

17.

JESENSKO SREČANJE ČLANOV DRUŠTVA EKONOMISTOV V ZDRAVSTVU

Podčetrtek, 16. in 17. oktober 2014

»ZDRUŽIMO ZNANJE,
ODSTRANIMO OVIRE«



ZVEZA EKONOMISTOV SLOVENIJE
DRUŠTVO EKONOMISTOV V ZDRAVSTVU

»Združimo znanje, odstranimo ovire«

Podčetrtek, 16. in 17. oktober 2014



**ZVEZA EKONOMISTOV SLOVENIJE
DRUŠTVO EKONOMISTOV V ZDRAVSTVU**

Riharjeva ulica 38, 1000 Ljubljana
Tel.: 0592 27 198, faks: 0592 27 199

Upravni odbor Društva:

Nevenka Banovič, Cvetka Barbo, mag. Marjan Ferjanc,
Erika Furlan, Vojko Mihelj, mag. Rosvita Svenšek,
mag. Danijela Štumberger, Tomaž Rusimovič,
Helena Ulčar Šumčič, Jože Veternik, Darja Vižintin
Zupančič, Jana Vučak, Anton Zorko.

Organizacijski odbor srečanja:

Nevenka Banovič, mag. Marjan Ferjanc, Irena Mrzelj,
Tomaž Rusimovič, Helena Ulčar Šumčič, Darja Vižintin
Zupančič, Anton Zorko.

Programski odbor srečanja:

mag. Marjan Ferjanc, mag. Franc Hočevar,
Nevenka Banovič, mag. Rosvita Svenšek,
mag. Danijela Štumberger.

Izdalo Društvo ekonomistov v zdravstvu
Riharjeva ulica 38, 1000 Ljubljana

Tisk: BOOB, d.o.o., Njegoševa cesta 15 a,
1000 Ljubljana

Naklada: 200 izvodov

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana
614.2:33(497.4)(082)

DRUŠTVO ekonomistov v zdravstvu. Jesensko srečanje članov
(17 ; 2014 ; Podčetrtek)

Združimo znanje, odstranimo ovire / [17. jesensko srečanje
članov Društva ekonomistov v zdravstvu], Podčetrtek, 16. in 17.
oktober 2014. - Ljubljana : Društvo ekonomistov v zdravstvu,
2014

ISBN 978-961-92947-8-9

1. Gl. stv. nasl. 275895808

Program srečanja

Četrtek, 16. 10. 2014

- 08:30 – 09:30 **Registracija udeležencev**
- 09:30 – 09:40 **Otvoritev srečanja**
- 09:40 – 10:00 **Pomen stabilnosti financiranja zdravstvenih zavodov**
doc. dr. Branko Mayr, Abeceda računovodstvo, družba za računovodske storitve, d.o.o.
- 10:00 – 10:15 **Razprava**
- 10:15 – 10:35 **Problematika plačevanja dobaviteljem v obdobju finančne nediscipline**
Marjan Javornik, Psihiatrična bolnišnica Vojnik
- 10:35 – 10:50 **Razprava**
- 10:50 – 11:10 **S sklenjeno verigo odgovornosti do uspešnih gradbenih projektov tudi v javnem zdravstvu**
Andrej Ržišnik, Protim Ržišnik Perc arhitekti in inženirji d.o.o.
- 11:10 – 11:25 **Razprava**
- 11:25 – 11:55 **Odmor**
- 11:55 – 12:15 **Vključitev vseh zaposlenih v stroškovno zavedanje delovanja zavoda - primer iz prakse - evidentiranja stroškov na pacienta v SB Novo mesto**
Nataša Gimpelj in Vanja Cekuta, Splošna bolnišnica Novo mesto
- 12:15 – 12:30 **Razprava**
- 12:30 – 12:50 **Proces uvedbe projekta Elektronsko evidentiranje delovnega časa - primer iz prakse**
Uroš Stropnik, Splošna bolnišnica Celje
- 12:50 – 13:05 **Razprava**
- 13:05 – 14:20 **Motivacija sodelavcev in samomotivacija**
dr. Aleksander Zadel, Inštitut za osebni razvoj Corpus, Anima, Ratio, d.o.o.
- 14:20 – 15:30 **Odmor za kosilo**
- 16:00 – 19:00 **Izlet**
- 20:00 **Družabni večer**

Petek, 17. 10. 2014

- 09:00 – 09:25 **Je pravica do zdravstvene oskrbe, kot temeljna in univerzalna pravica, ogrožena**
Vlasta Nussdorfer, Varuhinja človekovih pravic
- 09:25 – 09:50 **Opozorila in pritožbe, ki jih pacienti najpogosteje posredujejo zastopniku pacientovih pravic**
Duša Hlade Zore, Zastopnica pacientovih pravic
- 09:50 – 10:05 **Razprava**
- 10:05 – 10:25 **Vpliv birokratizacije na učinkovitost zdravstvenega sistema**
mag. Jurij Stariha, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik
- 10:25 – 10:40 **Razprava**
- 10:40 – 11:10 **Strateške usmeritve razvoja zdravstvenega sistema**
Milojka Kolar Celarc, Ministrica za zdravje
- 11:10 – 11:40 **Prava zdravstvena zavarovalnica ali Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije?**
Samo Fakin, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
- 11:40 – 12:10 **Razprava**
- 12:10 – 12:40 **Odmor**
- 12:40 – 13:55 **Krepitev odnosov v zdravstvenem zavodu**
dr. Željko Čurić, O. K. Consulting
- 13:55 **Zaključek srečanja**
-

VSEBINA

Združimo znanje – odstranimo ovire	7
mag. Marjan Ferjanc Društvo ekonomistov v zdravstvu	
Vključitev vseh zaposlenih v stroškovno zavedanje delovanja zavoda - SB Novo mesto	9
Nataša Gimpelj in Vanja Cekuta Splošna bolnišnica Novo mesto	
Proces uvedbe projekta Elektronsko evidentiranje delovnega časa – primer iz prakse	17
Uroš Stropnik Splošna bolnišnica Celje	
Je pravica do zdravstvene oskrbe kot temeljna in univerzalna pravica ogrožena?	25
Vlasta Nussdorfer Varuhinja človekovih pravic	
Opozorila in pritožbe, ki jih pacienti najpogosteje posredujejo zastopniku pacientovih pravic	31
Duša Hlade Zore Zastopnica pacientovih pravic od 17.09.2009 do 17.09.2014	
Vpliv birokratizacije na učinkovitost zdravstvenega sistema	41
mag. Jurij Stariha Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik	
Ustrezen pristop – ključ do uspešne komunikacije in kvalitetnega življenja	49
Željko Čurić in Katarina Veselko O. K. Consulting	

mag. Marjan Ferjanc
Društvo ekonomistov v zdravstvu



Združimo znanje – odstranimo ovire

Skozi vsako srečanje članov Društva ekonomistov v zdravstvu nas vodi nek osrednji moto, ki običajno skozi analizo dogajanj iz preteklega obdobja daje pozitivne spodbude našemu delu za v prihodnje. Poslanstvo ekonomske stroke se odraža v reševanje ekonomskih problemov, kar pomeni, da moramo zaradi redkosti virov izbirati med različnimi možnostmi, da bi z omejenimi sredstvi zadovoljili kar največ želja in potreb. Ker se v zdravstvu razkorak med potrebami in viri za njihovo zadovoljevanje povečuje, narašča tudi pomen ekonomske stroke, vendar pa je moč le-te okrnjena, saj se vrednost zdravja ne more vedno meriti z ekonomskimi kazalci. Hkrati je področje v domeni države, ki z administrativnimi ukrepi vpliva na njeno delovanje in mu hkrati daje zaščito pred morebitnim ekonomskim zlomom, kar pa lahko pomeni tudi potuho v ekonomskem razmišljanju pri vodenju zdravstvenih zavodov. Da se to ne zgodi, moramo združiti svoja znanja za racionalno ravnanje z razpoložljivimi viri ter ustvarjati poslovno okolje s čim manj administrativnih ovir za doseganje postavljenih ciljev. Seveda imam v mislih tako ovire iz zunanjega okolja, ki ga predstavlja država s svojimi institucijami, vključno z zakonodajo, kakor tudi ovire v notranjem poslovnem okolju vsakega zdravstvenega zavoda posebej. Te se izkazujejo v slabi organiziranosti, pomanjkanju idej, zapostavljanju vrednot spoštovanja, zaupanja ter odgovornosti, in še čemu.

Seveda se moramo ekonomisti pri svojem delu primarno ukvarjati predvsem s tistimi vsebinami poslovanja, na katere lahko vplivamo in jih spreminjamo na bolje, hkrati pa vendarle ar-

gumentirano opozarjati nosilce politične oblasti na potrebne spremembe zdravstvene zakonodaje, ki bo omogočala normalno delovanje zdravstvenega sistema.

To so razlogi, da v prvem delu srečanja odstiramo problematiko financiranja v zdravstvu. Poudarjena sta vloga in pomen stabilnega financiranja zdravstvene dejavnosti, ki pa zaradi zunanjih vzrokov, predvsem recesije gospodarstva ter stalnega naraščanja potreb po zdravstvenih storitvah, ne more zadovoljiti vseh potreb. Zato se je potrebno financiranju še bolj posvetiti. V notranjem okolju to pomeni ustrezno načrtovanje denarnih tokov, vzpostavitev nadzora v plačilnem prometu, definiranje nabavnih procesov v vseh njegovih fazah s poudarki na odgovornosti posameznikov pri končnih izborih blaga in storitev. Enako velja za področje investiranja – gradbenih objektov ter opreme, kjer lahko le dovolj preudarjene odločitve prispevajo k rasti in razvoju zdravstva. Seveda pa se v prikazu problematike financiranja ne moremo izogniti kritiki okorelega sistema financiranja zdravstvenih storitev, ki se po vsebini in obliki ne prilagaja razvoju medicinske stroke.

Odgovornost za gospodarno ravnanje z viri zdravstvenega zavoda ni le domena vodstvenih kadrov, ki so seveda najodgovornejši, ampak vseh zaposlenih. Ti so vključeni v okviru procesno organiziranih dejavnosti ali v posebej vzpostavljenih projektih, da se skozi organizacijsko strukturo izgrajuje tudi organizacijska kultura odgovornosti, komuniciranja, pripadnosti, spoštovanja in zaupanja do institucije, do pacientov in do sodelavcev. Da je to mogoče,

dokazujejo uspešni projekti iz prakse, predstavljeni na tem srečanju.

V nadaljevanju srečanja se soočimo tudi s problematiko birokratskega sistema, ki ga moramo prepoznati, ga odpravljati in se njegovemu negativnemu vplivu po možnosti skušati izogniti, seveda v odvisnosti od tega, ali je le-ta posledica zunanje zakonodaje ali posledica notranjih lastnih, v preteklosti postavljenih pravil, ki ne služijo več prvotnim namenom. Vsekakor pa je potrebno kljub vsem postavljenim obrazcem obnašanja in delovanja zdravstvenega sistema upoštevati, da so vsi rezultati odvisni od ljudi, ki jih z večjim ali manjšim uspehom uspemo vključiti v procese dela. To moramo storiti na način, da ob tem ohranjamo njihovo dostojanstvo, jim omogočamo osebno rast ter zadovoljevanje njihovih osebnih ciljev.

Seveda so celotno delovanje, organiziranje in postavljeni cilji vsakega izvajalca zdravstvenih storitev namenjeni zadovoljevanju potreb pacientov, njihovih pričakovanj ter ne nazadnje izpolnjevanju njihovih pravic do zdravstvenega varstva. Kako bomo izvajalci izpolnjevali naše poslanstvo, država koordinira, nadzira in postavlja politične cilje skozi instituciji Ministrstva za zdravje in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije ter posebno zakonodajo s poudarki na pacientovih in človekovih pravicah. Kljub temu da smo kot izvajalci v odnosu do teh institucij v podrejenem položaju, moramo na ustrezen način oblikovati predloge za izboljšanje administrativnega okolja, ki ga omenjene institucije urejajo z aktualno zakonodajo. Prepričan sem, da lahko samo skupaj z združenimi znanji odstranjujemo ovire in zagotovimo nam in našim pacientom boljši jutri.

mag. Marjan Ferjanc

Nataša Gimpelj in Vanja Cekuta

Splošna bolnišnica Novo mesto



Vključitev vseh zaposlenih v stroškovno zavedanje delovanja zavoda - SB Novo mesto

Povzetek

Letos je minilo 10 let od vpeljave modela SPP za obračun zdravstvenih storitev, ki se je izkazal kot dober model, vendar podrobnejše stroškovne analize posameznih primerov SPP pokažejo, da nekatere uteži SPP ne pokrivajo nastalih stroškov (operacije rame- rotatorna manšeta), nekatere so ravno pravišnje (kile), nekatere pa tudi presegajo nastale stroške (ostavitev srčnega spodbujevalnika).

Ravno plačevanje zdravstvenih storitev po utežeh SPP nam je odprlo možnosti in nas spodbudilo, da začnemo razmišljati o nastalih stroških pri zdravljenju bolnikov, da iščemo najracionalnejše materiale, da kontroliramo porabo materialov in opravljenih potrebnih storitev ter vzpostavimo najoptimalnejšo organizacijo dela.

V Splošni bolnišnici Novo mesto se že več kot 25 let ukvarjamo s spremljanjem in kontrolo stroškov. V ta namen smo izdelali proračune po stroškovnih mestih, uvedli smo z limiti omejeno spremljanje porabe zdravil in ostalega lekarniškega materiala, izdanega na posamezna stroškovna mesta, v zadnjih treh letih pa razvijamo model spremljanja porabe zdravil in ostalega lekarniškega materiala na pacienta.

Ta projekt pa presega delo informatikov in ekonomistov, saj zahteva aktivno vključevanje vseh zaposlenih v stroškovno zavedanje v procesu zdravljenja bolnikov. Naloga informatikov je vzpostaviti ustrezno programsko opremo tako za delo na oddelkih kot pozneje za analize. Naloga ekonomistov je kontrola zabeležene porabe in nastalih stroškov ter izdelava

Summary

It has been 10 years since the introduction of the SPP model for the billing of health care services - which has proved to be a good model. However, detailed cost analyses of the various SPP examples show that some of the SPP weights do not cover the costs incurred (shoulder surgeries - rotator cuff), some of them are just right (hernia), while some of them well exceed the costs (pacemaker insertion).

Paying for health services according to the SPP weights opened up opportunities and encouraged us to start thinking about the costs incurred in treating patients, to look for the most economical supplies, to monitor the use of supplies and the necessary services performed, and also to establish the leanest work flow.

Novo mesto General Hospital has been monitoring and controlling the costs for more than 25 years. For this purpose, we designed limited budgets for cost centres. We have introduced monitoring of the use of medicines and the rest of medical materials issued to individual cost centres. During the last three years, we have been developing a model for monitoring the use of medicines and other medical material per patient.

This project goes beyond the work of IT professionals and economists. It requires an active involvement of all employees in cost-awareness in the process of patient treatment. In addition to setting up the physical environment, the task of IT professionals is establishing the appropriate software - for both,

ustreznih poročil. Vse ostalo, tako beleženje kot uporaba zabeleženih podatkov, pa je naloga ostalih zaposlenih, ki neposredno sodelujejo v procesu zdravljenja bolnikov.

Vsi zaposleni se moramo zavedati, da je stroškovna učinkovitost temelj uspešnega poslovanja in dobrega gospodarjenja, pa naj bo to v časih gospodarske krize ali pa gospodarskega razcveta. Ni dovolj, da se le vodstvo bolnišnice zaveda tega, potrebna sta sodelovanje in ustrezna motivacija vseh zaposlenih.

1. NAMESTO UVODA

Stroškovna učinkovitost je temelj uspešnega poslovanja in gospodarjenja. V zadnjih letih, ko se celotna država sooča z gospodarsko krizo, ko se cene zdravstvenih storitev nižajo hitreje kot cene porabljenih materialov, pa je postala že nuja za vsak zdravstveni zavod.

Sistem SPP je sicer dober model plačevanja zdravstvenih storitev, vendar temelji na povprečnih cenah, ki pogostokrat niso realne. Nacionalna stroškovna analiza, ki bi tudi temeljila na nekkih povprečjih, ni bila nikoli v celoti izvedena (v obstoječih razmerah tudi dvomim, da bi prinesla ustrezne rezultate), zato se v bolnišnicah pojavlja potreba, ki prerašča v nujo, in sicer po natančnem spremljanju stroškov po posameznih primerih SPP oziroma po pacientih. Z evidenco stroškov na pacienta dobi vodstvo bolnišnic, kakor tudi vodje posameznih oddelkov in služb, vpogled in nadzor nad porabo materialov in opravljenih storitev v procesu zdravljenja bolnikov, hkrati pa je močno upravljavsko orodje za nadaljnje odločanje in pogajanje s plačnikom zdravstvenih storitev.

Še do pred kratkim je bilo spremljanje stroškov domena vodstva bolnišnice in ekonomskih strokovnih služb, vendar pa v procesu zdravljenja bolnika sodeluje več različnih strokovnih delavcev in služb, zato je postalo vključevanje vseh zaposlenih v stroškovno zavedanje delovanja in spremljanja stroškov izredno pomembno.

departmental work and later analyses. The task of economists is monitoring the recorded use of medical supplies and costs incurred, and producing relevant reports. Everything else, such as recording as well as the use of the recorded data, is the job of other employees - those who participate directly in the treatment of patients.

All employees must be aware that cost-effectiveness is the foundation of a successful business and good management, be it in times of economic crisis or economic prosperity. It is not enough that only the management of the hospital is aware of this, it is necessary to obtain participation and adequate motivation of all employees.

2. ZAČETKI STROŠKOVNEGA RAZMIŠLJANJA V SB NOVO MESTO

V Splošni bolnišnici Novo mesto imamo že več kot 25 let dobro razvit sistem spremljanja stroškov s tako imenovanima sistemoma OBOL in BUDŽET. Začetki spremljanja stroškov so se nanašali na evidentiranje in spremljanje stroškov po stroškovnih mestih in na izdelavo ključev. Skozi leta smo ta sistem nadgrajevali z uvedbo BUDŽET-ov, ki so temeljili na planu stroškov in spremljanju le-teh. Ključne smo postopoma začeli nadomeščati z evidentiranjem in spremljanjem dejansko opravljenih storitev in porabljenih materialov na stroškovna mesta, kasneje, z razvojem informacijskega sistema (IS), pa tudi na pacienta.

Evidentiranje nastalih stroškov na pacienta smo uvedli že pred 15 leti v dejavnosti transfuziologije, ki je tedaj delovala še v okviru Splošne bolnišnice Novo mesto. Tedaj smo pričeli z evidentiranjem porabe krvi in opravljenih transfuzioloških laboratorijskih preiskav na pacienta. S prenosom te dejavnosti na ZTM smo to evidenco izgubili in do danes zaradi nezdržljivih IS te evidence še nismo uspeli vzpostaviti.

Evidentiranje in spremljanje na pacienta smo nato razširili na storitve laboratorija, patologije, fizioterapije, radiologije, centralnega operacijskega bloka, na konziliarne preglede in na bolnišnično prehrano. Beleženje stroškov poteka tako, da medicinske sestre na oddelku naročijo določene storitve, službe, ki izvedejo te storitve, potrdijo naročilo in zabeležijo opravljeno delo in ga ustrezno obračunajo.

Pred tremi leti smo pričeli tudi z evidentiranjem zdravil in ostalega zdravstvenega materiala na pacienta.

3. ODLOČITEV ZA PROJEKT BELEŽENJA STROŠKOV ZDRAVIL IN OSTALEGA ZDRAVSTVENEGA MATERIALA

Materialni stroški v bolnišnici predstavljajo 26 % vseh stroškov poslovanja, od teh je kar 21 % stroškov zdravil in ostalega zdravstvenega materiala, le 5 % je ostalih stroškov.

V strukturi stroškov zdravil in ostalega zdravstvenega materiala predstavljajo glavnino zdravila (35 %), obvezilni material (19 %) in implantanti (14 %).

Zaradi visokega deleža stroškov zdravil in ostalega zdravstvenega materiala v celotnih stroških je spremljanje porabe na pacienta nujno, saj le tako dobimo močno orodje za kontrolo nad temi stroški, hkrati pa tudi realen podatek o porabi pri posameznem primeru SPP.

Konec leta 2010, predvsem pa v letu 2012, smo pričeli s projektom beleženja stroškov zdravil na pacienta.

Potrebna je bila sprememba organizacije dela pri naročanju v bolnišnično lekarno. Do sedaj je delo potekalo tako, da so odgovorne MS izdelale naročilnico za zdravila in ostali medicinski material, lekarna pa je naročeno dobavila oddelku in zaključila naročilo, to naročilo pa je samodejno postalo strošek oddelka.

Da smo lahko pričeli z beleženjem zdravil na paciente, smo morali najprej zagotoviti tehnične in prostorske rešitve. Uvedli smo vmesna skladišča, tako imenovana EVIDENČNA SKLADIŠČA, na oddelkih, katerih skrbniki so odgovorne medicinske sestre in kjer so določene minimalne zaloge zdravil in ostalega zdravstvenega materiala. Evidenčna skladišča po oddelkih so bila fizično odprta (prostor). Zavedali smo se, da se s povečanjem števila skladišč lahko ujamemo v past povečanja zalog, kar bi imelo nasproten učinek, kot smo ga z vidika poslovanja želeli doseči, to je vrednostno zmanjšanje zalog za zdravila in medicinski potrošni material, višjo hitrost obračanja zalog ter posledično izboljšanje likvidnosti bolnišnice in zmanjšanje stroškov financiranja, zato smo za vsako evidenčno skladišče določili skrbnika, ki ima nalogo, da budno spremlja naročanje, porabo, zapadle artikle ...

Odgovorne sestre prek evidenčnega skladišča naročajo z naročilnico zdravila in ostali material v lekarno, ta ga nato dostavi v evidenčno skladišče. Iz evidenčnega skladišča se material razknjiži na pacienta ali na oddelek, kar ostane, pa je zaloga.

Informacijska vzpostavitev rešitve je zahtevala povezavo med bolnišničnim informacijskim sistemom Birpis21 in lekarniškim informacijskim sistemom Lirpis21. Zdravila in ostali medicinski potrošni material naročajo oddelki v Lirpisu, razknjiževanje pa se dela deloma v Lirpisu (materiali), drugi del, to so zdravila, pa se razknjiži v Lirpisu samodejno, saj se porabljenega zdravila pred tem vnesejo na pacientovo obravnavo v Birpisu.

