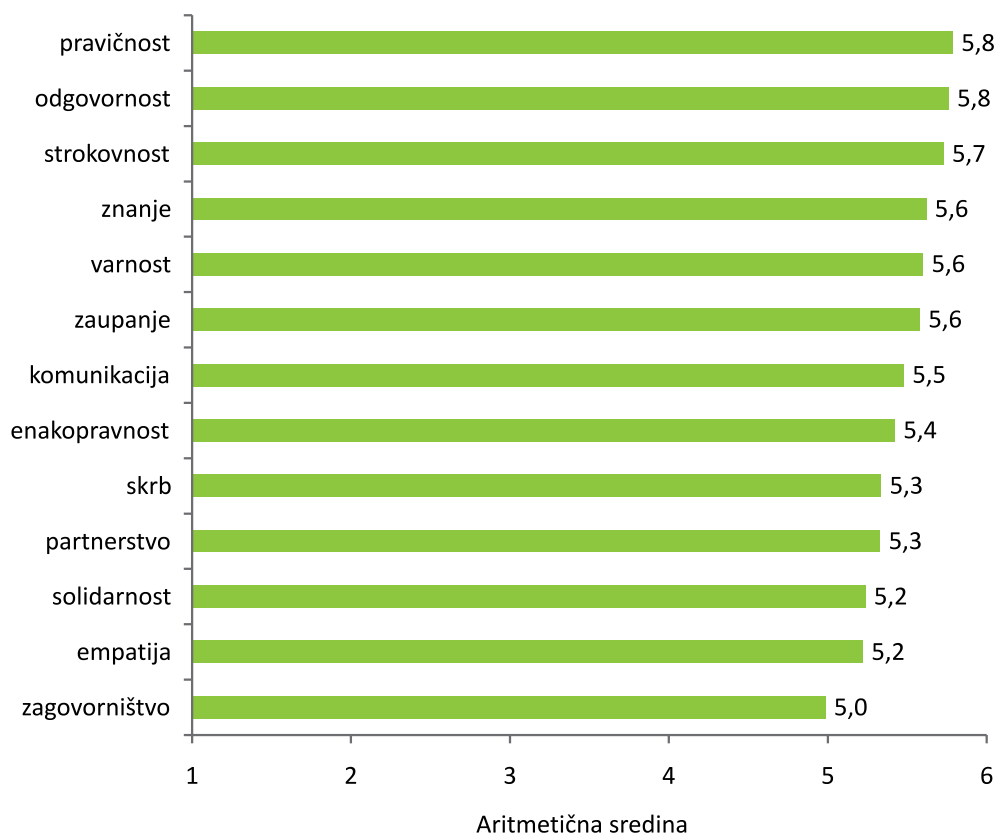
Slika 9: Povprečne ocene pomembnih vrlin v življenju anketirancev in delovnega področja, na katerem delajo

Dostojanstvo je izrazito najmanj pomembno zaposlenim v podporni dejavnosti ($F=2,95$, $p<0,01$), najbolj pa zaposlenim na ginekologiji in porodništvu ter DSO, soc. zavodu. Čast je najmanj pomembna zaposlenim v primarnem zdravstvu ($F=2,85$, $p<0,01$), najbolj pa zaposlenim v operacijski dejavnosti in DSO, soc. zavodu. Ugled je izrazito najmanj pomemben zaposlenim v podporni dejavnosti ($F=2,19$, $p<0,03$), najbolj pa zaposlenim v operacijski dejavnosti in DSO, soc. zavodu (Slika 9).

Glede na izobrazbo ni statistično pomembnih razlik, prav tako glede na delovno dobo in kraj bivanja. Je pa čast precej bolj pomembna neverujočim ($F=4,91$, $p<0,00$) in precej manj agnostikom.

