

UNIVERZA V MARIBORU
FAKULTETA ZA ZDRAVSTVENE VEDE

VPLIV IZOSTANKOV PACIENTOV NA
ČAKALNE DOBE RADIOLOŠKIH PREISKAV

(Magistrsko delo)

Maribor, 2017

Barbara Steblovnik Čater, dipl. inž. rad.

UNIVERZA V MARIBORU
FAKULTETA ZA ZDRAVSTVENE VEDE

Mentorica: izr. prof. dr. Suzana Kraljič

Somentor: red. prof. dr. Radko Komadina

ZAHVALA

Nič ni nemogoče; do vsake
stvari vodijo poti, in če imamo pravo voljo,
bi morali najti tudi pot. Reči, da je nekaj
nemogoče, je pogosto le izgovor.

(Francois de la Rochefoucauld)

Mentorici dr. Suzani Kraljič, somentorju dr. Radku Komadini, lektorju gospodu
Marijanu Pušavcu in moji celotni družini:

Iskrena hvala vsem, ki ste mi na moji poti do pridobitve magistrske izobrazbe stali ob
strani, me bodrili, vlivali voljo in zaupanje, tudi ko bi sama najraje rekla, da je
nemogoče in prenehala z vsem. Vsakemu posebej še enkrat iskrena hvala.

VPLIV IZOSTANKOV PACIENTOV NA ČAKALNE DOBE RADIOLOŠKIH PREISKAV

POVZETEK

Teoretično izhodišče: S problemom čakalnih vrst v zdravstvu se soočajo vse razvite države, tudi Slovenija. Čakalne dobe za nekatere radiološke preiskave (računalniška tomografija, magnetna resonanca in ultrazvok) so se na Radiološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje v letu 2015 v primerjavi z letom 2014 povečale. Namen raziskave v magistrskem delu je bil ugotoviti, kakšen vpliv imajo izostanki pacientov na čakalne dobe pri teh radioloških preiskavah v omenjeni bolnišnici.

Raziskovalna metodologija: Raziskava je temeljila na kvantitativni metodologiji. Podatke smo pridobili s pomočjo anketnega vprašalnika, ki ga je sestavljalo 12 vprašanj odprtega in zaprtega tipa. V raziskavo, ki smo jo izvedli septembra 2016, je bilo vključenih 142 pacientov, ki na predvideni termin niso prišli na radiološko preiskavo in se za svoj izostanek niso opravičili. Za obdelavo podatkov smo uporabili deskriptivno in inferenčno statistiko s pomočjo programa SPSS Statistics 19. Za preverjanje hipotez smo uporabili neparametrični binominalni test tega programa.

Rezultati raziskave: Analiza rezultatov je pokazala, da več polovica (61,3 %) anketiranih ne pozna člena Zakona o pacientovih pravicah, ki jim nalaga dolžnost pravočasnega obveščanja o morebitnem izostanku na preiskavo. Kot razlog za njihov izostanek jih je največ (31,7 %) navedlo, da so pozabili, da imajo preiskavo. Večina anketiranih (71,8 %) meni, da bi se zaradi njihove pravočasne odpovedi preiskave skrajšale čakalne vrste, zelo podoben odstotek (78,9 %) jih tudi meni, da je čakalna doba na preiskavo predolga.

Ključne besede: čakalne dobe, pacientove pravice in dolžnosti, radiološke preiskave, Radiološki oddelek Splošne bolnišnice Celje

THE INFLUENCE OF PATIENTS' ABSENCES ON WAITING TIMES OF RADIOLOGICAL EXAMINATIONS

ABSTRACT

Theoretical background: The problem of waiting times in healthcare facing all developed countries, including Slovenia. Waiting times for certain radiological examinations (computed tomography, magnetic resonance imaging and ultrasound) in the radiological department of the General Hospital Celje in 2015 compared to 2014 increased. The purpose of the research in the master's thesis was to determine the influence non-attendance of patients on waiting times at these radiological examinations in the said hospital.