Stroški, povezani z vzpostavitvijo sistema, niso bili zanemarljivi. Vzpostavitev modula za beleženje materiala na pacienta nas je v letih 2010 in 2011 stala pribl. 77.400 evrov (SRC Infonet), nabava potrebne opreme pa je znašala še dodatnih 65.000 evrov. V ta namen smo morali vsa evidenčna skladišča opremiti z delovnimi postajami, izgraditi potrebne mrežne priključke, prav tako pa tudi nabaviti prenosne računalnike za vse odseke in tudi vzpostaviti omrežje Wi-Fi ter kupiti čitalnike črtnih kod.

Pred uvedbo beleženja materiala na pacienta so morale medicinske sestre pri naročanju blaga v lekarno fizično pregledati vsa skladišča na oddelku/odseku ter vnesti vsa zdravila in material v računalniško aplikacijo. Pri tem smo odkrili večje količine zdravil po oddelkih, ki jim je pretekel rok trajanja, kar je bilo slabo tako z vidika varnosti kot zahtev standarda DNV.

4. VLOGA MEDICINSKIH SESTER V EVIDENČNIH SKLADIŠČIH

Za vsako evidenčno skladišče oz. stroškovno mesto smo določili letni in mesečni limit za porabo zdravil in materiala. Hkrati so bile definirane minimalne in maksimalne zaloge najpogostejše rabljenih zdravil, ki jih mora imeti posamezni oddelek vedno pri roki. Računalniški program omogoča samodejno oblikovanje naročilnice za artikle, katerih zaloga se zniža pod minimum, hkrati pa daje informacijo o višini porabljenega limita.

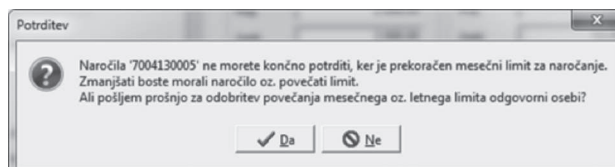
Potek dela: ob beleženju artiklov na pacienta se samodejno zmanjšuje zaloga v evidenčnem skladišču in ko pade na minimalno, program

na to opozori medicinsko sestro, ki lahko potrdi, da se artikel prenese na tedensko naročilnico za naročilo v lekarno, oziroma lahko to zavrne. Medicinska sestra ob naročanju v lekarno te artikle še enkrat pregleda, po potrebi spremeni artikle, njihovo količino, doda še druge artikle ... in potrdi naročilo, v drugem koraku pa naročilo potrdi še zdravnik. Ob vnosu artiklov na naročilnico se uporabniku sproti na ekranu izpisuje vrednost preostalega mesečnega limita. Uporabniki imajo na naročilnici tudi sprotni pregled o začetnem letnem limitu, mesečnem limitu, preostalem mesečnem limitu in preostalem letnem limitu. Mesečni limit za naslednji mesec se oddelku/odseku zmanjša za odobreni povečani limit predhodnega meseca. V primeru, da mesečnega limita v predhodnem mesecu ne porabi v celoti, se mu le-ta prenese v naslednji mesec (kumulativni limit).

Slika 1: Prikaz informacij o stanju limitov na naročilnici

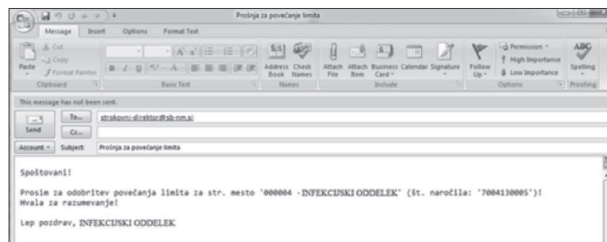
V primeru, da je naročilo v lekarno višje vrednosti, kot ga določa mesečni limit, se to ne pošlje samodejno v lekarno, temveč ima uporabnik dve možnosti: lahko pošlje prošnjo za odobritev povečanja mesečnega limita strokovni direktorici ali zniža vrednost naročila znotraj meje limita.

Slika 2: Obvestilo uporabniku o prekoračitvi mesečnega limita za naročanje



Ob potrditvi prošnje za prekoračitev limita se generira elektronsko sporočilo, kjer odgovorna medicinska sestra v sodelovanju s predstojnikom oddelka obrazloži, zakaj potrebuje določene artikle ter razlog za prekoračitev limita, nato ga pošlje strokovni direktorici.

Slika 3: Elektronsko sporočilo za odobritev povišanja limita



V primeru, da prekoračitev limita ni potrebna, lahko odgovorna medicinska sestra odpre to naročilo in ga zmanjša znotraj meje limita, kar ji omogoči pošiljanje naročila v lekarno brez odobritve.

Strokovna direktorica odobri naročilo, lahko pa povišanje limita tudi zavrne. Strokovna direktorica odobri povišanje limita vedno na dejansko naročilnico, kar pomeni, da ima pregled nad dokumentom in naročenimi artikli.

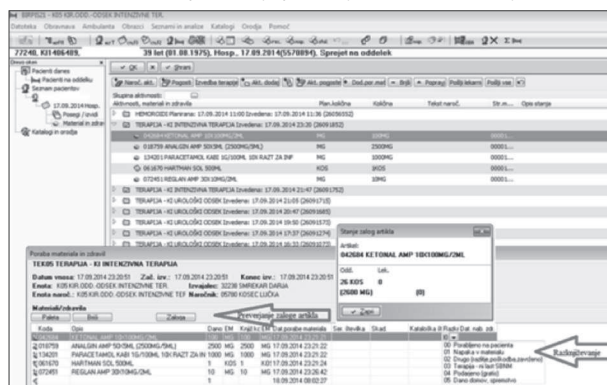
5. VLOGA MEDICINSKIH SESTER NA ODDELKU

Medicinske sestre imajo na svojih vozičkih za delitev terapije tudi prenosne računalnike in čitalnike črtnih kod, da lahko sproti zabeležijo zdravilo na pacienta.

Zdravila lahko vnašajo ročno, iščejo jih npr. po nazivu, lahko pa s čitalnikom črtnih kod odčitajo črtno kodo zdravila.

Pri svojem delu imajo možnost vpogleda v zaloge v svojem evidenčnem skladišču, ob pomanjkanju zdravil pa imajo vpogled v evidenčna skladišča drugih oddelkov. Na pacienta beležijo terapijo, ki jo je dobil pacient v bolnišnici (zdravila), kakor tudi nekatere drage materiale (npr. katetre, obloge za rane ...) in tudi zdravila, ki so stalna pacientova terapija in jih pacient na lastno željo prinese s seboj v bolnišnico (Terapija - Ni last SBNM).

Slika 4: Beleženje terapije na pacienta v Birpis21



Z beleženjem porabe po pacientih smo osebu zdravstvene nege skozi informacijski sistem omogočili vpogled v podatke o tem, kaj in koliko zdravil in ostalega zdravstvenega materiala imajo na oddelku/odseku (zaloge). Prav tako jim je omogočen vpogled v artikole, ki jim bo v njihovem evidenčnem skladišču potekel rok trajanja.

Slika 5: Zaloge za evidenčno skladišče, ki jim poteče rok trajanja

Ime zdravila	Zaloga ODM	Res. rok ODM	Vred. zalo.	Zaloga v AEM AEM	Res. rok v AEM Res. R.
Artikal: 07138 ADNICOR ANP KINORIDIN, 01 SAND, 009	38,50	30.09.2014	0,00	112020	
Artikal: 14182 ANACLOXIFEN KSI 500MG/01, 01 PLV, 00	0,00	11.12	41,00	0,00	0,00
Artikal: 07111 ARAYA 20 FEM TRM 200MG/01, 01 AVN, 00	11,69	7.00	0,00	0,00	0,00
Artikal: 08022 AMPHEN PROCTET TRM 200MG/01, 01 BAPIL, 00	1,08	30.00	0,00	0,00	0,00
Artikal: 01142 BETAKLAV TRM 1000MG/01, 01 KRKA, 00	0,81	1.00	0,00	0,00	0,00

Oddelki imajo tako večji pregled nad zalogami tako v lastnem evidenčnem skladišču kot tudi nad zalogami posameznih artiklov v celotni bolnišnici.

Slika 6 prikazuje, kako je medicinski sestri razvidno, v katerem skladišču se želeni artikel nahaja, koliko ga je na zalogi in tudi koliko od tega je že rezerviranega (že zabeleženo v Birpisu na pacienta).

Slika 6: Pregled nad zalogami artikla v bolnišnici

Ime zdravila	Zaloga ODM	Res. rok ODM	Vred. zalo.	Zaloga v AEM AEM	Res. rok v AEM Res. R.
Artikal: 07138 ADNICOR ANP KINORIDIN, 01 SAND, 009	38,50	30.09.2014	0,00	112020	
Artikal: 14182 ANACLOXIFEN KSI 500MG/01, 01 PLV, 00	0,00	11.12	41,00	0,00	0,00
Artikal: 07111 ARAYA 20 FEM TRM 200MG/01, 01 AVN, 00	11,69	7.00	0,00	0,00	0,00
Artikal: 08022 AMPHEN PROCTET TRM 200MG/01, 01 BAPIL, 00	1,08	30.00	0,00	0,00	0,00
Artikal: 01142 BETAKLAV TRM 1000MG/01, 01 KRKA, 00	0,81	1.00	0,00	0,00	0,00

Pregled nad zalogami v vseh evidenčnih skladiščih bolnišnice je zelo pomemben, saj lahko v času, ko bolnišnična lekarna ne obratuje in ko se na oddelku pojavi potreba po nekem zdravilu, ki ga ni na zalogi, medicinska sestra z enostavnim vpogledom v zalogo tega artikla pridobi informacijo, kje je ta artikel na zalogi, in si ga lahko sposodi ali pa ji ga ta oddelk odstopi. Tu gre za preknjižbo - interno izdajo in interni prevzem, kjer se oddelku, ki zdravilo odstopi

drugemu oddelku, izdaja iz lekarne za ceno tega artikla zniža, oddelku, ki artikel sprejme, pa izdaja ustrezno zviša.

6. VLOGA ZAPOSLENIH V BOLNIŠNIČNI LEKARNI

Z vpeljavo projekta beleženja zdravil na pacienta se je še najmanj spremenila organizacija dela v bolnišnični lekarni, predvsem zaradi kadrovske težave in farmacevtskih standardov.

Zamišljeno je bilo, da bi zaposleni v lekarni aktivno sodelovali pri oblikovanju in izvedbi naročil zdravil in ostalega materiala tako, da bi poiskali ustrezna najcenejša zamenljiva zdravila, da bi imeli pregled nad zalogami evidenčnih skladišč in bi v sodelovanju z odgovornimi sestrami te zaloge premikali (zmanjševali) v skladu s potrebami vseh oddelkov in tudi skrbeli nad porabo zdravil oziroma nad zapadlimi zdravili.

Pomembno in tudi s stroškovnega vidika učinkovito bi bilo tudi večje vključevanje farmacevtov v oblikovanje ustrezne terapije skupaj z lečečim zdravnikom (klinični farmacevt).

7. UČINKI VPELJAVE PROJEKTA BELEŽENJA ZDRAVIL IN MEDICINSKEGA MATERIALA NA PACIENTA

Z vidika managementa smo z beleženjem teh podatkov pridobili:

- možnosti najrazličnejših pregledov porabe na pacienta, na oddelk, na doktrino.

Tabela 1: Materialni stroški operacije TEP kolka

Zdravnik	Vrednost porabe	Št. Operacij	Stroški na operacijo
Operater 1	12.040,01	7	1.720
Operater 2	86.327,55	42	2.055
Operater 3	261.390,87	123	2.125
Operater 4	18.480,18	10	1.848
Operater 5	18.198,55	10	1.820
Skupaj	396.437,15	192	2.065

- povečal se je nadzor porabe materiala od vхода do porabe.

Tabela 2: Mesečni nadzor nad porabo po evidenčnih skladiščih

	Izdaja na oddelke 1-7 2013	PLAN PORABE LETNI 2014	PLAN PORABE 1-7	621 IZDAJA IZ LEKARNE NA ODDELEK	Razlika plan-izdaja	625 PORABA MATERIALA NA PACIENTA	627 IZDAJA IZ EVID. SKLAD. NA ODD	Skupaj zabeležena poraba na pacienta in izdaja iz ES na odd. 625+627	Razlika izdaja iz lekarne-poraba (zaloge na odd)	Razlika plan - poraba
Str. Mesto				Vrednost izdaja	Razlika plan-izdaja	Vrednost izdaja	Vrednost izdaja	Vrednost izdaja		
000004 PLJUČNI ODDELEK	95.355,18	159.926	93.290	93.303	-13	48.765	44.894	93.659,16	-355,71	-368,99
000012 ANE-EIT KIRURŠKIH STROK	246.574,39	482.819	281.644	195.337	86.308	90.594	101.560	192.154,16	3.182,46	89.490,26
000015 CENTRALNA STERILIZACIJA	74.870,59	125.449	73.179	77.160	-3.981	0	77.896	77.895,71	-735,88	-4.717,13
000016 CENTRALNI OPERACIJSKI B	1.227.373,71	2.025.931	1.181.793	1.429.975	-248.182	1.288.492	74.135	1.362.627,49	67.347,61	-180.834,41

- dosegli smo cilj znižanja stroškov zdravil in materiala

Tabela 3: Stroški zdravil in ostalega medicinskega materiala v letih 2010–2013

2010	2011	2012	2013	Ind 2013/2010
11.221.219	10.905.610	11.311.372	10.300.447	91,79

Tabela 4: Primer kvartalnega spremljanja porabe materiala v COB

	1-3 2012			1-3 2013			IND
	Št. Op	Poraba	Povp/op	Št. Op	Poraba	Povp/op	zmanjšanja
Artroskopija kolena	61	18.449	302	84	9.701	115	38,18
Op križne vezi	36	50.761	1.410	49	39.925	815	57,79
Artroskopija gležnja	4	2.766	692	3	453	151	21,84
Skupaj	101	71.976	713	136	50.079	368	51,67

Podatki kažejo, da so se stroški na artroskopsko operacijo v primerjavi z lanskim letom znižali za 51,67.

- dosegli smo cilj znižanja zalog zdravil in materiala

Tabela 5: Zaloge zdravil in ostalega medicinskega materiala v letih 2011–2013

2011	2012	2013	Ind 2013/2011
2.193.033	2.095.314	1.939.824	88,45

- občutno smo zmanjšali količino zdravil, ki jim je potekel rok trajanja.

Tabela 6: Vrednost zapadlih artiklov v letih 2011–2013

2011	2012	2013	Ind 2013/2011
80.000	40.000	10.000	12,50

8. ZA ZAKLJUČEK - VLOGA MANAGEMENTA

Tako kot vsaka sprememba je tudi vpeljava projekta beleženja zdravil in ostalega medicinskega materiala povzročila kar nekaj nezadovoljstva med zaposlenimi, predvsem pri medicinskem osebju na oddelkih. Dejstvo je, da beleženje dejansko pomeni še eno dodatno operacijo v procesu nege bolnika, vendar pa so rezultati vpeljave tega projekta pokazali, da je bilo to smiselno.

Z beleženjem porabe na pacienta je management dobil dobro upravljavsko orodje, ki pa ga mora uporabiti ne samo za doseg dobrih poslovnih rezultatov, temveč tudi za motivacijo vseh zaposlenih. Zaposlenim, ki sodelujejo v tem procesu, je potrebno redno sporočati rezultate njihovega dela, se pogovarjati, jih pogosto pohvaliti, jih spodbujati, da sami predlagajo še boljše rešitve, predvsem pa uporabiti veliko mero empatije in razumevanja.

Vsi zaposleni se moramo zavedati, da je stroškovna učinkovitost temelj uspešnega poslovanja in dobrega gospodarjenj v časih krize ali razcveta in da ni dovolj, da se tega zaveda le management, potrebno je namreč sodelovanje vseh zaposlenih.

Viri

SBNM - podatki in analize Lirips21, Birpis21, Kocka22

Uroš Stropnik
Splošna bolnišnica Celje



Proces uvedbe projekta Elektronsko evidentiranje delovnega časa – primer iz prakse

Povzetek

Za uvajanje organizacijskih sprememb je potrebna dobra in sistematična priprava ter brezhibna izvedba predvidenih aktivnosti v posameznih fazah spremembe organizacije. Zelo pomembna pri uvajanju organizacijskih sprememb je opredelitev tveganj, ki pri tem lahko nastajajo, ter sprejem načrta odprave teh tveganj. Proces uvedbe projekta »Elektronsko evidentiranje delovnega časa« v Splošni bolnišnici Celje prikazuje potek realizacije za bolnišnico zelo zahtevnega projekta ter uspešno spopadanje z različnimi neljubimi odpori nekaterih zaposlenih. Vztrajanje na predvidenih spremembah s pomočjo ustreznih argumentov vodi v uspešno in časovno zelo kratko implementacijo sistema za elektronsko razporejanje in registracijo delovnega časa. Splošna bolnišnica Celje ima na tem področju še veliko možnosti za razvoj in izboljšave, ki jih mora v bodoče izkoristiti.

Abstract

In order to introduce changes at the organizational level, we need to be well and systematically prepared. We also need to ensure that planned activities, which make up the individual phases of the organizational changes, are executed perfectly. When implementing organizational changes, it is quite important that we define the potential associated risks and adopt methods for coping with them. The process of implementing the "Electronic Time Clock" used for recording employee working hours at the Celje General Hospital demonstrates just how a very taxing project was carried out and how unfortunate disgruntled reactions from employees were successfully resolved. By insisting on the planned changes and presenting well thought-out arguments, we were able to introduce a system for the electronic planning and recording of working hours in a very short timeframe. The Celje General Hospital still has considerable opportunities for further development and improvements in this area that it must take advantage of in the future.

UVOD

Splošna bolnišnica Celje je tretja največja bolnišnica v Sloveniji. Bolnišnica izvaja dejavnost na 60 000 kvadratnih metrih površine s kapacitetami za zdravljenje 731 bolnikov. Bolnišnica ima 33 bolnišničnih oddelkov in ostale spremljevalne dejavnosti ter zdravstvene storitve izvaja za območje, na katerem živi od 220 000 do 300 000 prebivalcev, odvisno od posamezne specialistične dejavnosti. Svojo dejavnost izvaja na sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti, in sicer za prebivalce celjske in okoliških regij, ter ima tudi status učne bolnišnice.¹

V bolnišnici je bilo konec leta 2013 zaposlenih 1751 delavcev od tega 304 (17,3 %) zdravnikov, 804 (45,8 %) zaposlenih v zdravstveni negi, 292 (16,7 %) nezdravstvenega osebja, 161 (9,2 %) zdravstvenih sodelavcev, 105 (6 %) zdravstvenih administratorok in 87 (5 %) zaposlenih v transportu in oskrbi.²

Stroški dela predstavljajo v strukturi vseh odhodkov približno 60 %, kar pove, da ima vsaka minuta, v kateri delo opravi naš sodelavec, svojo »ceno« in da je potrebno temu področju posvetiti posebno pozornost, še posebej v času, ko je potrebno z viri ravnati izjemno racionalno in se prilagajati makroekonomskim smernicam države. Za bolnišnico pomeni obvladovanje stroškov dela izjemno veliko odgovornost, predvsem pa vsakodnevni izziv.

Izhodišča za elektronsko evidentiranje delovnega časa v Splošni bolnišnici Celje (v nadaljevanju »bolnišnica«) segajo že nekaj let nazaj, in sicer v leto 2004, ko je nekdanje vodstvo pričelo z analizo parametrov, ki so pomembni za implementacijo elektronskega evidentiranja delovnega časa. Iz različnih vzrokov so se v tistem obdobju aktivnosti na tem projektu opustile, sam projekt pa ni bil formalno zaključen. Na novo in z novo projektno skupino je bolnišnica v letu 2009 pričela s projektom »Obvladovanje procesov in racionalno izkoriščanje delovnega časa (OPIRID)«, katerega namen je bil izboljšanje učinkovitosti, obvladovanje delovnih procesov in delovnega časa za celotno bolnišnico in za vse poklicne skupine. Eden od namenov tega projekta je dejansko bila tudi »opredelitev osnov za elektronsko evidenco delovnega časa«. Projekt je bil izveden v sodelovanju s podjetjem ITEO in delavci bolnišnice, ki se do takrat niso

ukvarjali z elektronskim evidentiranjem delovnega časa. V letu 2010 so bile aktivnosti za implementacijo elektronskega evidentiranja delovnega časa začasno ustavljene, predvsem zaradi zniževanja plačil dežurstev in posledično napovedjo zdravniške stavke zaradi nezadovoljstva z zniževanjem.³

V času priprav in izvedbe projekta so vsi oddelki in zaposleni beležili svojo prisotnost na delu v »vpisne knjige«, ki so bile na oddelkih. Izjema pri beleženju prisotnosti je bilo samo upravno področje, kjer je bilo uvedeno elektronsko evidentiranje delovnega časa leta 2008, in sicer s selitvijo uprave na novo lokacijo za približno petdeset upravnih delavcev. Ta rešitev je bila začasne narave, parcialna in ni celovito reševala problematike elektronskega evidentiranja delovnega časa za celotno bolnišnico in za vse poklicne skupine.