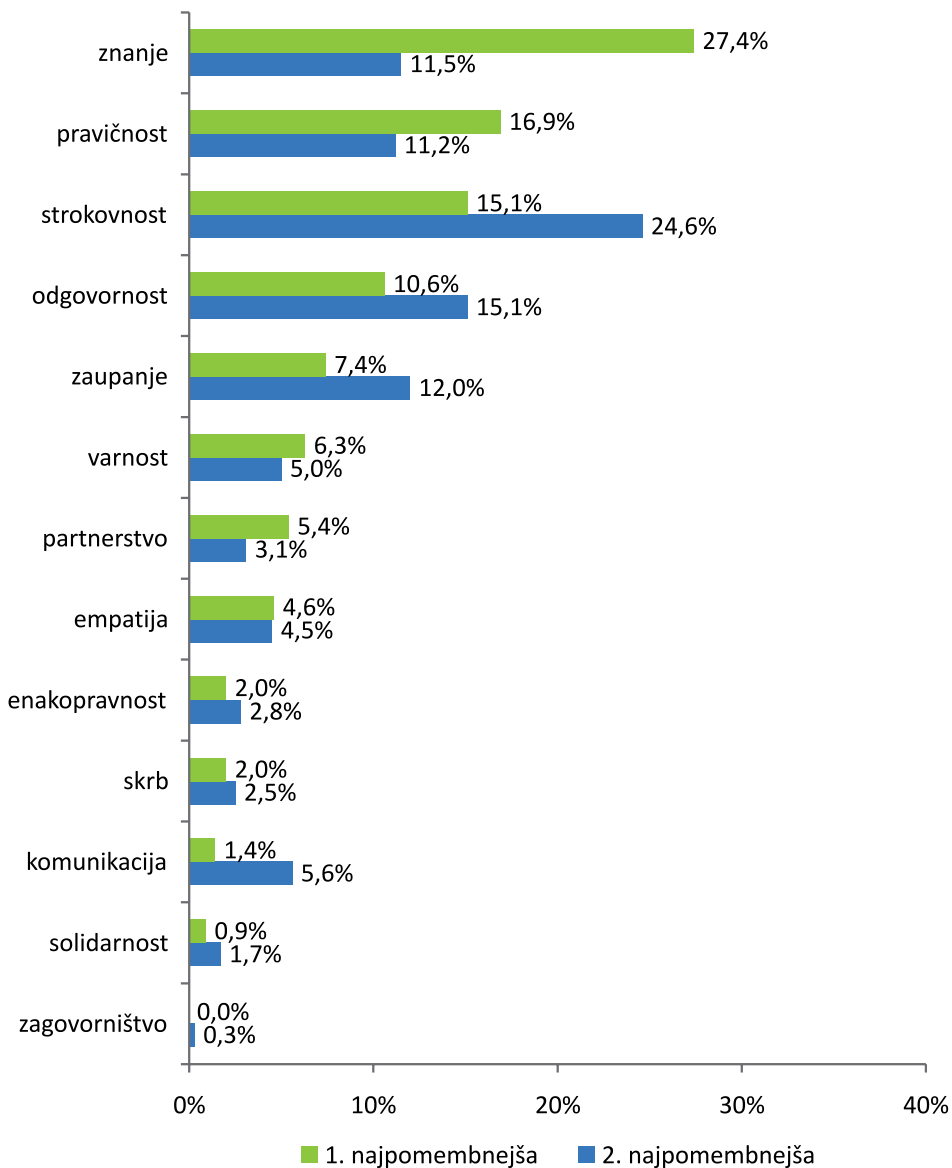
Profesionalne vrednote

V raziskavi smo anketirance povprašali, koliko so za njih pomembne vrednote, ki jih literatura uvršča med profesionalne vrednote (Slika 10).



Slika 10: Ocene profesionalnih vrednot anketirancev

Anketiranim medicinskim sestram, zdravstvenim tehnikom in babicam so na prvem mestu profesionalnih vrednot: pravičnost, odgovornost in strokovnost, nato znanje in varnost ter zaupanje. Sledijo komunikacija in enakopravnost, za njimi skrb, partnerstvo in solidarnost, empatija in zagovorništvo pa sta na zadnjem mestu (Slika 10).