Research Methodology: The study was based on a quantitative methodology. Data were collected using a questionnaire which consisted of 12 open and closed-ended questions. In the survey, carried out in September 2016, there were 142 patients that did not attend the radiological examination on the expected date. Descriptive and inferential statistics with the help of the SPSS Statistics 19 was used for data processing. For hypotheses verification nonparametric binomial test was used.

Results: The result analysis showed that more than half (61.3%) of respondents didn't know the article of Patients Rights Act that imposed them a duty to timely informing about the possible default on the examination. As a reason for default most of them (31.7%) stated that they have forgotten on examination. Most of respondents (71.8 %) think that their timely *notice* of an *examination* waiting times would shorten. A very similar percentage (78.9%) also considers that waiting time for examination is too long.

Keywords: waiting times, patients' rights and duties, radiological examinations, radiological department of the General Hospital Celje

KAZALO

1	UVOD IN OPIS PROBLEMA	1
2	NAMEN IN CILJ MAGISTRSKEGA DELA	5
3	KOMPETENCE RADIOLOŠKIH INŽENIRJEV	6
3.1	Radiološka diagnostika.....	10
3.1.1	Računalniška tomografija (CT).....	13
3.1.2	Magnetna resonanca (MR).....	16
3.1.3	Ultrazvočna preiskava.....	19
4	VPLIV PROBLEMATIKE DOLGIH ČAKALNIH DOB NA RADIOLOŠKE PREISKAVE.....	22
5	PRAVNE PODLAGE PRI UVELJAVLJANJU PACIENTOVIH PRAVIC Z VIDIKA ČAKALNIH DOB	27
5.1	Zakon o pacientovih pravicah	28
5.2	Uredba o poslovanju z uporabniki v javnem zdravstvu	31
5.3	Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov	32
5.4	Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju	34
5.5	Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva.....	36
6	NACIONALNO SPREMLJANJE ČAKALNIH DOB PRI RADIOLOŠKIH PREISKAVAH	37
6.1	Problematika (ne)opravičenosti izostankov pacientov od načrtovanih radioloških preiskav.....	44
7	UKREPI ZA KRAJŠE ČAKALNE DOBE NA NACIONALNI RAVNI.....	48
8	PREDSTAVITEV RADIOLOŠKEGA ODDELKA SPLOŠNE BOLNIŠNICE CELJE	54
8.1	Čakalne dobe na Radiološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje.....	59
9	EMPIRIČNI DEL	65
9.1	Raziskovalna vprašanja in hipoteze	65
9.2	Metodologija	66
9.2.1	Raziskovalne metode	66
9.2.2	Raziskovalni vzorec	67

9.2.3	Postopki zbiranja podatkov	67
10	REZULTATI IN ANALIZA	68
11	INTERPRETACIJA IN RAZPRAVA	80
11.1	Ukrepi za krajše čakalne vrste	88
12	SKLEP	90
13	LITERATURA IN VIRI.....	93
14	PRILOGE	1
14.1	Anketni vprašalnik	1

