



•  
***izvem***

IZOBRAŽEVANJE—ZDRAVSTVO—VODENJE—EKONOMIKA—MANAGEMENT

## ZBORNIK

### PROJEKTHNIH NALOG

UDELEŽENCEV USPOSABLJANJA  
IZ VODSTVENIH KOMPETENC  
ZA ZDRAVNIKE IN ZOBOZDRAVNIKE

---

#### SOUSTVARJALCI IN IZVAJALCI PROGRAMA

Ekonomska fakulteta Univerza v Ljubljani  
Predavatelji Fakultete za management Univerze na Primorskem  
Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije  
Zdravniška zbornica Slovenije  
Prosunt, d. o. o.  
Urednica, d. o. o.

ŠTEVILKA 6 / JUNIJ 2024 / LJUBLJANA

IZDAL ZAVOD ZA RAZVOJ ZDRAVSTVENEGA MANAGEMENTA

## KOLOFON

---

### IZVEM

Zbornik projektnih nalog udeležencev usposabljanja  
iz vodstvenih kompetenc za zdravnike in zobozdravnike

### IZDAL

Zavod za razvoj zdravstvenega managementa

### UREDNIŠKI ODBOR

Aleksandra Bola Natek, Anton Ujčič, Denis B. Ujčič

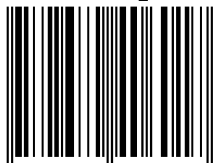
### UREDNIKA

Aleksandra Bola Natek

Publikacija je brezplačna  
Junij, 2024

---

ISSN 2670\_4064



9 772670 406017

[www.zrzm.si](http://www.zrzm.si)

# izvem

IZOBRAŽEVANJE—ZDRAVSTVO—VODENJE—EKONOMIKA—MANAGEMENT

---

**ZBORNİK**  
**PROJEKTHIH NALOG**  
UDELEŽENCEV USPOSABLJANJA  
IZ VODSTVENIH KOMPETENC  
ZA ZDRAVNIKE IN ZOBOZDRAVNIKE



ZAVOD ZA RAZVOJ  
ZDRAVSTVENEGA  
MANAGEMENTA

Univerza v Ljubljani  
Ekonomska  
fakulteta



## KAZALO:

---

### **Vloga vodje pri reševanju konfliktov v zdravstvenem kolektivu**

— [stran 5](#)

Slaven Bajič, dr. med.

### **Kritičen pogled na pravice iz osnovnega zdravstvenega zavarovanja na področju zobozdravstva**

— [stran 10](#)

Denis Čebren, dr. dent. med.

### **Prepoznavnost in ugled Inštituta za medicinsko rehabilitacijo v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana**

— [stran 26](#)

dr. Maja Frangež, dr. med.

### **Priporočila za zavarovanje odgovornosti zdravstvenega zavoda**

— [stran 30](#)

Jasmina Dimitrijević - Golež, dr. med.

### **Vodenje timov**

— [stran 40](#)

Simona Kalšek, dr. med.

### **Interna navodila za ureditev varstva osebnih podatkov v zasebnem medicinskem centru**

— [stran 46](#)

Petra Meglič, dr. med.

### **Izboljšanje odnosov v zdravstvenem timu**

— [stran 55](#)

Doc. dr. Robert Šifrer, dr. med.

### **Čuječnost in vodenje v zdravstvu**

— [stran 68](#)

Anja Župan, dr. med.

### **Vlaganje občin v zdravje**

— [stran 74](#)

Kristina Zadravec, dr. med.

### **Vloga vodstvenega kadra pri razvoju programov promocije zdravja pri delu**

— [stran 86](#)

Dr. Andrea Margan, dr. med.

### **Vsebinska in organizacijska prenova programa za opremo otrok in mladostnikov s cerebralno paralizo s po meri izdelanimi ortozami za spodnje ude**

— [stran 104](#)

Doc. dr. Katja Groleger Sršen, dr. med.

### **Delovni procesi kineziologa v zdravstvu**

— [stran 125](#)

Rok Müller, dr. med.

---

# Vloga vodje pri reševanju konfliktov v zdravstvenem kolektivu

**Avtor: Slaven Bajić, dr. med., mentor: doc. dr. Danijela Brečko**

## **Povzetek:**

*Konflikti med zdravstvenimi delavci, so zaradi narave dela in velikega tima endemični pojav v zdravstvenih organizacijah. Učinkovito upravljanje s konflikti predstavlja ključno komponento, pri čemer je poudarek na reševanju konfliktov bolj pomemben od preprečevanja konfliktov in reševanja vzrokov za nasprotja. V strokovni literaturi lahko zasledimo veliko načinov za različne pristope pri reševanju konfliktov.*

*Pri reševanju konfliktov se je pomembno osredotočiti na prepoznavanje znakov konfliktov, poznavanje pomembnosti reševanja konfliktov v zdravstvenem timu ter raziskati načine reševanja konfliktov, ki temeljijo na učinkovitih komunikacijskih veščinah.*

---

## **1 Uvod**

Konflikt je definiran kot proces interakcij med najmanj dvema udeležencema, od kateri eden zazna nestrinjanje drugega. S konflikti se srečujemo v vseh vidikih življenja (1). Predvsem so neizogiben pojav v delovnem okolju, zaradi razlik zaposlenih v njihovih vrednotah, željah, zaznavanju odgovornosti, ciljih in znanju ter informacijskih in strukturnih konfliktov (2).

Konflikti neugodno vplivajo na psihofizično počutje zaposlenih, kar posledično negativno vpliva na delovno klimo ter učinkovitost in kakovost organizacije (1).

### **1.1 Predstavitev problema**

Zdravstveni timi, ki so sestavljeni iz raznolikega strokovnega kadra (zdravniki, medicinske sestre, vodje), so posledično bolj izpostavljeni nastanku konflikta zaradi interakcij z različnimi osebami in stresnega okolja. Ameriško združenje menedžerjev je ugotovilo, da menedžment v zdravstveni negi za reševanje konfliktov v povprečju porabi 20% svojega časa (3).

V raziskavi, ki so jo izvedli Cullati in sod. (4) so ugotovili, da so imele 4 od 10 konfliktnih zgodb potencialne posledice na kakovost oskrbe bolnikov. Najpogostejše posledice so bile nezmožnost zagotavljanja pravočasne, v pacienta usmerjene in učinkovite oskrbe. Zaključili so, da bi vodstvo bolnišnic moralo konflikte v timu obravnavati kot potencialno grožnjo kakovosti oskrbe in podpirati programe za obvladovanje konfliktov (4).

Zato je učinkovito reševanje in preprečevanje konfliktov v timu ključno za zagotavljanje kakovostne zdravstvene oskrbe in vzdrževanje produktivnega ter pozitivnega delovnega okolja. Vloga vodje je, da prepoznajo, analizirajo in uspešno rešujejo konflikte med člani zdravstvenega tima (2).

### **1.1 Metode dela**

V naši nalogi se bomo osredotočili na prepoznavanje znakov konfliktov, poznavanje pomembnosti reševanja konfliktov v zdravstvenem timu ter raziskali načine reševanja konfliktov z dobrimi komunikacijskimi veščinami. Z metodo deskripcije bomo opisovali teorijo. Različne ugotovitve avtorjev bomo povzeli z metodo kompilacije ter ugotovitve primerjali z metodo komparacije.

## **2 Reševanje konfliktov**

### **2.1 Kako vodja prepozna konflikte**

Ključnega pomena, da vodje razvijejo sposobnost opazovanja znakov konflikta že v zgodnji fazi. To jim omogoča hitro ukrepanje in preprečevanje nadaljnje eskalacije. Nekatere pomembne stvari, ki jih mora vodja opaziti, so:

- Spremembe v načinu komunikacije: Zmanjšanje produktivne komunikacije ali povečanje napetosti med člani ekipe pogosto kaže na potencialni konflikt. Vodja mora biti pozoren na nenavadne verbalne in neverbalne znake.

- Pogoste nesoglasnosti: Če vodja opazi, da se člani ekipe pogosto ne strinjajo ali pride do nesporazumov, to lahko nakazuje na globlje konflikte, ki se morda šele oblikujejo.
- Spremembe v ravnanju in motivaciji: Konflikti vplivajo na delovno motivacijo in ravnanje zaposlenih. Zmanjšana učinkovitost, večja frustracija ali nezadovoljstvo pri delu so lahko posledice neobvladanih konfliktov.
- Raznolikost mnenj in vrednot: Različne izkušnje, vrednote in mnenja članov zdravstvene ekipe lahko povzročijo konflikte.
- Vodja mora biti pozoren na te razlike in iskati načine za konstruktivno usmerjanje različnih pogledov (5).
- Konstruktivno povratno sporočilo: Vodja se mora naučiti podajati povratne informacije na konstruktiven način. Namesto obtožb se osredotoča na opazovanje dejstev, spodbuja samorefleksijo in ponuja rešitve.
- Gradnja ekipe: Vodja spodbuja aktivnosti, ki prispevajo k razvoju timskih odnosov. Tim, ki dobro sodeluje, ima manjše možnosti za konflikte, saj temelji na medsebojnem zaupanju.

Učinkovita komunikacija je ključna ne samo pri prepoznavanju konfliktov, ampak tudi pri njihovi preprečitvi in reševanju. Voditelj, ki obvlada večšine komuniciranja, bo lažje ustvaril trdne temelje za zdrave odnose v zdravstvenem timu ter prispeval k celovitemu in pozitivnemu delovnemu okolju (7).

Vodja, ki opazi te znake, lahko ukrepa še preden se konflikt stopnjuje. To vključuje vzpostavitev odprtih kanalov komunikacije, spodbujanje sodelovanja in ustvarjanje varnega okolja za izražanje stališč. S takšnim pristopom voditelj ne samo preprečuje, da bi se konflikt stopnjeval, ampak tudi gradi temelje za dolgoročno dobro počutje in uspešnost zdravstvenega kolektiva.

## 2.2 Komunikacija

Komunikacija je večšina sporazumevanja, ki omogoča posredovanje naših misli, občutkov in daje možnost za reševanje konfliktov. Na drugi strani pa jih lahko tudi ustvari. V zdravstvenem timu je za reševanje konfliktov pomembno vzpostaviti dobro, kvalitetno komunikacijo (6). Če vodja želi vzpostaviti delovno okolje s čim manj konflikti, mora imeti poleg organizacijskih tudi komunikacijske sposobnosti. Vzpostaviti mora odprto in spoštljivo okolje za komunikacijo, kjer člani ekipe lahko izrazijo svoja mnenja in pomisleke (3). Poznamo več ključnih načinov, kako vodja učinkovito uporabi komunikacijo za reševanje konfliktov:

- Aktivno poslušanje: Vodja mora razviti sposobnost aktivnega poslušanja, kar pomeni, da se popolnoma osredotoči na sogovornika, razume njegovo perspektivo in postavi vprašanja za pojasnitev.
- Jasna komunikacija: Vodja se mora jasno in natančno izražati. Jasnost zmanjšuje možnost nesporazumov, ki so pogosto vir konfliktov.
- Spodbujanje dialoga: Sprejemanje odprtih in strukturiranih dialogov med člani ekipe olajšuje reševanje nesoglasij. Vodja spodbuja sodelavce, da izrazijo svoje ideje in pomisleke ter iščejo skupne točke.

## 2.3 Pristop k reševanju konfliktov

Za reševanje konfliktom poznamo več pristopov. Splošna pravila za reševanje konfliktov v zdravstvenem sistemu so soočenje s konfliktom – pred reševanjem konflikta, dojeti vlogo druge strani, definirati problem, iskati in oceniti različne rešitve ter dogovor o konfliktu (8).

Vodje v zdravstvenem kolektivu morajo razviti strateško razumevanje različnih pristopov za reševanje konfliktov, saj ni univerzalne rešitve za vse situacije. Zaradi raznolikosti konfliktov je potrebna prilagodljivost in odzivnost vodje. S konflikti se vodstveni delavci v zdravstvu spopadajo tako, da ne zmanjšujejo produktivnosti in ne ovirajo zagotavljanja oskrbe, osredotočene na pacienta. Tu so ključni elementi strateškega načrtovanja in pristopov k reševanju konfliktov (9):

- Analiza temeljnih vzrokov konflikta: Pred sprejetjem kakršnih koli ukrepov je pomembno razumeti osnovne vzroke konflikta. Ali gre za nesporazume, različne cilje, pomanjkanje komunikacije ali druge dejavnike? Razumevanje osnovnih vzrokov omogoča usmerjene ukrepe.
- Sodelovalni pristop: V nekaterih primerih se lahko konflikte reši s sodelovalnim pristopom, kjer se člani tima aktivno vključijo v iskanje rešitve, ki zadovolji vse strani. Vloga vodje je olajšati proces dogovarjanja kot facilitator.
- Avtoritativni pristop: V določenih situacijah, še posebej kadar so hitre odločitve ključnega pomena, lahko vodja sprejme avtoritativni pristop. To pomeni, da sprejme odločitev, ki jo člani tima spoštujejo, tudi če se z njo ne strinjajo popolnoma.

- Kompromis: Ko sodelovalni pristop ali avtoritativna odločitev nista izvedljiva, je lahko kompromisna rešitev sprejemljiva. Vodja mora najti ravnotežje med potrebami vseh vpletenih strani.
- Delegacija nalog: V nekaterih primerih je konflikt posledica slabo dodeljenih ali neustrezno razdeljenih nalog. Delegiranje nalog in odgovornosti lahko pomaga preprečiti konflikte, ki izvirajo iz nejasnih pričakovanj.
- Nenehno spremljanje: Potem ko je bila uporabljena določena strategija za reševanje konflikta, je za vodjo pomembno, da nenehno spremlja situacijo. To omogoča hitro odzivanje na morebitne nove konflikte ali znake nezadovoljstva.

Za učinkovito reševanje konfliktov mora vodja izbrati pravi pristop glede na specifične okoliščine. Raznolikost pristopov omogoča vodji, da se prilagodi dinamiki konflikta in doseže trajnostno rešitev, ki prispeva k harmoniji in produktivnosti zdravstvenega kolektiva (9).

## 2.4 Psihologija konfliktov v zdravstvenem timu

Za vodje v zdravstvenem kolektivu je ključno razumeti psihološke vidike konfliktov, saj so ti pogosto povezani s čustvi, odnosi in dinamiko posameznikov. V nadaljevanju bomo pojasnili nekatere pomembne vidike psihologije konfliktov v zdravstvenem okolju:

- Čustvena inteligentnost: Voditelji morajo razviti visok nivo čustvene inteligentnosti, da lahko prepoznajo, razumejo in učinkovito obvladujejo čustvene vidike konfliktov. Ključnega pomena je sposobnost empatije, samoregulacije ter motiviranja drugih.
- Osebni odnosi v timu: Osebne dinamike med člani tima lahko močno vplivajo na pojav konfliktov. Vodja mora prepoznati vzorce odnosov ter prispevke posameznikov k nastanku konfliktov in po potrebi vzpostaviti ravnovesje.
- Reševanje medosebnih konfliktov: Vodja mora razviti veščine reševanja medosebnih konfliktov. Razumevanje tega, kako se konflikti razvijajo na individualni ravni, omogoča bolj ciljno usmerjeno reševanje problemov.
- Skupinska dinamika: Zdravstveni kolektiv deluje kot skupina, kjer so prisotne določene dinamike. Razumevanje teh dinamik omogoča vodji, da predvidi možne konflikte ter oblikuje strategije za njihovo preprečevanje.
- Psihološki učinki konfliktov na posameznike: Konflikti lahko povzročijo stres, zmanjšano zadovoljstvo pri delu ter celo izgorelost pri posameznikih. Vodja mora prepoznati te učinke ter

zagotavljati podporo in rešitve za obvladovanje stresa.

- Krepiti pozitivne odnose: Vodja mora aktivno delovati na izboljšanju pozitivnih odnosov v ekipi. Spodbujanje sodelovanja, priznavanje dosežkov in spodbujanje skupinskih vrednot lahko zmanjšajo verjetnost za nastanek konfliktov.

Razumevanje psiholoških vidikov konfliktov v zdravstvenem timu omogoča vodjem bolj celostni pristop k reševanju konfliktov. Zdrav odnos do čustev, razumevanje skupinske dinamike ter podpora posameznikom so ključni elementi, ki prispevajo k zmanjšanju konfliktov in izboljšanju celotnega delovnega okolja v zdravstveni organizaciji (10).

## 2.5 Izobraževanje in razvoj za učinkovito reševanje konfliktov

Vodja v zdravstvenem timu mora nenehno izpopolnjevati svoje veščine reševanja konfliktov. To pomeni pridobivanje izobrazbe in razvoja, ki bo vodjo opremil s potrebnim znanjem in orodji za učinkovito obvladovanje situacij s konfliktnimi elementi. Ključne točke na tem področju so (11):

- Usposabljanje za veščine reševanja konfliktov: Vodje bi morali imeti dostop do usposabljanj, ki zajemajo širok spekter veščin za reševanje konfliktov, vključno s komunikacijo, mediacijo, pogajanjem in obvladovanjem čustev.
- Psihološko izobraževanje: Razumevanje osnov psihologije konfliktov je ključnega pomena. Vodja, ki pozna temeljne koncepte, lahko bolje analizira situacijo, predvideva možne odzive posameznikov ter učinkoviteje vodi reševanje konflikta.
- Delavnice in simulacije v živo: Interaktivno učenje, pri katerem vodje sodelujejo v simulacijah situacij s konfliktnimi elementi, omogoča pridobivanje praktičnih izkušenj. To jim pomaga razviti občutek za hitro in premišljeno odzivanje.
- Mentorstvo in svetovanje: Sodelovanje z mentorjem ali svetovalcem, ki ima izkušnje na področju reševanja konfliktov, omogoča vodjem individualno usmerjanje in pridobivanje praktičnih nasvetov.
- Neprestano učenje iz prakse: Voditelji naj izkoristijo priložnosti za učenje iz vsakodnevnih izkušenj. Analiza preteklih konfliktov, razmislek o lastnih odzivih ter iskanje načinov za izboljšave so ključni elementi stalnega učenja.
- Spremljanje napredka na področju reševanja konfliktov: Voditelji naj bodo obveščeni o najnovejših raziskavah in pristopih na področju reševanja konfliktov. S spremljanjem napredka

lahko voditelji ostanejo korak pred izzivi, s katerimi se srečujejo v sodobnem zdravstvenem okolju.

Usposabljanje in razvoj voditeljskih veščin na področju reševanja konfliktov sta ključna za gradnjo trdnih sposobnosti, ki bodo koristile ne samo vodjem, temveč tudi celotnemu zdravstvenemu kolektivu. Vlaganje v izobraževanje prinaša dolgoročne koristi v obliki boljšega vodenja, izboljšanih medosebnih odnosov in ugodnejšega delovnega okolja (11).

### 3 Zaključek

V tej študiji smo preučili več vidikov, ki so ključni za učinkovito obvladovanje konfliktov, s poudarkom na vlogi voditelja. Pomembne ugotovitve vključujejo:

Zgodnje prepoznavanje konfliktov: Voditelji morajo razviti sposobnost zgodnjega prepoznavanja znakov konflikta, da lahko hitro ukrepajo in preprečijo nadaljnje eskalacije.

Komunikacija kot ključno orodje: Aktivno poslušanje, jasna komunikacija in spodbujanje dialoga so ključnega pomena za vzpostavljanje odprtega in spoštljivega komunikacijskega okolja.

Strateško načrtovanje: Voditelji morajo izbrati ustrezne strategije za reševanje konfliktov, ki se prilagajajo specifičnim okoliščinam in dinamiki ekipe.

Psihološki vidiki konflikta: Razumevanje čustvenih in psiholoških vidikov konflikta omogoča vodjem ciljno usmerjeno reševanje problemov ter vzpostavljanje trdnih odnosov v ekipi.

Izobraževanje in razvoj: Nenehno izboljševanje veščin reševanja konfliktov skozi izobraževanje, usposabljanje in pridobivanje izkušenj je ključno za uspešno vodenje harmonične zdravstvene ekipe.

Vodenje v zdravstveni ekipi zahteva več kot samo upravljanje nalog in virov; vključuje tudi spretnosti reševanja konfliktov. Zavedanje dinamike konfliktov, pravilna uporaba komunikacije ter strateško in psihološko načrtovanje so ključni elementi, ki usmerjajo voditelja pri vzpostavljanju trdnih temeljev za sodelovanje, produktivnost in zadovoljstvo zaposlenih.

Vodja zdravstvenega tima ima ključno vlogo pri prepoznavanju in naslavljanju konfliktov, ki se pojavljajo med člani ekipe. Njegova sposobnost empatičnega poslušanja ter razumevanja raznolikosti mnenj in perspektiv v timu je temeljnega pomena. Pomembno je, da vodja vzpostavi odprto komunikacijsko okolje, kjer se člani tima počutijo svobodne izraziti svoja stališča in pomisleke.

### LITERATURA IN VIRI:

1. Piryani, R. M. in Piryani, S. Conflict management in healthcare. Journal of Nepal health research council. 2019; 16(41): 481-482.
2. Zidar, S. Načini reševanja konfliktov v timu zdravstvene nege [diplomska naloga]. Jesenice: S. Zidar; 2016.
3. Lorber M. in Skela Savić B. Komunikacija in reševanje konfliktov v zdravstveni negi. Obzornik zdravstvene nege. 2011; 45(4): 247-52.
4. Cullati S., Bochatay, N., Maitre, F., Laroche, T., Muller-Juge, V., Blondon K. S., et al. When team conflicts threaten quality of care: a study of health care professionals' experiences perceptions. Mayo Clinic proceedings: Innovations, quality & outcomes. 2019; 3(1): 43-51.
5. McDaniel G., Stroud G., Mathew L., Dernakovski M., Batsenko A., Agrawal S. Conflict management in healthcare; creating a culture of cooperation. Virginia Beach: Koehler books; 2021.
6. Kastrevec, M. Komuniciranje kot orodje za reševanje konfliktov [magistrsko delo]. Novo Mesto: M. Kastrevec; 2011.
7. Brown A. Communication and leadership in healthcare quality governance. Journal of health organization and management. 2019; 34(2): 144-161.
8. Šepić G. Učinkoviti pristopi reševanja konfliktov [diplomska naloga]. Jesenice: G. Šepić; 2020.
9. Lipcamon D. J., Mainwaring, A. B. Conflict resolution in healthcare management. Radiology management. 2004; 26(3): 48-51.



10. Spector E. P. And Bruk-Lee V. Conflict, health and well-being. In: De Dreu K.W., Gelfand J. M. The psychology of conflict and conflict management in organisations. New York: Lawrence Erlbaum associates; 2008, p. 267-291.
11. Novak J.P. Inviting educational leadership: Fulfilling potential and applying an ethical perspective to the educational process; Financial Times; 2001.

# Kritičen pogled na pravice iz osnovnega zdravstvenega zavarovanja na področju zobozdravstva

**Avtor: Denis Čebren, dr. dent. med., mentor: izr. prof. dr. Elizabeta Zirnstein**

## **Povzetek:**

*Zakon o pacientovih pravicah določa pravice, ki jih ima pacient oziroma pacientka kot uporabnik oziroma uporabnica zdravstvenih storitev pri vseh izvajalcih zdravstvenih storitev. Pravice po tem zakonu pripadajo vsem pacientom, kadar so zdravstveno obravnavani, ne glede na to, ali so vključeni v zdravstveno zavarovanje ali ne. Zakon o pacientovih pravicah torej ne določa, katere zdravstvene storitve pripadajo pacientu brezplačno (ker je zdravstveno zavarovan) in katere storitve dobi zgolj proti plačilu.*

*Ne glede na to pa ima pacient brez zdravstvenega zavarovanja pravico do nujne medicinske pomoči. Ostale zdravstvene storitve pa mu pripadajo proti plačilu.*

*Obvezno zdravstveno zavarovanje ureja Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, dopolnjujejo ga Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Pravila OZZ). Ta zakon, skupaj s Pravili OZZ, določa pravice zavarovancev, med katere sodijo tudi zobozdravstvene storitve. Zavarovanec ima na podlagi obveznega zdravstvenega zavarovanja pravico do zobozdravstvenih storitev, ki so bodisi konzervativne, preventivne oziroma gre za zdravljenje bolezni zob in ustne votline.*

*Pravice zavarovancev po Pravilih OZZ bi bilo treba temeljito posodobiti, saj se strokovne smernice razlikujejo od tistih, ko so pravila nastala. Strokovne smernice velikokrat narekujejo vezavo zob nosilcev protetične konstrukcije v mostiček. Zaradi parodontalne prizadetosti zob ali majavosti zob je, na primer, potrebno zobe obrusiti in na njih izdelati vezane prevleke za nošenje in prenašanje griznih in žvečnih sil s proteze na zobe. Pravila OZZ, Navodila za uveljavljanje protetične oskrbe in Navodila za obračun storitev narekujejo, da so zavarovanci upravičeni do prevleke na zobu nosilcu proteze, ki je prvi poleg brezzobe vrzeli. Na preostalih zobeh ima zavarovanec pravico do prevleke samo v primeru, če ima zob troploskovno plombo, katere menjava ni indicirana, ima poškodovanih 60 odstotkov zobne krone ali potrebuje dvig griza. Pravila OZZ stanja obzobnih tkiv pri protetični oskrbi zob ne upoštevajo.*

## **1 Uvod**

Osnovna človekova pravica, ki jo zagotavljajo Ustava RS in mednarodni pravni akti, je pravica do varovanja zdravja. To pravico na nacionalni ravni zagotavlja prvi odstavek 51. člena Ustave RS, po katerem ima v Sloveniji vsakdo pravico do zdravstvenega varstva pod pogoji, ki jih določa zakon. Gre za pravico pozitivnega statusa, kar pomeni, da Ustava v tem odstavku 51. člena od države zahteva aktivno delovanje. V zvezi s tem je Ustavno sodišče RS presodilo, da je država dolžna vzpostaviti tak sistem zdravstvenega varstva, ki bo omogočal materialno dostopnost zdravstvenih storitev vsem, ki jih potrebujejo (Sklep Ustavnega sodišča RS, U-I-116/09). Ustava RS v drugem odstavku 51. člena določa še, da pravice do zdravstvenega varstva iz javnih sredstev določa zakon. To pomeni, da bi morala država z zakonom določiti, katere zdravstvene

storitve in v kakšnem obsegu se zagotavljajo iz javnih (državnih) sredstev.

Na izvedbeni ravni človekovo pravico do varovanja zdravja določata Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ, Uradni list RS, št. 9/92 in spremembe) ter Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Pravila OZZ, Uradni list RS, št. 79/94 in spremembe). Zakon in pravila skupaj določajo vsebino in obseg pravice do zdravstvenega varstva (določanje pravic do zdravstvenih storitev), pogoje uveljavljanja te pravice in način njenega izvrševanja. Temeljne zdravstvene storitve krije obvezno zdravstveno zavarovanje (OZZ). Zavarovanim osebam se z obveznim zdravstvenim zavarovanjem zagotavlja plačilo zdravstvenih storitev v obsegu, ki ga določata ZZVZZ in Pravila OZZ. Pacient brez zavarovanja ima pravico le do nujne medicinske pomoči, ostale zdravstvene storitve mu pripadajo proti plačilu.

Pri uveljavljanju pravice do varovanja zdravja mora imeti pacient, kot nosilec te pravice, dostop do časovno, kakovostno, prostorsko in cenovno primernih zdravstvenih storitev. Te pravice imenujemo "pacientove pravice", določene pa so z Zakonom o pacientovih pravicah (ZPacP, Uradni list RS, št. 15/08).

Zakon o pacientovih pravicah določa pravice, ki jih ima pacient oziroma pacientka kot uporabnik oziroma uporabnica zdravstvenih storitev pri vseh izvajalcih zdravstvenih storitev. Poleg tega zakon določa postopke uveljavljanja teh pravic, postopke, kadar so te kršene, in s temi pravicami povezane dolžnosti pacienta oziroma pacientke.

Pacientove pravice so (1):

- pravica do dostopa do zdravstvene obravnave in zagotavljanja preventivnih storitev,
- pravica do enakopravnega dostopa in obravnave pri zdravstveni obravnavi,
- pravica do proste izbira zdravnika in izvajalca zdravstvene dejavnosti,
- pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave,
- pravica do spoštovanja pacientovega časa,
- pravica do obveščenosti in sodelovanja,
- pravica do samostojnega odločanja o zdravljenju,
- pravica do upoštevanja vnaprej izražene volje,
- pravica do preprečevanja in lajšanja trpljenja,
- pravica do drugega mnenja,
- pravica do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo,
- pravica do varstva zasebnosti in varstva osebnih podatkov,
- pravica do obravnave kršitev pacientovih pravic,
- pravica do brezplačne pomoči pri uresničevanju pacientovih pravic.

Pravni položaj pacientov pa ni odvisen zgolj od zakonov ZZVZZ in ZPacP, pač pa so pravice pacientov oziroma zavarovanih oseb določene tudi v Zakonu o zdravstveni dejavnosti (ZZDej, Uradni list RS, št. 9/92 in spremembe), Zakonu o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (ZPIZ-2, Uradni list RS, št. 96/12 in spremembe) in Zakonu o zdravniški službi (ZZdrS, Uradni list 98/99 in spremembe).

V tej nalogi se osredotočamo na pravice pacientov-zavarovancev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja na področju zobozdravstva.

Do 1. 1. 2024 smo imeli obvezno in dopolnilno zavarovanje. ZZVZZ je določal odstotek storitev, ki ga je krilo OZZ, in odstotek, ki ga je krilo dopolnilno

zavarovanje. Od 1. 1. 2024 je s sprejemom interventnega zakona (Zakon o interventnih ukrepih na področju zdravstva, dela in sociale ter z zdravstvom povezanih vsebin, Uradni list RS, št. 136/23) dopolnilno zavarovanje ukinjeno in preneseno v obvezno zavarovanje. S tem zakonom zobozdravstvene storitve, ki so pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, v celoti krije OZZ.

Zobozdravstvene storitve so vključene v 1., 2., 3. in 4. točko 23. člena ZZVZZ. Pravice zavarovanih oseb do zobozdravstvene oskrbe in pravice do zobnoprotoničnih nadomestkov so opredeljene v Pravilih OZZ.

Poleg pravice do storitev iz zobozdravstvene dejavnosti opredeljujejo Pravila OZZ še pravice iz zdravstvenih storitev, lekarniške, bolnišnične, specialistične in terciarne dejavnosti, rehabilitacije, prevozov z reševalnimi vozili, zdravil, medicinskih pripomočkov, nadomestilo plače za čas bolniške odsotnosti, pogrebne in posmrtnine.

## 2 Pravice zavarovanih oseb do storitev zobozdravstvene dejavnosti

Pravice zavarovanih oseb do storitev zobozdravstvene dejavnosti so urejene v Pravilih OZZ. Pravila OZZ podrobno urejajo vrste in obseg pravic zavarovancev, njihove obveznosti, pogoje in postopke, ki so potrebni za uresničevanje pravic. V Pravilih OZZ so določeni tudi standardi zdravstvenih storitev in medicinskih pripomočkov in varstvo pravic ter nadzor uresničevanja pravic in obveznosti. Pravila OZZ so dolžni upoštevati tako izvajalci kot zavarovanci. Fizične osebe pridobijo pravice iz OZZ s trenutkom, ko postanejo zavarovanci, in sicer glede na pogoje za pridobitev lastnosti zavarovanca, ki jih določa zakon. Pri tem Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) ureja postopke pri pravilnem in nepravilnem uresničevanju pravic iz OZZ.

Pravice zavarovanih oseb do storitev zobozdravstvene dejavnosti in zobnoprotoničnih nadomestkov določajo 28.–35. člen Pravil OZZ, garancijske in trajnostne dobe pripomočkov pa so opredeljene v 121., 122. in 123. členu Pravil OZZ. Dodatno so pravice do protetičnih nadomestkov opredeljene v Navodilu za uveljavljanje zobnoprotonične rehabilitacije (Navodilo za uveljavljanje pravice do zobnoprotonične rehabilitacije z listinama Predlog zobnoprotonične rehabilitacije in Delovni nalog za zobnoprotonične storitve št.: 0072-13/2022-DI/1 z dne 14. 4. 2022).

187. člen Pravil OZZ opredeljuje, na katerem nivoju lahko zavarovanci uveljavljajo pravice do implantatne protetične oskrbe.

## 2.1 Predstavitev pravice zavarovanih oseb za konzervativno in preventivno zdravljenje boleznih zob in ustne votline

Pravice zavarovancev iz OZZ za konzervativno in preventivno zdravljenje so opredeljene v 28., 34. in 35. členu Pravil OZZ.

Zavarovanec ima pravico do pregleda na svojo zahtevo pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti, ki imajo sklenjeno pogodbo za opravljanje zobozdravstvene dejavnosti z ZZZS. Na lastno zahtevo pripada zavarovancu pregled največ enkrat letno. Pri zgoraj opredeljenih izvajalcih pripada zavarovancem zdravljenje zob, njihovo plombiranje s sanacijo kariesa, rentgenska diagnostika zob in čeljusti, dograjevanje zob z standardnimi materiali določenimi v Pravilih OZZ, zdravljenje boleznih zobnih tkiv in ustne sluznice ter oralnokirurške in maksilofacialno kirurške storitve. Pravice do zobnoprotoničnih nadomestkov so bolj podrobno opredeljene v 29.–33. členu Pravil OZZ.

Zavarovanec ima po končanem konzervativnem oziroma zobnoprotoničnem zdravljenju pravico do kontrolnega pregleda šele po šestih mesecih. Pravila bi bilo na tem mestu treba dopolniti, saj je pri zavarovancih oziroma pacientih treba kontrolne preglede pri določenih bolezenskih stanjih opravljati tudi redno na tri mesece glede na strokovne indikacije (tovrsten primer so pacienti s sladkorno boleznijo, saj sladkorna bolezen dokazano vpliva na slabše zdravje zobnih tkiv).

Storitve konzervativne zobozdravstvene oskrbe imajo v Pravilih OZZ določeno tudi garancijsko dobo, ki za plombe na stalnih zobeh znaša devet mesecev. V tem času je izvajalec dolžan popravila opraviti na svoje stroške. Po izteku garancijske dobe do konca trajnostne dobe, ki znaša tri leta, krije stroške zamenjave ZZZS. Stroške zamenjave ali popravila sme izvajalec zaračunati ZZZS le, če je prišlo do anatomskih ali funkcionalnih sprememb, ki so povzročile poškodovanje ali prelom pripomočka. Če je bil pripomoček poškodovan zaradi neustreznega ravnanja zavarovane osebe, krije vse stroške popravila oseba sama. Po izteku trajnostne dobe ZZZS krije le indicirano zamenjavo plombe. O potrebi zamenjave plombe zaradi različnih razlogov odloča zobozdravnik.

Za plombe na mlečnih zobeh ni garancijske dobe. Garancijska in trajnostna doba tečeta od dneva opravljene storitve.

Zavarovana oseba do dopolnjenega 18. leta ima pravico do ortodontskega zdravljenja, ki vključuje izdelavo potrebnega snemnega ortodontskega aparata, če gre za funkcionalno nepravilnost orofacialnega sistema. Pravila dopuščajo zdravljenje s fiksnim ortodontskim aparatom le pri stanjih, pri katerih s snemnimi aparati ni mogoče doseči korekture disgnatije. Ta pravica ni povsem sprejemljiva, saj je glede na strokovno literaturo zdravljenje s fiksnimi ortodontskimi aparati veliko bolj učinkovito od zdravljenja s snemnimi aparati, zaradi česar je tudi indicirano. S fiksnimi ortodontskimi aparati tudi veliko hitreje (v povprečju dvakrat hitreje) dosežemo želen rezultat zdravljenja, kar je za pacienta boljše, s tem pa je tudi strošek zdravljenja nižji.

Pravila določajo, da zavarovana oseba ni upravičena do fiksnega ortodontskega aparata, če si to sama želi. Upravičenost do fiksnega ortodontskega aparata je urejena z Eismann-Farčnikovim indeksom (EF indeksom). To je indeks, ki pove stopnjo dento-facialne nepravilnosti pri zavarovancu. Šteje se, da je potreba po ortodontskem zdravljenju ugotovljena takrat, ko ortodont z meritvami ugotovi vrednost EF indeksa, ki mora biti večji od 15 točk, kar je pogoj za uveljavljanje pravice do ortodontskega zdravljenja in posledično za začetek tovrstnega zdravljenja.

Zavarovana oseba do dopolnjenega 18. leta starosti ima pravico do ortodontskega zdravljenja, ki vključuje izdelavo ustreznega ortodontskega aparata, če je po doktrinarnih opredelitvah ortodontske stroke pri osebi prisotna srednja, težja ali zelo težka oblika nepravilnosti zob in čeljusti. Pravico do takšnega zdravljenja imajo tudi zavarovane osebe po tej starostni dobi, če je bila potreba po zdravljenju ugotovljena vsaj dve leti, preden je oseba dopolnila 18. leto starosti.

Zavarovana oseba ima pravico do ortodontskega zdravljenja tudi v primeru, da je bila potreba po tem zdravljenju ugotovljena po 16. letu starosti, vendar le če je to zdravljenje potrebno kot priprava na ortognati kirurški poseg, ki je potreben zaradi težkih nepravilnosti obraznega skeleta, pri čemer je nepravilnost možno odpraviti le s kombiniranim ortodontsko-kirurškim zdravljenjem. Pravico do ortodontskega zdravljenja po dopolnjenem 18. letu starosti ima zavarovana oseba, kadar začetno zdravljenje ni bilo končano do 18. leta.

Nesmiselno se mi zdi, da pacient, ki je bil napoten pravočasno k specialistu čeljustne in zobne ortopedije, izgubi pravico do ortodonskega zdravljenja zaradi opravljenega pregleda po 16. letu starosti, kar je posledica čakalnih dob oziroma samega zdravstvenega sistema. Pacient v tem primeru ne nosi krivde za izgubljenost pravico do ortodonskega zdravljenja. ZZZS bo verjetno ta del upravičil z izjavo, da imajo vsi pacienti, ki so prejeli napotnico, možnost zdravljenja v tujini v breme ZZZS, kar pa je zopet nov nesmisel, ki ga ZZZS izvaja. V Republiki Sloveniji je namreč več specialistov različnih zobozdravstvenih področij, ki sicer delujejo v samoplačniški ambulanti, a bi lahko tudi pri njih pacienti uveljavljali pravice do zobozdravstvenih storitev, za katere bi jim ZZZS povrnil stroške, kot jih povrne tistim, ki odidejo na zdravljenje v tujino. V tem primeru bi vsaj denar, ki ga ZZZS nameni tujim izvajalcem, ostal v RS, da ne govorimo o poti, času in stroških, ki jih imajo pacienti ob odhodu v tujino.

Preventivne zobozdravstvene storitve so v Pravilih OZZ zelo dobro urejene. Preventivne preglede se izvaja pri dojenčkih v starosti od šest do dvanajst mesecev, pri otrocih v 1. do 6. letu starosti, v vsakem razredu osnovne šole, v 1. in 3. letniku srednje šole in 1. in 3. letniku višje in visoke šole. Otrokom in mladini pripada še zalitje fisur mlečnih in stalnih kočnikov in stalnih ličnikov, fluorizacija zob po prenehanju dojenja s tabletami in s premazi do dvakrat na mesec. Predšolski otroci, učenci in študentje do dopolnjenega 26. leta starosti imajo še pravico do preventivnih zobozdravstvenih pregledov, ki vključujejo tudi čiščenje zobnih oblog na zobeh.

Zavarovani osebi so zagotovljene glede na zdravstveno stanje in potrebe pravice do obturatorjev ter opornic pri parodontopatijah. Slednje so lahko kombinirane tudi z zobnoprotopetičnimi pripomočki, ki so pravica glede na Pravila OZZ.

## **2.2 Pravice zavarovanih oseb za konzervativno in preventivno zdravljenje bolezni zob in ustne votline**

Pravice zavarovancev iz OZZ za konzervativno in preventivno zdravljenje so opredeljene v 28., 34. in 35. členu Pravil OZZ.

Zavarovanec ima pravico do pregleda na svojo zahtevo pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti, ki imajo sklenjeno pogodbo za opravljanje zobozdravstvene dejavnosti z ZZZS. Na lastno zahtevo pripada zavarovancu pregled največ enkrat letno. Pri zgoraj opredeljenih izvajalcih pripada zavarovancem zdravljenje zob, njihovo plombiranje s

sanacijo kariesa, rentgenska diagnostika zob in čeljusti, dograjevanje zob z s standardnimi materiali določenimi v Pravilih OZZ, zdravljenje bolezni obzobnih tkiv in ustne sluznice ter oralnokirurške in maksilofacialno kirurške storitve. Pravice do zobnoprotopetičnih nadomestkov so bolj podrobno opredeljene v 29.–33. členu Pravil OZZ.

Zavarovanec ima po končanem konzervativnem oziroma zobnoprotopetičnem zdravljenju pravico do kontrolnega pregleda šele po šestih mesecih. Pravila bi bilo na tem mestu treba dopolniti, saj je pri zavarovanih oziroma pacientih treba kontrolne preglede pri določenih bolezenskih stanjih opravljati tudi redno na tri mesece glede na strokovne indikacije (tovrsten primer so pacienti s sladkorno boleznijo, saj sladkorna bolezen dokazano vpliva na slabše zdravje obzobnih tkiv).

Storitve konzervativne zobozdravstvene oskrbe imajo v Pravilih OZZ določeno tudi garancijsko dobo, ki za plombe na stalnih zobeh znaša devet mesecev. V tem času je izvajalec dolžan popravila opraviti na svoje stroške. Po izteku garancijske dobe do konca trajnostne dobe, ki znaša tri leta, krije stroške zamenjave ZZZS. Stroške zamenjave ali popravila sme izvajalec zaračunati ZZZS le, če je prišlo do anatomskih ali funkcionalnih sprememb, ki so povzročile poškodovanje ali prelom pripomočka. Če je bil pripomoček poškodovan zaradi neustreznega ravnanja zavarovane osebe, krije vse stroške popravila oseba sama. Po izteku trajnostne dobe ZZZS krije le indicirano zamenjavo plombe. O potrebi zamenjave plombe zaradi različnih razlogov odloča zobozdravnik.

Za plombe na mlečnih zobeh ni garancijske dobe. Garancijska in trajnostna doba tečeta od dneva opravljenih storitev.

Zavarovana oseba do dopolnjenega 18. leta ima pravico do ortodonskega zdravljenja, ki vključuje izdelavo potrebnega snemnega ortodonskega aparata, če gre za funkcionalno nepravilnost orofacialnega sistema. Pravila dopuščajo zdravljenje s fiksnim ortodontskim aparatom le pri stanjih, pri katerih s snemnimi aparati ni mogoče doseči korekture disgnatije. Ta pravica ni povsem sprejemljiva, saj je glede na strokovno literaturo zdravljenje s fiksnimi ortodontskimi aparati veliko bolj učinkovito od zdravljenja s snemnimi aparati, zaradi česar je tudi indicirano. S fiksnimi ortodontskimi aparati tudi veliko hitreje (v povprečju dvakrat hitreje) dosežemo želen rezultat zdravljenja, kar je za pacienta boljše, s tem pa je tudi strošek zdravljenja nižji.



Pravila določajo, da zavarovana oseba ni upravičena do fiksnega ortodontskega aparata, če si to sama želi. Upravičenost do fiksnega ortodontskega aparata je urejena z Eismann-Farčnikovim indeksom (EF indeksom). To je indeks, ki pove stopnjo dento-facialne nepravilnosti pri zavarovancu. Šteje se, da je potreba po ortodontskem zdravljenju ugotovljena takrat, ko ortodont z meritvami ugotovi vrednost EF indeksa, ki mora biti večji od 15 točk, kar je pogoj za uveljavljanje pravice do ortodontskega zdravljenja in posledično za začetek tovrstnega zdravljenja.

Zavarovana oseba do dopolnjenega 18. leta starosti ima pravico do ortodontskega zdravljenja, ki vključuje izdelavo ustreznega ortodontskega aparata, če je po doktrinarnih opredelitvah ortodontske stroke pri osebi prisotna srednja, težja ali zelo težka oblika nepravilnosti zob in čeljusti. Pravico do takšnega zdravljenja imajo tudi zavarovane osebe po tej starostni dobi, če je bila potreba po zdravljenju ugotovljena vsaj dve leti, preden je oseba dopolnila 18. leto starosti.

Zavarovana oseba ima pravico do ortodontskega zdravljenja tudi v primeru, da je bila potreba po tem zdravljenju ugotovljena po 16. letu starosti, vendar le če je to zdravljenje potrebno kot priprava na ortognati kirurški poseg, ki je potreben zaradi težkih nepravilnosti obraznega skeleta, pri čemer je nepravilnost možno odpraviti le s kombiniranim ortodontsko-kirurškim zdravljenjem. Pravico do ortodontskega zdravljenja po dopolnjenem 18. letu starosti ima zavarovana oseba, kadar začetno zdravljenje ni bilo končano do 18. leta.

Nesmiselno se mi zdi, da pacient, ki je bil napoten pravočasno k specialistu čeljustne in zobne ortopedije, izgubi pravico do ortodontskega zdravljenja zaradi opravljenega pregleda po 16. letu starosti, kar je posledica čakalnih dob oziroma samega zdravstvenega sistema. Pacient v tem primeru ne nosi krivde za izgubljenost pravice do ortodontskega zdravljenja. ZZZS bo verjetno ta del upravičil z izjavo, da imajo vsi pacienti, ki so prejeli napotnico, možnost zdravljenja v tujini v breme ZZZS, kar pa je zopet nov nesmisel, ki ga ZZZS izvaja. V Republiki Sloveniji je namreč več specialistov različnih zobozdravstvenih področij, ki sicer delujejo v samoplačniški ambulanti, a bi lahko tudi pri njih pacienti uveljavljali pravice do zobozdravstvenih storitev, za katere bi jim ZZZS povrnil stroške, kot jih povrne tistim, ki odidejo na zdravljenje v tujino. V tem primeru bi vsaj denar, ki ga ZZZS nameni tujim izvajalcem, ostal v RS, da ne govorimo o poti, času in stroških, ki jih imajo pacienti ob odhodu v tujino.

Preventivne zobozdravstvene storitve so v Pravilih OZZ zelo dobro urejene. Preventivne preglede se izvaja pri dojenčkih v starosti od šest do dvanajst mesecev, pri otrocih v 1. do 6. letu starosti, v vsakem razredu osnovne šole, v 1. in 3. letniku srednje šole in 1. in 3. letniku višje in visoke šole. Otrokom in mladini pripada še zalitje fisur mlečnih in stalnih kočnikov in stalnih ličnikov, fluorizacija zob po prenehanju dojenja s tabletami in s premazi do dvakrat na mesec. Predšolski otroci, učenci in študentje do dopolnjenega 26. leta starosti imajo še pravico do preventivnih zobozdravstvenih pregledov, ki vključujejo tudi čiščenje zobnih oblog na zobeh.

Zavarovani osebi so zagotovljene glede na zdravstveno stanje in potrebe pravice do obturatorjev ter opornic pri parodontopatijah. Slednje so lahko kombinirane tudi z zobnoproteničnimi pripomočki, ki so pravica glede na Pravila OZZ.

### 2.3 Pravica zavarovanih oseb do zobno prote-tičnih nadomestkov

Pravico do zobnoproteničnih nadomestkov opredeljuje 29.–33. člen Pravil OZZ.

Zavarovane osebe so upravičene do prevlek, nazidkov, inlejev in onlejev, ko je zob okvarjen do te stopnje, da krone ni mogoče več zadovoljivo obnoviti s plombiranjem, in je zobe treba protetično oskrbeti zaradi potrebe po dvigu griza. Namenske prevleke in dvojne prevleke za sidrenje delnih protez s kovinsko bazo so pravica, ko je zaradi biomehanskih vidikov potrebna izdelava takega nadomestka na zobeh nosilcih. Pravica do namenskih prevlek je v Pravilih OZZ zelo pomanjkljiva, saj zavarovancem pripadajo prevleke le na prvih zobeh nosilcih, ki se nahajajo poleg vrzeli oziroma skrajšane zobne vrste. Prevleke na preostalih zobeh so pravica le v primeru, da je potrebno pri kombinirani fiksno-snemni rehabilitaciji dvigniti griz oziroma so zobje poškodovani do te mere, da jih ni mogoče več oskrbeti s plombiranjem. V strokovni literaturi za protetično oskrbo pacientov pa najdemo indikacije za vezavo dodatnih zob nosilcev v protetično konstrukcijo za nošenje proteze, kot je npr. vezava parodontalno prizadetih zob zaradi majavosti. Zavarovancu prevleka na takih zobeh ne pripada, čeprav obstaja za tako oskrbo strokovna indikacija.

Zavarovanec ima pravico do priveska, kadar se z njim nadomesti stranski sekalec, ki je togo vezan na zgornji podočnik. Odstavek v Pravilih OZZ bi bilo treba spremeniti, saj vezava priveska na podočnik v večini primerov ni indicirana, predvsem pa to velja za zgornjo čeljust, saj je podočnik najbolj obremenjen

zob v ustni votlini in bi taka vezava lahko pomenila krajšo življensko dobo protetičnega izdelka. Indikacija za vezavo priveska na podočnik je le v spodnji čeljusti, ko se privesek veže s krilom na lingvalno ploskev podočnika, kjer ni obremenitev.

Mostiček je pravica zavarovanca, če manjka zavarovani osebi en ali več zob v vidnem področju. Za vidno področje se štejejo zobje interkaninega sektorja, to so štirje sekalci in dva podočnika v vsaki čeljusti. V stranskem področju je mostiček pravica, če manjkajo najmanj trije zobje zapored v vrzeli ali pet zob v dveh ali več vrzelih v istem ali v obeh kvadrantih, če so vrzeli prekinjene s po enim zobom oziroma manjkajo v zaporedju in jih je možno nadomestiti z enim mostičkom. Med manjkajoče zobe ne šteje modrostnik. Navedeno pomeni, da v primeru, ko manjka pet zob v dveh kvadrantih in je za nadomestitev potrebna izdelava dveh mostičkov, pacientu mostička ne pripadata. Zavarovanec ima delno pravico do mostička, ko mu manjka enostransko podočnik in oba ličnika. Podočnik se šteje v vidno področje in ZZZS manjkajoči zob plača; oba ličnika sta v stranskem področju, ker pa tu manjkata samo dva zoba zapored, nista pravica in zavarovanec mora manjkajoča zoba plačati sam. V primeru, ko zavarovancu manjkajo trije zobje zapored enostransko v stranskem področju in vsaj še en zob na nasprotni strani, ki ni zadnji v zobnem loku, ima zavarovanec pravico do dveh mostičkov, če je oskrba z mostički cenejša kot oskrba z delno protezo.

Zavarovanec ima pravico do delne snemne proteze, če manjkajo trije zobje ali več zob zapored in izdelava mostička ni možna, trije zobje ali več zob na koncu zobne vrste, najmanj kočniki enostransko ali ob tem še kakšen zob v istem ali drugem kvadrantu iste čeljusti oziroma zobje v več vrzelih in bi vsaka zase predstavljala pravico do mostička v skladu s Pravili OZZ. Včasih je pri enostransko skrajšani zobni vrsti do drugega ličnika indicirana fiksno protetična oskrba čeljusti s priveskom za nadomeščanje prvega kočnika, ko ima zavarovanec načrtovano oskrbo s protezo v nasprotni čeljusti. Tudi v tem primeru pravila strokovnih indikacij ne upoštevajo in si mora pacient nadomestitev prvih kočnikov plačati sam, ker mu po Pravilih OZZ pripada delna snemna proteza. Kadar je zavarovanec hkrati upravičen do mostička in delne snemne proteze v isti čeljusti, ima pravico do proteze, ki nadomesti vse vrzeli v čeljusti.

Totalna proteza je pravica, če zavarovancu manjkajo vsi zobje v eni čeljusti.

Zavarovanec lahko uveljavlja pravice do zobno protetičnih nadomestkov iz Pravil OZZ, če so

izpolnjene statične, biološke in funkcionalne strokovne zahteve za njihovo izdelavo.

Otroci in mladostniki imajo po Pravilih OZZ nekoliko drugačne pravice za zobno protetično oskrbo. Mednje sodi pravica do protetične oskrbe, ko jim manjka en zob v vidnem področju ali dva zoba z zapored v eni čeljusti ne glede na položaj vrzeli. Pravico do takšne oskrbe imajo tudi zavarovane osebe, ki so se med obveznim šolanjem zadnjih pet let redno udeleževale sistematičnih zobozdravstvenih pregledov in zdravljenja zob, ki jim je bila opravljena fluorizacija zobovja v skladu z republiškim preventivnim programom in so imele ob končanem šolanju primarno ali sekundarno zdravo zobovje.

Včasih je pri posameznem pacientu potrebna izdelava začasne snemne proteze. Zavarovanec ima pravico do začasne snemne proteze, če iz anatomskih, bioloških ali funkcionalnih razlogov ni mogoče izdelati trajnega nadomestka. Začasna prevleka in začasni mostiček nista pravica in ju pacient financira sam. Glede na zdravstveno stanje so pravica tudi obturatorji in opornice pri parodontopatijah, ki so lahko kombinirane s protetičnimi izdelki.

Zavarovanec ima pravico do zobno protetične rehabilitacije s pomočjo zobnih vsadkov, ko mu ni mogoče zagotoviti funkcionalno ustrezne rehabilitacije s klasičnimi zobno protetičnimi pripomočki, ki so pravica po Pravilih OZZ. Zobni vsadki so pravica v primeru resekcij zgornje ali spodnje čeljusti, ki so posledica tumorjev, prirojenega pomanjkanja zob (oligodontije), shiz in atrofij alveolnih grebenov. Pri tem je treba biti pazljiv, da zavarovanec nima prisotnih kontraindikacij, ki bi uspešnost implantatno-protetične oskrbe zmanjšale.

Zavarovanec uveljavlja pravico do zobno protetične rehabilitacije s pomočjo zobnih vsadkov neposredno pri izvajalcih na sekundarnem in terciarnem nivoju, in sicer na podlagi izdane napotnice. Napotnica se izda za specialista za stomatološko protetiko, ki ugotovi, ali zavarovanca ni mogoče oskrbeti z zobno protetičnimi pripomočki, ki so pravica iz obveznega zavarovanja in je rehabilitacija izvedljiva le s pomočjo zobnih vsadkov. Če je specialist za stomatološko protetiko ugotovil, da je edina funkcionalno ustrezna zobno protetična rehabilitacija s pomočjo zobnih vsadkov, lahko zavarovanca napoti k specialistu maksilofacialne ali oralne kirurgije oziroma specialistu parodontologu. Napotitev lahko specialist stomatološke protetike opravi, ko ima na napotnici označeno pooblastilo za napotitev pacienta na oskrbo k specialistu drugega področja. Če na napotnici ni navedenega pooblastila, je za izdajo napotnice v skladu s pridobljenim mnenjem

specialista protetika pristojen izbrani osebni zobozdravnik zavarovane osebe (5).

Število zobnih vsadkov je omejeno, in sicer na štiri zobne vsadke v zgornji in dva zobna vsadka v spodnji čeljusti, razen v primeru resekcij zaradi tumorjev, oligodontije in pri izjemnih zdravstvenih stanjih, ko je lahko število zobnih vsadkov večje. V teh primerih je število zobnih vsadkov lahko največ tolikšno, kot izhaja iz mnenja pristojnega konzilija izvajalca na terciarni ravni. Zavarovana oseba ima pravico do zobnoprotopetičnih pripomočkov na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja, če se ob tem zagotovi celovita rehabilitacija v obeh čeljustih v okviru pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zobnoprotopetično rehabilitacijo s pomočjo zobnih vsadkov lahko po 187. členu Pravil OZZ pri atrofijah spodnje čeljusti izvajajo izvajalci na sekundarnem nivoju. Zobnoprotopetično rehabilitacijo preostalih nepravilnosti, pri katerih je indicirana vstavitve vsadkov, pa samo na terciarnem nivoju. Taka omejitev v Pravilih OZZ nima smisla, saj so vsi specialisti na področju stomatološke protetike ter oralne in maksilofacialne kirurgije specializirani za izvajanje zahtevnih zobnoprotopetičnih rehabilitacij s pomočjo zobnih vsadkov pri atrofijah zgornje čeljusti in oligodontijah. Normalno je, da zahtevna stanja, kot so shize in resekcije, ostajajo v okviru terciarne ustanove, ker je zahtevnost oskrbe zaradi osnovne bolezni toliko večja. Atrofije čeljusti in oligodontije pa bi bilo smiselno uvrstiti na sekundarni nivo, saj pacienti za vstavitve vsadkov na terciarnem nivoju čakajo minimalno tri leta.

#### 2.4 Navodilo za uveljavljanje pravice do zobno protetične rehabilitacije

V Navodilih za uveljavljanje zobnoprotopetične rehabilitacije so dodatno opredeljene nekatere določbe in navodila za izpolnjevanje predlogov protetične rehabilitacije. Zavarovana oseba lahko uveljavlja pravico do zobnoprotopetične rehabilitacije v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja, če potrebo po zobnoprotopetični oskrbi ugotovi osebni zobozdravnik ali od njega pooblaščen napotni zobozdravnik, če so pri zavarovancu izpolnjene biomehanske in funkcionalne strokovne zahteve za izdelavo zobnoprotopetičnih nadomestkov in se ob tem zagotovi celovita zobnoprotopetična rehabilitacija v obeh čeljustih v okviru pravic.

To zobnoprotopetično rehabilitacijo lahko uveljavlja zavarovana oseba v breme obveznega zavarovanja samo pri izvajalcih, ki so vključeni v mrežo izvajalcev javne zdravstvene službe in imajo z Zavodom sklenjeno pogodbo za izvajanje

zobozdravstvenih storitev v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Pravico do zobnoprotopetičnih pripomočkov v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja lahko zavarovane osebe uveljavijo po preteku določene dobe zavarovanja (predhodno zavarovanje). Pogoj predhodnega zavarovanja, tj. po preteku šestih mesecev, velja za zavarovane osebe, ki se prvič prijavijo v obvezno zdravstveno zavarovanje, ali po več kot trimesečni prekinitvi tega zavarovanja. Ta pogoj ne velja za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni.

Določbe Navodil za uveljavljanje zobnoprotopetične rehabilitacije, ki veljajo za osebnega zobozdravnika, se uporabljajo tudi za specialista za stomatološko protetiko, če je on tisti, ki izda Predlog ZPR.

Nujna medicinska pomoč, nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene storitve ne vključujejo zobno-protopetične rehabilitacije in storitev v zvezi z njo.

Zavarovane osebe so glede na status zob upravičene do naslednjih zobnoprotopetičnih storitev oziroma pripomočkov:

1. prevleke, nazidka z zatičkom in inleja/onleja v primerih, ko gre za okvarjeno zobno krono, ki je ni več mogoče zadovoljivo obnoviti s plombiranjem; če je to potrebno zaradi dviga griza; če je potrebna izdelava prevleke na podpornih, retencijskih zobeh za snemno protezo ali mostiček, ki sta pravica;
2. mostička, če manjkajo v vidnem sektorju do štirje zobje; če manjkajo v eni vrzeli zapored najmanj trije zobje, ki niso na koncu zobne vrste; če manjka pet zob v dveh ali več vrzelih v istem ali obeh kvadrantih iste čeljusti, če so vrzeli prekinjene s po enim zobom;
3. delne proteze, če manjkajo najmanj trije zobje zapored in izdelava mostička iz prejšnje točke ni mogoča zaradi biomehanskih zahtev; če manjkajo najmanj trije zobje na koncu zobne vrste (najmanj kočniki) enostransko in ob tem še najmanj dva zoba v istem ali drugem kvadrantu v isti čeljusti; če manjkajo zobje v več vrzelih in najmanj dve od njih predstavljata pravico do mostička, a je cena za protezo nižja kot za mostiček, ki sta pravica;
4. totalne proteze, če manjkajo vsi zobje v eni čeljusti;
5. mostička ali delne proteze, če manjka pet ali več zob v obeh stranskih sektorjih ene čeljusti, pri čemer modrostniki niso všteti, in ob tem ni vsaj ene funkcionalne okluzijske enote na vsaki strani čeljusti.



Če je zavarovanec hkrati upravičen do mostička in delne snemne proteze v isti čeljusti, je upravičen do proteze, ki nadomesti vse vrzeli v čeljusti, ali do mostička, če je njegova cena enaka ali nižja od cene zobnoproteničnih snemnih pripomočkov.

Zobni vsadek, ki ni pravica, se pri uveljavljanju pravic do zobnoproteničnih pripomočkov šteje kot lastni zob. Izjema je primer, ko zavarovana oseba ne bi izpolnjevala pogojev za zobnoprotenične pripomočke, če bi samoplačniško vsajen zobni vsadek šteli kot lastni zob. V tem primeru se zobni vsadek ne upošteva pri uveljavljanju pravice do zobnoproteničnega pripomočka.

Zavod zagotavlja plačilo zobnoproteničnih pripomočkov, izdelanih iz standardnih materialov, ki jih določajo Pravila OZZ. Čas bi bil, da se standardi spremenijo, saj so standardni materiali, ki ji krije OZZ, zastareli.

Če je pri zavarovani osebi prisoten zdravstveni razlog, zaradi katerega uporaba standardnega materiala ni strokovno utemeljena, v primeru te osebe velja, da je standardni material drug ustrezen material, ki zagotavlja funkcionalno ustreznost zobnoprotenične storitve ali pripomočka. Največkrat tovrsten zdravstveni razlog predstavlja z izvidom izkazana alergija na standardni material, ki ogroža zdravje zavarovane osebe.

### 2.5 Garancijska in trajnostna doba zobno protetičnih nadomestkov

Zobnoprotenični nadomestki imajo garancijsko dobo 1 leto. Garancijska doba začne teči z dnevom vstavitve zobnoproteničnega pripomočka.

Trajnostna doba zobnoproteničnih nadomestkov je različna za različne nadomestke, in sicer (3):

1. prevleke, krone, mostički in povezane solitarne prevleke iz polplemenitih zlitin in estetske prevleke imajo trajnostno dobo 7 let;
2. prevleke pri zobeh, ki nosijo delne proteze, imajo trajnostno dobo 3 leta;
3. delne proteze iz akrilata imajo trajnostno dobo 3 leta;
4. totalne proteze z akrilatno bazo imajo trajnostno dobo 5 let;
5. proteze s kovinsko bazo imajo trajnostno dobo 7 let;
6. opornice pri parodontopatijah imajo trajnostno dobo 3 leta;

- 7.časne totalne ali delne proteze imajo trajnostno dobo 1 leto.

Trajnostna doba začne teči od dneva, ko zavarovana oseba nadomestek prejme.

Stroške zamenjave ali popravila sme zaračunati izvajalec zavodu v garancijski dobi le, če je prišlo do anatomskih ali funkcionalnih sprememb, ki so povzročile poškodovanje ali prelom pripomočka. V trajnostni dobi pripadata zavarovancu dve popravili oziroma podložitvi totalne, delne proteze ali opornice na stroške zavoda.

Zavarovana oseba, pri kateri je prišlo do anatomskih ali funkcionalnih sprememb, zaradi katerih je pripomoček postal neuporaben pred pretekom trajnostne dobe, je upravičena do predelave pripomočka, če je strošek predelave manjši od 50 % vrednosti novega pripomočka.

Zavarovana oseba lahko dobi nov pripomoček pred iztekom trajnostne dobe, če je pri njej prišlo do takih anatomskih in funkcionalnih sprememb in bi popravilo presegalo 50 % vrednosti novega pripomočka.

## 3 RAZPRAVA

Pravila OZZ in Navodila za uveljavljanje zobnoprotenične rehabilitacije so nastala na podlagi ZZZVZZ in v nekaterih členih niso usklajena z Zakonom o pacientovih pravicah.

Pravila OZZ in Navodila za uveljavljanje zobnoprotenične oskrbe zahtevajo celotno protetično oskrbo zavarovanca v obeh čeljustih, v nasprotnem primeru zavarovanec ni upravičen do zobnoprotenične oskrbe na stroške zavoda.

ZPaP v členih 26., 30. in 31. določa, da ima pacient pravico odločanja o sebi in zavrniti predlagani medicinski poseg. Zdravnik ga mora, v kolikor meni, da bi zavrnitev lahko ogrozila pacientovo življenje ali povzročila nepopravljivo škodo na njegovem zdravju, poizkusiti prepričati v poseg. Zobnoprotenična oskrba pa posledic, ki bi ogrožale pacientovo zdravje in življenje, nima. Lahko le izboljša pacientovo kakovost življenja. Zobozdravnik lahko pacientu le svetuje najustreznejši načrt protetične oskrbe, odločitev, ali se bo ta načrt izvedel, pa sprejme pacient tudi zaradi samih finančnih sredstev, saj zobnoprotenična oskrba ni krita v celoti iz obveznega in dopolnilnega zavarovanja.

Pravila OZZ in Navodila za uveljavljanje zobnoprotenične oskrbe s tem, ko določajo obvezno oskrbo v obeh čeljustih in odločitev, kateri

pripomoček lahko pacient nosi, prelagajo na zobozdravnika, kršijo 30. člen ZPacP, saj pacientu odvzemajo pravico do samoodločanja.

Sama Pravila OZZ urejajo tudi možnost protetične rehabilitacije v določilih, ki se nanašajo na primere, ko pacientu pripada določen protetični izdelek. Pravila OZZ strokovnih indikacij za protetično oskrbo sploh ne upoštevajo in s tem del finančnega bremena protetične oskrbe prelagajo na pacienta. Zdravniki smo obvezani svoje delo opravljati strokovno. Strokovno opravljanje dela velikokrat vodi v načrt protetične oskrbe, ki ni v skladu s pravili, ko je treba, na primer, zobe nosilce proteze vezati v mostiček z ostalimi zobmi zaradi prenosa žvečnih sil, trajnosti in uspešnosti protetične oskrbe. Če ni zadoščeno pogojem iz Pravil OZZ in Navodil za uveljavljanje zobnoprotenične oskrbe, mora del protetične oskrbe pacient poravnati sam oziroma je pacient prisiljen prevzeti odgovornost za kakršnekoli posledice, ki nastanejo zaradi nestrokovne protetične obravnave. Zdravnik ima še pravico, da oskrbo pacienta, ki ni v skladu s strokovno doktrino, zavrne. Poleg tega pa nobena od zgoraj naštetih možnosti ni v skladu z zdravniško etiko.

Zobno protetično zdravljenje je zavarovanim osebam zagotovljeno v celoti iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Izvajalec lahko s soglasjem zavarovanca od njega zahteva plačilo protetičnega pripomočka v primerih, ko zavarovana oseba nima pravice do zobnoproteničnega pripomočka po Pravilih OZZ, ko je pripomoček izdelan izven pogodbeno dogovorjenega ordinacijskega časa, ko je pripomoček izdelan v okviru samoplačniške ambulante, ko je bil pripomoček poškodovan s strani in zaradi malomarnosti zavarovane osebe, ko zavarovana oseba zahteva nov izdelek po izteku trajnostne dobe, čeprav zobozdravnik ugotovi, da je pripomoček ustrezen.

Razliko v ceni med izvajalčevo in pogodbeno ceno plača zavarovanec sam v primeru, če (5):

- je zobno protetični pripomoček izdelan iz nadstandardnega ali drugačnega materiala, kot je standardni material, določen v Pravilih OZZ;
- gre za posamezne elemente zobno protetičnega pripomočka, ki niso pravica;
- skupni stroški popravila zobno protetičnega pripomočka v trajnostni dobi presegajo 50 % vre-

dnosti novega pripomočka. V tem primeru zavarovanec plača razliko med 50-% vrednostjo pripomočka in skupno ceno popravila.

Tudi pri konzervativni oskrbi ima pacient pravico do kompozitne zalivke samo v sprednjem predelu zobnega loka, v stranskem predelu je treba kompozitno zalivko doplačati. Pravico do kompozitne zalivke v stranskem predelu imajo le nosečnice, doječe matere in otroci.

V protetične namene pripada zavarovancem fasetirana prevleka iz srebro-paladijeve zlitine, ki je najcenejša zlitina na tržišču. Prevleka je kovinska s kompozitno lusko in s strokovnega vidika že več let ne predstavlja standarda. Standard je kovinsko-porcelanska prevleka, ki pa jo po Pravilih OZZ zavod krije samo na vsadkih v primerih oligodontije.

## 4 Zaključek

Pravice pacientov v zobozdravstvu so po Pravilih OZZ, predvsem kar se tiče zobnoprotenične oskrbe, zelo okrnjene. Zdravljenje s fiksnim ortodontskim aparatom bi moralo biti pravilo in ne izjema (sedaj je predvideno le pri stanjih, pri katerih s snemnimi aparati ni mogoče doseči korekture disgnatije). Spremeniti bi bilo treba pravila glede pravice do namenske prevleke na zobeh, pravice do priveska, pravice do delne snemne proteze in pravice do nadomeščanja kočnikov. Tudi začasna prevleka in začasni mostiček nista pravici iz OZZ, čeprav bi morala biti. Iz OZZ se krijejo le tisti zobnoprotenični pripomočki, ki so izdelani iz standardnih materialov, ki jih določajo Pravila OZZ, ti standardi pa so zastareli in bi jih bilo treba spremeniti. Tudi pravico do kontrolnega pregleda po končanem konzervativnem oziroma zobnoproteničnem zdravljenju bi bilo v utemeljenih primerih treba določiti že po treh mesecih in ne šele po šestih mesecih. P

Pacienti morajo v skoraj vseh primerih doplačati razliko med pogodbeno ceno in storitvami, ki niso pravica, v kolikor želimo zobozdravniki svoje delo opraviti strokovno. V kolikor pacient ne želi doplačati oziroma nima denarja, je za morebitne težave, ki bi nastale po zaključeni zobnoprotenični oskrbi, prisiljen prevzeti odgovornost nase.

V Pravilih OZZ bi bilo treba najprej spremeniti določila, ki pacientu onemogočajo svobodno odločanje o terapiji in nasprotujejo 26., 30. in 31. členu ZPacP. Treba bi bilo posodobiti tudi standardne materiale, ki v Pravilih OZZ veljajo že več kot 30 let.

## LITERATURA IN VIRI

1. *Zakon o pacientovih pravicah* (Uradni list RS, št. 15/08, 55/17, 177/20 in 100/22 – ZNUZSZS); <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4281>
2. *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju* (Uradni list RS, 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, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS, 141/22 – ZNUNBZ, 40/23 – ZČmIS-1 in 78/23); <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO213>
3. *Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja* (Uradni list RS, št. 79/94, 73/95, 39/96, 70/96, 47/97, 3/98, 3/98, 51/98 – odl. US, 73/98 – odl. US, 90/98, 6/99 – popr., 109/99 – odl. US, 61/00, 64/00 – popr., 91/00 – popr., 59/02, 18/03, 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, 106/12, 99/13 – ZSVarPre-C, 25/14 – odl. US, 25/14, 85/14, 10/17 – ZČmIS, 64/18, 4/20, 42/21 – odl. US, 61/21, 159/21 – ZZVZZ-P, 183/21, 196/21 – ZDOsk, 142/22 – odl. US in 163/22); <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV3562>
4. *Navodilo za uveljavljanje pravice do zobnoprotetične rehabilitacije z listinama Predlog zobnoprotetične rehabilitacije in Delovni nalog za zobnoprotetične storitve* (Uradni list RS, št. 104/13, 8/15, 1/16, 57/18, 30/19 in 148/21)
5. Pogoji in stanja, pri katerih je zavarovana oseba upravičena do zobnoprotetičnih storitev oziroma pripomočkov; dosegljivo na: [https://zavarovanec.zzs.si/wps/portal/portali/azos/pravice\\_zdravstvenih\\_storitev/pravice\\_zobozdravstvo!/ut/p/z1/04\\_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfljo8zizQx8HT08DQw9LPyc3Aw8jYMtPD0DLQ0NnA30C7IdFGGft2rb/](https://zavarovanec.zzs.si/wps/portal/portali/azos/pravice_zdravstvenih_storitev/pravice_zobozdravstvo!/ut/p/z1/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfljo8zizQx8HT08DQw9LPyc3Aw8jYMtPD0DLQ0NnA30C7IdFGGft2rb/)

# Prepoznavnost in ugled Inštituta za medicinsko rehabilitacijo v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana

**Avtor: dr. Maja Frangež, dr. med., mentor: prof. dr. Klemen Kavčič**

## **Povzetek:**

*Projektna naloga je sestavljena iz teoretičnega in empiričnega dela. V teoretičnem delu smo v uvodu predstavili teoretična izhodišča o ugledu, uspešnosti in prepoznavnosti organizacije. Predstavili smo Inštitut za medicinsko rehabilitacijo, ki s svojimi rehabilitacijskimi enotami zagotavlja rehabilitacijsko obravnavo bolnikov na oddelkih Kirurške klinike Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana in ambulantno rehabilitacijsko obravnavo pacientov.*

*V drugem delu projektne naloge smo predstavili rezultate ankete. Z anketo smo pridobili informacije o prepoznavnosti Inštituta za medicinsko rehabilitacijo v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana in predloge za izboljšanje sodelovanja z določenimi kliničnimi oddelki v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana.*

---

## **1 Uvod**

### **1.1 Predstavitev problema**

Rehabilitacijo definiramo kot »samostojno medicinsko specialnost, ki se ukvarja z izboljševanjem telesnih in kognitivnih funkcij, dejavnosti, sodelovanja ter prilagajanjem osebnih in okoljskih dejavnikov« (1). Zgodnja medicinska rehabilitacija v akutnih bolnišnicah ima pomembno nalogo preprečevanja zapletov pri poškodovancih in akutno obolelih. Ravno tako je pomembna v pripravi za kasnejšo rehabilitacijo (2). V Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana (UKCLJ) izvaja zgodnjo medicinsko rehabilitacijo na kirurških oddelkih Kirurške klinike Inštitut za medicinsko rehabilitacijo (v nadaljevanju IMR). IMR je manjša organizacijska enota, ki dnevno opravlja storitve rehabilitacije na hospitalnih oddelkih Kirurške klinike in tudi storitve ambulantne rehabilitacijske dejavnosti za zunanje paciente, ki so v rehabilitacijo vključeni preko fiziatrične ambulante. Rehabilitacijo v UKCLJ izvajajo različni člani rehabilitacijskega tima, specialist fizikalne in rehabilitacijske medicine, fizioterapevt, delovni terapevt, občasno se glede na stanje in potrebe pacienta vključujejo tudi drugi člani tima, socialni delavec, logoped, psiholog in zdravniki specialisti različnih strok. Delo v akutni bolnišnici članom rehabilitacijskega tima predstavlja izziv, saj je trenutna organizacija bolnišnice namenjena predvsem zdravljenju in diagnostiki bolnikov. Vsem bolnikom se sicer zagotavlja tudi fizioterapija kot del rehabilitacije, rehabilitacijski tim v pravem pomenu besede pa je organiziran le na kliničnih oddelkih Kirurške klinike. Prepoznavnost IMR-ja znotraj UKCLJ je

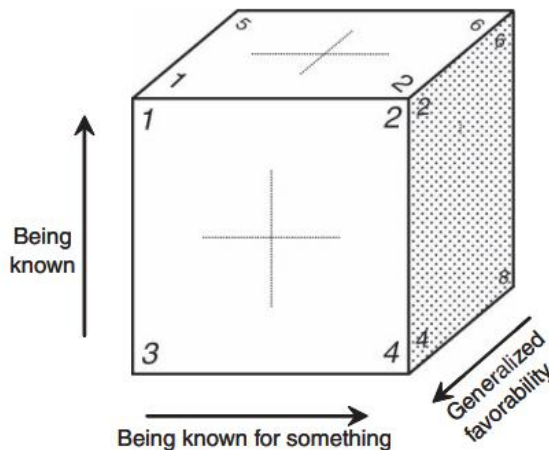
v zadnjih letih vse večja, kar IMR omogoča, da se počasi približuje želji po vključitvi specialistov fizikalne in rehabilitacijske medicine v proces rehabilitacije tudi na ostalih oddelkih UKCLJ (2). S projektno nalogo smo poleg pregleda literature želeli preveriti, kakšna je prepoznavnost IMR znotraj UKCLJ. Metode, ki smo jih vključili v projektno nalogo, so pregled literature s področja zdravstvenega managementa, ugleda in uspešnosti organizacije, s pomočjo katere smo v teoretičnem delu naloge pojasnili, zakaj se zdravstveni management razlikuje od managementa v drugih dejavnostih, kako uspešno uvajati spremembe v organizaciji in kaj o ugledu organizacij pišejo strokovnjaki s tega področja. V raziskovalnem delu smo s pomočjo anketnega vprašalnika, ki so ga izpolnili zdravniki kirurških oddelkov UKCLJ, ugotavljali, kako IMR prepoznajo in kako sodelujejo z IMR.