V bolnišnici je bilo zavedanje, da je potrebo zaradi občutljivosti tematike, kakršna je elektronsko evidentiranje delovnega časa vseh poklicnih skupin, pravočasno pričeti z aktivnostmi obvladovanja procesa organizacijskih sprememb. Problematika implementacije elektronskega evidentiranja delovnega časa je namreč v bolnišnici pomenila izjemno velik premik tako v smislu modernizacije planiranja in evidentiranja delovnega časa kot v smislu spremembe organizacijske kulture in tudi večjega nadzora nad prihodi in odhodi zaposlenih. Iz tega razloga je bila na sestankih predstojnikov in glavnih medicinskih sester že v spomladanskem delu leta 2010 na kratko predstavljena namera o elektronskem evidentiranju delovnega časa in o spremembi internih normativnih dokumentov, ki so urejali to področje. Glavna in ključna napoved elektronskega planiranja in evidentiranja delovnega časa pa je prišla novembra 2010 na razširjenem celodnevem sestanku predstojnikov in glavnih medicinskih sester. Na tem sestanku je bila predstavljena celotna ideja, kako naj bi projekt potekal, in izhodišča ter rezultati primerjave o praksi slovenskih bolnišnic na področju elektronskega evidentiranja delovnega časa. Predstavljen je bil osnutek videza identifikacijsko-registracijske kartice, število predvidenih registracijskih terminalov in predvidena politika oz. nova pravila na tem področju. Na tem sestanku so udeleženci prvič jasno prepoznali, da k temu bolnišnica pristopa resno in temeljito. S strani

1 Splošna bolnišnica Celje: Splošno o bolnišnici – predstavitev na spletni strani (2014)

2 Splošna bolnišnica Celje: Letno poročilo za leto 2013, (2014), str. 68–84

3 Ferjanc, Učinkovitost in racionalnost sta tudi v zdravstvu ključ do uspešnega poslovanja, (2011), str. 25–26

nekaterih predstojnikov oz. vodij so bili takrat jasno izraženi razni pomisleki o smiselnosti in nujnosti uporabe takšnega sistema. Nekateri so celo izrazili, da to pomeni »nezaupanje« zaposlenim, in ostro nasprotovali uvedbi elektronskega evidentiranja delovnega časa. Večina vodij v bolnišnici je sicer uvedbo elektronskega evidentiranja podpirala.

1. POTEK PROJEKTA

V letu 2011 smo v bolnišnici projektno pričeli z implementacijo elektronskega evidentiranja delovnega časa. Projekt je bil voden s strani Splošno kadrovsko-pravnega sektorja bolnišnice, v sami projektni skupini pa so sodelovali sodelavci z različnih strokovnih področij, odvisno od potreb v posamezni fazi projekta.

Projekt se je dejansko pričel izvajati februarja 2011, ko se je prvič sestala ožja projektna skupina, v kateri so bili pomočnik direktorja za kadre (vodja projekta), vodja Splošne službe, pomočnica direktorja za finance in računovodstvo, h kateri sodi področje plač, in vodja obračuna plač. Cilj projektne skupine je bil, da v septembru 2011 v bolnišnici pričnemo z elektronskim evidentiranjem delovnega časa. Zavedali smo se namreč, da je cilj zelo optimističen, zato je bilo potrebno pripraviti takšen časovni raspored aktivnosti v okviru projekta, ki bi ta cilj dosegel.

Priprava razpisne dokumentacije je projektni skupini vzela nekaj tednov. Projektna skupina se je zavedala pomena dobrega razpisa, predvsem stroškovnega vidika, in glede na novi predvideni informacijski sistem tudi možnosti črpanja podatkov iz sistema, kar naj bi bilo v pomoč managementu pri odločanju. Nujno je bilo treba biti pozoren predvsem v delu, kjer je bolnišnica z obstoječim sistemom evidentiranja delovnega časa črpala določene informacije za odločanje in pripravo različnih informacij, izpisov ipd. Z uvedbo novega sistema namreč ni smelo priti do tega, da bi bilo po uvedbi novega sistema zagotavljanje informacij za odločanje managementa slabše kot v preteklosti. Iz tega razloga je projektna skupina pri pripravi razpisne dokumentacije za nabavo sistema za planiranje in elektronskim evidentiranjem delovnega časa preigrala vse možne scenarije in tveganja ter šele nato dokončno oblikovala ustrezno razpisno dokumentacijo. Pri pripravi razpisne dokumentacije sta sodelovali še Pravna služba in Služba za informatiko. Javni razpis za nakup sistema za planiranje in elektronsko

registracijo delovnega časa je bil objavljen konec marca 2011. Sredi maja je bil izbran najugodnejši ponudnik, in sicer je bilo to podjetje Četrta pot iz Kranja.

V začetku julija 2011 je bil izveden prvi sestanek s podjetjem Četrta pot, na katerem je bil bolnišnici oz. projektni skupini prvič predstavljen sistem s svojimi karakteristikami in tehničnimi oz. organizacijskimi zahtevami za implementacijo. Na podlagi sestanka je bil pripravljen natančen operativni načrt implementacije sistema izbranega dobavitelja s točno opredeljenimi aktivnostmi, odgovornimi nosilci in roki za izvedbo. Končni cilj je še vedno ostal enak, in sicer elektronsko evidentiranje vseh zaposlenih s pričetkom 1. septembra 2011.

Po pripravljenem operativnem načrtu implementacije elektronskega evidentiranja delovnega časa so sledile naslednje osnovne dogovorjene aktivnosti:

- določitev registracijskih skupin glede na organizacijsko enoto,
- priprava nabora delovišč (primarna in sekundarna delovišča),
- priprava delovnih urnikov (več kot 400),
- dodelitev urnikov posameznim registracijskim skupinam (tesno sodelovanje z vodji – potrditev urnikov),
- dodelitev registracijskih terminalov posameznim registracijskim skupinam,
- določitev administratorjev sistema.

Vzporedno z izvajanjem osnovnih aktivnosti je potekala tudi vgradnja strojne opreme (umerjanje, registracijski terminali, kamere ipd.) in namestitvev programske opreme v strežnike oz. računalnike.

Izvedene osnovne aktivnosti so pomenile zgolj začetek operativnega sodelovanja z vodji organizacijskih enot. Sledile so nadaljevalne aktivnosti, ki so pomenile za projektno skupino največji izziv, in sicer poglobljeno delo z vodji organizacijskih enot, planerji delovnega časa, obračunovalci in zaposlenimi. Projektna skupina se je ves čas zavedala, da je ob morebitnih spodrseljajih obstajalo veliko možnosti, da projekt ne bi bil uspešen. Iz tega razloga so bili motivacija projektne skupine, osebna zavzetost za uspeh in postavljeni izziv toliko večji.

Pri kreiranju urnikov smo izhajali iz obstoječih veljavnih urnikov, ki so bili v veljavi že pred elektronskim planiranjem in evidentiranjem delovnega časa. V kolikor organizacijska enota

oz. poklicna skupina npr. ni imela že predhodno uveljavljenega drsečega delovnega časa, ga tudi s samo uvedbo novega sistema ni mogla uveljavljati. Pri kreiranju urnikov nismo upoštevali t. i. nepisanih pravil. S tem smo se izognili raznim morebitnim pogajanjem, ki bi nam med implementacijo vzela izjemno veliko časa in energije. S tem smo dejansko tudi prikazali zaposlenim, kakšna so veljavna pravila, ki so bila sprejeta v preteklosti in ki so se jih določeni zaposleni držali bolj in drugi manj. Vendar to ni pomenilo, da v poznejši fazi ne bo mogoče pridobiti možnosti drsečega delovnega časa za posamezno poklicno skupino znotraj določene organizacijske enote.

V avgustu 2011 smo izvedli fotografiranje vseh zaposlenih za potrebe izdelave identifikacijsko-registracijskih kartic. Glede na upore nekaterih sodelavcev ob implementaciji sistema smo zavzeli stališče, da k fotografiranju za kartice povabimo vse sodelavce, sodelavcev, ki se niso želeli fotografirati, pa nismo dodatno prepričevali. Ti sodelavci so pozneje prejeli identifikacijsko-registracijske kartice brez osebne fotografije. S fotografiranjem se je strinjalo približno 99 % zaposlenih in te smo k fotografiranju povabili.

Vzporedno smo izvedli šolanje ključnih uporabnikov oz. projektne skupine za uporabo sistema. To šolanje je bilo izvedeno z namenom spoznavanja novega orodja in za prenos pridobljenega znanja na ostale sodelavce. Sledilo je določanje planerjev delovnega časa zaposlenih in določanje obračunovalcev delovnega časa oz. oseb, ki pripravljajo in urejajo potrebne podatke za mesečni obračun plač. Ob implementaciji sistema smo uvedli tudi spremembo pri urejanju podatkov za obračun plač zdravnikov. Do uvedbe sistema elektronskega evidentiranja delovnega časa so to počele glavne medicinske sestre oddelkov. Z uvedbo novega sistema so to delo prevzele na novo pooblaščenice administratorke oz. obračunovalke. V tem delu je bil prisoten upor administratork, ki so se bale delati za zahtevno poklicno skupino, kakršna so zdravniki, in posledic, ki bi lahko nastale, če se ne bi strinjale z njimi glede priprave podatkov o prisotnosti oz. odsotnosti, ki so potrebni za obračun plač. Problem je projektna skupina ustrezno rešila s pogovori oz. produktivnimi sestanki z zdravstvenimi administratorkami.

Konec poletja 2011 smo v bolnišnici s pomočjo sodelavcev iz Splošno kadrovsko-pravnega sektorja, Službe za obračun plač in Službe za informatiko izvedli 14 izobraževalnih delavnic

oz. edukacijo za delo na novem sistemu. Vsi vodje organizacijskih enot so dobili vabilo na delavnico. Udeležba na izobraževalni delavnici je bila obvezna, saj smo s tem zagotovili ustrezno učenje, prenos znanja in možnost, da projekt teče po predhodno sprejetem operativnem načrtu. Na vsaki delavnici je bilo prisotnih približno 20 slušateljev. Skupaj se je delavnic udeležilo približno 250 zaposlenih. Izobraževalne delavnice so strokovno vodili sodelavci podjetja Četrta pot. Na vsaki delavnici je bil prisoten vsaj en pomočnik direktorja iz projektne skupine in več sodelavcev iz omenjenih upravnih služb. Njihova glavna naloga je bila neposredna pomoč vsem udeležencem delavnic oz. uporabnikom novega sistema. Prvi vnos razporedov dela na izobraževalnih delavnicah v nov sistem s strani vseh vodij organizacijskih enot oz. planerjev je za projektno skupino pomenil velik uspeh in možnost nadaljevanja projekta.

Popolnoma vsem uporabnikom smo skozi implementacijo sistema in tudi kasneje nudili takojšnje odgovore pri raznih vprašanjih oz. težavah, ki so jih imeli ob prilagajanju novemu sistemu. Ravno tako smo ves čas sprejemali povratne informacije o delovanju sistema, torej pomanjkljivostih, ki smo jih v največji možni meri sprti odpravljali, ter organizirali razne manjše interne sestanke na oddelkih za obravnavo tekoče problematike. Trudili smo se, da je bilo sodelovanje z vsemi uporabniki sistema korektno in na najvišji možni ravni.

Glede na vsebine oz. spremembe internih normativnih dokumentov, ki jih vključuje elektronsko evidentiranje delovnega časa, ki dejansko zadeva popolnoma vse zaposlene, je bila potrebna tudi predstavitev delujočim sindikatom v bolnišnici. Predstavitev implementacije je potekala v avgustu in je bila uspešno izvedena, saj so predstavniki sindikatov prejeli vse odgovore, ki so jih želeli. Predvsem je bilo potrebno razjasniti nejasnosti in preprečiti neustrezne informacije, ki so krožile v bolnišnici v zvezi z načinom predvidenega evidentiranja (npr. drseč delovni čas, štetje ur, predvideni ukrepi ob morebitni ne-evidentiranju delovnega časa ipd.).

Pri opredeljevanju tveganj v posameznih fazah projekta in kasneje pri samem evidentiranju delovnega časa s strani zaposlenih smo opredelili tudi tveganje v zvezi z »osebnim evidentiranjem delovnega časa«. Iz tega razloga se je bolnišnica odločila za snemanje vstopov in izstopov zaposlenih v službene prostore. Potrebno je bilo spremeniti normativne dokumente, ki

urejajo varovanje osebnih podatkov, obvestiti delavce, namestiti ustrezna obvestila itd. Tovrsten ukrep je bil v bolnišnici zelo nepriljubljen in zaposleni so izkazovali jasno nestrinjanje. Kljub nestrinjanju zaposlenih smo v bolnišnici vztrajali na snemanju prihodov in odhodov v službene prostore.

Pred samim testnim evidentiranjem vseh zaposlenih smo za vodje pripravili ustrezna pisna navodila oz. seznanitev s sistemom, v katerih so bile vse glavne informacije in pojasnila v zvezi s preходом na nov sistem evidentiranja delovnega časa. Ravno tako smo uspešno povezali oz. integrirali obstoječi kadrovski informacijski sistem (KIS) in novi sistem »Četrta pot«. Sledila je integracija sistema »Četrta pot« z informacijskim sistemom za obračun plač.

Po uspešno izvedenih aktivnostih smo 1. septembra 2011 pričeli s testno registracijo zaposlenih. V času testne registracije smo preverjali delovanje strojne opreme, programske opreme, nudili ustrezno pomoč vodjem, planerjem, obračunovalcem in zaposlenim pri samem evidentiranju delovnega časa. V času testnega obdobja smo zaposlenim nudili pomoč tako, da je pooblaščen oseba s strani upravnih služb stala pri registracijskem terminalu in učila zaposlene, kako se pravilno evidentirati oz. registrirati. Ta način so zaposleni sprejeli kot dober in so bili veseli ponujene pomoči. Ker so zaposleni vedeli, da gre za testno obdobje, se nekateri niso želeli elektronsko evidentirati, prihodi in odhodi pa so se še vedno vzporedno beležili v vpisne knjige.

S 1. oktobrom 2011 se je pričelo elektronsko planiranje in evidentiranje delovnega časa zares. Direktor bolnišnice je sprejel končno »Odredbo o elektronskem evidentiranju delovnega časa« in izdana so bila navodila za uporabo registracijskih terminalov. Sledil je sklep, da se ukinejo vpisne knjige in da podatki iz elektronskega evidentiranja delovnega časa služijo kot osnova za obračun plače delavca. Podane so bile naslednje jasne informacije s strani uprave:

- odgovornost za elektronsko pripravo razporeda ima vodja oz. od njega pooblaščen planer,
- razpored dela mora biti pripravljen do 20. v mesecu za naslednji mesec,
- prisotnost na delovnem mestu morajo elektronsko evidentirati vsi zaposleni,
- vsi registrirani oz. evidentirani dogodki in vnesene odsotnosti predstavljajo osnovo za

izračun plač,

- v kolikor zaposleni ne bo imel evidentiranih dogodkov ali vnesenih odsotnosti, se bo to odražalo pri izplačilu plače,
- nujna je brežhibna priprava podatkov v sistemu,
- brez dokazil popraviljanje dogodkov v sistemu ni dovoljeno.

Evidentirani dogodki za mesec september so bili testno preneseni v sistem za obračun plač za mesec september v mesecu oktobru. Ves oktober smo odpravljali pomanjkljivosti pri pripravi podatkov za obračun plač s strani obračunovalcev in pri samem tehničnem prenosu iz enega informacijskega sistema v drug informacijski sistem. Prvo izplačilo plače neposredno na podlagi podatkov iz sistema »Četrta pot« je bilo izvedeno na podlagi podatkov za november v decembru 2011. Izplačilo plače na podlagi podatkov iz novega sistema je bilo uspešno in to je pomenilo dober delni konec z vidika organizacijskih sprememb izjemno zahtevnega projekta.

V skladu s ciljem bolnišnice smo v poznejši fazi aktivnosti vključili v elektronsko evidentiranje popolnoma vse, ki se vključujejo v delovni proces bolnišnice. S tem ne zagotavljamo samo evidence prihodov in odhodov, ampak dvigujemo varnost v bolnišnici z jasno kontrolo gibanja vseh deležnikov v delovnem procesu. Danes elektronsko evidentirajo svojo prisotnost vsi, ki sodelujejo v organiziranem delovnem procesu bolnišnice. S tem je bolnišnica svoj primarni cilj dosegla, možnosti za izboljšave pa še vedno obstajajo.

2. KLJUČNI ELEMENTI ZA USPEH PROJEKTA

Po uspešno zaključenem projektu povzemamo ključne elemente za uspešno implementacijo.

Ustrezno postavljena vizija in cilji bolnišnice na področju obvladovanja delovnega časa zaposlenih in posledično stroškov dela.

Ustrezna analiza zunanega okolja, kar pomeni dobro pripravo bolnišnice s pregledom poslovnih praks iz ostalih bolnišnic na obravnavanem področju. Na ta način je bolnišnica lahko opredelila vse morebitne priložnosti, tveganja in nevarnosti med implementacijo sistema.

Definiranje morebitnih tveganj v projektu pred pričetkom izvajanja. Vsak od članov pro-

jektne skupine je sodeloval pri definiranju morebitnih tveganj v vseh fazah projekta. Na način smo se spretno izognili težavam, ki smo jih lahko predvideli ob pripravi projekta.

Ustrezna sestava projektne skupine, ki je bila imenovana iz ustreznih članov, ki so bili zavzeti in so sprejemali odgovornost za svoje delo. Ravno tako so imeli člani projektne skupine ustrezne kompetence in jih z največjo učinkovitostjo uporabljali v posameznih fazah projekta ter dopolnjevali drug drugega oz. ob pomanjkanju znanja ali izkušenj k sodelovanju povabili druge ustrezne strokovnjake.

Priprava zaposlenih na organizacijske spremembe je potekala na ustrezen način. Že pred uradnim pričetkom izvajanja projekta je uprava preliminarno dajala ustrezne informacije zaposlenim, predvsem argumente o nujnosti uvedbe tovrstnega sistema. Tako so bili vodje in zaposleni seznanjeni z namero uprave. Na ta način so se lahko dejansko »psihološko« pripravili na tovrsten sistem in zaradi tega je bila implementacija bistveno lažja.

Ustrezna komunikacija uprave in projektne skupine preliminarno in skozi celotno trajanje projekta. Potrebe po spremembah so se komunicirale na ustrezen način, upori, ki so se pojavljali med implementacijo sistema, so se reševali sproti in ustrezno. Večina morebitnih organizacijskih uporov je bila predvidena s preliminarno opredelitvijo morebitnih tveganj v projektu. Pomen komunikacije z zaposlenimi je namreč ključna determinanta v povezavi z uspehom ob uvajanju organizacijskih sprememb.

Neformalno komuniciranje s ključnimi zaposlenimi. Z zaposlenimi, ki v delovni sredini uživajo »neformalno priznanje«, smo vzpostavili ustrezen kontakt ter jih obvestili o nameravani uvedbi oz. implementaciji ter jih prosili za podporo ob uvajanju sprememb.

Vztrajanje uprave in projektne skupine pri zastavljenih ciljih, kljub uporom, ki so se pojavili. Pomen ponavljanja vzrokov za organizacijske spremembe je nujen in pomeni neodstopanje od predvidenih sprememb. Vztrajanje pri implementaciji je obrodilo ustrezne sadove in s tem se je posledično zmanjševalo upanje določenih zaposlenih, da bo odpor oz. upor pri spremembah uspel.

Sprotno reševanje nastale problematike. Projektne skupine se je kontinuirano dnevno sestajala in za vse podane probleme iskala rešitve sproti in učinkovito.

Operativno sodelovanje upravnih delavcev ter pripravljenost pomagati vsem vodjem in ostalim zaposlenim. Na ta način smo vzpodbudili zaupanje vseh, ki so pričeli uporabljati novi sistem. Na ta način so zaposleni izgubili odpor do obravnavnih sprememb oz. strah pred spremembami.

Ustrezno informiranje vseh zaposlenih prek različnih kanalov. Zaposlene smo sproti obveščali prek različnih možnih komunikacijskih kanalov ter odgovarjali na njihova vprašanja in sprejemali njihove predloge oz. pobude.

Zavzetost in odgovornost projektne skupine. Projektne skupine je bila za implementacijo izredno zavzeta. Dejanska odgovornost je bila velika, saj so se člani projektne skupine zavedali, kaj bi pomenilo za bolnišnico oz. za organizacijsko kulturo in klimo v bolnišnici, če tako pomemben projekt ne bi uspel.

Dnevni kontakt z dobaviteljem Četrta pot. Člani projektne skupine so bili dnevno v kontaktu z dobaviteljem. Tako je bil dobavitelj primoran dnevno oz. sproti reševati nastalo problematiko brez časovnih izgub.

Stalen nadzor in dnevno sestajanje projektne skupine v zvezi z realizacijo dogovorjenih aktivnosti (mesečnih, tedenskih, dnevnih).

ZAKLJUČEK

Organizacijske spremembe pomenijo za večino ljudi nekaj novega, neznanega. Iz tega razloga se v fazi implementacije organizacijskih sprememb pojavijo določeni odpori, ki jih lahko s skrbnim načrtovanjem, komunikacijo in obvladovanjem tveganj pred projektom in med njim obvladujemo oziroma preprečujemo. Uspešnost izvedenega projekta lahko pripišemo entuziazmu, zavzetosti in odgovornosti projektne skupine. Bolnišnica ima kot strokovna organizacija nedvomno možnosti za nadaljnji razvoj na obravnavanem področju. Trenutno že pripravljamo možnosti za nadgradnjo sistema v smeri natančnejšega razporejanja po posameznih deloviščih, saj se trudimo stalno izboljševati sistem. Ob tem moramo upoštevati vse zaposlene v delovnem procesu in biti pozorni na pasti, ki lahko ob tem nastajajo. Management stroškov dela s pomočjo sistema za planiranje in elektronsko evidentiranje delovnega časa je nedvomno učinkovitejši, obenem pa daje vodjem orodje za lažji nadzor nad planiranjem in realizacijo delovnega časa v bolnišnici.

Viri

1. *Splošna bolnišnica Celje: Splošno o bolnišnici – predstavitev na spletni strani (2014). Najdeno 15. 8. 2014 na spletnem naslovu <http://www.sb-celje.si/index.php?id=9>*
2. *Splošna bolnišnica Celje: Letno poročilo za leto 2013. Splošna bolnišnica Celje, Celje, 2014.*
3. *Ferjanc, Marjan: Učinkovitost in racionalnost sta tudi v zdravstvu ključ do uspešnega poslovanja, Zbornik referatov 14. srečanja članov Društva ekonomistov v zdravstvu: Učinkovitost poslovanja zdravstvenih zavodov. Društvo ekonomistov v zdravstvu, Lendava 2011.*

Vlasta Nussdorfer
Varuhinja človekovih pravic



Je pravica do zdravstvene oskrbe kot temeljna in univerzalna pravica ogrožena?

*Ljudje žive v zavetju drug drugega.
Irski pregovor*

V skupini socialnih, ekonomskih in kulturnih pravic se nahaja tudi pravica do zdravja. Zdravje je namreč človekova univerzalna vrednota in s tem pravica, ki pa nikakor ne pomeni biti zdrav, pač pa pravico, da ti država omogoči pogoje za doseg najvišjega možnega standarda zdravja, predvsem pa uživanje storitev, ki jih mora država v okviru javnega zdravstva in zdravstvenega varstva omogočiti.