SEZNAM TABEL

Tabela 1: Specifični cilji za enako in pravično dostopnost do zdravstvenih storitev ter skrajšanje čakalnih dob	25
Tabela 2: Povprečne čakalne dobe pri radioloških preiskavah na dan 1. 9. 2015.....	37
Tabela 3: Mesečna primerjava števila čakajočih za izbrane radiološke preiskave na dan 1. 9. 2014 in 1. 9. 2015	43
Tabela 4: Radiološke preiskave od 1. 1. 2013 do 31. 12. 2014	57
Tabela 5: Indeksi realizacije programa radioloških preiskav 2014.....	58
Tabela 6: Mesečna primerjava čakalnih dob za izbrane radiološke preiskave na Radiološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje na dan 1. 9. 2014 in 1. 9. 2015	60
Tabela 7: Struktura anketirancev glede na spol	68
Tabela 8: Starostna struktura anketirancev	68
Tabela 9: Struktura anketirancev glede na doseženo stopnjo izobrazbe.....	69
Tabela 10: Radiološke preiskave anketirancev	69
Tabela 11: Seznanjenost anketiranih z ZPacP	69
Tabela 12: Neparametrični binominalni test za ugotavljanje razmerja med dvema trditvima (poznavanje ZPacP).....	70
Tabela 13: Poznavanje člena ZPacP, ki pacientom nalaga dožnost pravočasnega obveščanja o morebitnem izostanku na pregled.....	71
Tabela 14: Neparametrični binominalni test za ugotavljanje razmerja med dvema trditvama (poznavanje člena ZPacP).....	71
Tabela 15: Poznavanje možnosti pacientov za ukrepanje v primeru kršenja pravice do spoštovanja njihovega časa	72
Tabela 16: Neparametrični binominalni test za ugotavljanje razmerja med dvema trditvama (poznavanje možnosti pacientov za ukrepanje v primeru kršenja pravice do spoštovanja njihovega časa).....	72
Tabela 17: Poznavanje možnosti za ukrepanje izvajalca zdravstvene storitve v primeru pacietovega neopravičenega izostanka od preiskave	73
Tabela 18: Neparametrični binominalni test za določitev razmerja med dvema trditvama (poznavanje možnosti za ukrepanje izvajalca zdravstvene storitve v primeru pacientovega neopravičenega izostanka od preiskave)	73

Tabela 19: Razlog anketirancev za izostanek od preiskave na Radiološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje (bolezen)	74
Tabela 20: Razlog anketirancev za izostanek od preiskave na Radiološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje (službene obveznosti)	74
Tabela 21: Razlog anketirancev za izostanek od preiskave na Radiološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje (privatne obveznosti)	74
Tabela 22: Razlog anketirancev za izostanek od preiskave na Radiološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje (pozabil/a sem, da imam preiskavo)	75
Tabela 23: Razlog anketirancev za izostanek od preiskave na Radiološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje (sploh nisem dobil/a povabila na preiskavo)	75
Tabela 24: Razlog anketirancev za izostanek od preiskave na Radiološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje (drugo)	75
Tabela 25: Odstotki posameznih razlogov anketirancev za izostanek od preiskave na Radiološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje	76
Tabela 26: Mnenje anketiranih o vplivu pravočasne odpovedi preiskave na skrajšanje čakalne vrste	76
Tabela 27: Neparametrični binominalni test za določitev razmerja med dvema trditvama	77
Tabela 28: Odločitev anketirancev za radiološko preiskavo pri drugem izvajalcu zdravstvenih storitev	77
Tabela 29: Mnenja anketirancev o predolgi čakalni dobi na preiskavo	77
Tabela 30: Mnenje anketiranih o terminu ponovnega naročanja na radiološko preiskavo	78
Tabela 31: Poznavanje možnosti anketiranih, da so obveščeni o načrtovani preiskavi preko sms-a	78

SEZNAM GRAFIKONOV

Grafikon 1: Povprečne efektivne doze za nekaj najpogostejših radioloških preiskav	12
Grafikon 2: Delež in skupno število čakajočih na radiološke preiskave glede na stopnjo nujnosti na dan 1. 9. 2015	39
Grafikon 3: Delež in skupno število čakajočih nad dopustno čakalno dobo za radiološke preiskave glede na stopnjo nujnosti na dan 1. 9. 2015	41
Grafikon 4: Skupno število čakajočih nad dopustno čakalno dobo za posamezno radiološko preiskavo glede na stopnjo nujnosti na dan 1. 9. 2015.....	42
Grafikon 5: Primerjava števila čakajočih na radiološke preiskave in delež čakajočih nad dopustno čakalno dobo (obe stopnji nujnosti) na Radiološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje med letoma 2014 in 2015	61
Grafikon 6: Primerjava skupnega števila čakajočih na posamezno radiološko preiskavo nad dopustno čakalno dobo (obe stopnji nujnosti) na Radiološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje med letoma 2014 in 2015	63