Slika 11: Razvrstitev profesionalnih vrednot glede na rang prve in druge najpomembnejše v profesionalnem življenju anketirancev

Faktorska analiza je pokazala, da ne moremo dobiti čiste strukture, niti po pravokotni rotaciji, saj je videti, da so vse profesionalne vrednote v anketirani populaciji medsebojno povezane – če so anketiranci eno vrednoto ocenili visoko, so tudi ostale in obratno. V analizi, kako so razvrščene profesionalne vrednote glede na rang prve in druge najpomembnejše, je rezultat sledeč (Slika 11).

Razprava

Rezultati raziskave o osebnostnih vrednotah anketirancev vodijo k oceni, da so tudi medicinskim sestram, babicam in zdravstvenim tehnikom – članom DMSBZT LJ, zajetim v vzorcu, osebnostne vrednote enako pomembne kot splošni populaciji v Sloveniji, kot je bilo ugotovljeno v raziskavah SJM. Prav tako je pomen teh vrednot skladen z rangiranjem posameznih vrednot prebivalcev 21 evropskih držav in Izraela (Razpredelnica 1) (Toš, 2012).

Vrednote so se razvijale skozi zgodovino človeštva in se dokazano spreminjajo ob večjih družbenih premikih in spremembah. Osebnostne in poklicne vrednote so neločljivo povezane. Vredno je poudarjati njihovo negovanje skozi procese samouresničevanja. Zaznavanje lastne integritete skozi postavljene vrednote in poslanstvo profesionalne organizacije naj bi bila del načrta osebnega razvoja posameznika v zdravstveni in babiški negi. Poudarjamo ponotranjenje profesionalnih vrednot organizacije, kar tolmačimo kot strnjenost skupne profesionalne zavesti in zavesti na ravni posameznika. Vzajemnost teh ravni kaže na osebno zrelost in preseganje okvira povprečnega sistema vrednosti, ki jih neguje povprečna potrošniška družba in jih zato poimenujemo moralna pravila posameznika – norma. Klinično opolnomočenje medicinskih sester je pogoj za vzpostavitev varne klinične prakse (Lokajner, Sima, 2011).

Medicinske sestre in babice so pomemben del družbe in gradijo ter vplivajo na mnenje in vrednotenje zdravja v svojih okoljih. S svojimi že oblikovanimi moralnimi, estetskimi in čustvenimi vrednotami sooblikujejo vrednostni sistem ostalih v zdravstvenem sistemu. Lokajner in Sima (2011) navajata, da je krepitev temeljev vrednot za slovenski prostor zdravstvene in babiške nege naloga poklicne skupine. Smernice za razvoj profesionalnih vrednot nam postavljajo profesionalna združenja s poslanstvom in vizijo delovanja organizacije.

Rezultati so torej v največji meri podobni, kot jih zaznava tudi raziskava SJM ter druge mednarodne raziskave. Razlike nastopijo v primerjavi z raziskavo iz leta 2001 (Mrak, 2001), kjer so anketiranci kot najpomembnejšo vrednoto za življenje opredelili prijateljstvo, temu je sledilo družinsko življenje. So pa v okviru tradicionalnih vrednot tudi oni izpostavili družinsko srečo. Tudi rezultati analize iz leta

2004 (Kvas, Seljak, 2004) so na prvo mesto uvrstili mir, na drugem mestu sledi družina in prijateljstvo ter za ekologijo še svoboda dela. V primerjavi z izsledki raziskav SJM je raziskava pokazala veliko ujemanje – družina, prijatelji, delo, prosti čas, vera ter na koncu politika, kar pa se nekoliko razlikuje od Evropske družboslovne raziskave 2002–2010, kjer je na prvem mestu družina, sledijo prijateljske vezi, nato prosti čas in delo, potem vera in prostovoljstvo, tudi tu pa je politika na zadnjem mestu (Toš, 2012).

V raziskavi Koch s sodelavci (2013) izpostavlja vrednoto, poimenovano dobronamernost (benevolence), kot ključno osebnostno vrednoto medicinskih sester, ki so bolj motivirane in zadovoljne v svojem poklicu.