Ustava Republike Slovenije namreč v 1. odstavku 51. člena določa pravico do zdravstvenega varstva, ki je pravica do pozitivnega statusa, saj od države zahteva njeno aktivno delovanje.

Tudi Evropsko sodišče za človekove pravice je priznalo obstoj pravice do zdravja v povezavi s pravico do življenja. Izhaja tudi iz številnih mednarodnih dokumentov, ki segajo že v 19. stoletje (v leto 1851), ko je potekala 1. mednarodna konferenca v Parizu, pomemben mejnik v pojmovanju zdravja pa predstavlja ustanovitev Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) v San Franciscu leta 1948. Takrat je bila sprejeta tudi definicija zdravja, ki pomeni »stanje popolnega fizičnega, psihičnega, pa tudi socialnega blagostanja, ne le odsotnost bolezni ali oslabelosti«.

V razvoju pojmovanja same pravice do zdravja je pomembna tudi Deklaracija o primarnem zdravstvenem varstvu iz Alma Alte, ki ima kar šest načel: enakost, sodelovanje lokalne skupnosti, primarno zdravstveno varstvo, promocijo zdravja, mednarodno sodelovanje in multisektorsko sodelovanje.

Sledile so številne aktivnosti SZO, ki so vodile tudi k sprejemu skupne zdravstvene politike Evropskih ciljev zdravja vse do leta 2000. Ob-

stajata še Ottawska listina o krepitvi zdravja in Džakartska deklaracija o vodilni vlogi krepitve zdravja v 21. stoletju.

10. decembra 1948 je bila v New Yorku sprejeta tudi Splošna deklaracija človekovih pravic (deklaracija), ki je najpomembnejši pravni dokument glede zaščite temeljnih človekovih pravic. Zdravnike še posebej veže Hipokratova prisega.

Prav tako države ščitijo in varujejo pravico do zdravja s Konvencijo proti mučenju in drugim krutim, nečloveškim ali poniževalnim kaznim ali ravnanju, kar upošteva tudi Slovenija, saj ima Varuh človekovih pravic RS (Varuh) poseben Državni preventivni mehanizem (DPM), ki nadzira vse kraje, v katerih je osebam kakorkoli odvzeta prostost. Varuh tako izvaja naloge in pooblastila DPM, v dogovoru z njim pa tudi izbrane nevladne organizacije, registrirane v Republiki Sloveniji ter organizacije, ki so pridobile status humanitarne organizacije in se ukvarjajo z varstvom človekovih pravic ali temeljnih svoboščin. Uresničevanje priporočil z obiskov je vsako leto prikazano v posebni publikaciji, ki obsega naše ugotovitve in priporočila ter odzive pristojnih organov. Znani kraji odvzema prostosti v Republiki Sloveniji so zlasti zavodi za prestajanje kazni z vsemi oddelki, Prevezgojni dom Radeče, vzgojno-izobraževalni zavodi, nekateri socialnovarstveni zavodi in posebni socialnovarstveni zavodi, psihiatrične bolnišnice, prostori za policijsko pridržanje oziroma zadržanje na policijskih postajah, Center za tujce in Azilni dom, prostori za pridržanje v Slovenski vojski in vsi drugi kraji v smislu 4. člena Opcijskega protokola (policijska, intervencijska vozila ...).

O pravicah do zdravstvenega varstva govorijo tudi številne konvencije, med katere štejemo Mednarodno konvencijo o odpravi vseh oblik rasne diskriminacije, Deklaracije o otrokovih pravicah, Konvencijo o otrokovih pravicah in Konvencijo o pravicah invalidov.

Nihče izmed otrok ne sme biti prikrajšan za pravico do najvišje dosegljive ravni zdravja, pa tudi do invalidom zagotovljenega dostopa do vseh zdravstvenih storitev, vključno z zdravstveno rehabilitacijo. Obstajajo tudi dokumenti Evropske unije in Sveta Evrope, medtem ko slovenska ureditev na področju pravice do zdravja v ospredje postavlja določbe Ustave RS in v njih pravico do zdravstvenega varstva iz javnih sredstev in prepoved prisilnega zdravljenja, vse v povezavi z nedotakljivostjo človekovega življenja, prepovedmi medicinskih ali drugih znanstvenih poskusov brez posameznikove svobodne opredelitve, varstva osebne svobode, svobode gibanja, osebnega dostojanstva, zasebnosti in varstva osebnih podatkov.

Sprašujemo se lahko, ali država zmore uresničevati vse te pravice, če naša mreža zdravstvenih institucij ni bila revidirana, če obstajajo dolge čakalne vrste in če ljudje vse več storitev plačujejo, kako je s pogoji za zdravljenje in oskrbo starejših, pa tudi tistih, ki nimajo urejenega zdravstvenega zavarovanja in jih je že blizu 50 000? Navdušujoči dokumenti z naslovi Reforma zdravstvenega varstva kot sistema, Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva, Nadgradnja zdravstvenega sistema, Nacionalna strategija kakovosti in varnosti so zagotovo daleč od realne prakse, ki dela vse večje razlike med revnimi in bogatimi, ki zmorejo plačevati storitve doma in v tujini in s tem »kupovati« tudi svoje zdravje.

6. novembra 2013 je namreč začela veljati novela Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur. list RS, št. 91/13), ki je v naš pravni red prenesla Direktivo 2011/24 EU, Evropskega parlamenta in Sveta o uveljavljanju pravic o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu z dne 9. marca 2011 (Ur. list Evropske unije L 88/45).

Varuh sicer od uveljavitve te nove ureditve ni obravnaval pobud, ki bi opozarjale na kršitve pravic do zdravljenja v tujini. Zanimalo nas je sicer, kako bo prenos te direktive v notranjo zakonodajo vplival na pravice, ki jih imamo kot pacienti iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Čeprav direktiva v zadnjem odstavku 4. člena določa, da ne vpliva na zakone in pred-

pise držav članic o uporabi jezikov, se nam kot Varuhu postavlja resno vprašanje uporabe jezika in na drugi strani dolžnost zdravstvenih delavcev, da paciente razumejo. Nedvomno obstaja pravica pacientov, da zdravstveno osebje z njimi komunicira v slovenskem jeziku, kar pa je za primer pojava tujcev lahko nesprejemljivo. Sprašujemo se, kako vzpostaviti zaupen odnos med zdravnikom in pacientom, če ne govorita skupnega jezika, in kako naj pomaga tolmač, ki s tem lahko krši pravico do zasebnosti, pa tudi kdo bo tolmača plačal. Seveda se odpirajo še nadaljnja vprašanja, povezana z zdravljenjem, navodili zanj in uporabo jezikov za tujce pri nas in naše paciente v tujini.

Obstaja tudi nesporna pravica do drugega mnenja. A kako ga uveljaviti, če ima pacient tujo napotnico za le enkratni specialističen pregled ali poseg? Kdo bo plačal stroške izdelave drugega mnenja? Zastavlja se tudi vprašanje pravic otrok, ki v tujino ali k nam prihajajo običajno le z enim od staršev, pa čeprav je za različne oblike zdravljenja in zlasti težjih posegov potrebno soglasje obeh. Obstajajo lahko celo nejasnosti glede starševske oskrbe, zaupanja otroka v vzgojo, varstvo in oskrbo in celo morebitnega odvzema roditeljske pravice.

Zato Direktiva o čezmejnem zdravstvenem varstvu zagotovo odpira številna vprašanja, ki jih bo pokazal čas, ministrstvo za zdravje pa bo moralo odgovoriti na vse nejasnosti tako v razmerju do tujih kot tudi naših pacientov, ki se bodo želeli na podlagi te direktive zdraviti v tujini. Varuh se je pred kratkim že srečal s problemi pacientov, ki bi odšli v tujino, pa jezika države, v kateri bi poseg radi opravili, ne znajo.

Pri Varuhu smo obravnavali tudi primere zdrah in nejasnosti, ki so jih obelodanili mediji in tisti, ki so jim želeli pripovedovati svoje zgodbe in zgodbe svojih otrok. Šlo je za zaplete na srčni kirurgiji in številna vprašanja, ali bo za otroke pri nas dobro poskrbljeno in ali bodo z ozirom na predvideno težavnost operacije in nujnost posega sploh lahko odšli v tujino pravočasno, kdo bo odšel z njimi, kje bo živel in kako komuniciral s tamkajšnjimi zdravniki. Medijsko »pranje umazanega perila« vsekakor staršem, pa ne le tistim, ki imajo probleme, pač pa vsem, ki so ga spremljali, ni dajalo optimizma in na preštevilna vprašanja odgovorov niso dobili ali jim preprosto niso verjeli. Slike si namreč ni možno ustvarjati prek medijev, to bi morala storiti stroka, in sicer jasno in suvereno in prek sodobnih sredstev le sporočiti svoje zaključke. Vedno se sicer sprašujemo, ali je pot staršev v

takih primerih, ko se obrnejo na medije, pravilna in edina, ali pa je odraz krize, pomanjkanja znanja, nevednosti ali celo nemoči in obupa?

Veliko je bilo govora tudi o prezasedenosti ortodontov in o dolgih čakalnih vrstah, pa o previsokih temperaturah na nekaterih oddelkih bolnišnic, celo na urgencah. Tudi slednjim smo posvetili pozornost, še zlasti, če se gradijo ali gradnje zastajajo, porajajo pa se tudi vprašanja o neenaki obravnavi pacientov, zlasti glede na oddaljenost od določene urgence ali celo porodnišnice. Mnogi se sprašujejo, ali ukiniti manjše bolnišnice in porodnišnice ali jim pustiti »dihati in živeti« ter s tem osrečiti ljudi, ki tam živijo.

Seveda je tu še vprašanje zaupanja ljudi v zdravstvene storitve in kadre v različnih krajih, saj v primeru, da zgodba s tragičnim epilogom pride v medije in v njih kroži dneve in noči, novi pacienti točno določeni bolnišnici ali zdravstvenem domu ne bi zaupali ničesar, kaj šele svojega zdravja ali zdravja najbližjih.

Kriza nenehno poudarja, da je »denar sveta vladar«, da se z njim kupi vse, čeprav smrt bogatih filmskih zvezdnikov, milijarderjev in politikov kaže, da je življenje vseh minljivo in da nekatere bolezni prepogosto vodijo v neizbežno smrt, le pot do tega zaključka je včasih nekoliko daljša in za nekatere lažja.

Prihajajo številne bolezni s področja duševnega zdravja, zlasti demenca, alzheimerjeva, depresija, ki tudi ne prizanašajo. Ali so vse bolnišnice nanje enako pripravljene, ali so res zdravila tista, ki so neizbežna, so dementni res obsojeni na žalostni konec, kdo naj za določene hude bolezni dobi biološka zdravila in kdaj, ali je prav, da se preiskave in nekatere operacije zamikajo v prihodnost, kako izbirati naj zdravnike, da bodo izbori pošteni, ko pa vemo, da lahko nekateri pogosteje glasujejo, kupujejo revije z glasovnicami, kličejo, pišejo, telefonirajo, pošiljajo SMS-e in e-pošto? Zakaj v nekaterih krajih, zlasti odročnih, ni tako ljubih domačih zdravnikov splošne medicine, zakaj vsi silijo v mesta in v klinične centre? Zakaj še vedno niso raziskane številne zgodbe o predragih in preslabih napravah v zdravstvu, o operacijskih mizah, različnih cenah za določene pripomočke, slabi gradnji ...? Vse to ljudi vznemirja in zaradi tega pogosto ne verjamejo ničesar in nikomur.

Varuhu pišejo svoje zgodbe življenja v brezupu, žalosti, revščini in brezizhodnih situacijah.

Ker je osnovna Varuhova naloga, da spremlja, opozarja, priporoča in ugotavlja, ali država in

njene institucije nasproti državljanom delujejo hitro, pravično, pošteno in ljudem prijazno, ne moremo mimo številnih priporočil, ki se nahajajo v naših letnih poročilih.

Letos institucija Varuha človekovih pravic RS praznuje 20. obletnico obstoja in ob koncu leta nameravamo izdati prav posebno publikacijo, ki bo vsebovala pregled delovanja v tem obdobju, ki je pomenilo delo štirih varuhov, prineslo pa na stotine priporočil, mnoga tudi na področju zdravstvenega varstva in zavarovanja.

Spremljali smo investicije v prostore in nakup opreme zdravstvenih zavodov in Ministrstvu za zdravje predlagali izboljšavo vodenja teh postopkov, načrtovanja in izvedbe investicij.

Naša skrb je bila namenjena tudi ureditvi področja duševnega zdravja, pa tudi zakonski ureditvi bolnikovih pravic.

Glede na to, da ljudje vse bolj posegajo tudi na področja alternative, smo želeli, da bi vlada rešila normativno raven vprašanj, povezanih s tem področjem.

Spraševali smo se o razlogih za prekoračevanje rokov v postopkih uveljavljanja pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja pri Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Priporočali smo pripravo in sprejetje dopolnil Zakona o zdravstveni dejavnosti, ki naj ustrezneje uredi vprašanja podeljevanja koncesij, pa tudi ustrezno obveščенost zavarovancev o novostih na področju pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Opozorili smo na potrebo, da bi zavodi, ki izobražujejo za poklice v zdravstvu, v svoje programe vključili več vsebin s področja komunikacije s pacienti in njihovimi bližnjimi.

Še vedno obstaja kadrovska podhranjenost pedopsihiatričnih obravnav otrok, otroci pa bi morali postati samostojna zdravstvena kategorija, zavarovani neodvisno od tega, ali so plačani prispevki s strani njihovih staršev. Pozdravili smo dejstvo, da za zdravstvene storitve ne glede na to, zlasti, če so nujne, niso prikrajšani.

Leta smo se trudili za ustanovitev forenzične (zaporske) psihiatrične bolnišnice, ki bi omogočala ustreznejšo obravnavo in namestitvev priprtilih oseb in oseb na prestajanju kazni zopora, ki potrebujejo psihiatrično strokovno pomoč. Zadeve so se na ravni države uredile, saj smo pred dvema letoma dobili Oddelek forenzične psihiatrije v Mariboru, a kaj, ko je ta prezaseden in se že sooča s številnimi težavami, na katere Varuh

ponovno opozarja.

Dotaknili smo se Zakona o duševnem zdravju, ki mora urediti izvajanje posebnih varovalnih ukrepov v vseh zdravstvenih zavodih, ne le v psihiatriji.

Zavzemali smo se za učinkovitejši strokovni in upravni nadzor nad izvajanjem zdravstvenih storitev in izvajanjem javnih pooblastil zbornic in združenj na področju zdravstva.

Ukvarjali smo se tudi z zastopniki pacientovih pravic in z njimi redno sodelovali.

Ministrstvu za zdravje smo priporočali, da enotno uredi problematiko poslavljanja svojcev od umrlih v vseh zdravstvenih domovih.

Nova zdravstvena zakonodaja bi morala povečati stroškovno zavest pacientov.

Ministrstvu za zdravje priporočamo, naj:

- čimprej pripravi izhodišča reforme zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja ter organizira široko javno razpravo vseh zainteresiranih v javnosti. V javno razpravo naj pošlje več alternativnih rešitev, podprtih z vsemi relevantnimi podatki, zlasti pa o njihovih finančnih posledicah za bolnike.
- nemudoma ugotovi organizacijske razloge za kršitev posameznih pacientovih pravic, zlasti pravice do spoštovanja pacientovega časa, ter zadolži vodstva zdravstvenih zavodov, da pripravijo načrt njihove odprave. V pripravi takšnih načrtov naj sodelujejo tudi zainteresirane organizacije bolnikov in njihovih svojcev.
- prouči normativno ureditev zdravilstva in posameznih metod zdravljenja ter na tej podlagi pripravi ustrezne spremembe zakonodaje, ki bodo izvajalcem omogočile svobodno gospodarsko pobudo, uporabnikom pa zagotovile pravico do izbire zdravljenja.
- v novo zdravstveno zakonodajo vključi obveznost zdravstvenih institucij, da starše pravočasno seznanijo, ali bodo za čas bivanja z otrokom v bolnišnici upravičeni tudi do nadomestila plače.
- se povračila krvodajalcem uredijo na sistemski ravni in naj se odpravi različna, sedaj diskriminatorna, obravnava.

Ugotovili smo tudi, da sistemi nadzorov v zdravstvu niso primerni, ampak celo pomanjkljivi.

Varuh meni, da je pridobitev drugega mnenja

del zdravljenja, zato bi moralo biti le-to plačano iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Opažamo, da so dosedanja priporočila Varuha obrodila sadove, kajti zdravstvene institucije in Zdravniška zbornica Slovenije namenjajo vprašanju kakovostnejše komunikacije s pacienti bistveno več pozornosti in jo vključujejo v obliko dodatnega usposabljanja zdravstvenih delavcev.

Prav tako Varuh z veseljem ugotavlja, da je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije sledil našemu predlogu in že v letu 2013 zagotovil izdajanje kakovostnejših odločb.

Število pobud s področja zdravstva se sicer v minulih letih ne večja, kar je posledica večje obveščенosti javnosti, da lahko pri obravnavi neustreznega odnosa zdravstvenega delavca ali neprimerne zdravstvene oskrbe pomagajo zastopniki pacientovih pravic. Ugotavljamo namreč, da se čedalje več nespozumov med pacienti in zdravstvenim osebjem reši v zdravstvenih zavodih, kjer so nastali, kar je pozitivno.

Zavzemamo se tudi za dostojno smrt in 24-urno paliativno hospic oskrbo. Težko je namreč svojcem naprtiti težko obdobje umiranja ob boleznih, ki nimajo možnosti ozdravitve in ko za bolnika ni pogojev nastanitve v zdravstvenih institucijah. Zato je paliativna skrb tudi skrb države, ki mora bedeti nad pravico do življenja do trenutka, ko ta s smrtjo ugasne.

Kot varuhinja pri dostopu do zdravstvenih storitev zagovarjam načela enakosti, pravičnosti, prisotnosti zdravstvene mreže, ki zajame vse ljudi ne glede na njihov status in poreklo, tudi migracijske tokove. Vsak naj v zdravstveni sistem prispeva glede na svoje sposobnosti in vire za preživljanje, dostop do pravic pa mora biti univerzalen.

Slovenija naj v duhu 2. člena Ustave RS ostane pravna in socialna država za vse, ki tu živimo in ustvarjamo zase in za svoje najbližje – za človeka vredno življenje.

*Telesne bolezni lahko ozdravimo
z zdravili,
za osamljenost, obup in malodušje
pa je edino zdravilo ljubezen.
Na svetu je veliko ljudi,
ki hrepenijo
po koščku kruha,
še veliko več pa jih je,
ki hrepenijo po kančku ljubezni.
Mati Tereza*

Duša Hlade Zore

Zastopnica pacientovih pravic od 17.09.2009 do 17.09.2014



Opozorila in pritožbe, ki jih pacienti najpogosteje posredujejo zastopniku pacientovih pravic

Povzetek

V času od 17. 9. 2009 do 17. 9. 2014 sem bila zastopnica pacientovih pravic na območju takratnega ZZV Ljubljana, danes NIJZ. Poleg reševanja pritožb pacientov je bila ena ključnih nalog zastopnice popularizacija instituta zastopnika pacientovih pravic ter dejansko osveščanje o pravicah, ki jih imajo pacienti na podlagi Zakona o pacientovih pravicah. S tem zakonom so pacienti dobili precej dobro podlago za urejanje in reševanje večine zapletov, na katere so naleteli pri postopkih zdravljenja, zlasti na sekundarni in terciarni ravni. Hkrati pa je ta zakon posegel tudi v odnos zdravstveni delavec–pacient ter prispeval k osveščanju zdravstvenih delavcev glede spoštovanja pacientovega časa, izbire, vpliva in odločanja o zdravljenju in postopkih zdravljenja. Z izvajanjem zakona pa smo zastopniki tudi prišli do ugotovitev o tem, katere skupine pacientov so najbolj izpostavljene in ranljive ter katere pravice, ki jih določa zakon, so težko uresničljive oz. omejeno izvedljive. Ena takšnih je vsekakor pravica do drugega mnenja. Z izvajanjem zakona se je tudi potrdila nujnost določitve pravic iz »zdravstvenega zavarovanja«, kajti eden ključnih vzrokov za nesporazume med pacienti in izvajalci zdravstvenih storitev je ravno neopredeljenost pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja oz. razkorak med pričakovanji pacientov in zmožnostmi, predvsem finančnimi, izvajalcev zdravstvenih storitev, ki jih sistem financiranja zdravstvene dejavnosti ter ukrepi za uravnoteženje javnih financ sili v racionalizacijo procesov. Taka racionalizacija gre pogosto ravno na račun varnosti, dostopnosti in kakovosti zdravstvene oskrbe pacientov.

Abstract

In the period between 17.9.2009 and 17.9.2014, I was a representative of patients' rights in Ljubljana. My work was spread from resolving patients' ails to – a key matter then – the popularization of the institute of the representative for patients' rights, as well as the rights themselves, and raising awareness among the public.

With the Patients' Rights Law, the patients were given suitable grounds for resolving and arranging most of the obstacles, which they came across whilst being treated. At the same time the law interacted with the relationship between the patients and healthcare workers, their perception of patients' time, choice, influence and decision-making process. The implementation of the aforementioned law helped us, the representatives, identify the most feeble and vulnerable patient groups, along with equally lapsing rights defined by the law, one of these being the right to a second opinion. The application of the Patients' Rights Law has also made clear the urgent need to define patients' rights from the so-called healthcare insurance. One of the leading causes for patient-expert misunderstandings is the gap between expectations of patients and financial capabilities of healthcare providers.

UVOD

Januarja 2008 je bil v Sloveniji sprejet Zakon o pacientovih pravicah (v nadaljevanju ZPacP). Namen tega zakona je omogočiti enakopravno, primerno, kakovostno in varno zdravstveno oskrbo, ki temelji na zaupanju in spoštovanju med pacientom in zdravnikom oziroma zdravnico ali drugim zdravstvenim delavcem oziroma delavko ter zdravstvenim sodelavcem oziroma sodelavko.¹ Zakon je tako namenjen zaščiti pacienta in ureja njegov položaj do izvajalcev zdravstvenih storitev.

Posebej velja izpostaviti, da ZPacP ne ureja pravic pacientov iz naslova takoimenovanega zdravstvenega zavarovanja. Tretji odstavek 1. člena ZPacP izredno določa, da pravice iz zdravstvenega zavarovanja in način njihovega uveljavljanja določa poseben zakon.