SEZNAM SLIK

Slika 1: Značilnosti SMS sporočil.....	45
Slika 2: SMS obveščanje v zdravstvenem informacijskem sistemu	46
Slika 3: Komponente sistema eČakalni seznamami	49
Slika 4: Sistem eNaročanja - glavne komponente.....	51
Slika 5: Organigram Radiološkega oddelka Splošne bolnišnice Celje	55

1 UVOD IN OPIS PROBLEMA

Medicinska radiologija je s tehnološkim razvojem v 20. stoletju bliskovito napredovala. Velik korak v razvoju je predstavljal začetek uporabe kontrastnih sredstev; v dobi pospešene digitalizacije pa je rentgenologija prešla na računalniško obdelavo slikovnega gradiva in na digitalne tehnike. V medicinsko diagnostiko so bile uvedene tudi slikovne metode, ki temeljijo na ultrazvočnem valovnem spektru in na magnetni resonanci. Ultrazvok omogoča vpogled v telo brez dokazano škodljivih posledic za bolnika. Računalniška tomografija temelji na uporabi rentgenskih žarkov, vendar v primerjavi s klasičnim rentgenskim posnetkom omogoča bistveno boljši in natančnejši vpogled v telo, in to predvsem pri strukturah s podobno absorpcijo rentgenskih žarkov. Magnetna resonanca je dopolnila ostale preiskovalne tehnike. Pomembna je za vse organe in organske sisteme, saj je z njo brez ionizirajočega sevanja mogoč natančen pregled struktur ter njihovega delovanja, vključno z molekularnim prikazovanjem (Zupanič Slavec, 2015, str. 10).

V Sloveniji je 16 radioloških oddelkov. Število aparatov za računalniško tomografijo (CT) in magnetno resonanco (MR) je pod evropskim povprečjem, zato so čakalne dobe dolge, na MR tudi več kot 1 leto, kar v medicini nima smisla. Čakalne dobe na radiološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje so 30 – 120 dni (hitro) in 120 – 200 dni (redno) za CT, 90 dni (hitro) in 180 dni (redno) za MR, za UZ pa 90 – 100 dni (hitro) in 180 – 240 dni (redno) (Breznikar, 2015b).

Da so čakalne dobe eden največjih problemov slovenskega zdravstva, ni nič novega. Je pa novost, da so z letom 2010 določene maksimalne dovoljene čakalne dobe. Z izdanim Pravilnikom o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov (Uradni list Republike Slovenije [UI RS], 2010) smo v okviru petega odstavka 15. člena Zakona o pacientovih pravicah – ZPacP (UI RS, 2008) v Sloveniji pridobili zakonsko določilo in s tem tudi še dopustni časovni okvir za čakalno dobo določene zdravstvene storitve.

Glavni pokazatelj kondicije zdravstvenega sistema so čakalne dobe, ki so se v zadnjih letih bistveno podaljšale. Septembra 2014 je na Radiološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje na preiskavo čakalo 1565 bolnikov, od tega 556 nad dopustno čakalno dobo. Leta 2015 jih je čakalo že več kot 2100, od tega 859 nedopustno dolgo. Vseh čakajočih je bilo torej dobrih 37 odstotkov več, nedopustno dolgo pa je čakalo kar 54,5 odstotkov bolnikov več kot leta 2014 (Breznikar, 2015b).

Neizvedba zdravstvenih preiskav predstavlja velik problem v zdravstvenem sistemu, saj podaljšuje čakalne dobe in večja stroške poslovanja zdravstvenih organizacij. Neizvedba preiskav je lahko posledica številnih zunanjih in notranjih dejavnikov. Med zunanjimi je pomembno (ne)financiranje primerne obsega programa, med notranje vzroke pa sodijo odsotnost kadra, slaba izkoriščenost zmogljivosti (npr. aparata, ki ga potrebujemo za preiskavo), predolge čakalne dobe in podobno (Stranka modernega centra [SMC], 2015).