V naši raziskavi smo želeli ugotoviti, katera od vrlin je najbolj zastopana med medicinskimi sestrami, babicami in zdravstvenimi tehnikami. V raziskavi je anketirancem najpomembnejša vrlina poštenje, nato dostojanstvo, čast, ponos in na zadnjem mestu ugled. Pomembnost ugleda počasi pada s starostjo, a je najbolj pomembna anketirancem do starosti 34 let.

Dostojanstvo, čast in ugled so izrazito najmanj pomembni zaposlenim v podporni dejavnosti, najbolj pa zaposlenim na ginekologiji in porodništvu, DSO, soc. zavodu ter v operacijski dejavnosti. Pri primerjavi anketirancev glede izobrazbe, delovne dobe in kraja bivanja nismo dokazali statistično pomembnih razlik. Zanimivo je, da je čast precej bolj pomembna neverujočim, dosti manj pa agnostikom.

Po analizi literature so med profesionalne vrednote najvišje uvrščene:

- človeško dostojanstvo (Özcan, Akpınar, Ergin 2012; Shahriari et al., 2012; Rassin 2010; LeDuc, Kotzer, 2009; Pang et al., 2009; Rassin, 2008; Ersoy, Altun, 1998),
- pravičnost (Özcan, Akpınar, Ergin 2012; Shahriari et al., 2012; Johnsotone, 2011; Rassin, 2010; LeDuc in Kotzer, 2009; Pang et al., 2009; Rassin, 2008; Kvas, Naka 2004; Ersoy in Altun, 1998),
- sočutje in altruizem (Blakemore, 2012; Özcan, Akpınar, Ergin, 2012; Shahriari et al., 2012; Snellman in Gedda, 2012; Straughair, 2012a; Straughair, 2012b; Rassin, 2010; Pang et al., 2009; LeDuc in Kotzer, 2009; Rassin, 2008; Ersoy in Altun, 1998),
- odkrit odnos (Blakemore, 2012; Özcan, Akpınar, Ergin, 2012; Shahriari et al., 2012; Snellman in Gedda, 2012; Straughair, 2012; Rassin, 2010; LeDuc in Kotzer, 2009; Pang et al., 2009; Rassin, 2008; Ersoy in Altun, 1998),

- kompetence (Blakemore, 2012; Özcan, Akpinar, Ergin 2012; Shahriari et al., 2012; Snellman in Gedda, 2012; Straughair, 2012; Rassin, 2010; LeDuc in Kotzer, 2009; Pang et al., 2009; Rassin, 2008; Ersoy in Altun, 1998) in
- skrb (Blakemore, 2012; Özcan, Akpinar, Ergin, 2012; Shahriari et al., 2012; Snellman in Gedda, 2012; Straughair, 2012; Rassin, 2010; LeDuc in Kotzer, 2009; Pang et al., 2009; Rassin, 2008; Ersoy in Altun, 1998).

V naši raziskavi so anketiranim medicinskim sestram, zdravstvenim tehnikom in babicam glede profesionalnih vrednot najpomembnejše pravičnost, odgovornost in strokovnost, sledijo znanje, varnost ter zaupanje, v tretjem sklopu so komunikacija, enakopravnost in skrb, sledita partnerstvo solidarnosti in empatija ter na zadnjem mestu zagovornišvo (Slika 10).

Veliko avtorjev poudarja znanje, sposobnosti, klinične modrosti, etično in moralno občutljivost medicinskih sester in babic v klinični praksi (Brown, 2011; Luntley, 2011; Baernholdt, Cottingham, 2010; Hisar, Karadag, 2010; Wangenstein et al., 2010; Johnstone, Kanitaski, 2009; Numminen et al., 2009; Haggerty, Grace, 2008; Fahrenwald et al., 2005).

Sklep

Raziskava dovoljuje oceno, da so vrednote medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov skladne z vrednotami državljanov Slovenije ter vrednotami prebivalcev Evrope. Raziskava odpira nove usmeritve za razvoj in krepitev osebnih in poklicnih vrednot članov DMSBZT LJ tako v izobraževalnem procesu in na delovnem mestu kakor tudi v aktivnostih, ki jih nudi strokovno društvo. Razvoj in krepitev predstavljenih osebnih in profesionalnih vrednot naj bi vplivala na povečano občutljivost delovnih okolij in managementa za ta vprašanja, s ciljem ustvarjanja varnega, kakovostnega in zanesljivega izvajanja zdravstvene in babiške nege kot integralnega dela zdravstvene oskrbe.