### **1.2 Ugled organizacije in zdravstveni management**

Ugled organizacije temelji na zaznavah uporabnikov (v primeru zdravstva pacientov), zaposlenih, dobaviteljev in splošne javnosti (3). Raziskave, ki preučujejo ugled organizacij, so pomembne, saj so pokazale, da je ugled povezan z boljšimi rezultati klinične oskrbe in s kakovostnejšo znanstveno produkcijo (4,5). Ugled bolnišnice deluje kot ščit pred sodnimi postopki in lahko pomaga bolnišnici pritegniti in obdržati nadarjene strokovnjake (4,6). Ideja o ugledu organizacije je hkrati preprosta in izredno kompleksna, na prvi pogled deluje preprosta in intuitivna, ven-



dar dejansko predstavlja kompleksen pogled s številnimi definicijami in koncepti. Kot prikazuje slika 1, so tri dimenzije o ugledu organizacije, ki jih navajajo raziskave, biti znan (angl. "being known"), biti poznan (angl. "being known for something") in splošna naklonjenost (angl. "generalized favorability") (7).



Slika 1: Tri dimenzije ugleda organizacije (7)

Florjancic in Paape menita, da je pojem ugled najboljše definiral Dowling: "Ugled je niz različnih pomenov, na podlagi katerih si ljudje določen objekt zapomnijo, ga opišejo in se povežejo z njim. Gre za interakcijo osebnih prepričanj, idej, občutkov in vtisov o objektu" (8).

Kot piše Pondelek, je z ugledom kot z zdravjem. Doktor nam služi, se mu ne posvečamo dovolj. Ko pa se resno zalomi, je pred nami dolga in negotova pot in storili bi vse, da bi izgubljeno spet povrnili. Brez ugleda in zaupanja ni prihodnosti podjetja. Ugled je vsota vrednosti, ki jih podjetju pripisujejo deležniki na osnovi delovanja in obnašanja podjetja, ter njegovega vodstva čez čas. Zato je pomembno, da delujemo preventivno. Poskrbimo za procese vodenja in sodelavce, poštenost in integriteta pa naj bosta vodilo v vseh naših poslovnih postopkih in odnosih (9).

Na sliko ugleda podjetja bistveno vpliva njegova predstavitev ključnim udeležencem oziroma ciljnim skupinam podjetja. Donosnost in nenazadnje tudi obstoj podjetja sta vse bolj odvisna od sposobnosti vodilnih delavcev podjetja, da privabijo ključne udeležence na svojo stran, pri čemer pa so deležniki tako zaposleni, potrošniki, investitorji ter konec koncev tudi družba in okolje, v katerem podjetje deluje. Ugled podjetja je stanje, ki nastane v očeh vseh obstoječih skupin deležnikov in je posledica vsakršnega delovanja oziroma obnašanja podjetja, njegovega simbolizma in komunikacijske politike podjetja.

Kombinacija vseh treh elementov sestavlja identiteto in posledično tudi ugled podjetja in je bolj ali manj strateško načrtovana (8).

Uspešno komuniciranje lahko pripomore k izgradnji dobrega ugleda in temelji na petih gradnikih: zavedanje, vpletenost, povezanost, prepričevanje in vzpodbuditev akcije (10).

Zdravstveni management se razlikuje od managementa v gospodarskih dejavnostih predvsem zato, ker:

- je manjša možnost uporabe različnih sredstev,
- je manjša možnost avtomatizacije,
- se v glavnem dela z ljudmi in za ljudi,
- so cilji zdravstva neprimerno "bogatejši in razkošnejši" od ciljev katerekoli industrije,
- se podreja zakonitostim tako imenovanih "bioloških variabel" (vsaka bolezen, s katero se ukvarja zdravstvo, se manifestira pri vsakem posamezniku z drugačnimi lastnostmi),
- v zdravstvu delajo najrazličnejši profili delavcev,
- zdravstvo deluje v vseh pogojih in je stalno v pogonu,
- so prisotne številne inovacije,
- so metode dela in predmet dela izredno občutljivi,
- so napake nepopravljive, zato pričakujemo popolnost in dovršenost v delu (11).

Koncept učeče se organizacije lahko prenesemo tudi na področje zdravstvenega managementa. Možina s sodelavci v svoji knjigi navaja najmanj pet razlogov, ki dokazujejo nujnost učeče se organizacije:

1. konkurenčna ostrina – le organizacija, ki je usmerjena v nenehno učenje, lahko vzdrži vse trše konkurenčne razmere zaradi hitrih in nepredvidljivih sprememb na področju trga, tehnologij in prav tako demografskih in političnih sprememb,
2. progresivno samospreminjanje – pridobitve učeče se organizacije naredijo zaposlene manj dovzete za morebitne destruktivne vplive iz okolja,
3. prilagodljivi in razmišljujoči zaposleni – nenehno učenje bo zagotovo pomagalo organizaciji, da oblikuje zaposlene, da bodo prilagodljivi in bodo razmišljali o tem, kaj delajo,
4. razvoj zaposlenih,
5. timsko delo – da bi dosegli resnično najboljše rezultate in visoko kakovost in da bi uporabljali napredne tehnologije, je treba povečati

obseg timskega dela in zniževati število individualnih nalog (12).

Učeca se organizacija, sodeč po raziskavah, dosega prednosti na naslednjih področjih: sistematično reševanje problemov, preizkušanje novih pristopov, učenje na podlagi preteklih izkušenj, učenje iz primerov drugih ter hitro in učinkovito prenašanje znanja v vse dele organizacije (12).

### 1.3 Uspešnost sprememb v organizaciji

Organizacija se v okolju, ki se nenehno spreminja in razvija, uveljavlja z vedno novimi proizvodi (izdelki, storitvami), ki nudijo partnerjem koristi. Zato so za organizacijo pomembni načini načrtovanja in snovanja, ki terjajo svoj čas. Zlasti v majhnih organizacijah mnogokrat ni opaziti načrtovanja. Dejavnost organizacije naj velja sedanjemu uspešnosti in snovanju prihodnje uspešnosti, to je temeljnih zmožnosti in konkurenčnih proizvodov (npr. storitev). Uspešnost organizacije je sorazmerna meri zadovoljevanja interesov pomembnih udeležencev (13).

Za uspešno uvedbo sprememb mora organizacija veliko pozornosti nameniti odzivu zaposlenih na spremembe. Pomembno je zaupanje v vodstvo, ki ga povezujemo z osebnim pričakovanjem oziroma prepričanjem o predvidenem ravnanju posameznika ali skupine. Povečano zaupanje v organizacijo je povezano z odprto komunikacijo med vodstvom in zaposlenimi, z nižjo stopnjo formalizacije, s postavljenimi oblikami koordinacije. Zaupanje se torej uvršča med dejavnike, ki vplivajo na uspešnost in učinkovitost delovanja organizacije (14). Kovač s sodelavci je opredelil dejavnike, ki povečujejo stopnjo zaupanja med zaposlenimi in managementom:

- neposredna in odkrita komunikacija z zaposlenimi,
- vključenost zaposlenih v vse faze procesa managementa sprememb,
- povratne informacije o dosežkih in spremembah pri oblikovanju in uvajanju sprememb,
- uresničevanje sprejetih zavez s strani managementa pri uvajanju sprememb (15).

Za uspešno uvedbo sprememb v organizaciji je torej potrebno upoštevati vsakega posameznika, saj ta s svojim znanjem in učenjem postaja nosilec razvoja. Pri poslovanju organizacije so pomembne ustvarjalnost, učinkovitost dela, intenzivnost in zavzetost za doseganje boljših rezultatov, obenem pa tudi usmerjenost vseh zaposlenih v zadovoljstvo uporabnika. (14).

Kot navajata Kotter in Cohen, so dejavniki, ki jih mora organizacija na poti uvajanja sprememb upoštevati:

- ustvarjanje občutka nujnosti,
- sestava vodilnega tima, ki uživa zaupanje, ima večšine, ugled, zveze in pooblastila za vodenje sprememb,
- oblikovanje vizije in strategije,
- pooblaščenje zaposlenih,
- doseganje kratkoročnih uspehov,
- vztrajnost vodij, ki ne odnehajo,
- utrjevanje sprememb z negovanjem nove kulture (16).

Kot piše Možina s sodelavci, so najpomembnejše naloge, ki jih bo treba opraviti v prihodnje: oblikovati takšno strategijo organizacije, ki bo vključevala vidike različnih držav, okolij in funkcij ter povezovala zaposlene na globalni ravni, v organizaciji postaviti takšne strukture, ki bodo usmerjale vedenje zaposlenih k postavljenim ciljem, organizaciji vcepiti globalno miselnost – vrednote, ki delujejo kot nekakšno vezivo med različnimi nacionalnimi kulturami in načini dela, mobilizirati in motivirati ljudi za uresničevanje skupne vizije prihodnosti razvoja organizacije in delovnih dosežkov (12).

### 1.4 Predstavitev Inštituta za medicinsko rehabilitacijo

IMR je nepovezana samostojna organizacijska enota znotraj UKCLJ. V IMR opravljajo temeljno zdravstveno dejavnost in pedagoško dejavnost, vključujejo se tudi v raziskovalno dejavnost oddelkov, kjer opravljajo rehabilitacijske storitve. Zaposleni IMR so zdravniki, specialist fizikalne in rehabilitacijske medicine, fizioterapevti, delovni terapevti, bolničarji, medicinske sestre in administratorji.

IMR je po novi sistemizaciji organiziran na ambulantno rehabilitacijsko dejavnost (Ambulanta za medicinsko rehabilitacijo, Ambulantna fizioterapija in delovna terapija) in bolnišnično rehabilitacijsko dejavnost, ki je razdeljena na štiri rehabilitacijske enote. Vsa delovna mesta so določena in zasedena. Trenutno je v IMR zaposlenih 85 oseb.

V okviru pedagoškega dela je IMR aktivno vključen v poučevanje specializantov različnih področij kirurgije, revmatologije ter fizikalne in rehabilitacijske medicine. Izvajajo pripravniška kroženja fizioterapevtov in delovnih terapevtov ter praktično usposabljanje študentov fizioterapije in delovne terapije. Na

raziskovalnem področju so se priključili raziskovalnemu delu na kliničnih oddelkih Kirurške klinike, sodelujejo pri raziskovalnem delu z Medicinsko fakulteto Univerze v Ljubljani in Onkološkim inštitutom.

Na kliničnih oddelkih tesno sodelujejo z zdravniki kirurgi in z negovalnim osebjem, po potrebi pa tudi s specialisti ostalih medicinskih strok. Razen tega opravljajo specialistke fizikalne in rehabilitacijske medicine IMR-ja tudi konziliarno delo po celotnem UKCLJ in redno v Negovalni bolnišnici UKCLJ.

Ustanovitev IMR, ki se je v različnih obdobjih svojega obstoja imenoval različno, sega v leto 1974, ko je bila v okviru Kirurške službe ustanovljena Služba za medicinsko rehabilitacijo. Sprva je bilo delo rehabilitacijskega tima omejeno le na hospitalizirane bolnike, kasneje pa se je razvila tudi ambulantna dejavnost.

### 1.5 Organiziranost rehabilitacije v okviru imr

Cilji zgodnje medicinske rehabilitacije pri hospitaliziranih bolnikih so usmerjeni v koriščenje koncepta plastičnosti, preprečevanje sekundarnih zapletov, izboljšanje motoričnih funkcij in osamosvajanje pri izvajanju osnovnih dnevnih aktivnosti (2). Objavljenih je kar nekaj študij, ki ugotavljajo, da so bolniki dosegli boljši funkcijski izhod in večjo kakovost življenja, če so bili že v fazi akutne hospitalizacije deležni timske rehabilitacijske obravnave (17,18,19). Novejši pregledni članki posebej poudarjajo pomen specialistov fizikalne in rehabilitacijske medicine ne le v času hospitalizacije, ampak pri mnogih boleznih in poškodbah tudi v času pred operacijo (20,21).

Zaradi pestrosti poškodb in njihovih posledic, s katerimi se srečujemo na področju kirurgije, so fizioterapevti in delovni terapevti večinoma stalno ali vsaj za daljše obdobje razporejeni na posamezne klinične oddelke. Pomanjkanje specialistov fizikalne in rehabilitacijske medicine pa vodi v to, da en specialist pokriva več različnih področij. Sodelovanje s kolegi kirurgi poteka stalno, prisotnost specialistov na dnevnih raportih in jutranjih vizitah sodelovanje olajša. Na mnogih oddelkih je rehabilitacija v celoti prepuščena rehabilitacijskemu timu, drugje pa o poteku rehabilitacije pogosto odloča tudi kirurg, ki bolnika vodi (3).

## 2 Raziskovalni del

### 2.1 Namen raziskave

Namen raziskave je bil zbrati podatke o:

- načinu sodelovanja zdravnikov kirurških oddelkov UKCLJ z zaposlenimi IMR,
- o poznavanju dejavnosti in storitev IMR,
- o poznavanju lokacije IMR znotraj UKC.

V drugem delu raziskave smo želeli ugotoviti ali bi anketiranci:

- želeli bolje spoznati delo fiziatra in IMR,
- želeli okrepiti sodelovanje z IMR za boljšo rehabilitacijsko obravnavo pacientov na njihovem oddelku,
- želeli več sodelovanja pri organizaciji strokovnih dogodkov na temo rehabilitacije,
- želeli več sodelovanja pri znanstveno raziskovalnem delu.

Na podlagi zbranih podatkov smo skušali ugotoviti kako zdravniki kirurških oddelkov UKCLJ prepoznajo dejavnosti IMR in ali si želijo več sodelovanja z IMR. Poleg tega so nas zanimale razlike v poznavanju IMR med oddelki s katerimi zaposleni IMR dnevno sodelujejo, in med oddelki s katerimi sodelujejo le občasno preko konziliarne službe.

### 2.2 Opis metode raziskave

Podatki za raziskavo so bili zbrani z metodo anketiranja. Anketa je bila anonimna. Vsebinsko je bil anketni vprašalnik sestavljen iz vprašanj o anketirancih (spol in starost, kako sodelujejo z zaposlenimi IMR) in iz vprašanj, s katerimi smo želeli dobiti informacije o poznavanju glavnih dejavnosti IMR, lokacije prostorov IMR, o sodelovanju z IMR. Vprašanja so bila zastavljena tako, da so anketiranci opredelili na podlagi pet stopenjske lestvice (npr. »Poznam glavne dejavnosti in storitve IMR« sploh se ne strinjam, ne strinjam se, niti ne, strinjam se, povsem se strinjam) ali z odgovorom »drži« in »ne drži«. V zadnjem delu ankete smo z vprašanjem odprtega tipa želeli pridobiti predloge anketirancev za izboljšanje medsebojnega sodelovanja njihovega oddelka z IMR.

Anketiranje je potekalo med 1.11.2023 in 31.12.2013 na kirurških oddelkih UKCLJ. Za raziskavo smo uporabili 55 izpolnjenih vprašalnikov.

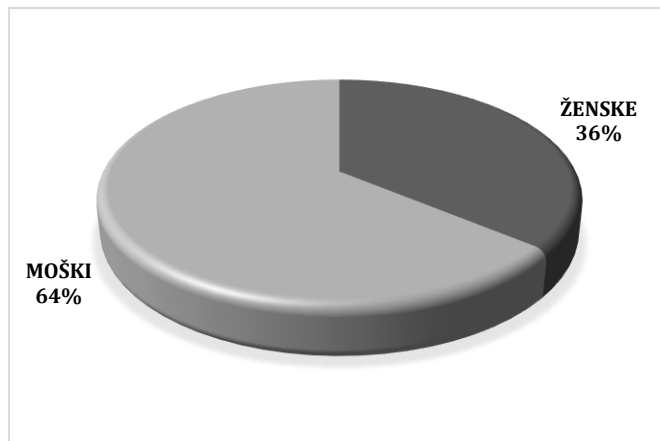
Rezultate anketiranja smo analizirali s pomočjo računalniškega programa Microsoft Excel, s katerim smo rezultate prikazali s pomočjo slikovnih diagramov in tabel.

### 2.3 Rezultati raziskave

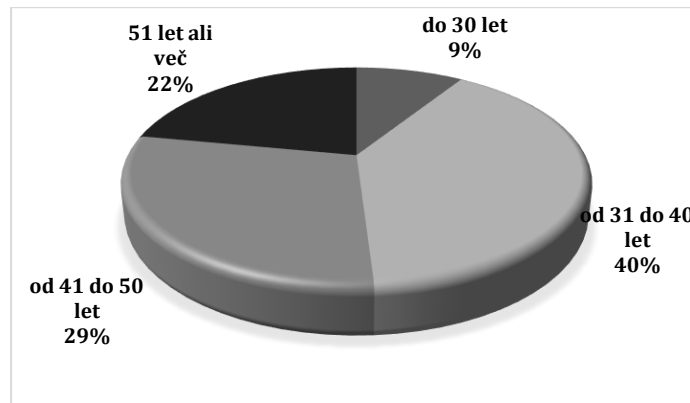
Predstavljeni so rezultati raziskave, ki smo jih pridobili s pomočjo anketnega vprašalnika. Izpoljenih anketnih vprašalnikov je bilo 55. Vprašalnike so izpolnjevali zdravniki, specializanti in specialisti različnih področij kirurgije. 42 vprašalnikov so izpolnile osebe, ki vsakodnevno sodelujejo z zaposlenimi (fiziatri, fizioterapevti, delovnimi terapevti) IMR, 13 vprašalnikov so izpolnile osebe, ki občasno sodelujejo z zaposlenimi IMR.

#### 2.3.1 Lastnosti vzorca

V anketo je bilo vključenih 55 oseb, od tega 20 oseb ženskega spola in 35 oseb moškega spola (Slika 2). 5 oseb je bilo v starostni skupini do 30 let, 22 oseb v starostni skupini od 31 do 40 let, 16 oseb od 41 do 50 let in 12 oseb v starostni skupini 51 let in več (Slika 3).



Slika 2: Razvrstitev po spolu (vir: lasten)



Slika 3: Razvrstitev po starosti (vir: lasten)

#### 2.3.2 Prepoznavnost IMR v UKCLJ

V drugem delu ankete smo anketirancem postavili trditve o prepoznavnosti IMR, do katerih so se opredelili s pet stopenjsko lestvico (sploh se ne strinjam, ne strinjam se, niti ne, strinjam se, povsem se strinjam). V tabeli 1 so predstavljeni odgovori na postavljane trditve pri anketiranih s katerimi zaposleni IMR dnevno sodelujejo, v tabeli 2 pa odgovori anketirancev s katerimi zaposleni IMR sodelujejo občasno.



Tabela 1: Prikaz odgovorov na postavljene trditve o prepoznavnosti IMR pri anketiranih s katerimi zaposleni IMR dnevno sodelujejo (vir: lasten)

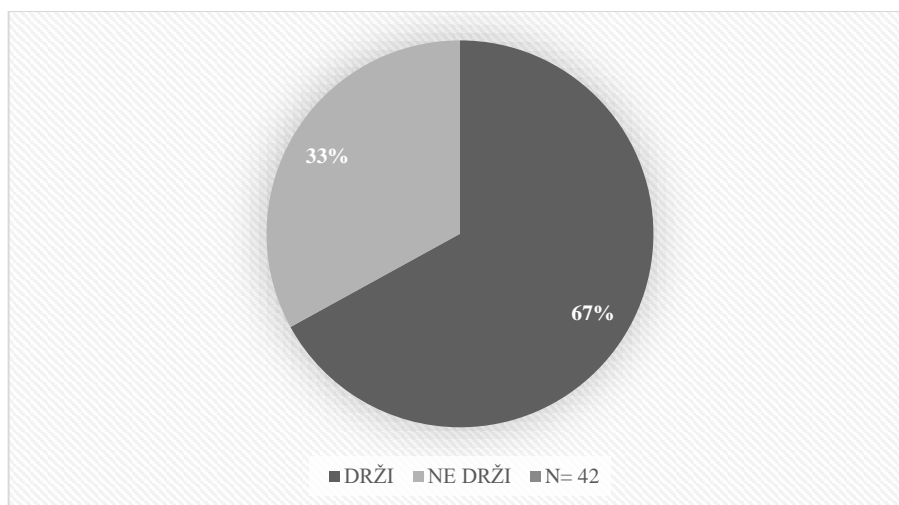
	Sploh se ne strinjam	Ne strinjam se	Niti ne	Strinjam se	Povsem se strinjam	Skupaj
V vaši organizacijski enoti sodelujete z Inštitutom za medicinsko rehabilitacijo.	1 2%	0 0%	2 4%	14 34%	25 60%	42 100%
Seznanjen sem z lokacijo prostorov IMR v UKC LJ.	0 0%	0 0%	6 14%	9 21%	27 65%	42 100%
Na vašem kliničnem oddelku bi želeli več med zdravniškega sodelovanja s specialisti fiziatrji pri obravnavi pacientov.	1 2%	2 4%	10 24%	19 45%	10 25%	42 100%
Poznam glavne dejavnosti in storitve IMR.	0 0%	1 2%	9 21%	25 60%	7 17%	42 100%
Seznanjen sem, da IMR izvaja tudi ambulantno rehabilitacijsko obravnavo pacientov.	0 0%	0 0%	1 2%	19 45%	22 53%	42 100%

Tabela 2: Prikaz odgovorov na postavljene trditve o prepoznavnosti IMR anketiranih, ki z zaposlenimi IMR občasno sodelujejo (vir: lasten)

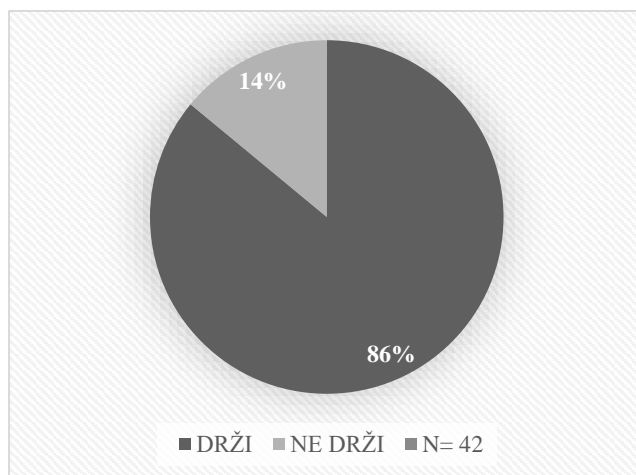
	Sploh se ne strinjam	Ne strinjam se	Niti ne	Strinjam se	Povsem se strinjam	Skupaj
V vaši organizacijski enoti sodelujete z Inštitutom za medicinsko rehabilitacijo.	2 15%	2 15%	4 32%	3 23%	2 15%	13 100%
Seznanjen sem z lokacijo prostorov IMR v UKC LJ.	1 8%	1 8%	3 23%	2 15%	6 46%	13 100%
Na vašem kliničnem oddelku bi želeli več med zdravniškega sodelovanja s specialisti fiziatrji pri obravnavi pacientov.	0 0%	0 0%	3 24%	5 38%	5 38%	13 100%
Poznam glavne dejavnosti in storitve IMR.	2 15%	2 15%	4 32%	3 23%	2 15%	13 100%
Seznanjen sem, da IMR izvaja tudi ambulantno rehabilitacijsko obravnavo pacientov.	0 0%	1 8%	2 16%	6 46%	4 31%	13 100%

### 2.3.3 Sodelovanje z IMR

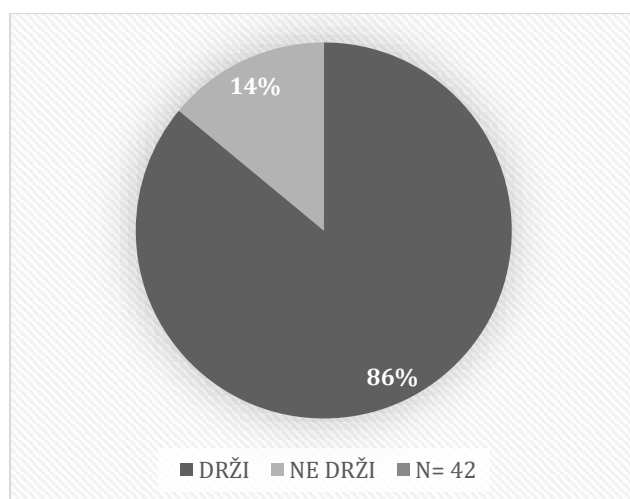
Pri vprašanjih glede nadaljnjega sodelovanja z IMR smo ankete razdelili na dve skupini, v prvi skupini (n=42) so združeni anketni vprašalniki z oddelkov s katerimi zaposleni IMR redno dnevno sodelujejo na raportih in vizitah (Slika 4 do 7), v drugi skupini (n=13) so združeni anketni vprašalniki z oddelkov s katerimi zaposleni IMR sodelujejo le občasno, večinoma preko konziliarnih pregledov pacientov (Slika 8 do 11).



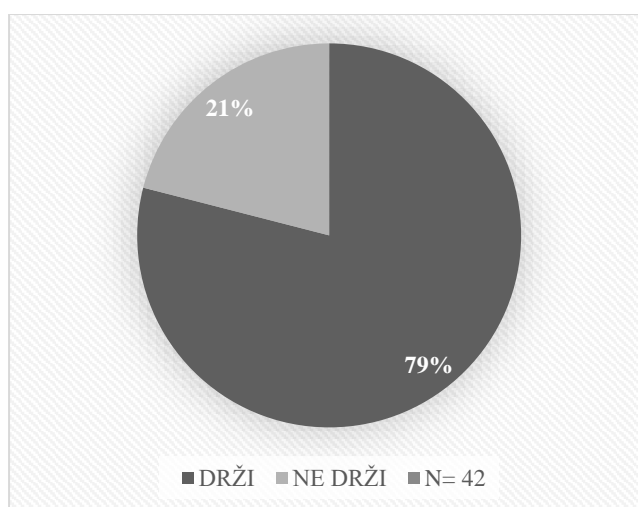
Slika 4: Za boljše sodelovanje, bi si želeli bolje spoznati delo fiziatra in IMR (vir: lasten)



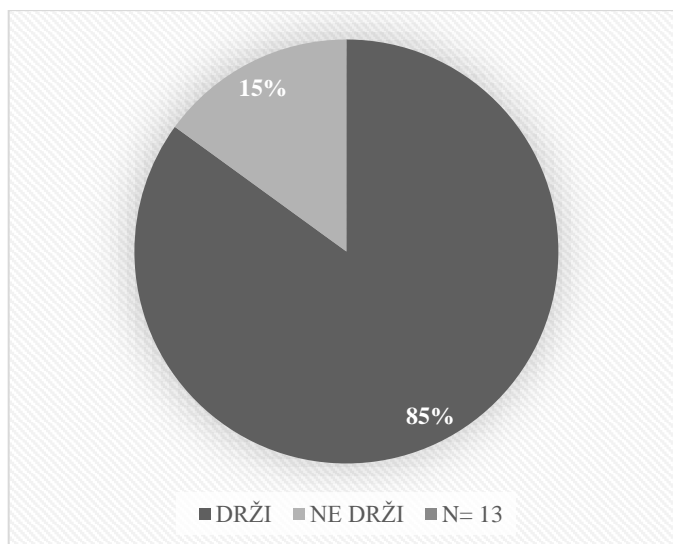
Slika 5: Želeli bi okrepiti sodelovanje z IMR za boljšo rehabilitacijsko obravnavo pacientov na vašem oddelku (vir: lasten)



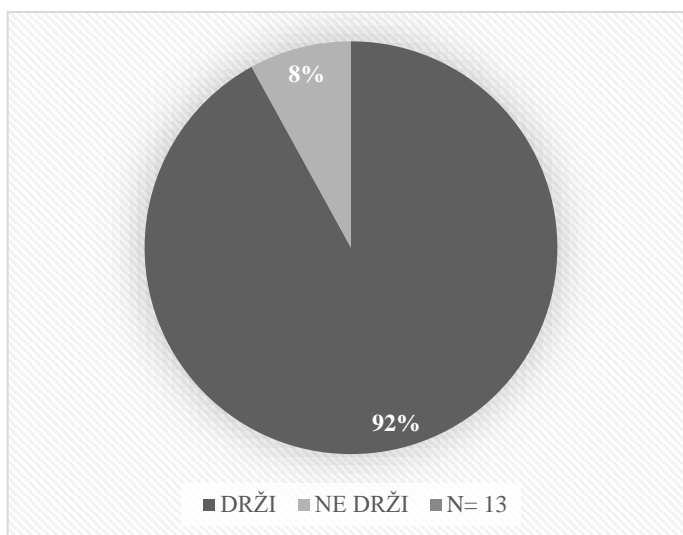
Slika 6: Z IMR bi želeli več sodelovanja pri organizaciji strokovnih dogodkov na temo rehabilitacije (vir: lasten)



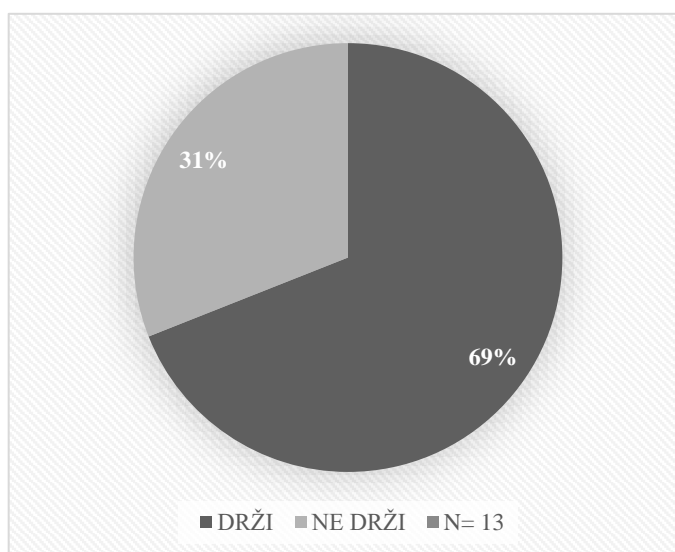
Slika 7: Z IMR bi želeli več sodelovanja pri znanstveno raziskovalnem delu (vir: lasten)



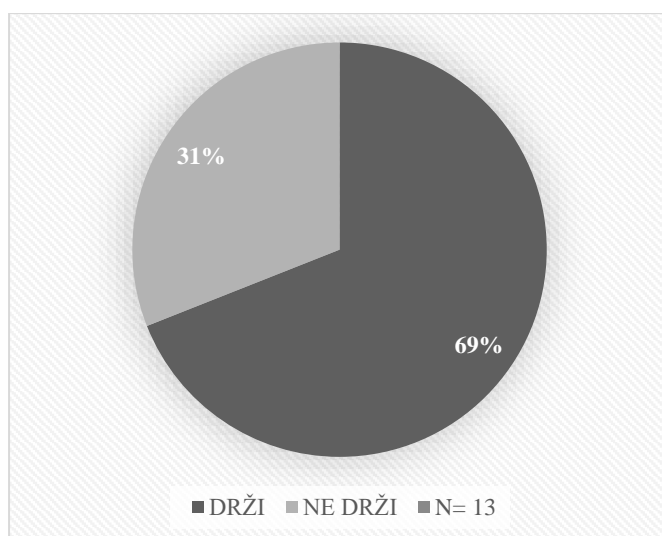
Slika 8: Za boljše sodelovanje, bi si želeli boljše spoznati delo fiziatra in IMR (vir: lasten)



Slika 9: Želeli bi okrepiti sodelovanje z IMR za boljšo rehabilitacijsko obravnavo pacientov na vašem oddelku (vir: lasten)



Slika 10: Z IMR bi želeli več sodelovanja pri organizaciji strokovnih dogodkov na temo rehabilitacije (vir: lasten)



Slika 11: Z IMR bi želeli več sodelovanja pri znanstveno raziskovalnem delu (vir: lasten)

### 3 ZAKLJUČKI

Empirične omejitve raziskave se nanašajo na vzorec, saj smo zajeli v raziskavo le zdravnike, kirurge različnih specialnosti. Vzorec opravljenih anket je bil relativno nizek, v prihodnje bi bilo smiselno opraviti širši vzorčni okvir in v raziskavo vključiti tudi druge zaposlene, npr. medicinske sestre, na oddelkih s katerimi zaposleni IMR sodelujejo redno in občasno. Omejitev raziskave predstavlja tudi pomanjkanje tujih in predvsem domačih raziskav o mnenju zaposlenih glede prepoznavnosti določene enote znotraj zdravstvene ustanove. V slovenskem prostoru po naših podatkih še ni bilo opravljene raziskave s podobno tematiko. Prav tako bi bilo smiselno takšno raziskavo občasno ponoviti in spremljati prepoznavnost po tem, ko bi bili sprejeti določeni ukrepi za povečanje prepoznavnosti enote ali oddelka znotraj večje organizacije.

### LITERATURA IN VIRI:

1. Bela knjiga o fizikalni in rehabilitacijski medicini v Evropi. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo; 2008.
2. Kos N, Marolt M, Sedej B. Zgodnja medicinska rehabilitacija v bolnišnicah – izkušnje specialistov fizikalne in rehabilitacijske medicine UKC Ljubljana. *Rehabilitacija*. Letn XIV, supl 1 (2015):17-20.
3. Mira JJ, Lorenzo s, Navarro I. Hospital reputation and perceptions of patient safety. *Med Princ Pract* 2014;23:92-94.
4. Hibbard JH, Jewett JJ. Will quality report cards help consumers? *Health Aff* 1997;16:218-228.
5. Asenjo MA, Bertran MJ, Guinovart C, et al. Analysis od Spanish hospital reputation: relationship with their scientific production in different subspecialities. *Med Clin (Barv)* 2006;126:768-770.
6. Hibbard JH, Stockard J, Tusler M: Hospital performance reports: impact on quality, market share, and reputation. *Health Aff* 2005;24:1150-1160.
7. Lange D, Peggy ML, Dai Y. Organizational reputation: A review. *Journal of Management*. 2011;37:153-184.
8. Florjančič J, Paape B. Organizacija in management – izbrana poglavja. Moderna organizacija. 2002.
9. Pondelek D. Kako pomemben je ugled podjetja, ugotovimo, ko ga izgubimo. Kolumna 2018 HR&M, pridobljeno z interneta
10. Luthans, F. (2002). *Organizational Behavior*. Boston: Ninth Edition, McGraw-Hill
11. Filej B. Management v zdravstveni negi. *Zdrav Obzor* 1992;26:291-297.
12. Možina S., ur. *Management nova znanja za uspeh*. Radovljica: Didakta, 2002.

13. Tavčar IM. Management in organizacija. Sinteza konceptov organizacije kot instrumenta in kot skupnosti interesov. Fakulteta za management Koper. 2009
14. Kramar Zupan M. Dejavniki uspešnosti menedžmenta sprememb v zdravstveni organizaciji. Revija za ekonomske in poslovne vede. 2020 3-23.
15. Kovač J. Uvod v management sprememb. 2012. Kranj. Moderna organizacija v okviru Univerze v Mariboru.
16. Kotter JP, Cohen DS. Srce sprememb: resnične zgodbe o tem, kako ljudje spreminjajo organizacije. Ljubljana 2003, GV Založba
17. Stineman MG, Kwong PL, Kurichi JE, Prvu-Bettger JA, Vogel DVB, Maislin G, Bates BE, Reker. The effectiveness of inpatient rehabilitation in the acute postoperative phase of care after transtibial or transfemoral amputation: study of an integrated health care delivery system. Arch Phys Med Rehabil 2008; 89: 1863–72. 2.
18. Parker AM, Lord RK, Needham DM. Increasing the dose of acute rehabilitation: is there a benefit? BMC Med 2013, 11: 199. 3.
19. Iwamoto M, Higashibeppu N, Arioka Y, Nagaya Y. Swallowing rehabilitation with nutrition therapy improves clinical outcome in patients with dysphagia at an acute care hospital. J Med Invest 2014; 16: 353–60.
20. Varela E, Oral A, Ilieva EM, Kucukdeveci AA, Vapero R, Berteau M, Christodoulou N. Musculoskeletal perioperative problems. The role of physical and rehabilitation medicine physicians. The european perspective based on the best evidence. Eur J Phys Rehabil Med 2013; 49: 753–9.
21. Ibrahim MS, Khan MA, Nizam I, Haddad FS. Perioperative interventions producing better functional outcomes and enhanced recovery following total hip and knee arthroplasty: an evidence-based review. BMC Med 2013; 11: 37.
22. Martinčič R., Biloslavo R. Vodenje sprememb v zdravstvenih organizacijah: Primer slovenskih bolnišnic. 2017 Založba Univerze na Primorskem.
23. Tavčar IM. Management in organizacija. Celostno snovanje politike organizacije. Fakulteta za management Koper. 2009.

# Priporočila za zavarovanje odgovornosti zdravstvenega zavoda

**Avtor: Jasmina Dimitrijević - Golež, dr. med., mentor: izr. prof. dr. Elizabeta Zirnstein**

## **Povzetek:**

*Z ozirom na Zakon o Zdravstveni dejavnosti (ZZdej) in glede na določila iz člena 25.-28. je Zdravstveni zavod ustanova, ki jo sestavljajo ustanovitelj, delavci zavoda in zavarovanci, oz. drugi uporabniki. Lahko ga ustanovi samoupravna lokalna skupnost ali Republika Slovenija. Glede na način organizacije in namen ustanovitve, lahko pokriva primarno, sekundarno ali terciarno raven, vendar ne glede na ustanovitelja ali raven delovanja mora imeti odgovorne nosilce dejavnosti. Skladno z zakonom o zdravniški službi (ZZdrS) je zdravnik temeljni odgovorni nosilec opravljanja zdravniške dejavnosti in kot takšnega ga je delodajalec dolžen zavarovati za primer poklicne odgovornosti. Vrste odgovornosti zdravnika so lahko etična, poklicna, kazenskoppravna in odškodninska odgovornost. Zavarovanje odgovornosti z namenom zaščite zavarovanca ureja Obligacijski zakonik po 964 in 965 členu. Višino odškodninske odgovornosti, ki bi lahko nastala pri delu zdravnika in zobozdravnika, določa Zdravniška zbornica Slovenije skladno z 61. členom Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 58/08, 107/10 – ZPPKZ, 40/12 – ZUJF, 88/16 – ZdZPZD, 40/17, 64/17 – ZZDej-K, 49/18 in 66/19; v nadaljevanju: ZZdrS). Zdravniška Zbornica določa sklep, po katerem mora zavarovalna vsota znašati najmanj 130.000 evrov in naj bi veljala za vse specialnosti. Pri sklenitvi zavarovanj z Zavarovalnicami, ki tovrstne produkte ponujajo, v praksi vidimo, da so razlike med zavarovanji določenih zdravniških specializacij, verjetno iz razloga večjih razlik v višini odškodnin, ki posledično nastanejo v primeru dokazanega škodnega primera. Najvišji odškodninski zahtevki, katerim smo bili priča v preteklosti, so s področja ginekologije, kjer so odškodnine višje in primeri bolj odmevni. Po pregledu produktov zavarovalnic na Slovenskem trgu med izdelavo naloge ugotavljam, da ni produktov, kjer bi zavarovanje pokrivalo kibernetno varnost pri delu ali varnost za primer slabe organizacije zdravstvenega zavoda kot povzročitelja škode pri obravnavi zavarovancev ali drugih upnikov.*

*Ključne besede: Zakon o Zdravstveni dejavnosti, Zakon o Zdravniški službi, Zdravstveni zavod, zdravnik, obligacijski zakonik, zavarovanje odgovornosti, poklicna odgovornost, zavarovalna premija, sklep, odškodnina, škodni primer, odškodninski zahtevak, Zavarovalnica.*

## **1 Uvod**

### **1.1 Zdravstveni zavod po ZZdej**

Glede na določila 25. člena Zakona o zdravstveni dejavnosti Republike Slovenije je Javni zdravstveni zavod na primarni ravni predmet ustanovitve samoupravne lokalne skupnosti s soglasjem ministrstva, pristojnega za zdravje, in po predhodnem mnenju Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Ustanoviteljske pravice in obveznosti samoupravne lokalne skupnosti uresničuje občinski svet, če s predpisi, ki urejajo področje lokalne samouprave, ni določeno drugače. Javni zdravstveni zavod na sekundarni in terciarni ravni ustanovi Republika Slovenija po predhodnem mnenju Zavoda za zdravstveno zavarovanje

Slovenije. Ustanoviteljske pravice in obveznosti Republike Slovenije uresničuje Vlada Republike Slovenije, predloge v zvezi z uresničevanjem ustanoviteljskih pravic in obveznosti pa daje ministrstvo, pristojno za zdravje. Mnenje Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije se zahteva tudi za spremembo dejavnosti in za prenehanje javnega zdravstvenega zavoda. Ne glede na raven ustanovitve Zdravstveni zavod sestavljajo ustanovitelj, delavci zavoda in zavarovanci, oz. drugi uporabniki. Za uspešno delovanje mora imeti izpolnjene materialne in tehnične pogoje ter ustrezno kadrovsko sestavo. Nosilec odgovornosti zdravstvenega zavoda je zdravnik, kot takšnega ga je delodajalec dolžen zavarovati za primer poklicne odgovornosti.

## 1.2 Predstavitev problema

Za delovanje Zdravstvenega zavoda so potrebni ustrezni materialni in tehnični pogoji ter kadrovska pokritost za področje, ki ga opravlja. Pri izvajanju zdravstvene dejavnosti je zdravnik nosilec dejavnosti, vendar opažamo, da pri delovanju zavoda pogosto pride do zapletov zaradi slabe organizacije dela ali neustrezne računalniške podpore, kot smo mu bili priča v nedavnih odmevnih primerih v Celjski bolnišnici. Slovenski zavarovalniški trg in sicer le tri največje Zavarovalnice ponujajo pakete za kritje poklicne odgovornosti zdravnika, medtem pa še ni paketov, ki bi krili še ostala področja varnosti, oz. zapletov, ki lahko nastajajo pri delu zdravnika in drugih zdravstvenih delavcev v Zdravstvenem Zavodu. Manjši Zdravstveni Zavodi, kot so zunaj bolnišnične specialistične ambulante s koncesijo, ambulante družinskega zdravnika in zobozdravnika, imajo manj možnosti za nastanek zapletov pri delu, vendar večji kot je Zdravstveni Zavod so večje možnosti za zaplete in napake pri vsakdanjem delu. V luči teh dejtev, je zelo zaželeno predvidevanje bodočih zapletov, ki bi lahko pri delu nastali, zaradi pravočasnega vključevanja upnikov kot so zunanji skrbniki računalniških sistemov, podpora pri organizaciji dela in drugo ter hitro reševanje problema, preden sploh nastane škodni primer. Na svetovni ravni se že razvija celosten pogled na zavarovanje neštetihih aspektov poklicne odgovornosti, vendar so tudi zavarovalne premije višje. Temu trendu bo v prihodnje verjetno sledil Slovenski trg. Koristnost zavarovanj se kaže v vztrajni rasti pobranih premij tako na slovenskem kot evropskem trgu.

## 1.3 Predpostavke in omejitve

Zavarovanja pred odgovornostjo so relativno mlada na zavarovalniškem trgu in v primerjavi z ostalimi zavarovanji le v povoju. Za pričakovati je, da se bodo v prihodnje razvijala in širila, pojavljali se bodo novi produkti in obseg pobranih premij se bo višal. Predpostavljam, da imajo splošna zavarovanja pred odgovornostjo, zaradi vloge v razvoju družbe in gospodarstva, velik potencial za razvoj. Pri pisanju naloge sem se omejila zgolj na analizo splošnih zavarovanj pred odgovornostjo, preučila njihov delež na trgu in raziškala produkte na trgu le v tem segmentu. Nisem predvidevala posebnih omejitev, ob dejstvu da je vsebina naloge omejena na dostopne podatke, ki niso poslovna skrivnost.

## 1.4 Metode dela

Za izdelavo projektne naloge sem uporabljala relevantno strokovno literaturo s področja zavarovalništva in zavarovalnega prava ter preučila odredbe, ki jih določa Obligacijski zakonik pri ureditvah zavarovanja poklicne odgovornosti. Temu je sledil temeljit pregled in kritično ovrednotenje zbrane literature ter spletnih virov o slovenskem, evropskem in svetovnem zavarovalnem trgu. Temu je sledilo pisanje teoretičnega dela projekta in analiza na podlagi zbranih statističnih podatkov o poslovanju zavarovalnic. V teoretičnem delu sem za pojasnjevanje in opisovanje uporabila deskriptivni pristop.

## 2 Zavarovanje odgovornosti

Zavarovanje pred odgovornostjo ima vse značilnosti premoženjskega zavarovanja, vendar so pravna in ekonomska razmerja v tem področju zapletena. Vse škodne dogodke, ki lahko nastanejo pri izvajanju zdravniškega poklica je težko predvideti, zato iz naziva zavarovanja odgovornosti, težko določimo za kakšno vrsto zavarovanja gre. Zavarovanje odgovornosti spada v premoženjska zavarovanja in je pri izvajanju zdravniškega poklica zakonsko obvezno. Premoženjsko zavarovanje je namenjeno povrnitvi škode, ki bi nastala v zavarovančevem primeru, če bi nastal zavarovalni primer. Pri tem velja splošno načelo, da zavarovalnina ne more biti večja od nastale škode(OZ,2001). Viršek(2010 str.97) poudarja, da zavarovanec iz zavarovanja ne sme prejeti več, kot je škode dejansko utrpel in ne sme kumulirati zahtevkov, ki jih ima iz škodnega dogodka, da bi ti preseгли dejansko škodo. Zavarovanje odgovornosti ureja Obligacijski Zakonik, ki po 950.členu ne dopušča, da bi zavarovanec namerno prispeval k škodi tako pred nastankom zavarovalnega primera kot po njem. Zato mora ukrepati na predpisan, predhodno dogovorjen in ustrezen način, da prepreči nastanek zavarovalnega primera. V primeru nastanka zavarovalnega primera je dolžen storiti vse kar je v njegovi moči, da omeji škodljive posledice.

Ivanjko(2009, str.223) pojasnjuje, da škodnih dogodkov, ki ogrožajo ljudi in njihova premoženja, ni mogoče v celoti preprečiti. Tako oškodovanci ne morejo v celoti nadomestiti škod, ki so posledica škodnih dogodkov, za katere odškodninsko odgovarjajo povzročitelji. Zaradi te problematike so na najbolj nevarnih in izpostavljenih področjih k reševanju problemov pristopili z uvajanjem obveznih zavarovanj, da bi oškodovance zaščitili pred nezmožnostjo, da bi povzročitelji povrnili škodo. Zato nam je za razumevanje



ideje zavarovalništva pomembna misel priznanega avtorja s področja zavarovalništva, Jožeta Boncelja(1983, str.13), ki zavarovanje definira kot "ustvarjanje gospodarske varnosti z izravnavanjem gospodarske nevarnosti".

Ivanjko(2009, str.224) nadalje pojasnjuje, da je obvezno zavarovanje tisto, ki so ga določene osebe dolžne skleniti saj zavarovalno razmerje nastane na podlagi zakonskega predpisa, s katerim zakonodajalec izključni svobodno odločitev zavarovalca in zavarovalnice o vstopu v razmerje. Gre za zavarovanja, ki v družbi igrajo pomembno vlogo zaradi lastnosti nevarne stvari, ki jo lahko povzroči uporaba, ali zaradi narave dejavnosti, s katero se zavarovanec ukvarja(Benec, 2019, str. 71). V tem primeru zavarovanje daje zavarovancu določeno ekonomsko zaščito, saj ščiti njegovo premoženje pred zahtevki, ki jih zoper njega lahko uveljavljajo tretje osebe v obliki odškodninskih zahtevkov(Ivanjko, 2009 str. 268). Ob primernem zavarovanem kritju je zavarovančevo premoženje varno, ohranjen je njegov ekonomski položaj. Bubnič(2019, str. 50) poudarja še socialni vidik zavarovanja. Ko zavarovalnice izplačujejo velikemu številu oškodovancev, vplivajo na izboljšanje socialnih razmer v družbi, saj so sklenjena zavarovanja pred odgovornostjo najboljše jamstvo, da bodo oškodovanci dobili povrnjeno odškodnino.

Obstaja še psihološki vidik zavarovanja odgovornosti, ki je pomemben kako za zavarovanca kot oškodovanca, saj v primeru škodnega primera zavarovalnica izplača zavarovalnino oškodovancu do meje njene obveznosti iz zavarovalne pogodbe, hkrati pa zavarovanca ščiti pred pretiranimi in neupravičenimi odškodninskimi zahtevki ter mu nudi pravno zaščito(Bubnič 2020, str.50).

Viršek(2010, str. 81) pojasnjuje, da je v primeru zavarovanja odgovornosti, predmet zavarovanja premoženjski interes. Zavarovalne vrednosti ni mogoče določiti, zato je obveznost zavarovalnice določena z zavarovalno vsoto. Tako odpadejo pravila zavarovalništva o podzavarovanju in nadzavarovanju, saj zavarovalna vsota predstavlja zgornjo mejo obveznosti zavarovalnice.

Ivanjko(2008, str. 278) navaja še eno posebnost zavarovanj pred odgovornostjo, kot je interes. Interes je pri premoženjskem zavarovanju pri zavarovancu izražen skozi željo po zaščiti svojega aktivnega premoženja( v primeru požarnega zavarovanja ali zavarovanja pred vlomom in tatvino). Zavarovalni interes pri zavarovanju pred odgovornostjo je tudi zaščita premoženja, vendar ni enaka kot pri ostalih premoženjskih zavarovanjih. Z zavarovanjem odgovornosti se ščiti zavarovalčevo premoženje pred dolgom, ki bi ga,

če bi do zavarovalnega primera prišlo, moral plačati s svojega aktivnega premoženja. S tega vidika je zavarovanje pred odgovornostjo, zavarovanje morebitnega bodočega dolga in to je temeljni namen zavarovanja. Taka zavarovanja iz tega stališča opredeljujemo kot zavarovanja pasivne škode.

### 2.1 Zavarovanje pred odgovornostjo skozi zgodovino

Po zgodovinskih zapisih je prvi zametek zavarovalnega prava oz. zdravstvenega zavarovanja bil statut ljubljanskega krojaškega ceha iz leta 1579, ki je določal skupno pomoč iz blagajne za pomočnike in mojstre. Po navedbah Škufca je bil prvi poskus ustanovitve prave zavarovalnice proti požarni škodi v slovenskih deželah leta 1776., neuspešen. Leta 1871 smo dobili prvo občno zavarovalno banko Slovenije, ki je bila zgrajena "na nesolidnih temeljih, v naglici in nestrokovno", zato so jo delničarji septembra 1876. sklenili likvidirati. Koncem leta 1899 je bila ustanovljena Vzajemna zavarovalnica v Ljubljani, ki je začela delovati avgusta 1900. Sicer pa je po mnenju Pavliha(l.2000), silovit razvoj industrijske dejavnosti v 19 stoletju omogočil, da se je začelo razvijati zavarovanje in pozavarovanje.

Po osamosvojitvi je Slovenija poleg že uveljavljene Zavarovalne skupnosti Triglav, odprla vrata tudi tujim zavarovalnim družbam, ustanovile so se zavarovalnice in pozavarovalnice, prišlo je do preimenovanj in združitvev, zadnja je bila konec leta 2016, ko sta se Zavarovalnica Tilia d.d. in Zavarovalnica Maribor d.d. združili v Zavarovalnico Sava d.d. Na slovenskem zavarovalnem trgu imamo trenutno pestro izbiro ponudnikov zavarovanj odgovornosti, pa tudi drugih oblik zavarovanj pri sklepanju katerih sodelujejo zastopniki, posredniki, zavarovalnice, pozavarovalnice ter pogodbeniki, ki lahko v imenu in za račun zavarovalnice po pooblastilu sklepajo zavarovalne pogodbe. Kot najvišji "organ" v zavarovalništvu, ki med drugim podeljuje dovoljenje za opravljanje zavarovalniških storitev, je Agencija za zavarovalni nadzor. Podatke o sklenjenih premijah in škodah ter druge podatke obdeluje in shranjuje Slovensko zavarovalno združenje, ki v primerjavi z nekaterimi tujimi zavarovalnimi združenji posreduje mnogo več informacij in ima pomembno vlogo v zavarovalništvu. Zavarovalništvo je storitvena dejavnost, ki se nenehno spreminja. Z vstopom Slovenije v EU, je bilo potrebno slediti predpisom, ki so vplivali na nadaljnji razvoj zavarovalništva.



### 2.1.1 Pogoji zavarovanja iz poslovne dejavnosti in pojasnila pojmov

Zavarovalnice ne krijejo in ne povrnejo škode, če zavarovanec namerno povzroči nesrečo, če zavestno krši veljavne predpise ali jo povzroči z ravnanjem, zaradi katerega je mogoče pričakovati škodljive posledice. Večina zavarovalnic iz kritja izključuje tudi zahtevke zaradi škode na stvareh, ki jih ima zavarovanec na skrbi, v hrambi ali v zakupu. Prav tako zavarovalnica izključuje zahtevke zaradi škode na stvareh, ki so predmet predelave, preizkušanja, popravila ali vzdrževanja in če je vzrok za poškodovanje ali uničenje delo na njih ali z njimi. Izključitve se med zavarovalnicami bistveno ne razlikujejo, vendar se v nadaljevanju sklicujejo na splošne pogoje Zavarovalnice Sava. Izključuje se škoda, ki je nastala, če je zavarovanec vedel za pomanjkljivost ali okvaro blaga, oz. škodo, ki izvira iz pomanjkljivega vzdrževanja. Splošni pogoji Zavarovalnice Sava veljajo tudi za čiste premoženjske škode, ki izvirajo iz opravljanja strokovnega poklica in so posledica strokovne napake. (Zavarovalnica Sava, 2021)

Škoda, ki jo zavarovanec lahko povzroči drugim, je lahko ogromna, plačilo odškodnine pa lahko presega vrednost celotnega premoženja zavarovanca. Zato je v interesu zavarovanca, čimbolj opredeliti dejavnike tveganja, ki so lahko pomembni pri opravljanju svojega poklica.

Prestavitev pojmov in izrazov povzetih po Splošnih pogojih za Zavarovanja odgovornosti zavodov:

- Zavarovalec – oseba, ki sklene zavarovanje;
- Zavarovanec – oseba, katere premoženjski interes je zavarovan; zavarovalec in zavarovanec sta sta ista oseba, razen če se zavarovanje sklepa na tuj račun;
- Zavarovalna polica – listina o sklenjeni zavarovalni pogodbi;
- Zavarovalna premija – znesek, ki ga zavarovalec plača zavarovalnici po zavarovalni pogodbi;
- Zavarovalna pogodba – pogodba, s katero se zavarovalec zavezuje, da bo zavarovalnici plačal zavarovalno premjo ali prispevek, zavarovalnica pa se zavezuje, da bo, če se zgodi dogodek, ki pomeni zavarovalni primer, izplačala zavarovalnin ali odškodnino ali storila kaj drugega;
- Zavarovalni riziko – pri tem škodnem načinu zavarovanja se zavarovalnina ravna glede na dogovorjeno zavarovalno vsoto in ne glede na zavarovalno vrednost stvari, kar po naravi izključuje podzavarovanje ali nadzavarovanje. Zavarovalnica tako povrne polno škodo zavarovane stvari, vendar največ do dogovorjene zavarovalne

vsote. Ta oblika zavarovanja se v praksi uporablja za zavarovanje stvari, kjer njihovo vrednost ob sklepanju zavarovanja bodisi težko določiti (zbir stvari in podobno) ali se zavarovanje ravna po principu največje (ocenjene) verjetne škode;

- Zavarovalni primer - Zavarovalni primer je najpomembnejše dejstvo zavarovalne pogodbe, saj je od njegovega nastopa odvisna vzpostavitev osrednje pogodbene obveznosti zavarovalnice. Šele z zavarovalnim primerom se učinek zavarovalne pogodbe izrazi v vsej svoji razsežnosti;
- Zavarovalna kritja – so podlaga za izplačilo odškodnine, ki je znesek, katerega zavarovalnica izplača v okvirju določil zavarovalne pogodbe tretji osebi in predstavlja znesek, ki je potreben za nadomestitev utrpeljene škode ter odvetniške in druge stroške, ki so povezani z uveljavljanjem odškodninskega zahtevka;
- Zavarovalna vsota – zgornja meja obveznosti zavarovalnice po posameznem zavarovalnem primeru – najvišji možni znesek zavarovalnine ali odškodnine, ki jo zavarovalnica lahko izplača po posameznem zavarovalnem primeru;
- Poškodovanje oseb – telesne poškodbe, obolenje ali smrt osebe, zaradi škodnega dogodka, ki se zgodi v času trajanja zavarovanja;
- Poškodovanje stvari – poškodba, uničenje ali okvara stvari, zaradi škodnega dogodka, ki se zgodi v času trajanja zavarovanja;
- Delavci – osebe, ki so z zavarovancem v pogodbenem razmerju za opravljanje dela za zavarovanca na osnovi pogodbe o zaposlitvi, učne pogodbe ali napotnice, ter osebe, ki delajo za zavarovanca na osnovi napotitve svojega delodajalca (izposojena delovna sila);
- Nevarnostni vir – vir nastanka odgovornosti zavarovanca, ki je lahko odgovornost, ki izvira iz opravljene dejavnosti, odgovornost zavarovanca kot zasebnika ali odgovornost iz posesti stvari.

Institut zavarovanja odgovornosti se ureja po Obligacijskem zakoniku, po katerem je obligacijsko razmerje, pravno razmerje, v katerem je en subjekt tega razmerja (upnik) upravičen od drugega subjekta (dolžnika) zahtevati, da opravi določeno izpolnitveno ravnanje, drugi subjekt (dolžnik) pa je to izpolnitveno ravnanje dolžan (zavezan) opraviti. (1) Eno najstarejših in temeljnih načel pogodbenega prava je dolžnost izpolnjevanja obveznosti (*pacta sunt servanda*). Ko obveznost enkrat nastane, jo mora dolžnik izpolniti. Če je ne izpolni, nastanejo pravne posledice neizpolnitve. (str. 421 OZ).

### 2.1.2 Zavarovanje poklicne odgovornosti zdravnika

V Sloveniji so predpisana zavarovanja odgovornosti odvetnikov, notarjev, projektnih podjetij, revizijskih družb, zavarovalnih posredniških družb, zdravnikov, sodnih izvršiteljev, overiteljev kvalificiranih potrdil elektronskih podpisov, gorskih vodnikov, geodetskih podjetij in upravljalcev streljišč. Odgovornost se presoja po veljavnih civilno-pravnih predpisih, uporabljajo se odbitne franšize in letni limit izplačanih škod (Pavliha in Simoniti, 2007, str. 233). To pomeni, da obstaja določeni znesek, ki ga pri poravnavi škode zavarovalnica v vsakem primeru odbije od izplačila (sodeležba zavarovanca pri škodi), zavarovalnica pa tudi omeji skupni znesek izplačanih odškodnin v enem zavarovalnem letu (Močvirnik, 2010, str.35).

Zdravnik, ki dela neposredno z bolniki, mora biti zavarovan za odgovornost za škodo, ki bi lahko nastala pri njegovem delu. Poznamo 4 vrste odgovornosti zdravnika: etična, poklicna, kazenskopravna in odškodninska odgovornost. Stroka pri presojanju zdravnikove odgovornosti, na prvo mesto postavlja njegovo moralno odgovornost in dolžnost. Zdravnik opravlja svoje storitve na podlagi podjemne pogodbe – pogodbe o delu, iz česar izhaja, da gre za poslovno-odškodninsko obveznost. Zdravnik se s podpisom pogodbe zaveže, da bo svoje delo opravljal s skrbnostjo, ki jo od njega zahteva stroka, za okrevanje pacienta pa ne jamči.

Zaposlenega zdravnika mora zavarovati delodajalec. Zavarovalno vsoto po posameznih specialnostih za vsako leto določi Zdravniška zbornica v soglasju z ministrom za zdravje. Zdravniška zbornica Slovenije na svoji spletni strani obvešča vse svoje člane, skladno z 61. členom Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 58/08, 107/10 – ZPPKZ, 40/12 – ZUJF, 88/16 – ZdZPZD, 40/17, 64/17 – ZZDej-K, 49/18 in 66/19; v nadaljevanju: ZZdrS), da mora zdravnik in doktor dentalne medicine, ki dela neposredno z bolniki, biti zavarovan za odgovornost za škodo, ki bi lahko nastala pri njegovem delu. Višino zavarovalne vsote predmetnega zavarovanja določa sklep, ki ga Zdravniška zbornica Slovenije sprejme na podlagi drugega odstavka 61. člena ZZdrS, po katerem mora zavarovalna vsota za poklicno odgovornost znašati najmanj 130.000 evrov. Ta vsota velja za vse specialnosti. Zakon o zdravniški službi je sporno urejen, saj predvideva le napake zdravnikov pri delu s pacienti in ne vključuje dejavnik morebitne slabe organizacije zdravstvenega zavoda in ne ponuja zaščite pred kibernetno nevarnostjo. Rezultat tega je, da je pacient, ki

utrpi škodo zaradi zdravniške napake, v veliko boljšem položaju kot pacient, ki utrpi škodo zaradi slabe organizacije dela v Zdravstvenem zavodu. Zdravstveni dom in Bolnišnica imajo pri tem več dejavnikov tveganja za nastanek različnih zapletov pri vsakdanjem delu. Sporno je lahko tudi, da za različne specialnosti predpišejo različne zavarovalne vsote, kot na primer v ginekološki stroki. Tako je pacient, ki je utrpel škodo pri zdravniku, kjer je predpisana višja zavarovalna vsota, v boljšem položaju. V praksi so visoke razlike med premijami med različnimi specialnostmi in se s premijo do 500.000 eur zavarujejo zdravniki ginekologi. Tretji problem pri predpisovanju obveznega zavarovanja odgovornosti za zdravniške napake izhaja iz dejstva, da je dokazovanje zdravniških napak zelo dolgotrajno. Zdravniška napaka je definirana kot standard, ki ga mora zdravnik izpolniti, in predstavlja ravnanje povprečnega strokovnjaka njegove vrste, torej običajno izurjenega zdravnika določene specializacije. Za nastanek zdravnikove odškodninske odgovornosti se ne glede na pravno podlago (poslovna ali neposlovna odškodninska obveznost), zahteva kumulativni obstoj vseh štirih predpostavk odškodninske odgovornosti kot je protipravnost, vzročna zveza, škoda in krivda. Oškodovanec nosi materialno dokazano in trditveno breme glede prvih treh predpostavk, krivda pa se domneva. Zdravstvena organizacija, oz. zdravnik zasebnik se lahko razbremeni krivde, če dokaže, da je ravnal z zahtevano skrbnostjo in da je škoda nastala brez njegove krivde. Odgovornost zdravnika se presoja po krivdnem načelu. Za zaplete pri zdravljenju pa zdravnik odgovarja le če ni izpolnil pojasnilne dolžnosti.

Problem dolgega dokazovanja zdravniške napake so uspešno uredili v skandinavskih deželah z uvedbo zavarovanja pacientov, pri katerem gre za nezgodno zavarovanje pacientov v vseh zdravstvenih ustanovah. Pri takšni vrsti zavarovanja, oškodovancu ni treba dokazovati odškodninske zveze, temveč le nastalo poškodbo v procesu zdravljenja (Pavliha in Simoniti, 2007, str. 238). Na Finskem je prej omenjeno zavarovanje obvezno za vse zdravstvene delavce in izvajalce zdravstvenih storitev. Z zavarovanjem so zaščiteni pacienti, zdravstveni delavci in inštitucije, v katerih se izvajajo storitve. Krite so poškodbe in novo nastale bolezni, ki se zgodijo v času trajanja pregleda in zdravljenja. Oškodovanci imajo pravico terjati odškodninske zahtevke zaradi malomarnosti oziroma zanamarnanja; poškodb med pregledom ali zdravljenjem zaradi zunanjih vplivov; zaradi poškodb, ki so posledica padca medicinske opreme na pacienta in škod zaradi infekcije, ki se je zgodila med zdravljenjem. Pacienti so zavarovani za poškodbe, ki bi nastale ob

padcu s terapevtske mize; za poškodbe, ki so posledica izbruha ognja v zdravstveni ustanovi in škod, ki nastanejo zaradi nepravilnih administrativnih postopkov (Pahjola insurance, 2021).

Obvezno zavarovanje velja tudi za ostale izvajalce zdravstvenih storitev in je namenjeno zaščititi zdravstvenih delavcev in sodelavcev v javnih ter zasebnih ustanovah, pri čemer se zavarovanje nanaša na zdravnike, doktorje dentalne medicine, babice, patronažne in medicinske sestre, farmacevte ter fizioterapevte

(Generali zavarovalnica, 2021). V okviru zavarovanja odgovornosti izvajalcev zdravstvenih storitev, zavarovalnica jamči za škodo zaradi odškodninskih zahtevkov pacientov in njihovih svojcev (oškodovancev), ki jih uveljavljajo proti zavarovancu zaradi utrepele pravno priznane osebne škode, ki je posledica slabega ravnanja zdravstvenega osebja, za katerega je zavarovanec odgovoren, v zvezi z zdravstveno oskrbo pacientov ( Zavarovalnica Triglav, 2021).

Tabela 3: Pobrane premije za zavarovanje zdravniške odgovornosti med letoma 2015 in 2020 v evrih

Leto	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Pobrane premije</b>	<b>1.292.800</b>	<b>1.720.098</b>	<b>2.159.721</b>	<b>2.469.585</b>	<b>2.954.525</b>	<b>3.236.750</b>

Vir podatkov s slike: ( SZZ, 2022).

V Sloveniji je sicer trenutno 18 zavarovalnic, ki ponujajo različne zavarovalne produkte, vendar le 3 zavarovalnice ponujajo pakete zavarovanj za primer zdravniške poklicne odgovornosti, in sicer Zavarovalnica Triglav, Zavarovalnica Sava in Zavarovalnica Generali.

Razlike med produkti za zavarovanje odgovornosti zavoda in razlike v višini zavarovalne premije, so predvsem na račun velikosti zavoda in vseh zajetih specialnosti, ki delujejo v okvirju Zdravstvenega zavoda, števila zaposlenih, zapletenosti delovnega procesa, statistike škodnih primerov v preteklosti ter vrednosti opreme v lasti ali operativnem najemu s katerimi razpolagajo zdravstveni delavci med delovnim procesom.

Glede dejavnikov, ki vplivajo na višino zavarovalne premije za primer odgovornosti v zdravstvu, se je najbolj opredelila Zavarovalnica Generali. Pri zavarovanju poklicnih odgovornosti je premija odvisna od: 1) vrste dejavnosti s katero se zdravstveni zavod ukvarja, 2) števila zaposlenih strokovnjakov, 3) odvisna je tudi od specializacije zdravnikov, 4) nevarnostnih okoliščinah, v katerih se dejavnost odvija, kar je posebej pomembno pri uporabi opreme v najemu; 5) od obsega in vrste zavarovalnega kritja, 6) višine zavarovalne vsote in letnega zneska za izplačilo odškodnin ( letni agregat); 7) območja kritja; 8) odbitne franšize (zavarovančeve soudeležbe pri škodi); 9) preteklega škodnega dogajanja in 10) drugih dejavnikov. ( vir podatkov – Spletna stran Zavarovalnice Generali, 2023).

### 3 Prestavitev slovenskega zavarovalnega trga

Za nadzor in regulacijo zavarovalniškega trga skrbi Agencija za zavarovalni nadzor. V Slovenskem zavarovalnem združenju so povezane zavarovalnice, ki delujejo na območju Slovenije. V letu 2022 je na slovenskem zavarovalnem trgu poslovalo 22 (po)zavarovalnic, pokojninskih družb in drugih družb s sedežem v Sloveniji. Poleg teh družb je zavarovalne posle opravljalo še 8 podružnic zavarovalnic iz tujine, dovoljenje za neposredno opravljanje zavarovalnih poslov v Sloveniji pa so imele 704 zavarovalnice s sedežem na območju držav članic EU. Število priglasih tujih zavarovalnic se je v primerjavi z letom 2021 povečalo za 23 ali za 3,4 %. Največ teh zavarovalnic je imelo v letu 2022 sedež v Luksemburgu (15,5 %), Nemčiji (13,8 %), na Irskem (10,4 %), v Franciji (9,5 %) in Belgiji (8,9 %).

Število rednih članic SZZ se je v primerjavi z letom 2021 povečalo, saj je nova članica postala Groupama Biztosító Zrt. Zavarovalnica, Podružnica. Tako je SZZ ob koncu lanskega leta imel 20 rednih članic. Število izrednih članic je v primerjavi z letom 2021 ostalo enako. Izredne članice so zavarovalnice s sedežem v EU, ki neposredno opravljajo zavarovalne posle v Sloveniji; njihovi podatki niso vključeni v statistični zavarovalniški bilten (SZZ, 2023).

Z vidika narodnega gospodarstva Slovenije, predstavlja zavarovalništvo eno najpomembnejših panog, saj vrednost zavarovalnih premij predstavlja 4,7% BDP, kar je najnižja vrednost od leta 2000.

Lani se je vrednost skupne zavarovalne premije članic SZZ povečala za 7,1 % na 2.801,3 mio EUR, in s tem dosegla najvišjo raven do zdaj. Trg življenjskih zavarovanj je po dveh letih negativne rasti beležil porast za 3,5 %, medtem ko je bila skupina neživljenjskih



zavarovanj v porastu že osmo leto zapored (za 8,5 %). V strukturi skupne zavarovalne premije se je lani delež neživljenjskih zavarovanj povečal za 1,3 % in znašal rekordnih 72,4 %. Za premoženjska in življenjska zavarovanja prebivalec Slovenije v povprečju porabi 1.209,07 eur. (SZZ, 2022). Premije neživljenjskih zavarovanj naraščajo že od 1.2015 in trend kaže na nadaljnjo vztrajno rast. Opažamo, da štiri zavarovalnice obvladujejo večino trga, med katerimi izstopata Zavarovalnica Triglav s 25,73% deležem in Zavarovalnica Sava z 18,11% tržnim deležem. Sledita jima Generali zavarovalnica s 16,54% tržnim deležem in Vzajemna zdravstvena zavarovalnica s 13,03% tržnim deležem.

### 3.1 Evropski trg

Na Evropskem zavarovalnem trgu je po letu 2016, ko je nenadoma prišlo do zmanjšanja pobranih premij, prišlo do okrepitve. V letu 2017, so evropski trgi beležili rast življenjskih (5%), zdravstvenih (4%) in premoženjskih (4,4%) zavarovanj. Boljši trend se je nadaljeval v letu 2018, in sicer življenjska zavarovanja (6,7%), zdravstvena zavarovanja (4,8%) in premoženjska zavarovanja (5,7%). Zadnje 4 leta je trend rasti nekoliko manjši, vendar se je kljub temu povečal obseg premij premoženjskih zavarovanj za 2,2%. (Insurance Europe 2015-2022).

### 3.2 Ponudbe zavarovanja pred odgovornostjo na slovenskem trgu

#### 3.2.1 Zavarovalnica Triglav

Zavarovalnica Triglav ponuja paket za zavarovanje splošne odgovornosti in za zavarovanje poklicne odgovornosti. V okviru splošne odgovornosti Zavarovalnica Triglav jamči za škodo zaradi civilno-pravnih odškodninskih zahtevkov, ki jih tretje osebe uveljavljajo proti zavarovancu zaradi nenadnega in pretresljivega dogodka, ki izvira iz dejavnosti, lastnosti in pravnega razmerja in ima za posledice telesne poškodbe, obolenje ali smrt osebe ter uničenje ali poškodbo stvari. Delavci zavarovanca se štejejo kot tretje, le če je tako dogovorjeno in plačana dodatna premija. Zavarujemo lahko tudi škodo iz nevarnostnih virov, če dogovorjeno premijo plačamo posebej. Zavarujemo lahko tudi odgovornost za škodo ali izginotje stvari in odgovornost za čisto premoženjsko škodo.