Velik problem predstavlja tudi neudeležba pacientov na zdravstveni preiskavi. V 12. členu Pravilnika o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov (UI RS, 2010) je zapisano naslednje: »Če se zavarovana oseba odloči, da na načrtovano izvedbo zdravstvene storitve ne bo prišla, o tem obvesti izvajalca še pred terminom načrtovane izvedbe zdravstvene storitve. Izvajalec takšnega pacienta nemudoma izbriše iz čakalnega seznama.« (1. odstavek). V drugem odstavku tega člena je zapisano: »Če zavarovana oseba ne pride na izvedbo zdravstvene storitve, svojo odsotnost pisno ali ustno opraviči v 14 dneh od dneva načrtovane izvedbe zdravstvene storitve. Odsotnost je opravičena, če gre za nepredvidljiv in neodločljiv dogodek, ki je zavarovani osebi fizično onemogočil prihod na izvedbo zdravstvene storitve. Če zavarovana oseba opravičilo poda le ustno, poda pisno opravičilo v treh dneh od preteka roka iz prvega stavka tega odstavka.« Tretji odstavek 12. člena pravi: »V primeru opravičene odsotnosti odgovorna oseba uvrsti zavarovano osebo v čakalni seznam na najbližji prosti termin tako, da na zdravstveno storitev v seštevku ne čaka dlje, kot znaša najdaljša dopustna čakalna doba za izbrano zdravstveno storitev.« V četrtem odstavku istega člena je zapisano: »Če zavarovana oseba ni prišla na izvedbo zdravstvene storitve in svoje

odsotnosti ni opravičila, ga upravljavec čakalnega seznama izbriše iz čakalnega seznama 15. dan od dneva načrtovane zdravstvene storitve in o tem napravi zaznamek v zdravstveni dokumentaciji.« Peti odstavek tega člena pa določa: »V primeru neizvedbe zdravstvene storitve izvajalec na prosti termin opravi zdravstveno storitev naslednji zavarovani osebi, določeni v čakalnem seznamu.«

Tudi Simunič (2012) v svojem magistrskem delu opisuje dolžnosti pacientov v zdravstvenem sistemu, ki jih navaja ZPacP. Malo je znano, da ZPacP v 54. členu opisuje tudi sedem »dolžnosti«, ki naj bi jih upoštevali pacienti. Med njimi je tudi dolžnost, ki nalaga pacientom, da pravočasno obvestijo izvajalca zdravstvenih storitev o morebitnem izostanku na pregled ali zdravljenje. S tem bi pripomogli k temu, da bi se čakalne vrste za preglede, operativne posege ali preiskave, na katere je potrebno čakati tudi več mesecev, skrajšale. Nadalje Simunič opozarja, da se neupoštevanje dolžnosti pacienta ne sankcionira, kar velja tudi za dolžnost pravočasnega obveščanja o izostankih na pregled, zdravljenje, preiskavo. Ta dolžnost je sankcionirana s strani vsakega posameznega izvajalca zdravstvenih storitev in gre za različne načine sankcij, največkrat so to pisna opozorila, ki jih pacient prejme skupaj z datumom pregleda ali zdravljenja, in sicer, da ga v primeru neopravičene odsotnosti izbrišejo s seznama čakajočih.

Čeprav je z ZPacP določeno, kako morajo v takšnem primeru ravnati zavarovane osebe in zdravstveno osebje, zaposleni ugotavljamo, da v praksi to ni enostavno rešljivo. Tudi če zavarovane osebe pravočasno in v skladu z ZPacP prekličejo udeležbo na preiskavi, se zaplete že pri razlogih, ki jih navajajo za svojo odsotnost. Zanje npr. predstavlja neodločljiv dogodek rezervacija letalske karte, rezervacija termina za letni dopust, nestrinjanje delodajalca z njihovo odsotnostjo in podobno. Nepredvidljivo je zanje, da si na dan preiskave ne morejo urediti prevoza do kraja preiskave, da je zbolel ožji družinski član in morajo prevzeti njegove naloge ipd. Pogosto želijo pacienti vnaprej prestaviti dobljeni termin, ker jim ne ustreza. Čeprav se nam zastavlja vprašanje, ali so navedeni dogodki/situacije resnično tehtni razlogi za izostanek od preiskave, menimo, da izvajalci preiskav o tem ne moremo odločati.