ZpacP opredeljuje in ureja pacientove pravice in uvaja tudi institut zastopnika pacientovih pravic. Uvedba zastopnikov pacientovih pravic naj bi prispevala k večji varnosti pacientov, jim olajšala poti in načine za uveljavljanje njihovih pravic v sistemu zdravstvenega varstva. Z ZPacP so pritožbeni postopki poenostavljeni, pacienti si lahko privoščijo brezplačno pomoč zastopnika, hkrati pa s svojimi pritožbami opozarjajo na kršitve svojih pravic ter s tem vplivajo na boljše izvajanje in višjo kakovost dela in počasi postajajo enakoopravnejši in aktivnejši partner v zdravstvenem sistemu.

Po določilih ZPacP so pristojnosti zastopnika, da²:

(1) Pri uresničevanju pravic po tem zakonu pacientu svetuje, pomaga ali ga zastopa, zlasti tako da:

- pacientu na primeren način svetuje o vsebini pravic, načinih in možnostih njihovega uveljavljanja v času pred ali med zdravljenjem in kadar so te kršene,
- daje konkretne usmeritve za uveljavljanje pravic in predlaga možne rešitve,
- pacientu nudi pomoč pri vlaganju pravnih sredstev,
- za pacienta opravlja potrebne poizvedbe v zvezi z domnevnimi kršitvami pri izvajalcih zdravstvenih storitev,
- pri izvajalcih zdravstvenih storitev neformalno posreduje z namenom hitrega odpravljanja kršitev,

- kadar ne gre za kršitev pravic po ZPacP, pacienta napoti na pristojno pravno ali fizično osebo ali pristojen državni organ,
- v okviru pacientovega pooblastila vloga pravna sredstva in daje predloge, pojasnila in druge izjave v imenu in v korist pacienta za hitro in uspešno razrešitev spora.

(2) Zastopnik daje pacientu osnovne informacije, nudi strokovno pomoč in daje konkretne usmeritve tudi pri uveljavljanju pravic s področja zdravstvenega varstva, zdravstvenega zavarovanja in izvajanja zdravstvene dejavnosti.

(3) Poleg tega zastopnik skrbi za promocijo pacientovih pravic in njihovo uresničevanje v sistemu zdravstvenega varstva. Pri tem lahko izvajalcem zdravstvenih storitev svetuje in predlaga ukrepe za učinkovito uveljavitev določb tega zakona.

(4) Zastopnik lahko kadar koli naslovi izvajalcem zdravstvenih storitev predloge, mnenja, kritike ali priporočila, ki so jih ti dolžni obravnavati in nanje odgovoriti v roku, ki ga določi zastopnik.

(5) Zastopnik določi rok, v katerem mu izvajalec zdravstvenih storitev pošlje zahtevana pojasnila in informacije o domnevnih kršitvah. Ta rok ne sme biti krajši od 8 dni. Če izvajalec zdravstvenih storitev ne pošlje zastopniku pojasnil oziroma informacij v zahtevanem roku, mu brez odlašanja sporoči razloge, zaradi katerih ni ugodil njegovi zahtevi.

(6) Izvajalec zdravstvenih storitev mora zastopniku omogočiti dostop do vseh podatkov, ki so potrebni za njegovo delo v zvezi z zadevo, ki jo obravnava, najpozneje v petih dneh od prejema zahteve. Zastopnik se lahko seznaní z zdravstveno dokumentacijo pacienta na podlagi njegove pisne privolitve.

(7) Zastopnik lahko prekine nadaljnje aktivnosti, če ugotovi, da je bila zadeva rešena na drug način, če pacient neupravičeno ne sodeluje v postopku ali je iz njegovih dejanj razvidno, da ne kaže zanimanja za nadaljevanje postopka.

(8) Zastopnik lahko na podlagi pooblastila pacienta izvajalcu zdravstvenih storitev predlaga način, s katerim naj se ugotovljena nepravilnost odpravi. Pri tem lahko predlaga povrnitev škode ali predlaga drug način odprave nepravilnosti, ki je bila povzročena pacientu.

ZpacP opredeljuje, da zastopniki zagotavljajo svojo pomoč pacientom najmanj 12 ur na teden³, pomoč pa je brezplačna.⁴

1 Drugi odstavek 1. člena ZPacP (vir: ULRS št. 15/2008)

2 49. člen ZPacP

3 Peti odstavek 52. člena ZPacP

4 Deseti odstavek 49. člena ZPacP

PACIENTOVE PRAVICE

ZpacP opredeljuje in ureja pacientove pravice v 5. členu. Te so:

- pravica do dostopa do zdravstvene oskrbe in zagotavljanja preventivnih storitev,
- pravica do enakopravnega dostopa in obravnave pri zdravstveni oskrbi,
- pravica do proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev,
- pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe,
- 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.

S to opredelitvijo pravic ZPacP vzpostavlja jasen odnos med pacientom in izvajalci zdravstvenih storitev, ne opredeljuje pa pravic pacientov (uporabnikov) v odnosu do ZZZS in Ministrstva za zdravje.

Iz podatkov, navedenih v Državnih poročilih⁵ o stanju na področju varstva pacientovih pravic za leta 2009–2013, je razvidno, katere so bile najpogostejše pritožbe ter kako se je spreminjal vrstni red le-teh.

Na podlagi poročil zastopnikov je mogoče povzeti, da so se pacienti najpogosteje pritoževali zaradi domnevne kršitve pacientove pravice do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe, pravice do spoštovanja pacientovega časa, pravice do proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev ter pravice do obveščenosti in sodelovanja pacienta pri zdravljenju.

⁵ http://www.mz.gov.si/si/mz_zas_vas/pacientove_pravice/porocila_o_stanju_na_podrocu_varstva_pacientovih_pravic/

Pregled najpogostejših kršitev pravic:

Leto 2009⁶

- pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe,
- pravica do proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev,
- pravica do spoštovanja pacientovega časa,
- pravica do drugega mnenja,
- pravica do obveščenosti pacienta in pojasnilna dolžnost,
- pravica do seznanitve s stroški in
- neprimeren odnos zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev.

Leto 2010⁷

- pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe, neprimeren odnos zdravstvenih delavcev in sodelavcev,
- pravica do spoštovanja pacientovega časa,
- pravica do drugega mnenja,
- pravica do obveščenosti in sodelovanja,
- pravica do proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev.

Leto 2011⁸

- pravica do obveščenosti in sodelovanja,
- pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe, neprimeren odnos zdravstvenih delavcev in sodelavcev,
- pravica do samostojnega odločanja o zdravljenju,
- pravica do spoštovanja pacientovega časa,
- pravica do proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev.

Leto 2012⁹

- pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe, neprimeren odnos zdravstvenih delavcev in sodelavcev,
- pravica do proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev,
- pravica do spoštovanja pacientovega časa,
- pravica do obveščenosti in sodelovanja.

⁶ Državno poročilo o stanju na področju varstva pacientovih pravic za leto 2009, Ministrstvo za zdravje

⁷ Državno poročilo o stanju na področju varstva pacientovih pravic za leto 2010, Ministrstvo za zdravje

⁸ Državno poročilo o stanju na področju varstva pacientovih pravic za leto 2011, Ministrstvo za zdravje

⁹ Državno poročilo o stanju na področju varstva pacientovih pravic za leto 2012, Ministrstvo za zdravje

Leto 2013¹⁰

- pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe, neprimeren odnos zdravstvenih delavcev in sodelavcev,
- pravica do spoštovanja pacientovega časa,
- pravica do proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev,
- pravica do obveščenosti in sodelovanja.

Izkazano je, da je ključna pravica, ki je predmet postopkov pri zastopnikih, **pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe, neprimeren odnos zdravstvenih delavcev in sodelavcev**. Postopkov zaradi kršenja te pravice je kar 43 % (2013).

V letu 2013 se je po pomoč zastopnikov v celotni Republiki Sloveniji obrnilo približno 6611 pacientov, kar je 5,8-odstotno povečanje v primerjavi z letom 2012. Ob tem je treba poudariti, da zastopnik z območja Nove Gorice ni predložil rednega letnega poročila, zato lahko domnevamo, da je število pacientov, ki so potrebovali pomoč zastopnikov, še višje.¹⁰

UGOTOVITVE V ČASU MANDATA

V obdobju mojega petletnega mandata, ki je trajal od 17. septembra 2009 do 17. septembra 2014, se je name obrnilo več kot 6000 pacientov.

V letu 2013 je mojo pomoč potrebovalo 1106 pacientov. 111 pacientov je izbralo osebni stik, 235 pisni stik prek elektronske pošte, 860 pa je izbralo klasično pošto ali telefonski pogovor.

Za ilustracijo sem primerjala podatke za leti 2012 in 2013 in iz podatkov lahko zaključim, da se je pri meni število posredovanj zaradi pritožb pacientov v letu 2013 v primerjavi z letom 2012 **povečalo za 62 %**.

Število pritožb pacientov pričakovano narašča, kar pomeni, da se pacienti vse bolj zavedajo svojih pravic, ki izhajajo iz ZPacP, in da vse pogosteje izberejo pomoč zastopnikov, ker jim zaupajo in s tem breme osebnega stika z izvajalci prepustijo zastopniku. Hkrati ugotavljam, da se pacienti velikokrat znajdejo v precepu, da ne najdejo sogovornika, ki bi jim pojasnil kaj, kako in kdaj lahko pričakujejo od zdravstvenega sistema. Zastopniki tako zaznavamo največ pritožb ter vprašanj v zvezi z obveznim zdravstvenim zavarovanjem, odločanjem invalidskih komisij ter pravicami, ki izhajajo iz inva-

lidskega zavarovanja. Na omenjenih področjih nimamo pooblastil za zastopanje v postopkih odločanja o pravicah, pacientom dajemo le osnovne informacije, nudimo strokovno pomoč in dajemo konkretne usmeritve pri uveljavljanju pravic.

Težko sicer ocenim, da je povečanje obravnav posledica rastočega nezadovoljstva z zdravstveno oskrbo ali sistemom v državi, kajti institut zastopnika pacientovih pravic je relativno nov in šele v zadnjem času tudi medijsko izpostavljen, zato je povečanje tudi posledica prepoznavnosti instituta zastopnika pacientovih pravic.

Tudi izvajalci so potrebovali nekaj časa, da so se navadili na pomen komuniciranja z zastopniki in odgovarjanja na pozive in poizvedovanja zastopnikov.

Tabela 1: Pogostnost prijav zaradi kršitve pravic po ZPacP:

Pravica	2012		2013	
do dostopa do zdravljenja	2	1,3 %	2	0,8 %
do enakopravnosti dostopa in obravnave	0	-	2	0,8 %
do proste izbire zdravnika in izvajalca	8	5,2 %	17	6,9 %
do primerne, kakovostne in varne oskrbe	60	39,5 %	106	43,1 %
do spoštovanja pacientovega časa	17	11,2 %	51	20,7 %
do obveščenosti in sodelovanja	32	21,1 %	34	13,8 %
do samostojnega odločanja o zdravljenju	1	0,5 %	2	0,8 %
do vnaprej izražene volje	14	9,2 %	6	2,4 %
do preprečevanja in lajšanja trpljenja	1	0,5 %	1	0,4 %
do drugega mnenja	4	2,6 %	12	4,9 %
do seznanitve z dokumentacijo	9	5,9 %	8	3,3 %
do varstva zasebnosti in tajnosti	4	2,6 %	5	2,0 %
do obravnave kršitev pacientovih pravic	0	-	0	-
do brezplačne pomoči	0	-	0	-
SKUPAJ	152	100 %	246	100 %

Pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe (43 %)

Pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe je ena od glavnih pravic, za katero bi lahko rekli, da je osnova za vse druge pacientove pravice.

¹⁰ Državno poročilo o stanju na področju varstva pacientovih pravic za leto 2013, Ministrstvo za zdravje

Največ pacientov čuti, da niso deležni primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe. Pacienti zdravstveno oskrbo ocenjujejo po dobrem sodelovanju med njimi in zdravstvenim osebjem in medsebojnem zaupanju.

Skrbi jih varčevanje, ki ga občutijo, in prepričani so, da lahko včasih nepremišljeni varčevalni ukrepi povzročijo škodo in predstavljajo finančno in strokovno nevarnost (manj napotnic, pregled vsakič pri drugem zdravniku - specialistu). Pritožujejo se nad nedostopnostjo zdravstvenih storitev, neprijaznostjo zdravstvenega osebja, čakalnimi časi, slabo oskrbo, domnevnimi zdravstvenimi napakami.

Temeljni vzrok za pogosto nezadovoljstvo pacientov je pomankljivo komuniciranje med zdravniki in drugim medicinskim osebjem ter svojci. Pacienti se pritožujejo nad odnosom medicinskih sester pri družinskih zdravnikih, nad telefonsko neodzivnostjo posameznih ambulant, hitro in površno zdravstveno obravnavo.

Po drugi strani v odgovorih izvajalcev zaznavamo pomanjkanje osebja, nemotiviranost zaposlenih zaradi stalnih varčevalnih ukrepov (ZUJF), ki izvajalce silijo v zmanjševanje stroškov materiala in storitev ter dela. Poleg števila zaposlenih zakonodaja »javno upravo«, kamor sodi tudi javno zdravstvo, sili v zniževanje stroškov dela (administrativno), kljub temu da pritisk bolnikov na izvajalce zdravstvenih storitev vsako leto narašča. Zaradi teh ukrepov pri izvajalcih zmanjkuje virov za zagotavljanje primerne, kakovostne in pogosto tudi varne oskrbe pacientov.

Pravica do spoštovanja pacientovega časa (21 %)

Pri spoštovanju pacientovega časa najprej pomislimo na čakanje v ambulantah. Izvajalci zdravstvenih storitev so s sistemi naročanja ter preglednostjo (triaziranjem) nujnosti na urgentnih centrih v veliki meri odpravili ali ublažili. Akuten ostaja problem »urgence« UKC Ljubljana, zlasti Internistične prve pomoči, kjer zaradi prostorske stiske pacienti čakajo nedopustno dolgo.

Pravica do spoštovanja pacientovega časa je kršena predvsem zaradi predolgih čakalnih dob, ki so problem slovenskega zdravstva. Nacionalni čakalni sezname niso zaživel in zaupanje pacientov do vseh izvajalcev zdravstvenih storitev ni enakomerno razporejeno mednje, zato so tudi čakalne dobe pri nekaterih izvajalcih nedopustno dolge.

Veliko pripomb pacientov je tudi na čas čakanja na izvide, odpustnice, navodila za nadaljnje zdravljenje, na prestavljanje zdravstvenih posegov, na načine naročanja, itd. Posebej izpostavljeno je dejstvo, da kljub določilom pacient ob naročanju ne dobi datuma pregleda ali posega, kar je njegova temeljna pravica.

Pravica do obveščeniosti in sodelovanja (14 %)

Zakon določa, da ima pacient pravico do obveščeniosti o svojem zdravstvenem stanju in verjetnem razvoju ter posledicah bolezni ali poškodbe, o vrsti in načinu izvedbe, verjetnosti uspeha in izidu predlaganega zdravljenja, o možnih tveganjih, stranskih učinkih, negativnih posledicah in drugih neprijetnostih predlaganega zdravljenja, o posledicah opustitve zdravljenja, o morebitnih drugih možnostih zdravljenja, o načinih zdravljenja, ki v Sloveniji niso dosegljivi, o načinih zdravljenja, ki niso pravica iz zdravstvenega zavarovanja, in rezultatih zdravljenja ter morebitnih zapletih. Prav tako ga je treba obvestiti o stroških zdravljenja.

Številni pacienti imajo občutek, da niso obveščeni, kaj se z njimi dogaja, ne vedo, kolikšna bodo morebitna potrebna doplačila, zakaj niso upravičeni do nekaterih preiskav, napotnic. Bolniki so več dni v bolnišnici, ne da bi jim kdo pojasnil, kakšni so izidi preiskav, kakšen je načrt zdravljenja in celo kdo je njihov lečeči zdravnik, ki bdi nad potekom zdravljenja. Tako druge možnosti in oblike zdravljenja ter dodatne informacije iščejo po spletnih straneh, kar je včasih lahko tudi škodljivo ali zavajajoče.

Pravica do proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev (7 %)

ZpacP daje pacientu pravico, da si prosto izbere zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev ne glede na kraj svojega prebivališča. Skladno z ZpacP je izbranega zdravnika mogoče zamenjati, vendar praviloma najmanj leto dni po izbiri, razlogov za to ni treba navajati. V prvem letu je zamenjava možna le izjemoma, in sicer če pride med pacientom in osebnim izbranim zdravnikom do nesporazuma ali nezaupanja.

Ko želijo pacienti zamenjati izbranega zdravnika, naletijo na prenekatero oviro. Čeprav lahko zdravnik pacienta odkloni samo, če ima že preveč opredeljenih pacientov, jih pogosto že medicinske sestre odpravijo s pojasnilom, da niso iz njihovega okoliša, da sprejemajo samo nove paciente, da ima zdravnik že preveč pacientov, čeprav temu ne sme biti tako.

Pravica do drugega mnenja (5 %)

Drugo mnenje je mnenje za oceno zdravstvenega stanja in postopkov zdravljenja pacienta, ki ga da zdravnik ustrezne specialnosti ali konzilij. To pravico pacienti sicer poznajo, vendar je to še vedno premalo izkoriščena možnost, ki jo pacienti uveljavijo le izjemoma. Hkrati pa si jo tudi razlagajo drugače, kot jo predvideva zakon. Zakon tej pravici daje kar nekaj omejitev. Pravico do drugega mnenja uveljavlja pacient v okviru mreže izvajalcev javne zdravstvene službe (javni zavodi in zdravniki koncesionariji), in sicer kadar se pojavi potreba na sekundarni ali terciarni ravni (npr. specialistični pregled ali bolnišnično zdravljenje), na primarni ravni uresničevanja te možnosti zagotovi izvajalec, pri katerem se pacient zdravi. Drugo mnenje se izdelava na osnovi že pridobljene zdravstvene dokumentacije in ne na osnovi novih preiskav, ker zavarovalnica ne krije možnosti dodatne diagnostike. Preden pride do druge ocene, mora že sam zdravnik, ki je pacienta zdravil, opraviti z njim pogovor, mu pojasniti njegovo zdravstveno stanje in na osnovi pogovora se bo pacient odločil, ali bo uveljavil svojo pravico ali ne. Drugo mnenje za oceno istega zdravstvenega stanja lahko pridobimo le enkrat.

Pacienti praviloma ne vedo, da drugo mnenje ni strokovna presoja že izvedenega zdravljenja, temveč presoja tega, kateri postopki bi še lahko bili opravljeni glede na dano diagnozo.

Paciente moti, da drugo mnenje postavljajo specialisti iz istega zdravstvenega zavoda, kjer se bolnik zdravi (kolegi z istega oddelka). Bolniki največkrat menijo, da to ni pravo drugo mnenje, in so prepričani, da bi morala biti zagotovljena prosta izbira neodvisnega zdravnika, ki bo podal drugo mnenje, in to doma ali pa, če ni možnosti, tudi v tujini.

Pravica do varstva zasebnosti in varstva osebnih podatkov (2 %)

ZpacP ureja tudi varstvo osebnih podatkov, poklicne skrivnosti in zasebnosti. To so podatki, s katerimi naj bi razpolagalo zdravstveno osebje in jih lahko razkriva le osebam, ki jih določata zakon ali pacient. Največ pritožb in vprašanj se nanaša na dogodke, ko so bile pri medicinskem posegu brez pacientove privolitve prisotne osebe, ki niso bile vključene v samo zdravstveno obravnavo, npr. študentje, da se je zdravstveno osebje pogovarjalo o občutljivih informacijah pred drugimi pacienti, da so zasebne informacije prišle do nepooblaščenih oseb.

Pravica do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo (3 %)

Pacient ima pravico do vpogleda, prepisa in kopiranja svoje zdravstvene dokumentacije. Zakaj to želi, mu ni treba pojasnjevati. Zakon omogoča, da mu izvajalec vsebino zdravstvene dokumentacije obrazloži in da se v zdravstveno dokumentacijo dodajo njegove pripombe.

Pravica do upoštevanja vnaprej izražene volje (2 %)

Ta pravica daje pacientu možnost, da vnaprej (torej takrat, ko je še zdrav ali začena z zdravljenjem) izrazi svojo voljo, kakšno zdravstveno oskrbo dovoljuje, če bi se znašel v položaju, ko ne bi bil sposoben neposredno zavrniti zdravstvene oskrbe, ko bi trpel za hudo boleznijo, ki bi v kratkem času vodila v smrt, in bi zdravstvena oskrba samo neznatno podaljševala preživetje ali pa bi bolezen ali poškodba povzročili tako hudo invalidnost, da bi dokončno izgubil telesno ali duševno sposobnost, da bi skrbel sam zase.¹¹

Za uvrstitev te pravice na seznam najpogosteje kršenih pacientovih pravic sem se odločila zato, ker mnoge paciente, ki so se oglasili pri meni, da bi podpisali obrazec »Vnaprejšnja zavrnitev zdravstvene oskrbe«, moti dolgotrajen in zapleten postopek potrjevanja in dejstvo, da odločitev ni zapisana na kartici zdravstvenega zavarovanja, ampak morajo pacienti obrazec imeti pri sebi, kar samo po sebi otežuje uveljavljanje pravice, ko bi bilo to potrebno.

Dvom v strokovnost zdravljenja

Reševanje pritožb, pri katerih naj bi šlo za domnevno strokovno napako, sem v imenu pacientov odstopila pristojnim odborom na Zdravniški zbornici Slovenije ali pa sem pacientom svetovala, da to storijo sami.

Uresičevanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in delo invalidskih komisij

Stalnica letnih poročil zastopnikov je še vedno poročanje o velikem številu pritožb in vprašanj glede uresničevanja pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in pravic, ki izhajajo iz invalidskega zavarovanja.

Na omenjenih področjih zastopniki nimamo pooblastil za zastopanje v postopkih odločanja o pravicah – pacientom lahko le posredujejo osnovne informacije in strokovno pomoč ter osnovne usmeritve pri uveljavljanju njihovih pravic.

¹¹ ZpacP priloga 6

Pacienti praviloma niso ustrezno seznanjeni s tem, kaj sploh sodi v obseg obveznega zdravstvenega zavarovanja. Prav tako mnogi ne vedo, kaj ji čaka, če niso dopolnilno zavarovani.