V letu 2017 je Zavarovalnica Triglav pobrala 24,2 milijona eur čiste zavarovalne premije, kar je glede na prejšnje leti 3,61% rast. To so dosegli s pridobitvijo

novih zavarovancev pri zavarovanju zdravniške odgovornosti. V obdobju med letoma 2015 in 2020 je čista premija narasla za 21,24% (Zavarovalnica Triglav, 2015-2020). Zadnje 5 let opažamo trend višjega izplačila posamičnih škod pri zavarovanju zdravniške odgovornosti.

#### 3.2.2 Zavarovalnica Sava

Zavarovalnica Sava ponuja različne pakete zavarovanj pred odgovornostjo, ki jih je mogoče razvrstiti v skupine splošne odgovornosti, proizvajalčeve odgovornosti in poklicne odgovornosti. Zavarovalnica Sava v okviru splošnega zavarovanja odgovornosti jamči za škodo zaradi civilno-pravnih odškodninskih zahtevkov, ki jih tretje osebe uveljavljajo proti zavarovancu zaradi nenadnega in pretresljivega dogodka, ki izvira iz dejavnosti, lastnosti in pravnega razmerja in ima za posledico telesne poškodbe, bolezni, smrt ali poškodbo, uničenje ali tatvino. Če so na polici nevarnostni viri posebej navedeni in je za njih plačana dodatna premija, zavarovanje krije odgovornost zavarovanca kot delodajalca za nezgode pri delu. Zavarovanje odgovornosti bolnišnic, zdravstvenih domov, sanatorijev in ambulant krije škode zaradi poškodb, tatvine ali izginotja stvari, ki pripadajo pacientom, spremljevalcem in obiskovalcem. Zavarovanje vključuje tudi poklicno odgovornost strokovnega osebja v zdravstveni in veterinarski dejavnosti kot tudi odgovornost zasebnika v vsakdanjem življenju. Po dogovoru in plačani dodatni premiji, zavarovalnica krije tudi čiste premoženjske škode. Zavarovalnica Sava ponuja zavarovanje odgovornosti za poškodovanje stvari, ki jih ima zavarovanec na skrbi, in odgovornosti za poškodovanje stvari, na katerih se izvaja dejavnost. Zavarovanje Sava ponuja zavarovanje odgovornosti zdravstvenih delavcev, zavarovanje odgovornosti članov nadzornih svetov in zavarovanje poklicne odgovornosti. V letu 2016 je zbrana čista premija znašala 11,2 milijona eur, to je 3,78% več kot prejšnje leto. Pobrana premija se je višala zaradi večjega obsega zavarovancev in večjega števila predmetov zavarovanja. Zadnje čase tudi v Zavarovalnici Sava opažajo povečano število zahtevkov z naslova poklicne odgovornosti.

Podobne pakete kot Zavarovalnica Sava ima za zavarovanje splošne odgovornosti tudi Zavarovalnica Generali.

## 4 Zaključki

Zavarovalništvo je v zgodovini bilo tesno prepleteno z razvojem družbe, gospodarstev, držav in svetovne

trgovine. Omogoča nam varnost premoženja pred škodnimi dogodki, ki jih ne moremo predvideti ali preprečiti. S tem zavarovanja ustvarjajo pomembno gospodarsko varnost za ljudi, za gospodarske družbe in državno lastnino (Jože Bertonec, 1983, str.13).

V teoretičnem delu projektne naloge sem se osredotočala na raziskovanje splošnih zavarovanj pred odgovornostjo. Ugotavljam, da je ta vrsta odgovornosti na zavarovalnem trgu v fazi razvoja. Kljub dejstvu, da splošno zavarovanje pred odgovornostjo spada med premoženjska zavarovanja, se od njih v marsičem razlikujejo in so iz tega razloga zanimiva za preučevanje. Bistvo tega zavarovanja je odškodninska odgovornost za povzročeno škodo. Kot tako nas štiti pred zahtevki tretjih oseb. Predmet zavarovanja je premoženjski interes osebe. Zavarovalne vrednosti ni mogoče določiti, tako, da pridemo do ključne ugotovitve, da nas premoženjska zavarovanja ščitijo pred zmanjšanjem našega aktivnega premoženja, medtem ko nas splošna zavarovanja pred odgovornostjo ščitijo pred morebitnim bodočim dolgom.

V drugem delu naloge sem se ukvarjala z zbiranjem in analizo relevantnih statističnih podatkov za slovenski in evropski zavarovalni trg. Podatki kažejo na trend rasti zavarovalnih premij, s tem je zavarovalniški trg postal ena pomembnejših panog v Evropi in Sloveniji. Po analizi Slovenskega zavarovalniškega trga ugotavljam dominacijo štirih slovenskih zavarovalnic – Zavarovalnica Triglav, Zavarovalnica Sava, Generali in Grawe. Produkte zavarovanj pred odgovornostjo ponuja manj kot polovica zavarovalnic na trgu. Glede na več aspektov delovanja zdravstvenega zavoda je tudi več možnosti za nastanek škodnega dogodka, zato se odpira možnost nastanka novih produktov kot je odgovornost organizacijskega procesa

in kibernetiska varnost Zdravstvenih zavodov ter hitreje zaključevanje škodnega dogodka in izplačilo odškodnine za primer nastanka le-tega, po vzoru na Finsko zavarovalnico.

V nadaljevanju sem analizirala ponujene produkte, pobrane premije, izplačane škode in različne kazalnike uspešnosti poslovanja zavarovalnic.

Zavarovalnica Triglav ponuja produkte v okviru splošne in proizvajalčeve odgovornosti ter zavarovanja poklicnih odgovornosti. Pri analizi pobranih premij in škod je razviden trend porasta izplačanih premij in trend padca izplačanih škod, s tem se kaže ugoden trend poslovanja.

Zavarovalnica Sava ponuja zavarovanje splošne odgovornosti, poklicne odgovornosti. Podoben trend poslovanja ima kot Zavarovalnica Triglav.

Grawe in Generali ponujata zavarovanje pred splošno odgovornostjo in odgovornostjo zasebnika, ter odgovornostjo iz opravljanja dejavnosti. Trend poslovanja je pri obeh ugoden.

Pričakovan je nadaljnji razvoj splošnih zavarovanj pred odgovornostjo, že iz naslova pomembne vloge v vseskozi spreminjajoči se družbi in pomembne vloge zavarovalništva na trgu. Pričakujemo trend naraščanja zavarovalnih premij. Zdi se, da imajo splošna zavarovanja pred odgovornostjo v prihodnosti močen potencial, da povečajo svoj tržni delež ob morebitnem nastanku novih sodobnejših produktov, ki bi pokrivala večino aspektov vsakdanjega opravljanja zdravniške dejavnosti na vseh nivojih.

## LITERATURA IN VIRI:

1. Benec M.: Učbenik za zavarovalne posrednike in zavarovalne zastopnike. Slovensko zavarovalniško združenje, GIZ 2019
2. Boncelj J.: Zavarovalna ekonomika. Založba Obzorje, Maribor, 1983
3. Bubnič E.: Učbenik za zavarovalne posrednike in zavarovalne zastopnike. Slovensko zavarovalniško združenje, GIZ 2019
4. Dr. Plavšak N., dr. Juhart M., dr. Vrenčur Renato: Obligacijsko pravo, GV Založba Ljubljana 2009
5. Inštitut Maribor (2023), pridobljeno na spletni strani novembra/decembra 2023 : <https://www.zavarovanje-osiguranje.eu/zavarovalnistvo/somrak-avtoritete-in-zavarovanje-odgovornosti/>
6. Ivanjko Š.: Zavarovalno pravo; Maribor Zavarovalno poslovni inštitut 2009
7. Krpič P, Juhart M: Zavarovanje poklicne odgovornosti; Univerza v Ljubljani, Pravna fakulteta 2021
8. Milojević M., Stubej I: Zavarovanje Odgovornosti; Univerza na Primorskem, Fakulteta za Management 2018
9. Močvirnik P.: Razlaga zavarovalniških izrazov, Slovensko zavarovalno združenje, 2010

10. Obligacijski zakonik(OZ). Uradni list RS. Št 83/01, 32/04, 26/06, 40/07 in 97/07 – uradno prečiščeno besedilo 64/16 – odl.US in 20/18 – OROZ631
11. Očko T.: Analiza splošnih zavarovanj pred odgovornostjo na slovenskem zavarovalnem trgu; Univerza v Mariboru, Ekonomsko poslovna fakulteta 2021
12. Pavliha M. in Simoniti S.: Zavarovalno pravo. GV založba, Ljubljana 2007
13. Podatki o potrebni dokumentaciji za zavarovanje poklicne odgovornosti Zavarovalnice Generali d.d. <https://www.generali.si/documents/180316/291908/IPID+Zavarovanje+poklicne+odgovornosti+v+zdravstvu.pdf/901c7710-df9d-4111-87c4-79af7b1a40fd>
14. Posebni pogoji za zavarovanje poklicne odgovornosti PGopo-ood/07 Zavarovalnice Triglav, d.d.
15. Splošni pogoji za zavarovanje poklicne odgovornosti PG-opo/08 Zavarovalnice Triglav, d.d.
16. Statistični podatki Zavarovalnice Triglav, d.d.
17. SZZ(2022). Statistični zavarovalniški bilten 2022, pridobljeno decembra 2023 na Spletni strani Slovenskega Zavarovalniškega združenja: <http://szb.zav-zdruzenje.si/szb-2022.html#SZB>
18. Verbič J.: Zavarovanje odgovornosti: Nekateri izzivi slovenske zakonodaje; Izvirni znanstveni članek UDK 347.51:368
19. Verbič J: Pogodba o zavarovanju odgovornosti, dostopno na <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-MIU2CJ1D/a0e4166a-d8a8-4bd1-8572-ccce3c86d1ec/PDF>
20. Viršek M.: Pravo v Zavarovalništvu; Slovensko Zavarovalno združenje, Ljubljana 2010
21. Zakon o Zdravniški Službi (ZZdrS). Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZpacP, 58/08, 107/10 – ZPPKZ, 40/12 – ZUJF, 88/16 – ZdZPZD, 40/17, 64/17 – Zzdej-K, 49/19 in 66/19
22. Zakon o zdravstveni dejavnosti, Uradni list Republike Slovenije št 82/20, neuradno prečiščeno besedilo, dosegljivo na <http://www.pisrs/Pis.web/pregledPrepisa?id=ZAKO214>
23. Zavarovalna vsota zavarovanja za poklicno odgovornost; dostopna strani ZZS pod: <https://www.zdravniskazbornica.si/informacije-publikacije-in-analize/obvestila/2020/08/03/zavarovalna-vsota-zavarovanja-za-poklicno-odgovornost>
24. Zavarovanje Poklicne odgovornosti zdravstvenih delavcev, dostopno na spletu novembra 2023 [http://www.nkt-z.si/wps/portal/nktz/home/healthcare/pli!/ut/p/z1/04\\_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMA-fljo8ziTQxdPd2N\\_Q08DfyCDAwc3b0NwnxcTQwMAg31g4tz9AuyHRUBgUJJCg!!/](http://www.nkt-z.si/wps/portal/nktz/home/healthcare/pli!/ut/p/z1/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMA-fljo8ziTQxdPd2N_Q08DfyCDAwc3b0NwnxcTQwMAg31g4tz9AuyHRUBgUJJCg!!/)

#### **PRILOGE: Konfigurator Zavarovalnice Generali**

[https://www.generali.si/podjetnik?gad\\_source=1&gclid=Cj0KCQiA7aSsBhCiARIsALFvov-zRnh4b1wNAn8fu0WR8xC9efkRQYDtvNeFwSKbe9sxZLjdNKfis-mQaAunnEALw\\_wcB](https://www.generali.si/podjetnik?gad_source=1&gclid=Cj0KCQiA7aSsBhCiARIsALFvov-zRnh4b1wNAn8fu0WR8xC9efkRQYDtvNeFwSKbe9sxZLjdNKfis-mQaAunnEALw_wcB)

Vir:[https://www.generali.si/podjetnik?gad\\_source=1&gclid=Cj0KCQiA7aSsBhCiARIsALFvov-zRnh4b1wNAn8fu0WR8xC9efkRQYDtvNeFwSKbe9sxZLjdNKfis-mQaAunnEALw\\_wcB](https://www.generali.si/podjetnik?gad_source=1&gclid=Cj0KCQiA7aSsBhCiARIsALFvov-zRnh4b1wNAn8fu0WR8xC9efkRQYDtvNeFwSKbe9sxZLjdNKfis-mQaAunnEALw_wcB)

## Odkrijte najbolj tipična tveganja za vaš posel

Konfigurator podjetniških tveganj bo najbolj v pomoč podjetnikom malih in srednje velikih podjetij. Na osnovi vaših odgovorov lahko prepozna nevarnosti, ki ste jim izpostavljeni, in predlaga izhodiščni nabor zavarovanj za ta tveganja.

Ne dovolite, da bi se o ustreznosti zavarovanj spraševali šele, ko pride do škodnega dogodka. Odprava posledic vas lahko stane tudi več deset tisoč evrov.

Za začetek opišite dejavnost podjetja, za katerega želite preveriti tveganja.

S čim se ukvarja vaše podjetje?

Zdravstvo in socialno varstvo

ZAŽENI KONFIGURATOR

# Vodenje timov

**Avtor: Simona Kalšek, dr. med., mentor: izr. prof. dr. Judita Peterlin**

## **Povzetek:**

*Vodenje zdravstvenih timov je kompleksna, zahtevna in odgovorna naloga. Namen prispevka je predstaviti teorije in sloge vodenja ter spoznati lastnosti, ki jih mora imeti dober vodja, da je pri svojem delu učinkovit, da so zaposleni zadovoljni in da timi uspešno delujejo.*

---

## **1 Uvod**

V Splošni bolnišnici dr. Jožeta Potrča Ptuj je z decembrom 2023 pričel delovati urgentni center (UC), ki se je z nekaj letno zamudo vključil v mrežo urgentnih centrov Slovenije. V UC poteka neprekinjena zdravstvena obravnava nujnih bolnikov z diagnostiko in terapijo. Zagotovljen je sistem oskrbe bolnika na enem mestu po načelu »zdravnik k bolniku«. To pomembno spreminja do sedaj uveljavljen obraten sistem »bolnik k zdravniku«. Posledično to pomeni spremembo v delovanju sedanjih zdravstvenih timov, ki so delovali ločeno po oddelkih, združevanje timov in formiranje novih timov (1).

Urgentna medicina je področje, za katero so značilna pogosta krizna stanja. Učinkovito vodenje timov v takih situacijah je bistvenega pomena za obvladovanje krize, hkrati pa lahko učinkovito vodenje v kriznem obdobju bistveno vpliva na izhod iz krize in tudi na obdobje po krizi (2). Prav tako pomembna je pripravljenost celotnega tima na krizne situacije.

## **2 Teorije vodenja**

Vodenje je proces vplivanja na ljudi oz. njihovega usmerjanja za doseganje cilja organizacije. Vodenje v krizni situaciji se razlikuje od vodenja v vsakodnevnih situacijah in je bistveno bolj centralizirano. Glavne naloge kriznega vodje so (3):

- vzdrževanje strukture tima,
- uporaba strategij usmerjenih v reševanje problema,
- koordinacija izvedbe nalog,
- nadzor obremenitve članov tima in
- ocena situacije.

Zgodovinski pregled različnih načinov vodenja kaže, da se vodenje razvojno deli na tri skupine (4):

- vodenje kot posledica lastnosti vodij,
- vodenje kot posledica vedenja vodij in
- situacijsko gledanje na vodenje.

Dandanes so pogoste vrednostno osnovane teorije vodenja, ki izhajajo iz vrednot, ki jih vodja zasleduje (npr. avtentično, etično, trajnostno ...).

Začetne teorije so uspešnost vodenja povezovala z osebnostnimi lastnostmi vodij. Teorija velikega moža predpostavlja, da se vodja rodi, po navadi v določeni uveljavljeni družini ali pa se »rodi« v določeni situaciji.

Lastnostne teorije (ang. Trait theories) razlagajo, da se vodja razlikuje od ostalih ljudi zaradi njegovih posebnih lastnosti, kot so samozavest, želja po vodenju, integriteta, visoka inteligenca (5).

Vedenjske teorije temeljijo na predpostavki, da se vodja lahko »naredi«, saj so pomembna tudi določena znanja in sposobnosti, predvsem pa ustrezno vedenje vodij (4).

Situacijska ali kontingenčna teorija (Fidler 1967) je usmerjena v preučevanje odnosa med stilom vodenja in učinkovitostjo skupine. Fiedler razlikuje dva osnovna stila vodenja (4): usmerjenost k nalogam, ki v ospredje postavlja doseganje ciljev in reševanje problemov ter usmerjenost k zaposlenim, ki v ospredje postavlja dobre medsebojne odnose v skupini. Kadar situacija dovoljuje le zmerno kontrolo, so vodje usmerjeni k zaposlenim bolj učinkoviti, saj sodelujejo s skupino in imajo dobro razvite tehnike medsebojne komunikacije, kar vodje, usmerjeni k nalogam, nimajo. Pri situacijah, kjer je potreben močan nadzor, pa je bolj učinkovito vodenje, ki je usmerjeno k nalogam. Po Fidlerju je ključno najti kombinacijo med stilom vodenja in situacijo oz. stil vodenja prilagoditi situaciji (5).

Sodobne teorije so usmerjene globalno.

Teorija karizmatičnega vodenja temelji na emocionalni interakciji med vodjem in sledilci. Karizmatični vodje imajo »prezenco«, ki lahko vodi zaposlene do visoke stopnje učinkovitosti. Pri tem pa je potrebno poudariti, da karizma ni nujno, da izhaja iz samega



vodje, ampak mu jo lahko pripišejo sledilci, zlasti v kriznih situacijah (5).

Po teorijah transformacijskega vodenja ima vodja sposobnost inoviranja in spreminjanja, ustvarjanja sprememb v ljudeh in organizacijah, spodbuja ustvarjalnost, osredotočen je na neoprijemljive kvalitete (vizija, vrednote in graditev odnosov, večji pomen raznolikosti, iskanje skupnih točk pri opolnomočenju sledilcev v procesu spreminjanja).

Avtentični vodja pri svojem delu izhaja iz samega sebe, je skladen s svojimi načeli in vrednotami ter vrednotami organizacije. Odraža samozavest, optimizem, upanje in prožnost ter spodbuja pozitivna čustva. Njegov odnos do sledilcev temelji na zaupanju in je pri njih sposoben spodbuditi akcijo, motivacijo, zavezanost in zadovoljstvo (6).

Trajnostno vodenje je moderen koncept vodenja, ki vključuje različne vidike in išče ravnotežje med ekonomskimi, družbenimi in okolijskimi zahtevami (6). V ospredju je skrb za posameznika, organizacijo, družbo in okolje. Gre za dolgotrajen proces, ki upošteva sistem vrednot posameznika, spoštuje in vključuje drugačnost, je naravnan k sodelovanju in povezovanju ter ima vizijo spreminjati svet na bolje. Vodja s svojo osebnostjo in dejanji vpliva na sodelavce ves čas. Trajnosten vodja je empatičen, odgovoren do okolja in svojih zaposlenih. Ima jasno postavljene vrednote, se zaveda svojega poslanstva in ima svojo integriteto. Premore obilo čustvene inteligence. Sebe ne postavlja na prvo mesto, sodelavce navdihuje, jim zna prisluhniti ter jim pušča možnost razvoja in realizacije lastnih idej. Tako se v organizaciji vzpostavlja nova poslovna kultura.

V nadaljevanju predstavljam analizo 23 elementov trajnostnega vodenja po Avery in Bergsteiner (5), ki predstavlja možnosti sistematičnega postopnega izboljšanja podsistemov vodenja v urgentnem centru in redno preverjanje, katere prakse trajnostnega vodenja je treba razviti ali nadgraditi za boljše delovanje tima.

Elemente delimo na tri skupine: temeljne prakse, ki jih lahko začnemo uresničevati takoj, ko se odločimo, lahko bo potrebnega nekaj časa, vendar ne potrebujejo drugih pogojev. Prakse na višji ravni zahtevajo kombinacije temeljnih praks, preden se lahko pojavijo. Ključni dejavniki uspeha so podlaga, kaj uporabniki želijo, k njim prispevajo tako temeljne kot prakse na višji ravni.

Vodenje je proces vplivanja na ljudi oz. njihovega usmerjanja za doseganje cilja organizacije. Vodenje v krizni situaciji se razlikuje od vodenja v vsakodnevni situaciji in je bistveno bolj centralizirano. Glavne naloge kriznega vodje so (3):

- vzdrževanje strukture tima,
- uporaba strategij usmerjenih v reševanje problema,
- koordinacija izvedbe nalog,
- nadzor obremenitve članov tima in
- ocena situacije.

Zgodovinski pregled različnih načinov vodenja kaže, da se vodenje razvojno deli na tri skupine (4):

- vodenje kot posledica lastnosti vodij,
- vodenje kot posledica vedenja vodij in
- situacijsko gledanje na vodenje.

Dandanes so pogoste vrednostno osnovane teorije vodenja, ki izhajajo iz vrednot, ki jih vodja zasleduje (npr. avtentično, etično, trajnostno ...).

Začetne teorije so uspešnost vodenja povezovala z osebnostnimi lastnostmi vodij. Teorija velikega moža predpostavlja, da se vodja rodi, po navadi v določeni uveljavljeni družini ali pa se »rodi« v določeni situaciji.

Lastnostne teorije (ang. Trait theories) razlagajo, da se vodja razlikuje od ostalih ljudi zaradi njegovih posebnih lastnosti, kot so samozavest, želja po vodenju, integriteta, visoka inteligenca (5).

Vedenjske teorije temeljijo na predpostavki, da se vodja lahko »naredi«, saj so pomembna tudi določena znanja in sposobnosti, predvsem pa ustrezno vedenje vodij (4).

Situacijska ali kontingenčna teorija (Fidler 1967) je usmerjena v preučevanje odnosa med stilom vodenja in učinkovitostjo skupine. Fiedler razlikuje dva osnovna stila vodenja (4): usmerjenost k nalogam, ki v ospredje postavlja doseganje ciljev in reševanje problemov ter usmerjenost k zaposlenim, ki v ospredje postavlja dobre medsebojne odnose v skupini. Kadar situacija dovoljuje le zmerno kontrolo, so vodje usmerjeni k zaposlenim bolj učinkoviti, saj sodelujejo s skupino in imajo dobro razvite tehnike medsebojne komunikacije, kar vodje, usmerjeni k nalogam, nimajo. Pri situacijah, kjer je potreben močan nadzor, pa je bolj učinkovito vodenje, ki je usmerjeno k nalogam. Po Fidlerju je ključno najti kombinacijo med stilom vodenja in situacijo oz. stil vodenja prilagoditi situaciji (5).

Sodobne teorije so usmerjene globalno.

Teorija karizmatičnega vodenja temelji na emocionalni interakciji med vodjem in sledilci. Karizmatični vodje imajo »prezenco«, ki lahko vodi zaposlene do visoke stopnje učinkovitosti. Pri tem pa je potrebno

poudariti, da karizma ni nujno, da izhaja iz samega vodje, ampak mu jo lahko pripišejo sledilci, zlasti v kriznih situacijah (5).

Po teorijah transformacijskega vodenja ima vodja sposobnost inoviranja in spreminjanja, ustvarjanja sprememb v ljudeh in organizacijah, spodbuja ustvarjalnost, osredotočen je na neoprijemljive kvalitete (vizija, vrednote in graditev odnosov, večji pomen raznolikosti, iskanje skupnih točk pri opolnomočenju sledilcev v procesu spreminjanja).

Avtentični vodja pri svojem delu izhaja iz samega sebe, je skladen s svojimi načeli in vrednotami ter vrednotami organizacije. Odraža samozavest, optimizem, upanje in prožnost ter spodbuja pozitivna čustva. Njegov odnos do sledilcev temelji na zaupanju in je pri njih sposoben spodbuditi akcijo, motivacijo, zavezanost in zadovoljstvo (6).

Trajnostno vodenje je moderen koncept vodenja, ki vključuje različne vidike in išče ravnotežje med ekonomskimi, družbenimi in okoljskimi zahtevami (6). V ospredju je skrb za posameznika, organizacijo, družbo in okolje. Gre za dolgotrajen proces, ki upošteva sistem vrednot posameznika, spoštuje in vklju-

čuje drugačnost, je naravnani k sodelovanju in povezovanju ter ima vizijo spreminjati svet na bolje. Vodja s svojo osebnostjo in dejanji vpliva na sodelavce ves čas. Trajnosten vodja je empatičen, odgovoren do okolja in svojih zaposlenih. Ima jasno postavljene vrednote, se zaveda svojega poslanstva in ima svojo integriteto. Premore obilo čustvene inteligence. Sebe ne postavlja na prvo mesto, sodelavce navdihuje, jim zna prisluhniti ter jim pušča možnost razvoja in realizacije lastnih idej. Tako se v organizaciji vzpostavlja nova poslovna kultura.

V nadaljevanju predstavljam analizo 23 elementov trajnostnega vodenja po Avery in Bergsteiner (5), ki predstavlja možnosti sistematičnega postopnega izboljšanja podsistemov vodenja v urgentnem centru in redno preverjanje, katere prakse trajnostnega vodenja je treba razviti ali nadgraditi za boljše delovanje tima. Elemente delimo na tri skupine: temeljne prakse, ki jih lahko začnemo uresničevati takoj, ko se odločimo, lahko bo potrebnega nekaj časa, vendar ne potrebujejo drugih pogojev. Prakse na višji ravni zahtevajo kombinacije temeljnih praks, preden se lahko pojavijo. Ključni dejavniki uspeha so podlaga, kaj uporabniki želijo, k njim prispevajo tako temeljne kot prakse na višji ravni.

Tabela 1: Triindvajset praks trajnostnega vodenja

Elementi trajnostnega vodenja (angl. sustainable elements)	Filozofija čebelice (angl. honeybee philosophy)	Vprašanja vodstva:
1. Razvoj ljudi (Developing people)	Kontinuirano razvija vse zaposlene.	Kako razvijamo naše zaposlene?
2. Odnosi na delovnem mestu (Labour relations)	Išče sodelovanje.	Kdo snuje odnose med zaposlenimi in vodstvom?
3. Zadrževanje sodelavcev (Retaining staff)	Zadržuje in neguje dragocene kadre.	Koliko je povprečna delovna doba zaposlenega? Če imamo možnost, ali napredujemo od znotraj?
4. Sistem nasledstva (Succession planning)	Napreduje od znotraj, ko je to možno.	Kako poteka proces napredovanja?
5. Obravnavanje zaposlenih (Valuing staff)	Skrbi za dobrobit zaposlenih.	Kako skrbimo za naše zaposlene? Kako nagrajujemo zaposlene?
6. Vrhni management (CEO and top team)	Direktor je član vrhnjega managementa in govorci.	Kakšna je nasa vloga kot vodja?
7. Etično vedenje, upravljanje, odgovornost (ethical behavior, GOVERNANCE AND RESPONSIBILITY)	Delati prave stvari je eksplicitna jedrna vrednota podjetja.	Katere so naše jedrne vrednote? Kako ravnamo v etičnih dilemah? Kje vidimo svojo dogovornost?
8. Dolgoročna in kratkoročna perspektiva (Long- or short-term perspective)	Ima raje dolgoročen pogled kot kratkoročnega.	Kateri so naši dolgoročni cilji?
9. Organizacijske spremembe (Organizational change)	Sprememba je evolucija in proces.	Kakšen je naš odnos do sprememb? Kako pripravimo zaposlene na spremembe? Katere spremembe ravno vpeljujemo?

<b>10. Orientacija finančnega trga (Financial markets orientation)</b>	Išče maksimalno neodvisnost od drugih.	Kako zagotavljamo finančno neodvisnost od drugih?
<b>11. Odgovornost za okolje (Responsibility for environment)</b>	Ščiti okolje.	Kako naše delo skrbi za naravno okolje?
<b>12. Korporativna družbena odgovornost (Corporate social responsibility)</b>	Ceni ljudi in lokalno skupnost.	Kako vpeti smo v lokalno skupnost? Kako vračamo nazaj v lokalno skupnost?
<b>13. Deležniki (Stakeholders)</b>	Vsak šteje.	Kdo so naši deležniki?
<b>14. Vloga vizije za poslovanje (Vision's role in the business)</b>	Deljeno dojemanje prihodnosti je bistveno, vizija je strateško orodje.	Kako oblikujemo vizijo delovanja?
<b>15. Odločanje (Decision-making)</b>	konsenzualno	Kako sprejemamo odločitve?
<b>16. Samo-management, delegiranje (Self-management, DELEGATION)</b>	Zaposleni izvajajo samo-management.	Kako vsak zaposleni skrbi za management svojega časa? Kako delegiramo delovne naloge sodelavcem?
<b>17. Timska naravnost (Team orientation)</b>	Timi so razširjeni in opolnomočijo zaposlene.	Kako poteka delo v timih? Katere time imamo?
<b>18. Kultura (Culture)</b>	Deljena kultura.	Kako bi opredelili organizacijsko kulturo?
<b>19. Delitev znanja in zadrževanje (Knowledge sharing and retention)</b>	Se širi skozi celotno organizacijo.	Kako delimo znanje s svojimi zaposlenimi?
<b>20. Zaupanje (Trust)</b>	Velika stopnja zaupanja v podjetju zaradi dobrih odnosov.	Kako gradimo zaupanje med zaposlenimi in vodstvom?
<b>21. Inovacija (Innovation)</b>	Močna, sistematična inovativnost na vseh ravneh.	Kako skrbimo za ustvarjalnost zaposlenih? Kako inoviram? Kako izbiramo poslovne partnerje? Kako vključujemo novo tehnologijo?
<b>22. Motiviranje zaposlenih (Staff engagement, INTRINSIC MOTIVATION)</b>	Ceni pripadnost in čustveno zavezanost družinskemu podjetju.	Kako skrbimo za pripadnost zaposlenih? Kako motiviramo svoje sodelavce?
<b>23. Kakovost (Quality)</b>	Vgnezdjena v kulturo	Kako skrbimo za kakovost delovnih procesov in končnih izdelkov?

## 2.1 Slog vodenja

Način ali slog vodenja opredelimo kot razmeroma trajen vzorec vplivanja vodje na ljudi (4). V procesu vodenja je stalno prisotno iskanje najuspešnejšega in najučinkovitejšega načina sloga vodenja, pri čemer vodja razvija svoj lasten slog. Vodja mora slog vodenja tudi spreminjati glede na situacijo.

Sarla loči štiri različne vodstvene sloge (7):

- Avtoritarni ali avtokratski vodstveni slog: vodje niso naklonjeni mnenju drugih. Odločajo se samostojno, brez posvetovanja z drugimi. Avtokratski vodja sprejema odločitve in jih napove skupini.
- Svetovalni ali direktivni vodstveni slog: vodje se obnašajo kot tradicionalni šefi in v izvršilnem slogu podajajo odločitve kako, kdaj in kdo naj naredi nalogo. Vodja pričakuje brezpogojno skladnost s strani podrejenih.

- Participativni ali sodelujoč vodstveni slog: vodja predstavi okvirno odločitev, ki se lahko spremeni. Člani tima imajo možnost vplivanja na odločitve, kar jih dodatno motivira in jim poveča občutek pripadnosti.
- Demokratični vodstveni slog: vodja opredeli meje in prosi ekipo, naj sprejema odločitve. Spodbuja skupinsko sodelovanje, razprave in skupne odločitve, je prilagodljiv in pomaga ustvarjati nove ideje.

## 3 Zdravstveni timi in timsko delo

Tim je sestavljen iz manjšega števila posameznikov, ki med seboj sodelujejo, komunicirajo in vplivajo drug na drugega z namenom doseganja skupnega cilja/ izvršitve naloge. Zdravstveni timi so sestavljeni iz različnih profilov poklicev. Prednost delovanja v timu je, da timi združijo različna znanja, večine, sposobnosti in stile razmišljanja, ki praviloma vodijo do boljših rezultatov.

V vsaki zdravstveni organizaciji je potrebna koordinacija, dajanje informacij in timsko delo, če želimo izboljšati oskrbo bolnikov (1).

Pri delovanju timov ločimo 3 faze (8):

- načrtovanje,
- delovanje in
- refleksija.

V fazi načrtovanja se izvaja analiza naloge, določi se cilj in formira strategijo. Procesi lahko potekajo v obliki sestankov, predaj ali tik pred samo nalogo v primeru urgentne situacije.

Med samim izvajanjem naloge je potrebno spremljati kako tim napreduje proti cilju, potrebno je predvidevati potrebe posameznih članov tima, uravnovežiti obremenjenost posameznikov in koordinacija.

V fazi refleksije je potrebna kritična analiza dogodkov, ki naj bo osredotočena na posamezne procese in ne zgolj na izhod. Potrebno je prepoznati »neželjene dogodke« ali »skorajšnje neželjene dogodke«, kar omogoča učenje tima in izboljša kvaliteto obravnave bolnikov.

#### 4 Vodenje v zdravstvenih ustanovah

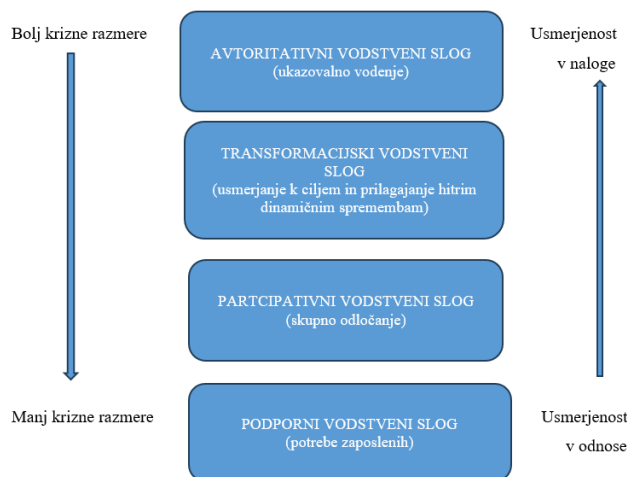
V zdravstvenih ustanovah se management izvaja na treh ravneh: vrhnji ali strateški management (direktorji zavodov), srednji management (predstojniki, glavne medicinske sestre) in nižji ali operativni management (vodje timov). Vodja na srednji ravni je odgovoren za to, da njegova enota učinkovito deluje, za njeno poslovanje in racionalno porabo sredstev, za strokovno, izobraževalno in raziskovalno delo, za učinkovito organizacijo dela in za strokovni razvoj zaposlenih.

Tradicionalno vodenje v zdravstvenih zavodih v Sloveniji je bilo zgodovinsko gledano večinoma hierarhično in je kot tako marsikje prisotno še danes. Slog vodenja je bolj ali manj avtorski. Danes vemo, da je s spreminjanjem značilnosti družbe takšen način vodenja neprimeren, razen v določenih situacijah.

Urgentna medicina je področje, za katero so značilna pogosta krizna stanja. Učinkovito vodenje timov v takih situacijah je bistvenega pomena za obvladovanje krize. Pomembna je pripravljenost celotnega tima na krizne situacije, usklajeno delovanje, prilagodljivost, jasna komunikacija. Avtoritativno oz. transakcijsko vodenje na podlagi direktiv ima v kriznih razmerah prednost pred sodelujočim ali podpornim vodenjem. Vodenje vodje mora biti jasno usmerjeno k ciljem, potrebno je natančno usmerjanje zaposlenih in prilagajanje dinamiki situacije. Zgolj tovrstno vodenje pa v kompleksnih in hitro spreminjajočih se situacijah

lahko tudi okrni inovativnost in kvaliteto odločanja. V manj kriznih razmerah je primernejše vodenje, ki je usmerjeno v odnose.

Dober vodja tako mora biti sposoben različnih slogov vodenja, ki jih nato prilagaja glede na vrsto situacije oz. resnost krize (Slika 1).



Slika 2: Slog vodenja glede na krizne razmere v zdravstvu.

#### 5 Urgentni center Ptuj

Z odprtjem urgentnega centra Ptuj je prišlo do ustanovitve nove organizacijske enote znotraj bolnišnice. Večina zaposlenih v urgentnem centru je bila na novo delovno mesto premeščena iz prej obstoječih delovišč. Zaposleni so opravili ustrezno edukacijo in pridobili potrebna znanja. Kljub temu da je splošno prisotna pozitivna naravnost, saj urgentni center zagotavlja nove, sodobne prostore z boljšo opremo, pa je med zaposlenimi zaznati negotovost ob spremembah. Hkrati je prišlo do mešanja timov, ki do sedaj niso sodelovali.

V ne kriznih razmerah bo zato potreben poudarek na podpornem vodenju in usmerjenost v trajnostno delovanje s postopnim uvajanjem praks trajnostnega vodenja. Osnovne naloge vodje so, da mora delovati kot zgled (iskrenost, integriteta, visoki etični standardi). Svoje zaposlene mora poznati in skrbeti za njihovo dobro počutje, biti podporen pri prizadevanjih zaposlenih (9), verjeti v ljudi in delovati v timskem duhu. Kljub temu da mora vodja sam sprejemati odločitve, se pred tem posvetuje z zaposlenimi in upošteva njihove predloge in ideje. V bistvu trajnostnega vodenja smo vsi drug drugemu hkrati učitelji in učenci (9).

Učinkovito vodenje v kriznem obdobju lahko bistveno vpliva na izhod iz krize in tudi na obdobje po krizi (2).

V ne kriznem obdobju je zato potrebno graditi odpor- nost, ne samo omejevati neposredno škodo. Za vodjo



in ostale člane tima je pomembno ločiti med akutno krizo in podaljšano krizo (10). Gre za obdobje trajne napetosti, težav, zapletov – za širši časovni okvir, ki potrebuje drugačen pristop.

Konflikte v timu je potrebno prepoznati in sprotno reševati.

V timu je potrebno negovati občutek odgovornosti in pripadnosti (5). Za izboljševanje odnosov in vzdušja med zaposlenimi bi uvedli team-buildinge, omogočali stalen strokovni razvoj zaposlenih v obliki različnih izobraževanj (notranjih ali zunanjih), tematsko usmerjenih ne samo na ožje strokovno področje, ampak tudi širše: komunikacija, etika, delavnice usmerjene v osebno rast ipd.

Pomembno je, da se vodja skuša čimbolj ogniti pastem, ki okrnijo racionalno odločanje ali omejujejo sposobnost širšega vpogleda. Pomembno je pridobivanje povratnih informacij, idej in slišati mnenja različnih članov tima (2). Za ovrednotenje bi redno (letno) med zaposlenimi izvedli anketo o zadovoljstvu na delovnem mestu z možnostjo predlogov.

V študiji, v kateri so skoraj dve desetletji raziskovali krizno vodenje, izpostavljajo 4 pasti vodenja (10):

1. Ozkoglednost: vodja mora biti sposoben stopiti korak nazaj, pogledati širše, holistično na izzive in možnosti.
2. Krizno vodenje zahteva pogled na daljše obdobje (predvidevanje za naprej, da se lahko pripravimo na morebitne krize), pomembno je delegiranje, zaupanje svojim zaposlenim.
3. Vodja skuša imeti vse pod nadzorom: potrebno je vzdrževati red, delegirati, zaupati zaposlenim.
4. V množici skrbi za dobrobit organizacije/ustanove pozabimo na posameznika.

### 6 Zaključek

Odprtje urgentnega centra v SB Ptuj je vodilo do nastanka nove organizacijske enote znotraj bolnišnice. Spremenil se je osnovni koncept delovanja zdravstvenih timov in sestava obstoječih timov. To predstavlja nove izzive v vodenju, povezovanju in rasti timov v duhu trajnostnega koncepta.

### LITERATURA IN VIRI:

1. Avery C. G., Bergsteiner H. Diagnosing Leadership in Global Organisations. Theories, Tools and Cases. Tilde University press 2011
2. Dimovski V., Penger S., Peterlin J. Avtentično vodenje v učeči se organizaciji. Planet GV 2009
3. Fernandez R., Kozlowski S., Shapiro M., Salas E. Toward a definition of teamwork in emergency medicine. Academic emergency medicine 2008; 15:1104–1112
4. James E., Wooten P. L. In a Crisis, Great Leaders Prioritize Listening. Harvard Business Review; september 2022
5. Kerrissey M. J., Edmondson C. A. Leading Through a Sustained Crisis Requires a Different Approach. Harvard Business Review; junij 2023
6. Lee H. Thomas. Turning doctors into leaders, Harvard business review April 2010; 50–58
7. Liu J., Masiello I., Ponzer S., et. al. Can interprofessional teamwork reduce patient throughput times? A longitudinal single-center study of three different triage processes at a Swedish emergency department. BJM Open 2018
8. Peterlin J. Zakaj svet potrebuje trajnostne vodje. MQ revija 2022; 42-43
9. Rozman R., Kovač J., Filej B., Robida A. Management v zdravstvenih organizacijah, GV 2019
10. Sarla. Leadership Lessons. NOLEGEIN Journal of Leadership and Strategic Management. 2020; 3(2): 1–5p.
11. St. Pierre M., Hofinger G., Buerschaper C. Crisis management in acute care settings. Springer 2008



# Interna navodila za ureditev varstva osebnih podatkov v zasebnem medicinskem centru

**Avtor: Petra Meglič, dr. med., mentor: doc. dr. Benjamin Lesjak**

## **Povzetek:**

*Varstvo osebnih podatkov postaja v dobi digitalizacije in prihoda umetne inteligence izjemnega pomena. Manipulacija in napačna uporaba še posebej medicinskih podatkov, lahko vodi v nepopravljivo škodo za posameznika, posledično pa tudi za ustanovo, ki s temi podatki upravlja.*

*Zakonodaja EU in Republike Slovenije določata pravila v zvezi z varstvom fizičnih oseb pri obdelavi osebnih podatkov in pravila v zvezi s prostim pretokom osebnih podatkov.*

*V našem zasebnem medicinskem centru smo v začetku leta 2023 ugotovili, da ne izpolnjujemo predpisanih zakonskih obveznosti. Zato smo najeli strokovno usposobljeno podjetje na področju varovanja osebnih podatkov in z njihovo pomočjo to področje ustrezno uredili. V prispevku opisujem proces implementacije v naš center. Postopek implementacije je bil uspešen.*

## **1 Uvod**

Varstvo osebnih podatkov (OP) je, zlasti v medicini, ključnega pomena iz več razlogov. V prvi vrsti gre za spoštovanje zasebnosti posameznikov in ohranjanje zaupnosti občutljivih informacij (1). Na medicinskem področju si ljudje izmenjujejo intimne podrobnosti o svojem zdravju, zaščita teh podatkov pa zagotavlja zaupanje med bolniki in izvajalci zdravstvenih storitev.

Poleg tega z vse večjo digitalizacijo zdravstvenih kartotek in uporabo tehnologije v zdravstvu narašča zaskrbljenost glede možnosti kršitev podatkov. Zdravstveni podatki, vključno z zdravstveno zgodovino, zdravili in rezultati testov, so lahko dragoceni za zlonamerne namene. Zaščita teh informacij je bistvena za preprečevanje nepooblaščenega dostopa, kraje identitete ali celo zdravstvene goljufije.

V medicinski dejavnosti ustvarjamo in upravljamo z najbolj občutljivimi osebnimi podatki, zato je nujno urediti zakonsko predpisano delovanje. Področja smo se lotili v zasebnem medicinskem centru.

### **1.1 Definicija**

Osebni podatek (OP) je katerikoli podatek o lastnostih, stanju, ravnanju ali razmerju, ki se nanaša na določeno ali določljivo fizično osebo, torej posameznika, na glede na obliko, v kateri je izražen. Določljiva fizična oseba pa je tista, ki se jo lahko neposredno ali posredno identificira s pomočjo njenih identifikacijskih števil (npr. EMŠO, davčna številka, številka zdravstvenega zavarovanja, telefonska številka,

registrska številka vozila), ali s sklicevanjem na dejavnike, ki so značilni za njeno fizično, fiziološko, duševno, ekonomsko, kulturno ali družbeno identiteto (npr. zaposlitev, naslov, funkcijo, položaj ali status v določenem subjektu, ipd.)(1).

### **1.2 Obdelava osebnih podatkov:**

Obdelava OP pomeni kakršnokoli delovanje ali niz delovanj, ki se izvaja v zvezi z OP, ki so avtomatizirano obdelani ali ki so pri ročni obdelavi del zbirke OP ali so namenjeni vključitvi v zbirko OP, zlasti zbiranje, pridobivanje, vpis, urejanje, shranjevanje, prilagajanje ali spreminjanje, priklicanje, vpogled, uporaba, razkritje s prenosom, sporočanje, širjenje ali drugo dajanje na razpolago, razvrstitev ali povezovanje, blokiranje, anonimiziranje, izbris ali uničenje; obdelava je lahko ročna ali avtomatizirana.

Za obdelavo OP, ki so del zbirke OP ali so namenjeni vnosu v zbirko OP, mora obstajati pravna podlaga, ki je praviloma podana v zakonu ali osebni privolitvi posameznika (1).

## **2 GDPR, ZVOP-2**

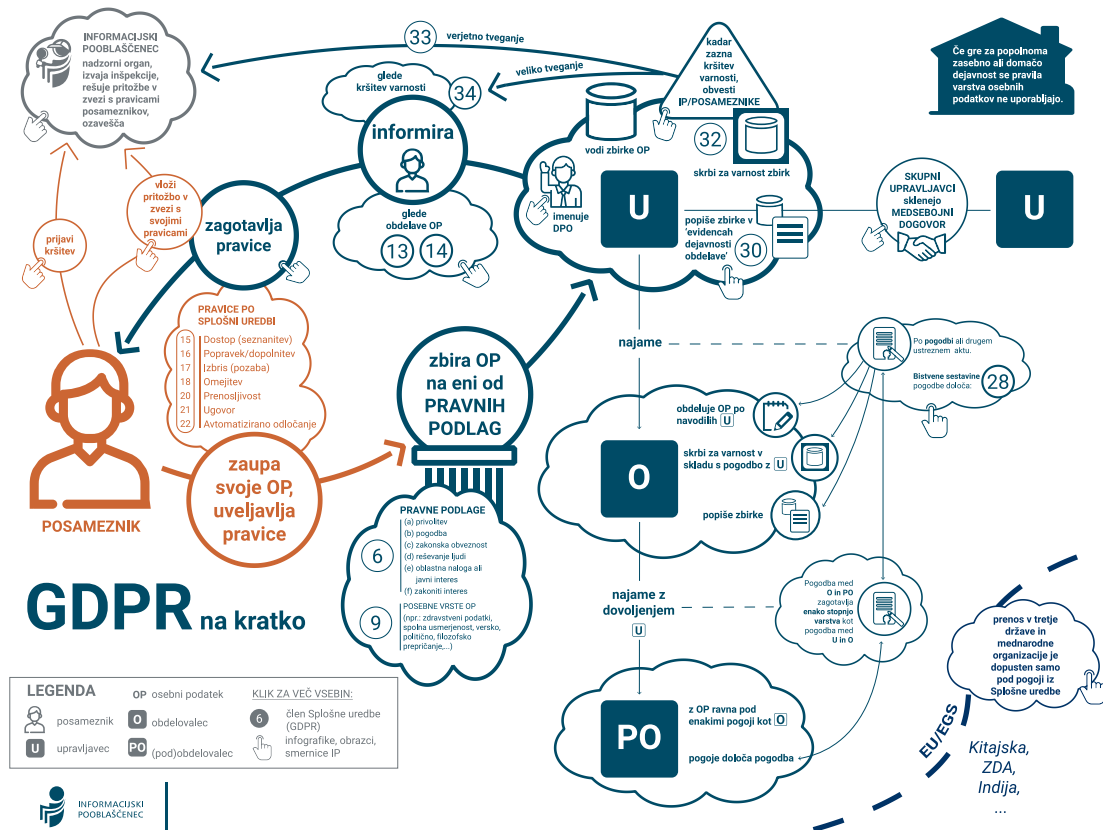
GDPR (General Data Protection Regulation) je osnovni zakon EU na področju varstva OP. Splošna uredba (GDPR) postavlja enotna pravila za varstvo OP v EU, nekatera vsebinska in postopkovna vprašanja pa lahko posebej uredijo države članice (3). Ta področja ureja novi Zakon o varstvu osebnih podatkov (Uradni list RS št. 163/22; ZVOP-2), ki se uporablja s 26.1. 2023 (4).

## 2.1 GDPR (General Data Protection Regulation)

Sprejet je bil 27.4.2016, novejša verzija pa se uporablja od 25.5.2018 (3). Ta uredba določa pravila v zvezi

z varstvom fizičnih oseb pri obdelavi OP in pravila v zvezi s prostim pretokom OP.

Uredba varuje temeljne pravice in svoboščine fizičnih oseb, zlasti njihovo pravico do varstva OP.



Slika 1: GDPR na kratko - shematski prikaz (vir: Informacijski pooblaščenec)

## 2.2 ZVOP-2 (Zakon o varovanju osebnih podatkov-2)

Zakon o varstvu osebnih podatkov (ZVOP-2) prinaša podrobne določbe glede obdelave medicinskih podatkov, ki so kategorizirani kot posebna vrsta osebnih podatkov zaradi njihove občutljive narave. Zdravstveni podatki vključujejo informacije o fizičnem in duševnem zdravju posameznika, vključno z informacijami o preteklih, sedanjih ali prihodnjih zdravstvenih stanjih, zdravljenjih in diagnozah. ZVOP-2 določa strožje zahteve za obdelavo teh podatkov, da zagotovi njihovo varnost in zaščiti zasebnost posameznikov. To vključuje nujnost pridobivanja izrecnega soglasja posameznika za obdelavo njegovih zdravstvenih podatkov, razen v primerih, ki jih posebej določa zakon, kot so nujne medicinske situacije ali zakonske obveznosti.

Poleg tega ZVOP-2 obravnava tudi uporabo biometričnih in genskih podatkov, ki lahko vključujejo

DNK ali druge podatke, ki so edinstveni za posameznike. Te vrste podatkov predstavljajo poseben izziv z vidika varstva zasebnosti, saj lahko razkrijejo občutljive informacije o posamezniku, kot so genetska nagnjenja k določenim boleznim. Zakon zato predpisuje, da mora biti obdelava teh podatkov omejena in mora biti opravljena s posebno skrbnostjo. V kontekstu raziskav lahko uporaba teh podatkov prinaša pomembne uvide, vendar morajo raziskovalci upoštevati strog nadzor in zahteve glede soglasja, zasnovane tako, da varujejo pravice posameznikov.

ZVOP-2 prav tako ureja postopkovne vidike, kot so postopek izrekanja sankcij in pravna sredstva, ki so na voljo posameznikom v primeru kršitev njihovih pravic. To zagotavlja, da imajo posamezniki možnost ukrepanja, če menijo, da je prišlo do nepravilne obdelave njihovih osebnih podatkov. Zakon nadalje obravnava relacijo med varstvom osebnih podatkov in drugimi pravicami, kot je dostop do informacij javnega značaja, ter določa pogoje, pod katerimi je mogoče

osebne podatke uporabljati za raziskovalne, arhivske in statistične namene. S tem ZVOP-2 zagotavlja uravnotežen pristop k varstvu osebnih podatkov, obenem pa omogoča, da se ti podatki lahko uporabljajo na načine, ki so v javnem interesu. (4)

### 3 Izbrane zahteve po GDPR in ZVOP-2

Razčlenila bom nekaj bistvenih zahtev po GDPR in ZVOP-2, ki so nujne pri pripravi internih navodil za implementacijo varstva OP v zdravstvene ustanove.

#### 3.1 Pooblaščen osebni za varstvo osebnih podatkov

Izvajala naj bi svetovalne in nadzorne naloge na področju varstva OP. Obveznost imenovanja pooblaščen osebne ni vezana na število zaposlenih v podjetju ali instituciji.

Njene glavne naloge pa so spremljanje skladnosti s Splošno uredbo, svetovanje upravljavcem in obdelovalcem o njihovih obveznostih, izobraževanje in ozaveščanje zaposlenih ter svetovanje glede izvedbe ocene učinka v zvezi z varstvom podatkov. Biti mora dostopna, neodvisna, imeti mora strokovno znanje o nacionalni in evropski zakonodaji in praksi na področju varstva podatkov ter poznati poslovne procese v podjetju oz. organizaciji.

#### 3.2 Pravilnik o varstvu osebnih podatkov

S tem pravilnikom se določajo pravne podlage za obdelavo OP, organizacijski, tehnični in logično-tehnični postopki in ukrepi za zavarovanje OP v organizaciji z namenom, da se prepreči naključno ali namerno nepooblaščen uničenje podatkov, njihovo spremembo ali izgubo, kakor tudi nepooblaščen dostop, obdelava, uporaba ali posredovanje OP.

#### 3.3 Politika zasebnosti v zdravstveni dejavnosti:

Namen politike zasebnosti je seznaniti paciente, posameznike, uporabnike storitev in druge osebe, ki sodelujejo z določeno zdravstveno organizacijo o nameh in pravnih podlagah ter pravicah posameznikov glede obdelave OP, ki jih izvaja zdravstvena organizacija.

#### 3.4 Pravilnik o videonadzoru

Ta pravilnik podrobneje ureja namen in način uporabe video nadzornega sistema, način odrejanja snemanja, ravnanje z videoposnetki ter nadzor nad uporabo videoposnetkov. S tem pravilnikom se prav tako

ureja zbiranje, obdelava in varovanje osebnih podatkov, zbranih z izvajanjem video nadzornega sistema.

Evidenca osebnih podatkov vsebuje posnetek posameznika, ki vsebuje posnetek (sliko), podatek o lokaciji, datum in čas posnetka, izjemoma, če je to posebej nujno potrebno, pa tudi zvok.

Pred samim začetkom uporabe video nadzornega sistema je potrebno predhodno pisno obvestiti zaposlene, kar velja tudi v primeru razširitve območja snemanja (npr. s postavitvijo novih kamer). Zaposlene se obvesti, kaj je območje snemanja, kakšen je namen videonadzora, koliko časa se ti podatki hranijo ter ali ima izvajanje videonadzora poseben vpliv ali neobičajno nadaljnjo obdelavo.

#### 3.5 Obdelava osebnih podatkov zaposlenih

Zaposlene moramo obvestiti o namenu obdelave OP. Za namen izvrševanja pravic in obveznosti iz delovnega razmerja obdelujemo osebne podatke, kot so: osebno ime, rojstni podatki, EMŠO, podatki o državljanstvu, naslov stalnega in začasnega prebivališča, naslov za vročanje, podatki o izobrazbi, podatki o invalidnosti ali delni upokojitvi, podatki o dopolnilnem delovnem razmerju pri drugem delodajalcu, podatki o sklenjeni pogodbi o zaposlitvi in o njenem prenehanju, podatki o delovnem dovoljenju (samo za tujce).

Obdelujemo tudi osebne podatke, ki jih potrebujemo za prijavo v socialna in druga obvezna zavarovanja ter za vodenje obveznih evidenc po zakonodaji (podatki o plačah, nadomestila plač, povračila stroškov v zvezi z delom in drugimi izplačili, podatki o zakonsko določenih prispevkih za socialno varnost, podatki o izrabi delovnega časa).

#### 3.6 Identifikacija pogodbenih obdelovalcev

Za pogodbeno obdelavo OP gre vedno, kadar pogodbeni obdelovalec (izvajalec) v imenu upravljavca (naročnika) obdeluje OP .

Tipični primeri so zunanje računovodstvo, računovodska programska oprema, klicni centri, e-poštni marketing, e-poštni strežniški programi, programska oprema v oblaku, zunanja hramba osebnih podatkov (fizična ali v oblaku), redno IT-vzdrževanje ipd.

Za pogodbeno obdelavo pa ne gre, kadar gre za dejavnosti, ki so podrobno pravno urejene, kot je npr. bančništvo, zavarovalništvo, medicina dela, najem odvetnika za zastopanje na sodišču, najem čistilnega servisa ipd.

Sklenitev pisne pogodbe med upravljavcem in pogodbenim obdelovalcem je obvezna in vsebuje obvezne elemente.

### 3.7 Ureditev Evidenc dejavnosti obdelave

Evidentiranje dejavnosti obdelav OP je pomembno ne le zato, ker gre za zakonsko obveznost, temveč zlasti, ker zagotavlja dobro upravljanje in pomaga izkazovati skladnost z drugimi vidiki Splošne uredbe. Celovito evidentiranje zbirk OP oziroma procesov obdelav je obenem prvi in ključni korak za vsako organizacijo, ki želi zakonsko skladno varovati OP.

Organizacije, ki zaposlujejo manj kot 250 ljudi morajo evidentirati le tiste dejavnosti obdelav, ki:

- niso občasne; ali
- predstavljajo tveganje za pravice in svoboščine posameznikov, na katere se nanašajo OP; ali
- vključujejo posebne vrste OP ali OP v zvezi s kazenskimi obsodbami in prekrški.

### 3.8 Skrb za informacijsko varnost (23. člen ZVOP-2)

V medicinskih centrih je skrb za informacijsko varnost izredno pomembna, še posebej glede na občutljivo naravo podatkov, s katerimi se ravna. V skladu s 23. členom Zakona o varstvu osebnih podatkov (ZVOP-2) morajo medicinski centri upoštevati visoke varnostne standarde, predpisane za informacijske sisteme, ki obdelujejo osebne podatke. To vključuje osebne podatke, ki se obdelujejo v okviru zdravstvenega varstva in obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Prvi korak k zagotavljanju skladnosti z varnostnimi zahtevami je ocena obstoječih informacijskih sistemov. Medicinski centri morajo ugotoviti, ali njihovi sistemi spadajo pod določbe ZVOP-2 glede na obsežnost obdelav osebnih podatkov, ki jih izvajajo. To zadeva sisteme, kjer se obdelujejo osebni podatki več kot 100.000 posameznikov ali posebne vrste osebnih podatkov več kot 10.000 posameznikov. V teh primerih morajo medicinski centri smiselno uporabljati določbe zakona, ki ureja informacijsko varnost, vključno s priglavitvijo incidentov.

Drugič, zdravstveni centri morajo vzpostaviti in vzdrževati procese, ki onemogočajo uničenje, nezakonite spremembe osebnih podatkov ali njihovo razkritje nepooblaščenim osebam. To je še posebej kritično, če bi lahko kršitev varnosti osebnih podatkov povzročila resno škodo varnosti ali interesom Republike Slove-

nije. Zato je treba sprejeti ustrezne tehnične in organizacijske ukrepe, ki bodo neprekinjeno ščitili osebne podatke pred kakršnimi koli grožnjami.

Nazadnje, v skladu s tretjim odstavkom 23. člena ZVOP-2, je za obdelavo posebno občutljivih osebnih podatkov, kot so biometrični in zdravstveni podatki, potrebna posebna pozornost. Takšni podatki ne smejo biti hranjeni na lokacijah, ki niso znane ali ki niso znotraj ozemlja Republike Slovenije, kar zagotavlja nadzor nad podatki in omejuje tveganja, povezana s čezmejnimi prenosom podatkov.

Vse te zahteve zahtevajo natančno načrtovanje, vzpostavitev robustnih varnostnih politik in redno usposabljanje zaposlenih o najboljših praksah za varstvo osebnih podatkov. S temeljitim razumevanjem in izvajanjem določb ZVOP-2 lahko medicinski centri ne le izpolnjujejo pravne zahteve, ampak tudi krepijo zaupanje pacientov in javnosti v svojo zavezanost varovanju osebnih zdravstvenih informacij.

## 4 Ocena stanja v zasebnem zdravstvenem centru pred uvedbo internih aktov

Medicinski center, katerega direktorica sem, ima redno zaposlenega 1 zdravnika in 2 medicinski sestri, 1 zdravnika za dopolnilno delo in 3 pogodbene zdravnike. Ukvarjamo se z ginekološko porodniško dejavnostjo in letno obravnavamo pod 10.000 pacientov. Ugotovili smo, da nimamo pravilno urejenega področja varovanja osebnih podatkov.

Za ugotavljanje obstoječega stanja in strokovno pomoč pri uvedbi in sprejetju internih aktov, ki so v skladu s trenutno zakonodajo, smo najeli zunanjo strokovno pomoč, podjetje, ki se ukvarja s svetovanjem na področju zavarovanja osebnih podatkov. Skupaj s strokovnjaki smo najprej ugotovili, kaj delamo prav in kaj moramo popraviti ali uvesti na novo. Ugotovitve iz uvodnega sestanka so prikazane v Prilogi 1: Uvodna ocena stanja in potrebnih ukrepov v konkretnem zasebnem medicinskem centru (skrajšana verzija).

Ugotovljeno je bilo tudi, da uporabljamo videonadzor, pri čemer uporabljamo tri kamere, ki snemajo vhode v poslovne prostore. Ena snema glavni vhod in delno zajame tudi receptorsko službo, drugi dve pa snemata stranska (zadnja) vhoda in ne zajameta niti notranjosti delovnih prostorov niti javnih površin. Predvsem zaradi prve kamere se svetuje sprejem LIA – ocene zakonitega interesa. Ob tem se svetuje blindiranje oziroma zatemnitev dela receptorske službe.



Kar je v Prilogi 1 označeno kot »urejeno«, je bilo skladno z zakonodajo. Kar je označeno »v teku«, pa je bilo potrebno urediti.

#### 4.1 Sprejetje Pravilnikov

Na osnovi analize pooblaščenega zunanjšega izvajalca smo prilagodili pravilnike naši dejavnosti in številu zaposlenih. Sprejeli smo Pravilnik o varstvu osebnih podatkov, Pravilnik o politiki zasebnosti v zdravstveni dejavnosti, Pravilnik o videonadzoru, Navodila zaposlenim za ravnanje in ukrepanje v primeru kršitve varstva osebnih podatkov, Informacije o obdelavi osebnih podatkov zaposlenih, Identifikacija pogodbenih obdelovalcev, uredili smo Evidence dejavnosti obdelave.

#### 4.2 Sprejetje pravilnika o videonadzoru

Največ nepravilnosti je bilo potrebno uskladiti glede videonadzora. Ker je ena od kamer poleg vhodnih vrat snemala tudi delovni prostor medicinske sestre, smo posnetek delno zablindirali. Namestili smo ustrezne opozorilne table in ponovno informirali zaposlene o lokaciji kamer. Zagotovili smo zavarovanje dostopa do snemalnika nepooblaščenim osebam in skrajšali čas hrambe posnetkov iz 6 na 2 meseca.

#### 4.3 Kodiranje e-mailov

Večina komunikacije s pacienti poteka preko e-pošte. Za pošiljanje zdravstvene dokumentacije smo uvedli šifriranje pošte s programom 7zip. Za izvedbo in izobraževanje kadra smo najeli strokovnega zunanjšega izvajalca.

#### 4.4 Piškoti

Na naši spletni strani smo morali urediti politiko piškotkov in direktno povezavo na interno Politiko zasebnosti.

#### 4.5 Izobraževanje zaposlenih

Zaradi obilo novosti in ustreznega izvajanja varovanja osebnih podatkov, smo vse zaposlene napotili na on-line tečaj o varstvu osebnih podatkov.

### 5 Zaključek

V zaključni fazi implementacije internih navodil za varstvo osebnih podatkov smo v zasebnem medicinskem centru, v sodelovanju z zunanjim strokovnjakom za varovanje osebnih podatkov, dosegli pomembne mejnike. Interna navodila, ki so skrbno pripravljena v skladu z zakonskimi določili, so bila integrirana v naše vsakodnevne postopke. Ta pristop je okrepil varnost in zasebnost pacientov pri njihovi obravnavi in hkrati izboljšal operativno učinkovitost centra, kar obsega tako kadrovske procese kot tudi transparentnost v našem delu.

Izobraževanje zaposlenih je bilo ključno za uspešno vključitev novih praks v našo rutino. S pridobljenimi znanji smo vzpostavili varnejše delovne procese, ki ne samo da so v skladu z zakonodajo, temveč tudi povečujejo varnost pri delu. Zavedamo se, da je kontinuirano izobraževanje in osveževanje znanj o varstvu osebnih podatkov ter spremljanje pravnih novosti nujno za ohranjanje visoke ravni varnosti in skladnosti.

Naše delo na področju medicine zahteva posebno pozornost do varstva osebnih podatkov, kar je razlog, da v procese varnega dela redno vključujemo zunanje specialiste. Ti specialisti igrajo pomembno vlogo, saj nas vodijo skozi procese pravilne implementacije zakonodaje v naše delovne postopke, zagotavljajo usklajevanje z aktualnimi zahtevami in nudijo neprecenljivo podporo pri izobraževanju zaposlenih.

Sprejem internih navodil za varstvo osebnih podatkov je bil v našem zasebnem medicinskem centru ključen korak k doseganju statusa varne ustanove. Z učinkovitim upravljanjem informacij in osebnih podatkov smo se zavezali k zagotavljanju varnega okolja tako za naše paciente kot za zaposlene, s čimer potrjujemo svojo zavezanost k odličnosti v zdravstveni oskrbi in varstvu zasebnosti.

### LITERATURA IN VIRI:

1. E-Uprava, osebni podatki, dostopno na: <https://e-uprava.gov.si/si/podrocja/osebni-dokumenti-potrdilaselitev/potrdila-izpiski/izvrsevanje-pravic-posameznika-glede-lastnih-osebni-podatki-in-kdaj-se-lahko-obdelujejo.html>
2. Evropska direktiva o varstvu osebnih podatkov (GDPR), 2018, dostopno na: <https://gdpr-info.eu/art-1-gdpr/>



3. Informacijski pooblaščenec Republike Slovenije – reforma evropskega zakonodajnega okvira za varstvo osebnih podatkov, dostopno na: <https://www.ip-rs.si/zakonodaja/reforma-evropskega-zakonodajnega-okvira-za-varstvo-osebni-podatkov/najpogostejša-vprasanja-in-odgovori>
4. Smernice 3/2019 o obdelavi osebnih podatkov z video napravami, različica 2.0, 2020. dostopno na: [https://edpb.europa.eu/sites/default/files/files/file1/edpb\\_guidelines\\_201903\\_video\\_devices\\_sl\\_0.pdf](https://edpb.europa.eu/sites/default/files/files/file1/edpb_guidelines_201903_video_devices_sl_0.pdf)
5. Zakon o varstvu osebnih podatkov 2 (ZVOP 2), 2023, dostopno na: <https://www.ip-rs.si/zakonodaja/zakon-o-varstvu-osebni-podatkov/zvop-2>

**Priloga: Uvodna ocena stanja in potrebnih ukrepov v konkretnem zasebnem medicinskem centru (skrajšana verzija)**

	Vsebina	Opis in opombe	Rok izvedbe
1.	POOBLAŠČENA OSEBA ZA VARSTVO PODATKOV (ang. DPO)		
	- Imenovanje pooblaščenca osebe za varstvo podatkov.	Ne bodo imeli DPO.	/
	- Imenovanje projektne skupine pri naročniku in kontaktne osebe (obveza stranke).	Ni potrebno imenovati. Sestajali se bodo v tem obsegu. Glavna kontaktna oseba za področje varstva osebnih podatkov pri naročniku je Petra Meglič, direktorica.	Urejeno
2.	NAČIN DELA IN VSEBINA		
	- Način dela, splošna informacija, DPO Osebnih in posebne vrste osebnih podatkov Ali pri naročniku deluje sindikat? - Kaj je obdelava osebnih podatkov Pravne podlage za obdelavo	- Pri naročniku ne deluje interni sindikat, gre za mikro organizacijo, po kriterijih ZGD-1. - Navodila za šifriranje diska računalnikov so bila podana na sestanku. - Uporabljajo program za medicinsko dejavnost Hipokrat. Dokumentacije elektronsko ne shranjujejo, hranijo jo samo fizično. Razmišljajo o uvedbi elektronskega shranjevanja. Ko bodo sprejeli to odločitev se svetuje lokalno shranjevanje, t.i. NAS sistem.	
	Odprtje dostopa do vsebin izvajalca na naslovu Vzpostavitev komunikacije – vprašanj in odgovorov med naročnikom in DPO.	Skladno z dogovorom na sestanku je xx za naročnika omogočil dostop so portala	Urejeno
3.	Prenos podatkov izven Evropske unije Npr. Gmail, Google suite, Dropbox, Facebook ...	- Uporaba Facebooka in Instagrama za namene promocije je dopustna. - Naročnik je zaposlenim dodelil službene elektronske naslove. Uporabljajo jih vsi zaposleni. - Medicinske sestre uporabljajo isti elektronski naslov (>info@...), ki ne vsebuje njihovega imena in priimka. Zaradi narave dela je to razumljivo, v vsakem primeru pa mora naročnik poskrbeti za čim večjo sledljivost uporabnika maila v vsakem trenutku, zato	

		se svetuje podpis osebe, ki dejansko mail odpošlje. Najbolj prav pa bi bilo, da bi imel vsak zaposlen ali pogodbeno angažiran delavec v organizaciji lasten elektronski naslov z imenom in priimkom oziroma enolično identifikacijo znotraj organizacije.	
4.	Ocena učinkov (DPIA) - Navodilo in splošne informacije - Seznam aktivnosti, ki verjetno zahtevajo izvedbo ocene učinkov	Naročnik je bil s strani xx seznanjen z dejstvom, kdaj je izdelava DPIA obvezna.	Urejeno
5.	Kršitev varstva osebnih podatkov in inšpekcijski nadzor		
	Vsebina, navodila in splošne informacije ob kršitvah (protokol in navodila)	Navodila se nahajajo na portalu xx. Naročniku se svetuje, da si navodila natisne, ter jih skrbno hrani skupaj s preostalo dokumentacijo.	V teku
	Vzorec samoprijave (Vzorec IP-RS)	Seznaništev s postopkom in vzorcem, ki je dostopen na portalu xx	Urejeno
	Ravnanje v primeru inšpekcijskega nadzora (Vprašalnik IP-RS)	Seznaništev s postopkom in vzorcem, ki je dostopen na portalu xx	Urejeno
	Ravnanje v primeru inšpekcijskega nadzora (Vprašalnik IP-RS)	Seznaništev s postopkom in vzorcem, ki je dostopen na portalu xx	Urejeno
	Naročnik je v preteklih 5 letih imel pregled IP-RS	NE	Urejeno
6.	Izobraževanje za zaposlene - 2023	Po uskladitvi dokumentacije bo naročniku poslan mail s povezavo do izobraževanja, ki naj ga pogledajo vsi zaposleni in pogodbeni sodelavci naročnika.	Urejeno
7.	Politika varstva osebnih podatkov (Izjava o zasebnosti) in pravice posameznikov	Stranki se posreduje vzorec Politike zasebnosti. Prav tako je stranka seznanjena z obveznostjo objave Politike zasebnosti na vidnem mestu na spletni strani.	V teku
	Naročnik je seznanjen s pravicami posameznikov po GDPR.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zahteva lahko informacije o tem, ali ima upravljavec osebne podatke o njem in, če je tako, katere podatke ima ter na kakšni podlagi jih ima in zakaj jih uporablja.</li> <li>- Zahteva lahko dostop do svojih osebnih podatkov, kar mu omogoča, da prejme kopijo osebnih podatkov, ki jih ima upravljavec o njem ter tako preveri, ali jih upravljavec obdeluje zakonito (pravica do dostopa).</li> <li>- Zahteva lahko popravke osebnih podatkov, kot je popravek nepopolnih ali netočnih osebnih podatkov (pravica do popravka).</li> <li>- Zahteva lahko izbris njegovih osebnih podatkov, kadar ni razloga za nadaljnjo obdelavo oziroma kadar posameznik uveljavlja svojo pravico do ugovora glede nadaljnje obdelave (pravica do izbrisa).</li> </ul>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lahko poda ugovor za nadaljnjo obdelavo njegovih osebnih podatkov (pravica do ugovora).</li> <li>- Zahteva lahko omejitev obdelave njegovih osebnih podatkov, kar pomeni prekinitve obdelave osebnih podatkov o posamezniku (pravica do omejitve obdelave).</li> <li>- Zahteva lahko prenos njegovih osebnih podatkov v strukturirani elektronski obliki k drugemu upravljavcu, v kolikor je to mogoče in izvedljivo (pravica do prenosljivosti). Vsak posameznik ima tudi pravico, da prekliče dano privolitev oziroma soglasje, ki ga je podal za zbiranje, obdelavo in prenos njegovih osebnih podatkov za določen namen.</li> <li>- Upravljavci osebnih podatkov, so posameznike dolžni obvestiti na obstoj pravice, da lahko od upravljavca osebnih podatkov zahtevajo uveljavitev zgoraj navedenih pravic, vključno z načinom za njihovo uveljavitev.</li> </ul>	
	Naročnik je objavil Politiko o varstvu osebnih podatkov/Izjavo o zasebnosti na spletni strani.	Naročnik bo takoj po sprejemu osnutka politiko objavil na spletni strani. Naročniku je pojasnjeno, da mora v politiki navesti tiste piškotke, ki jih uporablja spletna stran, na kateri je politika naložena.	V teku
8.	Kadrovsko področje		
	Obvestilo zaposlenim po 13. členu GDPR (vzorec DATAINFO.SI)	Obvestilo bo naročnik sprejel in posredoval oz. omogočil seznanitev z njegovo vsebino vsem zaposlenim.	V teku
	Soglasje za kadrovske kartone ob zaposlitvi	Predano s strani xx za bodoče zaposlitve. Osutek se nahaja na portalu xx, prav tako pa se naročniku posreduje preko e-pošte.	V teku
	Stranka je uničila kopije osebnih izkaznic zaposlenih v kadrovske mapah.	Naročniku je pojasnjeno, da je kopiranja in hramba kopij osebnih izkaznic (v večini primerov) nedovoljena.	Urejeno
	Soglasje za uporabo zasebne telefonske številke, zasebnega e-maila in fotografije	Naročniku je pojasnjeno, da mora navedeno soglasje <u>posredovati v podpis vsem zaposlenim</u> .	V teku
	Vzorec izjave zaposlenega o seznanitvi s pravili, akti varstva osebnih podatkov	Naročniku je pojasnjeno, da morajo izjavo podpisati vse osebe, ki sodelujejo z njimi (tako zaposleni kot tudi študenti in osebe, ki delo opravljajo na podlagi druge pogodbe (npr. podjemne)).	V teku
	Zapisnik o primopredaji in ukinitvi dostopov.	Osutek zapisnika se nahaja na portalu xx in se uporabi za zaposlene, ki jim bo v bodoče prenehalo delovno razmerje.	V teku
9.	Pregled obstoječih soglasij/obrazcev (na spletni strani in/ali v papirni obliki)	Naročniku bodo posredovani novi, usklajeni z ZVOP-2.	