Praktično nerešljiva je tudi situacija, ko zavarovana oseba na razpisan termin sploh

ne pride na preiskavo in je v tem času nemogoče obvestiti naslednjega v čakalnem seznamu. V primeru, da se zavarovana oseba preiskave ne udeleži, vendar se opraviči v skladu z drugim odstavkom 12. člena ZPacP, je ob upoštevanju prednostnega kriterija (peta alineja prvega odstavka 6. člena ZPacP) ustrezno prenaročena, v primeru, da se preiskave ne udeleži in se ne opraviči, pa je iz čakalnega seznama izbrisana v skladu s četrtem odstavkom 12. člena ZPacP. V času rezerviranega termina aparat, ki je potreben za izvedbo preiskave, stoji, izvajalec pa si mora najti drugo zaposlitev, kar vse predstavlja neekonomičnost tako glede kadra kot preiskovalnega aparata. Po trenutni praksi in nekontrolni oz. nepregledu nad celotnim zdravstvenim sistemom s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje zavarovana oseba s tem, ko je izbrisana iz čakalnega seznama, tudi ni nujno na izgubi, saj se lahko na preiskavo, za katero je sicer že imela rezerviran termin, naroči v neki drugi zdravstveni ustanovi, ki prav tako opravlja tovrstne preiskave.

Vse navedeno kliče po nujnosti ureditve tega področja in po vzpostavitvi takšnega sistema, v katerem se bodo z administrativnimi zadevami (kamor po našem mnenju sodi tudi prenaročanje pacientov po telefonu ipd.) in pravnimi sankcijami ukvarjali za to usposobljeni delavci, strokovni pa bodo opravljali dela, za katera so predvideni.

Ne nazadnje, pa zato ne najmanj pomembno je tudi, da izvajalci ustrezno upravljajo in skrbijo za svoje sezname čakajočih in da pri tem zavarovanim osebam zagotavljajo poštenost in enakopravnost.

2 NAMEN IN CILJ MAGISTRSKEGA DELA

Namen magistrskega dela je ugotoviti razloge za izostanek pacientov od radioloških preiskav v Splošni bolnišnici Celje. Zanima nas tudi, ali bi se, po mnenju pacientov, zaradi njihove pravočasne odpovedi preiskave skrajšala čakalna doba.

Cilji v teoretičnem delu:

- pregled in analiza domače in tuje literature,
- opis problematike dolgih čakalnih dob,
- pregled zakonodaje, ki se nanaša na pacientove pravice in dolžnosti,
- pregled in analiza rezultatov raziskav, ki na nacionalnem nivoju spremljajo čakalne dobe.

Cilji empirične raziskave:

- na osnovi anketnega vprašalnika ugotoviti, ali pacienti poznajo in upoštevajo svojo dolžnost po ZPacP, ki se nanaša na opravičilo izostanka na preiskavo,
- na osnovi anketnega vprašalnika ugotoviti razloge za (ne)opravičen izostanek od radiološke preiskave,
- na osnovi anketnega vprašalnika ugotoviti, če so pacienti mnenja, da se zaradi pravočasne odpovedi skrajša čakalna doba,
- pripraviti in opisati predloge za skrajšanje čakalne dobe.

3 KOMPETENCE RADIOLOŠKIH INŽENIRJEV

Radiološki inženirji imajo zaradi nizkega poklicnega statusa in pomanjkanja strokovnega priznanja drugih zdravstvenih delavcev majhno prepoznavnost v javnosti. Javnost dobro pozna področja dela medicinskih sester in zdravnikov, medtem ko je strokovna vloga radioloških inženirjev javnosti le malo poznana (Sim & Radloff, 2009).