Najbolj jih motijo zamude pri odgovorih na pritožbe na odločbe nadzornih komisij. Okoli 150 vprašanj in negativnih komentarjev se je nanašalo na obseg in vrste pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, predvsem trajanje bolniškega staža, pravic do zdraviliškega zdravljenja, pravice do zdravljenja v tujini, nedostopnosti nekaterih zdravil.

Posebej moram opozoriti na dolgotrajno reševanje pritožb na odločbe nadzornih zdravnikov ZZZS. Pacienti odločb ne prejmejo v skladu z zakonsko določenim rokom. Pacienti so upravičeno zaskrbljeni, ker vedo, da pritožba ne zadrži odločitve imenovanih ali nadzornih zdravnikov in se morajo vrniti na delo ali koristiti dopust. Dogovor z delodajalcem glede odobritve dopusta je velikokrat težko doseči. Pacienti večkrat postavijo vprašanje, zakaj imenovani in nadzorni zdravniki ne upoštevajo mnenj specialistov. Pritožb na delo invalidskih komisij, predvsem na domnevno neprimeren odnos članov komisij pri obravnavi pacientov, je iz leta v leto več.

Pacienti želijo pomoč pri pisanju in sestavi pritožb, prosijo za mnenja in priporočila, pogosto pa prosijo za podatke iz pravil ZZZS ali drugih predpisov, ki opredeljujejo njihov problem.

Izvajalci zastopnikom še vedno ne pošiljajo **anonimiziranih zapisnikov** o prejeti zahtevi in obravnavi kršitve pacientovih pravic. Tako je bilo v letu 2013 poslanih le 416 anonimiziranih zapisnikov, kar je 12,6 % manj kot v letu 2012. Pri tem pa je treba poudariti, da nekateri zastopniki v svojih poročilih niso navedli, ali so anonimizirane zapisnike prejeli.¹²

PREDLOGI SPREMEMB ZPACP¹³

V letu 2013 Ministrstvo za zdravje podzakonskih aktov ni spreminjalo in dopolnjevalo, je pa v javno razpravo in medresorsko usklajevanje poslalo Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o pacientovih pravicah. Ministrstvo je z novelo zakona želelo natančneje in jasneje

urediti pravico do kakovostne in varne zdravstvene oskrbe ter pravico do spoštovanja pacientovega časa in pravico do drugega mnenja, spreminjamo ali dodajamo pa tudi nadzor nad zastopniki pacientovih pravic, Komisijo Republike Slovenije za varstvo pacientovih pravic in celotnim izvajanjem zakona.

Rešitve, ki so bile zajete v noveli zakona:

- z željo po zagotavljanju čim krajših čakalnih dob in preglednosti nad dostopom do zdravstvenih storitev se je pravica do spoštovanja pacientovega časa, ki ureja čakalni čas, čakalno dobo in čakalne sezname, uredila pregledneje, hkrati pa bi nespoštovanje določb pomenilo storitev prekrška;
- pravica do drugega mnenja, ki zaradi težav pri uresničevanju zahteva spremembo: določneje so se opredelili splošni pogoji pri uveljavljanju pravice do drugega mnenja, kdo ga lahko da in tudi, da pravica do drugega mnenja ni pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja;
- **nadzor** nad Komisijo Republike Slovenije za varstvo pacientovih pravic, ki zdaj ni urejen, kar se je v praksi pokazalo kot pomanjkljivost, in delno spremenjen nadzor nad zastopniki pacientovih pravic, ki uvaja možnost izrednega nadzora nad zastopniki;
- **inšpekcijski nadzor**, ki bi bil v pristojnosti Zdravstvenega inšpektorata Republike Slovenije, Informacijskega pooblaščenca ter Inšpektorata Republike Slovenije za kulturo in medije;
- nove **prekrškovne določbe**, ki omogočajo učinkovitejši nadzor nad zakonom.

¹² Državno poročilo o stanju na področju varstva pacientovih pravic za leto 2013, Ministrstvo za zdravje

¹³ Državno poročilo o stanju na področju varstva pacientovih pravic za leto 2013, Ministrstvo za zdravje (str. 3)

ZAKLJUČEK

Poznavanje strukture pritožb pacientov in kršitev opredeljenih pacientovih pravic iz ZPacP nam daje prostor za izboljšave ter s tem odpravo razlogov za najpogostejše kršitve pacientovih pravic.

Ključni ukrepi, ki jih je potrebno udejaniti:

- usposabljanje zdravstvenega osebja o pravicah pacientov,
- usposabljanje zdravnikov za pojasnilno dolžnost,
- izboljšanje komunikacije,
- izboljšanje varstva zasebnosti,
- skrajšanje čakalnih dob,
- poenostavitev postopka za izpolnitev vseh zahtev na privolitvenem obrazcu,
- za pacienta je smisel drugega mnenja, da ga poda strokovnjak pri drugem izvajalcu zdravstvenih storitev,
- pošiljanje anomiziranih obrazcev.

V zdravstvu je potrebno zagotoviti manj negativnih dogajanj in konfliktov, ki vodijo v zmanjšanje oz. izgubo zaupanja in povzročajo dvome. Pri tem ne mislim na oblike korupcije, ampak

na tista dejanja, s katerimi se srečujejo pacienti in zaradi katerih imajo občutek, da potek zdravljenja ni načrtovan, spremljan, in da gre po njihovem mnenju velikokrat za preverjanje različnih pristopov k zdravljenju z upanjem, da bo »en že pravi«.

Varčevalne ukrepe je potrebno oblikovati in voditi tako, da se ne varčuje samo na bolniških. Pacienti se zavedajo, da je treba **varčevati** in iskati nove vire financiranja, vendar imajo občutek, da se varčuje pri njih in da jim varčevalni ukrepi lahko povzročajo škodo ter predstavljajo nevarnost.

Na osnovi pritožb in pogovorov s pacienti sem prepričana, da poleg dolgoročnih ciljev ne smemo pozabiti na **kratkorodne cilje**, tisti, ki je bolan, namreč pomoč potrebuje takoj in ne čez 5 let.

Za doseganje kratkoročnih ciljev pogosto ne potrebujemo velikih finančnih sredstev, pač pa boljše in realnejšo organizacijo ter več dobre volje:

Zdravstvo bi moralo biti prioriteta države in tako dostopno vsem pod pogoji, ki zagotavljajo varnost, kakovost, pravočasnost in pravičnost.

mag. Jurij Stariha

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik



Vpliv birokratizacije na učinkovitost zdravstvenega sistema

Povzetek

Pod izrazom birokracija si najpogosteje predstavljamo sistem, ki zahteva slepo sledenje pravilom in nima neposredne povezave z učinkovitostjo. Učinkovit zdravstveni sistem je tisti, ki uporabnikom zagotavlja ustrezne zdravstvene storitve v razumnem času, dobri kakovosti in za primerno ceno. Zdravstveni sistem se razvija skozi čas, pravni okvirji se nenehno dopolnjujejo, kar (lahko) privede do povečevanja birokratizmov v sistemu. V članku bomo opozorili na določene elemente zdravstvenega sistema, ki zaradi slednjega verjetno niso več optimalno urejeni.

Abstract

The term bureaucracy is mainly interpreted as a system, which requires of us to blindly follow the rules and does not have a direct relationship with efficiency. An effective healthcare system is one that provides adequate and high-quality health services to users in a reasonable time and at a reasonable price. The healthcare system evolves over time, which results in increasing bureaucracy of the procedures within the system. The aim of this paper is to highlight certain aspects of the healthcare system that are probably no longer optimal due to bureaucracy.

1. KAJ JE BIROKRACIJA IN KAJ JE UČINKOVITOST

Definicijo birokracije in učinkovitosti povzemamo iz Slovarja slovenskega knjižnega jezika (SSJK, 2000):

- **birokracija** -e ž (i) **1. družbeni sloj uradništva, ki vodi javno upravo:** politična dejavnost prehaja od birokracije naljudske množice / državna birokracija **2. nav. slabš. formalistično, neživoljenjsko poslovanje uradništva:** probleme obravnavajo z okostenelo birokracijo / bori se proti negativnim pojavom, kot so birokracija, formalizem
- učinkovit učinkovit -a -o prid., učinkovitejši (i) **1. ki učinkuje tako, kot se želi, pričakuje:** učinkovito gnojilo; učinkovito zdravilo proti revmatizmu / učinkoviti ukrepi proti inflaciji; učinkovita pomoč; ta kazen je bila učinkovita **2. ki dosega tak učinek, kot se želi, pričakuje:** učinkovit govornik / učinkovit slog; učinkovita metafora; učinkovita reklama **3. ki opravlja določene naloge, izpolnjuje določene zahteve, kot se želi, pričakuje:** učinkovita organizacija / publ. najučinkovitejši igralec prvenstva ki je dosegel največ točk **4. s katerim se dosega želeni, pričakovani cilj:** učinkovita taktika / učinkovita uporaba tehnike • ekspr. danes nisem bila preveč učinkovita nisem dovolj naredila **učinkovito** prisl.: učinkovito gospodariti; učinkovito se izražati; sam.: izmisliti si kaj učinkovitega.

Iz navedenih definicij izhaja, da ima birokracija negativno konotacijo in je neželena, učinkovitost pa ima pozitivno konotacijo.

2. UČINKOVIT ZDRAVSTVENI SISTEM

Sistem deluje dobro, če vsak člen sistema deluje dobro. Če zanemarimo nekatere člene zdravstvenega sistema, ki za namen tega prikaza niso bistveni, lahko rečemo, da je zdravstveni sistem sestavljen iz regulatorja (Ministrstvo za zdravje), plačnika (zdravstvene zavarovalnice) ter izvajalcev zdravstvene dejavnosti. Naloga Ministrstva za zdravje (v nadaljevanju MZ) v tem kontekstu je zagotoviti pravni okvir in spoštovanje le-tega. Kot lastnik javnih zdravstvenih zavodov (v nadaljevanju JZZ) na sekundarni in terciarni ravni ima MZ tudi vlogo lastnika, ki jo neposredno izvršuje prek svetov zavodov. Zavarovalnice morajo kupiti zadostno število ustreznih storitev, da pokrijejo potrebe

po zdravljenju svojih zavarovancev, izvajalci zdravstvene dejavnosti pa morajo izvesti pogodbeno število storitev v ustrezni kakovosti ter poslovati skladno z obstoječimi pravnimi okviri.

Izhodišče pri oblikovanju zdravstvenega sistema morata biti pacient in njegove potrebe. Pacienti si želijo jasno definirano košarico pravic, kakovostne zdravstvene storitve, dostopne v razumnem času, ki so financirane s strani zavarovalnice, ki ji plačujejo premijo. Za njih ni bistveno, ali storitev dobijo pri zasebnem izvajalcu s koncesijo ali pri javnem izvajalcu, pričakujejo pa, da vsi navedeni izvajalci opravljajo dejavnost v skladu z medicinsko doktrino in ustreznimi standardi kakovosti. Od MZ torej pričakujejo ustrezno regulacijo področja in zagotavljanje spoštovanja le-te.

3. PREGLED PODROČIJ, KI NISO OPTIMALNO UREJENA

V nadaljevanju bomo pregledali ureditev področja vodenja javnih zdravstvenih zavodov ter določene predpise, ki urejajo poslovanje javnih zdravstvenih zavodov. Oboje pomembno vpliva tako na rezultate poslovanja kot tudi na učinkovitost JZZ ter posledično tudi zdravstvenega sistema. Pri tem ne gre za celovit pregled področja in pravne ureditve, gre za selektiven prikaz določenih segmentov, ki niso urejeni optimalno.

3.1 VODENJE JAVNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVODA

Vodenje JZZ je opredeljeno v Zakonu o zavodih (UL RS 12/91), ki ureja statusna vprašanja zavodov in opredeljuje tudi naloge direktorja in sveta zavoda. Usmeritev glede poslovanja lahko najdemo že v 1. členu Zakona o zavodih, kjer je navedeno, da cilj opravljanja dejavnosti ni pridobivanje dobička.

Naloge direktorja so določene v 31. členu Zakona o zavodih:

»Poslovodni organ zavoda je direktor ali drug individualni organ (v nadaljnjem besedilu: direktor). Direktor organizira in vodi delo in poslovanje zavoda, predstavlja in zastopa zavod in je odgovoren za zakonitost dela zavoda. Direktor vodi strokovno delo zavoda in je odgovoren za strokovnost dela zavodu, če ni z zakonom ali aktom o ustanovitvi glede na naravo dejavnosti in obseg dela na poslovodni funkciji določeno,

da sta poslovodna funkcija in funkcija vodenja strokovnega dela zavoda ločeni.«

Opredelitev nalog direktorja v 31. členu ni preveč obširna.

Naloge sveta zavoda kot nadzornega organa so opredeljene v 29. in 30. členu istega zakona, kot sledi.

29. člen

Zavod upravlja svet ali drug kolegijski organ upravljanja (v nadaljnjem besedilu: svet).

Svet zavoda sestavljajo predstavniki ustanovitelja, predstavniki delavcev zavoda ter predstavniki uporabnikov oziroma zainteresirane javnosti. Sestava, način imenovanja oziroma izvolitve članov, trajanje mandata in pristojnosti sveta se določijo z zakonom ali aktom o ustanovitvi oziroma s statutom ali pravili zavoda.

30. člen

Svet zavoda sprejema statut oziroma pravila in druge splošne akte zavoda, sprejema programe dela in razvoja zavoda ter spremlja njihovo izvrševanje, določa finančni načrt in sprejema zaključni račun zavoda, predlaga ustanovitelju spremembo ali razširitev dejavnosti, daje ustanovitelju in direktorju zavoda predloge in mnenja o posameznih vprašanjih in opravlja druge z zakonom ali aktom o ustanovitvi oziroma s statutom ali pravili zavoda določene zadeve.«

Svet zavoda je torej nadzorni organ, ki neposredno postavlja (oz. potrjuje) cilje poslovanja, saj sprejema finančni načrt. V kliniki Golnik je svet zavoda sestavljen iz sedmih članov: štirje so predstavniki ustanovitelja, en je predstavnik lokalne skupnosti, en je predstavnik ZZZS in en je predstavnik zaposlenih. Tudi pri vseh ostalih JZZ na sekundarni in terciarni ravni ima MZ večino predstavnikov. Ministrstvo za zdravje ima torej neposredno moč pri odločanju o finančnem načrtu zavoda, saj ima večino v svetu zavoda. Te vloge sveta zavoda se bomo dotaknili še v nadaljevanju.

Ker imamo opredeljeno nalogo vodstva in vlogo sveta zavoda ter lahko ustanovitelj prek sveta zavoda v celoti uresničuje svoje interese, ne razumemo potrebe po dodatnih administrativnih ovirah v obliki nekaterih zakonov, pravilnikov in uredb, ki jih navajamo v nadaljevanju.

3.2 PARTNERSKO DOGOVARJANJE

V sklopu partnerskega dogovarjanja naj bi se partnerji dogovorili o besedilu splošnega do-

govora (s prilogami) za posamezno pogodbeno leto. Partnerjev je osem in že od začetka krize, odkar ni več sredstev za širitev programov, je partnersko dogovarjanje bolj kot ne oblika brez prave vsebine. Od leta 2009 ni bilo v postopku partnerskega dogovarjanja s soglasjem partnerjev sprejetega nobenega pomembnejšega predloga, ki bi imel finančne posledice za sistem. Zaradi nesoglasij partnerjev pri dogovarjanju in pozneje na arbitraži o vseh pomembnejših spornih vprašanjih odloča vlada. Glede na zadnje podatke o poslovanju ZZZS, ki nakazujejo (trenutno) izboljšanje finančnega stanja, bo mogoče partnersko dogovarjanje spet bolj konstruktivno, saj je konsenz lažje doseči, ko je denarja dovolj.

Osnovno vprašanje ostaja, ali v Sloveniji plačujemo zdravstvene storitve ali zmogljivosti zdravstvenih ustanov. Odgovor je verjetno neke vmes. Odgovor na vprašanje, ali smo pripravljeni sprejeti sistem, v katerem denar v resnici sledi bolniku in so plačane le zdravstvene storitve (in ne zmogljivosti izvajalcev), pa je najverjetneje ne.

3.2.1 KALKULATIVNI ELEMENTI CEN ZDRAVSTVENIH STORITEV

V 8. členu Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2014 so navedeni elementi, ki se upoštevajo pri vrednotenju programov in oblikovanju cen zdravstvenih storitev:

- plače,
- materialni stroški,
- amortizacija,
- drugi prejemki zaposlenih po kolektivni pogodbi,
- zakonsko predpisane obveznosti izvajalcev programov.

Dejstvo, da izvajalci zdravstvenih storitev nismo prejeli sredstev za izplačilo tretje četrtine odprave plačnih nesorazmerij, kaže na to, da se določil Splošnega dogovora ne spoštuje. Navedena obveznost je zakonsko določena in skladno z 8. členom bi morala biti ta sredstva vkalkulirana v ceno zdravstvenih storitev.

Sredstva za amortizacijo so opredeljena v drugem odstavku 18. člena SD 2014, kjer piše:

» Vkalkulirana sredstva v cenah zdravstvenih storitev za amortizacijo se od 1. 5. 2009 znižajo za 20 %. Vkalkulirana sredstva za amortizacijo, z izjemo bolnišnične dejavnosti psihiatrije brez terciarja (130 341 E0051), se v cenah zdravstve-

nih storitev od 1. 1. 2013 selektivno znižajo za dodatnih 20 %.

Pri navedeni določi gre le za zniževanje cene zdravstvenih storitev brez konkretnejše podlage, saj se standardi zdravstvenih storitev niso znižali, oprema se ni pocenila, dosledno upoštevaje tega bi pomenilo le, da bodo JZZ imeli vedno bolj iztrošeno opremo. Torej gre res le za kalkulativen element in ne za znesek, ki bi odražal vrednost izračunano na podlagi nabavne cene opreme in amortizacijskih stopenj.

Ta dva primera kažeta na že navedeno dejstvo, da gre financiranje bolj v smer plačevanja zmožljivosti izvajalcev kot pa plačevanja zdravstvenih storitev.

3.3 ZAPOSLOVANJE

Zaradi zmanjšanih prihodkov v proračun je bil maja 2012 sprejet Zakon o uravnoteženju javnih financ (UL RS 40/2012). Omejitve zaposlovanja, sklepanja podjemnih pogodb in druge omejitve so obravnavane v členih 182–188. Zaposlovanje je skladno z navedenim zakonom možno le na podlagi soglasja sveta zavoda in Ministrstva za zdravje. Prav tako sta omejena sklepanje avtorskih in podjemnih pogodb ter delo dijakov in študentov. Določila zakona pa v določenih primerih nehoti povečujejo stroške dela.

Zakon ne prepoveduje nadurnega dela, prepoveduje pa dodatno zaposlitev in delo študentov (za oba zahteva soglasje). To v praksi pomeni, da brez soglasja dela ne sme opravljati študent, kar bi JZZ stalo pribl. 800 EUR, prav tako ta ne sme dodatno zaposliti novega sodelavca za določen čas, kar bi JZZ stalo pribl. 1.200 EUR, lahko pa obstoječim zaposlenim izplača nadure, kar JZZ stane pribl. 1560 EUR.

Dodatno postavljanje administrativnih okvir v tem kontekstu zagotovo sodi med birokratizem in ne pripomore k učinkovitosti, ampak jo celo preprečuje.

V 183. členu je določeno, da je zaposlovanje ne glede na veljavne standarde in normative za posamezne dejavnosti javnega sektorja in ne glede na sprejete kadrovske načrte, programe dela, poslovne in finančne načrte posameznega proračunskega uporabnika, kot jih določajo predpisi za posamezne dejavnosti javnega sektorja, dovoljeno le pod pogoji, ki jih določa ta zakon.

Finančni načrt je temeljni dokument, ki določa okvirje poslovanja v določenem letu in na pod-

lagi katerega svet zavoda ocenjuje uspešnost dela vodstva. V 183. členu pa smo uspešnost zbanalizirali na pridobivanje soglasij.

Predstavniki ustanovitelja imajo večino v svetu zavoda, torej lahko sprejmejo finančni načrt, ki je usklajen s cilji ustanovitelja. Omejitev zaposlovanja bi lahko svet zavoda dosegel s sprejetjem dovolj restriktivnega finančnega načrta.

V nadaljevanju podajamo primer nedorečenosti, ki za sabo potegne veliko nepotrebnega administrativnega dela.

Klinika Golnik posluje stabilno z minimalnim presežkom prihodkov nad odhodki. V tem kontekstu lahko poslovanje označimo kot uspešno. Svet zavoda je že ob sprejemu ZUJF podal soglasje za vse zaposlitve, dokler klinika posluje pozitivno in v okviru finančnega načrta. Težava nastane, ker se v poročilu o poslovanju prikazuje število zaposlenih po vsaj treh metodologijah.

Tabela 1: Število zaposlenih na kliniki Golnik

	Real. I-XII 2013	FN 2014	Real. I-VI 2014	Ocena real. I-XII 2014
Število vseh zaposlenih	455	454	458	454

Iz tabele izhaja, da ima klinika na dan 30. 6. 2014 tri zaposlene več kot na 31. 12. 2013 in štiri več kot v planu, zato je bilo potrebno za dodatno zaposlitev pridobiti soglasje sveta zavoda, saj je le-ta nad okvirjem iz finančnega načrta. V sledeči tabeli prikazujemo druge podatke iz polletnega poročila, in sicer gre za tabelo Spremljanje kadrov I. polletje 2014 (II.del).

Tabela 2: Izsek iz tabele Spremljanje kadrov I. polletje 2014 (II.del)

Vir financiranja	Število zaposlenih na dan 1. 1. 2014	Število zaposlenih na dan 1. 4. 2014	Število zaposlenih na dan 1. 7. 2014
11. Skupno število vseh zaposlenih (od 1. do 10. točke)	453,10	459,35	460,25
12. Skupno število zaposlenih pod točkami 1, 2, 3 in 6	383,42	383,11	383,07
13. Skupno število zaposlenih pod točkami 4, 5, 7, 8, 9 in 10	69,68	76,24	77,18

Iz tabele izhaja, da je število zaposlenih iz »osnovne« dejavnosti, to je iz pogodbe z ZZZS, celo nekoliko nižje, kot je bilo na dan 1. 1. 2014, vendar je skupno število višje za 7 zaposlenih. Še nekoliko drugačno sliko pokaže izkaz prihodkov in odhodkov za obdobje 1–6 2014.