10.	Ali uporabljate videonadzor / snemanje telefonskih pogovorov/ slednje vozilom (GPS)?	Naročnik uporablja videonadzor. Več v nadaljevanju.	
	Snemanje telefonskih pogovorov	NE	Urejeno
	Slednje vozilom – GPS	NE	Urejeno
	Obdelava biometričnih podatkov (prstni odtisi ipd.) je ustrezno urejena	NE	Urejeno
11.	Pravilnik o varstvu osebnih podatkov		
	Obstoječi pravilnik stranke Vzorec pravilnika (vzorec DATAINFO.SI)	Naročniku se posreduje vzorec <u>pravilnika o varstvu osebnih podatkov, izdelan za zasebni zdravstveni sektor.</u>	V teku
12.	Pogodbeni obdelovalci osebnih podatkov		
	Priprava seznama (identifikacija in vpis pogodbenih obdelovalcev)	Naročnik je seznanjen z obveznostjo identificiranja vseh pogodbenih obdelovalcev, ter navedbo le-teh v portalu xx.	V teku
	Vzorčna pogodba / klavzula za pogodbeno obdelavo	Naročniku je pojasnjeno, da mora z vsemi identificiranimi pogodbenimi obdelovalci skleniti ustrezne pogodbe o obdelavi osebnih podatkov oz. ustrezno urediti medsebojne obveznosti v skladu z določili člena 28 Splošne uredbe (GDPR). Naročniku se svetuje, da preišče vse sklenjene pogodbe o obdelavi osebnih podatkov, ki jih je v preteklosti že podpisal s pogodbenimi obdelovalci, ter vse pogodbe varno shrani na istem mestu zaradi zagotavljanja transparentnosti.	V teku
13.	Evidenca dejavnosti obdelav (EDO) - Navodilo in splošne informacije	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dejavnosti obdelave so vse obdelave osebnih podatkov, ki jih izvajate v organizaciji, kot npr. posredovanje podatkov za določen namen, hramba, izbris, itd.</li> <li>- Evidenca dejavnosti je treba voditi v pisni obliki tako, da jih je mogoče na zahtevo Informacijskega pooblaščenca predložiti v pregled.</li> <li>- Majhna in srednje velika podjetja (do 250 zaposlenih) imajo obveznosti dokumentiranja procesov le za določene vrste dejavnosti obdelav, zlasti kjer gre za bolj tvegane obdelave (npr. zdravstvenih podatkov ali podatkov iz kazenskih evidenc).</li> </ul>	V teku
	Izdelava EDO	Končno različico EDO bo izdelal naročnik ob sodelovanju in pomoči xx	V teku

# Izboljšanje odnosov v zdravstvenem timu

Avtor: doc. dr. Robert Šifrer, dr. med., mentor: izr. Prof. dr. Judita Peterlin

## Povzetek:

*Pri višanju učinkovitosti zdravstvene organizacije igrajo medsebojni odnosi med zaposlenimi pomembno vlogo. Odgovornost vodje je prepoznavanje slabšanja odnosov, odpravljanje vzrokov zanje ter vzpostavitev dobrih odnosov, njihovo vzdrževanje ter stremljenje k izboljšavam. Zato mora imeti vodja na področju čustvene inteligence primerna znanja, jih sproti pridobivati in se izpopolnjevati. Prvine čustvene inteligence so samozavedanje, samoupravljanje, socialno zavedanje in upravljanje z odnosi. Pri zaposlenih mora vodja znati vzpodbuditi pozitivna čustva. Čim bolj mora slediti stilom vodenja, ki povečujejo resonanco. To so vizionarski, trenerski, pripadniški in demokratični stil vodenja. Izogibati se mora disonančnim modelom, kot sta vodenje z določanjem tempa in avtoritativni stil, oziroma ju previdno uporabiti v točno določenih okoliščinah po skrbnem premisleku. Za izboljševanje odnosov je treba upoštevati koncept avtentičnega vodenja, ki je usklajen z resonančnimi stili. Istočasno s skrbjo za svoje ljudi skrbi za dobro klimo v organizaciji, ki bo bolj učinkovito skrbela za bolnike. Pri reševanju konfliktov mora biti pravičen in držati dano besedo. Med komuniciranjem z zaposlenimi mora biti konsistenten in asertiven. Z mediacijo poskrbi, da sprti strani slišita nasprotni stališči in nepristransko zagotovi njun enakovreden položaj. Skrbi za pogoste pohvale podrejenih, ki jih izreče čim prej po dogodku in jih deli pred vsemi v kolektivu. Kritizira vedno z mislijo, da skuša kritiziranemu sodelavcu pomagati. Kritiko poda na samem in samo za dejanje, ki zahteva kritiko. Nikoli ne kritizira osebe kot take. Ob tem poda konstruktiven predlog za izboljšanje.*

## 1 Uvod

Glavne potrebe človeka za preživetje so zrak, voda, hrana, oblačila, streha nad glavo in nenazadnje, zdravje. Brez slednjega bi prej ali slej prišlo do prenehanja življenja in s tem do nepotrebnosti ostalih naštetih potreb. Nedvomno torej drži, da potreba po zdravju predstavlja eno temeljnih življenjskih potreb. Zdravje v današnjem času zagotavljamo z zdravstvom ali zdravstvenim varstvom, ki pomeni nabor dejavnosti, ki omogočajo napovedovanje, preprečevanje, ugotavljanje in zdravljenje bolezni, poškodb in drugih okvar človeka. Vse to zagotavljamo z zdravstvenimi dobrinami (1).

Podobno kot za ostale gospodarske panoge velja, da sta človek in narava v odnosu, v katerem človek iz narave pridobiva različne dobrine, s katerimi skuša čim bolj zadovoljevati svoje potrebe. Žal napredek znanosti in razvoja ter naše poznavanje narave še niso prišli tako daleč, da bi bilo moč iz narave pridobiti tako količino dobrin, da bi lahko v celoti zadovoljili potrebe vseh ljudi na svetu. V našem življenju torej obstaja redkost dobrin. Z drugimi besedami, ne more vsak dobiti vsega, kar želi ali potrebuje. Tu v igro vstopi ekonomija s pojmom učinkovitosti, ki opredeljuje, koliko dobrin lahko posameznik pridobi. Učinkovitost predstavlja osnovno načelo gospodarjenja, katerega cilj je čim bolj zmanjševati redkost dobrin za

človeka, torej čim bolj povečati njihovo dostopnost (2).

Za zdravstvo veljajo štiri temeljna načela. Med njimi obstaja konflikt. Na eni strani se trudimo za učinkovitost, ki, kot v ostalih gospodarskih panogah, stremi k čim bolj optimalni porabi virov za pridobivanje dobrin in s tem zadovoljevanje potreb. Na drugi stojijo kakovost, dostopnost in solidarnost, katerih tendenca gre bolj v smer zadovoljevanja potreb in s tem za »zanemarjanje« učinkovitosti. Zadnje tri, predvsem slednja, delujejo torej v smeri, da se načelo učinkovitosti ne uresničuje v popolnem obsegu. Konkretno, določene skupine ljudi različno prispevajo k pokrivanju stroškov zdravstva, torej nesorazmerno glede na stroške, ki so jih povzročili. Posledica je, da vsak posameznik dobi tak obseg zdravstvenih dobrin, kot jih potrebuje in ne kot jih plača (2). Vsekakor je to prav, etično sprejemljivo in v Sloveniji zakonsko urejeno. Kakor koli že, iz navedenega je razvidna slabost, da je učinkovitost zdravstva že v startu manjša. Trudimo se, da bi imela ta slabost čim manjši vpliv, skratka, da bi bilo zmanjšanje učinkovitosti (iz katerih koli razlogov) čim manjše.

Zdravstveno varstvo nudijo zdravstveni delavci, ki so zaposleni v različnih zdravstvenih ustanovah, kot so univerzitetne klinike, splošne bolnišnice, porodnišnice, zdravstveni domovi. Zdravstvene delavce predstavljajo zdravniki različnih specialnosti, izkušenj,



znanja, stopnje izobrazbe in starosti, ter medicinske sestre, za katere velja podobno. Sodeluje podporni kader, ki ga predstavljajo bolničarji, administratorji, ekonomisti, pravniki, specialisti tehničnih ved, informacijske tehnologije, radiološki inženirji in drugi (3). Kot med vsemi skupinami ljudi, se tudi v skupini zdravstvenih delavcev (npr. na delovnem mestu) razvijajo konflikti. Ti, glede na resnost in obseg različno, v vsakem primeru pa negativno vplivajo na odnose med delavci, med katerimi pride do izgube zaupanja. Ti se zato v cilju samoohranitve na dnevni bazi zatekajo k lažem, skrivanju, pretvarjanju in nepriznavanju potreb po pomoči, ko bi je bili najbolj potrebni (4). Posledično zaposleni vsakodnevno čutijo cmok v grlu, nezadovoljstvo na delovnem mestu, negotovost, strah, sledijo absentizem in odhodi z delovnega mesta. Negativna čustva in občutja se na delovnem mestu lahko hitro razširijo. Vse to vodi v nižjo produktivnost posameznika, tima, oddelka ali celotne ustanove, kar lahko zelo neugodno vpliva različno daleč v prihodnost. Povedano drugače, pozitiven vpliv učinkovitosti se glede na njeno prvotno znižanje, ki izvira iz konflikta s kakovostjo, dostopnostjo in predvsem solidarnostjo, še dodatno zniža. Zdravstvenih dobrin je manj, kvaliteta zdravja je slabša in zadovoljevanje osnovnih življenjskih potreb bolnika pade. Če je konfliktov na delovnih mestih zdravstvenih delavcev veliko, to negativno vpliva na celotno zdravstvo v državi. Ker je bolnik zdravnikova glavna skrb in prioriteta, se moramo na vse pretege boriti za izboljšanje odnosov v zdravstvenemu timu. To ni lahka naloga.

### 2 Vzroki za slabe odnose v zdravstvu

Za popravo česar koli, npr. za zdravljenje angine, izboljšanje finančne situacije posameznika ali za izboljševanje odnosov v zdravstvenih timih velja, da je treba začeti pri vzrokih. Torej, jih poiskati, korigirati in odpraviti. Nekateri vzroki so očitni, drugi prikriti, zato naloga ni vedno enoznačna. Za zdravljenje angine predpišemo antibiotik penicilin. Za izboljšanje finančne situacije natančno preverimo prihodke in odhodke in skušamo prve zvišati in druge čim bolj znižati, kar zahteva bolj kompleksen angažma in je tudi časovno bolj zahtevno v primerjavi z angino in penicilinom.

Odnosi med zaposlenimi v zdravstvu so posebna zgodba. Vzroki so številni, tako eksplicitni kot implicitni. Do poslabšanja odnosov lahko pride instantno ali pa se kvarijo desetletja. V obeh primerih konflikti niso bili ustrezno obravnavani in vzroki niso bili odpravljani. Slovensko zdravstvo pretresajo številne

zgodbe, iz katerih so razvidni slabi odnosi med zaposlenimi. Slabi odnosi v zdravstvu niso nič novega. O tem se v zadnjih letih v medijih sliši veliko. Odmevni primeri se največkrat nanašajo na večje kolektive, torej na terciarne centre v Sloveniji, kot so UKC Ljubljana, UKC Maribor in Onkološki Inštitut Ljubljana (5). V podrobnosti se v prispevku ne spuščamo. Kakor koli, vzroki so zelo raznoliki, v nadaljevanju jih poskušamo osvetliti. Na nekatere lahko vplivamo na enih, na druge pa na drugih nivojih.

### 2.1 Narava zdravniškega poklica

Da oseba pridobi poklic zdravnika, je potrebno ogromno vloženega dela, truda, časa in odpovedovanja. Poklicna pot zdravnika je daljša od drugih poklicev. Študij medicine traja šest let, pripravništvo pol leta in specializacija štiri do šest let (6). (Navedena obdobja se iz razumljivih razlogov lahko podaljšajo.) Proces študija vključuje obilico preverjanja znanja. Po pridobitvi naziva specialist se zdravnik dodatno izobražuje, kar pomeni prebiranje literature, člankov, udeleževanje izpopolnjevanj, kar lahko pomeni tudi potovanja v tujino za nekaj dni. Nekateri zdravniki iz terciarnih ustanov so znanstveno raziskovalno in pedagoško aktivni ter pridobivajo akademske nazive, kar se od zdravnikov v terciarnih ustanovah pričakuje (7). V ambulantah zdravniki delajo samostojno, zato se samostojno odločajo o diagnostiki in zdravljenju. Le če gre za resno bolezen, npr. raka, do odločitve o vrsti in načinu zdravljenja pride po multidisciplinarni debati, čemur so namenjeni konziliji. Ko je odločitev za zdravljenje sprejeta, zdravljenje spet prevzame en zdravnik. Delo jih torej usmerja k individualnemu načinu razmišljanja in vodenja bolnikov. Zdravnik je torej visoko specializirana in zelo usposobljena oseba, z visoko izobrazbo, ogromno znanja, z malo prostega časa in hudimi obremenitvami, ki je povrh vsega še individualno naravnana. Zdravniki se tega zavedajo.

Za vodenje tovrstnega kadra je potrebna velika mera občutka za človeka, razumevanja, človeškosti, diplomacije in vodstvenih sposobnosti. Tako izobraženim in usposobljenim ljudem, ki so povrh še individualno usmerjeni, ne moreš ukazovati. Potrebni so potrpežljivost, razumevanje, predvsem pa spoštovanje. Tudi tega se zdravniki zavedajo.

Iz navedenega sledi, da vodenje zdravnikov ni enostavno. Vsak najmanjši zdrs lahko vodi v zamero in konflikt. Dolga in trnova študijska pot je zdravnika pripeljala do visoke izobrazbe in specializacije, istočasno pa je osebnostno nanj vplivala tako, da od zdravnika lahko pričakujemo veliko pritoževanja, hkrati pa bomo zaman čakali, da bo ponudil roko prvi.

V tem oziru ima vodja zdravniškega tima ali organizacije težko nalogo. Problem je, da se zdravniki zavedajo tudi tega.

### 2.2 Narava zdravniškega dela

Veliko poklicev vključuje delo z ljudmi – npr. učitelj, profesor, duhovnik, prodajalec, odvetnik, natak. Razlika od zdravniškega dela je v tem, da zdravnik dela z bolnimi in fragilnimi ljudmi, ki so zaradi boleznih ali poškodb prizadeti, oslabei, nebogljeni, negotovi, zaskrbljeni, prestrašeni (3). Poleg bolnikov so prisotni še njihovi svojci, ki so v čustveno podobnem stanju. Delo z ljudmi samo po sebi zahteva prijaznost in empatijo, delo z bolniki pa še toliko bolj. Čeprav se empatije in drugih vodstvenih kompetenc da naučiti, se tega na Medicinski fakulteti nismo učili.

Dela v zdravstvu je veliko, ne samo v rednem delovnem času od 7.00 do 15.00, ko so na delovnem mestu prisotni vsi zdravniki določene ustanove in delo poteka po več ali manj ustaljenih tirnicah. Povsem drugačno, bolj naporno delo se začne ob 15.00 in zaključuje ob 7.00 uri naslednjega jutra, ko je v dežurstvu prisotnih bistveno manj zdravnikov, na nekaterih delovnih mestih celo en sam. Ne glede na to so pričakovanja bolnikov od zdravnikov visoka, saj gre za zdravje, zdravje pa vsi jemljemo kot dobrino, ki nam pripada sama po sebi, še več, zdravje jemljemo zelo osebno. Morda je to vzrok, da hvaležnost bolnikov in vodstvenega kadra do zdravnika ni samoumevna.

Vodstvo z namenom racionalnejše organizacije dela, večje produktivnosti in manjših stroškov na že tako preobremenjenega zdravnika izvaja še dodatni pritisk (8). Zdravnik se zato znajde v konfliktu. Želi biti dostopen, delati želi kakovostno in solidarno v skladu s kliničnimi zahtevami v smeri čim večje koristi za bolnika, upoštevati pa mora učinkovitost, pri čemer ga močno ovirajo finančne omejitve. Neskladje med intenzifikacijo dela in zahtevami po čim manjši porabi omejenih resursov neizogibno vodijo v slabšanje mentalnega zdravja zdravnikov. Raziskave so pokazale, da 88 % družinskih zdravnikov prepoznava svoje delo kot stresno, pri 21 % pa je to že povzročilo poslabšanje mentalnega zdravja, pri čemer je večina med njimi posegla po antidepressivih in anksiolitikih (9). Že sama narava zdravniškega poklica in dela vodita v dejstvo, da so zdravniki nagnjeni k izgorevanju in depresiji. Deset odstotkov zdravnikov je poročalo, da so zaradi stresa na delovnem mestu pomislili na samomor, kar je zelo zaskrbljujoče. Še posebej je to veljalo za specializante in ženske zdravnice (10).

Zdravstvo je torej okolje visokih pričakovanj, zato imajo storjene napake, do katerih vedno pride, posebno težo. V odvisnosti od vrste in velikosti napake oziroma nezadovoljitve bolnikovih potreb je lahko prizadetost bolnika huda, negativen vpliv na življenje posameznika in njegovo družino je lahko znaten. Zaradi ene napake je prizadetih veliko ljudi, zato se bolniki, svojci, mediji in družba čustveno ognjevito, burno, silovito in brez milosti odzovejo. Enako velja za kolege zdravnike. Ti so do svojih kolegov, ki naredijo kaj narobe, neusmiljeni. Z navedenim skušamo pojasniti, da je zdravniški poklic naporen. Ne samo v študijskem, časovnem in strokovnem okviru, ampak tudi v čustvenem. Zdravnik je človek in vsak človek ima svoja čustva. Bolezni in težave bolnikov se za zdravnika ob 15.00 uri, ko zdravnik zaključuje z delom in odide domov, ne končajo vedno. Velikokrat jih zdravnik odnese s sabo. Bolj kot je delovno mesto čustveno zahtevno, večja je potreba po podpori vodstva. In zdravniški poklic je čustveno izredno zahteven (11).

Navedene okoliščine nedvomno vodijo k težavam pri komuniciranju, konfliktom in slabim odnosom (8).

### 2.3 Pomanjkanje kadra v zdravstvu, slaba plačila, ne nadomeščanje odsotnosti

Da slovenski zdravstveni sistem v zadnjih letih pesti pomanjkanje kadra, predvsem srednjih medicinskih sester, ni treba posebej poudarjati. Mediji o tem praktično vsakodnevno poročajo. Vzroki za odhod medicinskih sester iz zdravstva so odgovorno delo z bolniki, težki delovni pogoji, neugodni urniki dela in nizka nagrada za opravljeno delo (5). Na drugi strani je delo izven zdravstva (npr. v trgovinah) enako, če ne celo bolje plačano, zahtevnost, odgovornost in stres pa so bistveno nižji (12). Ko zapusti delovno mesto ena medicinska sestra, se to na velikem oddelku ne pozna dosti. Če pa jih v kratkem obdobju zapusti več, pride do signifikantno povečane obremenjenosti preostalih. Prihaja do preutrujenosti, izgorelosti, absentizma in odpovedi delovnih razmerij. V takih primerih, ko sistem deluje brez rezerve, odhod dodatne sestree lahko vodi v kolaps in zapiranje bolnišničnih oddelkov.

Razumljivo je, da se ob pomanjkanju kadra na bolnišničnem oddelku obremenjenost preostalega osebja poveča. Manjkajoče je težko nadomestiti, saj vsak novinec, ki se zanima za tako delovno mesto, zaradi preobilice dela hitro obupa ali pa se že na začetku ne odloči za tako delo. Taki oddelki namreč niso želena mesta za zaposlitev. In takih oddelkov ni malo.

V iskanju sestrške pomoči na sosednjih oddelkih, ki ravno tako delujejo s skrajnimi močmi in pomoči drugim oddelkom težko ali ne morejo ponuditi, prihaja do poslabšanja odnosov med že tako preobremenjenim kadrom (13). Če iščoč ustrezne, želene in potrebne pomoči od preobremenjenega kolega ne dobi, to vzame osebno. Ob obratni situaciji se zgodi enako, zamera je tu, konflikt pa neizogiben.

### 2.4 Podcenjujoč, nekorekten in nespoštljiv odnos posameznikov

V odnose med zdravstvenimi delavci je vtkana močna hierarhija, ki se velikokrat manifestira v pomanjkanju vzajemnega spoštovanja, kar vodi v pritožbe in konflikte (8). Večinoma se zdravniki pritožujejo čez svoje nadrejene, manj se nadrejeni pritožujejo čez podrejene. Na oddelkih obstajajo posamezni zdravniki, ki imajo zaradi svojih medicinskih kompetenc podcenjujoč odnos do drugih, ki teh kompetenc nimajo. Podobno velja za na oddelkih dlje zaposlene zdravnike, ki se v tem oziru čutijo pomembnejše in vzvišene do tistih s krajšo delovno dobo. Če je na oddelkih vzpostavljena kultura, ki tako vedenje dopušča, imamo začarani krog. Agresivni so še bolj agresivni, prizadeti pa še bolj tlačeni in padejo v apatijo.

Prizadeti o nekorektnih odnosih kolegov do njih samih po navadi dolgo časa molčijo. Gre za kulturo molka. Spregovorijo šele, ko so rane globoke in je lahko za uspešno reševanje konflikta (skoraj) prepozno. Če je konflikt dolgotrajen in ni ustrežno razrešen, lahko pride do mobinga, ki zahteva posebne strategije ukrepanja.

### 2.5 Neprimerno razlikovanje med zaposlenimi

Ljudje smo občutljivi in pozorni na svoje pravice. Zaposleni so še posebej občutljivi, če voditelj nekatere posameznike obravnava drugače kot preostale. Torej, da nekemu podeli več pravic in privilegijev kot drugim. Enako velja za sistem nagrajevanja in ocenjevanja po merilih za delovno uspešnost. V primerih neupravičenega in nepravilnega privilegiranja posameznikov, neusklajenega nagrajevanja in ocenjevanja delovne uspešnosti lahko kmalu pride do poslabšanja odnosov. Enako velja, če dolgoročni in kratkoročni dosežki zaposlenih nimajo teže, ki jim pripada (3).

### 2.6 Neučinkovito vodenje

Za kulturo in medosebne odnose na delovnem mestu je odgovorno vodstvo. Če dopušča in ne sankcionira nepravilnosti, pride do poslabšanja kulture na delovnem mestu. Z neaktivnostjo vodstva in »mižanjem na

eno oko« vodstvo nekorektno vedenje nehote podpira. V tem oziru lahko vodstvo štejemo vsaj za soodgovorno za slabe odnose na oddelkih. Četudi jih direktno ne povzroči, jih s pasivnim opazovanjem ali neučinkovitim odpravljanjem celo spodbuja. Ker vodja s svojim zgledom deluje na zaposlene, ima neadekvatno vodenje lahko strahovite posledice za odnose na delovnem mestu. Zato je pomembno, da se vodja zaveda svojih nalog in odgovornosti. Vodja je ključna oseba vsakega delovnega kolektiva. Vodja je tisti, pri katerem se lahko začne preobrat odnosov. In to v obe smeri. Tako pri reševanju kriznih situacij, vzpostavljanju in vzdrževanju dobrih odnosov kot pri izboljševanju ter odpravljanju slabih je vloga vodje neprecenljiva.

Vidimo lahko, da nas vsi do zdaj naštetih in opisani vzroki za slabe odnose prej ali slej pripeljejo do vodstva. To pa ne pomeni, da so vodje vedno odgovorni za nastale slabe odnose, saj če se zaposleni hoče prepirati in širiti slabo voljo (v vsakem kolektivu se najdejo takšni delavci), bo našel tisoč in en vzrok ali povod za provokacijo in prepir. Vodja lahko to z aktivnim in odločnim poseganjem prepreči in predvsem popravi. Vodja je tisti, ki ima pooblastila, orodja in manevrski prostor za izboljšanje odnosov na delovnem mestu. Da pa je pri tem učinkovit, mora posedovati določene lastnosti. Zato je prav, da jih v okviru svojega dela pridobiva, izboljšuje in nadgrajuje.

Kljub temu je treba na tej točki poudariti, da v zdravstvenih sistemih obstajajo različni nivoji vodenja in posledično različne možnosti ukrepanja. Vodje oddelkov, predstojniki klinik, direktorji bolnišnic ali kliničnih centrov in minister za zdravje imajo različna pooblastila in različne obsega delovanja. Predstojnik klinike lahko in mora poskrbeti za odnose in klimo na kliniki, ki jo vodi, ne more pa npr. vplivati na plačilni sistem in globalno pomanjkanje kadra v državi, kar je v pristojnosti vodij višjega ranga.

## 3 Pomen vodje s stališča odnosov na delovnem mestu

Vsakdo se je že srečal z osebo, lahko kjer koli, ampak recimo, da na delovnem mestu, ob kateri se je počutil lagodno, varno in cenjeno. Ob taki osebi se v nas samih nekaj premakne. Premakne nas kar celega. Takemu sodelavcu brez pomisleka slepo zaupamo naše skrbi, težave in slabosti. V nas prebudi strast in nas navdihuje, da se trudimo postati boljši. Zanj se potrudimo bolj kot za druge. Pripravljeni smo se tudi žrtvovati zanj. Ko smo v dvomih ali se počutimo ogrožene, se obrnemo nanj za jasne odgovore ali se zatečemo k njemu po podporo, tolažbo in v varno zavetje.

Lahko rečemo, da tak človek poseduje lastnosti dobrega vodje.

Ko se vprašamo, v čem je skrivnost tako blagodejnega in spodbudnega vpliva na nas in druge sodelavce, pomislimo najprej na vizijo in poslanstvo ustanove, ki jo vodi. In na strategijo, s katero udejanja svoje ognjevitve ideje. Nič od naštetega ni pravi odgovor. Ta se skriva v pozitivnih čustvih, ki jih vodja vzbudi v nas in jih usmerja v pravo smer. Svoje ideje, strategije, poslanstva, vizije in cilje poveže s pozitivnimi čustvi, ki jih prebudi v posamezniku. Enako velja za skupino, v kateri delamo. V vsaki skupini je vodja tisti, ki poseduje moč, da usmerja čustva zaposlenih. Če navdušuje in spodbuja, bo iz vsakega zaposlenega potegnil največ in učinkovitost ustanove bo skokovito narastla. Ko vodja vzbuja v zaposlenih pozitivna čustva, govorimo o resonančnem vodenju (11).

Vodja po drugi strani lahko čustva usmerja v negativno smer in, hoté ali nehoté, med zaposlenimi povzroča anksioznost, zaskrbljenost, strah ali jezo. V tem primeru gre za disonančno vodenje, ki spodkopava počutje posameznika na delovnem mestu, poslabšuje atmosfero in odnose ter dolgoročno prispeva k zmanjšanju delovne učinkovitosti ustanove. Tendence dobrega vodje so vsekakor resonančno vodenje, vendar pa je treba poudariti, da ima tudi disonančno vodenje prednosti, ampak samo v določenih okoliščinah, o čemer kasneje (11).

### 3.1 Lastnosti dobrega vodje

Vodja predstavlja dober vzgled in deluje v skladu z idejami ter načeli organizacije. Imeti mora sanje in vizijo, kako vidi prihodnost, da lahko navdihuje druge, da postanejo navdušeni za skupni cilj. Stalno išče priložnosti za inovacije, rast in izboljšave, tako da zna poslušati in slišati sodelavce. Zaupanje in sodelovanje pripomore k uspehu organizacije, zato morajo voditelji omogočiti tudi drugim, da delujejo in se izkažejo, pri tem pa jih vzpodbujajo. Naloga vodij je, da izkažejo spoštovanje do zaposlenih, prepoznajo in pohvalijo njihovo prizadevanje. Vodji ni potrebno obvladati vseh znanj, ki so potrebna za doseganje ciljev tima. Znati pa mora izbrati posameznike v tim tako, da bo tim kot celota uspešno opravljal naloge, ki si jih bo zastavil. Dober vodja ima karizmo, osebno integriteto, zna navduševati in ljudi vodi z lastnim zgledom. Znati mora motivirati člane tima, jih spodbujati k ustvarjalnemu razmišljanju, usmerjati komunikacijo in sodelovanje med njimi. Imeti mora vizijo, znati oblikovati skupne vrednote in cilje. Z vsakim posameznikom mora vzpostaviti ustrezen odnos in za nalogo, ki jo opravlja, izbrati primeren stil vodenja.

Vsak posameznik se mora počutiti sprejetega in koristnega (3).

Čustva, ki jih zaposleni občutijo med delom, se direktno odražajo v kvaliteti življenja v delovnem obdobju (14). Delež časa dela, ki ga zaposleni preživi s pozitivnimi čustvi, je eden najpomembnejših pokazateljev zadovoljstva pri delu in v tem oziru velja lahko za napovednik (nizke) verjetnosti za odhod z delovnega mesta (15). Torej vodje, ki širijo pozitivna čustva, ugodno vplivajo na delovno učinkovitost organizacije in obratno (11). Delavec, ki je na ta način pozitivno stimuliran, bo pri delu naredil več od pričakovanj. Nekateri so to celo kvantificirali v smislu, da vsak odstotek izboljšanja klime prinese dva odstotka dobička (16). Ne smemo pozabiti, da delovna klima, ki govori o tem, kako se zaposleni pri delu počutijo, ni vse. Poleg nje so za uspešnost organizacije pomembni še dobri delovni pogoji, primerno plačilo za opravljeno delo in resonančni vodja (11). Klima, po izračunih, predstavlja 20-30 odstotkov učinkovitosti organizacije. Če klima izboljšuje delovne rezultate, je naslednje vprašanje, kaj izboljšuje klimo. Kar 53-72 % delavcev meni, da je to odvisno od ene same osebe – od vodje (17). Prišli smo torej do vzročnega sledja: vodja, klima, odnosi, učinkovitost.

V katero smer se bo vodja obrnil, v resonančno ali disonančno, deloma zavisi od trenutne situacije, v kateri se je znašel, še bolj pa od njegovih lastnosti. Govorimo o vodstvenih kompetencah, ki so povezane s čustveno inteligenco, ta pa, kot že ime pove, s čustvi (11).

### 3.2 Kaj so čustva?

Čustva so občutki, ki jih začutimo v telesu in so končen izračun naših misli, dojemanj in prepričanj. Stalno nas obveščajo o poteku našega življenja. Vsako čustvo nam nekaj sporoča. Do težav med odnosi pride, če čustev ne znamo pravilno interpretirati. Večina ljudi se nikoli ne poglubi v razumevanje čustev, saj se ne zaveda pomembnosti razumevanja svojih čustev. Pomembno je, da se jih naučimo prepoznavati, razumevati in izražati na način, da krepimo sebe in svoje odnose z bližnjimi (18).

### 3.3 Vodstvene kompetence in čustvena inteligenca

Za vodjo je pomembno, da obvlada čim več vodstvenih kompetenc s področja čustvene inteligence. Nihče ni brez čustvene inteligence, nihče ne poseduje prav vseh lastnosti. Med nami obstajajo samo razlike v tem, kako dobri smo v posameznih. Nekateri torej bolje obvladujejo ene, drugi pa druge.



### 3.3.1 Samozavedanje

Samozavedanje (angl. self-awareness) pomeni, da globoko v sebi razumemo lastna čustva, da se zavedamo svojih prednosti in slabosti ter dobro poznamo lastne vrednote in motive. Pošteni smo do samega sebe pred nami samimi in pred drugimi. Pripravljeni smo priznati napako. Vemo, kaj hočemo, kam smo namenjeni in zakaj. Ob presenetljivem dogodku si vzamemo čas za razmislek in ne reagiramo impulzivno. Imamo notranji občutek, ki nam brez logične razlage namiguje, ali je nekaj prav ali narobe. Samozavedna oseba ta notranji občutek ali intuicijo jemlje resno in upošteva pri svojih odločitvah. V angleški literaturi se uporabljata izraza »smart guess« in »gut feeling«. Nekateri se pri poslovnih odločanjih močno naslanjajo na t. i. »gut feeling« in ga celo upoštevajo, kot upoštevajo oprijemljive številčne podatke (19) (20).

### 3.3.2 Samoupravljanje

Samoupravljanje (angl. self-management) je naslednik samozavedanja. Samoupravljanje pomeni dobro razumevanje in nadziranje svojih čustev ter učinkovito upravljanje z njimi. Pri tem ne dovolimo, da bi čustva prevzela nadzor nad nami. S pozitivnimi čustvi, kot so sreča, zadovoljstvo, navdušenje, načeloma ni težav. Bolj kot jih širimo med sodelavci, bolje je za klimo. Nikakor pa si ne smemo dovoliti, da bi nas prevzela negativna čustva, kot so anksioznost, frustracije, strah, jeza, panika. S temi in podobnimi čustvi nas možgani opozarjajo na nevarnost, a nas hkrati čezmerno zaposlijo, ker znatno zmanjšujejo našo koncentracijo in nas vodijo stran od reševanja določene naloge oziroma situacije. Samoupravljanje je še najbolj podobno pogovoru s samim sabo. Na primer, v neki situaciji se zavemo, da se sodelavci obrnejo proti nam in se vse odvija v smer, ki za nas ni ugodna. Čutimo se izigrane ali izdane in v sebi začutimo naraščanje jeze. V danem trenutku je neprecenljivo, da tako situacijo in naša čustva ob njej prepoznamo, počakamo nekaj trenutkov in zberemo misli, nato kar se da konstruktivno odreagiramo. Ne pustimo jezi, da nas vrže iz tira, in rečemo ali storimo nekaj, za kar nam bo kasneje žal. Impulzivno reševanje se najverjetneje ne bo končalo dobro (20).

### 3.3.3 Socialno zavedanje

Preden se vodja ne nauči zavedati se svojih čustev (samozavedanje) in konstruktivno upravljati z njimi (samoupravljanje), ne more upravljati s čustvi drugih. Socialno zavedanje pomeni, da prepoznavamo sogo-

vornikova čustva in se zavedamo pomena odziva sogovornika. Prepoznavamo obrazno mimiko, ton govora, govorico telesa in beremo med vrsticami. Skupaj z vsebino odgovora vse to upoštevamo in se zavedamo implicitnih sporočil, ki jih nebesedno daje sogovornik. Na primer: »Ta izjava me je razburila«, »To me ne zanima«, »To me je razveselilo« ... Tako smo stalno na tekočem s sogovornikovimi čustvi. Gre za empatijo, ki pomeni, da se zavedamo čustev drugih, in je ena najpomembnejših lastnosti za vzpostavitve dobrih odnosov v kolektivu. O teh čustvih razmislimo, jih vzamemo v obzir in pametno odreagiramo. Zavedamo se stališč sogovornika in se zanimamo za njegove skrbi (20).

### 3.3.4 Upravljanje z odnosi

Triada samozavedanja, samoupravljanja in empatije skupaj vodijo v četrto od čustvenih kompetenc – upravljanje z odnosi (angl. relationship management). V okviru tega gre za metode vplivanja v cilju prepričevanja, reševanja konfliktov in doseganje soglasij in sodelovanja, kar med sodelavci utrjuje vezi. Delovati moramo v skladu s svojimi pristnimi čustvi, sodelavce s prijaznostjo usmerjati v pozitivno smer in poudariti skupna stališča ter osvetliti skupne cilje. Nadvse pomembno je, da pri tem delujemo transparentno, z integriteto in brez skritih asov v rokavu (20).

## 3.4 Pridobivanje vodstvenih kompetenc

Na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani trenutno obstaja program, ki vključuje učenje komunikacijskih sposobnosti. V prvih dveh letnikih se v okviru predmeta »Uvod v klinično medicino 1 in 2« študenti srečajo z vsebinskima sklopoma »Sporazumevanje« in »Zdravnik in bolnik, timsko delo«. V tretjem letniku pri predmetu »Klinična medicina« se študentje seznanijo z vsebino »Medprofesionalno sodelovanje« (21). Dolga leta sistem izobraževanja bodočih zdravnikov teh tematik ni ponujal. Z vso gotovostjo lahko trdimo, da večina danes aktivnih zdravnikov v slovenskem zdravstvenem sistemu te tematike v kurikulumu izobraževanja na Medicinski fakulteti ni imela. Posledice se kažejo pri obravnavi bolnikov. Delovanje je manj usmerjeno k bolniku, komunikacijske veščine zdravnikov niso optimalne, empatija je nižja, zadovoljstvo bolnikov je slabše. Pri delovanju organizacije se to pozna kot slabše delovanje timov, slabše soočanje s stresom, nizka predanost delu in neučinkovito vodenje (22, 23). Navedeno vodi v slabše odnose med zaposlenimi v zdravstvu.



Raven empatije ni stalna, ampak se tekom življenja spreminja. Raziskave so pokazale, da je pred vpisom študija medicine raven empatije višja kot med študijem. Ob koncu prvega letnika medicine je pomembno nižja kot ob vpisu v prvi letnik (24, 25). Tudi med študijem se raven empatije spreminja. Visoka je v prvem letniku, v sredini študija pade, v zadnjih letnikih se spet zvišuje (26). Povezave lahko iščemo v ugotovitvah, da se nivo čustvene inteligence pri posamezniku zniža ob visokih delovnih obremenitvah, nočnem delu, delu v urgentni službi in utrujenosti (27). Pomanjkanje čustvene inteligence zaposlenih, predvsem pa vodstvenega kadra ob hudih delovnih obremenitvah, zahtevah, čustvenemu naporu in pomanjkanju časa, vodi v poslabšanje klime na oddelkih in na slabšanje odnosov.

Čustvena inteligenca ni prirojena lastnost, ampak se da naučiti. Vendar pa je bil prejšnji kurikulum na tem področju pomanjkljiv. Ali bo trenutno veljavni v tem oziru bolj uspešen, bo pokazal čas. Dejstvo pa je, da je v današnjem času zanimanje za medicino vse manjše, kadra primanjkuje, bolnikov, ki iščejo pomoč, pa vse več. Zato je pomembno, da se zdravniki izpopolnjujejo tudi na področju čustvene inteligence, ne samo na strokovnem, ki je, na prvi pogled, pomembnejši do empatije. Vendar pa, če empatije ni, je zdravnik ranjen, prizadet, užaljen, preobremenjen, izgorel, vpleten v konflikte in slabe odnose ter zapusti delovno mesto. Na njegov položaj pride nov zdravnik brez kompetenc in izkušenj, ki se mora še izobraziti. Iz tega lahko vidimo, da pomanjkanje čustvene inteligence lahko vodi v izgubo resursov. Zaključimo lahko, da zdravnikovo strokovno delo ne more priti do pravega izraza, zato se delovna učinkovitost zniža.

## 4 Vodenje organizacij

### 4.1 Kaj je vodenje?

Vodenje je poleg načrtovanja, organizacije in kontroliranja ena od osnovnih značilnosti managementa (28). Obstaja več definicij. Ena izmed njih vodenje opredeljuje kot sposobnost vplivanja, spodbujanja in usmerjanja sodelavcev k doseganju ciljev (29). Na drugi strani gre za kreativno-čustveni proces vplivanja in usmerjanja zaposlenih za doseganje ciljev organizacije, v kateri bodo zaposleni videli uresničitev svojih potreb (30).

Omenili smo že, da načine vodenja delimo v dve skupini. Resonančno vodenje pomeni, da vodja deluje tako, da pri zaposlenih vzbuja pozitivna čustva in s tem pospešuje produktivnost tima. Sem štejemo vizionarski stil, trenerski stil (angl. coaching), pripadniški stil (angl. affiliative) in demokratični stil. Na drugi

strani disonančno vodenje izzove negativna čustva, zato je pri implementaciji potrebna previdnost. Sem štejemo stil vodenja z določanjem tempa (angl. pace-setting) in ukazovalno vodenje (angl. commanding).

### 4.2 Stili vodenja

#### 4.2.1 Vizionarski stil vodenja: »Jaz postavim cilj, za pot se odločite sami«

Za vizionarski stil vodenja velja, da močno dvigne čustveno klimo organizacije. Vodja predstavi skupini svoje cilje. O tem, kako pa bo skupina do njih prišla, vodja mnenja ne poda, ampak skupini pusti prosto pot odločanja. Zaposlenim tako omogoči prostost za inovacije, eksperimentiranje in sprejemanje določenega tveganja. Cilje delavca poveže s cilji in vrednotami organizacije. Na ta način prikaže delavcu, kako zelo pomemben je za delovanje organizacije, ta pa je istočasno delavčev najboljši delodajalec. Kljub temu da delavci uživajo določeno stopnjo prostosti, vizionarski vodja vsakega zaposlenega stalno obravnava kot pomemben del organizacije. Podobno kot vsaka ploščica mozaika gradi celotno sliko. Ker vizionarski voditelj pristno verjame v svoje cilje in vizijo ter pri tem ostaja transparenten, je v očeh delavcev kredibilen. Z veseljem in »z veliko žlico« razdaja svoje znanje zaposlenim.

Zaradi pozitivnega vpliva na klimo je ta stil resonančnega vodenja primeren v večini situacij. Še posebej v času zmede po menjavi vodstva, med radikalnimi spremembami organizacijske strukture in v potrebi po novi viziji (31).

#### 4.2.2 Trenerski stil vodenja: »Vem, da boste zmogli, zaupam vam«

Trenerskega načina vodenja se vodje poslužujejo redkeje, ker zahteva veliko časa. Vseeno pa gre za močno orodje resonančnega vodje. Vodja z vsakim posameznim delavcem izvaja več globokih individualnih in osebnih pogovorov, ki segajo daleč preko vsakodnevnih skrbi in nalog, povezanih z delom. Dotikajo se življenja delavca (predvsem izven službe, torej osebnega), njegovih sanj, ciljev, kariere. Vodja se osredotoča na razvoj posameznika in pristno izraža zanimanje zanj. Pomaga mu prepoznati njegove prednosti in pomanjkljivosti ter postaviti dolgoročne cilje. Povezava vsakodnevnega dela in dolgoročnih ciljev zaposlenega rezultira v visoko motivacijo. Vodja delavcu zaupa naloge in daje težke izzive, ki so izvedljivi. Na ta način pokaže zaupanje vanj in gradi odnos med njima. Delavcu na ta način sporoča, da ga ceni, mu

zaupa, investira vanj, to pa delavca še bolj motivira za delo (31).

### 4.2.3 Pripadniški stil vodenja: »Vaše zadovoljstvo je moja glavna skrb«

V okviru pripadniškega stila vodenja je vodja proti podrejenim čustveno zelo odprt. Enako velja v drugi smeri. Vodja široko sprejema vrednote zaposlenih in njihova čustva. Celo do te mere, da v ospredje postavlja čustvene potrebe zaposlenih, ne pa nalog in ciljev organizacije. Stremi k temu, da so zaposleni srečni, zadovoljni in v harmoniji. Ker vodja zaposlene obravnava toplo in malodane očetovsko in jim nudi oporo tudi v osebnih stiskah privatnega življenja, ogromno naredi za lojalnost in krepi medsebojno povezanost.

Vse to močno prispeva k resonančnemu vodenju. Pripadniški način je primeren, če je treba hitro dvigniti moralo in harmonijo v timu, izboljšati komunikacijo in ponovno vzpostaviti izgubljeno zaupanje. Slabost tega vodenja je, da ob predolgi implementaciji dopušča, da napake pri delu niso odpravljene in delavcem daje občutek, da povprečje zadostuje. Ker je pripadniški vodja bolj usmerjen v izboljšanje odnosov in manj v učinkovitost delovnih procesov, se morajo delavci v tem oziru dostikrat znajti sami. Zato se priporoča pripadniški stil vodenja izvajati samo kratkoročno ali ga kombinirati z drugimi stili, še posebej z vizionarskim (31).

### 4.2.4 Demokratični stil vodenja: »Pogovorimo se, rad bi slišal vaše mnenje«

Demokratični stil vodenja, ki spada med resonančne stile vodenja, je uporaben, ko vodja ni trdno prepričan, v katero smer bi obrnil strategijo organizacije, zato išče ideje kompetentnih zaposlenih. Zanima ga na primer, kako izpeljati svojo vizijo. Pri tem mora biti odprt. Na skupnih sestankih izpostavi problem in pričakuje mnenja. S tem pokaže zaposlenim, da jim zaupa in so mu njihova mnenja pomembna. Slabša stran takega stila vodenja je, da mora vodja poleg dobrih idej pričakovati tudi neprijetne odgovore in kritiko, česar se ne sme ustrašiti. Vsakdo namreč lahko izrazi svoje mnenje, kar je lahko časovno potratno, pa še rešitev ni zagotovljena. Lahko sledi zmeda, če vodja pušča stvari odprte in ne pride hitro do ključka. Zato ne sme omahovati. Samo po sebi je razumljivo, da mora vodja izluščiti dobre ideje od idej manj kompetentnih sodelavcev (31).

### 4.2.5 Stil vodenja z določanjem tempa: »Naredite, kot delam jaz, in to zdaj«

Vodja, ki določa tempo, ima visoka pričakovanja ne samo do sebe ampak tudi do podrejenih. Hoče biti boljši, hitrejši, učinkovitejši, neprestano išče možnosti za izboljšave in to zahteva tudi od podrejenih. Opozarja in izpostavlja manj učinkovite delavce in od njih zahteva več. Prevzame celo naloge, ki jih niso uspeli izpeljati, s čimer na koncu preveč zaposli samega sebe celo do te mere, da nima več dovolj časa za svoje delo, zaradi katerega je postavljen na položaj vodje. Zapade v t. i. »micromanagement«. Kot od sebe tudi od delavcev pričakuje, da vedo in znajo vse. Pri tem žal ne upošteva, da ljudje nismo enaki in vsi delavci še zdaleč ne dosegajo zmogljivosti vodje, zato so njegova pričakovanja v tem okviru zagotovo nerealna. Delavci zato ostanejo brez primernih navodil. Znajti se morajo sami, kar jim predstavlja stres, zato morala pade. Tako vodenje pomeni za zaposlene hud pritisk.

Ker je vodja osredotočen samo na cilj, ob tem pa ne upošteva zmogljivosti in čustev zaposlenih, od katerih je pravzaprav odvisen, povzroča disonanco. Dolgoročno se torej disonančno vodenje z določanjem tempa ne svetuje. Primeren je zgolj kot kratkoročen ukrep za spodbudo zaposlenih, ko se nabere veliko dela, roki za izvršbo nalog pa so kratki (32).

### 4.2.6 Avtoritativni stil vodenja: »Tako bo, ker sem jaz tako rekel«

Avtoritativni vodja zahteva popolno in takojšno ubogljivost, se ne ukvarja s pojasnjevanjem razlogov za svoje odločitve in ne upošteva nobenih okoliščin. Vzpostavlja tesno in strogo kontrolo ter podrejenim grozi. Pohvali izjemoma, kritizira vsakodnevno.

Tak disonančni stil vodenja dolgoročno seveda ni primeren, saj kviri razpoloženje in klimo ter takoj nevtralizira kakršen koli poskus vzpostavitve dobre volje med zaposlenimi. Avtoritativno vodenje ima uničujoč vpliv na čustva zaposlenih. Slednji se odtujijo in osamijo. Zato morajo biti okoliščine za izvajanje avtoritativnega vodenja izjemne in skrbno izbrane. Npr. v operacijski dvorani, med urgentno situacijo, po pojavu zunanjih groženj organizaciji in pri problematičnih podrejenih (32).

## 5 Možnosti reševanja slabih odnosov v zdravstvu

Kot obstaja pestrost vzrokov za slabe odnose, tako obstajajo tudi različni prijemi za njihovo popravljanje.

### 5.1 Pridobivanje kompetenc na področju čustvene inteligence

Eno glavnih orodij za izboljšanje odnosov v zdravstvu je pravilna izobrazba s področja medosebnih odnosov in stalno izpopolnjevanje (3). Poglavitno je, da se vodja organizacije izboljša na področju čustvene inteligence. Podobno, čeprav manj, to velja tudi za ostale zaposlene v organizaciji. Prvine čustvenih kompetenc so samozavedanje, samoupravljanje, socialno zavedanje in upravljanje z odnosi. Natančno jih opisujemo v poglavju 3.3. Dobro se je zavedati, da se vodstvenih kompetenc da naučiti, vendar pa to ni lahko.

### 5.2 Izbira primernega načina vodenja

Vodja mora znati motivirati in vzpodbujati svoje sodelavce (3). Delitev načinov vodenja je več. Za doseganje in vzdrževanje zdravih odnosov v kolektivu ter za izboljševanje okvarjenih, je priporočljiva implementacija stilov vodenja, ki vodijo v resonanco. To so vizionarski, trenerski, pripadniški in demokratični stili vodenja. Disonančna stila sta primerna samo v posebnih okoliščinah in še to kratkoročno, nikoli pa za namen vzpostavitve resonance, zato nista priporočljiva. Natančneje posamezne stile opredeljujemo v poglavju 4.2.

Za dobrega vodjo je pomembno, da obvlada čim več stilov vodenja. Predvsem resonančnih. Raziskave so pokazale, da lahko vodja največ doprinese h klimi in učinkovitosti, če obvlada vsaj štiri stile. Tako lahko prehaja med različnimi stili in uporablja pravi pristop v pravem trenutku. Noben vodja ni popoln, zato se stila, ki ga vodja ne obvlada danes, lahko nauči jutri (32).

### 5.3 Avtentično vodenje

Za razliko od zgoraj navedenih načinov (stilov) vodenja, gre pri avtentičnem vodenju za drugačen koncept. Avtentično vodenje ne temelji na stilih vodenja, ki bi jih vodja prevzel in uporabljal v primerni situaciji, ampak temelji na osebnosti vodje, ki sledi svojemu značaju.

Vodja svoja dejanja uskladi s svojimi vrednotami, nato mu bodo zaposleni začeli slediti. Avtentični vodja je osredotočen na koristi zaposlenih, se proaktivno odziva na spremembe, ki jih vidi kot možnost za razvoj. Pozitiven vpliv, ki ga ima avtentični vodja, je tisti, ki povzroči premike pri sodelavcih in jih navduši za skupno doseganje ciljev. Pri vodenju je, kakršen je, in se ne pretvarja. Deluje z zgledom, ki je pomembno orodje.

Ker skrbi za razvoj zaposlenih, daje zaposlenim pozitivno moč za izvrševanje nalog, razvija zaupanje med zaposlenimi, spodbuja pozitivna čustva in širi optimizem, gradi in izboljšuje odnose med zaposlenimi. Tu lahko vidimo povezavo s prej omenjenimi resonančnimi stili vodenja.

Vodja postane avtentični vodja, ko:

- spozna samega sebe, pridobi na samozavesti, odpravlja svoje napake,
- komunicira iskreno in odkrito,
- spozna, kaj je zaposlenim pomembno v službi in izven službe,
- njegovim besedam sledijo dejanja,
- se prilagodi sodelavcem in premosti kulturne in verske razlike,
- ne izpostavlja sebe, ampak služi ljudem,
- v sodelavce verjame,
- sodelavcem daje upanje in jim nudi podporo (33).

Sklepamo lahko, da prav vse navedene lastnosti avtentičnega vodje pri zaposlenih vlivajo na pozitivna čustva, kar bo vodilo v resonanco in izboljševanje klime ter popravljanje odnosov v kolektivu.

### 5.4 Skrb za ljudi

Karkoli zdravnik dela in česar koli se loti, mora biti to storjeno v prid dobrobiti za bolnika, ki je zdravniškova glavna skrb in prioriteta. Z vidika problema slabih odnosov med zdravniki ob upoštevanju bolnika, ki mora biti postavljen v središče, je jasno, da bo za bolnika najbolje, da so odnosi med zdravstvenimi delavci dobri in korektni. Z odnosi med zdravstvenimi delavci moramo biti previdni. Treba jih je stalno negovati in neprestano stremeti k izboljševanju.

Tako za vzdrževanje dobrih odnosov kot za izboljševanje slabih je ključnega pomena mentaliteta vodje. Vodja ima namreč moč, orodja in razpolaga z manevrskim prostorom, da s svojim zgledom, usmeritvami, navodili in (resonančnim) načinom vodenja dvigne moralo zaposlenih, izboljša klimo in premakne odnose v pravo smer. Z vsem tem se v končni fazi, kot že rečeno, izboljšuje učinkovitost organizacije.

Poudariti je treba, da smo ljudje nagnjeni k razlagi dogodkov v svoj prid. Pri tem »nasprotnika« sploh ne poslušamo. Za posameznika je namreč pomemben in ključen le njegov lasten vidik. Če sogovornika že poslušamo, ga pa ne slišimo. Enako, če ne celo bolj, velja to za konflikte in slabe odnose. Vodja kot oseba, ki se ukvarja z reševanjem odnosov, ima tu težko nalogo. Vpleteni so nagnjeni k razlagi vsake izrečene povedi v svoj prid. Gre za selektivno izbiro informacij, zaradi česar je včasih težko doseči konsenz. Pomembno je, da se vodja v takih okoliščinah drži dveh načel: biti pravičen in držati dano besedo. Edino ti dve načeli sta ali pa bi morali biti pogodu vsem stranem.

V egocentričnem sistemu vrednot, na katerem temelji današnja družba, posameznik zahteva zase najboljše, ob tem pa pozablja, da delamo v solidarnostnem sistemu, ki je vsakemu posamezniku omogočil dosežani razvoj. Ne smemo pozabiti, da so naše organizacije, npr. UKC Ljubljana, bili in bodo odvisni od ljudi, ki ga oblikujejo in delajo v njem. Zato je skrb za ljudi ključ do uspeha in razvoja. Pri tem je ključno, da se poslušamo, podpiramo, drug drugemu dajemo najboljše in da v drugih iščemo dobre stvari, ne pa slabih (34).

### 5.5 Asertivna komunikacija

Komunikacija je zelo pomembno orodje vodje pri reševanju slabih odnosov. Včasih že od ene besede v stavku, od tona ali od govornice telesa zavisi pomen dane informacije, kar lahko vpliva na odnose med sogovornikoma.

Po teoriji Harvardske šole komunikacije obstajajo štiri vrste komunikacije: asertivna, agresivna, pasivno-agresivna in pasivna. Načela asertivne komunikacije, ki zagovarja, da so naše potrebe enako pomembne kot potrebe drugih, in deluje v smeri pravičnih odnosov, so:

- jasno izražanje misli, idej, potreb, želja, čustev,
- aktivno poslušanje, spremljanje, povzemanje,
- vzdrževanje očesnega stika,
- spoštljivo komuniciranje, podajanje konstruktivnih povratnih informacij,
- pohvala,
- postavljanje zase in postavitev jasnih mej,
- reči »ne« (z argumenti),
- sprejeti (argumentirani) »ne«,
- prevzemanje odgovornosti,
- izražati samozavest,
- podajanje kritike na spoštljiv način,
- sprejemanje kritike in konstruktivno odzivanje nanjo.

Zgoraj naštetih postavke v okviru asertivne komunikacije vodijo k odprti in spoštljivi komunikaciji, omogočajo grajenje zdravih odnosov, samozavest in spoštovanje do drugih. Asertivna komunikacija predstavlja osnovo za dolgoročne dobre odnose na delovnem mestu (8). Njena implementacija je zato nepogrešljiva pri preprečevanju poslabšanja in pri izboljševanju slabih odnosov v zdravstvu.

### 5.6 Konflikti in reševanje konfliktov

Konflikti so in bodo. Naloga zaposlenih in vodje ni izogibanje in preprečevanje konfliktov za vsako ceno, ampak primerno in pravilno reševanje njih, ko se pojavijo. Kljub temu da je konflikt slaba novica za vodjo, ima svoje dobre strani. Reševanje konfliktov nam lahko ponudi marsikaj pozitivnega. To je lahko priložnost za osebno rast, za iskanje novih idej, novih mehanizmov, novih rešitev. Za vsakega vpletenega je konflikt priložnost, da izrazi in odpravi vzroke za svoje nezadovoljstvo in razvija lastno identiteto ter ponovno vzpostavi odnose med vpletenimi (3).

### 5.7 Mediacija

Mediacija kot metoda reševanja konfliktov je v zdravstvo prišla leta 2008 z Zakonom o pacientovih pravicah (35). Zakon opredeljuje njeno uporabo pri sporih med zdravstvenim izvajalcem in bolnikom, uporabna pa je seveda tudi pri sporih med zdravstvenimi delavci, med delavcem in delodajalcem in med različnimi organizacijami. Po njej posežemo, ko spora ne moremo rešiti sami in dosedanje reševanje ni prineslo ustreznih rezultatov.

Gre za neformalni postopek in pomeni obliko reševanja sporov s pomočjo mediatorja, ki sprtim stranem konstruktivno pomaga doseči sporazum. S tem se spor reši oziroma se na novo vzpostavijo medsebojni odnosi. Mediator je neodvisna, nepristranska in nevtralna oseba, ki zagotavlja, da sprti strani dejansko slišita stališča druga druge, in ne izdaja zavezujočih odločitev. Poskrbeti mora za enakovreden položaj vpletenih (8).

### 5.8 Pohvale in kritike

Razumljivo je, da imamo radi pohvale in ne maramo kritik. Z obema lahko bistveno vplivamo na odnose, zato je dobro upoštevati nekaj pravil in napotkov.

#### 5.8.1 Pohvale

Pohvalimo pred vsemi in čim prej po dogodku, ki je sprožil pohvalo. Sledi pojasnilo, zakaj je bila pohvala



podeljena. Vse to pozitivno vpliva na čustva pohvaljenega. Enako velja za čustva preostalih v timu, ki so priče pohvali. Ti so ob pohvali drugega stimulirani za boljše delo. Na ta način lahko bistveno povečamo resonanco na delovnem mestu. Načeloma velja, da je pohval vedno premalo, zato ne skoparimo z njimi.

### 5.8.2 Kritike

Namen kritiziranja je, da osebi, ki ji podajamo kritiko, želimo dobro. Namen dobrega vodje nikoli ne sme biti poskus prizadeti kritiziranega sodelavca. Kritiziramo vedno na štiri oči, nikoli pred drugimi. Pri tem nikoli ne smemo raniti človekovega dostojanstva. Vedno kritiziramo dejanje ali izdelek, nikoli ne kritiziramo človeka. Upoštevati je treba, da kritiziramo samo tisti del posameznikovega dejanja, ki to zasluži, nikoli ne kritiziramo celote. Če se da, ponudimo predlog, kako se kritizirani lahko izboljša in pri tem ponudimo pomoč. Uporabljamo stavke, kot na primer: »Pri tebi kritiziram to odpustnico v njenem zaključku, kjer nisi zapisal pravilne diagnoze niti poiskal ustrezne kode in menim, da lahko to skupaj popraviva.« Kritika že sama po sebi pomeni slabo novico za sogovornika, zato je treba biti pri podajanju kritike pozoren na spoštljivost. Na ta način bomo lahko izničili vnos disonance v odnos, ki zaradi kritike kot take grozi sam po sebi.

## 6 Zaključek

Zdravstvena organizacija mora delovati dobro in čim bolj izpolnjevati svoj namen, torej delati karseda učinkovito in v največjo možno dobrobit bolnikov. Zato je zelo pomembno, da zna zgraditi, negovati in vzdrževati dobre medosebne odnose zaposlenih ter jih sproti izboljševati. Tu ima prav vsak zaposleni, brez izjem, svojo vlogo, vodja pa ima esencialno. Za izboljševanje medsebojnih odnosov je potreben trud na več področjih, ključna pa je skrb za dobro počutje zaposlenih. Nad vsem tem bdi vodja.

Vodja mora ugotoviti vzroke, ki so pripeljali do slabih odnosov. Nekateri izvirajo iz narave samega poklica in delovnega mesta, na kar se težko vpliva. Drugi vzroki, kot so pomanjkanje kadra, nizke nagrade za opravljeno delo, nespoštljiv odnos posameznikov, razlikovanje med zaposlenimi in neučinkovito vodenje pa so rešljivi. Seveda na različnih nivojih vodenja, torej v odvisnosti od pooblastil vodje.

Vodje bi se morali izobraževati in izpopolnjevati na svojih čustvenih kompetencah in pri vodenju poseči po modelih vodenja, ki na eni strani povečujejo resonanco, na drugi pa čim bolj slediti modelu avtentičnega vodje. V mislih morajo imeti skrb za svoje zaposlene, asertivno komunicirati, sproti reševati konflikte, po potrebi uporabiti metode mediacije, večkrat pohvaliti svoje podrejene in biti previdni pri izrekanju kritike.

## LITERATURA IN VIRI:

24. AG Ettinger. Intuitive decision making in entrepreneurs. In: AG Ettinger. Make up your mind. Santa Monica, California, ZDA: Merrit Publishing; 1995.
25. Arora S, Ashrafian H, Davis R, Athanasiou T, Darzi A, Sevdalis N. Emotional intelligence in medicine: a systematic review through the context of the ACGME competencies. Med Educ. 2010 Aug;44(8):749-64. doi: 10.1111/j.1365-2923.2010.03709.x. PMID: 20633215.
26. CD Fisher, CS Noble. Emotions reflect quality of work life. In: Annual Meeting of the Academy of Management; 2000; Toronto, Kanada.
27. CD Fisher. Mood and Emotions while Working: Missing Pieces of Job Satisfaction? Journal of Organizational Behaviour 2000; 21: 185-202.
28. Chen DC, Kirshenbaum DS, Yan J, Kirshenbaum E, Aseltine RH. Characterizing changes in student empathy throughout medical school. Med Teach. 2012;34(4):305-11. doi: 10.3109/0142159X.2012.644600. PMID: 22455699.
29. Čustvena inteligenca in njena pomembnost. Available from: [https://naslednjikorak.si/custvena-inteligenca-in-njena-pomembnost/?gclid=Cj0KCQiAyKurBhD5ARIsALamXa-HRax9Nqq1gBF6M7Z5nD3msWKTiQ9gQ5xXa0LEDhcnYqbPGPQEkMuAaAsTIEALw\\_wcB](https://naslednjikorak.si/custvena-inteligenca-in-njena-pomembnost/?gclid=Cj0KCQiAyKurBhD5ARIsALamXa-HRax9Nqq1gBF6M7Z5nD3msWKTiQ9gQ5xXa0LEDhcnYqbPGPQEkMuAaAsTIEALw_wcB)
30. Dimovski V, Penger S, Peterlin J. Avtentično vodenje. In: Dimovski V, Penger S, Peterlin J., ur. Avtentično vodenje v učeči se organizaciji: znanstvena monografija. Ljubljana: Planet GV, poslovno izobraževanje; 2009. p 101-123.



31. Dobson R. Stresses on women doctors may cause higher suicidal risks. *British Medical Journal*. 2001; 322:945.
32. Florjančič B. Vpliv načina vodenja na uspešnost poslovanja organizacije – Način vodenja in krizna situacija v Zdravstvenemu domu Idrija. *Novis – Glasilo združenja zdravstvenih zavodov Slovenije*. 2023; (01/02): 13-19.
33. Goleman D, Boyatzis R, McKee A. Primal leadership. In: Goleman D, Boyatzis R, McKee A. *Primal leadership*. Boston: Harvard business review press.; 2013. p. 3-18.
34. Goleman D, Boyatzis R, McKee A. The dissonant styles. In: Goleman D, Boyatzis R, McKee A. *Primal leadership*. Boston: Harvard business review press.; 2013. p. 71-88.
35. Goleman D, Boyatzis R, McKee A. The leadership repertoire. In: Goleman D, Boyatzis R, McKee A. *Primal leadership*. Boston: Harvard business review press.; 2013. p. 53-70.
36. Goleman D, Boyatzis R, McKee A. The neuroanatomy of leadership. In: Goleman D, Boyatzis R, McKee A. *Primal leadership*. Boston: Harvard business review press.; 2013. p. 33-52.
37. Imran N, Awais Aftab M, Haider II, Farhat A. Educating tomorrow's doctors: A cross sectional survey of emotional intelligence and empathy in medical students of Lahore. *Pak J Med Sci*. 2013 May;29(3):710-4. doi: 10.12669/pjms.293.3642. PMID: 24353613; PMCID: PMC3809307.
38. Iqbal S, Bilal K, Ahmad W, Haroon Ur Rasheed M, Nazir U, Javed Z, Khan S, Zafar S, Mukhtar F. Empathy among medical students: A cross-sectional survey. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2020 Oct-Dec;32(Suppl 1)(4):S681-S685. PMID: 33754531.
39. Kelner SP, Rivers CA, O'Connell KH. *Managerial style as a behavioral predictor of organizational climate*. Boston: McBer&Company; 1996.
40. Kežar J. Reševanje sporov v zdravstvu – Reševanje sporov med zdravstvenimi delavci in pacienti ter sporov na delovnem mestu. *Novis – Glasilo združenja zdravstvenih zavodov Slovenije*. 2023; (01/02): 31-35.
41. Kramar ZM. *Menedžment: učbenik*. Novo mesto: Fakulteta za poslovne in upravne vede Univerze v Novem mestu; 2020. p
42. L Spencer. Improvement of service climate drives increase in revenue. In: *Meeting of the Consortium for Research on Emotional intelligence in Organisations*; 2001; Cambridge, Massachusetts, ZDA.
43. Liu L, Xu P, Zhou K, Xue J, Wu H. Mediating role of emotional labor in the association between emotional intelligence and fatigue among Chinese doctors: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2018 Jul 16;18(1):881. doi: 10.1186/s12889-018-5817-7. PMID: 30012126; PMCID: PMC6048701.
44. Mahoney S, Sladek RM, Neild T. A longitudinal study of empathy in pre-clinical and clinical medical students and clinical supervisors. *BMC Med Educ*. 2016 Oct 18;16(1):270. doi: 10.1186/s12909-016-0777-z. PMID: 27756379; PMCID: PMC5070083.
45. Matković M. Na nekaterih oddelkih ni človeške in kulturne komunikacije. Available from: <https://www.24ur.com/novice/slovenija/slabi-odnosi-med-zaposlenimi-v-zdravstvu.html>
46. Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani: Predmetnik prenovljenega EMŠ programa Medicina. Available from: [https://www.mf.uni-lj.si/application/files/3616/7567/1780/Predmetnik\\_SP\\_2020\\_EMS\\_programa\\_Medicina\\_SPLET.pdf](https://www.mf.uni-lj.si/application/files/3616/7567/1780/Predmetnik_SP_2020_EMS_programa_Medicina_SPLET.pdf)
47. Možina S, Rozman R, Tavčar MI, Pučko D, Ivanko Š, Lipičnik B, Gričar J, Glas M, Kralj J, Tekavčič M, Dimovski V, Kovač B. *Menedžment: nova znanja za uspeh: učbenik*. Radovljica: Didakta; 2002. p 1-872
48. Pravno informacijski sistem Republike Slovenije: Pravilnik o vrstah, vsebini, trajanju in poteku specializacij zdravnikov. Available from: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV13291>
49. Pravno informacijski sistem Republike Slovenije: Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). Available from: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4281>
50. [Sinek S. Ekipe, ki zaupajo](https://www.24ur.com/novice/slovenija/sinek-s-ur-neskoncna-igra-ljubljana-smart-com-d-o-o-2019-p-116-146). In: Sinek S, ur. *Neskončna igra*. Ljubljana: SMART COM d.o.o.; 2019. p. 116-146.
51. Steiner N. Beg zdravstvenega kadra: iz bolnišnice v trgovino. Available from: <https://www.24ur.com/novice/dejstva/beg-zdravstvenega-kadra-iz-bolnisnice-v-trgovino.html>

52. Tajnikar M, Bonča PD. Ekonomika zdravstva: njeno mesto v ekonomski in poslovnih vedah ter v zdravstvu. In: Tajnikar M, Bonča PD, ur. Ekonomika zdravstva – zdravstvo ko gospodarska dejavnost v javnih zdravstvenih sistemih: univerzitetni učbenik. Ljubljana, Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta, Založništvo; 2023. p. 1-8.
53. Tajnikar M, Bonča PD. Temeljne iztočnice ekonomike zdravstva. In: Tajnikar M, Bonča PD, ur. Ekonomika zdravstva – zdravstvo ko gospodarska dejavnost v javnih zdravstvenih sistemih: univerzitetni učbenik. Ljubljana, Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta, Založništvo; 2023. p. 9-25.
54. Terseglav S. Sem pristaš vodenja, ki temelji na zaupanju, sodelovanju, pravičnosti i niskrenih odnosih – Pogovor z Marko Jugom, generalnim direktorjem UKC Ljubljana. Novis – Glasilo združenja zdravstvenih zavodov Slovenije. 2023; (01/02): 7-11.
55. Ulčar IC. Zaradi pomanjkanja medicinskih sester na ORL-ju odpovedanih več deset operacij. Available from: <https://www.rtv slo.si/zdravje/zaradi-pomanjkanja-medicinskih-sester-na-orl-ju-odpovedanih-vec-deset-operacij/670907>
56. Univerzitetni klinični center Ljubljana: Poslanstvo vizija cilji. Available form: [https://www.kclj.si/ukc\\_ljubljana/o\\_nas/vizija\\_poslanstvo\\_cilji](https://www.kclj.si/ukc_ljubljana/o_nas/vizija_poslanstvo_cilji)
57. When the going gets tough. In: Wattis J, Curran S, Cotton E., ur. Practical Management and Leadership fo Doctors, 2nd ed. Boca Raton: CRC Press; 2019. p. 141-154.
58. Winkler DS, Izboljšanje odnosov v zdravstvenem timu. In: Zbornik projektnih nalog udeležencev usposabljanja iz vodstvenih kompetenc za zdravnike in zobozdravnike; 2019; Ljubljana, Slovenija. V Ljubljani: Zavod za razvoj zdravstvenega managementa; december 2019. p. 38-49.

# Čuječnost in vodenje v zdravstvu

Avtor: Anja Župan, dr. med., mentor: izr. prof. dr. Ana Arzenšek

## Povzetek:

*Čuječnost je konstrukt, ki je v zahodni kulturi prisoten zadnjih petdeset let. Svoje korenine ima predvsem v budizmu in ga lahko opredelimo kot ne presojujoče, sprejemajoče zavedanje sedanjega trenutka. Številne študije so pokazale pozitivne učinke čuječnostnih intervencij na človekovo fizično in psihično zdravje. Zdravstveni delavci in vodje se na delovnem mestu pogosto srečujejo s stresom in izgorelostjo, zato bi lahko bili na čuječnosti temelječi programi v pomoč pri regulaciji stresa in njegovih negativnih učinkov na zdravje.*

## 1 Uvod

### 1.1 Kaj je čuječnost

Čuječnost lahko definiramo kot človekovo ne presojujoče zavedanje sedanjega trenutka, ki vključuje tako naše notranje (misli, čustva) kot tudi zunanje dogajanje (zvoki, vonjave, vidni in drugi zaznavni dražljaji) (1). Kadar smo čuječi, tako vsaj začasno opustimo skrbi glede preteklosti in prihodnosti (2). Koncept izhaja iz budizma, a je kapaciteta za čuječnost splošna, inherentna človekova sposobnost, ki ima številne pozitivne učinke na zdravje in blagostanje (3). Njene korenine prav tako najdemo v krščanski kontemplativni tradiciji in zahodni filozofiji (4).

Čuječnost je neke vrste spretnost oziroma veščina, ki jo lahko razvijemo s prakso. Običajno je to meditacija, ki so jo Miller, Fletcher in Kabat-Zinn opredelili kot prizadevanje za namerno nepresojujoče usmerjanje pozornosti na doživljanje sedanjega trenutka skozi čas (5). Največji učinek ima, če jo vzgajamo z redno dnevno disciplino in postane način človekovega delovanja oziroma življenja (4). Pri prakticiranju čuječnosti je bistvenega pomena notranja naravnost, ki jo lahko opredelimo s sedmimi elementi: nepresojanje, potrpljenje, "začetniški um" (doživljanje stvari, kot da se z njimi srečujemo prvič, neobremenjeno s preteklimi izkušnjami), zaupanje, neprizadevanje, sprejemanje in nenavezanost (5).

Poleg z meditacijo, lahko čuječnost razvijamo tudi z drugimi metodami, na primer z različnimi oblikami psihoterapije (6).

Čuječnost lahko izmerimo z različnimi vprašalniki:

- Freiburški vprašalnik čuječnosti (Freiburg Mindfulness Inventory – FMI) sestavljen iz 14-ih trditev, ki se dotikajo različnih aspektov čuječnosti;

- Lestvica čuječne pozornosti in zavedanja (Mindful Attention Awareness Scale – MAAS) s katero ocenjujemo pozornost in zavedanje s pomočjo 15ih trditev;
- Torontska lestvica čuječnosti (Toronto Mindfulness Scale – TMS) 13ih trditev, ki se tičejo radovednosti ali decetirane perspektive;
- Kentuckyjski vprašalnik čuječnostnih spretnosti (Kentucky Inventory of Mindfulness Skills – KIMS) 39ih trditev, ki so razdeljene v 4 podkategorije – opazovanje, opisovanje, delovanje z zavedanjem, sprejemanje brez presojanja;
- Kognitivno-afektivna lestvica čuječnosti (Cognitive Affective Mindfulness Scale – CAMS) 12-ih trditev, ki so razdeljene v 4 podkategorije – pozornost, osredotočenost na zdaj, zavedanje in sprejemanje;
- Vprašalnik o petih vidikih čuječnosti (Five Facet Mindfulness Questionnaire – FFMQ) ocenjuje 5 aspektov čuječnosti (opazovanje, opisovanje, zavestno delovanje, nepresojujoče notranje doživljanje in nereaktivnost) s pomočjo 39ih trditev (4).

### 1.2 Kakšen je vpliv čuječnosti

Z raziskavami ugotovljene fiziološke spremembe pri prakticiranju čuječnosti so vključevale povečano EEG funkcijo levo anteriorno (pozitiven afekt) (7), povečano raven melatonina, preprečevanje bolezni (vključno z rakom) (8), nevrokemične spremembe možganov pri izločanju endogenih opiatov, GABA, norepinefrina in serotonina (9), znižanje jutranje ravni kortizola (10, 11).

Prav tako je bila raziskovana povezava med čuječnostjo ocenjeno z MAAS lestvico in osebnostnimi lastnostmi. Ugotovljena je bila pozitivna korelacija z odprtostjo za izkušnje, samospoštovanjem, zadovolj-

stvom z življenjem, pozitivnim afektom, optimizmom, vitalnostjo, samoregulacijo, avtonomijo in povezanostjo (12). Nasprotno je bila dokazana negativna korelacija z nevroticizmom, anksioznostjo, depresijo, somatizacijo, negativnim afektom, fizičnimi simptomi in absorpcijo (13).

### 1.3 Mehanizmi delovanja čuječnosti

Trije mehanizmi, ki imajo najverjetneje največjo vlogo pri nastanku učinkov čuječnosti so: sprejemanje, de centrirana perspektiva in samoregulacija, ki so pojasnjeni v nadaljevanju (4).