V Odredbi o seznamu poklicev v zdravstveni dejavnosti (UI RS, št. 4/2014), sprejeti 19. decembra 2013, so zapisane naslednje kompetence radioloških inženirjev:

- načrtovanje in izvajanje osnovnih in specialnih diagnostičnih in terapevtskih radioloških posegov,
- načrtovanje in izvajanje osnovnih in specialnih radioterapevtskih postopkov, nuklearno medicinskih postopkov, varstvo pred ionizirajočimi sevanji, optimizacija postopkov,
- zagotavljanje kakovosti in nadzor kakovosti,
- kontinuirano usposabljanje na novih aplikacijah in
- sestavljanje delovnih protokolov v skladu z delovno prakso.

Vidimo lahko, da so v tem dokumentu zapisane kompetence, ki se nanašajo na strokovno in tehnološko znanje radioloških inženirjev, medtem ko kompetence, ki vključujejo profesionalen pristop k opravljanju dela, pristen odnos s preiskovancem, izkazovanje skrbi za preiskovanca ter učinkovito medosebno komunikacijo, niso omenjene. Do sprememb je prišlo leta 2015 z dokumentom *Kompetence radioloških inženirjev v Sloveniji*, ki našteva kompetence radiološkega inženirja in določa, kakšna so njegova znanja in sposobnosti. Splošne kompetence radioloških inženirjev v Sloveniji so razdeljene na naslednja področja: a) obravnava pacienta pri radioloških posegih; b) strokovno in sistematično izvajanje posegov; c) varno in preventivno ukrepanje; d) organiziranje in upravljanje delovnega procesa; e) komuniciranje in poučevanje; f) izvajanje delovnih nalog skladno s politiko zavoda in strokovnimi standardi; g) sodelovanje v zdravstvenem timu; h) aplikativno raziskovanje; i) zagotavljanje kakovosti in uvajanje novosti; j) osebni in strokovni razvoj

(*Kompetence radioloških inženirjev v Sloveniji*, 2015). Kratak opis oz. povzetek kompetenc na posameznih področjih je opisan v nadaljevanju.

Obravnavanje pacienta pri radioloških posegih. Pri pacientu, ki je pri radioloških posegih v središču pozornosti, radiološki inženir upošteva etične, medicinske, tehnične, kulturne in psiho-sociološke vidike radiološkega posega. Pacienta obravnava skladno z njegovimi individualnimi potrebami in ga obvešča, spodbuja, bodri ter mu svetuje pred, med in po posegu. Sodeluje pri pripravi na tehnološki del radiološkega posega; razloži mu vse vidike tehnološkega dela protokola radiološkega posega. Nadzira pacientove vitalne znake, jih opazuje pred, med in neposredno po radiološkem posegu, pozna in je sposoben temeljnih postopkov oživljanja. Pacientko v rodnem obdobju mora vprašati o morebitni nosečnosti, v primeru nosečnosti ji svetuje ustrezno ravnanje ob dogovoru z odgovornim zdravnikom, ki je odobril radiološki poseg. Izpolni Obrazec za slikanje nosečnic skladno z oddelčnim protokolom (*Kompetence radioloških inženirjev v Sloveniji*, 2015).

Strokovno in sistematično izvajanje posegov. Radiološki inženir na podlagi napotne diagnoze, kliničnega vprašanja in navodil zdravnika radiologa za posameznega pacienta izbere ustrezen protokol posega. Sposoben je samostojnega in sistematičnega dela po veljavnih programih radioloških posegov: pripravi in izvede radiološki poseg, naknadno obdela slikovni material ter oceni njegovo kvaliteto, zaključi poseg. Pri radioloških posegih uporabi ustrezne diagnostične in radioterapevtske metode (*Kompetence radioloških inženirjev v Sloveniji*, 2015).