Tabela 3: Izkaz prihodkov in odhodkov določenih uporabnikov za obdobje I–VI 2014, za leto 2013, finančni načrt za leto 2014 in ocena realizacije za leto 2014 (izsek)

Naziv podskupine kontov	ZNESEK				INDEKS	
	Real. I–XII 2013	FN 2014	Real. I–VI 2014	Ocena real. I–XII 2014	Real. I–VI 2014/ Real. I–XII 2013	Real. I–VI 2014/ FN I–XII 2014
Povpr. št. zaposlenih na podlagi delovnih ur v obrač. obdobju	455	454	449	454	99	99

Iz tabele izhaja, da je bilo v prvem polletju leta 2014 delo opravljeno s šestimi zaposlenimi iz ur manj kot v letu 2013 in s petimi zaposlenimi manj, kot je predvideval finančni načrt za leto 2104.

3.3.1 NAGRAJEVANJE ZAPOSLENIH

Skladno z 10. točko Dogovora o dodatnih ukrepih na področju plač in drugih stroškov dela v javnem sektorju za uravnoteženje javnih financ v obdobju od 1. junija 2013 do 31. decembra 2014 (UL RS 46 / 13) se redna delovna uspešnost tudi v letu 2014 ne izplačuje. Določilo je smiselno za JZZ, ki poslujejo negativno, saj rezultati poslovanja tega ne dopuščajo. Nagrajevanje zaposlenih pa ni možno niti v JZZ, ki poslujejo uspešno ter imajo sredstva za izplačilo delovne uspešnosti. Menimo, da je to na dolgi rok škodljivo in povzroča bistveno višje stroške zaradi nezavzetosti zaposlenih kot pa bi bil sam strošek izplačila delovne uspešnosti.

3.4 IZOBRAŽEVANJE

ZUJF v 185. členu predvideva prepoved sklenjanja pogodb o izobraževanju za pridobitev izobrazbe s svojimi zaposlenimi, razen če obveznost, da delodajalec sklene pogodbo o izobraževanju, ne izhaja iz posebnega predpisa ali kolektivne pogodbe.

To določilo je neprimerno (vsaj) za izvajalce zdravstvene dejavnosti na terciarni ravni. Pravilnik o pogojih in postopku za pridobitev

naziva klinika, klinični inštitut ali klinični oddelek (UL RS 72/06 in 59/09) je pravni akt, ki opredeljuje pogoje za pridobitev navedenih nazivov, in kot enega izmed pogojev navaja ravno zadostno število ustrezno izobraženih zaposlenih. V 5. členu je navedeno, da klinika, klinični inštitut ali klinični oddelek izvaja temeljne, uporabne in razvojne raziskave, raziskave za potrebe zdravstvenega varstva ter skrbi za razvoj vrhunskih raziskovalcev in raziskovalnega osebja. Vrhunski raziskovalec je vsekakor oseba z (vsaj) pridobljenim doktoratom znanosti.

V 6. členu med pogoji za opravljanje dejavnosti klinike, kliničnega inštituta ali kliničnega oddelka zasledimo, da mora imeti na 10 zaposlenih delavcev z univerzitetno izobrazbo vsaj eden naziv visokošolskega učitelja (redni profesor, izredni profesor, docent) ali znanstvenega delavca (znanstveni svetnik, višji znanstveni sodelavec, znanstveni sodelavec).

V prilogi 1 navedenega pravilnika so določena merila za ocenjevanje, ki točkujejo tudi izdelane magistrske in doktorske znanosti.

Služba vlade za zakonodajo v državnem zboru je izdala mnenje, da Pravilnika o klinikah ni mogoče šteti kot posebnega predpisa, kot ga opredeljuje ZUJF, in da torej na tej podlagi ne smemo sklepati pogodb o izobraževanju. Navedena predpisa sta si povsem nasprotujoča. V enem so določeni pogoji za pridobitev naziva klinika, v drugem pa je onemogočeno izpolnjevanje le-teh.

3.5 JAVNO NAROČANJE

Uredba o skupnem javnem naročanju (UL RS 36/13 in 41/14) določa predmete skupnega javnega naročanja Vlade Republike Slovenije (v nadaljnjem besedilu: skupno javno naročanje), pravila, izjeme od skupnega javnega naročanja in postopke za izvedbo skupnih javnih naročil. Uredba je bila sprejeta s ciljem znižanja cen blaga/storitev, ki bodo predmet skupnega javnega naročanja. V uredbi pogrešamo določilo ali pa vsaj usmeritev, da cene ne smejo biti višje od trenutnih cen, ki jih plačujejo JZZ za posamezno blago oz. storitev.

Za zagotovitev nižjih cen od obstoječih je možna uporaba instituta maksimalno dopustne cene, ki pa ga je nujno povezati z zagotavljenimi sredstvi za posamezno razpisno blago/storitev predmeta zadevnega skupnega javnega naročila.

Institut, s katerim si lahko naročnik zagotovi

nižjo oz. vsaj enako ceno, kot jo plačuje trenutno, je »maksimalno dopustna cena« (tega ga je v nekaterih javnih naročilih že uporabil UKC MB). Omenjenega instituta ZJN-2 (UPB UL RS 19/14) sicer ne pozna. Reviziji na dopustnost uporabe omenjenega instituta kažete, da je potrebno v primeru skupnega javnega naročila (ob predpostavki, da je predmet javnega naročila jasno določen, enak ter ustrezen za vse naročnike, ki ga potrebujejo) najprej zbrati podatke o trenutnih cenah, ki jih posamezni naročniki plačujejo za posamezno blago/storitev. Na podlagi zbranih podatkov se potem lahko določi maksimalno dopustna cena (ki pa je dejansko najnižja cena, ki jo plačuje eden izmed naročnikov). S tem se opravi analiza cen, ki trenutno veljajo za predmet javnega naročila na trgu, in služi tudi za izračun ocenjene vrednosti javnega naročila.

Kot že omenjeno zgoraj pa je maksimalno dopustno ceno posameznega razpisanega blaga/storitev ter razpisano količino le-teh nujno povezati z zagotovljenimi sredstvi za predmet zadevnega skupnega javnega naročila. Zagotovljena sredstva predstavljajo znesek, ki ga ima naročnik na svojih proračunskih postavkah predvidenega in pripravljenega za plačilo obveznosti, ki bodo izvirala iz pogodbe o izvedbi javnega naročila.

Kot vidimo, je mogoče uredbo spraviti v življenje tako, da bodo prihranili vsi JZZ, ne le nekateri. Na to želimo posebej opozoriti, saj smo do sedaj prejeli več »birokratskih« obrazložitev, da bodo nekateri JZZ verjetno res morali plačevati več, da pa bo na nivoju države skupen znesek nižji.

3.6 PRAVILNIK O NAJDALJŠIH DOPUSTNIH ČAKALNIH DOBAH ZA POSAMEZNE ZDRAVSTVENE STORITVE IN O NAČINU VODENJA ČAKALNIH SEZNAMEV

Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov (UL RS 63/2010) določa najdaljše dopustne čakalne dobe za posamezne zdravstvene storitve, postopek vpisa in prednostne kriterije za uvrščanje pacientov v čakalni seznam ter način vodenja čakalnih seznamov pri izvajalcih zdravstvenih storitev v mreži javne zdravstvene dejavnosti.

Opozoriti želimo na dve določili pravilnika, ki sta določeni na izvedbeno neprimeren način.

Preseganje najdaljše dopustne čakalne dobe je v osnovi problem zavarovalnice, saj le-ta očitno ne zagotavlja dovolj velikega števila storitev za svoje zavarovance. Pravilnik določa, da je potrebno pacienta v primeru preseganja najdaljše dopustne čakalne dobe napotiti drugam oz. zabeležiti, da želi kljub preseganju najdaljše dopustne čakalne dobe storitev pri izbranem izvajalcu. Izvajalcem se torej nalaga iskanje razpoložljivih zmogljivosti pri drugih izvajalcih. Še vedno pa se lahko zgodi, da nihče od izvajalcev ne ponuja storitve v okviru dopustne čakalne dobe. Navedeni problem preseganja najdaljših dopustnih čakalnih dob bi elegantneje rešili s plačevanjem po opravljenih storitvah, ki ni navzgor omejeno.

Druga manj smiselna določba je v 11. členu pravilnika, kjer je v petem odstavku določeno da v primeru neizvedbe zdravstvene storitve, določene v tem členu, izvajalec na prosti termin opravi zdravstveno storitev naslednjemu pacientu, določenem v čakalnem seznamu. To določbo je v praksi nemogoče izvrševati na točno predpisan način. Kot primer vzemimo pulmoško ambulanto, kjer je naročenih 20 pacientov na dan, čakalna doba pa je dva meseca, to pomeni, da je v čakalni vrsti 400 pacientov. Če v povprečju 1 pacient na dan odpove prihod, to predstavlja neobvladljivo množico klicev in prestavljanja terminov pregledov. Kako točno naj bi klicali vse čakajoče in jih za en termin naprej prestavljali, si ne predstavljamo. Tudi z vidika pacienta je večkratno prestavljanje termina pregleda moteče.

4. ZAKLJUČEK

Zdravstveni sistem je urejen z množico zakonov, del katerih je nepotreben, saj lahko ustanovitelj (RS oz. MZ kot resorno ministrstvo) neposredno izvaja lastniško funkcijo prek svetov zavodov, v katerih ima večino, in ni potrebe po pretirani regulaciji skozi zakonodajo.

Vodenje javnih zavodov je vedno bolj zreducirano na kljukanje alinej raznih zakonov in podzakonskih aktov, pridobivanje soglasij za najosnovnejše stvari, npr. zaposlitev ali študentsko delo, in ne na učinkovito vodenje, kjer štejejo rezultati.

Vsemu navkljub so v Sloveniji tudi JZZ, ki v danih razmerah poslujejo zelo dobro, tako strokovno kot tudi poslovno. Vodstva JZZ si želimo predvsem lastnika z vizijo, večje pristojnosti (posledično tudi odgovornosti) pri vodenju ter

možnost za nagrajevanje uspešnih sodelavcev.

Zdravstveni sistem obstaja zaradi zadovoljevanja potreb državljanov po zdravstvenem varstvu. Na nas kot delu sistema pa je odgovornost, da to naredimo na čim bolj učinkovit način. Na MZ je, da pripravi ustrezen pravni okvir in nadzira spoštovanje le-tega, na zavarovalnicah, da plačujejo storitve za svoje zavarovance v obsegu, kot jih zavarovanci potrebujejo, in ne glede na trenutno stanje na računu, na izvajalcih pa, da izvajajo zdravstvene storitve v obsegu sklenjene pogodbe skladno s pravili stroke in na čim bolj ekonomičen način.

Viri

1. *Dogovor o dodatnih ukrepih na področju plač in drugih stroškov dela v javnem sektorju za uravnoveženje javnih financ v obdobju od 1. junija 2013 do 31. 12. 2014*, UL RS 46/13
2. *Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov*, UL RS 63/2010
3. *Pravilnik o pogojih in postopku za pridobitev naziva klinika, klinični inštitut ali klinični oddelek* (UL RS 72/6, 49/9)
4. *Slovar slovenskega knjižnega jezika [Elektronski vir], Slovenska akademija znanosti in umetnosti [in] Znanstvenoraziskovalni center Slovenske akademije znanosti in umetnosti, Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU; avtorji in sodelavci Anton Bajec ... [et al.]. - El. knjiga. - Ljubljana : Založba ZRC, 2000*
5. *Uredba o skupnem javnem naročanju*, UL RS 36/13 in 41/14
6. *Zakon o javnem naročanju (ZJN 2)*, UPB UL RS 19/14
7. *Zakon o uravnoveženju javnih financ*, UL RS 40/2012
8. *Zakon o zavodih*, UL RS, št. 12/1991
9. *Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije. 2013. Podatki in kazalci poslovanja zdravstvenih zavodov Slovenije. Interno gradivo, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije.*
10. *Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije. 2014. Podatki in kazalci poslovanja zdravstvenih zavodov Slovenije. Interno gradivo, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije.*
11. *ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. 2014. Splošni dogovor za pogodbeno leto 2014. Dostopno na; <http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf /o/9D6CB363A4D730A9C1257C8D00386FC6?OpenDocument>*

Željko Ćurić in Katarina Veselko

O. K. Consulting



Ustrezen pristop – ključ do uspešne komunikacije in kvalitetnega življenja

Povzetek

Za uspešno komunikacijo in kvalitetno življenje ni sta pomembna samo znanje in veščina, pač pa tudi ustrezen pristop. Naš pristop določa naš referenčni okvir – bazična prepričanja o treh glavnih področjih v življenju: JAZ, DRUGI in SVET. Glede na odnos do sebe in drugih vsak človek zavzame eno od štirih temeljnih življenjskih pozicij. Te so: pozicija manjvrednosti (- +), pozicija večvrednosti (+ -), pozicija obupa (- -) ali pozicija realnosti (+ +). Za kvalitetno življenje in delo je edina ustrezna pozicija realnosti, v kateri se nehamo ukvarjati z občutkom lastne vrednosti in se lahko ukvarjamo z vsebino.

Abstract

To communicate effectively and live a quality life we need more than knowledge and skills – we need an appropriate attitude. Our attitude is defined by our frame of reference – our basic beliefs about ourselves, others and the world. In regards to our attitude towards ourselves and towards others we employ one of four basic life positions: inferiority (- +), superiority (+ -), despair (- -) or reality (+ +). To live and work successfully the only appropriate position is reality, where we are not concerned with our self-worth and can freely deal with the content.

Za kakovostno opravljanje kateregakoli dela potrebujemo ljudje določena znanja, veščine in pristop¹. Znanje osvajamo s pomočjo učenja – izobražujemo se v šolah in na tečajih, beremo knjige, brskamo po internetu. Ko želimo naučeno znanje preizkusiti v praksi, urimo svoje veščine. Učenju veščin lahko rečemo tudi trening, ko določeno aktivnost izvajamo večkrat zaporedoma, odpravljamo napake in jo ponavljamo, dokler je ne usvojimo. Za usvojitev določenega znanja praviloma potrebujemo precej manj časa kot za usvojitev določene veščine. Pomembna veščina, ki jo dandanes pri delu uporabljajo skoraj vsi zaposleni, je veščina učinkovitega komuniciranja.

Vendar nam tudi vrhunsko komunikacijsko znanje in veščine ne pomagajo veliko, če nimamo ustreznega pristopa. Ravno naš pristop je tisti, ki kroji naše obnašanje na vseh področjih v življenju. V nadaljevanju se bomo ukvarjali prav s tem, kako ljudje doživljamo sami sebe, druge in svet, v katerem živimo, torej kakšen je naš pristop in odnos do sebe, do drugih in do sveta, v katerem smo.

Da smo si ljudje med seboj različni, ni nič novega. Vsak človek ima svojo osebnost, ki določa, kako se obnaša v tem svetu. Del te osebnosti je tudi referenčni okvir² – filter, skozi katerega precedimo vse informacije, ki jih sprejemamo. O tem govori metafora, da vsak gleda na svet skozi svoja edinstvena očala. Ta očala obarvajo vse, kar vidimo, zato lahko dve osebi v enaki situaciji le-to zelo različno doživljata. Nihče realnosti ne zaznava točno takšne, kakršna je, saj jo vsak dojema skozi svoj referenčni okvir, ki določene informacije izbriše, popači ali posploši.

Referenčni okvir je temeljna struktura, na kateri sloni celoten človekov sistem doživljanja in prepoznavanja realnosti, v kateri živi. To je notranji psihološki zemljevid, na podlagi katerega se človek znajde v svetu in sam s sabo. Zavedati se moramo, da »zemljevid ni pokrajina«, kot je zapisal Alfred Korzybski; naša slika realnosti torej ni realnost sama³. Vsak človek ima svoj zemljevid sveta, ki ga je narisal na podlagi svojih izkušenj in sporočil od pomembnih drugih. Osnovni oris zemljevida se oblikuje že zelo zgodaj v otroštvu in je zato pod precejšnjim vplivom naših staršev, ki so prvi, ki nas učijo o tem, kakšni smo mi, kakšni so drugi ljudje in kakšen

je svet okoli nas⁴. Pomembno se je zavedati, da so lahko v različnih situacijah ustrezni različni zemljevidi in da zato zemljevid, ki smo ga oblikovali v otroštvu, morda ni več ustrezen. Situacija se je spremenila, mi smo se spremenili, zato je potrebno v odraslosti včasih preveriti vsebino našega referenčnega okvirja in ga prilagoditi realnosti.

Tri pomembna področja referenčnega okvirja določajo velik del našega doživljanja: jaz, drugi in svet. Referenčni okvir sestavljajo naša temeljna prepričanja o tem, kdo in kakšni smo mi, kdo in kakšni so drugi ter kakšno je naše življenjsko okolje⁵.

JAZ je področje, v katerem ima človek definirane vzorce, kako doživlja sebe kot človeka, koliko spoštuje samega sebe, koliko se ima rad in kako doživlja sebe kot osebo v primerjavi z drugimi.

Ljudje lahko sami sebe doživljamo na celotni dimenziji od zelo negativne slike o sebi do zelo pozitivne; od enega ekstrema, kjer sami sebe doživljamo kot ničvredne, nekompetentne ali žrtve do drugega ekstrema, kjer sebe doživljamo kot najboljše, najbolj kompetentne, skoraj že kot bogove. Večina ljudi sebe doživlja nekje med opisanima ekstremoma, kar je za življenje tudi najbolj funkcionalno.

DRUGI je področje, v katerem so shranjeni vzorci, kako človek doživlja druge ljudi in kakšni so oni v primerjavi z njim.

Ljudje tudi druge lahko doživljamo na celotni dimenziji od enega ekstrema, kjer druge doživljamo kot nevredne, nekompetentne ali slabe do drugega ekstrema, kjer druge doživljamo kot najboljše in kot polbogove, in seveda vse, kar je vmes.

SVET je področje doživljanja sveta, v katerem živim. Gre za vzorce, zapisane v našem referenčnem okvirju, na podlagi katerih doživljamo svet, v katerem živimo. Tudi svet lahko posameznik doživlja na celotni dimenziji od enega ekstrema, kjer je svet bojišče, pogorišče, pekel itd. do drugega ekstrema, kjer je svet raj, paradiz, kraj neomejenih možnosti. Najbolj funkcionalno je, da svet doživljamo kot razgiban, raznolik kraj, kjer se dogajajo tako dobre kot tudi slabe stvari.

Nasploh lahko o referenčnem okvirju rečemo, da je katerikoli vzorec, ki je zelo enoznačen in kategoričen, lahko problematičen. Če nekdo na

1 O'Connor in Seymour, Training with NLP (1994), str. 51.

2 Schiff in dr., The Cathexis Reader (1975), str. 51–54.

3 O'Connor in Seymour, Introducing NLP (1990), str. 4.

4 Steiner, Scripts people live (1990), str. 69–76.

5 Schiff in dr., The Cathexis Reader (1975), str. 51–54.

primer verjame, da so ljudje volkovi, ki samo čakajo na priložnost, da se kot čreda spravijo na nemočnega posameznika, bo zagotovo naletel na situacije, v katerih bo lahko potrdil svoje prepričanje. Hkrati pa bo veliko situacij, v katerih bo brez pravega razloga preveč previden, nezaupljiv in prestrašen, saj bo pričakoval napad iz zasede tudi od ljudi, ki so mu naklonjeni. Nekdo drug, ki je na primer prepričan, da je življenje raj, v katerem so vsi ljudje angeli in se dogajajo samo dobre stvari, se bo tako tudi obnašal. Pogosto bo nasmejan in srečen, saj je v raju zares lepo živeti. Verjetno pa bo tudi pretirano naiven in zaupal celo ljudem, ki ga bodo očitno poskušali prevarati, ogoljufati ali mu škoditi, in tako utrpel marsikatero nevšečnost, ki bi se ji lahko izognil, če bi videl realno sliko.

Ljudje smo si med seboj različni in prav tako situacije, v katerih se znajdemo. Obnašati se, kakor da so vsi ljudje volkovi ali kot da je svet paradiž, je podobno, kot če bi se v vsakem mestu sveta poskušali najti s pomočjo zemljevida svojega domačega kraja. »Vse življenje že uporabljam ta zemljevid in vedno mi je dobro služil,« bi rekli in se trudili prilagoditi mesto, v katerem smo se znašli, da bi se le prilegalo našemu zemljevidu. Vsakomur je jasna nesmiselnost tega početja. Česa takšnega nihče ne bi storil za zemljevid mesta ali pokrajine – pa vendar to zelo pogosto počnemo z našimi psihološkimi zemljevidi.

Naši psihološki zemljevidi, torej naša temeljna prepričanja o sebi, drugih in svetu, so zelo odporna na spremembe⁶. Ljudje smo se za svoje zemljevide pripravljali boriti – četudi so že davno zastareli in nam nič več ne pomagajo, da bi se bolje znašli v svetu. Predstavljajo nam nekaj domačega, kar poznamo in kjer se lahko znajdemo. Zato se včasih raje pretvarjamo, da smo še vedno na znanem domačem terenu, kakor da bi se soočili z novostmi sveta okoli nas, zaradi katerih bi morali na novi narisati kakšen zemljevid ali pa se nekaj časa najti kar brez njega. Namesto da bi si ustvarili nova prepričanja, ki bolj ustrezajo naši trenutni realnosti, ostajamo pasivni in se oklepamo starih nefunkcionalnih vzorcev. To si omogočimo tako, da nekatere informacije, ki ne ustrezajo našim prepričanjem, preprosto prezremo, redefiniramo ali izničimo njihovo pomembnost⁷.