#### *Sprejemanje:*

S čuječnostjo sprejemamo in prihajamo v neposreden stik z dogodki v naši duševnosti, kar je v nasprotju z izogibanjem, ki se pojavlja pri mnogih psihopatologijah (13). Raziskave kažejo na neučinkovitost supresije misli in čustev, saj naj bi ta vodila v še večjo frekvenco misli in čustveno stisko. Sprejemanje čustev in misli nasprotno povzroči upad čustvene stiske, ne pa nujno intruzivnih misli (14).

#### *De centrirana perspektiva:*

De centrirana perspektiva pomeni opazovanje zunanjih in notranjih dogodkov s perspektive nepristranskega opazovalca. Čuječnost nam omogoča, da se z mislimi in čustvi ne poistovetimo, ampak jih vidimo bolj objektivno – le kot misli in ne kot nekaj, čemur moramo slediti (15). Če lahko zavzamemo tako stališče do našega notranjega doživljanja, smo zmožni preprečiti eskalacijo disfunkcionalnih misli in zmanjšati izogibanje čustvom (16).

Pri čuječnosti se aktivira meta kognitivni način procesiranja informacij, s katerim misli obravnavamo kot mentalne dogodke, za katere ni nujno, da odražajo resničnost (17). Pri soočanju s tesnobo to pomeni, da smo zmožni meta kognitivno opazovati (oceniti misli in naše trenutno vedenje) in izvesti kognitivni nadzor (zavestno usmeriti misli in priklicati spomine). Tudi pri depresiji so ugotavljali, da je meta-kognitivno zavedanje povezano z manjšo ranljivostjo in zmanjšuje tveganje za ponovno depresivno epizodo (17).

#### *Samoregulacija:*

Samoregulacija je zmožnost, da razumemo in uravnavaemo naše obnašanje in reakcije na lastne občutke in dogodke okoli nas. Le-ta je omogočena, ko se človek zaveda svojega vedenja in duševnih vsebin (4). Čuječnost omogoča regulacijo vedenja z identifikacijo problemov in zaradi decentrirane perspektive prepoznavo alternativnih načinov reševanja le-teh, kar je

bistveno za doseg spremembe na področju telesnega in duševnega zdravja (4). Pri regulaciji čustev nas čuječnost spodbuja, da lastne občutke in čustva le opazujemo brez potrebe po tem, da bi jih spremenili. Nepresojajoče opazovanje misli in telesnih občutkov prepreči, da bi se v lastne misli zapletli ali postali reaktivni.

### 1.4 Na čuječnosti temelječ program za zmanjševanje stresa

Na čuječnosti temelječ program za zmanjševanje stresa (Mindfulness-based stress reduction, MBSR) je strukturiran program, ki traja 8 do 10 tednov. Udeleženci se v skupini spoznavajo z različnimi oblikami meditacije in postopno razvijajo čuječnost (3). Srečanja potekajo enkrat tedensko in trajajo dve uri in pol. Eno srečanje je celodnevno. Udeleženci vsakodnevno doma meditirajo po 45 min (formalna praksa) in razvijajo čuječnost tudi v vsakdanjem življenju (neformalna praksa). Program ponavadi vsebuje tudi izobraževanje s področja stresa in čustev, lahko dodatno še izobraževanje s področja prehrane. Udeleženci naj bi se naučili zavedanja svojih misli in čustev ter spremenili svoj odnos do njih (4).

## 2 Namen naloge

Namen projektne naloge je pregled nekaterih doslej objavljenih študij s področja čuječnosti in predvsem na čuječnosti temelječega programa za zmanjševanje stresa na anksioznost, depresijo, stres, izgorelost in splošno dobro počutje pri zdravstvenih delavcih in vodjih.

## 3 Metode

S pomočju Google Scholar smo poiskali članke s ključnimi besedami "mindfulness AND healthcare OR management OR leadership". Iz člankov so bili pridobljeni naslednji podatki: avtorji in leto publikacije, tip študije, namen študije, preiskovana populacija, izidi, merila. V večini člankov, ki so bili zajeti, je bila kot metoda intervencije navedena MBRS, uporabljene pa so bile tudi druge metode, ki temeljijo na čuječnosti.

## 4 Rezultati

Pregledanih je bilo 15 člankov. Od tega so bile 3 klinične študije, 4 randomizirane klinične študije, 6 je bilo preglednih člankov in 2 observacijski študiji.

Študije so ugotovljale učinkovitost MBRS in drugih na čuječnosti temelječih pristopov na zmanjševanje stresa, anksioznosti, depresije in izgorelosti.

#### 4.1 Čuječnost in stres

Pregledna članka Smitha in Korena sta potrdila, da udeležba na MBSR tečaju zniža nivo stresa, čustvene izgorelosti in poviša nivo relaksacije pri medicinskih sestrah (18, 19). Prav tako je Fortney z oceno zaznanega stresa s "Percieved stress scale" lestvico ugotavljal znižanje le-tega ( $P = 0,002$ ) pri zdravnikih po opravljenem tečaju čuječnosti (20).

Rezultati preglednega članka in meta analize, ki jo je opravil Burton, kažejo na to, da imajo na čuječnosti temelječi programi potencial, da bistveno izboljšajo nivo stresa med zdravstvenimi delavci (21).

Bottaccioli (10) je s kontrolirano študijo ocenjeval vpliv 4-dnevnega programa meditacije PNEIMED – Psychoneuroendocrineimmunology-based Meditation (meditacija temelječa na psihonevroendokrinoimunologiji) na subjektivne in objektivne indikatorje stresa in raven kortizola pri zdravstvenih delavcih. V intervencijski skupini je bilo psihološko izboljšanje splošnega počutja povezano z bistvenim padcem nivoja jutranjega kortizola v slini. Prav tako sta se znižali amplituda in dolžina kortizolnega odziva v intervencijski skupini, medtem ko se le-ti v kontrolni skupini nista spremenili.

V randomizirani kontrolirani študiji na 144 managerjih, je Zolnierczyk-Zreda ugotavljala vpliv MBSR na stres. Pri udeležencih MBRS se je v primerjavi s kontrolno skupino signifikantno znižal nivo zaznanega stresa ( $P < 0,0001$ ) (14b). Prav tako je Mulla v svoji študiji ugotovil znižanje stresa po 16-tedenskem MBRS glede na "Stress Indicator Questionnaire" - signifikantno so se izboljšali fizični, vedenjski in čustveni indikatorji stresa, spanec in osebne navade. Padel je tudi nivo kortizola v krvi (11).

#### 4.2 Čuječnost in depresija ter anksioznost

V večini študij v Gilmartinovem preglednem članku so poročali o pozitivnih spremembah simptomov anksioznosti in depresije pri zdravstvenih delavcih (22). Pri zdravnikih so bile kognitivno-vedenjske in MBSR intervencije povezane z znižanjem simptomov anksioznosti (19). Prav tako je znižanje anksioznosti pri zdravnikih v observacijski študiji ugotavljal Fortney ( $P = 0,006$ ) (3b).

V Johnsonovi eksperimentalni študiji so v na čuječnosti temelječem programu kombinirali elemente ču-

ječnostne meditacije s prehrano in športno aktivnostjo. Ugotavljali so njegov vpliv na simptome trenutne ali ponavljajoče depresije in na druge psihološko-vedenjske izide. Pri udeležencih so ugotavljali statistično signifikatno znižanje depresije (za 63-70%), stresa (za 48%), anksioznosti (za 23%) in prezenti-zma (za 52%) (23).

#### 4.3 Čuječnost in izgorelost

Intervencije kot so psiho edukacija in čuječnostna meditacija sta vplivali na znižanje nivoja izgorelosti pri zdravnikih, ki je bila ocenjena s točkovaniki za samoocenjevanje izgorelosti in stresa (24).

V preglednem članku iz leta 2016 ugotavljajo učinkovitost na čuječnosti temelječih pristopov pri redukciji izgorelosti med zdravstvenimi delavci (25). Fortey je v svoji študiji opažal izboljšanje pri točkovanju čustvene izgorelosti ( $P = 0,009$ ) in depersonalizacije ( $P = 0,005$ ) pri družinskih zdravnikih 9 mesecev po intervenciji (20).

Kinser v svoji študiji poroča o statistično signifikantnem upadu določenih aspektov izgorelosti, kot so depersonalizacija, izguba sočutja do pacientov in čustvena izgorelost med zdravstvenimi delavci in študenti (26).

West je v randomizirani kontrolni študiji ugotavljal upad depersonalizacije v interventni skupini za 15,5% 3 mesece po intervenciji in 0,8% povišanje le-te v kontrolni skupini ( $P = 0,004$ ). Ta sprememba je bila vidna tudi 12 mesecev kasneje (9,6% upad v primerjavi z 1,5% upadom). Nivo depersonalizacije, čustvene izgorelosti in splošne izgorelosti je signifikantno upadel v interventni skupini in le malo v kontrolni skupini (27).

#### 4.4 Čuječnost in depresija ter anksioznost

Goodmanova observacijska študija je pokazala vpliv na čuječnosti temelječih programov na mentalno zdravje zdravstvenih delavcev - predvsem na pozitivni pristop do življenja in na kognitivne ter čustvene koristi (28).

V Westovi študiji je pri zdravnikih narasel občutek opolnomočenosti in vključenost v delo za 5,3 točk v intervencijski skupini 3 mesece po študiji ( $P = 0,04$ ) in izboljšava se je ohranila tudi po 12ih mesecih (+5,5 točk v primerjavi z +1,3 točke v kontrolni skupini) (27).

Tudi v Amutovi randomizirani kontrolirani študiji, ki je bila izvedena med zdravniki, so v skupini, ki je prejela MBSR, ugotavljali izboljšanje nivoja čuječnosti



in relaksacije. Izboljšanje nivoja čuječnosti izmerjenega s FFMQ je močno koreliralo z izboljšanjem v splošni relaksaciji, pozitivni energiji, osnovni čuječnosti in transcendenci (29).

Pri managerjih so v randomizirani kontrolirani študiji ugotavljali, da je po 8-tedenskem MBSR programu pri udeležencih prišlo do znižanja negativnega afekta, znižanja intenzitete somatskih težav in odsotnosti z dela zaradi bolezni. Poleg tega je prišlo do zvišanja samozavesti in pozitivnega afekta (30). Mulla je ugotavljal tudi signifikantno znižanje vrednosti sistolnega in diastolnega krvnega tlaka po udeležbi na 16-tedenskem MBSR programu (11).

### 5 Diskusija

Stres, izgorelost in z njimi povezane psihološke in fizične težave so med zdravstvenimi delavci in managerji pogoste. Programi, ki izboljšujejo splošno počutje, so tako bistvenega pomena, saj pripomorejo k boljšemu zdravju delavcev, posledično pa tudi k boljšemu zdravju pacientov in boljši zdravstveni obravnavi. Posledice stresa in izgorelosti namreč lahko vodijo v nezadovoljstvo na delovnem mestu, nižjo stopnjo kvalitete obravnave pacientov in negativne izide za paciente (31).

Namen naloge je bil opredeliti vpliv čuječnosti oz. na čuječnosti temelječih programov na stres, anksioznost, depresijo, izgorelost in splošno počutje predvsem zdravstvenih delavcev, a tudi managerjev. Čuječnost ima pozitiven vpliv na številne fiziološke faktorje kot so krvi tlak (11), nivo kortizola v krvi (10, 11) ter akutna in kronična bolečina (32).

Udeleženci programov so poročali o redukciji nivoja zaznanega stresa. Zmanjšal se je tudi nivo depersonalizacije, manj je bilo odsotnosti z dela in posledično

se je povišala kvaliteta obravnave pacientov (20). Ugotavljali so tudi povečanje sočutja do sebe in posledično sočutja do pacientov in sodelavcev (26). Čuječnost prav tako izboljša zmožnost jasnega razmišljanja in omogoča, da ostanemo v stresnih situacijah mirni (33). Posledično lahko integracija čuječnosti v vsakdan izboljša zavedanje, sprejemanje in pozornost (19).

Tudi pri anksioznosti in depresiji je prišlo do zmanjšanja simptomov (19, 22), še posebej pri posameznikih, ki so dosegli višje rezultate točkovanja pri vprašalnikih o čuječnosti.

Čeprav čuječnost zniža nivo stresa, izboljša splošno počutje, simptome anksioznosti in depresije, pa je prav tako pomembno, da za redukcijo stresa uvedemo tudi izboljšave na delovnem mestu. Na čuječnosti temelječe intervencije moramo kombinirati z izboljšavami v okolju in vodenju – potreben je multidisciplinaren in več nivojski pristop. Med izboljšave v delovnem okolju zagotovo spadajo tudi odmori med delom, primerni urniki dela, zmanjšanje obremenjenosti s povečevanjem števila zaposlenih in drugi ukrepi.

### 6 Zaključek

Na čuječnosti temelječi programi lahko pozitivno vplivajo na fizično in psihično zdravje ter izboljšajo splošno počutje. Kot taki so eden izmed možnih in priporočljivih intervencij pri redukciji stresa in izgorelosti na delovnem mestu med zdravstvenimi delavci in vodji. Najučinkoviteje pa je, kadar le-te intervencije kombiniramo z izboljšavami na delovnem mestu, česar nikakor ne smemo spregledati.

### LITERATURA IN VIRI:

1. Amutio A, Martínez-Taboada C, Hermosilla D, Delgado LC. Enhancing relaxation states and positive emotions in physicians through a mindfulness training program: A one-year study. *Psychol Health Med*. 2015;20(6):720-31.
2. Beach MC, Roter D, Korthuis PT, Epstein RM, Sharp V, Ratanawongsa N, Cohn J, Eggly S, Sankar A, Moore RD, Saha S. A multicenter study of physician mindfulness and health care quality. *Ann Fam Med*. 2013 Sep-Oct;11(5):421-8.
3. Bottaccioli F, Carosella A, Cardone R, Mambelli M, Cemin M, D'Errico MM, Ponzio E, Bottaccioli AG, Minelli A. Brief training of psychoneuroendocrinology-based meditation (PNEIMED) reduces stress symptom ratings and improves control on salivary cortisol secretion under basal and stimulated conditions. *Explore (NY)*. 2014 May-Jun;10(3):170-9.

4. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol.* 2003 Apr;84(4):822-48.
5. Brown, K.W., Ryan R.M. Perils and promise in defining and measuring mindfulness: Observations from experience. *Clinical psychology: Science and practice*, 2004; 11, 242-248.
6. Burton A, Burgess C, Dean S, Koutsopoulou GZ, Hugh-Jones S. How Effective are Mindfulness-Based Interventions for Reducing Stress Among Healthcare Professionals? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Stress Health.* 2017 Feb;33(1):3-13.
7. Černetič. Biti tukaj in zdaj: Čuječnost, njena uporabnost in mehanizmi delovanja. *Psihološka obzorja*, 2005, 14(2): 73-92.
8. D. Żołnierczyk-Zreda, M. Sanderson, S. Bedyńska, Mindfulness-based stress reduction for managers: a randomized controlled study. *Occupational Medicine*, Volume 66, Issue 8. 2016 Nov; 630–635.
9. Davidson, R.J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J.R., Rosenkranz, M.A., Muller, D., Santorelli, S.F., et al. Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosomatic Medicine*, 2003; 65, 564–570.
10. Demshar JM. The Mindful Nurse, *The Florida nurse*, 2016; 64(2), 9-13.
11. Fortney L, Luchterhand C, Zakletskaia L, Zgierska A, Rakel D. Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: a pilot study. *Ann Fam Med.* 2013 Sep-Oct;11(5):412-20.
12. Gilmartin H, Goyal A, Hamati MC, Mann J, Saint S, Chopra V. Brief Mindfulness Practices for Healthcare Providers - A Systematic Literature Review. *Am J Med.* 2017 Oct;130(10):1219.e1-1219.e17.
13. Goodman MJ, Schorling JB. A mindfulness course decreases burnout and improves well-being among healthcare providers. *Int J Psychiatry Med.* 2012;43(2):119-28.
14. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consult Clin Psychol.* 1996 Dec;64(6):1152-68.
15. Johnson JR, Emmons HC, Rivard RL, Griffin KH, Dusek JA. Resilience Training: A Pilot Study of a Mindfulness-Based Program with Depressed Healthcare Professionals. *Explore (NY).* 2015 Nov-Dec;11(6):433-44.
16. Kabat-Zinn, J. Full catastrophe living – Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York: Dell Publishing, 1990.
17. Kabat-Zinn, J. Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday. New York, NY: Hyperion, 1994.
18. Kinser P, Braun S, Deeb G, Carrico C, Dow A. "Awareness is the first step": An interprofessional course on mindfulness & mindful-movement for healthcare professionals and students. *Complement Ther Clin Pract.* 2016 Nov;25:18-25.
19. Koren ME, Purohit S. Interventional studies to support the spiritual self-care of health care practitioners: an integrative review of the literature. *Holist Nurs Pract*, 2014; 28(5), 291-300.
20. Luken M, Sammons A. Systematic Review of Mindfulness Practice for Reducing Job Burnout. *Am J Occup Ther.* 2016 Mar-Apr;70(2):7002250020p1-7002250020p10.
21. Marcks, B. A., & Woods, D. W. A comparison of thought suppression to an acceptance-based technique in the management of personal intrusive thoughts: A controlled evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 2005; 43(4), 433–445.
22. Massion AO, Teas J, Hebert JR, Wertheimer MD, Kabat-Zinn J. Meditation, melatonin and breast/prostate cancer: hypothesis and preliminary data. *Med Hypotheses.* 1995 Jan;44(1):39-46.
23. Miller, J.J., Fletcher, K., Zabat-Zinn, J. Three-year follow up and clinical implications of a mindfulness-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*, 22, 1995; 425-431.

24. Mulla, Z. R., Govindaraj, K., Poliseti, S. R., George, E., & More, N. R. S. (2017). Mindfulness-based Stress Reduction for Executives: Results from a Field Experiment. *Business Perspectives and Research*, 5(2), 113-123.
25. Newberg AB, Iversen J. The neural basis of the complex mental task of meditation: neurotransmitter and neurochemical considerations. *Med Hypotheses*. 2003 Aug;61(2):282-91.
26. Padgett, E. A., Kusner, K. G., & Pargament, K. I. Integrating religion and spirituality into treatment: Research and practice. In S. J. Lynn, W. T. O'Donohue, & S. O. Lilienfeld (Eds.), *Health, happiness, and well-being: Better living through psychological science 2015*; 272–295.
27. Regehr C, Glancy D, Pitts A, LeBlanc VR. Interventions to reduce the consequences of stress in physicians: a review and meta-analysis. *The Journal of nervous and mental disease*. 2014; 202(5):353–359.
28. Smith SA. Mindfulness-based stress reduction: an intervention to enhance the effectiveness of nurses' coping with work-related stress. *Int J Nurs Knowl* 2014; 25(2):119-130.
29. Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., Lau, M. A. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 200; 68(4), 615–623.
30. Wells, A. GAD, metacognition, and mindfulness: An information processing analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2002; 9(1), 95–100.
31. West CP, Dyrbye LN, Rabatin JT, Call TG, Davidson JH, Multari A, Romanski SA, Hellyer JM, Sloan JA, Shanafelt TD. Intervention to promote physician well-being, job satisfaction, and professionalism: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2014 Apr;174(4):527-33.
32. Williams H, Simmons LA, Tanabe P. Mindfulness-Based Stress Reduction in Advanced Nursing Practice: A Nonpharmacologic Approach to Health Promotion, Chronic Disease Management, and Symptom Control. *J Holist Nurs*. 2015 Sep;33(3):247-59.
33. Zeller JM, Levin PF. Mindfulness interventions to reduce stress among nursing personnel: an occupational health perspective. *Workplace Health Saf*. 2013 Feb;61(2):85-9; quiz 90.

# Vlaganje občin v zdravje

**Avtor: Kristina Zadavec, dr. med., mentor: izr. prof. dr. Petra Došenović Bonča**

## Povzetek:

Zdravje posameznika ni odvisno le od njega, pač pa tudi od naravnega in družbenega okolja, v katerem živi. Občine imajo pomembno vlogo pri skrbi za zdravje prebivalcev, ki je opredeljena tudi v slovenski zakonodaji. Nacionalni inštitut za javno zdravje v partnerstvu z Zlatim kamnom vsako leto nagradi z nazivom Občina zdravja tisto občino, ki je zdravje prepoznala kot pomembno vrednoto in je v preteklem letu izstopala po aktivnostih za izboljšanje zdravja svojih prebivalcev. V projektni nalogi smo pregledali aktivnosti in proračunska sredstva namenjena skrbi za zdravje štirih občin, ki so do sedaj prejele ta naziv, in sicer Občine Tolmin, Občine Žiri, Občine Logatec in Mestne občine Velenje. Predlagamo, da se glede na kriterije izbire Občine zdravja vključijo novi kazalniki zdravstvenega varstva v pregled Zdravja v občini, saj bi bila možnost primerjanja med lokalnimi odločevalci dobra spodbuda, da občina še bolj poskrbi za zdravje svojih občanov.

## 1 Uvod

Skrb za zdravje je odgovornost posameznika, pa tudi družbe. Vlogi države in lokalne samouprave sta v zvezi s tem opredeljeni v slovenski zakonodaji. Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) od leta 2016 pripravlja pregled ključnih kazalnikov zdravja za vse slovenske občine. S prikazom zdravstvenega stanja želi spodbujati deležnike na lokalni ravni, zlasti odločevalce, pri njihovih aktivnostih za promocijo in krepitev zdravja svojih prebivalcev. NIJZ pa v partnerstvu s projektom Zlati kamen od leta 2020 naprej vsakoletno podeljuje tudi naziv Občina zdravja tisti občini, ki je zdravje prepoznala kot pomembno vrednoto in je v preteklem letu izstopala po aktivnostih za izboljšanje zdravja svojih prebivalcev. Nagrada je orodje za spodbujanje in uresničevanje skrbi za zdravje prebivalcev v lokalnih skupnostih. Priznanje Občina zdravja so do sedaj prejele Občina Tolmin, Občina Žiri, Občina Logatec in Mestna občina (MO) Velenje.

Namen projektne naloge je preučiti vlogo občin pri skrbi za zdravje občanov ter pregledati, v čem so se izkazale Občine zdravja.

Cilji naloge so:

- opredeliti dejavnike, ki vplivajo na zdravje, s poudarkom na družbeni skrbi na ravni lokalnih skupnosti;
- na podlagi sekundarnih virov podatkov pregledati aktivnosti dobitnic naziva Občina zdravja;
- na podlagi primarnih virov podatkov analizirati proračunska sredstva dobitnic naziva Občina zdravja, namenjena zdravstvenemu varstvu;

- na podlagi ugotovitev opredeliti priporočila za vključitev novih kazalnikov v prikaz Zdravje v občini.

Glavno raziskovalno vprašanje je: S katerimi kazalniki, ki jih NIJZ objavlja na portalu Zdravje v občini, bi lahko lokalne odločevalce še bolj spodbudili k vlaganju v zdravje občanov?

## 2 Družbena skrb za zdravje

Na zdravje posameznika in skupnosti vplivajo številni med seboj prepleteni dejavniki: njegovo socialno in ekonomsko okolje, zunanje okolje ter osebne značilnosti in življenjski slog (1). Kot prikazuje slika 1, lahko dejavnike razvrstimo v tri velike skupine.



Slika 3: Dejavniki, ki so povezani z zdravjem ljudi (2)

Na eni strani so dejavniki notranjega okolja človeka (spol, starost, dedna zasnova, telesne in osebne

značilnosti), na drugi strani pa dejavniki zunanega okolja, ki jih razdelimo na dejavnike družbenega in fizičnega okolja. Med dejavnike družbenega okolja sodijo socio-ekonomski dejavniki (zaposlenost, dohodek, izobrazba, pismenost, družbeni status) in družbene vrednote ter prepričanja. Med dejavnike fizičnega (naravnega ali grajenega okolja) pa sodijo biološki, fizikalni, kemični in biomehanični dejavniki (voda, zrak, tla, živila, ožji bivalni pogoji) (2).

Življenjskega sloga ne oblikujejo le osebne izbire posameznika, kajti na mnoge dejavnike ne moremo vplivati sami. Kot posamezniki se lažje odločamo za zdrave izbire, če jih okolje omogoča in spodbuja. Primer zdravega okolja predstavljajo otroška igrišča, ki krepijo in spodbujajo otrokove gibalne sposobnosti, in urejene mreže kolesarskih stez, ki jih za potovanje in prosti čas uporabljajo odrasli in družine. Ustvarjanje takih možnosti v bivalnem okolju omogoča lažje zdrave izbire. Če teh možnosti ni, se posameznik pogosteje in hitreje odloča za nezdrav življenjski slog (3).

V skrbi za zdravje so se zgodovinsko razvili sistemi zdravstvenega varstva v svojih različnih oblikah. Če opazujemo premike v razmerju med zdravstvenim sistemom in skupnostjo glede na vlogo pri skrbi za zdravje, vidimo, da že dobrih sto let prevladuje formalizirano, institucionalizirano zdravstveno varstvo pod bolj ali manj celovitim nadzorom države. V zadnjih desetletjih pa je prišlo do premikov lokusa nadzora nad pogoji za zagotavljanje zdravja v lokalno skupnost, ob hkratni povezanosti teh skupnosti z institucijami, ki so del družbenih sistemov (zdravstva, šolstva, gospodarstva, politike in drugega). Centralna oblast sama zaradi svoje oddaljenosti od lokalnih problemov ne zmora učinkovito upravljati z družbenimi odnosi, viri in javnim dobrim. Lokalna samouprava se je tako razvila (ali bolje ostala) prav na predpostavki, da se morajo družbeni odnosi upravljati z ravni, ki najbolj pozna te odnose (4).

Vloga države v skrbi za zdravje je zapisana v Ustavi Republike Slovenije, ki opredeljuje pravico do zdravstvenega varstva in pravico do zdravega življenjskega okolja (5). Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju pa v 8. členu opredeljuje naloge občine na področju zdravstvenega varstva, in sicer občina (6):

- oblikuje in uresničuje programe za krepitev zdravja prebivalstva na svojem območju in zagotavlja proračunska sredstva za te programe;
- zagotavlja izvajanje higiensko epidemiološke, zdravstveno statistične in socialnomedicinske dejavnosti za svoje območje, ki niso vključene v republiški program;

- oblikuje in izvaja program nalog za ohranitev zdravega okolja, ki niso vključene v republiški program;
- zagotavlja zdravstveno varstvo pripadnikov Civilne zaščite, gasilskih in drugih splošnih reševalnih služb med usposabljanjem in opravljanjem nalog zaščite, reševanja in pomoči v enotah, službah ter drugih operativnih sestavah, ki jih organizirajo občine, če tega nimajo urejenega na drugi podlagi;
- kot ustanovitelj javnih zdravstvenih zavodov zagotavlja sredstva za investicije in za druge obveznosti, določene z zakonom in z aktom o ustanovitvi;
- zagotavlja mrliško pregledno službo.

V primerjavi z državami, ki imajo podoben način financiranja zdravstva, je v Sloveniji delež sredstev iz državnega in občinskih proračunov v skupnih sredstvih, namenjenih za zdravstvo, eden od najnižjih (7). V letu 2021 je delež BDP znašal 9,48 %, medtem ko je bil za povprečje Evropske unije dobro odstotno točko višji (10,87 %) (8). V primerjavi z letom prej so se leta 2021 tekoči izdatki za zdravstveno varstvo (tj. izdatki brez investicij), ki predstavljajo izdatke za končno potrošnjo zdravstvenih storitev in blaga, zvišali za 11,6 %, na nekaj več kot 4,9 milijarde EUR (9).

Javni zdravstveni zavod na primarni ravni ustanovi samoupravna lokalna skupnost s soglasjem ministrstva, pristojnega za zdravje, in po predhodnem mnenju Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (10). Če je na gravitacijskem območju dosedanega zdravstvenega doma več občin, se med seboj dogovorijo o uresničevanju mreže, da dosežejo optimizacijo uporabe vseh virov ob zagotavljeni primerni krajevni dostopnosti. Primarna raven je organizirana v zdravstvene domove in zdravstvene postaje, ki so vezane na najbližji zdravstveni dom. Poleg zdravstvene dejavnosti primarna raven obsega tudi lekarniško dejavnost, ki jo lahko opravljajo le javni lekarniški zavodi in zasebni lekarnarji s koncesijo (11). Tako je torej pri nas zakonsko opredeljeno institucionalizirano zdravstveno varstvo, vendar si bomo v nadaljevanju ogleдали, da ima občina pomembno vlogo tudi pri zagotavljanju pogojev za zdravje v lokalni skupnosti.

### 3 Aktivnosti dobitnic naziva Občina zdravja

Izbor Občine zdravja poteka po vnaprej določenih kriterijih. Med njimi je poleg zdravstvenih kazalnikov, ki so na nivoju vseh slovenskih občin prikazani na portalu Zdravje v občini, ključna zainteresiranost



in aktivnost občine, ki meri na izboljšanje zdravja svojih prebivalcev. Pri tem je upoštevano (12):

- ali ima občina krovno občinsko strategijo za zdravje,
- ali ima akcijski načrt,
- ali obstaja in aktivno deluje lokalna skupina za zdravje,
- v kolikšni meri je kraj vključen v projekte in druge aktivnosti, povezane z zdravjem,
- podatki o deležu občinskega proračuna, namenjenega področju zdravja v najširšem pomenu besede.

Vsaka izmed devetih območnih enot NIJZ izmed občin v svoji zdravstveni regiji izbere po eno kandidatko – regijsko finalistko. Izmed njih Strokovna komisija izbere zmagovalno občino. Strokovna komisija za izbor Občine zdravja je neodvisno strokovno telo, ki vključuje predstavnike NIJZ, Ministrstva za zdravje, Onkološkega inštituta Ljubljana, Urada za makroekonomske analize in Zlatega kamna (12).

V nadaljevanju so predstavljene utemeljitve, zakaj so posamezne občine postale dobitnice naziva Občina zdravja. Opis njihovih aktivnosti se nanaša na eno leto, preden so prejele naziv.

### 3.1 Občina Tolmin – Občina zdravja 2020

Občina Tolmin se je v Razvojnem programu 2013–2020 zavezala k ohranitvi mreže javne zdravstvene službe z različnimi ukrepi, med drugim tudi z Regijsko štipendijsko shemo, namenjeno zagotavljanju zadostnega števila zdravstvenih delavcev v občini.

Skrb za zdravje (13):

- pomoč staršem ob rojstvu otroka;
- program za mlade, nastal v participativnem procesu mladih in občine (certifikat Mladim prijazna občina);
- podpora preventivnim programom Centra za socialno delo; Prostovoljno delo mladih, Delo z rejenci in nadomestnimi družinami, Program TOM telefon, Program Uživaj dan in ne bodi sam, Aktivna starost – sožitje generacij, sofinanciranje programa pomoči na domu in programa družinski pomočnik;
- pomoč socialno šibkejšim preko neprofitnih najemnin in subvencioniranja tržnih najemnin;
- skrb za starejše; za boljšo mobilnost, podpora NVO (nevladnim organizacijam);
- delo na področju zasvojenosti; podpora terapevtski skupnosti Srečanje;
- investicije v zdravstveni dom, ki pokriva obsežno območje v Zgornjem Posočju, ter v

športno infrastrukturo, namenjeno širokemu krogu uporabnikov.

Kazalniki Zdravje v občini (13):

- boljši od slovenskega povprečja so rezultati telesnega fitnesa otrok, prekomerne prehranjenosti otrok in nižja bolniška odsotnost;
- visoka je odzivnost v preventivne programe, pozitiven je kazalnik prejemnikov zdravil (sladkorna bolezen, povišan krvni tlak), zmanjšujejo se novi primeri raka in umrljivost zaradi vseh vrst raka, izboljšujeta se kazalnika poškodovanosti v transportnih nezgodah in prometnih nezgodah z alkoholiziranimi povzročitelji, zaznan je tudi trend padanja kazalnika zlomi kolka pri starejših prebivalcih in kazalnika umrljivost zaradi bolezni srca in ožilja.

### 3.2 Občina Žiri – Občina zdravja 2021

Občina Žiri je bila v zadnjem obdobju (2018/2019) najbolj razvita gorenjska občina. Zdravje prepoznavna kot pomemben dejavnik za razvoj in napredek, zato to področje vključuje v občinsko razvojno strategijo, začrtane aktivnosti spremlja in evalvira.

Skrb za zdravje (14):

- financiranje zdravstvene športne vzgoje v osnovni šoli;
- organizacija Žirfita – testiranja telesnih zmogljivosti odraslih prebivalcev;
- dobra dostopnost do zdravstvenega varstva; na voljo so trije zdravniki družinske medicine, pediater in psihiater;
- celostna prometna strategija, poudarek na trajnostni mobilnosti;
- osveščanje najmlajših o pomenu lokalne samoskrbe;
- skrb za ranljive skupine prebivalcev, še zlasti otroke s posebnimi potrebami;
- Žiri so starosti prijazna občina;
- za preprečevanje in zmanjševanje zasvojenosti so v letu 2020 ustanovili Lokalno akcijsko skupino za zdravje.

Kazalniki Zdravje v občini (14):

- otroci in mladostniki te občine so v slovenskem prostoru najbolj gibalno učinkoviti, med njimi je tudi najmanj prekomerno hranjenih;
- dobri kazalniki na področju prehranjenosti odraslih, odlična odzivnost v presejalne programe na področju raka, ki je precej nad slovenskim povprečjem in tudi nad ciljno 70-% vrednostjo.

### 3.3 Občina Logatec – Občina zdravja 2022

V občini Logatec se zavedajo, da k dobremu zdravju in počutju poleg fizičnih in ekoloških v veliki meri prispevajo tudi socialne značilnosti lokalnega okolja – infrastrukturna urejenost, sprejetost in povezanost prebivalcev ter okoljsko in ekonomsko trajnostna družbena skupnost. Zato v razvojnih programih in projektih v Logatcu dajejo prednost načelu zdravja v vseh politikah, kar se odraža v občinskih razvojnih strategijah.

Skrb za zdravje (15):

- občina sodi med tiste, ki širšim vsebinam zdravja namenja enega večjih proračunskih deležev;
- sofinanciranje dejavnosti na področju humanitarnih programov, projektov za starejše in mlade, kulture, turizma, športa in drugih dejavnosti, kar krepi zadovoljstvo občanov in omogoča širitev, medsebojno sodelovanje ter povezovanje društev, posameznikov in podjetij, ki pripomorejo k zdravemu načinu življenja;
- preko projektov: zagotavljanje kakovostnega življenja, skrb za družbeno povezanost, spodbujanje prostovoljstva in večje vključenosti občanov;
- skrb za zdravo okolje.

Kazalniki Zdravje v občini (15):

- izboljššan telesni fitnes otrok in znižan delež prekomerno prehranjenih otrok;
- po samooceni dobrega zdravja Logatec sodi v vrh slovenskih občin.

### 3.4 MO Velenje – Občina zdravja 2023

V občini je gospodarski razcvet na področju premo-govništva in elektroenergetike povzročil degradacijo območja, kar je zahtevalo učinkovit odziv lokalne in širše skupnosti. Zdravje in okolje sta postali prednostni področji lokalne politike, podjetij, civilne iniciative in društev, ki so v medsebojnem sodelovanju

uspeli izpeljati celovito ekološko sanacijo. Zaradi zapiranja premogovniške dejavnosti MO Velenje trenutno vstopa v proces prestrukturiranja iz premo-govne v zeleno regijo brez negativnih družbenih posledic in upada gospodarskih aktivnosti. Trajnostna urbana strategija za Velenje do leta 2023 opredeljuje pet stebrov urbanega razvoja (pametno Velenje, zeleno Velenje, družbeno Velenje, pravičen prehod ter celostni in trajnostni razvoj) in dve horizontalni področji (digitalizacija in odpornost).

Skrb za zdravje (16):

- vključenost zdravja v krovno občinsko strategijo ter številne akcijske načrte, vezane na njo; občani so aktivno vključeni v pripravo strateških in razvojnih dokumentov, skozi vse leto pa lahko sooblikujejo življenje v občini tudi preko interaktivnega portala Sooblikujmo Velenje;
- občina sodi med tiste, ki širšim vsebinam zdravja namenja enega večjih proračunskih deležev;
- ustvarjanje pogojev za ustvarjalno in aktivno preživljanje prostega časa.

Kazalniki Zdravje v občini (16):

- izboljšanje vrednosti kazalnikov prekomerne prehranjenosti otrok in odraslih, deleža kadilcev, visokega tveganega pitja in deleža bolezni neposredno povezanih z alkoholom;
- izrazit porast odzivnosti v presejalna programa SVIT in DORA;
- manj je hospitalizacij zaradi astme pri otrocih in mladostnikih, klopnega meningoencefalitisa ter poškodb v transportnih nezgodah.

Tabela 1 prikazuje povzetek kriterijev aktivnosti občin, ki jih izpolnjujejo štiri aktualne dobitnice naziva Občina zdravja.

Tabela 1: Izpolnjevanje kriterijev aktivnosti občin za naziv Občina zdravja štirih občin dobitnic

	Občina Tolmin	Občina Žiri	Občina Logatec	MO Velenje
občinska strategija za zdravje	x	x	x	x
akcijski načrt za zdravje				x
lokalna skupina za zdravje		x		
projekti, povezani z zdravjem			x	
druge aktivnosti, povezane z zdravjem:				

- zagotavljanje dostopnosti zdravstvenih storitev	x	x		
- pomoč staršem ob rojstvu otroka	x			
- program za mlade	x		x	
- skrb za starejše	x	x	x	
- pomoč socialno šibkejšim, ranljivim	x	x	x	
- skrb za šport	x	x	x	x
- področje duševnega zdravja	x	x		
- trajnostna mobilnost		x		x
- skrb za zdravo okolje			x	x

Iz Tabele 1 je razvidno, da kljub temu, da imajo vse štiri dobitnice naziva Občina zdravja občinske strategije za zdravje, ima akcijski načrt le MO Velenje, lokalno skupino za zdravje le Občina Žiri, v projekte, povezane z zdravjem, pa je vključena le Občina Logatec. Vse štiri občine dobitnice sicer izvajajo različne aktivnosti, povezane z zdravjem. Pri vseh štirih občinah tako vidimo, da je še prostor za napredek.

#### 4 Proračunski odhodki dobitnic naziva Občina zdravja

Izdatki v občinskih proračunih se v skladu s Pravilnikom o programski klasifikaciji izdatkov občinskih proračunov razvrščajo v 21 področij porabe, med njimi se nahaja področje Zdravstveno varstvo (17).

Tabela 2 prikazuje strukturo proračunskih odhodkov slovenskih občin po področjih porabe za zadnje 10-letno obdobje (18).

Tabela 4: Struktura proračunskih odhodkov občin po področjih porabe, Slovenija, 2013–2022 (18 – lastno delo na podlagi podatkov, pridobljenih z Ministrstva za finance)

Področje porabe proračunskih sredstev	Delež proračunskih odhodkov 2013–2022
19 IZOBRAŽEVANJE	24,4 %
13 PROMET, PROMETNA INFRASTRUKTURA IN KOMUNIKACIJE	16,4 %
18 KULTURA, ŠPORT IN NEVLADNE ORGANIZACIJE	10,9 %
16 PROSTORSKO PLANIRANJE IN STANOVANJSKO KOMUNALNA DEJAVNOST	10,9 %
06 LOKALNA SAMOUPRAVA	9,6 %
15 VAROVANJE OKOLJA IN NARAVNE DEDIŠČINE	8,0 %
20 SOCIALNO VARSTVO	5,4 %
07 OBRAMBA IN UKREPI OB IZREDNIH DOGODKIH	2,6 %
14 GOSPODARSTVO	2,5 %
04 SKUPNE ADMINISTRATIVNE SLUŽBE IN SPLOŠNE JAVNE STORITVE	2,4 %
<b>17 ZDRAVSTVENO VARSTVO</b>	<b>1,4 %</b>
01 POLITIČNI SISTEM	1,2 %
11 KMETIJSTVO, GOZDARSTVO IN RIBIŠTVO	1,2 %
23 INTERVENCIJSKI PROGRAMI IN OBVEZNOSTI	1,0 %
12 PRIDOBIVANJE IN DISTRIBUCIJA ENERGETSKIH SUROVIN	0,8 %
22 SERVISIRANJE JAVNEGA DOLGA	0,4 %
10 TRG DELA IN DELOVNI POGOJI	0,4 %
02 EKONOMSKA IN FISKALNA ADMINISTRACIJA	0,1 %

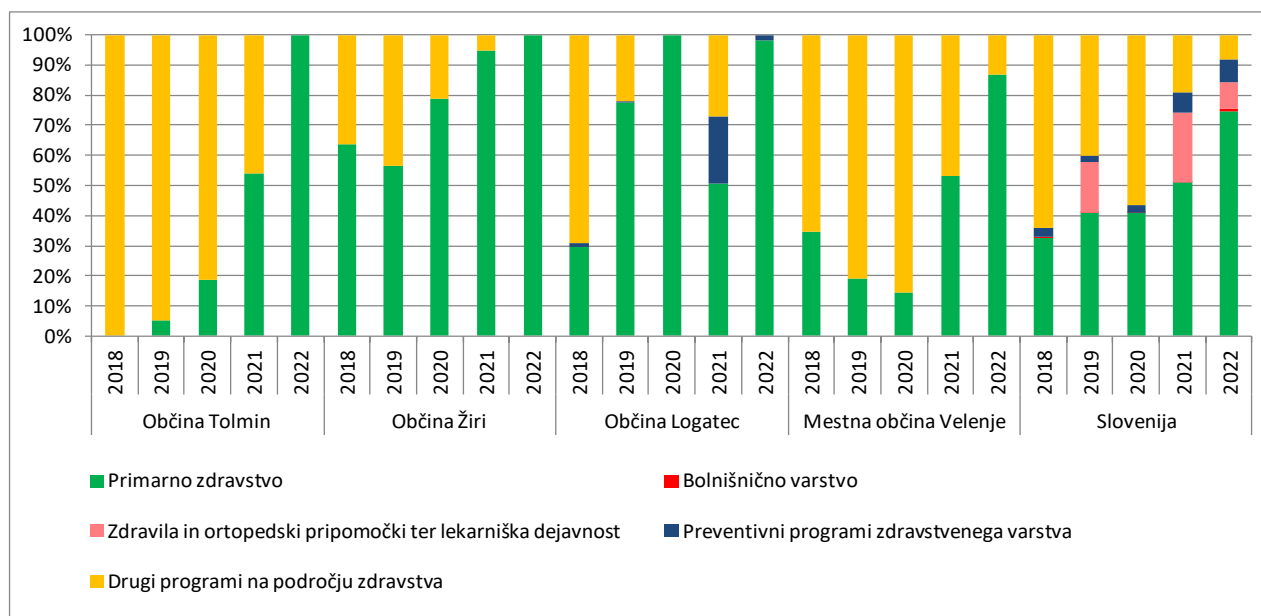
03 ZUNANJA POLITIKA IN MEDNARODNA POMOČ	0,1 %
08 NOTRANJE ZADEVE IN VARNOST	0,1 %
05 ZNANOST IN TEHNOLOŠKI RAZVOJ	0,0 %

Največji proračunski odhodek za slovenske občine predstavlja izobraževanje. Več kot 10 % so občine povprečno namenile še področju prometa, področju kulture, športa in nevladnih organizacij ter področju prostorskega planiranja in stanovanjsko komunalne dejavnosti. Odhodki občin za zdravstveno varstvo predstavljajo povprečno 1,4 % vseh odhodkov in se po vrstnem redu nahajajo na sredini področij; polovici področij je namenjeno več sredstev kot zdravstvenemu varstvu in polovici področij manj. Glede na številne dejavnike, ki vplivajo na zdravje posameznika, gre določen delež izdatkov znotraj drugih področij prav tako v prid zagotavljanju zdravja prebivalcev, vendar tega iz javno dostopnih podatkov ne moremo podrobneje opredeliti. Kljub temu, da se za dobitnice naziva Občina zdravja upoštevajo podatki o deležu občinskega proračuna, namenjenega področju zdravja v najširšem pomenu besede, lahko iz zaključnih računov občinskih proračunov razberemo vložek občin v zdravje zgolj v ožjem smislu (področje zdravstvenega varstva).

Področje porabe Zdravstveno varstvo se po klasifikaciji nadalje deli na glavne programe in podprograme (17):

- 1702 Primarno zdravstvo
- 17029001 Dejavnost zdravstvenih domov
- 1703 Bolnišnično varstvo
- 17039001 Investicijska vlaganja v bolnišnice
- 1705 Zdravila in ortopedski pripomočki ter lekarniška dejavnost
- 17059001 Lekarniška dejavnost
- 1706 Preventivni programi zdravstvenega varstva
- 17069001 Spremljanje zdravstvenega stanja in aktivnosti promocije zdravja
- 1707 Drugi programi na področju zdravstva
- 17079001 Nujno zdravstveno varstvo
- 17079002 Mrliško ogledna služba

Slika 2 prikazuje strukturo sredstev za zdravstveno varstvo, ki so jih Občine zdravja namenile posameznim glavnim programom zdravstvenega varstva v zadnjem 5-letnem obdobju (18–38).



Slika 4: Struktura sredstev za zdravstveno varstvo po glavnih programih zdravstvenega varstva, Občine zdravja in povprečje vseh slovenskih občin, 2018–2022 (18–38)

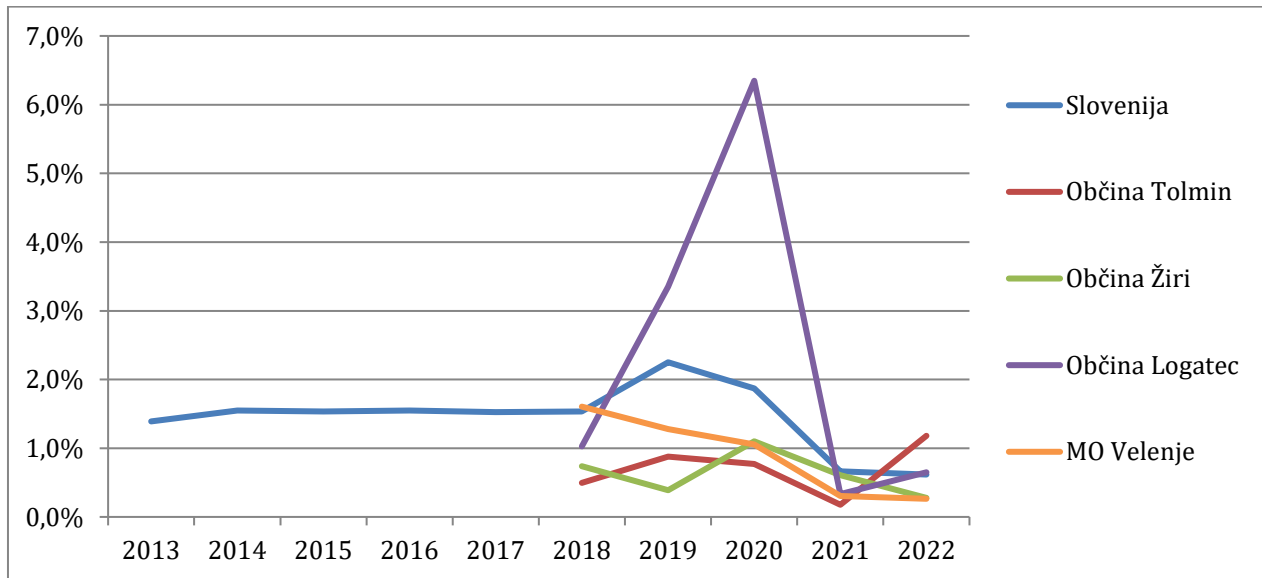
Nobena izmed štirih Občin zdravja v zadnjem 5-letnem obdobju ni namenjala finančnih sredstev za Bolnišnično varstvo ali za Zdravila in ortopedske pripomočke ter lekarniško dejavnost. Sredstva za Preven-

tivne programe je namenjala le občina Logatec, in sicer največ v letu 2021, to je 22 % sredstev, ki jih je občina namenila celotnemu Zdravstvenemu varstvu (glej Priloga 1). Pri vseh štirih Občinah zdravja, tako kot pri povprečju slovenskih občin, je nakazan trend

zviševanja sredstev, ki so namenjena Primarnemu zdravstvu.

Slika 3 prikazuje delež proračunskih sredstev, ki so jih Občine zdravja v zadnjih 5 letih namenile področju zdravstvenega varstva, v primerjavi s povprečjem

slovenskih občin za zadnjih 10 let. Podatke za Občine zdravja smo pridobili le za zadnje 5-letno obdobje, saj se to nanaša na obdobje, v katerem so bile prepoznane po svojih prizadevanjih za zdravje (18–38).



Slika 5: Delež proračunskih sredstev namenjenih Zdravstvenemu varstvu, Občine zdravja in povprečje slovenskih občin, 2013–2022 (18–38)

Kot smo pokazali v tabeli 2, so v obdobju 2013–2022 odhodki občin za zdravstveno varstvo znašali povprečno 1,4 % vseh odhodkov. Slika 3 kaže, da je bil delež proračunskih sredstev, ki so jih slovenske občine namenile zdravstvenemu varstvu, do leta 2019 relativno stabilen. V letu 2019 je doživel rast z 2,3-% deležem, že z naslednjim letom, v katerem smo se soočili z epidemijo koronavirusa, pa je sledil upad (glej Prilogo 2). Občina Tolmin je slovensko povprečje preseгла šele v letu 2022 z 1,2-% deležem, občina Žiri je v zadnjem 5-letnem obdobju bila pod slovenskim povprečjem, MO Velenje pa je slovensko povprečje preseгла zgolj v letu 2018 z 1,6-% deležem, od takrat pa ima trend zniževanja sredstev.

Najbolj izstopa Občina Logatec, ki je zdravstvenemu varstvu v letu 2019 namenila 3,4 % proračunskih sredstev in leta 2020 kar 6,3 % (glej Prilogo 2). Višji delež proračunskih sredstev leta 2019 gre na račun večjega deleža sredstev, namenjenega postavki Primarno zdravstvo (glej Prilogo 3) (27):

- adaptacija podstrešja v Zdravstvenem domu (ZD) Logatec,
- nabava motornega vozila oblike SUV (ZD),
- najem prostorov za izvajanje dejavnosti ZD Logatec,
- nakup nujnega reševalnega vozila tip B (ZD).

Prav tako je izrazito visok delež proračunskih sredstev Občine Logatec, namenjen zdravstvenemu varstvu, leta 2020 šel na račun sredstev, namenjenih postavki Primarno zdravstvo, in sicer za gradnjo prizidka k Zdravstvenemu domu Logatec (26).

## 5 Razprava

Iz dostopnih podatkov o utemeljitvi, zakaj je določena občina prejela naziv Občina zdravja, lahko v zvezi s kriteriji za izbor razberemo, da so imele vse štiri občine strategijo za zdravje oz. zdravje vključeno v občinsko razvojno strategijo. Akcijski načrt za področje zdravja je omenjen samo pri Mestni občini Velenje, lokalna akcijska skupina za zdravje pa samo pri Občini Žiri, in sicer za področje preprečevanja in zmanjševanja zasvojenosti. Vse štiri občine so izvajale številne aktivnosti, povezane z zdravjem, vključevanje v tovrstne projekte pa je omenjeno pri Občini Logatec.

Pri pregledu proračunskih sredstev občin vidimo, da so Občine zdravja v zadnjem 5-letnem obdobju področju zdravstvenega varstva namenjale večinoma nižje deleže, kot je povprečje vseh slovenskih občin. Izstopa sicer občina Logatec, ki je v letih 2019 in 2020 zdravstvenemu varstvu namenila izrazito višji



delež proračunskih sredstev, kar pa gre na račun sredstev, namenjenih postavki Primarno zdravstvo. V letu 2019 je znotraj te postavke največ sredstev namenila adaptaciji podstrešja v Zdravstvenem domu Logatec, v letu 2020 pa gradnji prizidka k Zdravstvenemu domu Logatec.

Do podobnih ugotovitev so prišli Devjak in sodelavci, ki so v raziskavi analizirali odhodke občin za zagotavljanje primarnega zdravstvenega varstva občanov v letih 2006–2008 (39). Slovenske občine so razdelili v 5 kategorij glede na število prebivalcev in ugotovili, da so bili proračunski odhodki na prebivalca v obdobju analize najnižji v velikih občinah in največji v manjših občinah. Najbolj so variirali v majhnih občinah, velika variabilnost po občinah pa je bila posledica investicijskih aktivnosti v zdravstvu, ki je pri majhnih občinah tudi najizrazitejša (Primarno zdravstveno varstvo občanov).

Pomembno je, da lokalna skupnost v svojem proračunu zagotovi zadostna dodatna finančna sredstva za primarno zdravstveno raven (sredstva države za kakovostne zdravstvene storitve niso zadostna, zlasti na področju preventive) kot tudi sredstva za omogočanje in spodbujanje zdravega življenjskega sloga. Gre za načrtovanje igralnih površin, igrišč, parkov, kolesarskih poti in pešpoti, telovadnih in vadbenih prostorov, financiranje različnih preventivnih in športno-rekreativnih programov (40).

Iz pregleda štirih dobitnic naziva Občina zdravja vidimo, da se niso odlikovale prav pri vseh omenjenih kriterijih (zdravstveni kazalniki, občinska strategija za zdravje, akcijski načrt za zdravje, lokalna skupina za zdravje, projekti in aktivnosti, povezane z zdravjem, delež proračunskih sredstev, namenjen področju zdravja). Vendar je med merili izpostavljeno, da je ključna tudi zainteresiranost in aktivnost občine, ki meri na izboljšanje zdravja prebivalcev.

Prednosti projektne naloge so, da sem opravila celovit pregled področja skrbi občin za zdravje in analizirala vložek v zdravje štirih dobitnic naziva Občina zdravja, ki so preostalim slovenskim občinam lahko v zgled in navdih. Glavna omejitev raziskovanja je, da se pri kriterijih Občine zdravja upošteva delež občinskega proračuna, namenjenega področju zdravja v najširšem pomenu besede, podrobni podatki o postavkah občinskega proračuna v zvezi s tem pa javno niso dostopni. Iz zaključnih računov občinskih proračunov sem lahko razbrala le vložek občin v zdravje v ožjem smislu (področje zdravstvenega varstva).

## 6 Priporočila za vključitev novih kazalnikov v prikaz Zdravje v občini

Glede na to, da naziv Občina zdravja določene občine izpostavi ostalim za zgled, bi se med kazalnike Zdravja v občini lahko vključili kriteriji, ki so pomembni pri izboru Občine zdravja:

- ali ima občina krovno občinsko strategijo za zdravje,
- ali ima akcijski načrt za zdravje,
- ali obstaja in aktivno deluje lokalna skupina za zdravje;
- ali sodeluje v evropskih projektih, s pomočjo katerih pridobiva finančna sredstva za zdravje;
- delež občinskega proračuna, ki je namenjen področju zdravja.

V zvezi z občinskimi proračunskimi sredstvi bi bilo smiselno, da bi NIJZ transparentno objavil kriterije, katere proračunske postavke zajemajo skrb za področje zdravja v širšem smislu. Tako bi se lahko na portalu Zdravje v občini zbrali podatki o tem za vse slovenske občine, kar bi omogočilo primerjavo. Sicer bi pa lahko kot kazalnik bil izpostavljen vsaj podatek o deležu proračunskih sredstev občin, ki so namenjena zdravju v ožjem smislu (področje zdravstvenega varstva).

Pomembno je, da tudi lokalni odločevalci spoznajo, da je prispevek k zdravju prebivalstva hkrati prispevek h gospodarstvu, produktivnosti, socialno-ekonomskemu razvoju in blaginji. Le zdravi občani so sposobni za delo in so pri tem tudi uspešni, uspešnost pri delu pa vodi do produktivnosti in gospodarske uspešnosti podjetij v občini ter posledično do večje gospodarske uspešnosti občine, saj bodo proračunski prihodki občine večji (40).

## 7 Zaključek

Občine imajo pomembno vlogo pri skrbi za zdravje prebivalcev. Kazalniki Zdravje v občini in nagrada Občina zdravja sta lokalnim odločevalcem lahko spodbuda, da povečajo svoje aktivnosti na področju zdravja. Z umestitvijo novih kazalnikov s področja zdravstvenega varstva med kazalnike Zdravja v občini bi lokalne odločevalce lahko dodatno motivirali k vlaganju v zdravje občanov, saj bi se lahko med seboj primerjali. Po vzoru kriterijev za naziv Občina zdravja predlagamo kazalnike Krovna občinska strategija za zdravje, Akcijski načrt za zdravje, Lokalna skupina za zdravje, Sodelovanje v evropskih projektih s področja varovanja in krepitev zdravja in Delež

proračunskih sredstev občine, namenjenih področju zdravja.

## LITERATURA IN VIRI:

1. Delež proračunskih odhodkov slovenskih občin 2013-2022: osebna komunikacija, Ministrstvo za finance RS.
2. Devjak S, Devjak T, Berčnik S. Dejavniki tveganja za zdravje in življenjski slog v občinah osrednje slovenske regije. Revija za zdravstvene vede. 2019;6(1):3-21.
3. Devjak T, Devjak S. Primarno zdravstveno varstvo občanov: partnerstvo med lokalno skupnostjo in zdravstvenimi domovi. Revija za zdravstvene vede. 2014;1(1):107-118.
4. Eurostat Data Browser [citirano 1. 12. 2023]. Dostopno na: [https://ec.europa.eu/eurostat/data-browser/view/hlth\\_sha11\\_hc\\_custom\\_9137177/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/data-browser/view/hlth_sha11_hc_custom_9137177/default/table?lang=en)
5. Gov.si. Mreža javne zdravstvene službe. [citirano 1. 12. 2023]. Dostopno na: <https://www.gov.si teme/mreza-javne-zdravstvene-sluzbe/>  
<https://logatec.si/images/IZBOR/PRORACUN/ZAKLJUCNI%20RACUN%20OBCINE%20LOGATEC%20ZA%20LETO%202018.pdf>  
[https://www.logatec.si/images/2021/Zakljucni\\_racun/ZA-KLJU%C4%8CNI\\_RA%C4%8CUN\\_PRORA%C4%8CUNA\\_OB%C4%8CINE\\_LOGATEC\\_ZA\\_LETO\\_2020\\_celota.pdf](https://www.logatec.si/images/2021/Zakljucni_racun/ZA-KLJU%C4%8CNI_RA%C4%8CUN_PRORA%C4%8CUNA_OB%C4%8CINE_LOGATEC_ZA_LETO_2020_celota.pdf)  
[https://www.logatec.si/images/IZBOR/LOGASKE%20NOVICE/2023/Uradne\\_april\\_2023.pdf](https://www.logatec.si/images/IZBOR/LOGASKE%20NOVICE/2023/Uradne_april_2023.pdf)
6. Mreža JZ službe <https://www.gov.si teme/mreza-javne-zdravstvene-sluzbe/>
7. NIJZ. Občina Logatec prejela naziv Občina zdravja 2022. 2022 [citirano 1. 12. 2023]. Dostopno na: <https://nijz.si/mediji/obcina-logatec-je-prejela-naziv-obcina-zdravja-2022/>
8. Občina zdravja 2020 <https://obcine.nijz.si/vsebine/obvestila/obcina-zdravja-2020-je-obcina-tolmin-111/>
9. Občina zdravja 2021 <https://obcine.nijz.si/vsebine/obvestila/obcina-ziri-slovenska-obcina-zdravja-2021-110/>
10. Občina zdravja 2022 <https://nijz.si/mediji/obcina-logatec-je-prejela-naziv-obcina-zdravja-2022/>
11. Občina zdravja 2023 <https://obcine.nijz.si/vsebine/obvestila/mo-velenje-je-obcina-zdravja-2023-151/>
12. Občina zdravja <https://zlatikamen.si/clanki/kaj-je-obcina-zdravja/>
13. Pahor M, Huber I, Peternel L. Zdrava skupnost. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2018.
14. Programska klasifikacija izdatkov <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MF/Proracun-direktorat/DP-SSFLS/Prirocniki/programskaklas-obrazlozitev-dec08.pdf>
15. Republika Slovenija Ministrstvo za finance. Programska klasifikacija izdatkov občinskih proračunov. Opis področij proračunske porabe, glavnih programov in podprogramov. 2008 [citirano 1. 12. 2023]. Dostopno na: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MF/Proracun-direktorat/DP-SSFLS/Prirocniki/programskaklas-obrazlozitev-dec08.pdf>
16. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja« (Uradni list RS, št. 25/16)
17. Statistični urad RS. Med epidemijo covid-19 izdatki za zdravstveno varstvo v 2021 za več kot desetino višji kot leto prej [citirano 1. 12. 2023]. Dostopno na: <https://www.stat.si/statweb/News/Index/11179>
18. Ustava Republike Slovenije (Uradni list RS, št. 33/91-I, 42/97 – UZS68, 66/00 – UZ80, 24/03 – UZ3a, 47, 68, 69/04 – UZ14, 69/04 – UZ43, 69/04 – UZ50, 68/06 – UZ121,140,143, 47/13 – UZ148, 47/13 – UZ90,97,99, 75/16 – UZ70a in 92/21 – UZ62a)
19. Ustava RS <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=USTA1>
20. Zaključni račun proračuna in letno poročilo Občine Žiri za leto 2022. 2023 [citirano 1. 12. 2023]. Dostopno na: <https://www.ziri.si/vsebina/zakljucni-racun-proracuna-obcine-ziri-za-leto-2022>

21. Zaključni račun proračuna in letno poročilo Občine Žiri za leto 2021. 2022 [citirano 1. 12. 2023]. Dostopno na: <https://www.ziri.si/vsebina/zakljucni-racun-proracuna-2021>
22. Zaključni račun proračuna in letno poročilo Občine Žiri za leto 2020. 2021 [citirano 1. 12. 2023]. Dostopno na: <https://www.ziri.si/vsebina/zakljucni-racun-za-leto-2020>
23. Zaključni račun proračuna in letno poročilo Občine Žiri za leto 2019. 2020 [citirano 1. 12. 2023]. Dostopno na: <https://www.ziri.si/DownloadFile?id=276785>
24. Zaključni račun proračuna in letno poročilo Občine Žiri za leto 2019. 2020 [citirano 1. 12. 2023]. Dostopno na: <https://www.ziri.si/DownloadFile?id=276778>
25. Zaključni račun proračuna Mestne občine Velenje za leto 2018. 2019. [citirano 1. 12. 2023]. Dostopno na: <https://www.velenje.si/app/uploads/2022/06/E4-ZR-2018-SPLET.pdf>
26. Zaključni račun proračuna Mestne občine Velenje za leto 2019. 2020. [citirano 1. 12. 2023]. Dostopno na: <https://www.velenje.si/app/uploads/2022/06/f4-zr-2019-splet.pdf>
27. Zaključni račun proračuna Mestne občine Velenje za leto 2020. 2021. [citirano 1. 12. 2023]. Dostopno na: <https://www.velenje.si/app/uploads/2022/06/F4-ZR-2020-Priloga-k-1.-clenu-odloka.pdf>
28. Zaključni račun proračuna Mestne občine Velenje za leto 2021. 2022. [citirano 1. 12. 2023]. Dostopno na: <https://www.velenje.si/app/uploads/2022/06/E4-ZR-2021-splet.pdf>
29. Zaključni račun proračuna Mestne občine Velenje za leto 2022. 2023. [citirano 1. 12. 2023]. Dostopno na: <https://www.velenje.si/app/uploads/2022/06/E0-ZR-2022-SPLET.pdf>
30. Zaključni račun proračuna Občine Logatec za leto 2018. 2019 [citirano 1. 12. 2023]. Dostopno na:
31. Zaključni račun proračuna Občine Logatec za leto 2019. 2020 [citirano 1. 12. 2023]. Dostopno na: <https://logatec.si/images/IZBOR/PRORACUN/ZAKLJUCNI%20RACUN%20PRORACUNA%20OB-CINE%20LOGATEC%20ZA%20LETO%202019.pdf>
32. Zaključni račun proračuna Občine Logatec za leto 2020. 2021 [citirano 1. 12. 2023]. Dostopno na:
33. Zaključni račun proračuna Občine Logatec za leto 2021. 2022 [citirano 1. 12. 2023]. Dostopno na: [https://www.logatec.si/images/2022/Zakljucni\\_racun\\_2021/ZA-KLJU%20C4%20CNI\\_RA%20C4%20CUN\\_OB%20C4%20CINE\\_LOGATEC\\_za\\_leto\\_2021.pdf](https://www.logatec.si/images/2022/Zakljucni_racun_2021/ZA-KLJU%20C4%20CNI_RA%20C4%20CUN_OB%20C4%20CINE_LOGATEC_za_leto_2021.pdf)
34. Zaključni račun proračuna Občine Logatec za leto 2022. 2023 [citirano 1. 12. 2023]. Dostopno na:
35. Zaključni račun proračuna Občine Tolmin za leto 2018. 2019 [citirano 1. 12. 2023]. Dostopno na: <https://www.tolmin.si/objava/185090>
36. Zaključni račun proračuna Občine Tolmin za leto 2019. 2020 [citirano 1. 12. 2023]. Dostopno na: <https://www.tolmin.si/objava/297513>
37. Zaključni račun proračuna Občine Tolmin za leto 2020. 2021 [citirano 1. 12. 2023]. Dostopno na: <https://www.tolmin.si/objava/410325>
38. Zaključni račun proračuna Občine Tolmin za leto 2021. 2022 [citirano 1. 12. 2023]. Dostopno na: <https://www.tolmin.si/objava/651741>
39. Zaključni račun proračuna Občine Tolmin za leto 2022. 2023 [citirano 1. 12. 2023]. Dostopno na: <https://www.tolmin.si/objava/783595>
40. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, 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, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS, 141/22 – ZNUNBZ, 40/23 – ZČmIS-1 in 78/23)
41. Zakon o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 – ZZUOOP, 203/20 – ZIUPOPDVE, 112/21 – ZNUPZ, 196/21 – ZDOsk, 100/22 – ZNUZSZS, 132/22 – odl. US, 141/22 – ZNUNBZ, 14/23 – odl. US in 84/23 – ZDOsk-1)

42. Zaletel-Kragelj L, Eržen I, Kukec A, ur. Determinante zdravja. Izhodiščno študijsko gradivo. Specializacija iz javnega zdravja, Dvosemestrski podiplomski študij iz javnega zdravja, Modul »Determinante zdravja«.
43. Zavod za zdravstveno varstvo Nova Gorica. Strategija za zmanjševanje neenakosti v zdravju s krepitvijo zdravja v goriški statistični regiji [citirano 1. 12. 2023]. Dostopno na: [https://www.nova-gorica.si/media/nrqfzaar/2011041510053567\\_april\\_10\\_1.pdf?m=1302854735](https://www.nova-gorica.si/media/nrqfzaar/2011041510053567_april_10_1.pdf?m=1302854735)
44. Zdravje v občini. Determinante zdravja; 2016 [citirano 1. 12. 2023]. Dostopno na: <https://obcine.nijz.si/vsebine/izbrane-vsebine/determinante-zdravja-118/>
45. Zdravje v občini. MO Velenje je Občina zdravja 2023. [citirano 1. 12. 2023]. Dostopno na: <https://obcine.nijz.si/vsebine/obvestila/mo-velenje-je-obcina-zdravja-2023-151/>
46. Zdravje v občini. Občina zdravja 2020 je občina Tolmin [citirano 1. 12. 2023]. Dostopno na: <https://obcine.nijz.si/vsebine/obvestila/obcina-zdravja-2020-je-obcina-tolmin-111/>
47. Zdravje v občini. Občina Žiri – slovenska Občina zdravja 2021. [citirano 1. 12. 2023]. Dostopno na: <https://obcine.nijz.si/vsebine/obvestila/obcina-ziri-slovenska-obcina-zdravja-2021-110/>
48. Zlati kamen. Kaj je občina zdravja? 2020 [citirano 1. 12. 2023]. Dostopno na: <https://zlatikamen.si/clanki/kaj-je-obcina-zdravja/>
49. ZZDej <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO214>
50. ZZVZZ <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO213>

**Priloga 1:** Delež sredstev za zdravstveno varstvo po glavnih programih zdravstvenega varstva, Občine zdravja in povprečje vseh slovenskih občin, 2018–2022

		Primarno zdravstvo	Bolnišnično varstvo	Zdravila in ortopedski pripomočki ter lekarniška dejavnost	Preventivni programi zdravstvenega varstva	Drugi programi na področju zdravstva
<b>Občina Tolmin</b>	2018	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %
	2019	5,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	94,8 %
	2020	18,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	81,2 %
	2021	54,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	45,8 %
	2022	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
<b>Občina Žiri</b>	2018	63,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	36,2 %
	2019	56,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	43,4 %
	2020	78,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	21,2 %
	2021	94,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	5,4 %
	2022	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
<b>Občina Logatec</b>	2018	29,6 %	0,0 %	0,0 %	1,4 %	69,0 %
	2019	77,7 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	22,1 %
	2020	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	2021	50,5 %	0,0 %	0,0 %	22,3 %	27,2 %
	2022	98,1 %	0,0 %	0,0 %	1,9 %	0,0 %
<b>MO Velenje</b>	2018	34,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	65,2 %
	2019	19,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	81,0 %
	2020	14,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	85,6 %
	2021	53,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	46,9 %

	2022	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	15,4 %
<b>Slovenija</b>	2018	32,7 %	0,0 %	0,0 %	3,0 %	64,2 %
	2019	49,1 %	0,2 %	20,0 %	2,5 %	47,9 %
	2020	41,0 %	0,0 %	0,0 %	2,4 %	56,5 %
	2021	66,1 %	0,3 %	30,0 %	8,3 %	25,1 %
	2022	82,1 %	0,6 %	10,0 %	8,2 %	9,0 %

\*Vir: 18–38

**Priloga 2:** Delež proračunskih sredstev namenjenih Zdravstvenemu varstvu, Občine zdravja in povprečje slovenskih občin, 2013–2022 (18–38)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Slovenija	1,4%	1,5%	1,5%	1,6%	1,5%	1,5%	2,3%	1,9%	0,7%	0,6%
Občina Tolmin	*	*	*	*	*	0,5%	0,9%	0,8%	0,2%	1,2%
Občina Žiri	*	*	*	*	*	0,7%	0,4%	1,1%	0,6%	0,3%
Občina Logatec	*	*	*	*	*	1,0%	3,4%	6,3%	0,3%	0,6%
Mestna občina Velenje	*	*	*	*	*	1,6%	1,3%	1,1%	0,3%	0,3%

\* Podatka nismo pridobili.

\* Vir: 18–38

**Priloga 3:** Struktura proračunskih sredstev Občine Logatec, namenjenih področju zdravstvenega varstva, v €, 2018–2022

<b>Občina Logatec</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
<b>Število prebivalcev</b>	13.976	14.150	14.396	14.681	14.699
<b>Proračunski odhodki skupaj</b>	13.452.268	13.195.498	17.099.630	16.681.258	17.513.326
<b>Zdravstveno varstvo</b>	138.096	442.309	1.085.444	55.524	113.466
<b>Primarno zdravstvo</b>	40.897	343.757	1.085.444	28.024	111.301
<i>Dejavnost zdravstvenih domov</i>		343.757	1.085.444	28.024	111.301
<b>Bolnišnično varstvo</b>	0	0	0	0	0
<i>Investicijska vlaganja v bolnišnice</i>	0	0	0	0	0
<b>Zdravila in ortopedski pripomočki ter lekarniška dejavnost</b>	0	0	0	0	0
<i>Lekarniška dejavnost</i>	0	0	0	0	0
<b>Preventivni programi zdravstvenega varstva</b>	1.903	869	0	12.377	2.165
<i>Spremljanje zdravstvenega stanja in aktivnosti promocije zdravja</i>	1.903	869	0	12.377	2.165
<b>Drugi programi na področju zdravstva</b>	95.296	97.683	0	15.123	0
<i>Nujno zdravstveno varstvo</i>	76.861	69.976	0	7.482	0
<i>Mrliško ogledna služba</i>	18.435	27.707	0	7.640	0

\* Podatki o številu prebivalcev na 1. januar.

\* Vir: 24–28



# Vloga vodstvenega kadra pri razvoju programov promocije zdravja pri delu

Avtor: dr. Andrea Margan, dr. med., mentor: prof. dr. Petra Došenović Bonča

## Povzetek:

*V skladu s slovensko zakonodajo je delodajalec dolžan poskrbeti za varnost in zdravje zaposlenih. Pri tem ločimo ukrepe varnosti in zdravja pri delu, katerih cilj je preprečiti nevarnosti, ki nastanejo na delovnem mestu in bi lahko ogrozile varnost zaposlenih ali škodovale njihovemu zdravju, in dejavnosti promocije zdravja pri delu, katerih cilja sta krepitev telesnega in duševnega zdravja zaposlenih ter skrb za dobro počutje zaposlenih na delovnem mestu. Uspešna promocija zdravja pri delu mora služiti ciljem managementa in podpirati poslovno strategijo organizacije oz. podjetja. V nalogi smo opredelili vlogo vodstvenih delavcev pri promociji zdravja ter aktivnosti, s katerimi bi se po našem mnenju lahko izboljšala učinkovitost preventivnih ukrepov.*

## 1 Uvod

### 1.1 Varnost, zdravje in dobro počutje pri delu

Strategijo razvoja področja varnosti in zdravja pri delu v Sloveniji določa nacionalni program varnosti in zdravja pri delu, katerega namena sta varovanje življenja, zdravja in delovne zmožnosti delavcev ter preprečevanje nezgod pri delu, poklicnih bolezni in bolezni, povezanih z delom (UL 23/18).

Eden od načinov preprečevanja bolezni, povezanih z delom, in utrjevanja zdravja delovne populacije so na delovno mesto usmerjeni ukrepi. Pri tem ločimo ukrepe varnosti in zdravja pri delu, katerih cilj je zagotoviti varno in zdravo delovno okolje, in dejavnosti, katerih cilja sta izboljšanje delazmožnosti in skrb za dobro počutje zaposlenih.

Smoter ukrepov varnosti in zdravja pri delu (VZD) je preprečiti nevarnosti, ki nastanejo na delovnem mestu ali iz njega izvirajo in bi lahko ogrozile varnost zaposlenih ali škodovale njihovemu zdravju. Dejavnosti, katerih cilj je izboljšanje zdravja zaposlenih in njihovega dobrega počutja na delovnem mestu, imenujemo promocija zdravja na delovnem mestu (PZD). VZD in PZD sta komplementarna pristopa in zato oba potrebna za doseganje zdravja delavcev po bio-psiho-socialnem modelu.