S predstavitvijo in seznanjanjem izvajalcev zdravstvene in babiške nege na poti razvoja in utrjevanja pozitivnih vrednot in vrlin, kar predstavlja nenehne spremembe posameznikovega razmišljanja, učenja in delovanja, tudi strokovno društvo nudi podporo članom pri nadgradnji osebnostnih in profesionalnih vrednot s težjo po čim višji stopnji ponotranjenja vrednot, ki jih priznava sodoben, humanistično in pozitivistično usmerjeni svet.

Literatura

- Baernholdt M, Cottingham S. The clinical nursing leader-new nursing role with global implications. *Int Nurs Rev*. 2011; 58(1): 74–8.
- Blakemore S. Government outlines values vital for its new vision of care. *Nurs Older People*. 2012; 24(9): 6–7.
- Brown LP. Revisiting our roots: Caring in nursing curriculum design. *Nurse Educ Pract*. 2011; 11(6): 360–4.
- Carter B. 'Good' and 'bad' stories: decisive moments, 'shock and awe' and being moral. *J Clin Nurs*. 2008; 17(8): 1063–70.
- Catlett S, Lovan RS. Being a good nurse and doing the right thing: A replication study *Nurs Ethics*. 2011; 18(1): 54–63.
- Cortis JD. Culture, values and racism: application to nursing. *Int Nurs Rev*. 2003; 50(1): 55–64.
- Ersoy N, Altun I. Professional and personal values of nursing in Turkey. *J Asian Int Bioeth*. 1998; 8 (3): 72–5.
- Fahrenwald NL, Bassett SD, Tschetter L, Carson PP, White L, Winterboer VJ. Teaching core nursing values. *J Prof Nurs*. 2005; 21(1): 46–51.
- Fry S, M J Johnstone. *Ethics in nursing practice A guide to ethical decision making* (2nd edition). Geneva ICN: Blackwell Science, 2002: 157–68.
- Haggerty LA, Grace P. Clinical wisdom: The essential foundation of «good» nursing care. *J Prof Nurs*. 2008; 24(4): 235–40.
- Hisar F, Karadag A. Determining the professional behaviour of nurse executives. *Int J Nurs Pract*. 2010; 16(4): 335–41.
- Gastmans C. Challenges to nursing values in a changing nursing environment. *Nurs Ethics*. 1998; 5(3): 236–45.
- Johnstone MJ, Kanitsaki O. Ethics and advanced care planning in culturally Diverse Society. *J Transcult Nurs*. 2009; 20(4): 405–16.
- Klemenc D, Pahor M, ur. *Medicinske sestre v Sloveniji - zbornik člankov s strokovnega srečanja DMSZT*, 4. december 2001. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2001.
- Koch S H, Proynova R, Paech B, Wetter T. The perfectly motivated nurse and others: workplace and personal characteristics impact preference of nursing tasks. *J Nurs Manag*. 2013; doi: 10.1111/jonm.12083: 1–11.
- Kvas A, Seljak J. *Slovenske medicinske sestre na poti v postmoderno*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2004: 113–42.
- Kvas A, Naka S. Razvoj vrednot in načelo pravičnosti. *Obzor Zdr N*. 2004; 38(4): 305–12.
- Lokajner G, Sima Đ. Vrtinec osebnostnih vrednot medicinskih sester ter babic in profesionalnih vrednot zdravstvene in babiške nege. In: Skela- Savič B, Hvalič Touzery S, Zurc J, Skinder Savič K, eds. 4th International Scientific Conference on Research in Nursing and Health Care. Evidence-

based health care - opportunities for linking health care professions, patient needs and knowledge: proceeding of lectures with peer review : zbornik predavanj z recenzijo. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2011: 342–50.