Delovanje referenčnega okvirja je lepo vidno tudi v komunikaciji, kjer oseba iz svojega re-

ferenčnega okvirja da sporočilo drugi osebi, ki sporočilo sprejme v okviru svojega referenčnega okvirja. Sporočilo bo ustrezno razumljeno (sprejemnik bo razumel sporočilo tako, kot ga je želel podati oddajnik) le v primeru, ko imata ti dve osebi kompatibilen referenčni okvir (dovolj podoben). Lahko si predstavljamo, da so razlike v referenčnih okvirjih med posamezniki izvor mnogih nesporazumov in konfliktov, saj na svetu ni dveh oseb, ki bi se v svojih referenčnih okvirjih povsem ujemale. Obstaja pa še druga možnost. Oddajnik lahko ugotovi, kakšen je referenčni okvir sprejemnika, in se temu pri dajanju sporočil prilagaja⁸. Tudi v tem primeru bo sporočilo doseglo svoj namen. Zato je zelo pomembno poznavanje lastnega referenčnega okvirja, hkrati pa ga je včasih dobro tudi kaj spreminjati, če ugotovimo, da v določenih elementih ni ustrezen. Vsak posameznik ima možnost, da razmišlja, reagira neposredno na realnost in svoj referenčni okvir »preskuša«⁹. To sicer ni preprosto, vendar lahko precej prispeva h kvaliteti našega življenja. Poleg tega se je pomembno ukvarjati z referenčnimi okvirji drugih (sodelavcev, strank, prijateljev...), saj bomo tako bolj ustrezno komunicirali.

Če upoštevamo, da je naš referenčni okvir relativno stabilna struktura, si lahko predstavljamo, da lahko ključno vpliva na naš uspeh na vseh življenjskih področjih in seveda tudi v odnosih z drugimi. Nekdo z zadostnim komunikacijskim znanjem in večino bo ob neprijetnem referenčnem okvirju vseeno pogosto komuniciral povsem neustrezno. Za pristop v komunikaciji sta pomembni predvsem področji *JAZ* in *DRUGI*.

O tem govori model *življenjskih pozicij*¹⁰. To je model, skozi katerega lahko razumemo, kakšen imamo odnos do sebe in do drugih ter posledično, kako bo potekala naša komunikacija v odnosu z drugimi. Življenjske pozicije so plod odločitve v zgodnjem otroštvu, ko na podlagi starševskih sporočil, izkušenj s svetom in lastnega dožemanja pomembnih življenjskih dogodkov zaključimo o lastni vrednosti in o vrednosti drugih ljudi.

Obstajajo štiri vrste življenjskih pozicij, vse pa vključujejo pripisovanje pomembnosti in vrednosti (+) ali odpisovanje pomembnosti in vrednosti (-) sebi (*JAZ*) in drugim (*TI*):

8 O'Connor in Seymour, *Introducing NLP* (1993), str. 19–23.

9 Berne, *Transactional Analysis in Psychotherapy* (1996), str. 35.

10 Harris, *I'm OK - You're OK* (1973), str. 60–77.

6 Harris, *I'm OK - You're OK* (1973), str. 60–67.

7 Stewart in Joines, *TA Today* (1996), str. 188–191.

- jaz nisem O. K., ti si O. K. (- +) pozicija: kompleks manjvrednosti
- jaz nisem O. K., ti nisi O. K. (- -) pozicija: pozicija pasivnosti, depresije, obupa
- jaz sem O. K., ti nisi O. K. (+ -) pozicija: kompleks večvrednosti
- jaz sem O. K., ti si O. K. (+ +) pozicija: pozicija realnosti

Osnovna predpostavka, iz katere izhajamo, je, da so *ljudje po naravi v redu*¹¹. To pomeni, da se otroci rodijo z osnovnim občutkom, da je njihovo telo in življenje vredno in pomembno. Skozi proces vzgoje pa v prvih letih življenja otrok sprejme odločitev o tem, koliko je vreden in pomemben on in koliko ljudje okoli njega. Ta odločitev je nezavedna in neverbalizirana, saj je pogosto sprejeta že preden je otrok sposoben ubesediti svoje doživljanje¹².

Kot omenjeno, na to zgodnjo odločitev vpliva vzgoja, ki smo je deležni, sporočila in odnos, ki ga starši (ali za otroka pomembni ljudje) z otrokom vzpostavijo. V primeru, da starši otroku sporočajo, da je nesposoben, bo otrok zelo kmalu tudi zares verjel, da je dejansko nesposoben. To mnenje pa bo ohranil tudi, ko bo že odrasla oseba. Situacija bo popolnoma nasprotna, če bo otrok dobival sporočila o svoji sposobnosti. Tak otrok bo verjel, da je sposoben in bo to ohranil tudi v odrasli dobi. Referenčni okvir, ki ga dobimo skozi otroštvo, je baza - temelj za nadaljnje življenje.

To pa ne pomeni, da ga pozneje ne moremo spreminjati, vendar moramo ozavestiti, kakšnega imamo in v katero smer ga želimo spremeniti. Spreminjanje življenjskega okvirja je lahko dolgotrajen proces in zahteva veliko dela na sebi¹³.

Vsak človek ima svojo priljubljeno življenjsko pozicijo, v kateri preživi večino svojega časa. To je tista pozicija, za katero se je odločil v zgodnjem otroštvu. Tej poziciji rečemo bazična *življenjska pozicija*. Vseeno pa vsakdo kdaj zavzame tudi katerokoli od preostalih treh življenjskih pozicij – te so torej občasne pozicije. V nadaljevanju se bomo posvetili raziskovanju, kako je videti doživljajski svet oseb z določeno življenjsko pozicijo.

Minusplus pozicija (*jaz nisem v redu, ti si v redu*) je pogosto rezultat stroge tradicionalne vzgoje, v kateri prevladujeta kritika in kazen, malo pa

je pohval¹⁴. Otrok opazi, da je majhen, nemočen, da ne zmore dosehati vsega, kar se od njega pričakuje, ter da so starši z njim večinoma nezadovoljni. Starše po drugi strani vidi kot velike, močne, sposobne, skratka: v redu. Tako zaključí, da tak, kakršen je, ni vreden, da je ljubljen ali da sploh obstaja. Za to, da preživi, se mora prilagoditi staršem, od katerih je odvisen, in izpolnjevati njihove želje in pričakovanja, ki so pomembnejša od njegovih lastnih¹⁵.

Ljudje, ki trpijo za manjvrednostnim kompleksom, večino življenja preživijo v tej poziciji. Sami sebi odpišejo vrednost, sposobnost ali pomembnost na podlagi nekih (neželenih) lastnosti, ki jih imajo; ali pa lahko drugim pripišejo večjo vrednost, sposobnost ali pomembnost, kot jo realno imajo. Razlog za odpisovanje lastne vrednosti je lahko praktično karkoli: barva kože, spol, spolna orientacija, socialno-ekonomski status, izobrazba, starost, avto, ki ga vozimo, šolski uspeh naših otrok, zunanji videz, skratka, karkoli, kar nam na nas ni všeč in zaradi česar zaključimo, da smo v primerjavi z drugimi manjvredni. V tej poziciji je življenje precej neprijetno, saj se lahko ves čas počutimo kot uboga nemočna žrtev ter odgovornost za svoje življenje prepustimo drugim.

Občasno to pozicijo doživimo, kadar ugotovimo, da imamo na nekem področju šibko točko. Ker smo vsi ljudje, vsi delamo napake in imamo določene šibke točke ali neželene lastnosti, nihče ni odporen na občasne občutke manjvrednosti. Problem pa je, če tako preživimo večino svojega življenja – neprijetne občutke zato pogosto poskušamo omiliti z iskanjem instant olajšanja. Tako nastajajo odvisnosti, pa ne samo od alkohola in drog, pač pa tudi na prvi pogled manj nevarne nekemične odvisnosti od katerekoli aktivnosti, ki prinaša užitek. Mnogo bolje od tega, da poskušamo postati neobčutljivi za neprijetne občutke, je, da spremenimo svojo življenjsko pozicijo in tako dvignemo kvaliteto svojega življenja.

Plusminus pozicija (*jaz sem v redu, ti nisi v redu*) je večvrednostni kompleks. Za nastanek te pozicije sta v grobem dve možnosti. Ena možnost je rezultat odločitve maltretiranega otroka, ki ga starši fizično zlorabljajo. Takšen otrok ugotovi, da živi v nevarnem svetu, kjer so njegovi starši izvor njegovih bolečin. Otrok zaključí, da mu drugi ljudje povzročajo bolečine in to-

11 Steiner, *Scripts people live* (1990), str. 2.

12 Steiner, *Scripts people live* (1990), str. 69–70.

13 Harris, *I'm OK – You're OK* (1973), str. 78–88.

14 Milivojević in dr., *Mala knjiga za velike starše* (2008), str. 90–96.

15 Harris, *I'm OK – You're OK* (1973), str. 67–69.

rej niso v redu. Hkrati pa začne iskati načine, da sam sebe potolaži in skrbi zase. Ugotovi, da je kljub vsemu, kar se mu dogaja, on še vedno živ in da lahko preživi, če poskrbi zase; on je v redu. Takšni ljudje drugim odpisujejo vrednost in pomembnost – jaz sem v redu, drugi pa so ničvredni¹⁶.

Druga možnost, ki je v današnjem času pogostejša, pa je rezultat odločitve razvajenega otroka. To je pogosto otrok staršev z manjvrednostnim kompleksom, ki se odločijo, da njihov otrok ne bo trpel nobenega pomanjkanja in da se bo vedno počutil ljubljenega. Od otroka malo zahtevajo, ga nikoli ne kritizirajo in ga hvalijo že samo zato, ker je živ; na kratko, ga *obožujejo*. Temu pravimo *pedocentrična vzgoja*, kjer se ves družinski svet vrti okoli otroka. Vzgajajo male prince in princeske, male bogove, ki so najpomembnejši člani družine¹⁷. Takšen otrok ima o sebi zelo visoko mnenje. Čeprav drugim načelno ne odpisuje vrednosti, sebe toliko povečuje, da ponovno dobimo kompleks večvrednosti.

Tako kot pri kompleksu manjvrednosti je tudi tu razlog za odpisovanje lahko karkoli – barva kože, spol, spolna orientacija, socialno-ekonomski status, izobrazba, starost, avto, ki ga vozimo, šolski uspeh naših otrok, zunanji videz, skratka, karkoli, zaradi česar zaključimo, da smo boljši od drugih ljudi in da smo v primerjavi z njimi večvredni. To je pozicija nestrpnosti do drugačnih od nas, iz katere izvirajo predsodki, in tudi pozicija, na kateri temelji večina šal. Vsi ljudje občasno zavzamemo to pozicijo – če ne drugače, ko se smejimo vicem o blondinkah, policistih, Črnogorcih, Gorenjcih, politikih ... Na podlagi nekega atributa (barve las, poklica, nacionalnosti) celotni skupini ljudi odpišemo pamet, sposobnost, delavnost in podobno.

Ljudje, ki večino svojega časa preživijo v tej poziciji, pogosto ne zaznajo, da imajo problem. Vsaj ne problema sami s sabo – lahko imajo kvečjemu problem z drugimi, ki so (v njihovih očeh) tako neumni in nesposobni, da se ne zavedajo njihove večvrednosti. Vendar tudi ti ljudje lahko zelo žalostno končajo, saj ne zmorejo vzpostaviti pristnih medčloveških odnosov. Psihološko zdrave osebe le nerade preživljajo čas z njimi, saj jih obravnavajo kot manj vredne od sebe, zato se pogosto zgodi, da ostanejo »mali bogovi« sami in pozabljeni.

Najbolj problematična za posameznika pa je

pozicija **minusminus** (jaz nisem v redu, ti nisi v redu). To je pozicija depresije, obupa, nemoči in pasivnosti. Razvije se lahko, če otrok od staršev ne dobi dovolj pozornosti ne glede na to, kaj naredi¹⁸. V tem pogledu je kakršnakoli pozornost boljša od ignoriranja – celo fizično nasilje in zlorabljanje je boljše od zanemarjanja, saj ima otrok vsaj občutek, da obstaja¹⁹. Ignoriranje, ki je v Sloveniji pogost način kaznovanja, pa otroku sporoča: »Zame ne obstajaš.« Če otrok ugotovi, da za svoje starše ne obstaja in da ne more narediti ničesar, da bi pridobil njihovo pozornost, lahko zaključi, da niti on niti drugi ljudje niso v redu. Temu sledi odločitev, da bi bilo bolje, če ga sploh ne bi bilo. To imenujemo tudi zgodnja *samomorilska odločitev*, ki je odločilnega pomena za to, kako se bo ta oseba soočila z velikimi stiskami v življenju. Nekdo, ki je kot otrok zaključil »bolje je, da me ni,« bo ob težkih življenjskih preizkušnjah bolj verjetno izgubil upanje, razvil hudo obliko depresije ali celo naredil samomor.

Osebe, ki večino svojega življenja preživijo v tej poziciji, imajo najnižjo kvaliteto življenja od vseh in pogosto svoje življenje zaključijo prerano. To ne pomeni nujno, da si vzamejo življenje, lahko se tudi ukvarjajo s tveganimi aktivnostmi, se »postopoma uničujejo« ali pa preprosto živijo, ne da bi zares živeli in (metaforično) umrejo, še preden so zares umrli. Ti ljudje ne živijo, pač pa *preživljajo*, in najpogosteje potrebujejo strokovno pomoč. Problem je, da je sami ne poiščejo, saj nimajo upanja, da bi jim karkoli lahko pomagalo in da bo kdajkoli bolje. Vendar je takšno prepričanje napačno – življenjska pozicija je rezultat *odločitve* in lahko se odločimo drugače. Zelo težko pa to odločitev spremenimo sami. Zato je ključnega pomena, da jim pomoč poiščejo njihovi bližnji, preden je prepozno.

Vse doslej opisane življenjske pozicije so najpogosteje nezavedne, odločitve o njih pa so sprejete v preverbalni fazi²⁰. Zadnja, **plusplus pozicija** (*jaz sem v redu, ti si v redu*), pa je pogosto odraz kasnejše odločitve, saj odraža realnost normalno razvite odrasle osebe, ki lahko razmišlja in je samostojna. Imenujemo jo tudi *zdrava pozicija* ali *pozicija realnosti*, saj je to edina pozicija, v kateri lahko oseba vklopi svojo sposobnost analize in reagira neposredno na tukaj in zdaj. Če se v vseh drugih pozicijah posameznik ukvarja predvsem sam s sabo in z lastno vrednostjo, se v poziciji realnosti lahko posveti trenutni situa-

16 Harris, I'm OK – You're OK (1973), str. 72–73.

17 Milivojević, Mala knjiga za velika starše (2008), str. 77–80.

18 Harris, I'm OK – You're OK (1973), str. 69–71.

19 Berne, Games people play (1964), str. 4–8.

20 Harris, I'm OK – You're OK (1973), str. 74–77.

ciji in drugi osebi, s katero komunicira.

Pogosta je zabloda, da *jaz sem v redu, ti si v redu* pomeni, da moramo imeti radi vse ljudi in da so vsi ljudje dobri in nam želijo dobro. To ne drži – nekateri ljudje nam bodo želeli škoditi, nekaterih ljudi nimamo radi, nekateri nam niso všeč. Gre preprosto za to, da vsakemu človeku priznamo *človeško dostojanstvo* – pravico, da živi in da je človek. Lahko je nepošten, lahko laže, lahko nam želi škoditi; vseeno pa v naših mislih ostaja *človek*. Ne prasec, idiot, kreten, žival, gnoj, golazen, pač pa človek.

Hkrati pa pozicija realnosti vsebuje tudi trditev: *jaz sem v redu*. To pomeni brezpogojno samosprejemanje in samoljubezen. To pomeni, da ne glede na to, da mi morda nekatere moje lastnosti niso všeč, da mi ni všeč, kakšno je moje življenje, o sebi verjamem, da sem vreden, da živim in da sem ljubljen. Ne glede na vse. Brezpogojno. Samo, če imamo sami sebe radi prav takšne, kakršni smo v tem trenutku, z vsemi svojimi dobrimi in slabimi lastnostmi, z uspehi in napakami, ki smo jih naredili, z vsem, kar imamo in česar nimamo, lahko ohranjamo stabilno plusplus pozicijo in živimo zares kvalitetno življenje.

Pogosto pa srečamo posameznike, ki živijo po principu: »V redu sem, če ...« ali »V redu bom, ko ...« - skratka pogojujejo ljubezen do sebe. To pogosto počnemo povsem nezavedno, saj se, dokler je pogoj izpolnjen, počutimo povsem dobro. Problem nastane šele, ko nekega pogoja ne izpolnjujemo – takrat se počutimo manjvredne. To imenujemo **pogojna pozicija**²¹. Pogojno pozicijo razvijemo tako, da poslušamo starše, ki nam govorijo, kaj moramo narediti, da nas bodo imeli radi in skrbeli za nas. Otrok je od staršev življenjsko odvisen, zato grožnje v smislu: »Če ne boš priden, te bomo dali ciganom,« zazna kot dejansko nevarnost odtegnitve ljubezni in ogroženosti lastnega življenja. Ker majhen otrok še nima razvite stabilne identitete, mu odobravanje staršev pomeni, da je v redu, medtem ko mu njihovo neodobravanje sporoča, da je z njim kot osebo nekaj narobe in da ni v redu. Hitro odkrije, da mu določena vedenja prinašajo odobravanje in s tem občutek, da je vreden, pomemben in ljubljen, druga pa ravno obratno. Starši se temu lahko izognejo tako, da ne povezujejo svojih zahtev z otrokovo pravico do ljubezni in obstoja. Sicer otrok zaključi: »V redu sem, če ...«. Pogoji so lahko zelo različni – nekaj najpogostejših je na primer²²:

»V redu sem, če ustrezem drugim.«

»V redu sem, če sem močan / ne pokažem šibkosti.«

»V redu sem, če sem popoln / če ne delam napak.«

»V redu sem, če trdo delam / se močno trudim.«

Predstavljamo si lahko, da teh pogojev ne moremo vedno izpolniti in da lahko v trudu, da bi sledili tem navodilom, pozabimo na druge pomembne stvari, ki vplivajo na kvaliteto našega življenja. Vendar oseba s pogojno pozicijo vseeno naredi vse, da izpolni pogoj; neprijetnost občutka lastne manjvrednosti je namreč močnejša od večine drugih oblik motivacije. Nič ni narobe, če si prizadevamo biti koristni drugim, biti močni, popolni ali delavni, vendar je pomembno, da se zavedamo, da to ni vedno mogoče. V trenutkih, ko ne moremo narediti vsega, se zavemo tega, da smo vendarle ljudje in da ljudje niso vedno močni, popolni, koristni in delavni. Včasih se zlomimo, delamo napake, poskrbimo zase in ne za druge in se zabavamo, ko bi lahko delali, pa to ne pomeni, da smo manj vredni.

Če želimo živeti uravnoteženo in kvalitetno življenje, če želimo biti srečni, je ključnega pomena, da odkrijemo in odpravimo svoje pogoje. Naši pogoji so naše šibke točke, a hkrati jasna navodila, kako živeti, da si zaslužimo biti na tem svetu, zato se jim je težko odpovedati. Bojimo se, da brez njih ne bomo več znali živeti – tako kot se oseba s svojim starim zemljevidom boji, da se v novem mestu brez njega ne bi znašla. Pomembno je, da ugotovimo, da nismo več odvisni od zastarelih navodil, ki so nam jih za popotnico dali naši starši. Zdaj smo odrasle osebe in lahko sprejemamo samostojne odločitve o tem, kaj želimo verjeti in kako želimo živeti. Svoja prepričanja, ki v realnosti ne delujejo, lahko spremenimo, svoje pogoje opustimo in svojo temeljno življenjsko pozicijo lahko zamenjamo. Lahko si narišemo nov zemljevid.

Kako to narediti? Ena najučinkovitejših tehnik za spremembo lastnega referenčnega okvirja je sprememba samogovora²³. To pomeni, da se začnemo drugače pogovarjati sami s seboj. Da se začnemo poslušati in vsakokrat, ko sebi ali drugim zaradi nečesa odpišemo vrednost, vklopimo razum in pomislimo – ali je res tako? Ali sem res vreden, vredna manj, če pokažem šibkost? Če naredim napako? Če nisem več mlad, mlada? Če nimam otrok? Če nimam partnerja?

21 Stewart in Joines, TA Today (1996), str. 162–167.

22 Stewart in Joines, TA Today (1996), str. 155–158.

23 Helmstetter, What to say when you talk to yourself (1982), str. 72–149.

Vzpostaviti brezpogojno samospregemanje in pozicijo realnosti je najlažje tako, da se sami s sabo začnemo pogovarjati tako, kot se pogovarjamo z nekom, ki ga imamo radi. Tako lahko sami sebi sporočamo, da smo še vedno v redu tudi takrat, ko se dogaja nekaj, kar nam ni všeč. Tako lahko ves čas svoje avtomatske misli primerjamo z realnostjo. Tako lahko sčasoma spremenimo doživljanje samega sebe in drugih ljudi. Tako narišemo nov zemljevid, ki ustreza pokrajini, v kateri živimo.

Pozicija realnosti je edina pozicija, ki omogoča učinkovito in ustrezno komunikacijo tako v zasebnem kot tudi v poslovnem življenju, saj se samo v tej poziciji lahko prenehamo ukvarjati sami s sabo in se začnemo ukvarjati z vsebino. Vredno je posvečati čas delu na sebi in vzpostavljanju stabilnega pozitivnega in realnega odnosa do sebe in drugih ljudi, saj lahko na ta način dvignemo ne samo kvaliteto svojega dela, pač pa kvaliteto svojega življenja.

Literatura

1. Berne, Eric: *Games People Play: The Basic Handbook of Transactional Analysis*, Grove Press, New York, 1964.
2. Berne, Eric: *Transactional Analysis in Psychotherapy*, Grove Press, New York, 1961.
3. Harris, Thomas: *I'm OK - You're OK*, Harper Perennial (2. izdaja), 1973.
4. Helmstetter, Shad: *What to say when you talk to your self*, Grindle Press, New York, 1982.
5. Milivijević, Zoran in drugi: *Mala knjiga za velike starše*, Psihopolis, Novi Sad, 2008.
6. O'Connor, Joseph in Seymour, John: *Introducing Neuro-linguistic Programming: Psychological Skills for Understanding and Influencing People* (2. revidirana izdaja), The Aquarian Press, San Francisco, 1993.
7. O'Connor, Joseph in Seymour, John: *Training with NLP: Skills for trainers, managers and communicators*, Thorsons, London, 1994.
8. Schiff J.L. in drugi.: *The Cathexis Reader: Transactional Analysis Treatment of Psychosis*. Harper & Row, New York, 1975.
9. Steiner, Claude M.: *Scripts People Live: Transactional Analysis of Life Scripts* (2. izdaja), Grove Press, New York, 1990.
10. Stewart, Ian in Joines, Vann: *Ta Today: A New Introduction to Transactional Analysis* (9. izdaja), Russel Press, Nottingham, 1996.