Čeprav skrb za varnost in zdravje zaposlenih ni zgolj interes delodajalcev, temveč širše družbe, sta v praksi varnost in zdravje zaposlenih po večini najbolj odvisna od odločitev delodajalca in aktivnosti, ki jih podpira, ter učinkovitosti nadzora inšpekcije za delo. Delodajalec zagotavlja varnost in zdravje pri delu v skladu z zakonom o varnosti in zdravju pri delu in

drugimi predpisi ter je odgovoren za izvajanje ukrepov, ki podpirajo varno in zdravo delovno okolje. Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1), sprejet leta 2011, kot pomembno in izstopajočo novost v celotnem evropskem prostoru uvaja obveznost izvajanja PZD-ja (UL 43/2011).

Razvoj promocije zdravja na delovnem mestu v Sloveniji se je začel po sprejemu Resolucije o nacionalnem programu varnosti in zdravja pri delu iz leta 2003, ki PZD uvršča med vsebinske (neformalne) ukrepe na ravni države in določa njene cilje: omogočanje zdravega in varnega delovnega okolja, ohranjanje delovne sposobnosti ter zmanjševanje prezgodnjega upokojevanja in pretirane odsotnosti z dela zaradi bolezni, preprečevanje poškodb pri delu, poklicnih bolezni ali bolezni, na nastanek katerih je vplivalo delo, okolje, življenjski slog ali socialne determinante, omogočanje optimalnega ravnotežja med ekonomskim interesom in delovno zmožnostjo, ohranjanje splošnega življenjskega okolja, omogočanje zdravih in okolju prijaznih izdelkov. Resolucija predlaga, da se PZD gradi na obstoječi praksi za varnost in zdravje pri delu ter naj postane del politike podjetja, ki naj skrbi za ohranjanje delovne sposobnosti delavca in njegovo zaposljivost skozi vse življenje (UL 126/2003).

Promocija zdravja na delovnem mestu je opredeljena kot sistematične ciljne aktivnosti in ukrepi, ki jih delodajalec izvaja zaradi ohranjanja in krepitev telesnega in duševnega zdravja delavcev. Delodajalec mora v skladu z zakonodajo načrtovati in izvajati PZD ter zanj zagotoviti potrebna sredstva in način spremljanja njenega izvajanja (UL 43/2011). Po več

kot desetih letih od implementacije PZD-ja v zakonodajo v Sloveniji še vedno nimamo sistematične analize (ne)uspešnosti omenjenih aktivnosti pri zagotavljanju oz. ohranjanju varnosti in zdravja pri delu. Na voljo so zgolj neuradne ocene specialistov medicine dela o njihovi (ne)vključenosti v načrtovanje aktivnosti PZD-ja, ki jih delijo na svojih strokovnih srečanjih, in predlogi različnih aktivnosti promocije, zapisani v izjavah o varnosti z oceno tveganja.

Programi promocije zdravja na delovnem mestu, ki so pogosto priloga izjave o varnosti z oceno tveganja, so povečini seštevek splošnih aktivnosti, usmerjenih v skrb za zdrav življenjski slog, in ne aktivnosti, ki bi temeljile na analizi kazalnikov zdravja zaposlenih. Tako zastavljena promocija zdravja na delovnem mestu ne sledi svoji temeljni zahtevi, ki govori o tem, da so aktivnosti PZD-ja vedno usmerjene in prilagojene potrebam konkretnih zaposlenih. Iz izkušenj lahko komentiramo, da so aktivnosti, zapisane v promociji zdravja na delovnem mestu, pogosto stvar navdiha (in razpoložljivih sredstev) snovalcev programa in različnih ponudnikov »storitev promocije zdravja na delu«.

Zaradi opisanih razlogov je možno sklepati, da se omenjene aktivnosti izvajajo predvsem z namenom implementacije zakonodaje, ne pa zaradi zasledovanja dolgoročnih interesov. Ker je promocija zdravja na delovnem mestu nastala na pobudo vodstvenih delavcev podjetij v ZDA, se zastavlja vprašanje, kako slovenske menedžerje spodbuditi, da PZD vidijo kot dolgoročen strateški cilj podjetja. Načrtovanje in ustvarjanje delovnih okolij, ki zaposlene večstransko podpirajo pri ohranjanju zdravja in doseganju osebnih ciljev, bi morala biti enako pomembna dela poslovnih aktivnosti, kot so to nabava strateških surovin ali dobitek od prodaje.

## 1.2 Namen in cilji naloge

Namen naloge je prispevati k večji učinkovitosti ukrepov PZD-ja in proučiti vlogo vodstvenih delavcev pri tem.

V povezavi s tem namenom želimo uresničiti več ciljev, in sicer:

- opredeliti koncept PZD-ja in njegovo umestitev v sistem varnosti in zdravja pri delu;
- prikazati faze načrtovanja PZD-ja in vlogo različnih deležnikov s poudarkom na vlogi vodstva;
- prikazati dejavnike, ki vplivajo na odločitev vodstva za uvajanje PZD-ja;
- prikazati pomanjkljivosti ocenjevanja učinkovitosti programov PZD-ja;

- prikazati PZD v Sloveniji ter prednosti in slabosti izvajanja PZD-ja v Sloveniji;
- opredeliti kritične točke načrtovanja PZD-ja in dejavnike aktivnejše vloge vodstva pri implementaciji PZD-ja v Sloveniji;
- opredeliti vlogo specialistov medicine dela pri PZD-ju in strokovni pomoči vodstvu;
- oblikovati priporočila za okrepitev učinkovitih aktivnosti PZD-ja.

Glede na navedene cilje bomo v 2. poglavju prikazali koncept promocije zdravja pri delu, vlogo vodstva pri načrtovanju PZD-ja in dejavnike, ki vplivajo na odločitev za uvedbo PZD-ja. V 3. poglavju se bomo usmerili v pregled stanja promocije zdravja na delovnem mestu v Sloveniji. V diskusiji bomo izluščili kritične točke pri izvedbi PZD-ja in vlogi managementa pri teh točkah. V zaključku bomo podali priporočila, ki bi lahko prispevala k izboljšanju uspeha promocije zdravja na delovnem mestu.

## 1.3 Metode dela

V nalogi bomo pregledali in analizirali literaturo s področja PZD-ja s poudarkom na raziskovanju razlogov za uvajanje PZD-ja in vloge vodstvenih delavcev.

Na podlagi literature in lastnih izkušenj bomo izvedli kritično presojo obstoječe ureditve in izvedbe PZD-ja ter opredelili ključne dejavnike, ki vplivajo na odločanje o promociji zdravja na delovnem mestu, zlasti vodstvenega kadra.

Glavni viri podatkov bodo svetovni splet, tiskane ali spletne publikacije ter podatki, pridobljeni v Centru za promocijo zdravja Kliničnega inštituta za medicino dela, prometa in športa, UKC Ljubljana.

## 2 Promocija zdravja pri delu

Številni sodobni ukrepi PZD-ja temeljijo na fitness programih, ki so nastali po drugi svetovni vojni v ZDA na pobudo vodstvenih delavcev korporacij. Namen teh programov je bil izboljšati produktivnost zaposlenih s podpiranjem zdravega življenjskega sloga. V 70. letih 20. stoletja je število internih korporativnih programov v ZDA naraščalo. Direktorji v podjetjih in industriji, povezani v Združenju za fitness v poslovnem svetu (ang. Association for Fitness in Business), so z organiziranjem številnih konferenc omogočili širjenje mreže podjetij s fitness programi (Sparling, 2010).

Desetletje pozneje se je področje potencialnih koristi fitness programov širilo tudi na zdravstvene teme.

Ustrezna telesna pripravljenost zaposlenih ni bila več edini pogoj za uspešno obvladovanje problemov, povezanih z delazmožnostjo zaposlenih. Zaradi organizacijskih sprememb in želje po večji produktivnosti so vodstva podjetij v tem obdobju vzpostavila nove povezave s službami medicine dela in službami za ravnanje s človeškimi viri. Že vzpostavljeni programi so se krepili na način, da so postajali dostopni zaposlenim na vseh delovnih mestih. Združenje za fitnes v poslovnem svetu je postalo zagovornik prehoda od »korporativnega fitnesa«, usmerjenega na telesno pripravljenost, k dobremu počutju na delovnem mestu in se je preimenovalo v Združenje za promocijo zdravja na delovnem mestu (Sparling, 2010).

PZD temelji na predvidevanju, da je zdravje zaposlenih bistven element pri določanju dolgoročnega uspeha podjetja. Delovna mesta so zaznana kot ena izmed najpomembnejših okolij za promocijo zdravja. Raziskave kažejo, da so vodenje, organizacijska kultura in organizacija delovnega mesta pomembne determinante zdravja zaposlenih (Shain & Kramer, 2004).

Prvo definicijo koncepta PZD-ja najdemo pri Parkinsonu leta 1982, ki pravi, da je promocija zdravja na delovnem mestu je kombinacija izobraževalnih, organizacijskih in okoljskih dejavnosti, oblikovanih za podpiranje vedenja, ki prispeva k zdravju zaposlenih in njihovih družin (Parkinson, 1982). Definicija PZD-ja, sprejeta na srečanju Evropske mreže za promocijo zdravja pri delu leta 1997, pravi, da je promocija zdravja na delovnem mestu skupni napor delodajalcev, delavcev in družbe za izboljšanje zdravja in blaginje ljudi na delovnem mestu. Deklaracija pravi, da »... lahko to dosežemo s pomočjo kombinacije izboljšanja organizacije dela in delovnega okolja, promocije sodelovanja zaposlenih pri dejavnostih za boljše zdravje in spodbujanja osebnega razvoja« (ENWHP, 1997).

Cilji PZD-ja so bolj zdrav življenjski slog, boljše splošno zdravje in premik paradigme od zdravljenja k preventivi. To vključuje primarno preventivo s ciljem ohraniti zdrave zaposlene, sekundarno preventivo, ki stremi k preprečevanju bolezni v skupinah z visokim tveganjem, ter terciarno preventivo, katere cilje je pomagati obolelim pri obvladovanju bolezni (ENWHP, 1997).

Za učinkovito PZD morajo biti izpolnjeni določeni pogoji (Miklič Milek & Urdih Lazar, 2016):

- organizacija mora biti predana izboljšanju zdravja delovne sile;
- zaposleni morajo biti ustrezno informirani in vključeni v procese odločanja;

- razvijanje delovne kulture, ki temelji na partnerstvu;
- organiziranje delovnih nalog in procesov tako, da prispevajo k zdravju, ne pa mu škodujejo;
- izvajanje politik in praks, ki izboljšujejo zdravje zaposlenih, in sicer tako, da so odločitve za zdrav način življenja enostavne;
- spoznanje, da organizacije vplivajo na ljudi in da to ne pripomore vedno k njihovemu zdravju in blaginji.

PZD je del širšega sistema varnosti in zdravja pri delu, zato je predpogoj za njegovo uspešno uvajanje visoka raven varnostne kulture pri delu. To pomeni, da se tako vodje kot tudi ostali zaposleni dobro zavedajo, da si skrb za varnost in zdravje pri delu delijo v okviru svojih kompetenc. V podjetjih, kjer takšnih zavez ni, tudi ni mogoče pričakovati, da bo promocija zdravja na delovnem mestu uspešna. Uspešno upravljanje varnosti in zdravja pri delu je možno le ob dobro izvedeni oceni tveganja.

Namen ocene tveganja je identificirati in oceniti dejavnike tveganja za varnost in zdravje zaposlenih ter opredeliti ukrepe, ki bodo vodili k zmanjšanju tveganj. Analiza tveganj lahko predstavlja ozadje za doseganje »minimalnih« ciljev (tj. doseganje stopnje sprejemljivosti, ki jih želimo doseči s pomočjo strategije PZD-ja in potencialnih dejavnosti podjetja). Pri ocenjevanju tveganj gre za sistematično proučitev vseh vidikov, povezanih z delovnim mestom (od ekoloških nevarnosti do psihosocialnih tveganj na delovnem mestu). Pravilno narejena ocena tveganja je tudi izhodišče za določanje aktivnosti PZD-ja. V okviru pristopa PZD-ja predstavljajo rezultati ocene tveganja informacijo o potrebnosti okrepitve dejavnikov in virov, ki podpirajo promocijo zdravja delavcev. Postopek ocene tveganja predstavlja smernice in zamisli za strategije in dejavnosti za promocijo zdravja, kot so spremembe vrednot podjetja, strategija, udeležba zaposlenih pri načrtovanju in usmerjanju procesov ter širjenje informacij. EU komisija je kot podlago za nacionalne predpise v zvezi z oceno tveganja predlagala sistematičen model, ki vodi od prepoznavanja nevarnosti preko analize in vrednotenja tveganj do odpravljanja tveganja. Dolžnost delodajalca je, da izvede oceno tveganja za vsa delovna mesta. Bistveno je, da imamo oceno tveganja za obsežen in trajen proces ukrepov v podjetju (Ylikoski, 2013).

Iz zgoraj prikazanega sledi, da lahko promocija zdravja na delovnem mestu doseže svoj namen le, če je načrtno umeščena v sistem zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu za vse zaposlene.

## 2.1 Načrtovanje promocije zdravja

Večina avtorjev meni, da je učinkovitost in uspešnost nekega programa promocije zdravja nasploh odvisna predvsem od kakovosti načrtovanja. Korzeniowska s sodelavci meni, da je 80 % končnega uspeha odvisnega od dobrega načrtovanja in samo 20 % od izvajanja. Kar 80 % časa, energije in znanja je smiselno nameniti načrtovanju (in prilagajanju na podlagi rezultatov evalvacije), 20 % pa izvajanju nekega projekta/programa PZD (Korzeniowska, 2013).

Predpogoji za učinkovitost programov/projektov PZD-ja so multisektorsko in multidisciplinarno sodelovanje, predanost ključnih ljudi ter podpora in zaveza vodij. Pri načrtovanju in izvajanju je treba upoštevati naslednja priporočila: promocija zdravja na delovnem mestu je pretežno množičen pristop, integrirana naj bo v obstoječe sisteme v organizaciji in njene strateške dokumente, vključeni morajo biti vsi zaposleni, reševati mora prave probleme, uporabljamo pozitiven pristop na temelju pohval in spodbud, vsestranski programi/projekti morajo biti načrtovani in evalvirani, ukrepi pa ciljajo v ljudi in v okolje (Stergar & Urdih Lazar, 2022).

PZD je torej vedno usmerjena na konkretno organizacijo. Izhaja iz analize potreb zaposlenih in prepoznanih tveganjih v delovnem okolju. Ozaveščanje zaposlenih in pridobivanje njihove podpore sta bistveni deli priprav za uvajanje PZD-ja.

Načrtovanje projektov/programov PZD-ja poteka v petih korakih (Urdih Lazar, 2013; Stergar & Urdih Lazar, 2022);

- priprava na načrtovanje in izvajanje,
- ocenjevanje potreb in izbira področja ukrepanja,
- načrtovanje programa z opredelitvijo jasnih ciljev in ciljnih skupin,
- izvajanje ter
- vrednotenje in konsolidacija.

Prvi korak je priprava na načrtovanje in izvajanje PZD-ja. V okviru tega koraka delodajalec imenuje skupino za zdravje, ki skrbi za načrtovanje in izvajanje projekta/programa PZD-ja. Če v organizaciji že obstaja kakršna koli skupina, ki se ukvarja bodisi z varnostjo in zdravjem pri delu, obvladovanjem absenzizma ali uvajanjem standardov kakovosti, je smiselno razmisliti o povezovanju. Če takšne skupine še ni, skupino za zdravje organiziramo na novo glede na velikost organizacije in njene kadrovske možnosti. Naloge skupine so identifikacija problema, ki ga naslavlja program PZD-ja, načrtovanje in izvajanje programa, spremljanje poteka programa, evalvacija in

sprejemanje ukrepov za izboljšanje programa in poročanje vodstvu o napredovanju aktivnosti. Člane skupine se izbere med naslednjimi: predstavnik vodstva ali direktor, predsednik sindikata oz. sindikalni zaupnik, predsednik sveta delavcev oz. delavski zaupnik za varnost in zdravje pri delu, svetovalec za promocijo zdravja pri delu, izvajalec medicine dela, kadrovik, strokovni delavec za varnost pri delu, organizator dela, vodja proizvodnje, vodja razvoja, vodja gasilske službe, svetovalec za odnose z javnostmi itd. Skupina imenuje koordinatorja, ki usklajuje delo znotraj organizacije in z zunanjimi sodelavci. Skupina za zdravje začne z informiranjem, ozaveščanjem zaposlenih in njihovih predstavnikov o pomenu zdravja in PZD-ja ter jih skuša čim bolj vključiti v sooblikovanje programa dejavnosti, saj so ukrepi lahko uspešni le, če jih soustvarjajo in sprejmejo tisti, ki so jim namenjeni, torej zaposleni (Urdih Lazar, 2013).

Drugi korak obsega ocenjevanje potreb in izbira področja ukrepanja. V podjetjih, kjer je stopnja kulture varnosti in zdravja pri delu nizka, je promocija zdravja na delovnem mestu usmerjena v zagotavljanje varnosti pri delu, saj je fizično varno delovno okolje predpogoj ostalih aktivnosti PZD-ja. V tem primeru PZD temelji na oceni tveganja za nastanek poškodb pri delu in okvar zdravja (poklicne bolezni in bolezni v zvezi z delom). Tudi v okoljih, ki dosegajo visoko raven varnosti pri delu, je analiza delovnega mesta pomemben vir podatkov za izbiro področja ukrepanja. Pomemben vir podatkov je tudi analiza zdravja zaposlenih. Analiza zdravja zaposlenih vključuje demografske podatke zaposlenih, podatke o bolniški odsotnosti, poročila specialistov medicine dela po opravljenih preventivnih pregledih, podatke o fluktuaciji, poškodbah pri delu in delovni invalidnosti. Vir podatkov za identificiranje problema so tudi rezultati biološkega in ekološkega monitoringa ter podatki o organizacijski klimi in zadovoljstvu ter potrebah in pričakovanjih zaposlenih (Miklič Milek & Urdih Lazar, 2016).

V tretjem koraku skupina načrtuje program, določa cilj(e) in ciljno/e skupino/e. Cilji so lahko kratkoročni (do enega leta), srednjeročni (do pet let) in dolgoročni (več kot pet let). Ločimo bistvene cilje – ti so vzrok, da smo se projekta lotili (npr. zmanjšanje % BS zaradi specifičnega razloga), in dodatne cilje, ki jih dosežemo mimogrede in niso bili razlog za začetek ukrepa. Prepoznavanje ciljnih skupin je pomembno zato, ker cilji projekta lahko izvirajo iz težav neke specifične skupine zaposlenih, ali pa cilj pri različnih skupinah zaposlenih dosegamo z različnimi strategijami. Ukrepi pri izvajanju PZD-ja vključujejo tiste aktivnosti, ki oblikujejo podporno okolje, ki omogoča, da bo zdravju naklonjena izbira lažja izbira, in



ukrepe, ki izobražujejo in usposablajo zaposlene. Odvisno od problema, ki ga naslavljamo, in ciljev, ki jih želimo doseči, lahko izbiramo med naslednjimi področji PZD-ja: ergonomija pri delu, kemijski dejavniki tveganja pri delu, dejavniki tveganja za poškodbe, organizacija dela, doživetja preobremenjenosti pri delu in duševno zdravje na delovnem mestu, preprečevanje uporabe psihoaktivnih snovi, prehrana in gibanje (zdrav življenjski slog). Odvisno od izbranega področja so različni tudi metode in načini dela. V načrtu PZD-ja je potrebno določiti, kako bosta v program vključena specialist medicine dela in strokovni delavec za varnost in zdravje pri delu. Specialist medicine dela lahko tudi vodi skupino za PZD, vendar je njegova osnovna naloga, da za skupino pripravi analize zdravja zaposlenih, predlaga področja ukrepanja in aktivnosti ter načine spremljanja. V določene aktivnosti programa se tudi lahko vključuje kot del podpornega okolja (večja dostopnost specialista medicine dela na delovnih mestih) ali pri izvajanju izobraževanj in usposabljanj za zaposlene (Miklič Milek & Urdih Lazar, 2016).

Četrti korak je izvajanje planiranih aktivnosti. Skupina za zdravje spremlja in koordinira program, nekatere ukrepe tudi sama izvaja, predvsem pa promovira program tako med vodstvom kot med drugimi zaposlenimi in skrbi za vključevanje zaposlenih ter vodstva na vseh ravneh izvajanja programa. Pred začetkom izvajanja je potrebno: izboljšati osveščenost o prihodnjih ukrepih, preveriti, ali je pred začetkom izvajanja potrebno dodatno usposabljanje za izboljšanje ozaveščenosti, in poskrbeti, da so informacije na voljo vsem zaposlenim (Urdih Lazar, 2013).

Zadnji korak načrtovanja PZD-ja je spremljanje izvajanja in evalvacija učinkov. Program je treba spremljati in sproti (v določenih časovnih presledkih) oceniti glede na: potek programa in uresničevanje zastavljenih ciljev, koristi za posameznika in organizacijo ter finančne učinke programa. Na podlagi podatkov o poteku in koristih programa je treba pripraviti spremembe programa, dopolnitve, pa tudi morebitne nadaljnje ukrepe. Evalvacija je pomembna za povratno informiranje delovne skupine, izpolnjevanje zahtev financerja in prepričevanje vodstva o koristnosti izvajanja programa oziroma o tem, kako prispeva k strategiji podjetja (Urdih Lazar T, 2013).

### 2.2 Vloga vodstva pri promociji zdravja pri delu

Cilj promocije zdravja je dobro zdravje, ki je podlaga za socialni, ekonomski in osebni razvoj, in če vodstvo ta cilj razume kot cilj organizacije, ki jo vodi,

je s tem postavljen ključni temelj za uvajanje PZD-ja. Zato je nujno, da vodstvo razume koncept promocije zdravja, njene cilje in strategije za doseganje le-teh. Vloge, ki jih ima vodstvo pri izvajanju PZD-ja, se razlikujejo od velikosti podjetja, organizacije dela, ciljev podjetja in lastništva. Ne glede na te razlike bo vodstvo tisto, ki bo (na osnovi analize podatkov in predlogov skupine za zdravje) odločalo o ciljih, ki jih želi doseči v okviru PZD-ja, in ki bodo v najboljši možni meri podpirali poslovne izide. To pomeni, da so operativni cilji PZD-ja del strateškega načrtovanja. V ta namen je potrebno zagotoviti namenski proračun.

Podpora vodstva na vseh ravneh (vrhnji, srednji in nižji management) se kaže v tem, da imenuje člane skupine za promocijo zdravja, da spremlja aktivnosti in se jih udeležuje ter da zahteva procesno poročanje in evalvacijo programa PZD-ja. Evalvacija programa je namenjena spremljanju srednjeročnih in dolgoročnih učinkov PZD-ja na strateške cilje in je zato nujna. Zaželeno je, da vodstvo, zlasti najvišje, tudi sodeluje v delu skupine, da aktivno nagovarja zaposlene in z zgledom postane prvi promotor zdravja v organizaciji. Pri tem so zelo pomembna osebna prepričanja in vrednote vodilnih ter način vodenja.

Govorimo o v zdravje usmerjenem vodenju podjetja, v katerem je PZD integrirana v poslanstvo in kulturo organizacije (Miklič Milek & Urdih Lazar, 2016):

- vrednost zaposlenih in pomembnost zdrave delovne populacije je zapisana med glavnimi vrednotami organizacije;
- zaposleni vedo, da je vodstvu mar za zdravje zaposlenih;
- zaposleni razumejo, kako PZD prispeva k strateškim usmeritvam, prednostnim nalogam in uspehu organizacije in
- zdravje zaposlenih je del strategije razvoja kadrov.

Ne glede na osebna prepričanja in odnos do PZD-ja je vodstvo dolžno gospodarno ravnati s sredstvi, ki so na voljo, in ustvarjati dobiček podjetju, ki ga vodi. Dobiček podjetja je predpogoj za ohranjanje delovnih mest, razvoj podjetja in s tem tudi realizacijo PZD-ja. Odločitev vodstva o uvajanju PZD-ja mora bila premišljena, zato je nujno, da je management seznanjen ne samo s prednostmi, ampak tudi s pomanjkljivostmi PZD-ja. Tako celosten pogled mu bo omogočil, da podpira PZD tudi takrat, ko je podjetje v krizi.



### 2.3 Dejavniki, ki vplivajo na odločitev vodstva za promocijo zdravja pri delu

Intervencije PZD-ja dokazano prispevajo k ohranjanju zdravja zaposlenih, zmanjševanju tveganj za zdravje in razširjenost kroničnih bolezni ter spodbujajo zdravstveno ozaveščeno vedenje. Koristi PZD-ja zato delodajalci vidijo v potencialno nižjih stroških, ki jih podjetje utрпи zaradi »slabega zdravja« zaposlenih. Ti stroški vključujejo tudi izgube zaradi slabše produktivnosti, ki je posledica prezentizma, delovne invalidnosti, prezgodnjega upokojevanja in ne nazadnje tudi prezgodnje umrljivosti (Kreis & Bödeker, 2004).

Da delež odsotnosti z dela zaradi slabega zdravja (ang. ill health) narašča in v povprečju traja dlje kot odsotnost zaradi poškodb na delovnem mestu (17 dni/9 dni), potrjuje tudi zadnje poročilo izvršilnega organa za varnost in zdravje pri delu Združenega kraljestva (Health and Safety Executive HSE). Poročilo HSE za obdobje 2021/2022, objavljeno novembra 2023, kaže, da je približno 35 % poškodb pri delu imelo za posledico bolniško odsotnost v trajanju do enega tedna, v primerjavi s približno 15 % bolezni zaradi slabega zdravja. Nasprotno pa je približno 48 % primerov bolniške odsotnosti zaradi »slabega zdravja« povzročilo več kot en teden odsotnosti z dela v primerjavi s približno 25 % primerov poškodb pri delu (HSE, 2023).

Če torej upoštevamo, da intervencije PZD-ja vplivajo na boljše zdravje zaposlenih, da stroški delodajalcev zaradi posledic »slabega zdravja« naraščajo, je v prid obojih (zaposlenih in delodajalcev) pomembno raziskati razloge, ki vodstva podjetij prepričajo za izvedbo PZD-ja. V raziskavi de Greefa in sod., ki je vključevala več kot 1400 evropskih podjetij, so menedžerje spraševali, na podlag katerih argumentov se odločajo za PZD. Ugotovili so, da sta razloga za izvedbo bodisi pričakovane koristi ali potreba po reševanju specifičnih problemov (npr. duševno zdravje zaposlenih). Koristi, ki jih delodajalci pričakujejo so izboljšanje zdravja zaposlenih in delovne klime. Problemi, ki jih rešujejo z uvajanjem PZD-ja, so: izpolnjevanje zakonskih zahtev, zdravstveni problemi zaposlenih in nizka morala zaposlenih (De Greef M in sod., 2004). Gospodarske koristi PZD-ja so po ocenah delodajalcev: nižje število poškodb pri delu posledica slabega zdravja in počutja zaposlenih, večje zadovoljstvo pri delu in predanost delavcev ter nižja fluktuacija in lažje zaposlovanje novih delavcev. Posredne koristi PZD-ja so boljše storitve in zvestoba strank (EU-OSHA, 2012).

Predstavniki 19 velikih delodajalcev na Švedskem so kot temeljni razlog za uvajanje PZD-ja navedli upoštevanje zakonodaje. Kot pomembna dejavnika pri odločanju sta se pokazala njihovo znanje o vplivu zdravstvenih intervencij na delovnem mestu na zdravje zaposlenih in komunikacija s ponudniki PZD-ja, ki pa se je pogosto izkazala kot pomanjkljiva. Zato tudi ne preseneča, da njihovo znanje o interakcijah med delom in zdravjem ter intervencijah PZD-ja pogosto temelji na osebnih izkušnjah in ne nujno na (znanstvenih) dokazih. Delodajalci navajajo, da bi odločitev o uvedbi PZD-ja olajšale na dokazih temelječe smerice PZD-ja (Martinsson, 2016).

Dejavnike, ki vplivajo na odločitev managementa za uvedbo PZD-ja, lahko strnemo:

- koristi, ki izhajajo iz doseženih učinkov programov glede na potrebni vložek;
- družbena odgovornost delodajalca, osebna prepričanja managerjev in dostopnost ponudnikov PZD-ja.

#### 2.3.1 Doseženi učinki programov PZD-ja glede na potrebni vložek

Koristi, ki jih prinaša uvajanje PZD-ja, se razlikujejo glede na cilj, ki ga vodstvo z uvajanjem PZD-ja zasleduje. Če je cilj zmanjšanje ali ohranjanje stroškov za bolniška nadomestila, je učinkovitost takšnega ukrepa med drugim pogojena z načinom financiranja nadomestil. Največ dokazov o učinkovitosti tako zastavljenega cilja prihaja iz ZDA, kjer se je PZD začela prav na pobudo delodajalcev in kjer velik del stroškov zdravstvenega zavarovanja krijejo delodajalci skozi lastne zavarovalniške sisteme. Nekatera podjetja vidijo PZD tudi kot sredstvo za ustvarjanje organizacijske kulture, ki nudi vsestransko podporo zaposlenim, vendar gre za stranski in ne glavni cilj PZD-ja (Lowe, 2003).

Pri pregledu 73 objavljenih študij o programih PZD-ja v ZDA so ugotovili, da se v povprečju dosega prihranek v višini 3,50 dolarja na vsak dolar stroškov zaradi zmanjšane odsotnosti z dela zaradi bolezni in nižjih stroškov za zdravstvo (Aldana, 2001). »Donosnost PZD-ja zaradi dobro načrtovanih celostnih programov je lahko najmanj od tri do osem dolarjev na vsak dolar, ki ga vložimo v petih letih po začetku. Poleg tega so programi za boljše zdravje priljubljeni pri zaposlenih in izboljšajo njihovo zdravje in kakovost življenja, kar koristi zaposlenemu, delodajalcu, ki ga financira, in narodu« (Anderson, 2001). Vlaganje v zdravje, varnost in dobro počutje zaposlenih se podjetjem obrestuje saj so ta podjetja na trgu uspešnejša od povprečja (Fabius & Phares, 2021).

V državah, kjer so stroški zdravstvenega zavarovanja neposredno breme delodajalca, bo tudi večina koristi od naložb v PZD pripadala delodajalcem, zato ne preseneča, da so prav visoki stroški zavarovanja zaposlenih gonilo za uvedbo PZD-ja. V teh državah delodajalci lažje izračunajo donosnost naložbe (angl. return of investment, ROI). Gre za finančno matriko, ki meri učinkovitost ali dobičkonosnost naložbe. ROI se izračuna tako, da se vsota diskontiranih neto denarnih tokov iz naslova naložbe deli z investicijskim vložkom (Downey & Sharp, 2007).

V državah, ki financirajo zdravstvene programe, zagotavljajo osnovno zdravstveno varstvo in delno tudi krijejo nadomestila za čas odsotnosti z dela, so motivi delodajalcev za izvajanje PZD-ja drugačni, saj so neposredne finančne koristi za delodajalce manj prepričljive. Naložba v PZD se obravnava kot strošek, ki ga podjetje »deli« z državo. Zato tudi ne preseneča, da številni delodajalci nočejo ponuditi dovolj intenzivnih in celovitih programov, ker niso prepričani, da ti programi izpolnjujejo obljubo, da lahko dosežejo pozitivno finančno donosnost naložbe (Goetzel & Ozminkowski, 2006).

### 2.3.2 Osebna prepričanja vodstvenih delavcev in družbena odgovornost podjetja

V odsotnosti trdnih dokazov o donosnosti intervencij PZD-ja ob visokih odhodkih so prepričanja vodstvenih delavcev o koristih pomembno izhodišče za razumevanje motivacije za izvajanje programov preventivnih programov. Kanadska študija, ki je preučevala dejavnike, ki vodstvene in kadrovske delavce motivirajo za izvajanje PZD-ja kljub državnemu zdravstvenemu zavarovanju, je pokazala, da obe skupini motivira predvsem prepričanje, da se tako zmanjšujejo posredni stroški bolezni in poškodb. Vodilne delavce je k izvajanju PZD-ja spodbudila tudi njihova moralna odgovornost do zaposlenih (kadrovske delavce pa presenetljivo ne!) (Downey & Sharp, 2007). Pomembni spodbujevalci izvajanja aktivnosti v prid zdravja zaposlenih so izpolnjevanje zakonskih zahtev po zagotavljanju varnosti in zdravja pri delu, ekonomski učinki ter moralni in etični vidiki (v tem vrstnem redu) (Miller & Haslam, 2009).

Pescud in sod. (2015) so na 10 fokusnih skupinah delodajalcev (skupaj 79 delodajalcev, iz ruralnega in urbanega okolja) izvedli kvalitativno raziskavo o tem, katera prepričanja jih vodijo pri obravnavi varnosti in zdravja pri delu. Delodajalce so spraševali o tem, kako dojemajo zdravje in dobro počutje na delovnem mestu ter kako razumejo pojma zdrav in bolan delavec. Zanimalo jih je tudi mnenje o vlogi delodajalca

pri zagotavljanju zdravja in dobrega počutja zaposlenih. Večina delodajalcev je poročala, da so zdravi delavci za podjetje izjemno pomembni zaradi: boljše produktivnosti, ki jo dosegajo, bolj pozitivnega odnosa do dela in višje stopnje varnosti pri delu. Kljub temu pa nekateri delodajalci niso videli povezave med zdravjem zaposlenih in dejavnostmi za zdravje in dobro počutje na delovnem mestu. Avtorji so ugotovili, da na implementacijo ukrepov za izboljšanje zdravja zaposlenih vplivajo:

- delodajalčevo razumevanje koncepta zdravja in dobrega počutja na delovnem mestu;
- lastnosti, s katerimi sami opisujejo zdravega in bolnega delavca, oz. učinki, ki jih pripisujejo zdravim delavcem;
- lastna prepričanja o vplivu delovnega mesta na zdravje zaposlenih.

V zaključku poudarjajo, da je pri načrtovanju PZD-ja treba upoštevati tudi kompleksne osebne dejavnike, ki vplivajo na stališča delodajalcev. Predlagajo izobraževalne kampanje, ki bi temeljile na z dokazi podprtih informacijah o aktivnostih, ki presegajo ukrepe, namenjene zagotavljanju varnosti pri delu, ter se osredotočajo na zdravje in dobro počutje zaposlenih.

Allen in Hunnicutt menita, da večina vodstvenih delavcev ne nasprotuje PZD-ju, potrebujejo le nekaj spodbude in informacij, ki jim jih lahko nudijo strokovnjaki. Navajata, da vseh delodajalcev tudi ne zanimajo zgolj finančne koristi PZD-ja in da je pomen ekonomskih razlogov za podporo menedžerjev pogosto precenjen. Pravita, da delodajalci potrebujejo pomoč strokovnjakov pri prepoznavanju možnosti, ki jih nudi PZD, razumevanju vrednosti programov ter pri oblikovanju lastne vloge kot vodij prizadevanj za izboljšanje zdravja zaposlenih. V članku o novem pristopu do managementa sta avtorja oblikovala model menedžerskih stališč do PZD-ja in na tej podlagi predlagala različne pristope za pridobivanje podpore menedžerjev za programe PZD-ja.

Vodstvene delavce so glede na stališča razdelili v pet skupin:

- dejavni nasprotniki (1–2 %): so proti programom PZD-ja in jim odrekajo kakršno koli vrednost ter onemogočajo njihovo izvajanje; predlagan pristop: biti dober poslušalec, ne nasprotnik, sčasoma se bo mogoče situacija spremenila;
- tihi nasprotniki (15–25 %): verjetno mislijo, da je PZD izguba časa, svoje nestrinjanje kažejo s pasivnostjo ali z minimalnim sodelovanjem, če ga zahteva višje vodstvo; predlagan pristop: prisluhniti in počasi približati koristi PZD-ja, da bi dosegli nevtralen odnos do njega;

- neopredeljeni (40–50 %): PZD ni med njihovimi prioritetami, pripravljani so sodelovati, kolikor od njih zahteva vrhni management in ne bodo ovirali dela drugih; predlog pristopa: približati koristi PZD-ja in možnosti njihovega sodelovanja, zavreči njihove pomisleke in okrepiti pozitivna menja;
- tihi podporniki (30–40 %): ti vodstveni delavci razumejo PZD, vendar ne vedo, kako naj se vključijo v njeno izvajanje, podpirajo PZD in se udeležujejo vseh dogodkov, a ne nastopajo dejavno kot zagovorniki PZD-ja; predlog pristopa: prikazati možnosti sodelovanja, povezati jih z aktivnimi podporniki pri projektnem delu;
- aktivni podporniki (5–10 %): ta skupina vodstvenih delavcev se bori za nenehno izboljševanje programov PZD-ja, razume človeške in finančne koristi PZD-ja, izobražuje druge vodstvene delavce in zaposlene o PZD-ju ter je tudi sama osvojila zdrav življenjski slog; predlog pristopa: priznati napore te skupine, ji omogočiti, da se počuti pomemben člen pri vodenju in izvajanju PZD-ja, redno obveščati o vseh novostih na področju PZD-ja.

Iz navedenega je mogoče zaključiti, da delodajalci pri svojem odločanju pogrešajo strokovno podporo strokovnjakov in se pogosto odločajo na podlagi lastnih izkušenj. Vlogo svetovalcev bi lahko imeli tudi specialisti medicine dela, ki razumejo interakcije in vplive dela in delovnega okolja na zaposlene in imajo izkušnje na področju načrtovanja PZD-ja. Razumevanje učinkov intervencij na delovnem mestu se razlikuje glede na ciljni problem. Na nekaterih področjih PZD-ja so dokazi bolj natančno opredeljeni kot na drugih (Nieuwenhuijsen, 2014; van Oostrom, 2009), zato je za odločevalce koristno, da razumejo težave, ki spremlja ocenjevanje (finančnih) učinkov PZD-ja.

## 2.4 Vrednotenje učinkov promocije zdravja pri delu

Vrednotenje in interpretacija učinkov PZD-ja sta otežena, ker opazovani rezultati pogosto niso jasno opredeljeni. Cilji, ki jih načrtovalci programov spremljajo, segajo od spremembe vedenja, večjega zadovoljstva pri delu, uspešnosti vračanja posameznikov z zdravstvenimi težavami po daljši bolniški odsotnosti, do zmanjšanja stroškov odsotnosti zaradi bolezni in nezmožnosti za delo. Zaradi te raznolikosti rezultatov je učinkovitost različnih intervencij težko primerjati (Fenton, 2014).

Vrednotenje oziroma posplošenje učinkov ukrepov je težavno tudi zato, ker lahko temeljijo zgolj na samoocenjevanju udeležencev ali oceni izvajalcev ukrepov, kar pušča dvom o objektivnosti takšnega vrednotenja. Študij, ki bi imele metodološko jasno opredeljene ekonomske učinke PZD-ja, v evropskem prostoru ni veliko. O tem, da je pri vrednotenju učinkov PZD-ja pomembna tudi kakovost študij, poroča tudi Rongen s sodelavci. Navaja, da učinkovitost intervencijskih programov v študijah ni odvisna samo od vrste in vsebine izvajane intervencije, ampak tudi od ciljne populacije ter metodološke kakovosti študije. Opazarja, da študije slabše metodološke kakovosti kažejo večji učinek intervencij na bolniško odsotnost, delazmožnost in produktivnost, zato predlaga, da se pri objektivnem vrednotenju učinkov upoštevajo samo metodološko kakovostne intervencijske študije (Rongen, 2012).

Kljub svoji metodološki zanesljivosti so se nadzorovane intervencijske študije v praksi pokazale kot pomanjkljive. Sistematični pregled študij stroškovne učinkovitosti in stroškovnih koristi PZD-ja v evropskem prostoru je pokazal, da samo 18 od 39 vključenih člankov (37 študij) poroča o stroškovno učinkovitih ali stroškovno ugodnih učinkih. Pri šestih študijah sta bila stroškovna učinkovitost oz. razmerje med stroški in koristmi negotova, pri 15 študijah pa je bilo ugotovljeno, da programi niso bili stroškovno učinkoviti. Kot možen razlog dvomljive ekonomske učinkovitosti avtorji navajajo omejeno trajanje intervencijskih študij. V samo sedmih študijah je bilo opazovano obdobje daljše od enega leta, kar je za študije, ki spremljajo učinkovitost sprememb vedenjskih vzorcev, (pre)kratko obdobje. Kratko opazovano obdobje je posledica dejstva, da so bile v metaanalizo vključene predvsem metodološko kakovostne intervencijske RCT študije (29 od 37 študij), za katere je značilen omejen čas trajanja intervencije. Avtorji zaključujejo, da je pri nadaljnjem raziskovanju učinkovitosti treba bodisi podaljšati opazovano obdobje ali pa jih izvesti v realnih okoljih (manj na podlagi protokola, ki se uporablja pri raziskovanju). V nadaljevanju metaanalize je samo šest študij izpolnilo minimalni standard za oceno zdravstveno-ekonomskih učinkov intervencij. Izvedene so bile analiza stroškovne učinkovitosti, analiza stroškov in koristi ter analiza stroškov in uporabnosti. Od 21 opravljenih analiz stroškov in koristi je bila finančna korist potrjena v devetih primerih. Stroškovna učinkovitost intervencij je bila dokazana v desetih od 23 analiz. Avtorji zaključujejo, da zaradi precejšnje heterogenosti pregledanih programov PZD-ja ni bilo mogoče identificirati, da bi bila katera koli intervencija posebej učinkovita. Za



zagotovitev dokazov o učinkovitosti so potrebne nadaljnje študije in smernice za izvajanje ekonomskih analiz omenjenih ukrepov, zlasti na področju vrednotenja izgube produktivnosti (Lutz, 2019).

Zaradi zamudnosti raziskovalnih študij je Center za preprečevanje in nadzorovanje bolezni ZDA (ang. Centers for Disease Control and Prevention) razvil metodo Swift Worksite Assessment and Translation. Metoda omogoča hitro oceno in prepoznavanje obetavnih praks v programih PZD-ja. Pristop je bil razvit kot srednja pot evalvacijske metode, ki si prizadeva biti prijazna do podjetij, hkrati pa temelji na dobri evalvacijski praksi. SWAT se razlikuje od drugih vrst evalvacij, ker proces ni zasnovan za vzpostavljanje trdnih zaključkov o učinkovitosti določenih praks zdravja na delovnem mestu, temveč za identifikacijo praks, ki se zdijo obetavne in zaslužijo dodatno, bolj rigorozno študijo (CDC, 2009).

Dobro vodene študije zagotavljajo prepričljive dokaze o učinkovitosti PZD-ja pri prenehanju kajenja, kjer so se programi izkazali za učinkovitejše od programov izven delovnega mesta. Intervencije na področju (kratkoročnega) obvladovanja telesne teže v okviru PZD-ja pa so glede na raziskave primerljive s programi, ki se izvajajo v zdravstvenih ustanovah (Kreis & Bödeker, 2004).

Problem vrednotenja učinka intervencij je, da se ta razlikuje glede na ciljno populacijo (modri ovratniki vs. beli ovratniki) in se v primeru, ko učinke ukrepov prenesemo na vse zaposlene, ti izgubijo. Ker se učinki PZD-ja ne nanašajo na celotno podjetje, se domneva, da so rezultati intervencij pri »povprečnem« zaposlenem precej nižji, kot kažejo objavljeni podatki. Udeleženci programov običajno predstavljajo majhno, zdravstveno ozaveščeno manjšino zaposlenih (Shepard, 1996). Da bi dosegli pozitiven učinek na zdravstvena tveganja vseh zaposlenih, je nujno, da se v PZD vključijo tudi tisti zaposleni, ki (še) niso prehransko ozaveščeni, športno aktivni itn. Za doseganje podobnega učinka PZD-ja na ravni podjetja je visoka stopnja udeležbe v PZD-ju osnovni predpogoj (Kreis & Bödeker, 2004).

Učinek PZD-ja je večji med belimi ovratniki in mlajšo populacijo, zato Rongen in sod. predlagajo, da se za te skupine zaposlenih PZD posebej načrtuje in prilagodi. Tudi sicer svetujejo, da se programi usmerijo predvsem na tiste, ki so že motivirani za spremembo. Kaže se, da je učinek intervencij večji, če so udeležencem omogočene redne tedenske aktivnosti. Intenzivni programi so bolj učinkoviti (štirikrat večji učinek programov, ki so zagotavljali aktivnost vsaj

enkrat na teden). Zgolj svetovanje na področju zdravega življenjskega sloga se ni pokazalo kot učinkovito.

Kljub razliki v dojetanju rezultatov aktivnosti VZD-ja in PZD-ja je stroškovna učinkovitost ukrepov za spodbujanje zdravja na delovnem mestu potrjena (Goetzel, 2008; Tompa, 2009). Vrsta študij je namreč pokazala, da kratkoročni ukrepi PZD-ja (3–4 leta) zmanjšajo zdravstvene stroške in absentizem. Dolgoročno pa je ta učinek morda še večji. Splošno gledano so vrednosti »donosnosti naložbe« med 1:2,3 za prihranek glede zdravstvenih stroškov in 1:10,1 glede prihranka stroškov zaradi zmanjšanja absentizma (Kreis & Bödeker, 2004).

### 3 Promocija zdravja pri delu v Sloveniji

PZD se je v Sloveniji začela intenzivneje razvijati leta 2004 na Kliničnem inštitutu za medicino dela, prometa in športa (KIMDPŠ) po sprejemu Resolucije o nacionalnem programu varnosti in zdravja pri delu leta 2003. Z vključitvijo KIMDPŠ v Evropsko mrežo za promocijo zdravja pri delu v letu 2004 so se odprle tudi poti za sodelovanje v mednarodnih projektih, ki se predvsem osredotočajo na izmenjavo znanj in izkušenj, oblikovanje novih programov promocije zdravja in usposabljanja za promocijo zdravja ter iskanje in širjenje primerov dobre prakse (Urdih Lazar, 2016).

Aktivnosti KIMDPŠ-ja so bile usmerjene v oblikovanje prvega celostnega programa PZD-ja v Sloveniji. Program »Čili za delo« (izraz je priredba angleškega poimenovanja podobnih programov »Fit for work«) je vključeval tri faze (Urdih Lazar & Stergar, 2012):

- raziskovalno-analitična faza (oktober 2004–april 2005), ko je bila opravljena raziskava o odnosu slovenskega menedžmenta do zdravja in promocije zdravja pri delu;
- projekt Phare (maj 2005–september 2006), v okviru katerega so bile razvite vsebine programa in moduli izobraževanja za zdravo delo in življenje;
- implementacijska faza, ki poteka neprekinjeno od januarja 2007 in v kateri se izvaja usposabljanje svetovalcev za promocijo zdravja pri delu, osveščanje delavcev in delodajalcev preko strokovnih srečanj in širših kampanj ter razvijanje in vzdrževanje mreže za promocijo zdravja pri delu, ki podpira izvajanje programa. V okviru tega programa je bilo do zdaj izobraženih že 350 svetovalcev za PZD.

Izobraževanje za svetovalce za promocijo zdravja pri delu v okviru programa Čili za delo, ki vsako leto izvaja vse od leta 2007, je celovit seminar, ki nudi interdisciplinarno znanje, potrebno za načrtovanje in izvajanje učinkovitih programov PZD-ja, saj vključuje tako splošne vsebine o procesu (metodologiji) načrtovanja in izvajanja projektov/programov PZD-ja kot tudi specifične vsebine, kako to metodologijo aplicirati na pomembnih problemskih področjih v zvezi z zdravjem zaposlenih (preprečevanje poškodb, ergonomski ukrepi, preprečevanje obremenitev zaradi kemijskih onesnaževalcev, organizacijski ukrepi, obvladovanje doživetij preobremenjenosti oz. stresa, preprečevanje uporabe psihoaktivnih snovi, preprečevanje in obvladovanje trpinčenja na delovnem mestu ter prehrana in gibanje na delovnem mestu). Izobraževalni program traja 120 ur, od tega je 80 ur predavanj in vaj, razdeljenih na 10 oz. 11 dni, preostali čas pa je namenjen samostojnemu učenju, preverjanju znanja in pripravi seminarske naloge (Urdih Lazar T, 2016).

Kljub temu, da je v Sloveniji vzpostavljeno sistematično izobraževanje na področju PZD in da je PZD tudi zakonsko urejen, pa ostajajo velike razlike med podjetji pri njegovem uresničevanju. Ravno zato bomo v nadaljevanju prikazali obstoječo zakonsko ureditev tega področja in izzive v praksi ter primer dobre prakse.

### 3.1 Prikaz ureditve promocije zdravja pri delu v Sloveniji

V skladu z ZVZD-1 je delodajalec dolžan zagotoviti varnost in zdravje delavcev v zvezi z delom. V ta namen bi moral izvajati različne ukrepe, vključno s preprečevanjem nevarnosti pri delu, obveščanjem in usposabljanjem delavcev, z ustrezno organiziranostjo ter s potrebnimi materialnimi sredstvi. Delodajalec bi moral v skladu z zakonom prepoznati vsa tveganja na delovnem mestu. Za vsako delovno mesto mora izdelati pisno oceno tveganja, v kateri opredeli nevarnosti, ugotovi, kdo od delavcev bi bil lahko izpostavljen nevarnosti, odloči o tem, ali so tveganja sprejemljiva, ter uvede in izvaja ukrepe za njihovo odpravo.

V skladu z 19. členom ZVZD-1 delodajalec:

- poveri opravljanje nalog varnosti pri delu strokovnemu delavcu, izvajanje zdravstvenih ukrepov pa izvajalcu medicine dela;
- obvešča delavce o uvajanju novih tehnologij in sredstev za delo ter o nevarnostih za nezgode, poklicne bolezni in bolezni, povezane z delom, ter izdaja navodila za varno delo;
- usposablja delavce za varno in zdravo delo;

- zagotavlja delavcem osebno varovalno opremo in njeno uporabo, če sredstva za delo in delovno okolje kljub varnostnim ukrepom ne zagotavljajo varnosti in zdravja pri delu;
- z obdobjimi preiskavami škodljivosti delovnega okolja preverja ustreznost delovne razmere;
- z obdobjimi pregledi in preizkusi delovne opreme preverja njihovo skladnost s predpisi o varnosti in zdravju pri delu;
- zagotavlja varno delovno okolje in uporabo varne delovne opreme.

Uvedba načrtovanja PZD-ja kot zakonske obveze delodajalca v skrbi za blaginjo zaposlenih leta 2011 je bila zagotovo zelo progresivna, vendar se po dobrem desetletju od uvedbe zdi, da pričakovanih rezultatov ni prinesla. Ključna pomanjkljivost, ki jo vidimo, je ta, da so ocene tveganja v izjavi o varnosti, ki je temelj za vse aktivnosti VZD-ja (in tudi PZD-ja), nefunkcionalne. Čeprav gre za ključni dokument delodajalca, se v praksi pogosto pokaže, da je bolj namenjen obisku inšpektorja za delo kot izboljšanju pogojev dela. Zato tudi ne preseneča, da aktivnosti PZD-ja, ki so priloga tako narejenih ocen tveganja, ne morejo imeti učinka. V raziskavi med slovenskimi vodstvenimi delavci je dobra polovica anketiranih izjavila, da obravnavajo stanje zdravja in varnosti pri delu v podjetju po potrebi. V petini podjetij so ga obravnavali zgolj ob sprejemanju izjave o varnosti z oceno tveganja, le v 4 % pa na vsakem sestanku vodilnih (Stergar & Urdih Lazar, 2005). Želimo si, da so po uvedbi PZD-ja kot obveze delodajalca te številke ugodnejše.

Problemi ocenjevanja tveganj na delovnem mestu so tudi, da se ocena tveganja pogosto dojema kot enkraten ukrep in se ne izvaja kontinuirno; da tveganja analiziramo in vrednotimo ločeno (»tehnični in zdravstveni del«), da so ocene površne (tudi brez ogleda delovnih mest in meritev); da se ne ocenjujejo tveganja dolgoročnih učinkov na zdravje (vpliv kemičnih dejavnikov tveganja); da se sistematično ne nadzorujeta izvajanje in učinek ukrepov ter da psihosocialna tveganja in tveganja, ki izhajajo iz organizacije, ocenjujejo premalo usposobljeni strokovnjaki. To še zlasti velja za mala in srednje velika podjetja, kjer te aktivnosti izvajajo zunanji sodelavci, ki so premalo seznanjeni s procesom in tehnologijo dela in nevarnostmi, ki pri tem nastajajo, in kjer praktično ni sodelovanja različnih strokovnjakov. O pomanjkljivostih izdelanih izjav o varnosti z oceno tveganja poroča tudi inšpektorat za delo. Najpogostejša kršitev je neustrezna vsebina izjave o varnosti zaradi neustrezne identifikacije tveganj, postopkov ocenjevanja tveganj in določitev preventivnih ukrepov. V številnih primerih je bilo ugotovljeno, da delodajalci niso revidirali



izjave o tveganjih skladno s spremembami delovnih pogojev. Na podlagi teh podatkov inšpekcija ugotavlja, da delodajalci ne posvečajo ustrezne pozornosti varnosti in zdravju pri delu, saj njihove ocene tveganj ne odražajo dejanskega stanja oziroma dejanskih tveganj. Inšpektorat je ugotovil, da se ocene tveganj, ki so izdelane s strani zunanjih strokovnih organizacij, med delodajalci skorajda ne razlikujejo kljub razlikam v dejanskih tveganjih pri različnih delodajalcih. To nakazuje na prakso, da strokovne organizacije podjetjem za nizko ceno prodajajo tipske izjave o varnosti, ne da bi opravile ogled pri delodajalcu in ocenile dejanska tveganja. Pomembna je tudi ugotovitev inšpektorata, da se stanje na terenu ne izboljšuje, saj na enake probleme opozarjajo že vrsto let (Rus in sod, 2019).

Problem izvedbe ocene tveganja je tudi ta, da delavci niso aktivno vključeni v proces ocenjevanja. Predstavniki delavcev pa, če nimajo strokovnega znanja, raje podpirajo vsečne ukrepe delodajalca, ki pogosto nimajo kaj dosti opraviti z obvladovanjem tveganj in sistematično promocijo zdravja. Naslednja ovira pri izvajanju PZD-ja je pomanjkljivo oz. celo napačno razumevanje koncepta in namena promocije zdravja, kar vodi v neuspeh. Izpad rezultatov PZD-ja pri odločevalcih (delodajalcih) dopušča dvom v smiselnost ukrepov. Takšen je primer Projekta Na mavrici zdravja, ki je potekal v letih 2015 in 2016 pod okriljem Gospodarske zbornice Slovenije. Projekt, katerega ciljna javnost je bila 59.656 zaposlenih v 42.977 podjetjih, je imel namen izboljšati zdravstveno in varnostno ozaveščenost zaposlenih v storitvenih dejavnostih. Projekt je sestavljen iz štirih programov: analiza prisotnosti psihosocialnih tveganj v storitvenih dejavnostih, seminar tehnike sproščanja za zmanjšanje stresa in uporaba prehranskih dopolnil v vsakdanjem življenju, delavnica notranja komunikacija ter elektronske novice »Zdravi izzivi«. Namen projekta je bil nedvomno dober, vendar izvedba delavnic, ki niso umeščene v kontekst potreb zaposlenih, in pomanjkanje drugih organizacijskih ukrepov ne moreta prispevati k zmanjšanju psihosocialnih tveganj zaposlenih v storitvenih dejavnostih. Glede na število zaposlenih in število podjetij domnevamo, da je šlo za mikro podjetja in samozaposlene (GZS, 2015).

Zaradi napačnega razumevanja tega področja je vprašljiva kakovost projektov in programov, ki jih organizacije izvajajo, s tem pa seveda tudi njihova učinkovitost in smiselnost. Eno od pomembnih načel PZD-ja je namreč to, da morajo projekti/programi temeljiti na podatkih o zdravju zaposlenih v konkretnem delovnem okolju. Le tako lahko organizacija rešuje prave probleme v zvezi z zdravjem in dosega pozitivne rezultate uvedenih ukrepov. Ob spremljanju

projektov PZD-ja, ki potekajo v številnih slovenskih podjetjih in ustanovah, pa je mogoče zaključiti, da se usmerjajo pretežno v spreminjanje življenjskega sloga z vidika prehrane, gibanja in preprečevanja stresa, da ne slonijo na relevantnih podatkih o zdravju, da skoraj izključno vključujejo izobraževalne aktivnosti in ukrepe na ravni posameznika in zanemarijajo ukrepe spreminjanja delovnega okolja (psihosocialnega in fizičnega) ter da se pripravljajo predvsem zaradi izpolnitve zakonske obveze in ne zaradi potreb zaposlenih (Urdih Lazar, 2016).

V raziskavi, ki jo je KIMDPŠ opravil leta 2005 med slovenskimi vodilnimi delavci, je skoraj 70 % vprašanih menilo, da delo v njihovi organizaciji vpliva na zdravje zaposlenih; pogosteje so tako menile ženske na vodstvenih položajih in tisti anketiranci, ki so zdravje zaposlenih ocenili slabše. V raziskavi se je s trditvijo, da je lahko bolniški stalež odraz slabih delovnih razmer, strinjalo nekaj manj kot tri četrtine anketiranih, skoraj petina pa s to trditvijo ni niti soglašala niti ne soglašala. Tudi v Sloveniji vrhnji management meni, da lahko od motiviranih delavcev pričakujemo boljše rezultate, da zadovoljstvo delavcev pri delu pozitivno vpliva na njihovo počutje in zdravje ter da za lastno zdravje lahko največ naredi vsak sam (Stergar & Urdih Lazar, 2005).

### 3.2 Zdravo TALUM – primer dobre prakse promocije zdravja pri delu

Kljub številnim izzivom, ki obstajajo pri izvajanju PZD v slovenskih podjetjih, pa imamo tudi primere dobre prakse. Eno od takih je tudi projekt Zdravo Talum podjetja Talum d.d. Ker so v Talumu prepričani, da je zdravje temelj za dobro in uspešno življenje in delo tako za posameznika kot za organizacijo, smo jih kontaktirali in prosili za več informacij. V podjetju se s preventivnimi in kurativnimi aktivnostmi na področju promocije zdravja zaposlenih sistematično ukvarjajo že od leta 1998 v okviru projekta Zdravo Talum. Formula za našo pot do cilja je: LASTNA SKRB + TALUM = ZDRAVJE. Od leta 2012 je skrb za zdravje zaposlenih vključena v strategijo družbe. V družbi menijo, da je naložba v zdravje zaposlenih ključna za dolgoročno ohranjanje stabilnosti in konkurenčne prednosti podjetja, zato stalno prilagajajo aktivnosti glede na trende v državi in v svetu ter v prvi vrsti glede na interne analize.

Aktivnosti v okviru Zdravo Talum delijo v več sklopov:

- preventivne rekreativne aktivnosti (pletanje, pohodništvo, kolesarjenje, organizirana skupinska

- vadba, koriščenje fitnes studiov, telovadnic za ekipne športe ...);
- preventivna zdravstvena aktivnost (cepljenje proti klopnemu meningoencefalitisu in gripi, zdravniški pregledi, delavnice sproščanja, organizirana prehrana ...), ki vključuje odlično sodelovanje z zdravstvenim osebjem medicine dela, ki je vključeno v načrtovanje in izvajanje aktivnosti;
  - stalno izobraževanje in informiranje sodelavcev (redna rubrika v internem časopisu Aluminij, organizirana usposabljanja in delavnice, plakati, zloženke, novice na intranetu ...).

V svoje aktivnosti vključujejo tudi družinske člane zaposlenih, saj želijo zavedanje o aktivni skrbi za lastno zdravje krepiti že pri otrocih. Otroke vsako leto povabijo k sodelovanju v okviru akcije Rišemo in pišemo, ki jo zaokrožijo z aktivnim športnim druženjem staršev in otrok. Aktivnosti na področju zdravja vsako leto zaokrožijo na Talumovem Dnevu za zdravje, ki ga organizirajo v začetku septembra. Na ta dan organizirajo pohod, kolesarjenje, plavanje in tenis, ki imajo med njihovimi športnimi aktivnostmi najdaljšo tradicijo. Pri spodbujanju zaposlenih k vključevanju v aktivnosti Zdravo Talum je v prvi vrsti pomembno načrtovanje aktivnosti, ki so prilagojene spolu in različnim starostnim skupinam. Pomembno je, da so lokacijsko blizu uporabnikom in da jim ne povzročajo dodatnih stroškov (npr. telovadnice in kopališče v bližini stalnega bivališča ipd.). Pestrost nabora aktivnosti, pri čemer skušajo maksimalno upoštevati tudi želje zaposlenih, je tista, ki v najširšem smislu pokriva večje število sodelavcev. Za ustrezno motiviranje uporabljajo različne kanale komuniciranja in stalno neposredno spodbujanje s strani tistih zaposlenih, ki se redno udeležujejo različnih aktivnosti. Sodelavce, ki so posebej zaslužni za aktivno delovanje na tem področju in spodbujanje ostalih, imenujejo Promotorji zdravja. Za podjetje pa je zagotovo najbolj pomembna podpora vodstva, ki s svojim zgledom spodbuja zaposlene k aktivnostim za zdravje. V letu 2023 so izvedli usmerjena izobraževanja glede bolniških odsotnosti z izmenovodji, saj se zavedajo, da so dobri odnosi in medsebojno zaupanje pomemben dejavnik vplivanja na bolniško odsotnost.

V okviru aktivnosti Zdravo Talum letno zabeležijo skoraj 5000 plavalnih terminov, več kot 340 fitnes vadb in več kot 40 terminov rekreacije v telovadnicah. Delavnic o zdravem življenjskem slogu se povprečno udeležuje več deset zaposlenih, na Talumovem Dnevu za zdravje se jih zbere več kot 150, Talumovci so med najbolj množičnimi udeleženci ene največjih rekreativno-kolesarskih prireditev v

Sloveniji Poli maratona. V zadnjem obdobju so dodali tudi osveščanje in pomoč pri ohranjanju duševnega zdravja. Usposobili so promotorje duševnega zdravja v delovnih sredinah.

Učinek naložb v PZD-ja se, kot pravijo, lahko prikaže samo posredno, skozi delež invalidov, invalidskih postopkov in spremljanje bolniške odsotnosti. Menijo, da bi bilo za načrtovalce PZD-ja uporabno, če bi se lahko izračunal neposreden vpliv PZD-ja na zniževanje bolniške odsotnosti in fluktuacije. Ob tem poudarjajo, da stalno izboljšujejo tudi delovno okolje (ergonomsko prilagojena delovna mesta, avtomatizacija, robotizacija in digitalizacija procesov). Gre za aktivnosti, ki ne sodijo neposredno pod PZD, vendar so namenjene izboljšanju varnosti in zdravja zaposlenih. Glede na povedano je jasno, da se za podjetje kljub temu, da ni oprijemljivih finančnih učinkov PZD-ja, vlaganje v zdravje in varnost zaposlenih izplača, saj zdravje svojih zaposlenih vidijo kot konkurenčno prednost.

#### 4 Diskusija

Praksa in literatura kažeta, da argumenti govorijo v prid izvajanju aktivnosti, ki promovirajo varnost, zdravje in blaginjo zaposlenih. V državah, kjer delodajalci krijejo večino stroškov zdravstvenega zavarovanja zaposlenih, je glavni razlog uvajanja PZD-ja zniževanje neposrednih stroškov. V Sloveniji, kjer imamo nacionalno shemo osnovnega zdravstvenega zavarovanja in kjer se delodajalcem delno povrnejo nadomestila za bolniško odsotnost, je neposredna ekonomska korist PZD-ja za delodajalca manjša. V teh primerih se delodajalci za PZD odločajo zaradi zakonodaje ali zaradi dolgoročnih posrednih učinkov, kot so boljši ugled podjetja, manjša delovna invalidnost in fluktuacija zaposlenih. Očitno je torej, da tudi v odsotnosti neposrednih dokazov učinkovitosti delodajalci zagovarjajo izvajanje PZD-ja. Podatki pravijo, da večina vodstvenih delavcev ne nasprotuje PZD-ju, vendar ocenjujejo, da jim za to manjkajo informacije, vključno z razumevanjem vrednosti programov, načrtovanjem aktivnosti in lastne vloge pri tem (Allen & Hunnicutt, 2000). Nerazumevanje koncepta PZD-ja, nerealna pričakovanja, slabo načrtovanje in pomanjkljiva infrastruktura so samo nekateri razlogi, zakaj je promocija zdravja pri delu kljub podpori managementa lahko neuspešna. Zaradi tega menimo, da vodstvo še pred odločanjem o mora poznati šibke točke, ki spremljajo načrtovanje in izvajanje PZD-ja. Pomembno vlogo pri informiranju in svetovanju vodstvu imajo specialisti medicine dela.

Vodstvo, ki načrtuje PZD, mora biti prepričano, da so tveganja na delovnem mestu ustrezno ocenjena. Izjava o varnosti z oceno tveganja, ki je ključni dokument, podpiše direktor, zato bi moral vedeti, katera tveganja se v podjetju oziroma organizaciji pojavljajo, na katerih delovnih mestih, po kakšnem ključu se ocenjujejo in kateri ukrepi za zmanjšanje tveganj so možni. Praksa, o kateri poročajo tudi inšpektorji za delo, kaže, da so ocene tveganja tipske in ne odražajo realnega stanja izpostavljenosti, kar kaže na to, da vodstvo izjave o varnosti z oceno tveganja ne obravnava kot strateški dokument podjetja. Tudi če delodajalec te naloge zaupa strokovnemu delavcu, ga to še ne odveže odgovornosti. Delodajalcem, ki se odločajo na uvajanje PZD-ja, svetujemo, naj pred uvajanjem aktivnosti preverijo, ali so tveganja na delovnem mestu ustrezno ocenjena. Če promocijo zdravja pri delu načrtujemo na temelju neresničnih podatkov, ta ne more biti uspešna.

ZVZD-1 delodajalcem nalaga obvezo uvedbe PZD-ja. Ocenjujemo, da je to prevladujoč razlog za izvajanje PZD-ja glede na to, da aktualni sistem izplačevanja bolniških nadomestil ne stimulira delodajalcev za izvajanje aktivnosti za zniževanje bolniške odsotnosti. Zniževanje bolniške odsotnosti je po naših izkušnjah eden izmed najpogostejših razlogov za uvajanje PZD-ja. Čas izplačevanja nadomestil za bolniško odsotnost v breme delodajalca se je skrajšal s 30 na 20 dni. Gre za ukrep, ki nasprotuje tudi priporočilom Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj (OECD). Priporočila OECD-ja glede celostne zasnove sprememb na področju invalidskega in zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji navajajo, da je potrebno okrepiti odgovornost delodajalcev ter spodbude za hitro in trajno vrnitev delavcev na delo. Navajajo primere ukrepov, kot so podaljšanje obdobja, v katerem nadomestilo za čas bolezni plača delodajalec, z enega meseca na tri mesece (OECD; 2021). Kot primer drugačne prakse navajamo Nizozemsko, kjer delodajalec krije stroške bolniške odsotnosti od prvega dne (Poročilo KIMPDŠ, 2022).

V Sloveniji tudi ni vzvoda, ki bi delodajalce kaznoval zaradi malomarnosti pri zagotavljanju varnosti in zdravja pri delu za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) občasno pri delodajalcih uveljavlja regresijske zahtevke za stroške zdravljenja poškodb pri delu, ki so posledica malomarnega ravnanja delodajalca, vendar ne gre za poenoteno prakso. Priporočilo OECD-ja iz leta 2021 pravi, da je »potrebno poiskati načine, da bi delodajalci finančno odgovarjali za bolezen in invalidnost zaradi dela, npr. z uvedbo sistema diferenciranih plačil prispevkov, ki nagrajuje

delodajalce z nizkimi stopnjami bolezni in invalidnosti zaradi dela.« Šele letos smo dobili pravilnik o poklicnih boleznih, ki uveljavlja priznavanje poklicnih bolezni kot pravico iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Če se vodstvo odloči na uvajanje PZD-ja, mora biti seznanjeno s koraki načrtovanja, možnimi ovirami pri izvedbi in težavami pri vrednotenju ukrepov. Pogosta težava pri prepričevanju vodstev za uvedbo je pomanjkanje kratkoročnih merljivih učinkov po metodi SMART, ki pravi, da mora biti cilj, ki ga želimo doseči specifičen, merljiv, dosegljiv, ustrezen in časovno omejen. Pri načrtovanju PZD-ja vidimo predvsem problem časovne omejenosti cilja, ki ga želi PZD doseči. To je tudi eden od najpogostejših razlogov za pomanjkanje podpore vodstev in razlog za »neuspeh«. Management je potrebno seznaniti, da PZD vključuje ukrepe in dejavnosti, ki se tičejo sprememb vedenja zaposlenih, zato z izjemo kratkoročnih intervencij, ne dosega učinkov na kratek rok. V ta namen pred odločanjem za uvedbo PZD-ja podjetjem svetujemo, naj opravijo lastno analizo prednosti, slabosti, priložnosti in nevarnosti (angl. SWOT) uvedbe promocije zdravja pri delu. Primer takšne analize za podjetje Omega air d.o.o. predstavi Sojer v svoji nalogi (Sojer, 2018).

### 4.1 Priporočila pri načrtovanju promocije zdravja pri delu in vloga vodstvenega kadra

Na vsakem od petih korakov načrtovanja PZD-ja, ki smo jih predstavili v poglavju 2.1, se lahko pojavijo kritične točke, ki vplivajo na uspeh ali celo ogrozijo izvedbo projekta. Management lahko svojo zavzetost za PZD pokaže pri vseh korakih. Za vodstvo je to tudi najboljši način pridobivanja neposrednih in pravočasnih informacij. Če vodstvo sodeluje pri vseh korakih PZD-ja, lahko tudi prej oceni, ali ukrepi, ki se izvajajo podpirajo cilje podjetja, in zahteva evalvacijo in korekcijo ukrepov.

Kot smo že pojasnili v poglavju 2.1, je vloga managementa v prvem koraku imenovanje delovne skupine in njenih članov. Svojo podporo management izraža tudi z izbiro sodelavcev v delovno skupino. Večji kot je ugled članov delovne skupine med zaposlenimi, večja bo tudi podpora zaposlenih. Imenovanje enega predstavnika vodstva v delovno skupino in redno sodelovanje v delu skupine imata pomembno sporočilno vrednost za zaposlene. Člani delovnih skupin, sicer strokovnjaki na različnih področjih, pogosto niso seznanjeni z načrtovanjem PZD-ja, zato je željeno, da je v delovni skupini prisoten promotor zdra-



vja, ki pozna temeljne pogoje za PZD-ja, je več vodenja projektov in je zaposlen v podjetju. Zunanji svetovalec v timu je tudi specialist medicine dela, ki sicer tesno sodeluje s kadrovsko službo podjetja in službo za varnost in zdravje pri delu. Naloga vodstva v prvem koraku je tudi, da se obveže, da bo zagotovilo vire za delo skupine (prostor, tehnika, finančna sredstva). Pri zagotavljanju virov je potrebno načrtovati sredstva ne samo za aktivnosti, ampak tudi za načrtovanje, analize in evalvacijo. V praksi se dogaja, da se vsa sredstva porabijo za izvajanje aktivnosti, medtem ko za evalvacijo, ki je ključna za spremljanje učinkov in korekcijo ukrepov, sredstev zmanjka. Ugotovljamo, da za PZD odločilna evalvacija učinkov pogosto izostane ali pa se omeji zgolj na spremljanje udeležbe. O razlogih za to lahko samo domnevamo, zagotovo pa na to vpliva, da je načrtovanje PZD-ja metodološko slabo pripravljeno.

Določanje področja ukrepanja na osnovi analize potreb je drugi korak načrtovanja PZD-ja in se v praksi pokaže kot najbolj kritičen. Če ne poznamo potreb zaposlenih in njihovega delovnega okolja, ne moremo načrtovati uspešne promocije zdravja pri delu. Aktivnosti načrtujejo zaposleni za zaposlene. Prednost takšnega pristopa je, da zaposleni hitreje zaznavajo potrebe po korekciji programa. Pogosta praksa, ki je vsaj delno posledica tega, da imamo v Sloveniji veliko mikro in malih delodajalcev, je ta, da se storitve PZD-ja oddajajo zunanjim izvajalcem. Ti se z naročnikom storitev dogovorijo za posamezne intervencije, ki običajno niso del sistematičnega načrta in ne temeljijo na analizi dolgoročnih potreb zaposlenih. Naloga vodstva je, da skupino za zdravje spodbudi k temeljiti analizi potreb zaposlenih in analizi delovnega okolja. Tudi, če se vodstvo odloči, da najbolj pereče probleme s področja varnosti in zdravja pri delu ne bo obravnavalo v okviru PZD-ja, menimo, da pogled v podatke mora imeti. Analizo zdravja zaposlenih bi management moral obravnavati enako kot ostale poslovne analize.

V tretjem koraku skupina za zdravje določa cilj(e) in načrtuje program za doseganje cilja. Kritična dela tega koraka sta izbira cilja in načrtovanje aktivnosti, ki bodo omogočile njegovo uresničitev. Naloga vodstva v tem koraku je, da se opredeli do predloga delovne skupine, ga podpre ali zavrne oziroma zahteva dopolnitev. Management ima pravico, da zaradi drugačnega pogleda na predlagane cilje in ukrepe načrta PZD-ja ne sprejme. Vodstvo določi prednostne cilje (kratkoročne, srednjeročne ali dolgoročne), zato tudi odloči o tem, ali cilji, ki jih predlaga skupina za zdravje, podpirajo strategijo organizacije oziroma podjetja. Na odločitve vodstva lahko vplivajo tudi lastništvo podjetja oziroma zahteve lastnikov. Aktivnosti

promocije zdravja bi vodstvo moralo vključiti v strateške-razvojne dokumente podjetja.

Kritična točka četrtega koraka med izvajanjem aktivnosti je dobra infrastruktura projekta. Ta omogoča pravočasno in dobro obveščanje vseh zaposlenih. Informacije in način obveščanja morajo biti prilagojeni ciljnim skupinam, enako tudi usposabljanje. Na tej točki je treba načrtovati tudi ustrezne kapacitete, kjer se izvajajo dejavnosti (npr. dovolj velika telovadnica, dostop do pitne vode po obratih). Da bi bile aktivnosti zanimive za vse zaposlene, morajo biti prilagojene različnim skupinam in časovno prilagodljive. V tej točki je vloga vodstva usmerjena predvsem v to, da sodelujejo v aktivnostih in so zglede zaposlenim.