LeDuc K., Kotzer AM. Bridging the gap: A comparison of the professional nursing values of students, New graduates and seasoned professionals. *Nurs Educ Perspect.* 2009; 30(5): 279-84.

Luntley M. What do nurses know? *Nurs Philos.* 2011; 12(1): 22–33.

Mrak Z. Samopodoba medicinskih sester. In: Klemenc D, Pahor M, ur. *Medicinske sestre v Sloveniji: zbornik člankov s strokovnega srečanja DMSZT*, 4. december 2001. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2001: 108–29.

Musek J. Nova psihološka teorija vrednot. Ljubljana: Educy; 2000.

Musek J. Raziskovanje vrednot v Sloveniji in vrednotni univerzum Slovencev. In: Toš N, ur. *Beleške o vrednotah: prispevek k pogovoru o vrednotah in prihodnosti Slovenije na povabilo predsednika Republike Slovenije. Pogovori o prihodnosti Slovenije. Pogovor 2, o vrednotah.* Ljubljana: Urad Predsednika Republike; 2004.

Numminen OH, Leino-Kilpi H, Arend A, Katajisto J. Nursing students and teaching of codes of ethics: an empiracal research study. *Int Nurs Rev.* 2009; 56(4): 483–90.

Özcan M, Akipinar A, Ergin AB. Personal and professional values grading among midwifery students. *Nurs Ethics.* 2012; 19(3): 399–407.

Pahor M. Teoretična in metodološka izhodišča raziskave o medicinskih sestrah v Sloveniji In: Klemenc D, Pahor M, ur. *Medicinske sestre v Sloveniji - zbornik člankov s strokovnega srečanja DMSZT*, 4. december 2001. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2001: 19–26.

Pang D, Senaratana W, Kunaviktikul W, Klunklin A, McElmurry BJ. Nursing values in China: The expectations of registered nurses. *Nurs Health Sci.* 2009; 11(3): 312–7.

Peternej K. Medicinske sestre v Sloveniji: Predstavitev raziskovalnega vzorca In: Klemenc D, Pahor M, ur. *Medicinske sestre v Sloveniji – zbornik člankov s strokovnega srečanja DMSZT*, 4. december 2001 Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2001: 61–83.

Rassin M. Values grading among nursing students- Difference between the ethnic groups. *Nurse Educ Today.* 2010; 30(5): 458–63.

Rassin M. Nurses' professional and personal values. *Nurs Ethics.* 2008; 15(5): 614–30.

Shahriari M, Mohammadi E, Abbaszadeh A, Bahrami M, Fooladi MM. Perceived ethical values by Iranian nurses. *Nurs Ethics.* 2012; 19(1): 30–44.

Snellman I, Gedda K M. The value ground of nursing. *Nurs Ethics.* 2012; 19(6): 714–26.

Straughair C. Exploring compassion: implications for contemporary nursing. Part 1. *Br J Nurs.* 2012a; 21(3): 160–4.

Straughair C. Exploring compassion: implications for contemporary nursing. Part 2. *Br J Nurs.* 2012b; 21(4): 239–40, 242–4.

Toš N. Vrednote v prehodu, Slovensko javno mnenje 2004–2009. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2009.

Toš N. Vrednote v prehodu V. Slovenija v evropskih primerjavah: evropska družboslovna raziskava 2002–2010. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2012.

SJM 2006. 5. poročilo. Vrednotne orientacije – 2006 (Delovna verzija). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede – IDV, CRJMMK; 2007.

Ule M. Psihologija komunikacije in medosebnih odnosov. Ljubljana: FDV; 2009.

Ulrich CM, Taylor C, Soeken K, O'Donnell P, Farrar A, Danis M, Grady C. Everyday ethical issues and stress in nursing practice. *J Adv Nurs*. 2010; 66(11): 2510–19.

Wangenstein S, Johansson IS, Björkström ME, Nordström G. Critical thinking dispositions among newly graduated nurses. *J Adv Nurs*. 2010; 66(10): 2170–81.

Wurzbach ME. Managed Care: Moral conflicts for primary health care nurse. *Nurs Outlook*. 1998; 46(2): 62–6.



www.drustvo-med-sester-lj.si