Pri zadnjem koraku načrtovanja je pogosta praksa, da se evalvacije ne opravi oziroma, da je pomanjkljiva in neustrezna, kar onemogoča povratno informacijo o doseženih ciljih in z njimi povezanimi učinki. Naloga vodstva pri tem zaključnem koraku je, da vztraja pri pridobivanju podatkov in da tudi za ta del progama PZD-ja zagotovi sredstva. Brez zaključnega vrednotenja tudi ni možno načrtovati naslednje aktivnosti, pri čemer ostaja vtis, da je bila promocija zdravja pri delu namenjena predvsem izvrševanju zahtev zakonodaje, kot pa usmerjenim aktivnostim za izboljšanje zdravja zaposlenih.

### 4.2 Vloga specialista medicine dela

Specialisti medicine dela razumejo interakcije in vplive dela in delovnega okolja na zaposlene in imajo izkušnje na področju načrtovanja PZD-ja, zato so za management pomemben vir informacij. Iz literature izhaja, da se delodajalci odločajo za PZD glede na lastno znanje in dostopnost ponudnikov (Martinsson, 2016). Delodajalci specifičnega znanja, ko gre za načrtovanje programa PZD praviloma nimajo. Specialisti medicine dela, prometa in športa (MDPŠ) osnovna znanja iz vodenja projektov in načrtovanja PZD pridobijo tekom svoje specializacije zato lahko pomagajo vodstvenim delavcem pri vseh korakih načrtovanja PZD in tudi že pred samo odločitvijo o izvajanju programa.

Specialist MDPŠ kot zunanji sodelavec managementu svetuje področja ukrepanja saj ima najboljši pogled v zdravstveno stanje zaposlenih in zna opraviti analizo zdravja. Ocenjujemo, da bi zdravstveno stanje zaposlenih moralo zanimati vodstvene delavce tako iz etičnega vidika, kot tudi v luči doseganja poslovnih ciljev. S tem namenom bi specialist MDPŠ moral enkrat letno kolegiju vodstvenih delavcev predstaviti analizo zdravja zaposlenih in predlog ukrepov za krepitev zdravja zaposlenih. To je tudi priložnost, da se

predstavi koncept PZD, njeni posredni in neposredni učinki ter ovire pri načrtovanju, izvajanju in evalvaciji. Program PZD si tako lahko pridobi razumevanje in podporo (večine) vodstva.

Koristnost specialista MDPŠ je tudi v tem, da vodstvene delavce spodbudi k temu, da poiščejo cilj, ki ga želijo doseči in kazalnike s katerimi bodo spremljali potek in končni učinek ukrepov. To je tudi priložnost, da se vodstvo usmeri v vodenje z zgledom. Specialist MDPŠ je lahko član tima za zdravje, za vodenje tima je primeren, le v primeru, ko gre za mikro in majhna podjetja. Prednost rednega sodelovanja s specialistom MDPŠ je tudi v tem, da svetuje kako obstoječe vire v Centrih za krepitev zdravja uporabiti v PZD in da opozori na ranljive skupine zaposlenih in skupine, ki terjajo posebne ukrepe.

### 5 Zaključki

Iz doslej zapisanega izhaja, da imajo vodstveni delavci ključno vlogo pri zagotavljanju varnosti in zdravja pri delu organizacije, ki jo vodijo. Da bi svojo vlogo lahko izpolnili, je pomembno, da zdravje zaposlenih in s tem povezane ukrepe, vključno s promocijo zdravja pri delu, prepoznajo ne samo kot zakonodajno dolžnost, ampak tudi kot del strategije in dolgoročnega razvoja organizacije ter moralno zavezo. ZVZD-1 podpira takšno vlogo vodstva ter odgovornost za zdravje in varnost delavcev nalaga izključno delodajalcu.

V nalogi smo, skladno z zastavljenimi cilji, opredelili koncept PZD-ja, njegovo umestitev v sistem varnosti in zdravja pri delu in s tem povezano zakonodajno obvezo delodajalcev. Pri tem smo predstavili faze načrtovanja programa PZD-ja, vlogo vodstvenih delavcev in dejavnike, ki vplivajo na odločitev vodstva za izvajanje promocije zdravja. Uvajanje aktivnosti pogosto spremlja dvom v učinkovitost ukrepov promocije zdravja, zato smo izpostavili kritične točke izvedbe in težave, ki spremljajo vrednotenje učinkovitosti. Ker je namen naloge prispevati k večji učinkovitosti ukrepov promocije zdravja pri delu v Sloveniji, smo prikazali prednosti in slabosti obstoječe situacije. V diskusiji smo, ob upoštevanju pomanjkljivosti aktualnega izvajanja PZD-ja, opredelili dejavnike aktivnejše vloge vodstvenih delavcev pri implementaciji promocije zdravja in vloge specialistov medicine dela kot svetovalcev vodstvenih delavcev.

V zaključku ugotavljamo, da je za uspešnost promocije zdravja pri delu ključen odnos vodstva do dokumenta Izjava o varnosti z oceno tveganja. S podpisom

izjave se delodajalec obveže, da bo ocenjeval tveganja na delovnem mestu in izvajal ukrepe za zmanjševanje tveganj ter načrtoval PZD. Vse to z namenom, da z izboljšanjem delovnih pogojev zaposlenim ustvari pogoje za varno in zdravo opravljanje dela ter dobro počutje na delovnem mestu. V praksi se izkaže, da izvajanje teh aktivnosti ne prinaša rezultatov, ki bi jih glede na namen ukrepov pričakovali. Domnevamo, da so razlogi za neučinkovitost neustrezno ocenjena tveganja (npr. tveganja se ocenijo kot sprejemljiva in ne zahtevajo izvajanja ukrepov), metodološko slabo načrtovanje PZD-ja in odsotnost evalvacije izvedenih ukrepov.

Po našem mnenju bi učinkovitost PZD-ja izboljšalo načrtno izobraževanje in ozaveščanje vodstvenih delavcev o pomenu varnosti in zdravja zaposlenih v okviru vrednot organizacije. Takšno izobraževanje, ki bi vključevalo tudi usposabljanje za vodenje z zgledom, bi moralo biti vključeno v kurikulumе vsaj podiplomskih izobraževanj. V skladu z rezultati raziskav namreč večina delodajalcev ne nasprotuje uvajanju promocije zdravja v podjetja, vendar o tem nima znanja in od tu izhajajo njihovi zadržki (Allen & Hunicutt). Poučeno vodstvo bi po naši oceni tehtno razmislilo tudi o managementu varnosti in zdravja pri delu ter dobrega počutja zaposlenih v smeri, ki podpira njihove cilje.

Menimo, da bodo omenjene aktivnosti imele v prihodnje vedno večji pomen zaradi podaljševanja delovne dobe, epidemije kroničnih bolezni pri vedno mlajši populaciji in pomankanja iskalcev dela (zlasti v panogah kjer so večja tveganja za poškodbe in bolezni). V tem kontekstu je potrebno upoštevati tudi skrb zbujajoče naraščanje motenj duševnega zdravja mladostnikov, bodočih iskalcev zaposlitve.

Za vodstvene delavce so vir pomembnih informacij tudi specialisti medicine dela. Kot svetovalci lahko pri managerjih krepijo zavedanje, da dobita zdravje in varnost zaposlenih pomen šele takrat, ko se podirata in začneta spodkopavati uresničevanje strateških ciljev. To je zlasti pomembno, ko organizacija doživlja krizo. Vodstvo takrat neredko začne pomembno omejevati sredstva, namenjena razvoju podjetja ter varnosti in zdravju zaposlenih, kar ima v primeru »preživetja«  
podjetja lahko dolgoročne posledice.

Izhodišče za našo nalogo je domneva, da vodstveni delavci promocije zdravja pri delu ne vidijo kot strateški cilj organizacije ali podjetja, ki ga vodijo. Zaradi takšnega odnosa se aktivnosti izvajajo predvsem z namenom implementacije zakonodaje, ne pa zaradi zasledovanja dolgoročnih interesov. Temu primerno tudi ni sistemskega in skrbnega načrtovanja in oce-



njevanja intervencij promocije zdravja. Ker v Sloveniji nimamo še nobene raziskave, ki bi analizirala učinke obvezne uvedbe PZD-ja, bi se naša predpostavka lahko izkazala kot napačna, vendar kljub temu

menimo, da je iskanje načinov za nagovarjanje vodstvenih delavcev v prid PZD-ja ustrezen pristop k oblikovanju učinkovitih programov, ki bi poleg boljšega zdravja delavcev prispevali tudi k doseganju finančno ugodnih rezultatov podjetij.

## LITERATURA IN VIRI:

1. Aldana, Financial impact of workplace health promotion programs and methodological quality of the evidence. *American Journal of Health Promotion; Art of Health Promotion*, 1998; 2 (1):1-8 .
2. Allen J, Hunnicutt D, Fostering Wellness Leadership: A New Model. [Cited 23 Dec. 3]. Available from: [https://www.csun.edu/~alliance/Wellness\\_Coreteam/Absolute%20Advantage%20Magazine/Articles/Fostering%20Wellness%20Leadership.pdf](https://www.csun.edu/~alliance/Wellness_Coreteam/Absolute%20Advantage%20Magazine/Articles/Fostering%20Wellness%20Leadership.pdf).
3. Anon. Priporočila OECD glede celostne zasnove sprememb na področju invalidskega in zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji, 2021. [Cited 23 Dec. 4]. Available from: [https://www.gov.si/assets/ministrstva/MDDSZ/OECD-priporocila\\_SLO.pdf](https://www.gov.si/assets/ministrstva/MDDSZ/OECD-priporocila_SLO.pdf).
4. Anon. Poročilo o izvajanju strokovnih in razvojnih nalog na področju varovanja zdravja delavcev za leto 2022, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa; Ljubljana 2022 [gradivo za Ministrstvo za zdravje].
5. Anon. Gospodarska zbornica Slovenije [Cited 23 Dec. 5]. Available from: <https://mavricazdravja.gzs.si/vsebina/O-promociji-zdravja>.
6. De Greef M, Van den Broek K. Report, Making the Case for Workplace Health Promotion, Analyses of the effects of WHP. Brussels, 2004: 21-23.
7. Downey AM, Sharp DJ. Why do managers allocate resources to workplace health promotion programmes in countries with national health coverage? *Health Promot Int.* 2007;22(2):102–11.
8. ENWHP - European Network for Workplace Health Promotion. Luxembourg declaration on workplace health promotion. [Cited 23 Nov. 3]. Available from: <http://www.enwhp.org/>.
9. EU-OSHA. Motivation for employers to carry out workplace health promotion: literature review. Luxembourg: EU-OSHA; 2012. p. 44 [Cited 23 Nov. 13]. Available from: Motivation for employers to carry out workplace health promotion | Safety and health at work EU-OSHA (europa.eu).
10. Fabius R, Phares S. Companies That Promote a Culture of Health, Safety, and Wellbeing Outperform in the Marketplace. *J Occup Environ Med.* 2021 Jun;63(6) 456-461.
11. Goetzel RZ, Ozminkowski RJ. The health and cost benefits of work site health-promotion programs. *Annu Rev Public Health.* 2008;29:303–23.).
12. Anon HSE, Costs to Britain of workplace, fatalities and self-reported injuries and ill health, 2021/22. Nov. 2023, [Cited 23 Dec. 2]. Available from: <https://www.hse.gov.uk/statistics/assets/docs/cost-to-britain.pdf>.
13. Korzeniowska E, Wojtaszczyk P, Puchalski K, Pyzalski J, Iwanowicz E, Haratau T. 2013. Vodenje projektov promocije zdravja pri delu. In: Promocija zdravja pri delu. Definicije, metode in tehnike. Urdih Lazar T. (ur.). Ljubljana: UKC Ljubljana, KIMDPŠ; 127–182.
14. Kreis J, Bödeker W. Health-related and economic benefits of workplace health promotion and prevention, Summary of the scientific evidence. BKK Bundesverband (Federal Association of Company Health Insurance Funds) and the HVBG (Federation of Statutory Accident Insurance Institutions), Essen, 2004.
15. Lowe GS. Healthy Workplaces and Productivity: A Discussion Paper. Health Canada, Economic Analysis and Evaluation Division, 2003.
16. Lutz N, Taeymans J, Ballmer C, Verhaeghe N, Clarys P, Deliëns T. Cost-effectiveness and cost-benefit of worksite health promotion programs in Europe: a systematic review. *Eur J Public Health.* 2019 Jun 1;29(3):540-546.

17. Martinsson, C., Lohela-Karlsson, M., Kwak, L., Bergström, G., & Hellman, T. (2016). What incentives influence employers to engage in workplace health interventions? *BMC Public Health*, 16.
18. Miklič Milek D, Urdih Lazar T. Čili za delo, učbenik za promocijo zdravja pri delu, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, Ljubljana, 2016.
19. Miller P, Haslam C. Why employers spend money on employee health: Interviews with occupational health and safety professionals from British Industry. *Saf Sci*. 2009;47(2):163–9.
20. Nieuwenhuijsen K, Faber B, Verbeek J, Neumeyer-Gromen A, Hees H, Verhoeven A, van der Feltz-Cornelis C, Bültmann U. Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;3(12):CD006237.
21. Fenton S-J, Pinilla Roncancio M, Sing M, Sadhra S, Carmichael F. Workplace wellbeing programmes and their impact on employees and their employing organisations: A scoping review of the evidence base. University of Birmingham. 2014. [Cited 23 Nov. 5]. Available from: <https://www.birmingham.ac.uk/documents/research/ias/wellbeing-at-work-review-jan-31.pdf>
22. Parkinson R.S. Managing health promotion in the workplace. Guidelines for implementation and evaluation. Palo Alto, CA: Mayfield Publishing Co. 1982.
23. Pescud M, Teal R, Shilton T, Slevin T, Ledger M, Waterworth P, Rosenberg M. Employers' views on the promotion of workplace health and wellbeing: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2015 Jul 11;15:642.
24. Resolucija o nacionalnem programu varnosti in zdravja pri delu 2018–2027 (ReNPVZD18–27) 2018. Uradni list RS št. 23/18.
25. Resolucija o nacionalnem programu varnosti in zdravja pri delu (ReNPVZD) 2003. Uradni list RS št. 126/2003.
26. Rongen A, Robroek SJW, van Lenthe FJ, Burdorf A. Workplace health promotion: a meta-analysis of effectiveness. *Am J Prev Med*. 2013 Apr;44(4):406-415.
27. Rus A, Kovačič H, Igljič H. Ovrednotenje Sistema izvajanja dejavnosti medicine dela v Sloveniji, poročilo, Fakulteta za družbene vede, Univerza v Ljubljani, 2019.
28. Shain, M, Kramer, D.M., 2004. Health promotion in the workplace: framing the concept; reviewing the evidence. *Occup. Environ. Med*. 61, 643–648.
29. Shepard RJ. Worksite Fitness and Exercise Programs: A Review of Methodology and Health Impact. *American Journal of Health Promotion* 1996; 10(6):436-452.
30. Sockoll I, Kramer I, Bödeker W. Effectiveness and economic benefits of workplace health promotion and prevention. Summary of the scientific evidence 2000 to 2006. IGA-Report, No 13e, 1st issue – March 2009.
31. Sojer L. Analiza promocije zdravja v podjetju Omega air d.o.o. Ljubljana, Zaključna strokovna naloga visoke poslovne šole, Ekonomska fakulteta v Ljubljani, 2018. [Cited 23 Dec. 3]. Available from: [http://www.cek.ef.uni-lj.si/vps\\_diplome/sojer932.pdf](http://www.cek.ef.uni-lj.si/vps_diplome/sojer932.pdf)
32. Sparling PB. Worksite health promotion: principles, resources, and challenges. *Prev Chronic Dis*. 2010 Jan;7(1):A25.
33. Stergar, E., Urdih Lazar, T., (2005). Pripravljenost delodajalcev na izvajanje programov promocije zdravja in njihov odnos do zdravja. *Sanitas et Labor*, Vol. 4, No. 1, str. 135 - 167.
34. Stergar E, Urdih Lazar, T., Z načrtovanjem do kakovostnih programov promocije zdravja pri delu. [Cited 23 Dec. 3]. Available from: <https://www.delavska-participacija.com/wp-content/uploads/2022/08/Stergar-Urdih-Lazar-Na%C4%8Drtovanje-programov-promocije-zdravja-pri-delu-jun.2022.pdf>.
35. SWAT Implementation Guide CDC Stacks. [Cited 23 Dec. 3]. Available from: [https://stacks.cdc.gov/view/cdc/31332/cdc\\_31332\\_DS1.pdf](https://stacks.cdc.gov/view/cdc/31332/cdc_31332_DS1.pdf)
36. Swift worksite assessment and translation (SWAT) implementation guide. [Cited 23 Dec. 3]. Available from: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/31332>.
37. Tompa E, Dolinschi R, de Oliveira C, Irvin E. A systematic review of occupational health and safety interventions with economic analyses. *JOccup Environ Med*. 2009;51(9):1004–23.

38. Urdih Lazar T, Stergar E. Promocija zdravja pri delu - od zdravstvene vzgoje do zakonske obveze. In: Dodič-Fikfak M. (ur.), Molan M. (ur.). *Sanitas et labor: 9(1), Znanje, izkušnje, sodelovanje: 40 let KIMDPŠ*; Mar. 2012; V Ljubljana: Univerzitetni klinični center, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa; 2012 p. 121-144.
39. Urdih Lazar T. Prenova izobraževanja Čili za delo, Posvet o poklicni, procesni in požarni varnosti, Portorož 2016.
40. van Dongen JM, Tompa E, Clune L, Sarnocinska-Hart A, Bongers PM, van Tulder MW, van der Beek AJ, van Wier MF. Bridging the gap between the economic evaluation literature and daily practice in occupational health: a qualitative study among decision-makers in the healthcare sector. *Implement Sci.* 2013;8:12.22.
41. van Oostrom SH, Driessen MT, de Vet HC, Franche RL, Schonstein E, Loisel P, van Mechelen W, Anema JR. Workplace interventions for preventing work disability. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;2.
42. Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1) 2011. UL 43/2011.
43. Ylikoski M. Ocena tveganja in njena vloga v programih promocije zdravja pri delu V: Promocija zdravja pri delu. Definicije, metode in tehnike. Urdih Lazar T. (ur.). Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, 2013.

# Vsebinska in organizacijska prenova programa za opremo otrok in mladostnikov s cerebralno paralizo s po meri izdelanimi ortozami za spodnje ude

**Avtor:** doc. dr. Katja Groleger Sršen, dr. med., **mentor:** prof. dr. Petra Došenović Bonča

## **Povzetek:**

*Namen projektne naloge je analiza prednosti, slabosti, priložnosti in nevarnosti (v nadaljevanju PSPN) programa za opremo otrok in mladostnikov s cerebralno paralizo s po meri izdelanimi ortozami za spodnje ude in izdelava registra tveganja in na tej podlagi priprava predloga tako vsebinske kot organizacijske prenove tega. V projektni nalogi sem tako predstavila osnovne značilnosti otrok s cerebralno paralizo, vrste po meri izdelanih ortoz za spodnje ude, funkcijske zahteve, ki veljajo zanje, nato pa na kratko povzela postopke izdelave ortoz. V PSPN analizi sem izpostavila slabosti obstoječega programa ortotike spodnjih udov za otroke s CP na ravni uporabnikov (čakalne dobe, pomanjkanje kadra), neoptimalno urejene procese, na področju finančnega vidika pa prenizko vrednotenje storitev in cenovnega standarda za ortozo. V nadaljevanju sem se osredotočila na proces oskrbe in predlagala nove časovne opredelitve za posamezne dele procesa in kategorizacijo pacientov glede na zahtevnost (težavnost). Za preglednost postopka ocene funkcijskih značilnosti posameznega pacienta sem na osnovi ISO standarda pripravila razširjeno različico testnega lista ter pripravila priročnik za izpolnjevanje le tega. V zaključku sem izbrala še vprašalnik za oceno zadovoljstva s pripomočki in osbrbo, ki nam bo nudil boljši vpogled v ta področja in nam pomagal izboljšati kasneje ugotovljena morebitna odstopanja.*

## **1 Uvod**

Predmet projektne naloge je analiza prednosti, slabosti, priložnosti in nevarnosti (v nadaljevanju PSPN) programa za opremo otrok in mladostnikov s cerebralno paralizo s po meri izdelanimi ortozami za spodnje ude na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije (v nadaljevanju URI Soča). Z ustrezno PSPN analizo poslovanja in strateškim načrtovanjem lahko pomembno zmanjšamo bodoča tveganja in notranje probleme ter najbolj, kot je le mogoče, izboljšamo prednosti podjetja (programa) in se lažje ter pravilneje odločamo o bodočih strateških usmeritvah glede na priložnosti v zunanjem okolju.

URI Soča kot referenčna ustanova na ravni države opravlja terciarno zdravstveno, izobraževalno in raziskovalno dejavnost na področju fizikalne in rehabilitacijske medicine. Iz tega izhaja, da je URI Soča dolžan razvijati to področje, uvajati nove metode dela, skrbeti za strokovno primerljivost s podobnimi razvinitimi ustanovami v tujini in posredovati novo znanje v ustreznem obsegu drugim zdravstvenim ustanovam v državi. URI Soča že desetletja sledi svojemu poslanstvu, hkrati pa se z razvojem stroke in tehnološkega

znanja sooča z izzivi in potrebo po razvojnih odločitvah.

Pomemben izziv predstavlja program za opremo otrok in mladostnikov s cerebralno paralizo (v nadaljevanju CP) s po meri izdelanimi ortozami za spodnje ude. Za objektivno in optimalno odločitev o prihodnjih aktivnostih je potrebna celovita ocena sedanjega stanja, zato sem se odločila, da bom uporabila PSPN analizo, nato pa izdelala register tveganj, s pomočjo katerega bom lahko poiskala šibke točke v dosedanjem programu, nakazala možnosti za njihovo odpravo ter opredelila možnosti za boljše izkoriščanje njegovih obstoječih prednosti, poiskala priložnosti programa za nadaljnji razvoj in opredelila možne nevarnosti in načine kako se jim izogniti. Na ta način bi rada ugotovila, kako tako vsebinsko kot organizacijsko prenoviti program za opremo otrok in mladostnikov s cerebralno paralizo s po meri izdelanimi ortozami za spodnje ude. Pri delu bom uporabila literaturo in druge vire, ki pokrivajo področje procesa opreme z ortozami za spodnje ude pri otrocih s CP ter poiskala podatke za analizo obstoječega stanja v programu na URI Soča.

V nadaljevanju bom predstavila osnove značilnosti otrok s cerebralno paralizo, vrste po meni izdelanih ortoz za spodnje ude, funkcijske zahteve, ki veljajo zanje, nato pa na kratko povzela postopke izdelave ortoz. Temu sledi opis temeljnih izzivov obstoječega programa ortotike spodnjih udov za otroke s CP in izhodišča za preново, vključno z analizo PSPN in registrom tveganj.

## 2 Značilnosti otrok s cerebralno paralizo

Otroci in mladostniki (v nadaljevanju zaradi poenostavitve uporabljamo skupni izraz otroci) s prirojene ali pridobljenimi boleznimi in poškodbami so zelo raznolika skupina glede na vzroke za okvaro telesnih zgradb in funkcij kot tudi glede na posledično zmanjšane zmožnosti funkcioniranja in sodelovanja v različnih vsakodnevnih dejavnostih v ožjem ali širšem socialnem okolju. Eden najpogostejših vzrokov za zaostanek v razvoju otrok je cerebralna paraliza (CP), ki je posledica okvare možganov v obdobju zgodnjega razvoja (pred rojstvom, med porodom ali zgodaj po rojstvu). Posledično pri otrocih s CP najdemo motnje v nadzoru mišičnega tonusa, drže in koordinacije gibanja, motnje občutenja, hranjenja in komunikacije ter motnje kognitivnih funkcij. Glede na anatomsko razporeditev težav pri otrocih s CP ločimo enostransko (hemiparetično – okvara funkcije na eni strani telesa) obliko CP ter obojestransko (diparetično in tetraparetično) obliko CP. Za diparetično obliko CP je značilno, da je funkcija zgornjih udov boljša kot funkcija spodnjih udov, medtem ko je funkcija zgornjih in spodnjih udov pri tetraparetični obliki zelo zmanjšana.

Otroke s CP glede na posamezno področje funkcioniranja razvrščamo v podskupine s pomočjo lestvic za razvrščanje, npr. glede na večšine grobega gibanja (*angl.* The Gross Motor Function Classification System Expanded & Revised, v nadaljevanju GMFCS) (1). Otroke s CP glede na večšine grobega gibanja uvrstimo v eno od petih stopenj GMFCS, pri čemer imajo otroci v I. stopnji najmanj težav, otroci v V. stopnji pa največ. Tako so otroci s CP v I. in II. stopnji GMFCS sposobni učinkovite hoje na srednje in daljše razdalje. Tisti, ki so razvrščeni v III. stopnjo, za hojo potrebujejo pripomočke, npr. ortoze ali hoduljo. Ortoze za hojo lahko uporabljajo tudi otroci, ki so uvrščeni v prvo in drugo stopnjo GMFCS, vendar so ortoze namenjene izboljšanju vzorca hoje. Otroci v IV. stopnji lahko s pomočjo ortoz stojijo in ob pomoči morda naredijo nekaj korakov v zaprtem prostoru. Otroci v V. stopnji ne zmorejo obračanja v ležečem položaju s hrbta na trebuh oz. nazaj; prav tako ne

zmorejo vzdrževati položaja glave in trupa v sedečem položaju. Ortoze uporabljajo za preprečevanje ali blazenje razvoja kontraktur v sklepah spodnjih udov.

Otroci s CP, ki hodijo, se precej razlikujejo tudi glede na vzorec hoje. K raznolikosti funkcijskih zmožnosti grobega gibanja in vzorca hoje prispeva mesto in obseg okvare možganov, spremenjen mišični tonus, znižana mišična moč, zmanjšana prožnost mišic (2-4), kasneje v razvoju otroka pa tudi razvoj kontraktur v sklepah spodnjih udov. Vzorce hoje pri otrocih s CP je v preteklosti skušalo opisati več avtorjev (5). Večinoma sta v uporabi le dva sistema: Wintersov za otroke s hemiparetično obliko (6) in sistem Sutherlanda in Davidsa za otroke z diparetično obliko CP (7), oz. prilagojeni sistem Rhode in Grahama (8). Za izboljšanje funkcijskih zmožnosti stoje in hoje, izboljšanje značilnosti in vzorca hoje ter preprečevanje oz. zmanjšanje kontraktur v sklepah spodnjih udov v klinični praksi uporabljamo ortoze, najpogosteje ortozo za gleženj in stopalo (v nadaljevanju OGS), pogosteje pri tistih z več težavami pri gibanju (70 % v IV. in V. stopnji GMFCS) (9).

Leta 2008 so na konferenci Mednarodnega združenja za protetiko in ortotiko (*angl.* International Society for Prosthetics and Orthotics, v nadaljevanju ISPO) pripravili skupni dokument o z dokazi podprti uporabi ortoz. Pripravili so pregled učinkovitosti uporabe ortoz za spodnje ude in povzeli, da uporaba OGS pri otrocih s CP preprečuje plantarno fleksijo, izboljša učinkovitost hoje in zmanjša porabo energije pri hoji (10). Kljub temu postopek izbora ustreznega modela in individualne prilagoditve OGS posameznemu otroku s CP glede na težave in prevladujoč vzorec hoje v vsakdanji klinični praksi ostaja precej zapleten in zahteven, hkrati pa v literaturi še vedno ni dovolj natančnih protokolov za izbiro modela in tehničnih lastnosti (11).

V Sloveniji je pravica do oskrbe z ortozami za spodnje ude in drugimi pripomočki urejena z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljevanju ZZVZZ) in Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju Pravila OZZ). Na osnovi teh predpisov Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZS) zagotavlja zavarovanim osebam uresničevanje pravic do medicinskih pripomočkov v breme OZZ. Vsak medicinski pripomoček ima svoj standard, s katerim je določena njegova cena, material, iz katerega je izdelan in trajnostna doba (12). Za ortoze za spodnje ude, je trajnostna doba, v času katere mora dobavitelj s servisom ali prilagoditvijo ortoze zagotavljati funkcionalno ustreznost, za otroke, mlajše od sedem let, šest mese-



cev, za otroke med sedmim in 18. letom pa 10 mesecev. Pred iztekom trajnostne dobe ortoze (kot tudi po izteku) ima otrok pravico do nove ortoze, če imenovani zdravnik ugotovi, da je ortoza postala funkcionalno neustrezna zaradi anatomskih ali funkcionalnih sprememb (115. člen Pravil OZZ) (12).

### 3 Ortoze za spodnje ude

#### 3.1 Vrste po meri izdelanih ortoz za spodnje ude

Izraz ortoza je standardiziran in omogoča zanesljivo komunikacijo v interdisciplinarnem timu, ki ga sestavljajo bolnik (otrok s starši), zdravnik, fizioterapevt in ing. ortotike in protetike. Ortoza je lahko izdelana serijsko ali pa po meri (individualno). Na splošno je ortoza sestavljena in več delov, ki zagotavljajo funkcionalno ustreznost (13): trdni okvir, ki zagotavlja strukturo in podporo; sponke ali trakovi za prilagajanje in zagotavljanje ustreznega stika oz. pritiska med mehкими tkivi noge in ortoza; oblažjenje, ki zagotavlja udobje pri uporabi, blaženje mehničnega pritiska na mehka tkiva; gibljivi sklepi ortoze, ki omogočajo gibanje sklepa; prilagodljivi elementi glede na posameznikove potrebe; dodatki za stopalo, na primer vložki, podporni loki ali drugi elementi, ki pomagajo pri pravilni postavitvi stopala.

Oznaka vrste ortoze temelji na mednarodni klasifikaciji standardov, ki jo razvija in vzdržuje Mednarodna organizacija za standardizacijo (*angl.* International Organization for Standardization, v nadaljevanju ISO). Ime ortoze pove, katere anatomske sklepe in dele telesa pokriva ortoza. V okviru vsake vrste ortoz poznamo več različnih modelov, ki zagotavljajo funkcionalno ustreznost:

1. *korekcijska ortoza za gleženj in stopalo po modelu (OGS)*: najpogosteje predpisana ortoza, s katero lahko zagotovimo primerno poravnavo sklepov gležnja in stopala, preprečimo patološko gibanje teh sklepov ter zmanjšamo vpliv patoloških refleksnih vzorcev (14-16). V okviru te vrste ločimo: rigidno OGS (*angl.* rigid ankle-foot orthosis, rAFO), ki v fazi opore in zamaha vzdržuje isti položaj gležnja in stopala (6); OGS z zadajšnjim peresom (*angl.* posterior leaf spring ankle-foot orthosis, plAFO), ki preprečuje padajoče stopalo med fazo zamaha, v fazi opore pa dovoljuje dvig stopala (6); dinamično OGS (*angl.* dynamic AFO, dAFO) in OGS s sklepom (*angl.* hinged AFO, hAFO) (17), ki zagotavljata manjšo podporo in stabilnost stopala ter več aktivnosti otroka v procesu učenja hoje in krepitve mišic (17); OGS s sklepom z vzmetnim mehanizmom

za pomoč pri hoji v fazi odziva in dvigu stopala v fazi zamaha (18).

2. *ortoza za koleno, gleženj in stopalo (OKGS)* (*angl.* knee-ankle-foot orthosis, KAFO): vpliva na položaj in gibanje kolena, gležnja in stopala, ima običajno na ravni kolena nameščene sklepe, ki lahko omogočajo prosto gibanje (v primeru manjših težav); lahko so zaklenjeni v fazi zamaha in fazi opore (v primeru hujše nestabilnosti kolena oz. šibkosti mišic za gibanje v kolenu) ali pa je nadzor nad gibanjem sklepa samodejno uravnavan, tako da je zaklenjen v fazi opore in sproščen v fazi zamaha (18).
3. *ortoza za kolk, koleno, gleženj in stopalo (OKKGS)* (*angl.* hip-knee-ankle-foot orthosis, HKAF0): vpliva na položaj in gibanje kolka, kolena, gležnja in stopala, ima sklepe nameščene tudi na ravni kolka; zadržuje medenico v približno nevtralnem položaju, vzdržuje kolena v iztegnjenem položaju, stabilizira stopala in gležnja in preprečuje addukcijo kolkov (18). Če omogoča tudi recipročno gibanje nog, jo imenujemo za rOKKGS (*angl.* reciprocal *angl.* hip-knee-ankle-foot orthosis, rHKAF0) (18).
4. *visoka ortoza za stojo in hojo s pomično ploščo* (*angl.* Swivel walker): namenjena osebam z zelo zmanjšano mišično močjo v spodnjih udih in trupu (npr. paraplegija zaradi prirojene mielomeningekele). Ta ortoza omogoča pacientu, da se premika brez pomoči rok. S premikom težišča telesa se ortoza nagne v stran, s čimer lahko oseba naredi korak naprej. Premik teže na nasprotno stran pomakne drugo stopalo naprej. Težišče ostaja znotraj podporne površine, dolžina koraka je omejena z amortizerjem (19).

#### 3.2 Funkcijske zahteve za ortoze za spodnje ude

Odločitev za določeno vrsto ortoze, z ustreznimi sestavnimi deli, je odvisna od funkcijskih težav in značilnosti gibanja in vzdrževanja drže pacienta, ugotovljenih med kliničnim pregledom. Ortoza za spodnje ude mora izpolnjevati več funkcijskih zahtev, kar izhaja iz standarda ISO 8551:3000: poravnati dele skeleta, sklepov oz. trupa; preprečiti oz. zmanjšati nestabilnost in/ali deformacije delov skeleta in sklepov; preprečiti pretiran obseg giba v sklepu (npr. hiperkstenzija kolena); povečati obseg giba v sklepu (npr. kontraktura sklepa); nadomestiti dolžino ali obliko posameznega dela (npr. dolžina uda, neujemanje mehkih tkiv); obvladovati nenormalno živčno-mišično funkcijo (hipotonija, hipertoniya, pareza, paraliza); zaščititi tkiva (npr. v primeru diabetične polinevropatije ali neuroartropatije Charcot); podpreti

zdravljenje (npr. po kirurškem zdravljenju kolena); olajšati bolečino (20).

ISO standard določa tudi vrsto podatkov, ki jih moramo upoštevati v procesu odločanja o opremi z ortozo: podatki o osebnih dejavnikih (starost, spol, višina in telesna masa), podatki o socialnem in fizičnem okolju, šolanju (poklicu) in rekreativni dejavnosti. Poleg tega je pomembno vedeti ali je pacient motiviran za uporabo ortoze in kakšna je njegova lastna ocena potreb. Ključni element za odločanje o modelu ortoze je, poleg diagnoze in poznavanja poteka bolezni oz. stanja po poškodbi (in morebitnih pridruženih boleznih), predvsem funkcijsko stanje pacienta (20). Slednje lahko opredelimo z različnimi ocenjevalnimi instrumenti ali pa s sistemom kod Mednarodne klasifikacije funkcioniranja, zdravja in zmanjšanih zmožnosti (21). Ta sistem kod nam omogoča opredelitev vrste in stopnje funkcijskih težav, ne glede na osnovno bolezensko stanje pacienta (npr. zmožnost premikanja v postelji, premeščanja, sedenja, stoje in hoje – po različnih površinah, stopnicah, zmožnosti funkcije zgornjih udov - dviganje, poseganje, držanje predmetov). Za opremo z ustrezno ortozo potrebujemo tudi podatke o tem, kakšen je obseg giba v posameznem sklepu, kakšna je mišična moč, mišični tonus ter kakšno je površinsko ali globoko občutenje (20).

Funkcijska ocena in merila za opremo so še posebej pomembna zaradi raznolikosti diagnoz, zaradi katerih so otroci napoteni na Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije (URI Soča). Analiza podatkov iz programa za ortotiko otrok v šestmesečnem obdobju od junija do decembra 2018 (neobjavljeni podatki analize ob pripravi pregleda literature o učinkovitosti uporabe OGS) je namreč pokazala, da smo za opremo z novo ortozo pregledali 139 otrok (povprečna starost 7,6 let). Med diagnozami je prevladovala cerebralna paraliza (31 %); 17 % otrok je bilo napoteni zaradi ploskih stopal, ostali otroci pa zaradi 17 drugih diagnoz, pri čemer smo genetske sindrome združili v eno skupino.

### 3.3 Postopki izdelave ortoz za spodnje ude

Ortoze so za spodnje ude lahko izdelane serijsko, tako da upoštevajo splošne funkcijske zahteve (npr. peronealna ortoz za zadrževanje stopala v fazi zamaha) ali pa individualno, po meri, za točno določena pacienta glede na njegove funkcije in anatomske značilnosti. Za izdelavo po meri izdelane ortoze je tradicionalni postopek vključeval odvzem mere z mavčnimi povoji, izdelavo modela iz mavčne kaše, obdelavo mavčnega modela, izdelavo testne ortoze,

preizkušanje testne ortoze z uporabnikom, čemur je sledila končna izdelava ortoze. Sodobni postopek temelji na računalniško podprtih tehnologijah: 3D-skeniranje za odvzem mere, izdelavo modela, struženje poliuretanske pene in obdelava modela s pomočjo računalniških programov za obdelavo virtualnih modelov, 3D-tiskanje in struženje različnih materialov za izdelavo delov ali celotne ortoze, uporaba laserskih meril, računalniških programov za statično in dinamično uravnavo ortoze, uporaba sistemov za merjenje pritiskov ob preizkušanju ortoze, čemur sledi še končna izdelava s 3D-tiskanjem in laserskim sintranjem. Vesenjaki in sodelavci so v analizi prednosti računalniško podprtih tehnologij izpostavili natančnost, hitrost, ponovljivost, dokazljivost in pacientu prijazne postopke, medtem ko so med slabostmi izpostavili ceno naprav in računalniških programov, odvisnost od proizvajalca v primeru tehničnih težav, težje dodatno prilagajanje končnega izdelka in še ne standardizirano preverjanje kakovosti izdelkov (22).

## 4 Prenova programa ortotike spodnjih udov otrok s cerebralno paralizo na URI Soča

Otroci s CP predstavljajo pomemben del napoteni otrok v programu ortotike spodnjih udov na URI Soča. V zadnjih letih, predvsem od začetka epidemije s covid-19, opažamo porast skupnega števila napoteni otrok, podaljševanje čakalne dobe za prvi in kontrolni pregled in podaljševanje časa od odvzema mere do prevzema ortoze. Ocenjujemo, da to predstavlja tveganje za manj kakovostno obravnavo otrok s CP in večje tveganje za poslabšanje funkcijskih zmožnosti grobega gibanja, zato je potrebna prenova programa. V nadaljevanju natančneje predstavljamo izzive obstoječega programa ter izhodišča in predloge za prenovno.

### 4.1 Kratek prikaz obstoječega programa ortotike spodnjih udov za otroke

Po meri narejeno ortozo za spodnje ude za otroka s CP in drugimi bolezenskimi stanji ter posledičnimi motnjami v gibanju lahko predpiše le posebej pooblaščen specialist fizikalne in rehabilitacijske medicine (v nadaljevanju FRM). Za področje rehabilitacije otrok ta pogoj trenutno izpolnjujeta le dve specialistki FRM na Oddelku za (re)habilitacijo otrok na URI Soča, kar glede na potrebe ni zadosten obseg kadra.

Delo poteka v okviru priporočenega interdisciplinarnega tima. Specialist FRM ob pregledu napotnic uvr-

sti otroka na ustreznem terminu za prvi ali kontrolni pregled. Ob pregledu opravi uvodni pogovor z otrokom in starši, pregleda dokumentacijo in opravi pregled za oceno funkcijskega stanja na področju veččin grobega gibanja in funkcije rok. Fizioterapevt opravi klinično analizo gibanja, meritve gibljivosti sklepov spodnjih udov, če je potrebno, tudi oceno spastičnosti. Ing. ortotike in protetike odvzame mero s 3-D skeniranjem. Glede na zdravstveno stanje in funkcijske zmožnosti skupaj predlagajo model ortoze in funkcionalne zahteve, ki naj jih ortozna izpolnjuje. Vse ugotovitve zapišejo na testni list, ki je trenutno v uporabi. Izvid o zdravstvenem in funkcijskem stanju ter predlog za opremo z ortozo pripravi specialist FRM (diktat na diktafon). Administrativni postopek (sprejem napotnice, naročanje in ev. prenenarovanje, tipkanje izvida, tiskanje izvida in naročilnice, ev. tudi predloga imenovanemu zdravniku) opravi administratorica, ki dokumentacijo nato v soglasju s starši posreduje ali dobavitelju ortoz ali na ZZZS (če je potrebna predhodna odobritev).

Postopek ocene in predpisa teče pretežno v skladu z ISO standardom, vendar ne upošteva vseh predpisanih meril in ne vključuje vseh potrebnih podatkov. Poleg tega proces dela ni natančno opisan in časovno opredeljen, zato je tudi pomanjkljivo organiziran s stališča izkoriščenosti kadra in prostorov. Glede na število otrok, ki so napoteni v ambulanto za ortotiko, nimamo izračuna, koliko ambulantnih terminov potrebujemo, da bi bili vsi otroci pregledani v ustreznem času od napotitve in v ustreznem času za kontrolni

pregled. Glede na tudi nimamo izračuna koliko specialistov, fizioterapevtov in ing. ortotike in protetike bi potrebovali za opravljanje timskih prvih in kontrolnih pregledov. Enako velja tudi za število ing. ort. in prot. ter tehnikov, ki so potrebni za izdelavo ortoz v strokovno optimalnem in strokovno še sprejemljivem času. Za podporo tem procesom tudi nimamo podatka o porabi časa za posamezne postopke v administraciji. Za izvajanje programa nimamo izdelanega registra tveganj, pa tudi zadovoljstva uporabnikov z ortozami in opravljenimi storitvami (postopek opreme in kasnejše spremljanje ter odpravljanje morebitnih težav z uporabo ortoz) ne spremljamo sistematično.

Odločanje o terminu za prvi pregled je omejeno zaradi dolgih čakalnih dob. V decembru 2023 je bila čakalna doba na prvi prosti termin v ambulanti za ortotiko za otroke vsaj šest mesecev. Predolg je tudi čas od odvzema mere do prevzema ortoze. Po podatkih ZZZS za leto 2019 je bil ta čas tri mesece (*interna korespondenca*), nato se je med epidemijo s covid-19 še podaljšal in v decembru leta 2023 znašal pet mesecev in več. Zaradi zasedenosti terminov v ambulanti za ortotiko naročanje na kontrolne preglede ni več mogoče na termin, ko bi bilo glede na pričakovano rast in razvoj posameznega otroka, pa tudi glede na možnosti slabšanja funkcijskega stanja, to predvidoma potrebno; npr. za otroka s CP, starega šest let, ko je pričakovana pospešena rast in se pogosteje pojavljajo kontrakture, bi potrebovali kontrolo po šestih mesecih. V Tabeli 1 so zbrani podatki o predpisanih ortozah za otroke in mladostnike v obdobju od marca 2018 do novembra 2020.

Tabela 1: Število predpisanih ortoz v ambulanti za ortotiko za otroke na URI Soča

Vrsta ortoze	2018 od marca dalje	ocena 2018*	2019	2020 (do nov)	Ocena za 2020*
OGS	466	559	760	579	631
OKGS	27	32	54	33	36
OKKGS	18	22	13	5	5
rOKKGS	22	26	27	39	43
<b>Skupno</b>	<b>523</b>	<b>639</b>	<b>854</b>	<b>656</b>	<b>715</b>

Legenda: OGS – ortoz za gleženj in stopalo; OKGS - ortoz za koleno, gleženj in stopalo; OKKGS - ortoz za kolk, koleno, gleženj in stopalo;

Opomba: \* predvideno število ob predpostavki, da je vsak mesec v ambulanti z ortozami opremljenih približno enako število otrok (ocena).

Za storitve, ki jih plačuje ZZZS, je v veljavi Enotni seznam zdravstvenih storitev (Zelena knjiga) iz leta 1982 z nekaterimi posodobitvami v Navodilu o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev iz leta 2005. V tem času se je poglobilo znanje in razumevanje o funkcioniranju pacientov, predvsem pa je zaradi

tehnološkega napredka na področju ortotike postopek izdelave ortoz sicer bolj natančen in bolj izpolni funkcijske zahteve, hkrati pa je zaradi dragih naprav in tehnologij tudi bistveno dražji (22).

## 4.2 Izhodišča za prenovu programa ortotike spodnjih udov za otroke

### 4.2.1 Analiza PSPN

Analiza prednosti, slabosti, priložnosti in nevarnosti (v nadaljevanju analiza PSPN) je tehnika strateškega načrtovanja in strateškega upravljanja, ki se uporablja

za pomoč osebi ali organizaciji pri prepoznavanju prednosti, slabosti, priložnosti in nevarnosti, povezanih s poslovno konkurenco ali načrtovanjem projekta (23). Tako analizo smo pripravili za program ortotike spodnjih udov za otroke s CP na podlagi lastnih kliničnih izkušenj, pri čemer smo upoštevali tudi uravnotežene strateške kazalnike. Prednosti, slabosti, priložnosti in nevarnosti za vsak vidik posebej so vključeni v tabeli 2.

Tabela 2: Analiza prednosti, slabosti, priložnosti in nevarnosti (PSPN) ob upoštevanju uravnoteženih strateških kazalnikov

	Prednosti	Slabosti	Priložnosti	Nevarnosti
<b>Vidik uporabnikov (otrok / starši)</b>	<p>Izboljševanje funkcijskih zmožnosti in preprečevanje slabšanja le-teh z opremo s funkcijsko ustreznimi ortozami za spodnje ude;</p> <p>Izboljšanje kakovosti življenja;</p>	<p>Pomanjkanje kadra (specialistov FRM, fizioterapevtov, ing. ort. in prot. ter tehničnega osebja);</p> <p>Čakalne dobe;</p>	<p>Ozaveščena strokovna in laična javnost o funkcijskih stajanjih, pri katerih je potrebna oprema z ortozami za spodnje ude;</p> <p>Poučenost uporabnikov o varni in učinkoviti uporabi ortoz;</p> <p>Dejavnejše organizacije pacientov (in staršev/skrbnikov);</p>	<p>Razpad sistema sodobne organiziranosti terciarnega programa zaradi finančne neurejenosti;</p>
<b>Vidik procesov</b>	<p>Dobro sodelovanje med člani tima in interdisciplinarno timsko delo;</p> <p>Osnovni pogoji za pridobitev akreditacije in standarda ISO 9001:2015;</p>	<p>Neoptimalno urejeni procesi dela (uvrščanje pacientov v čakalni seznam glede na potrebe, časovni normativi za posamezne dele procesa niso posodobljeni, neoptimalno čakanje med posameznimi fazami dela in urejanja dokumentacije; delo je prostorsko razpršeno);</p> <p>Register tveganj še ni bil izdelan;</p>	<p>Pripravljenost ZZS in Ministrstva za zdravje za uvajanje inovativnih zdravstvenih programov, ki so usmerjeni v izboljševanje zdravstvenih izidov;</p>	<p>Zloraba sistema hitre dostopnosti do zdravstvenih uslug zaradi preobremenjenosti primarnega zdravstva (npr. otroci s ploskimi stopali, ki ne potrebujejo opreme z ortozo in so napoteni pod stopnjo nujnosti hitro (2) ali celo zelo hitro (4));</p>
<b>Vidik učenja in razvoja / rasti (zaposleni in znanje)</b>	<p>Že utečena dejavnost, ki jo izvaja le posebej pooblaščen specialist FRM v okviru interdisciplinarnega tima;</p> <p>Ustvarjalno, inovativno delo;</p> <p>Redno strokovno izobraževanje na področju tehnologije in specifičnih znanj na terciarni ravni v okviru slovenskega in mednarodnega združenja za ortotiko in protetiko;</p>	<p>Karierni načrti so pomanjkljivo izdelani, oz. se ne izpolnjujejo;</p> <p>Ob predvidenem povečanju obsega programa se bomo srečali s prostorsko stisko oz. vprašanjem o možnosti izvajanja dela v popoldanskem času, kar zahteva dodatno zaposlovanje v vseh vključenih strokovnih skupinah in prehod v dvoizmensko delo;</p>	<p>Pomanjkanje konkurence v državi;</p>	<p>Izguba visoko kvalificirane delovne sile zaradi sprememb na trgu dela (terciarni program za ortotiko v drugi ustanovi v Sloveniji ali v tujini);</p>



<b>Finančni in materialni vidik</b>	ZZZS trenutno pokriva stroške izdelave ortoze v celoti, če je ta opredeljena kot edino funkcionalno ustrezna;  Razpoložljivost sodobne IT in 3D tehnologije;	Visoki stroški zaradi uporabe novih materialov in tehnoloških postopkov za izdelavo ortoz;  Vrednotenje storitev (neusklajenost vsebine in cen storitev v procesu oskrbe z ortozo za spodnje ude);  Neusklajenost cen za cenovni standard za ortoze za spodnje ude;	Spodbujanje spremljanja stroškov po pacientu s strani ZZZS in s tem postopno izboljševanje na dokazih temeljčnega oblikovanja cen zdravstvenih storitev;	Nezmožnost dobave materiala in tehnologije zaradi politično-ekonomskih razmer v svetu (upočasnjena dobava v času epidemije covid-19, vojne v Ukrajini);  Izguba dela programa ali programa v celoti (terciarni program za ortotiko se vzpostavi v drugi ustanovi ali ga ZZZS za slovenske uporabnike odobri v tujini);
-------------------------------------	--	---	--	--

#### 4.2.2 Register tveganj

Z registrom tveganj zabeležimo, kakšno je tveganje za določen dogodek, mu dodelimo oceno tveganja, na osnovi katere se odločimo, kako bomo tveganje obravnavali. Na osnovi matrike (Tabela 3) za oceno tveganja, ki vključuje pet stopenj pomembnosti tveganja (od 1 do 5) in pet stopenj verjetnosti za dogodek (od 1 do 5) lahko opredelimo štiri kategorije tveganj – v zelenem so dogodki, ki imajo zanemarljiv vpliv

(zmnožek pod 6), v rumenem so tveganja, ki predstavljajo manj pomembne dogodke (zmnožek pod 10), v oranžnem so tveganja, ki predstavljajo pomembne dogodke (zmnožek od 10 do 19), v rdečem pa tveganja za kritične dogodke (zmnožek od 20 do 25) (24). Tveganjem dodelimo tudi odgovorne osebe, ki pripravijo akcijski načrti za obvladovanje teh tveganj. Tveganja in dejanske dogodke nato redno spremljamo in jih obravnavamo na rednih mesečnih sestankih.

Tabela 3: Matrika za oceno tveganja (24)

		Pomembnost (I) (vpliv)				
		Zanemarljiva (1)	Majhna (2)	Zmerna (3)	Velika (4)	Kritična (5)
Verjet-	Zelo redko (1)	1	2	3	4	5
	Malo verjetno (2)	2	4	6	8	19
	Možno (3)	3	6	9	12	15
	Verjetno (4)	4	8	12	16	20
	Skoraj gotovo (5)	5	10	15	20	25

Za boljši vpogled v pomembnost posameznih elementov, ki predstavljajo tveganje za uporabnike (otroke s CP), sem na osnovi lastnih kliničnih izkušenj pripravila register tveganja (Tabela 4). S pomočjo tega registra, ki ga bomo kasneje dopolnili v delovni skupini za ortotiko na URI Soča, v sodelovanju

vseh članov tima, bomo lahko spremljali vse postopke oskrbe z ortozami; zagotavljali varnosti in učinkovitosti ortoz za spodnje ude med pričakovano življenjsko dobo ortoz; spremljali in odpravljali morebitne stranske učinke ter kontraindikacije; spremljali morebitno nepravilno uporabo ortoz za spodnje ude ter uporabo za druge namene.

Tabela 4: Register tveganj v procesu oskrbe s po meni izdelanimi ortozami za otroke s CP

Tveganje	K	Opis	P	I	Analiza	Obvladovanje	Odgovorna oseba
Predolga čakalna doba na 1. pregled	O	čakanje več kot je strokovno ustrezno glede na napotno diagnozo	5	4	analiza potreb	zaposlitev dodatnih izvajalcev – vsi člani tima, dodatni termini za preglede	direktor, strokovni direktor
Predolg čas do prevzema ortoze	O	trenutno je čas od mere to tehničnega preiskusa in prevzema 3- 5 mesecev	5	4	podatki ZZZS	zaposlitev dodatnih izvajalcev ali napotovanje v tujino	dobavitelji ortoz



Predolg čas od prevzema do kontrolnega pregleda	O	v ambulanti za otroško ortotiko je čas do kontrolnega pregleda 8 – 10 mesecev	5	4	podatki iz BIS	odprtje dodatnih terminov za preglede po zaposlitvi dodatnega zdravnika in fizioterapevta oz. prerazporeditev iz drugih ambulant	strokovni direktor, predstojnik oddelka
Neustrezna napotitev	O	neustrezna napotna diagnoza ali stopnja nujnosti	2	3	analiza vhodnih podatkov iz BIS	obveščanje in izobraževanje	vodja tima
Rdečina na koži, odrgnina, žulj	T	ob ustrezni uporabi pride do poškodbe kože	4	3	analiza posameznega primera in skupine pacientov v daljšem obdobju	poučevanje pacienta o uporabi ortoze; navodila o upravičenosti/potrebi po kontrolnem pregledu oz. servisu ortoze pri dobavitelju	zdr., fth, ing. ort. in prot.
Okvare ortoze	T	pri redni uporabi pride do izrabe materiala in zato do pretrganja traku za fiksacijo ali poka na trdnem materialu ali okvare sklepa ortoze	3	3	analize materiala v primeru pogostejših okvar	sprotno servisiranje	ing. ort. in prot.
Napačna presoja v izboru modela ortoze	S	izbor neustreznega modela	1	4	analiza posameznega primera	izobraževanje članov strokovnega tima	vodje strokovnih skupin
Napačna raba ortoze	S	pomanjkanje informacij, slabo sodelovanje pacienta	2	3	analiza posameznega primera	pisna navodila za pacienta oz. skrbnike; preverjanje ustrezne rabe po prevzemu; učenje uporabe v bolnišničnem programu;	vodja tima

Legenda: K – kategorija; O – organizacijski vidik; S – strokovni vidik; T – tehnični vidik; P – verjetnost; I – pomembnost; BIS – bolnišnični informacijski sistem;

### 4.3 Predlog za prenavo programa ortotike spodnjih udov za otroke

Glede na pomanjkljivosti v procesih dela (Tabela 2), ki jih ugotavljam v programu za oskrbo s po meri izdelanimi ortozami za spodnje ude pri otrocih s CP in s tem povezana ključna tveganja, ki so opredeljena v registru tveganj (Tabela 4, označeno v rdečem), predlagam izboljšave procesov, ki jih predstavljam v nadaljevanju projektne naloge:

1. Priprava vsebinskega in časovnega procesa dela v ambulanti (pregled, meritve, izpolnjevanje testnega lista, odločitev o modelu ortoze, odvzem mere, tehnični preskus, prevzem, učenje nameščanja in uporabe (ob prvem prevzemu določenega modela ali ob učenju novih veščin grobega gibanja v obliki strnjene programa), kontrolni pregled - ocena ustreznosti pripomočka in ev. sprememb funkcijskega stanja, ponovni pregled za opremo z novo (zaradi spremenjenega funkcijskega stanja, zaradi rasti)).
2. Izdelava testnega lista, ki ustreza ISO standardu.
3. Izbor vprašalnika za oceno zadovoljstva uporabnikov.

#### 4.3.1 Opredelitev optimalnega procesa oskrbe s po meri izdelanimi ortozami za spodnje ude za otroke s CP

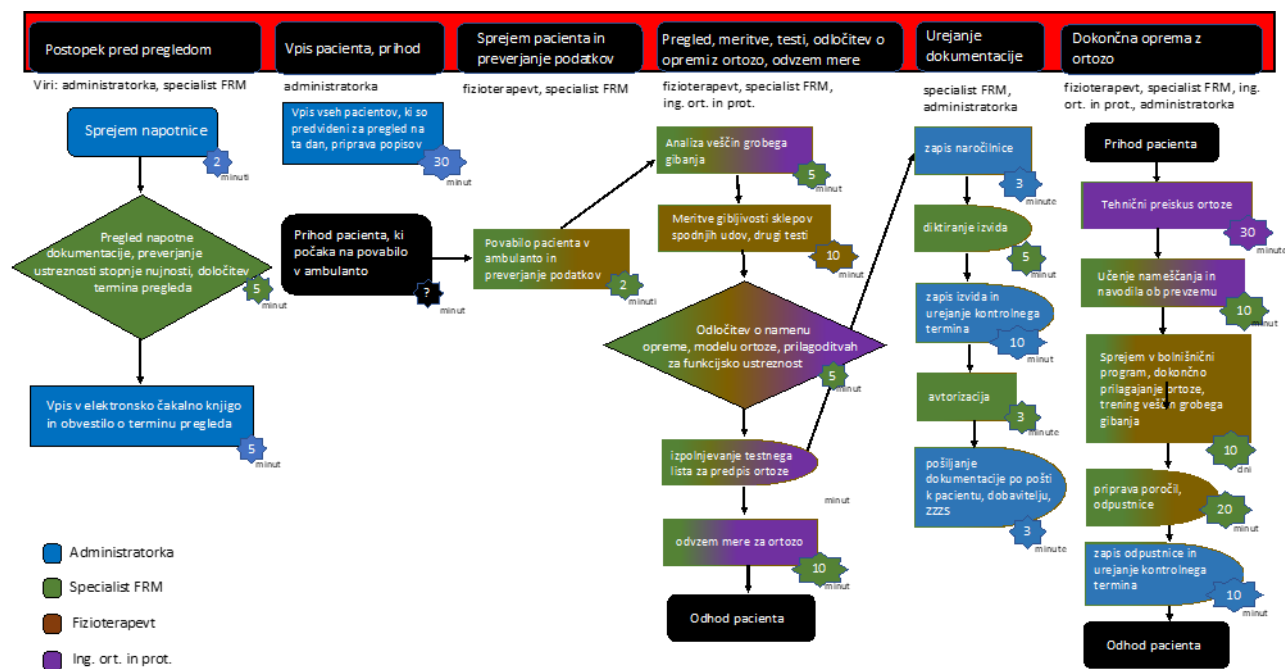
Na podlagi več kot 15-letnih kliničnih izkušenj v ambulanti za ortotiko spodnjih udov sem pripravila diagram procesa dela v ambulanti za ortotiko. Proces, ki smo ga skupaj s sodelavci v interdisciplinarnem timu (poleg specialistke FRM še fizioterapevtke in ing. ortotike in protetike) razvijali postopno na podlagi kliničnih izkušenj in izmenjave mnenj, vključuje oskrbe pregled, meritve, izpolnjevanje testnega lista, odločitev o modelu ortoze, odvzem mere, tehnični preskus, prevzem, učenje nameščanja in uporabe (ob prvem prevzemu določenega modela ali ob učenju novih veščin grobega gibanja v obliki strnjene programa), kontrolni pregled - ocena ustreznosti pripomočka in ev. sprememb funkcijskega stanja, ponovni pregled za opremo z novo (npr. zaradi spremenjenega funkcijskega stanja, rasti, ob preteku trajnostne dobe ortoze...). Iz leta 2020, ko smo za Oddelek za (re)habilitacijo otrok na URI Soča pripravljali predlog širitve vseh obstoječih programov, imamo na voljo podatke o otrocih, ki so vključeni v program oskrbe z ortozami za spodnje ude. Glede na število otrok in časovne potrebe za ves proces sem izračunala število

potrebnih terminov prvih in kontrolnih pregledov in s tem število potrebnih ambulant oz. potrebnih timov (specialist FRM, fizioterapevt, ing. ort. in prot.).

Začetni del procesa opreme pacienta z ortozo za spodnje ude vključuje pregled, meritve, izpolnjevanje testnega lista, odločitev o modelu ortoze, odvzem mere in urejanje dokumentacije. Po tem, ko je urejena dokumentacija in predlog za opremo po potrebi odobri imenovani zdravnik na ZZZS (v primeru nadstandardne ortoze ali predčasnega predpisa zaradi anatomskih ali funkcijskih sprememb), steče proces izdelave ortoze, nato pa tehnični preskus in prevzem ortoze. Ob prvem prevzemu določenega modela ali ob učenju

novih večšin grobega gibanja je otroka s staršem potrebno naučiti nameščanja in uporabe ortoze, za kar ju običajno sprejmemo v bolnišnični program rehabilitacije (14 dni). Celotni proces je shematsko predstavljen na Sliki 1.

Ko otrok že nekaj časa uporablja ortozo, je potreben kontrolni pregled zaradi ocene ustreznosti ortoze in eventualnih sprememb funkcijskega stanja. Ponovni pregled za opremo z novo ortozo zaradi spremenjenega funkcijskega stanja in/ali zaradi rasti otroka je potrebno prevideti glede na starost otroka in njegovo pričakovano rast v naslednjem obdobju, pa tudi glede na stopnjo funkcijskih težav na področju grobega gibanja.



Slika 1: Diagram procesa začetne oskrbe s po meri izdelano ortozo za spodnje ude pri otrocih – prvi ali ponovni pregled za opremo, prevzem ortoze in učenje uporabe

Opomba: V posameznih delih diagrama se barve prelivajo, kar pomeni, da sodeluje več članov tima.

Časi v Sliki 1 odražajo obstoječi proces oskrbe, ko imamo za vse paciente, ne glede na stopnjo njihovih težav, določeno enako količino časa. V klinični praksi pa v timu ugotovljamo, da se čas, ki je potreben za posamezni del procesa, razlikuje glede na zahtevnost posameznega pacienta, zato sem pripravila predlog razdelitve pacientov v tri skupine:

1. Enostavni primeri:

otroci s ploskimi stopali, brez sočasnih bolezni in/ali okvar osrednjega živčevja;

2. Srednje zahtevni primeri:

otroci in mladostniki s pretirano notranjo rotacijo pri hoji; otroci s cerebralno paralizo, GMFCS I., II. oz. otroci in mladostniki z okvaro osrednjega ali perifernega živčevja s funkcijsko primerljivimi zmognostmi grobega gibanja;

3. Zahtevni primeri: otroci s cerebralno paralizo, GMFCS III. - V. oz. otroci in mladostniki z okvaro osrednjega ali perifernega živčevja s funkcijsko primerljivimi zmožnostmi grobega gibanja;

Za vsako od skupin sem pripravila tudi predlog za drugačno časovno opredelitev posameznih delov procesa, ki se razlikujejo glede na zahtevnost primera (Tabela 5).

Tabela 5: Časovna opredelitev posameznih delov procesa oskrbe z ortozami za spodnje ude za različno zahtevne primere

Deli procesa oskrbe z ortozo za spodnje ude	Člani tima	Enostavni primeri	Srednje zahtevni primeri	Zahtevni primeri
1. pregled	1 zdr, 1 fth, 1 ort	30 min	45 min	60 min
Meritve gibljivosti sklepov	2 fth	10 min	15 min	15 min
Odločitev o modelu ortoze	1 zdr, 1 fth, 1 ort	5 min	10 min	10 min
Odvzem mere	1 fth, 1 ort	10 min	20 min	30 min
Tehnični preskus	1 zdr, 1 fth, 1 ort	30 min	30 min	45 min
Navodila ob prevzemu ortoze	1 fth, 1 ort	5 min	10 min	10 min
Učenje nameščanja in uporabe ortoze	1 fth	10 min	5-10 dni za 1. prevzem	5-10 dni za 1. prevzem

Legenda: fth – fizioterapevt, ort – ing. ortotike in protetike, zdr – pooblaščen specialist fiz. in rehab. med.

Kot izhodišče za izračun potreb po dodatnih terminih in kadru za program ortotike spodnjih udov za otoke sem uporabila:

- kategorizacijo pacientov po težavnosti – upoštevanje stopnje zmanjšanih zmožnosti gibanja ob sočasnih težavah na področju funkcije rok in kognitivnih težavah ter starosti (opisano zgoraj);
- vrsto ortoze, s katero je/bo opremljen pacient;
- časovni okvir za posamezne dele procesa;
- čas, ko pacient potrebuje redno kontrolo po prevzemu ortoze;
- čas za reševanje zapletov, oz. potrebe po predčasnem kontrolnem pregledu.

Za natančen izračun skupnega števila potrebnih pregledov bi bilo v daljšem obdobju potrebno kategorizirati paciente, ki jih obravnavamo v ambulanti za ortotiko spodnjih udov za otroke. Za zadovoljivo oceno pa bi za preteklo obdobje lahko uporabili tudi število ortoz (Tabela 2) in iz tega izračunali okvirno število pregledanih otrok, ki so v tem obdobju potrebovali opremo z novimi ortozami. S predpostavko, da je večina otrok v skupini OGS potrebovala dve, torej levo in desno, je bilo v obdobju od 2018 do 2020 povprečno potrebno oskrbeti 320 otrok (40 % z nizkimi ortozami zaradi planovalgusa); z OKGS povprečno 50 otrok in z OKKGS povprečno 45 otrok na leto.

Trenutna kapaciteta ambulante za ortotiko za spodnje ude za otroke: Ambulanta poteka od 8.00 do 12.30 ure, trikrat tedensko; na 30 minut je naročen en pacient; to pomeni letno kapaciteto 9 pregledov x 3/teden = 27 pregledov tedensko oz. 27 x 50 tednov = 1350 pregledov.

Predpostavka:

- oprema z nizko OGS: pregled enostavni + kontrola ob prevzemu + kontrola čez 6 mesecev – 128 otrok: 384 terminov po 30 min;
- oprema z OGS: pregled srednje zahtevni + kontrola ob prevzemu + kontrola čez 6 mesecev – 192 otrok: 576 terminov po 45 min oz. 864 terminov po 30 min;
- oprema z OKGS in OKKGS: pregled zahtevni + kontrola ob prevzemu + kontrola čez 4 mesece x2 – 95 otrok: 380 terminov po 60 minut, oz. 760 terminov po 30 min.

Skupno to pomeni, da bi bilo za redno obravnavo otrok brez upoštevanja kategorije zahtevnosti, potrebnih 2008 terminov (30 minutni). Glede na trenutno kapaciteto 1350 terminov dejanske potrebe močno presegajo zmožnosti (udejanimo lahko le 67 % potreb). Da bi izpolnili potrebe otrok, bi morali vzpostaviti še dve polni ambulanti, kar zahteva dodatno zaposlovanje članov tima (npr. 1 specialist FRM, 2 fizioterapevta, 1 ing. ort. in prot., 1 tehnik). Na ta način pa ne bi rešili trenutnih zaostankov, saj čakalna doba presega dopustno in znaša za vpis na prosti termin več kot šest mesecev. Pri teh izračunih niso upoštevani morebitni izredni pregledi zaradi težav z uporabo ortoze, ki jih je predvidoma več zaradi predolgega obdobja od prevzema ortoze do termina za kontrolni pregled, ki je na voljo. Natančnih podatkov o številu takih pregledov nimamo in jih ne beležimo.

#### 4.3.2 *Izdelava testnega lista, ki ustreza ISO standardu in priprava priročnika za izpolnjevanje*

Za izdelavo novega testnega lista sem uporabila vsa priporočila, ki so zajeta v mednarodnem standardu ISO 8551:3000 (20). Oprema osebe z ortozo je odvisna ne le od vzrokov in bolezenskega stanja, zaradi česar predpišemo ortozo, temveč tudi od kliničnega stanja in značilnosti te osebe. Različni člani tima (strokovne skupine) v različnih državah pogosto razvijajo in uporabljajo različno poimenovanje za opis teh podatkov, zato je potrebujemo mednarodni sistem, ki omogoča primerjavo teh različnih kliničnih praks. Sistem, ki je opisan v Mednarodnem standardu, je oblikovan tako, da članom strokovne skupine pri kliničnem delu omogoča funkcijsko oceno osebe, predstavitev rezultate ocene in spremljanje rezultatov obravnave. Tak sistem omogoča tudi zapis informacije na tak način, da le to lahko vključimo poročila in uporabimo za nadaljnjo analize. Uporabno vrednost ima tudi za epidemiologe in državne uradnike na področju zdravja. ISO 8551 določa najmanjšo količino informacij, ki jih je potrebno opisati. V novi testni list sem vključila vse potrebne informacije, ki jih potrebujemo, da povsem jasno in ponovljivo določimo funkcijske zahteve, ki jih mora izpolnjevati individualna (po meni) narejena ortozna za spodnje ude.

Poleg podatkov o osebnih dejavnikih, o socialnem in fizičnem okolju, šolanju (poklicu) in rekreativni dejavnosti, sem vključila še vse podatke o diagnozi in funkcijskem stanju pacienta. Za slednje bom uporabila enotni sistem kod Mednarodne klasifikacije funkcioniranja, zdravja in zmanjšanih zmogljivosti (21). Ta sistem kod nam omogoča opredelitev vrste in stopnje funkcijskih težav, ne glede na osnovno bolezensko stanje pacienta (npr. zmogljivost premikanja v postelji, premeščanja, sedenja, stoje in hoje – po različnih površinah, stopnicah, zmogljivosti funkcije zgornjih udov - dviganje, poseganje, držanje predmetov). Dodala sem tudi podatke o obsegu giba v posameznem sklepu, kakšna je mišična moč, mišični tonus, kakšno je površinsko ali globoko občutenje in ali je morda prisotna bolečina. Upoštevala sem tudi motivacijo pacienta in kakšna je njegova lastna ocena potreb. Testni list bo v nadaljevanju projekta predmet natančne analize in razprave v skupini za ortotiko na URI Soča (tri specialistke FRM, ena fizioterapevtka in dve ing. ortotike in protetike). Glede na sklepe razprave ga bomo še prilagodili.

Za vsako od postavk v testnem listu sem pripravila razlago. Za postavke, kjer je potrebno odločiti stopnjo

okvare oz. motene funkcije, sem za vsakega od kvalifikatorjev od 0 (ni težav), 1 (blaga težava) 2 (srednja težava), 3 (huda težava) in 4 (popolna težava) pripravila vsebinski opis. Kjer je bilo to mogoče, sem si pri pripravi opisov pomagala z že znanimi in veljavnimi ocenjevalnimi instrumenti oz. metodami. Pri ostalih sem opise pripravila glede na klinične izkušnje. Za potrditev zanesljivosti med ocenjevalci bomo v nadaljevanju projekta izvedli raziskavo, v kateri bomo postopek ocenjevanja s testnim listom izpeljali dvakrat v krajšem obdobju (npr. razmaku dveh dni) za zanesljivost med ocenjevanji, oz. bosta istega pacienta ocenila dva različna člana tima (npr. zdravnik in fizioterapevt, ali dva fizioterapevta).

Za osnovo pri izdelavi razširjenega testnega lista za predpis ortoze za spodnje ude sem vzela testni list, ki smo ga na Oddelku za (re)habilitacijo otrok na URI Soča izdelali v septembru 2016 (Groleger Sršen K., Dolinar M., Jemec Štukl I., Boltežar Ž.). Takrat smo želeli natančno opisati funkcijsko stanje otroka na področju grobega gibanja, za kar smo uporabili ustrezne kode MKF (21). Dodatno smo vključili elemente klinične ocene gibanja in podatek o uporabi pripomočka pri hoji. Na testnem listu smo nato zabeležili še model predpisane ortoze, ing. ort. in prot. pa je dodal tehnične značilnosti ortoze, ki bo izdelana. Ker smo se nato v naslednjih letih ob zviševanju cen materiala in potrebne tehnologije za izdelavo individualno izdelanih ortoz večkrat srečali s težavo, da je predvidena ortozna presešla cenovni standard, brez določenih tehničnih značilnosti pa ne bi bila funkcijsko ustrezna, smo testni list v januarju 2021 dopolnili s kliničnimi značilnostmi pacienta, zaradi katerih je potrebna izdelava pripomočka, ki presega cenovni standard in je šele tako tudi funkcionalno ustrezna. V testni list smo dodali naslednje značilnosti: izrazito prominentni kostni deli; zmanjšana mišična moč; težave s predhodno ortozo (otiščanci, žulji, grozeča/že nastala razjeda zaradi pritiska); izrazito zvišan/znižan mišični tonus; rigidna deformacija/kontraktura sklepa; alergija; motnje občutenja, prekrvavitve; potrebna vertikalna razbremenitev.

To različico sem sedaj dopolnila glede na zahteve mednarodnega standarda ISO 8551:3000, ki so opisane v Metodah (2. poglavje). Vključila sem opis osnovnih funkcijskih zahtev ortoze: vzdrževanje fiziološkega položaja; poprava položaja; zadrževanje položaja; umirjanje povišanega tonusa; pomoč gibu s prožnostno energijo; nadzor obsega giba v sklepu; nadzor obsega giba in/ali navora v sklepu; izravnava dolžine; popravljanje oblike; zmanjševanje bolečine; razbremenitev tkiva lokalno; razbremenitev uda vertikalno; pasivna pomoč pri iztegu kolena; zmanjšanje vpliva naklona podlage; mehanski/avtomatski nadzor zapore



giba; pomoč recipročnemu gibanju spodnjih udov; gibanje z rotacijo in / ali odklonom trupa; elektronski nadzor gibanja; pomoč odzivu pri delnih amputacijah stopala. Z izbiro posameznih naštetih možnosti v testnem listu sočasno že določimo model ortoze za spodnje ude – enega od petih tipov ortoze za gleženj in stopalo ali enega od petih tipov ortoze za koleno, gleženj in stopalo ali enega od štirih tipov ortoze za kolk, koleno gleženj in stopalo. Ta del sta oblikovala oba ing. ort. in protetike, ki sta stalna člana tima za ortotiko spodnjih udov za otroke. Testni list je v prilogi 1. V nadaljevanju bomo ta testni list še pregledali in po potrebi prilagodili v okviru delovne skupine za ortotiko spodnjih udov na URI Soča.

Sledila je še izdelava priročnika za izpolnjevanje testnega lista. Za vsako od postavk v testnem listu sem pripravila razlago. Za postavke, kjer je potrebno določiti stopnjo okvare oz. motene funkcije, sem za vsakega od kvalifikatorjev od 0 (ni težav), 1 (blaga težava) 2 (srednja težava), 3 (huda težava) in 4 (popolna težava) pripravila vsebinski opis. Kjer je bilo to mogoče, sem si pri pripravi opisov pomagala z že znanimi in veljavnimi ocenjevalnimi instrumenti oz. metodami (npr. ocena občutljivosti na dotik, ocena mišične moči, spastičnosti...). Pri ostalih sem opise pripravila glede na klinične izkušnje. Tudi opise v priročniku bo pregledala in po potrebi dopolnila delovna skupina za ortotiko spodnjih udov na URI Soča.

#### 4.3.3 Izbor vprašalnika za oceno zadovoljstva uporabnikov

Raziskala sem možnosti za ocenjevanje zadovoljstva uporabnikov. Ena od možnosti je bil kateri od ocenjevalnih instrumentov v okviru Mednarodnega konzorcija za ocenjevanje izidov zdravljenja (angl. International Consortium for Health Outcome Measurements, v nadaljevanju ICHOM) (25). Predvsem bi bilo pomembno poiskati ocenjevalni instrument, ki je namenjen ocenjevanju izkušnje uporabnika, o kateri poroča sam (angl. patient reported experience). Za oceno zadovoljstva s postopki oskrbe, ki je namenjen staršem otrok s kronično bolnimi otroki, sem pred leti v slovenščino že prevedla in v uporabo prenesla vprašalnik MPOC (angl. Measures of processes of care) (26). Ta bi ev. lahko prišel v poštev pri mlajših otrocih, ki o zadovoljstvu s postopki ali pripomočki še ne morejo poročati. Še ena od možnosti je Vprašalnik za oceno zadovoljstva s podporno tehnologijo (angl. Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology, QUEST 2.0) (27) ki ga za ocenjevanje zadovoljstva opreme z vozičkom in po-

stopki opreme in kasnejše skrbi za voziček, uporabljamo že več let (28). Uporabili smo ga tudi v analizi zadovoljstva z uporabo stolov za otroke z zmanjšanimi zmožnostmi grobega gibanja (29).

Po pregledu literature sem ugotovila, da v okviru ICHOM ni na voljo ocenjevalnega instrumenta za oceno zadovoljstva s pripomočki. Glede na to predlagam uporabo Vprašalnika za oceno zadovoljstva s podporno tehnologijo (angl. Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology, QUEST 2.0) (27). Sestavlja ga osem vprašanj o zadovoljstvu z lastnostmi pripomočka (dimenzije, teža, prilagodljivost, varnost, vzdržljivost, enostavnost uporabe, udobnost in učinkovitost) in štiri vprašanja o postopkih v zvezi z dostavo, popravili in servisiranjem, ki je na voljo, kakovostjo strokovnih storitev, nadaljnjimi storitvami in spremljanjem ortoze. Uporabniki ali njihovi starši lahko zadovoljstvo z vsako od 12 postavk ocenijo na pet-stopenjski lestvici z ocenami od 1 do 5 (1 - povsem nezadovoljen, 2 – nezadovoljen, 3 - bolj ali manj zadovoljen, 4 – dokaj zadovoljen, 5 – zelo zadovoljen). Pri vsaki postavki obkrožijo le tisto številko, ki najbolje predstavlja stopnjo njihovega zadovoljstva. Prednost uporabe tega vprašalnika je, da je mednarodno uveljavljen in dovolj kratek za redno klinično uporabo (27 - 29). Vprašalnik je v prilogi 2.

## 5 Razprava

Kot sem zapisala že v uvodu, predstavlja program za opremo otrok in mladostnikov s CP s po meri izdelanimi ortozami za spodnje ude pomemben izziv v naši klinični praksi. Za objektivno in optimalno odločitev o prihodnjih aktivnostih sem uporabila PSPN analizo, nato pa izdelala register tveganj. Na ta način sem želela opredeliti izhodišča za tako vsebinsko kot organizacijsko prenovu programa za opremo otrok in mladostnikov s cerebralno paralizo s po meri izdelanimi ortozami za spodnje ude.

Z analiza PSPN sem izpostavila ključne pomanjkljivosti na področju uporabnikov, procesov, zaposlenih in znanja ter finančnega in materialnega vidika (tabela 2). V literaturi je na voljo malo podatkov o podobnih analizah na področju ortotike. Lim (30) je v Singapurju pripravil PSPN analizo za primer novega ponudnika storitev ortotike in protetike. Slednji se je soočal z nekaj izzivi (iskanje ing. ort. in prot., pridobivanje strank, vira plačila pripomočkov). PSPN analiza je pokazala dva izziva - razvoj prodajnih poti in povečanje produktivnosti delavnice. V primerjavi s temi rezultati ugotavljam, da URI Soča, ki je edina terciarna ustanova, kjer lahko opravimo pregled,



testiranje in predpis ortoz, na prvem omenjenem področju trenutno nima težav. S pojavom/razvojem potencialnih nevarnosti pa bi se stanje lahko poslabšalo, npr. v primeru pojava finančne neurejenosti sistema na nacionalni ravni, izgube visoko kvalificirane delovne sile zaradi sprememb na trgu dela ali nezmožnost dobave materiala in tehnologije zaradi politično-ekonomskih razmer v svetu. Lim je v analizi izpostavil še težave s produktivnostjo, ki pa so bile povezane s slabše urejeno prostorsko organiziranostjo procesov oz. delovnega prostora (31). Od prednosti je izpostavil dobro opremo in lokacijo, hkrati pa tudi hitro odzivno službo za pomoč uporabnikom. Tudi pri nas bi si želeli, da bi uporabnik (otrok s CP) v primeru težav prišel na ponovni (izredni) pregled/ posvet v roku 48 ur. V praksi trenutno ne zbiramo dejanskih podatkov o odzivnem času, zato predlagam, da se za ta del vzpostavi protokol zbiranja podatkov, da jih bomo najprej ustrezno analizirali, nato pa pripravili akcijski načrt za izboljšanje odzivnega časa. Predvidevam, da bi k boljšemu času odzivnosti prispevala (boljša) pisna navodila staršem o tem, na koga se morajo obrniti v primeru tehničnih težav z ortozo za spodnje ude; pisna navodila o tem, kako ravnati v primeru nenevarnih težav, kot je npr. žulj na koži ali rdečina, ki ne zbledi v 30 minutah; dostopnost preko stalne številke za urejanje tehničnih težav (morda dežurni administrator, ključna oseba, ki nato pomaga urediti termin pri ing. ort. in prot.); te in ostale možne ukrepe bomo pregovorili v okviru delovne skupine za ortotiko na URI Soča.

V ta sklop slabosti za uporabnike sodijo tudi siceršnje čakalne dobe na prvi in kontrolni pregled ter na tehnični prevzem ortoze za spodnje ude. Tu ni tako problematična odzivnost sistema kot pomanjkanje kadra in s tem povezanih premalo razpisanih ambulantnih terminov, kar sem izpostavila tudi v registru tveganj (Poglavje 4.2.2.). To so najbolj kritična tveganja, ko zaradi zamud pri terminu pregleda in predolgem času izdelave ortoz za spodnje ude pri otrocih s CP lahko pride do poslabšanja gibljivosti v sklepih spodnjih udov in nastanka kontraktur. Te so sicer pričakovani zapleti v razvoju otrok s CP (31), vendar bi jih z pravočasno oskrbo z ustreznimi ortozami za spodnje ude in morda lahko preprečili ali vsaj omejili (kot del sicer bolj kompleksnega rehabilitacijskega programa za obvladovanje spastičnosti in zmanjšanih zmoglosti grobega gibanja) (32). Cloudtova s sodelavci poroča, da bi z opremo z ortozami lahko začeli že ob drugem letu starosti (31). Nikjer sicer nisem našla podatka, kako v kolikšnem času bi bilo otroku potrebno urediti oskrbo s po meni izdelano ortozo za spodnje ude. Po naših kliničnih izkušnjah na odločitve o opremi vpliva več dejavnikov. Pri otroku s CP, ki

hodi s pripomočki ali brez (GMFCS I. do III. stopnja), je najpomembnejši element morebitna hoja po prstih ob zvišanem mišičnem tonusu. V teh primerih do slabšanja gibljivosti lahko pride že v šestih mesecih (lastne klinične izkušnje s spremljanjem otrok in meritvami gibljivosti sklepov spodnjih udov). Pri otrocih s CP, ki ne hodijo brez pomoči dodatne osebe ali pa sploh ne zmorejo hoje (GMFCS IV. in V. stopnja), lahko ob zvišanem mišičnem tonusu pride do razvoja kontraktur še prej in bolj pogosto (31). Glede na to bi moral biti, ob ugotovljenem slabšanju gibljivosti sklepov spodnjih udov, primeren čas od odločitve za opremo do prevzema pripomočka precej krajši kot ga sedaj zagotavljajo dobavitelji v Sloveniji (približno pet mesecev po odvzemu mere). Ob tem je potrebno upoštevati, da otrok zaradi čakalnih dob za pregled v ambulanti za ortotiko čaka vsaj nekaj mesecev že pred odvzemom mere za ortozo. Glede na izkušnje nekaj redkih staršev, ki so se za opremo z ortozami za spodnje ude odločili za dobavitelja v tujini, je to mogoče opraviti že v enem tednu. Če se bi s povečanjem kadra in optimiziranjem procesov približali dobi enega meseca, bi bilo gotov to že zelo dober rezultat. Če zaradi pomanjkanja kadra v procesu izdelave ortoz v kratkem času ni mogoče pričakovati hitrih sprememb, pa je kljub vsemu potrebno poiskati možnosti za povečanje števila ambulantnih terminov ambulantni za ortotiko vsaj za prve in kontrolne preglede. Po predlogu prenovljene časovne opredelitve posameznih delov procesa glede na zahtevnost primera (Poglavje 4.3.1, tabela 5) bi za obvladovanje vseh napotenih otrok v ambulanto za ortotiko spodnjih udov potrebovali pet delujočih ambulant namesto trenutno delujočih treh, pri čemer sem upoštevala prenovljene časovne normative za obravnavo otrok s CP v treh različnih kategorijah (tabela 5). V povezavi s tem bi bilo potrebno ovrednotiti storitve, ne le časovno temveč tudi glede na strokovno in tehnološko zahtevnost postopkov, ki so pomembno drugačni kot so bili v letu 1982 (Zelena knjiga). Enako bo potrebno uskladiti tudi višino cenovnega standarda za ortoze za spodnje ude z ZZZS, kar je že predmet pogajanj od druge polovice leta 2023.

Med izboljšane dele procesa sodi tudi prenovljeni testni list, ki ustreza ISO standardu (Poglavje 4.3.2 in Priloga 1) in bo omogočal pregleden postopek predpisa funkcionalno ustrezne ortoze za spodnje ude. Sočasno pa to pomeni podaljšanje časa za izpolnjevanje in dodatno potrebno izobraževanje za člane tima, da bo izpolnjevanje veljavno in zanesljivo. Prav tako bo podaljšanje postopka prineslo izpolnjevanje vprašalnika QUEST (27) (Priloga 2). Prepričana sem, da je odločitev za preverjanje zadovoljstva otrok oz. njihovih staršev zelo pomembno, saj bomo dobili dober

vpogled v njihov vidik o kakovosti ortoze, o poteku posameznih delov oskrbe in kasnejše skrbi za urejanje morebitnih težav. Ko smo ga začeli uporabljati za oceno zadovoljstva z vozičkom, smo ugotovili, da so starši s postopki večinoma zadovoljni (povprečna ocena nad 4), manj pa s težo vozička in enim od dobaviteljev. Poleg tega smo ugotovili, da otrokom s spinalno mišično atrofijo glede na podatke iz tujine precej kasneje predlagamo opremo z vozičkom na aktivni pogon ali elektromotorni pogon (večinoma šele ob vstopu v šolo) (28).

V primerjavi z zahtevnostjo urejanja prej omenjenih procesov je izboljšanje pomanjkljivosti na področju učenja in razvoja videti precej manj zahtevno. Zaposleni se že sedaj stalno izobražujejo na strokovnem področju, bi pa temu morali dodati dobro pripravljene karijerne načrte in razvoj lastnega programa izobraževanja, ki bo poleg strokovnega znanja vključeval tudi znanje o komunikaciji in reševanju zahtevnih situacij. Za dodatno izboljšanje dela v timu predlagam tudi razmislek o uvedbi transdisciplinarnega dela, pri katerem posamezni člani tima postopno pridobivajo tudi znanje izven svoje osnovne stroke. To prispeva k boljšemu poznavanju celotnega procesa dela, metod dela in rehabilitacije, boljši komunikaciji med člani tima samimi in z uporabniki.

Med omejitve te projektne naloge gotovo sodi to, da smo se osredotočili le na otroke s cerebralno paralizo in nismo predvideli analize za vse ostale otroke, ki potrebujejo oskrbo s po meri izdelanimi ortozami za spodnje ude. Večina ugotovitev sicer drži tudi za ostale otroke, vendar ne za vse; npr. pri otrocih z generalizirano hipotonijo ali mišično distrofijo, se kontrakture in deformacije lahko razvijejo hitreje, zato so pomanjkljivosti v procesih oskrbe še bolj pomembne. Ob uporabi kategorij težavnosti posameznih primerov bi lahko razvili enotni sistem za vse otroke in tudi odrasle paciente, ki potrebujejo ortoze. Kot pomanjkljivost gotovo šteje tudi to, da postavk v analizi PSPN in registru tveganj še nismo pregovorili in uskladili v okviru tima oz. delovne skupine za ortotiko. V prihodnjih nekaj mesecih bodo tako vsebine PSPN analize, registra tveganja, testnega lista in priročnika za izpolnjevanje testnega lista pregledali še člani tima za rehabilitacijo otrok ter člani delovne skupine za ortotiko spodnjih udov na URI - Soča. Za potrditev zanesljivosti med ocenjevalci bomo v pilotni fazi prenove programa izvedli raziskavo, v kateri bomo postopek ocenjevanja s testnim listom izpeljali dvakrat v krajšem obdobju (npr. razmaku dveh dni) za zanesljivost med ocenjevanji, oz. bosta istega pacienta ocenila dva različna člana tima (npr. zdravnik in fizioterapevt, ali dva fizioterapevta).

## LITERATURA IN VIRI:

1. Brezovar D, Groleger Sršen K. Zadovoljstvo staršev otrok z živčno-mišičnimi boleznimi s postopki pridobitve vozička. *Rehabilitacija*. 2020;19(1): 51-58.
2. Butler PB, Thompson N, Major RE. (1992) Improvement in walking performance of children with cerebral palsy: preliminary results. *Dev Med & Child Neur* 34: 567–76.
3. Cloodt E, Wagner P, Lauge-Pedersen H, Rodby-Bousquet E. Knee and foot contracture occur earliest in children with cerebral palsy: a longitudinal analysis of 2,693 children. *Acta Orthop*. 2021 Apr;92(2):222-227.
4. Demers L, Weiss-Lambrou R, Ska B. Quebec User Evaluation of Satisfaction with assistive Technology (QUEST 2.0) - an outcome measure for assistive technology devices. Webster: Institute for Matching Person and Technology; 2000.
5. Dobson F, Morris ME, Baker R, Graham HK. Gait classification in children with cerebral palsy: A systematic review. *Gait & Posture* 2007; 25: 140–52.
6. Groleger Sršen K, Vidmar G, Zupan A. Validity, internal consistency reliability and one-year stability of the Slovene translation of the Measure of Processes of Care (20-item version). *Child, care, health and development*. 2015;41(4):569-580.
7. Hart J. IOSH 5x5 Risk Matrix: The Complete Guide. Dostopno na: <https://www.theknowledgeacademy.com/blog/iosh-5x5-risk-matrix/> (citirano 23. 12. 2023).
8. ICHOM. Dostopno na: <https://www.ichom.org/> (citirano 15. 12. 2023).
9. International classification of functioning, disability and health: ICF. Geneva, World Health Organization, 2001: 12-7.
10. ISO 8551:3000. Dostopno na <https://www.iso.org/obp/ui/en/#iso:std:iso:8551:ed-2:v1:en> (citirano 10. 10. 2023).
11. Kos B. SWOT analiza. Dostopno na: <https://inhouse-consulting.si/swot-analiza/> (citirano 23. 12. 2023)

12. Kukovec T, Šuc L, Groleger Sršen K. Zadovoljstvo staršev z uporabo prilagojenih stolov za otroke z zmanjšanimi zmoglostmi gibanja. *Rehabilitacija*. 2021;20(1): 62-68.
13. Lim. D. S.W.O.T. Analysis. Dostopno na: <https://daryl-lim-consultancy.com/articles/swot-analysis> (citirano 29. 12. 2023).
14. Mathewson MA, Lieber RL. Pathophysiology of Muscle Contractures in Cerebral Palsy. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2015 February; 26(1): 57–67.
15. Meadows CB. (1984) The influence of polypropylene ankle-foot orthoses on the gait of cerebral palsied children. (PhD Thesis). University of Strathclyde.
16. Middleton E, Hurley G, McIlwan J. The role of rigid and hinged polypropylene ankle-foot-orthoses in management of cerebral palsy: a case study. *Prosthet Orthot Int* 1988; 12: 129-35.
17. Morris C. A review of the efficacy of lower-limb orthoses used for cerebral palsy. *Dev Med & Child Neur* 2002, 44: 205–211.
18. Nyström Eek M, Beckung E. Walking ability is related to muscle strength in children with cerebral palsy. *Gait & posture* 2008; 28 (3): 366-71.
19. Palisano R, Rosenbaum P, Walter S, Russell D, Wood E, Galuppi B. Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. *Dev Med & Child Neur* 1997; 39: 214–223.
20. Pravica do medicinskih pripomočkov. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Dostopno na: [https://zavarovanec.zzs.si/wps/portal/portali/azos/mtp/pravice\\_mtp](https://zavarovanec.zzs.si/wps/portal/portali/azos/mtp/pravice_mtp). (citirano 15. 12. 2023).
21. Recent Developments in Healthcare for Cerebral Palsy: Implications and Opportunities for Orthotics. Eds: Morris C & Condie D. Oxford, UK, 8th -11th September 2008. (Dostopno 10. 12. 2018 na: <https://www.ispoint.org/page/ConsensusConferences?&hhsearchterms=%22consensus+and+conference+and+2008%22>).
22. Ries AJ, Novacheck TF, Schwartz MH. The Efficacy of Ankle-Foot Orthoses on Improving the Gait of Children with Diplegic Cerebral Palsy: A Multiple Outcome Analysis. *PM R* 2015 Sep; 7(9): 922-929.
23. Rodda J, Graham HK. Classification of gait patterns in spastic hemiplegia and spastic diplegia: a basis for a management algorithm. *European Journal of Neurology* 2001; 8 (5): 98-108.
24. Rose GK, Henshaw JT. (1972). A swivel walker for paraplegics: medical and technical considerations. *Biomed*. 1972;9:420-425.
25. Sutherland DH, Davids JR. Common gait abnormalities of the knee in cerebral palsy. *Clin Orthopaedics Related Res* 1993; 288: 139-47.
26. Types of Orthoses. Dostopno na: <https://www.fior-gentz.de/en/?id=27> (citirano 10. 12. 2023).
27. Vadivelan K, Manikandan T, Sivakumar VPR. Effect of orthotic subtalar alignment with Co-activation exercise for alteration in gait endurance in a child with cerebral Palsysingle case study. *Int. J. Physiother*. 2016;3.
28. Vesenjāk U, Nose M, Pišek M, Tašner D, Boltežar B, Mlakar M. Uporaba sistema cad-cam v protetiki in ortotiki po dvajsetih letih praktičnih izkušenj. *Rehabilitacija*. 2022;21,Supl 1: 39-43.
29. Webster JB, Murphy DP, editors. Atlas of orthoses and assistive devices. Amsterdam, The Netherlands: Elsevier; 2019.
30. Wiley ME, Damiano DL. Lower -extremity strength profiles in spastic cerebral palsy. *Dev Med & Child Neur* 1998; 40: 100-7.
31. Wingstrand M, Hägglund G, Rodby-Bousquet E. Ankle-foot orthoses in children with cerebral palsy: a cross sectional population-based study of 2200 children. *BMC Musculoskelet Disord* 2014 Oct 2; 15: 327.
32. Winters TF, Gage JR, Hicks R. Gait patterns in spastic hemiplegia in children and young adults. *J Bone Joint Surg (Am)* 1987; 69: 437-41.

## Priloga 1:

### TESTNI LIST – ORTOZE ZA SPODNJE UDE (izpolni oz. obkroži)

#### 1. Osnovni podatki pacienta

- 1.1 Starost: \_\_\_\_\_ let
- 1.2 Spol: a. ženski b. moški
- 1.3 Telesna teža: \_\_\_\_\_ kg
- 1.4 Telesna višina: \_\_\_\_\_ cm
- 1.5 S kom živi: a. sam b. s starši c. zavod d. s partnerjem e. s partnerjem in otroci f. drugo: \_\_\_\_\_
- 1.6 Značilnosti okolja: a. ravne površine b. neravne površine c. klančine d. stopnice
- 1.7 Trenutno izobraževanje: a. vrtec (redni/razvojni) b. OŠ (redna/EIS/NIS/PPVI) c. srednja šola d. fakulteta e. zaključeno
- 1.8 Zaposlitev: a. nezaposlen b. zaposlen c. upokojen d. v procesu izobraževanja
- 1.9 Rekreatija: a. ne izvaja b. občasno c. redno: \_\_\_\_\_

Nalepka s podatki pacienta

(ime, priimek, datum rojstva)

#### 2. Klinična stanja in značilnosti, zaradi katerega oseba potrebuje opremo z ortozo

Diagnoze s pripadajočimi kodami ICD-10 in anamneza so v priloženem izvidu.

#### 3. Klinična stanja, ki lahko vplivajo na opremo z ortozo - motnje/bolezni (izvid v prilogi)

- a. srčno-žilnega sistema; d. živčnega sistema; g. stanja prehranjenosti;
- b. dihalnega sistema; e. endokrinega sistema; h. višjih zaznavnih funkcij;
- c. mišično-skeletnega sistema; f. sistema specialnih čutil; i. duševnega stanja;

#### 4. Motivacija in pričakovanja pacienta

Klinična opažanja o posameznikovi motivaciji in njegovih potrebah, ki jih zaznava, so v priloženem izvidu.

#### 5. Opredelitev telesnih zgradb glede na MKF (označi v ustreznem stolpcu glede na merila MKF\*, ev. obkroži del opisa kode)

Koda MKF	Stopnja težav*	Ni težav (0)	Blaga (1)	Srednja (2)	Huda (3)	Popolna (4)
b28015	Bolečina v spodnjem udu L/D					
b28016	Bolečina v sklepih L/D					
b265	Občutenje dotika L/D					
s7500	Zgradba stegna (dolžina/ obseg/ poravnava) L/D					
s75001	Zgradba kolka (zgradba) L/D					
s7501	Zgradba goleni (dolžina/ obseg/ poravnava) L/D					
s75011	Zgradba kolena (poravnava) L/D					
s7502	Zgradba gležnja in stopala (dolžina/ obseg/ poravnava)					
b7100	Giblјivost enega sklepa L/D **					
b7101	Giblјivost več sklepov L/D **					
b7150	Stabilnost enega sklepa L/D					
b7151	Stabilnost več sklepov L/D					
b7301	Moč mišic enega uda L/D					
b7302	Moč mišic ene strani telesa L/D (hemipareza/-plegija)					
b7303	Moč mišic sp. dela telesa L/D					



<b>b7306</b>	Moč vseh telesnih mišic					
<b>b7351</b>	Tonus mišic enega uda (hipo/hiper-tonija) L/D					
<b>b7352</b>	Tonus mišic ene strani telesa (hipo/hiper-tonija) L/D					
<b>b7352</b>	Tonus mišic sp. dela telesa (hipo/hiper-tonija)					
<b>b7356</b>	Tonus mišic vseh telesnih mišic (hipo/hiper-tonija)					
<b>b7500</b>	Motorični refleks na nateg v pl. fl. (hipo/hiper-refleksija) L/D					

Opomba: \*\*testni list iz rezultati meritev so v prilogi oz. so meritve navedene v izvidu pregleda;

**6. Opredelitev funkcij gibanja in dejavnosti glede na MKF (označi v ustreznem stolpcu, ev. obkroži del opisa kode)**

Koda MKF	Stopnja težav	Ni težav (0)	Blaga (1)	Srednja (2)	Huda (3)	Popolna (4)
<b>d4107</b>	Obračanje po vzdolžni osi ( <i>tudi v postelji</i> )					
<b>d4103</b>	Posedanje ( <i>tudi v postelji</i> )					
<b>d4153</b>	Vzdrževanje sedečega položaja ( <i>potrebna podpora</i> )					
<b>d4152</b>	Vzdrževanje klečečega položaja					
<b>d4104</b>	Vstajanje in sedanje					
<b>b7603</b>	Opora na nogi v stoječem položaju					
<b>d4154</b>	Vzdrževanje stoječega položaja					
<b>b770</b>	Vzorec hoje					
<b>d4500</b>	Hoja na kratke razdalje (zaprti prostori)					
<b>d4501</b>	Hoja na dolge razdalje (> 1 km)					
<b>d4502</b>	Hoja po različnih površinah					
<b>d4503</b>	Hoja okoli ovir					
<b>d4551</b>	Vzpenjanje po stopnicah					
<b>d4532</b>	Tekanje					
<b>d465</b>	Hoja s pripomočkom* ali ob pomoči 1 ali 2 oseb					
<b>d4452</b>	Seganje ( <i>dvig rok od podlage</i> )					
<b>d4401</b>	Prijemanje predmetov					
<b>d4402</b>	Ravnanje s predmeti (spretnost rok)					

Kateri pripomoček\* uporablja pri hoji: a. ortoze b. hoduljo c. drugo: \_\_\_\_\_

**7. Klinične značilnosti gibanja spodnjih udov v stoji in hoji (ustrezno označi vse elemente);**

Faza hoje	Stopalo in prsti	L	D	Gleženj in meča	L	D	Koleno in stegno	L	D	Kolk	L	D	Medenica in trup	x
<b>Dostop</b>	na peto			5° DF			pokrčeno 0°-5°			pokrčen 30°				
	na celo stopalo						pokrčeno >10°			pokrčeno >40°				
	na spr. del stopala			PF			hiperekstenzija			0°				
	na prste (equinus)													
<b>Sredina faze opore</b>	celo stopalo			0° - 15° DF			pokrčeno 0°-5°			+ 20° do - 10°			10° do 15°	
	medialni rob			valgus			valgus			addukcija			nagib naprej	
	lateralni rob			varus			varus			abdukcija			nagib nazaj	

(oz. tudi v sedečem položaju za osebe, ki ne stojijo oz. hodijo)	na peto		pretirana DF		več kot 15°		pokrčen		nagib v D/L
	na prste		pretirana PF		hiperekstenzija				padajoča D/L
	spuščen vzdolžni lok		notr. rotacija goleni		nestabilno AP		notr. rotacija		rotacija v D
	spuščen prečni lok		zun. rotacija goleni		nestabilno ML		zun. rotacija		rotacija v L
	adduktus stopala		varus ang.goleni						
	visoko obokano stopalo		valgus ang. goleni						
aomalije prstov*		ant./post. angulacija goleni							
<b>Odriv</b>	<b>dvig pete</b>		<b>10° PF</b>		<b>pokrčeno 0°-5°</b>		<b>Izteg od -10°</b>		<b>N položaj</b>
	peta na podlagi		pretirana DF		<b>pokrčeno &gt;15°</b>		abd./ add.		nagib naprej
	zun. rot. stopala				hiperekstenzija		zun. rotacija		nagib nazaj
	notr. rot. stopala						notr. rotacija		nagib D/L
<b>Zamah</b>	<b>N položaj</b>		<b>5° DF</b>		<b>pokrčeno 60°</b>		<b>od -10° do +30°</b>		<b>N položaj</b>
	PF ( <i>padajoče stopalo</i> )		PF		manj kot 45°		pomanjkljivo		nagib naprej
	DF		pomanjkljiva DF		več kot 75°		več kot 40°		nagib nazaj
	anomalije prstov*						cirkumdukcija		nagib v D/L
							addukcija		dvig medenice
							abdukcija		

Legenda: DF – dozalna fleksija, PF – plantarna fleksija, AP – antero-posteriorno, ML – medio-lat.; N – nevtralni položaj; \* grasp, halux valgus, krempljasti prsti; Opomba: besedilo v krepkem tisku pomeni normalen položaj/ obseg giba v posamezni fazi hoje (stoja)

**8. Ciljno gibanje oz. ciljni položaj ob uporabi ortoze\*\* (obkroži ustrezno, lahko več možnosti)**

Ležeči položaj ( <i>raztezanje</i> )		Stoja v pripomočku (stojka)		Hoja na kratke razdalje /zaprti prostor	
Sedeči položaj		Stoja (dinamična, s prenosi teže)		Hoja na daljše razdalje /na prostem	
Presedanje		Vstajanje/ sedanje na stol		Hoja po stopnicah	
** tudi zmanjševanje bolečine		Vstajanje s tal/ počepanje/ sedanje		Hitra hoja	

**9. Cilji (funkcijske zahteve) opreme z ortozo / Izbirnik za vrsto in tip ortoze (ustrezno označi)**

Osnovne funkcijske zahteve	Izbirnik za vrsto in tip ortoze													
	OGS					OKGS					OKKGS			
	TIP1	TIP2	TIP3	TIP4	TIP5	TIP1	TIP2	TIP3	TIP4	TIP5	TIP1	TIP2	TIP3	TIP4
vzdrževanje fiziološkega položaja														
korigiranje položaja														
zadrževanje položaja														

umirjanje povišanega tonusa															
pomoč gibu s prožnostno energijo															
nadzor obsega giba v sklepu															
nadzor obsega giba in/ali navora v sklepu															
izravnava dolžine															
popravljanje oblike															
zmanjševanje bolečine															
razbremenitev tkiva lokalno															
razbremenitev uda vertikalno															
Pasivna pomoč pri iztegu kolena															
<b>Zahtevnejše funkcijske zahteve</b>															
zmanjšuje vpliv naklona podlage															
mehanski/avtomatski nadzor zapore giba															
pomoč recipročnemu gibanju spodnjih udov															
gibanje z rotacijo in / ali odklonom trupa															
elektronski nadzor gibanja															
pomoč odzivu pri delnih amputacijah stopala															

**Legenda:** OGS **TIP 1:** po modelu izdelana enodelna; **TIP 2:** po modelu izdelana, s prožnostno energijo; **TIP 3:** dvodelna, s sklepom brez nadzora navora; **TIP 4:** dvodelna z enostranskim sklepom z nadzorom navora; **TIP 5:** dvodelna z dvostranskim sklepom z nadzorom navora; **OKGS TIP 1:** kolenski sklep brez gibljivih delov (togi); **TIP 2:** kolenski sklep z gibljivim sklepom in/ali nadzorom obsega giba; **TIP 3:** kolenski sklep z gibljivim sklepom in/ali nadzorom obsega in/ali navora giba; **TIP 4:** kolenski sklep z avtomatskim nadzorom zapore v fazi opore (stance control); **TIP 5:** kolenski sklep z elektronskim nadzorom gibanja in ali zapore. **OKKGS TIP 1:** kolčni sklep prosto gibljiv in/ali nadzorom giba; **TIP 2:** kolčni sklep prosto gibljiv in/ali nadzorom giba in/ali recipročnim mehanizmom; **TIP 3:** pomična plošča; **TIP 4:** Kolčni sklep procesorsko nadzorovan prosto gibljiv in/ali z nadzorom giba in/ali recipročnim mehanizmom;

Opombe: \_\_\_\_\_

Pooblaščen spec. FRM (podpis)	Fizioterapevt (podpis)	Ing. ortot. In prot. (podpis)

Podpis uporabnika oz. staršev/ zakonitega zastopnika:

Datum testiranja:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Priloga 2:**

**QUEST - ocena zadovoljstva uporabnika s podporno tehnologijo 2.0**

(Prevedli: Julija Ocepek in Mojca Jenko, 2008, Oblikoval: David Brecelj, 2017)

Pripomoček/naprava: \_\_\_\_\_

Ime in priimek uporabnika: \_\_\_\_\_ Datum ocenjevanja: \_\_\_\_\_

Namen vprašalnika je oceniti vaše zadovoljstvo s podporno tehnologijo in z njo povezanimi storitvami. Vprašalnik vsebuje 12 postavk. Za vsako od njih ocenite vaše zadovoljstvo z uporabo ocen od 1 do 5:

1	2	3	4	5
Povsem nezadovoljen	Nezadovoljen	Bolj ali manj zadovoljen	Dokaj zadovoljen	Zelo zadovoljen

Obkrožite ali označite **eno številko**, ki najbolje opisuje vašo stopnjo zadovoljstva z vsako od 12 postavk. **Prosimo** vas, da odgovorite na **VSA** vprašanja. Za vsako postavko, kjer niste "zelo zadovoljni", vas prosimo, da svoje pripombe vpišete v rubriko **pripombe**.

<b>OCENA ZADOVOLJSTVA S PRIPOMOČKOM (z napravo)</b>	
Kako ste zadovoljni s/z:	
1. <b>dimenzijami</b> (velikost, višina, dolžina, širina) vašega pripomočka? <i>Pripombe:</i>	1 2 3 4 5
2. <b>težo</b> vašega pripomočka? <i>Pripombe:</i>	1 2 3 4 5
3. <b>enostavnostjo prilagajanja</b> (pritrditvijo, pričvrstitvijo) delov vašega pripomočka? <i>Pripombe:</i>	1 2 3 4 5
4. <b>varnostjo in zanesljivostjo</b> vašega pripomočka? <i>Pripombe:</i>	1 2 3 4 5
5. <b>trajnostjo</b> (vzdržljivost, odpornost proti obrabi) vašega pripomočka? <i>Pripombe:</i>	1 2 3 4 5
6. <b>enostavnostjo uporabe</b> vašega pripomočka? <i>Pripombe:</i>	1 2 3 4 5
7. <b>udobjem</b> , ki ga nudi je vaš pripomoček? <i>Pripombe:</i>	1 2 3 4 5
8. <b>primernostjo/učinkovitostjo</b> vašega pripomočka (stopnja, do katere ustreza vašim potrebam)? <i>Pripombe:</i>	1 2 3 4 5
<b>OCENA ZADOVOLJSTVA S STORITVAMI</b>	
Kako ste zadovoljni s/z,	
9. <b>dostavo</b> (postopki, dobavnim časom) vašega pripomočka? <i>Pripombe:</i>	1 2 3 4 5
10. <b>popravili in servisiranjem</b> (vzdrževanje), ki je na voljo za vaš pripomoček? <i>Pripombe:</i>	1 2 3 4 5
11. <b>kakovostjo strokovnih storitev</b> (informacije, pozornost), ki ste jo prejeli za uporabo vašega pripomočka? <i>Pripombe:</i>	1 2 3 4 5

12. nadaljnji storitvami in spremljanjem (podpora uporabniku) za vaš pripomoček? <i>Pripombe:</i>	1 2 3 4 5
--	-----------

Sledi seznam istih 12 postavk. Izberite tri (3) postavke, ki so za vas najpomembnejše in jih označite z »x«.

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Dimenzije              | <input type="checkbox"/> 7. Udobnost                 | <input type="checkbox"/> 11. Strokovne storitve (napotki/navodila za uporabo) |
| <input type="checkbox"/> 2. Teža                   | <input type="checkbox"/> 8. Učinkovitost             | <input type="checkbox"/> 12. Podpora uporabniku /sledenje                     |
| <input type="checkbox"/> 3. Prilagoditve           | <input type="checkbox"/> 9. Dostava                  |   |
| <input type="checkbox"/> 4. Varnost                | <input type="checkbox"/> 10. Popravila/ servisiranje |   |
| <input type="checkbox"/> 5. Trajnost/ vzdržljivost |  |   |
| <input type="checkbox"/> 6. Enostavna uporaba      |  |   |

Zahvaljujemo se vam za izpolnjevanje vprašalnika QUEST.

### Povzetek rezultatov ocene s QUEST

Ta del je namenjen točkovanju odgovorov na vaša vprašanja (izpolni strokovni sodelavec).

- **Število neveljavnih odgovorov:** \_\_\_\_\_
- **Lestvica ocene zadovoljstva s pripomočkom:** \_\_\_\_\_   
(Pri postavkah od 1 do 8 seštejemo vrednosti veljavnih odgovorov, vsoto delimo s številom veljavnih postavk na tej lestvici.)
- **Lestvica ocene zadovoljstva s storitvami:** \_\_\_\_\_   
(Pri postavkah od 9 do 12 seštejemo označene vrednosti veljavnih odgovorov, vsoto delimo s številom veljavnih postavk na tej lestvici.)
- **Skupni rezultat QUEST** \_\_\_\_\_   
(Pri postavkah 1 do 12 seštejemo označene vrednosti veljavnih odgovorov, vsoto delimo s številom postavk.)
- **3 najpomembnejše postavke zadovoljstva:** 1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_



# Delovni procesi kineziologa v zdravstvu

Avtor: Rok Müller, dr. med., mentor: mag. Anton Ujčič

## Povzetek:

*Kineziolog je relativno nov profil kadra v zdravstvu in je zaradi tega njegovo področje dela v Sloveniji trenutno slabo opredeljeno oziroma slabo sprejeto s strani drugih zdravstvenih delavcev.*

*Na osnovi procesnega pristopa smo opisali delovne procese kineziologa na primarnem nivoju zdravstva v okviru sekundarne preventve, ki v ZD Radovljica poteka že vrsto let, vendar do sedaj še ni bila ustrezno mapirana in opredeljena. Z jasno zastavljenimi cilji delovnega procesa, z nazornimi shemami različnih procesov dela kineziologa in ustreznimi kazalniki kakovosti bomo prispevek kineziologa k zdravju občanov Radovljice v prihodnosti še dodatno povečali.*

## 1 Uvod

### 1.1 Management delovnih procesov v zdravstvu

Skozi zgodovino gospodarstva se je ideja o metodi izboljšanja poslovnih rezultatov na modelu preoblikovanja delovnih procesov pojavila že v industrijski revoluciji, svoj pravi razcvet pa je doživela v osemdesetih let 20. stoletja - takrat so se razvili znani sistemi upravljanja delovnih procesov, kot je recimo sistem Six Sigma (ki se je kasneje razvil v Lean Six Sigma), kasneje iBPM (inteligentno upravljanje poslovnih procesov), itd.<sup>1</sup> Ko so organizacije začele definirati in načrtovati procese, identificirati ozka grla v procesu dela in določevati skrbnika procesa, so le-ta prišla do obetavnih rezultatov. Upravljanje delovnih procesov se tako v gospodarstvu, kot tudi v zdravstvu, že vrsto let kaže kot zelo uspešno orodje organizacije dela.<sup>2</sup>

Procesni model dela v zdravstvu v Sloveniji poznamo že zelo dolgo, vendar ga večina zdravnikov pozna pod imenom »klinična pot«. Klinična pot je orodje, ki zdravstvenemu timu omogoča racionalno in na znanstvenih dokazih utemeljeno obravnavo pacienta, spremljanje opravljenega dela ter kazalnikov kakovosti, natančnejše dokumentiranje in lažjo notranjo presojo zdravstvene prakse. V praksi predstavlja klinična pot sodobno medicinsko dokumentacijo posameznega bolnika.<sup>3</sup> V duhu standardizacije obravnave pacienta in stroškovne učinkovitosti je Ministrstvo za zdravje že skušalo vpeljati klinične poti v celotno zdravstveno oskrbo v Sloveniji.<sup>4</sup>

Vendar imajo klinične poti veliko pomanjkljivost proti sodobnemu poslovno procesnem pristopu: vsi sodobni modeli procesnega pristopa že v svojem bistvu vsebujejo stalno evalvacijo uvedenih sprememb in posledično stalno spreminjanje delovnih procesov

glede na spreminjajoče okolje, v katerih potekajo. Pri poslovnem procesnem pristopu gre torej za stalno spreminjanje delovnih procesov z namenom doseganja zastavljenega cilja podjetja.<sup>5</sup> Medtem klinične poti sicer nudijo možnost analize kakovosti obravnave, vendar v njihovo oblikovanje oziroma ustvarjanje ni vpletena težnja po spreminjanju klinične poti same z namenom ugodnejšega izida za zdravje pacientov.

Pri aplikaciji sodobnega procesnega pristopa v zdravstveni sistem pride do številnih ugodnih učinkov: povečane produktivnosti in timske uspešnosti, zmanjšanje čakanja pacienta na zdravstveno obravnavo, standardizacija zdravstvene obravnave pacienta, zmanjšanje stroškov, zmanjšanje hospitalnega časa pacienta, povečanje kakovosti obravnave pacienta, povečanje zadovoljstva pacienta, povečanje zadovoljstva zdravstvenih delavcev,...<sup>6</sup> Pristop, pri katerem pacienta postavimo v sredino željenega cilja in zgradimo potrebne procesa okrog njega, imenujemo »vrednostno zasnovano zdravstvo« (value-based healthcare). V Sloveniji že potekajo aktivnosti na državnem nivoju za implementacijo takšnega pristopa prenovе zdravstvenega sistema.<sup>7</sup>

### 1.2 Delo kineziologa v zdravstvenem domu Radovljica

Zdravstveni dom Radovljica je že leta 2016 v okviru projekta »Razvoj kadrov v športu 2016-2022«, ki je potekal pod okriljem Ministrstva za izobraževanje, znanost in šport v sodelovanju s konzorcijskim partnerjem Olimpijskim komitejem Slovenije (v nadaljevanju OKS), kot eden izmed prvih javno-zdravstvenih ustanov v Sloveniji zaposlil kineziologa. Kljub

temu, da je pogodba vključevala opis delovnih nalog (prenos strokovnih znanj na usposobljen kader na področju športne rekreacije in športa starejših, opravljanje dela na delovnem mestu zdravstveni sodelavec, povezovanje z OKS), so bile naloge oziroma delo kineziologa zelo slabo opredeljene. Ob odsotnosti jasnih strokovnih smernic so zdravniki v kineziološko obravnavo pričeli usmerjati paciente, pri katerih je bil iztrošen terapevtski potencial v dotedanjem zdravstvenem sistemu. Tako so se pri kineziologu velikokrat znašli pacienti, ki so že imeli določene zdravstvene težave z lokomotornim sistemom, vendar so bile le-te premajhne za operativno ortopedsko zdravljenje in hkrati prevelike za uspešno konzervativno zdravljenje (fizioterapija,...).

Avgusta 2022 postane kineziolog zdravstveni sodelavec (delovno mesto kineziolog v zdravstvu)<sup>8</sup>. Takrat postane kineziolog tudi uradno del tima Centra za krepitev zdravja (v nadaljevanju CKZ), katerega program dela dokaj natančno določa Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ)<sup>9</sup>. Na tem mestu je potrebno poudariti, da je večinski del programa CKZ naravnani na primarno preventivno dejavnost.

Ker ZD Radovljica ni takoj po izteku projekta »Razvoj kadrov v športu« pridobil programa CKZ, je za ohranitev zaposlitve kineziologa bil primoran pridobiti občinska sredstva za sofinanciranje preventivnega programa zdravstva. Tako občani kot tudi zdravstveni delavci so namreč prepoznali dodano vrednost kineziološke obravnave v našem zdravstvenem domu na podlagi pozitivnih povratnih informacij obravnavanih pacientov. V tem času sta kineziologa v našem ZD dobivala celo napotitve pacientov s stalnim prebivališčem izven naše občine. Kljub temu je potrebno poudariti, da je posamezna kineziološka obravnava še vedno temeljila le na posamezni strokovni presoji kineziologa, kako naj bi njegova obravnava pri tem določenem pacientu potekala.

Letna poročila o delu kineziologa so vsebovala le kazalnike obsega dela (recimo število vseh obravnavanih pacientov v določenem obdobju), ne pa tudi kazalnikov kakovosti dela (izboljšanje zdravja obravnavanih pacientov).

### 1.3 Vloga kineziologa v sekundarni preventivi

Dandanes je zaposlitev kineziologa na primarnem nivoju zdravstva v okviru javne zdravstvene mreže mogoča le v okviru programa CKZ. Glavni fokus dela CKZ je primarna preventiva, torej preprečevanje bolezni, še preden do le-te sploh pride. Zato je tudi delo

kineziologa na primarnem nivoju zdravstva fokusirano v primarno preventivo, katerega dokaj natančno določa program NIJZ.<sup>10</sup>

Glede na način dosedanjega dela kineziologa v našem zdravstvenem domu pa lahko govorimo o sekundarni preventivi, ki je usmerjena v preprečevanje ponovitve bolezni ali poslabšanja bolezni. Poudariti je potrebno, da kineziološka obravnava ni namenjena zdravljenju, torej se jo ne uporablja v aktivni fazi bolezni – to področje v glavnem pokriva fizioterapija.

V nalogi bomo skušali opredeliti delovne procese kineziologa, ki se jih lahko uvršča med sekundarno preventivo in so bila do sedaj v Sloveniji slabo opredeljeni.

### 1.4 Metode dela

V zdravstvenem domu Radovljica smo pri uvajanju procesnega pristopa v delo kineziologa upoštevali Demingov krog - delovanje po principu PDCA (»Plan« - načrtuj, »Do« - naredi, »Check« - preveri, »Act« - ukrepaj)<sup>11</sup>. V prvi fazi smo skupaj z vsemi deležniki procesa, z metodo opazovanja in intervjuja, analizirali dosedanje delo kineziologa. Ker do sedaj v zdravstvu še ni bilo postavljenega »modela« obravnave pacienta pri kineziologu v okviru sekundarne preventive, je njihovo delo potekalo večinoma intuitivno, brez jasnih protokolov ali usmeritev pri oblikovanju procesa dela. Skupaj s kineziologi smo na podlagi omenjenih analiz definirali attribute delovnega procesa in načrtovali shemo dela po metodi procesnega pristopa.

Z začetkom letošnjega leta smo izvedli implementacijo načrtovanega delovnega procesa kineziologa. Prvo analizo kazalnikov kakovosti planiramo julija 2024. Na podlagi te analize bomo lahko opravili evalvacijo uspešnosti delovnih procesov kineziologa in uvedli ustrezne spremembe v teh procesih za doseganje zastavljenega cilja (glej Tabelo 1).

Ob postavitvi delovnih procesov smo upoštevali vse omejitve dela, ki jih ima kineziolog v zdravstvu:

- glavna omejitev dela kineziologa je, da ne more sodelovati pri zdravljenju aktivnega bolezenskega procesa (za razliko od fizioterapevta);
- ker v primarnem zdravstvu kineziolog deluje v okviru CKZ, lahko pacienta po lastni presoji (brez napotnih listin osebnega zdravnika ali drugega zdravnika specialista) napoti k drugim profilom zdravstvene dejavnosti (fizioterapevt, psiholog, diplomirana medicinska sestra,...), le v okviru CKZ-ja.

## 2 Oblikovanje delovnih procesov kineziologa

### 2.1 Določitev atributov procesa

Cilj delovnega procesa kineziologa smo določili kot »objektivno zmanjšanje kroničnih in recidivnih težav pri pacientih s težavami z lokomotornim sistemom«. Meje procesa smo začasno (zaradi poenostavitve) postavili znotraj ZD Radovljica, z možnostjo kasnejše širitve tudi izven zdravstvenega doma ali izven občine Radovljica. Opisi vseh atributov delovnih procesov so v Tabeli 1.

Po opravljenih prvih intervjujih smo skupaj s kineziologi in zdravniki specialisti družinske medicine definirali vstopne attribute v delovne procese kineziologa – postavili smo indikacije (kdaj je smiselno in upravičeno, da zdravnik pacienta napoti na obravnavo h kineziologu) in kontraindikacije (kdaj je odsvetovana napotitev pacienta h kineziologu).

INDIKACIJE za kineziološko obravnavo:

- kronična bolečina v križu (po opravljeni celotni diagnostiki),
- stanja po poškodbah sklepov (po opravljeni fizioterapiji),
- stanja po operacijah (po opravljeni fizioterapiji),
- priprava na operacijo (hrbtenica, kolk, koleno rama itd.),
- slaba telesna drža,
- bolečinski sindromi (zaradi ponavljajočih gibov, dolgotrajnega sedenja ipd. na delovnem mestu),
- testiranje (gibalnih in funkcionalnih sposobnosti, odkrivanje mišično-skeletnih pomanjkljivosti, telesnih asimetrij in svetovanje),

- preventiva pred poškodbami in kroničnimi boleznimi,
- atrofija, osteopenija, osteoporoza, sarkopenija.

KONTRAINDIKACIJE za kineziološko obravnavo:

- povišan krvni tlak,
- šivi na kateremkoli mestu ali organu telesa,
- dislokacije sklepov,
- nepopolno sanirani zlomi kosti,
- nepopolne kostne adhezije,
- akutna vnetja mišic, sklepov in kosti,
- akutno obdobje kardiovaskularnih in respiratornih bolezni,
- vnetje ven,
- povišana telesna temperatura,
- akutne bolečine (v času aplikacije protibolečinskih infuzij, hudih bolečin, predvsem v križu),
- akutna stanja po operacijah (razbolelost okoli sklepa),
- fibromialgija,
- rakava obolenja v terminalni fazi,
- mišične in vezivne raztrganine,
- ledvični kamni,
- bolezni žolča,
- odpoved vitalnih organov,
- popolna telesna izčrpanost iz kakršnegakoli razloga.

Nato smo skupaj s kineziologi definirali še preostale attribute načrtovanega delovnega procesa – glej Tabelo 1.

Tabela 5: Atributi delovnih procesov kineziologa

ATRIBUTI	OPIS
Cilj (namen) procesa	Objektivno zmanjšanje kroničnih in recidivnih težav z lokomotornim sistemom pri pacientih.
Meje procesa	Obravnava teče znotraj primarnega zdravstva (znotraj posameznega zdravstvenega doma).
Skrbnik procesa	Vodja preventivne dejavnosti v ZD Radovljica (vodja CKZ).
Vhodi v proces	Napotitev osebnega zdravnika, sestre referenčne ambulante ali zdravstvenega delavca znotraj Centra za krepitev zdravja, glede na dogovorjene indikacije.
Izhodi iz procesa	Opravljenost število predvidenih obravnav (individualnih ali znotraj skupine), vključuje zaključno poročilo osebnemu zdravniku.
Kazalniki obsega dela	<ul style="list-style-type: none"> <li>– število vseh pacientov v zadnjih 6 mesecih.</li> <li>– število obravnav kineziologa glede na posamezno kritično diagnozo pacienta (v zadnjih 6 mesecih).</li> </ul>

Kazalniki kakovosti kineziološke obravnave	<p>Odvisno od posameznega procesa dela (od vrste kineziološke obravnave):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– razlika števila obravnav ambulantne osebne zdravnika s kritično diagnozo v obdobju 6 mesecev po kineziološki obravnavi v primerjavi z obdobjem 6 mesecev pred kineziološko obravnavo;</li> <li>– razlika števila predpisov analgetične terapije v obdobju 6 mesecev po kineziološki obravnavi v primerjavi z obdobjem 6 mesecev pred kineziološko obravnavo;</li> <li>– razlika števila dni bolniške odsotnosti zaradi kritične diagnoze v obdobju 6 mesecev po kineziološki obravnavi v primerjavi z obdobjem 6 mesecev pred kineziološko obravnavo;</li> <li>– število FTH obravnav po OP na lokomotornem sistemu v primerjavi s kontrolno skupino;</li> <li>– - razlika števila otrok z ugotovljeno slabo držo v 8. razredu OŠ in 3. letniku SŠ v primerjavi v 6. r OŠ in 1. letniku SŠ.</li> </ul>
Analize	S pomočjo ustrezne statistične analize primerjava kazalnikov pred in po kineziološki obravnavi, oziroma med kontrolno in terapevtsko skupino.
Postopki izboljševanja	<p>Sestanki z vsemi zaposlenimi, ki se vključujejo v delovni proces (kineziologi, zdravniki, sestre referenčne ambulate, zaposleni v CKZ):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– sprememba obstoječih delovnih procesov;</li> <li>– dodajanje novih delovnih procesov za novo aktivnost, ki bo usmerjena v doseganje glavnega cilja.</li> </ul>

## 2.2 Shematski prikaz delovnih procesov kineziologa

V Prilogah 1 do 3 so prikazani modeli delovnega procesa kineziologa.

### 2.2.1 Individualna kineziološka obravnava

V večini primerov kineziolog pri prvem stiku s pacientom uporabi shemo »individualne kineziološke obravnave« (Priloga 1). Kineziolog pri tem obravnava le posameznega pacienta, ki je bil k njemu napoten s strani osebne zdravnika, diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti ali kateregakoli zdravstvenega delavca v okviru Centra za krepitev zdravja. Na prvem pregledu, ki traja od 30 do 40 minut, kineziolog na podlagi odvzete anamneze in opravljenih testov funkcionalne zmogljivosti skupaj s pacientom določi cilj njegove celotne obravnave. Če kineziolog ugotovi, da je pri pacientu še vedno prisoten aktivni bolezenski proces, ga napoti na nadaljnjo obravnavo v individualno fizioterapevtsko obravnavo v okviru CKZ. Če to ni možno, lahko kineziolog obravnavo predčasno zaključi z ustreznim obvestilom osebnemu zdravniku pacienta.

Če na prvem pregledu kineziolog ugotovi, da bi se pacient glede na njegove težave lahko udeležil skupinske kineziološke obravnave, ga naroči na 2. pregled v ustrezno skupinsko obravnavo (Priloga 2).

Na koncu prve obravnave kineziolog demonstrira 3 do 5 začetnih vaj, ki jih pacient nato izvaja sam doma. Po preteku 2 tednov opravi pacient 2. pregled, kjer kineziolog odvzame anamnezo od predhodnega pregleda naprej, s pacientom opravi ponovitev izvedbe vaj in jih glede na sposobnosti in potrebe pacienta prilagodi. Vsi nadaljnji pregledi trajajo okvirno 20 minut in se ponavljajo vsakih 14 dni. V času med pregledi pacient sam doma opravlja kineziološke vaje. V povprečju so 4 srečanja zadosti za zaključek obravnave. Na zadnjem pregledu se po ponovitvi izvedbe vaj opravi še evalvacija funkcionalnega stanja pacienta – na podlagi ponovitve testov funkcionalne zmogljivosti in pacientovi subjektivni oceni izboljšanja, se celotna kineziološka obravnava lahko zaključi ali po potrebi doda še dodatni pregled čez 2 tedna.

Po zaključku obravnave kineziolog napiše kratke poročilo napotnemu (torej osebnemu) zdravniku.

### 2.2.2 Skupinska kineziološka obravnava

Po spoznavnem prvem pregledu individualne obravnave se lahko pacienta glede na vrsto njegovih težav napoti v ustrezno skupinsko kineziološko obravnavo, ki so smiselno razčlenjene glede na zdravstveno težavo: bolečine v hrbtu, bolečine v kolenu,... (Priloga 2).



Na skupinsko obravnavo se povabi največ 4 udeležence, ki so že opravili 1. pregled individualne kineziološke obravnave. Na prvem srečanju se kineziolog pozanima o morebitnih spremembah zdravstvenih težav vsakega posameznika od predhodnega pregleda naprej, ponovno se jasno postavijo cilji obravnave. Po ponovitvi izvedbe začetnih vaj kineziolog demonstrira dodatne vaje. Prvo srečanje traja približno 30 minut, vsa nadaljnja pa 20 minut. Srečanja si sledijo v roku 14 dni, potrebna so vsaj 3 srečanja. Na zadnjem srečanju se, po ponovitvi izvedbe vaj, opravi evalvacija stanja vsakega udeleženca z izvedbo testov funkcionalne zmogljivosti in pacientove subjektivne ocene izboljšanja. Po presoji kineziologa se lahko pri posameznem pacientu opravi še dodatni 4. pregled.

Podobno kot pri individualni kineziološki obravnavi se lahko, v primeru aktivnega bolezenskega procesa, posameznega pacienta napoti na obravnavo v individualno fizioterapevtsko obravnavo v okviru CKZ, oziroma če to ni možno, se lahko posameznega pacienta izključi iz skupinske kineziološke obravnave. O tem kineziolog obvesti osebnega zdravnika s kratkim poročilom obravnave in razlogom izključitve.

Po zaključku skupinske kineziološke obravnave kineziolog napiše kratko poročilo za vsakega posameznega pacienta njegovemu osebnemu zdravniku.

### 2.2.3 Individualna predoperativna kineziološka obravnavava

Osebni zdravnik lahko, glede na indikacije pacienta, napoti h kineziologu pred predvideno operacijo večjih sklepov (zamenjava kolka, kolena, itd.), z namenom preprečevanja postoperativne sarkopenije oziroma hitrejše rehabilitacije (Priloga 3). Podobno kot pri individualni kineziološki obravnavi se na prvem pregledu odvzame anamneza, opravijo se testi funkcionalne zmogljivosti (vključno s Tanita analizatorjem telesne sestave), jasno se opredelijo cilji obravnave. Kineziolog nato pokaže 3 do 5 začetnih vaj, ki jih pacient do naslednjega pregleda izvaja sam doma. Nadaljnja srečanja se vrstijo na vsakih 14 dni, na vsakem pregledu se odvzame anamneza od predhodne obravnave naprej, kineziolog skupaj s pacientom izvede ponovitev vaj in jih glede na potrebe pacienta prilagodi. Po petem pregledu se izvede evalvacija stanja s pomočjo ponovitve testov funkcionalne zmogljivosti. Ker v večini primerov pacient ob napotitvi v kineziološko obravnavo še nima točnega datuma operacije, se približno teden dni pred dejansko operacijo opravi še zadnji pregled, ki je vsebinsko enak dosedanjim pregledom.

Po zadnji obravnavi pred operacijo se obravnavava zaključuje z ustreznim kratkim poročilom osebnemu zdravniku.

### 2.2.4 Slaba drža otrok in mladostnikov

Otroka, zaradi slabe drža, napoti v kineziološko obravnavo osebni zdravnik otroka na podlagi predhodnega pregleda (preventivnega ali kurativnega). Obravnava se posamičnega otroka oziroma mladostnika, pri katerem se opravi začetni pregled, kateremu sledita še 2 kontrolna pregleda v razmaku približno 2 tednov (glej prilogo 4). V primeru pojava bolečin v hrbtu, ki bi nakazovale aktivni bolezenski proces, se kineziološko obravnavo prekine in napoti na kurativni pregled k osebnemu zdravniku.

## 2.3 Kazalniki kakovosti kineziološke obravnave

Do sedaj so se potrebna poročila o delu kineziologa oddajala samo na podlagi opisa kazalnikov obsega dela (števila vseh obravnavanih pacientov v določenem časovnem obdobju), kar pove zelo malo o dejanskih obremenitvah dela kineziologa, popolnoma nič pa nam ne pove o kakovosti kineziološke obravnave oziroma o doseganju ciljev kineziološke obravnave.

Zaradi tega smo v našo študijo delovnih procesov kineziologa vključili tudi kazalnike kakovosti kineziološke obravnave (glej Tabelo 1). Na podlagi razlike med številom obravnav, ki vsebujejo kritično diagnozo (s kritično diagnozo opisujemo nabor vseh diagnoz po MKB10 sistemu, ki ustrezajo zdravstveni indikaciji za napotitev pacienta v kineziološko obravnavo) napotenega pacienta v ambulanti družinskega zdravnika, v obdobju 6 mesecev pred in 6 mesecev po kineziološki obravnavi, bomo lahko sklepali kolikokrat manj se je pacient zatekel na pomoč k osebnemu zdravniku zaradi težav z lokomotornim sistemom (kritična diagnoza) po kineziološki obravnavi. Podobno lahko sklepamo iz razlike v količini predpisane analgetične terapije 6 mesecev pred in 6 mesecev po kineziološki obravnavi. Tudi razlika v številu dni bolniške odsotnosti posameznega pacienta zaradi kritične diagnoze, v obdobju 6 mesecev po kineziološki obravnavi, v primerjavi z obdobjem 6 mesecev pred kineziološko obravnavo, nam govori o uspešnosti takšne obravnave.

Uspešnost oziroma ustreznost predoperativne kineziološke obravnave bomo spremljali na podlagi razlike v obsežnosti fizioterapevtske obravnave po operaciji na lokomotornem sistemu, v primerjavi s kontrolno skupino (skupina pacientov, ki ni bila napotena na



predoperativno kineziološko obravnavo in je imela identičen operativni poseg kot opazovana skupina).

Ustreznost kineziološke obravnave otrok in mladostnikov s slabo držo bomo ocenjevali s pomočjo analize razlike v številu otrok z ugotovljeno slabo držo na sistematičnem pregledu šolarjev v 8. razredu osnovne šole, v primerjavi s številom otrok s slabo držo v 6. razredu osnovne šole. V srednji šoli bomo ugotavljali razliko med številom otrok s slabo držo v 3. letniku in 1. letnikom. Predvidevamo namreč, da je večina otrok s slabo držo napotena h kineziologu zaradi ugotovljene patologije na sistematičnem pregledu 6. razreda osnovne šole in 1. letnika srednje šole.

### 3 Razprava in zaključki

Trenutno v Sloveniji poteka burna razprava o vlogi oziroma ustreznosti profila kineziologa v zdravstvu. Ker ima ZD Radovljica večletne izkušnje z delom kineziologa v zdravstvu, smo v naši nalogi uspeli opisati štiri najpogostejše delovne procese kineziologa v našem zdravstvenem domu na področju sekundarne preventive. Ob tem smo uporabili klasičen

procesni pristop, ki vključuje tudi analizo in ustrezne popravke delovnega procesa v prihodnosti.

S takšnim procesnim pristopom smo pridobili:

- objektivno sliko zmožnosti dela 1 kineziologa v sekundarni preventivi (s pomočjo diagramov delovnega procesa je možno veliko bolje oceniti maksimalne obremenitve 8 urnega delovnika kineziologa);
- lažje planiranje dela kineziologa (ker se s pomočjo ocene zmožnosti kineziologa lahko naredi čakalna knjiga namesto čakalne vrste, je naročanje pacientov v kineziološko obravnavo veliko lažje);
- bolj pregledna in objektivna ocena učinkovitosti dela kineziologa (glede na kazalnike doseganja posameznih ciljev);
- možnost hitrejše prilagoditve delovnega procesa v primeru slabih rezultatov kazalnikov.

Vse to rezultira v boljše strokovne in tudi poslovne rezultate dela kineziologa v zdravstvu.

### LITERATURA IN VIRI:

1. Bernik J, Burgar J, Cuzak G, Došenović Bonča P, Drobnič M, Droljc A, et al. Guidelines for Implementing Value-Based Health Care in Slovenia. Ljubljana: Zdravniška Zbornica Slovenije; 2022. Dosegljivo na <https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/e-izobrazevanja/guidelines-for-implementation-of-vbhc-in-slovenia.pdf>
2. Brancalion FNM, Lima AFC. Process-based Management aimed at improving health care and financial results. Rev Esc Enferm USP. Maj 2022. Dosegljivo na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10081584/>
3. Elikan J. Dušan Keber uvaja klinične poti v UKC. Medicina danes: april 2010; [citirano februar 2024]. Dosegljivo na <https://medicina.bhc.si/276167/Dusan-Keber-uvaja-klinicne-poti-v-UKC>
4. Ferik H. Pot do konkurenčnosti. Ljubljana: GV založba; 2012.
5. Hellström A, Lifvergren S, Quist J. Applying Process Management in Healthcare – Investigating Implementation Difficulties. ReserchGate: januar 2009; [citirano februar 2024]. Dosegljivo na [https://www.researchgate.net/publication/228483648\\_Applying\\_process\\_management\\_in\\_healthcare-investigating\\_implementation\\_difficulties](https://www.researchgate.net/publication/228483648_Applying_process_management_in_healthcare-investigating_implementation_difficulties)
6. Jus G. Demingov krog (PDCA krog). Energos consulting group: 2018; [citirano februar 2024]. Dosegljivo na <https://ecg.si/clanki/demingov-krog-pdca-krog/>
7. Jus G. Šest sigma (six sigma). Energos consulting group: 2018; [citirano februar 2024]. Dosegljivo na <https://ecg.si/clanki/sest-sigma-six-sigma/>
8. Marušič D, Simčič B. Priročnik za oblikovanje kliničnih poti. Ministrstvo za zdravje RS, 2009. Dosegljivo na: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Dostopnost-in-varnost-zdravstvenega-varstva/Kakovost-zdravstvenega-varstva/Prirocnik-za-oblikovanje-klinicnih-poti.pdf>
9. Uradni list RS, št. 111/2022; 2687. Odredba o seznamu poklicev za zdravstveno dejavnost, stran 8069
10. Vrbovšek S, Rebernik K. Nadgradnja in razvoj preventivnih programov ter njihovo izvajanje v primarnem zdravstvenem varstvu in lokalnih skupnostih. NIJZ, 2017. Dosegljivo na [https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/12/vsebinska\\_izhodišca\\_za\\_izvajanje\\_op\\_nadgradnja\\_in\\_razvoj\\_preventivnih\\_programov.pdf](https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/12/vsebinska_izhodišca_za_izvajanje_op_nadgradnja_in_razvoj_preventivnih_programov.pdf)

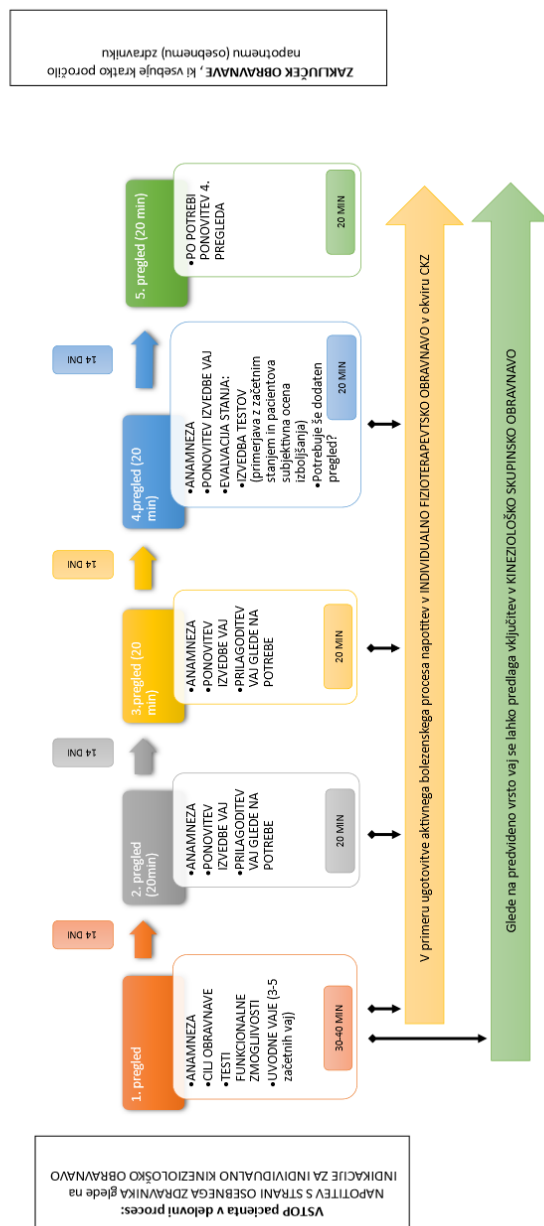
11. Vrbovšek S, Remec M. Izvajanje preventive in krepitev zdravja v centrih za krepitev zdravja. NIJZ, verzija 1/2023 (še neobjavljeno gradivo)

## Priloga 1: INDIVIDUALNA KINEZIOLŠKA OBRAVNAVA



### Diagram delovnega procesa: INDIVIDUALNA KINEZIOLŠKA OBRAVNAVA

Število udeležencev: 1 pacient  
Lokacija: telovadnica ZD Radovljica

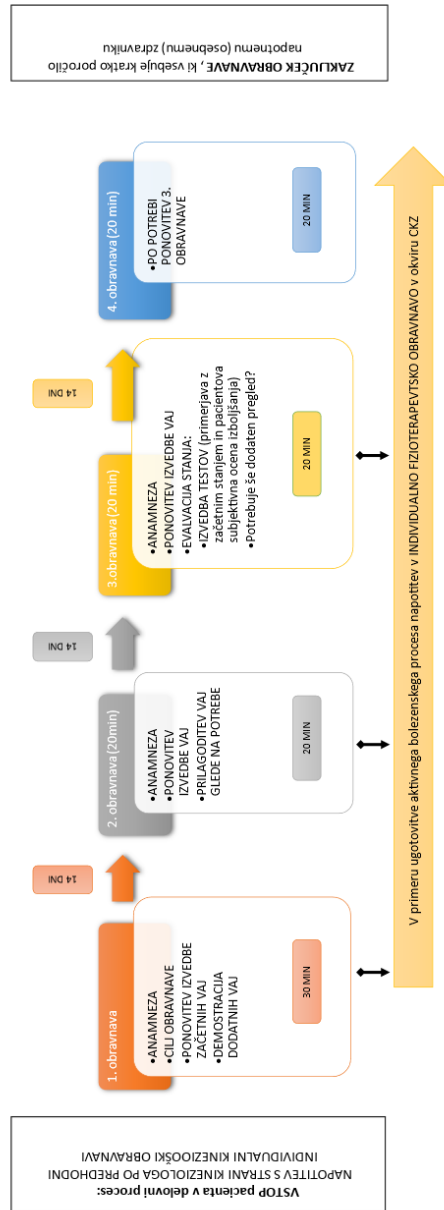


## Priloga 2: SKUPINSKA KINEZIOLOŠKA OBRAVNAVA



Diagram delovnega procesa: SKUPINSKA KINEZIOLOŠKA OBRAVNAVA (HRBET, KOLENO,...)

Število udeležencev: 4  
Lokacija: telovadnica ZD Radovljica

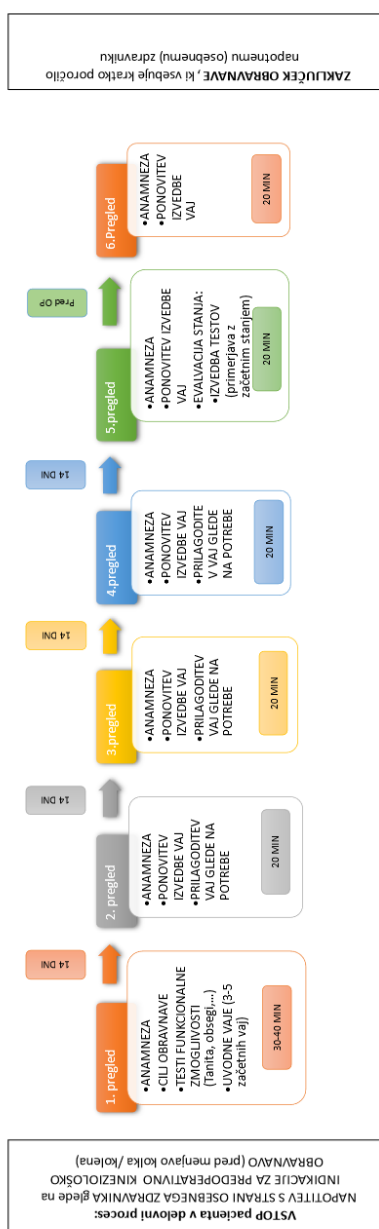


## Priloga 3: INDIVIDUALNA PREDOPERATIVNA KINEZILOŠKA OBRAVNAVA



### Diagram delovnega procesa: INDIVIDUALNA PREDOPERATIVNA KINEZILOŠKA OBRAVNAVA

Število udeležencev: 1 pacient  
Lokacija: telovadnica ZD Radovljica



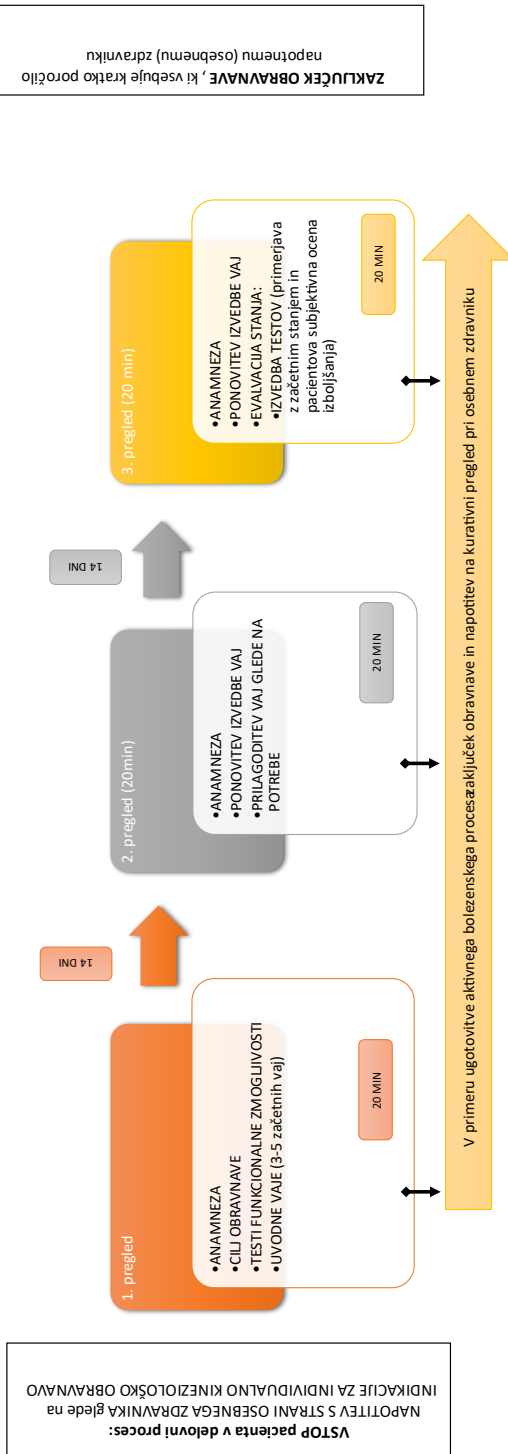


## Priloga 4: SLABA DRŽA OTROK IN MLADOSTNIKOV



### Diagram delovnega procesa: SLABA DRŽA otrok in mladostnikov

Število udeležencev: 1 pacient  
Lokacija: telovadnica ZD Radovljica





**izvem**

**ZBORNIK  
PROJEKTHIH NALOG**  
UDELEŽENCEV USPOSOBLJANJA  
IZ VODSTVENIH KOMPETENC  
ZA ZDRAVNIKE IN ZOBOZDRAVNIKE

**ŠTEVILKA 6  
JUNIJ 2024**

**ZAVOD ZA RAZVOJ  
ZDRAVSTVENEGA  
MANAGEMENTA**

Univerza v Ljubljani  
**Ekonomska  
fakulteta**