Varno in preventivno ukrepanje. Radiološke posege opravlja varno in odgovorno, upošteva trenutno veljavne varnostne standarde, predpise in smernice. Posege, pri katerih je vključeno ionizirajoče sevanje, izvaja tako, da zagotavlja največjo možno varnost za pacienta, sebe in druge po načelu ALARA (As low as reasonably achievable – najnižja možna raven, ki jo je razumno še mogoče doseči). Radiološki inženir je dolžan prevzeti vodilno vlogo pri izvajanju ukrepov na področju varstva pred ionizirajočimi sevanji, s posebnim poudarkom na rizičnih skupinah, kot so nosečnice in otroci. Pri delu upošteva načela za preprečevanje nastanka poškodb ter

načela za preprečevanje in širjenje nalezljivih bolezni. Radiološki inženir lahko zavrne izvedbo preiskave, če je pacientovo stanje takšno, da bi onemogočalo izvedbo načrtovane preiskave in nastanek diagnostično uporabnih rezultatov (*Kompetence radioloških inženirjev v Sloveniji*, 2015).

Organiziranje in upravljanje delovnega procesa. Pozna celoten postopek radiološke obravnave pacienta: od vstopa v proces obravnave do izstopa. Učinkovito organizira, koordinira in izvede tehnološki del radiološkega posega ter administrativno delo radiološkega inženirja. V skladu z odgovornim zdravnikom triažira paciente glede na nujnost radioloških posegov, časovni raspored, razpoložljiv kader in druge zahteve (*Kompetence radioloških inženirjev v Sloveniji*, 2015).

Komuniciranje in poučevanje. Pisno in ustno strokovno komunicira in sodeluje v zdravstvenem, multikulturnem in/ali mednarodnem okolju. Poučuje druge radiološke inženirje, študente in razne strokovne skupine ter tako prispeva k izboljšanju njihovega strokovnega znanja (*Kompetence radioloških inženirjev v Sloveniji*, 2015).

Izvajanje delovnih nalog skladno s politiko zdravstvene organizacije in strokovnimi standardi. Kritično vrednoti svoje delo, pri tem pa upošteva strokovni kodeks, pravila obnašanja, predpisane postopke in zakonske okvirje ter aktivno sodeluje v delovnem okolju zdravstvene organizacije. Prispeva k optimizaciji strokovnega, organizacijskega in kadrovskega dela na oddelku. Svojo poklicno vlogo opravlja skladno z usmeritvami oddelka oziroma zdravstvene organizacije (*Kompetence radioloških inženirjev v Sloveniji*, 2015).

Sodelovanje v zdravstvenem timu. Dela samostojno v okviru organizacije delovnih postopkov ter konstruktivno prispeva pri načrtovanju dokumentov o delovanju zdravstvenega tima. Pri delu upošteva navodila in/ali priporočila svojega in drugih oddelkov ter prispeva k razvoju organizacije (*Kompetence radioloških inženirjev v Sloveniji*, 2015).

Aplikativno raziskovanje. Pri svojem delu uvaja novosti, ki so rezultat domačih in tujih raziskav na področju radiološke tehnologije. Pri izbiri protokolov za posameznega pacienta uporabi protokol, ki ga – s ciljem izboljšanja obravnave pacienta – optimizira na podlagi rezultatov domačih in tujih raziskav. Sodeluje pri aplikativnih raziskavah z namenom razvoja praktičnih vidikov stroke in njenih znanstvenih temeljev ter objavlja rezultate aplikativnih raziskav (*Kompetence radioloških inženirjev v Sloveniji, 2015*).

Zagotavljanje kakovosti in uvajanje novosti. Prispeva k vsebinskemu razvoju in oblikovanju stroke s stalnim preverjanjem in zagotavljanjem kakovosti delovnih postopkov in sprotnim uvajanjem novosti v prakso (*Kompetence radioloških inženirjev v Sloveniji, 2015*).

Osebni in strokovni razvoj. Ima aktivno vlogo pri promoviranju in uveljavljanju strokovnega zavedanja pri razvijanju lastnih kompetenc z izobraževanjem in/ali izkušnjami. Vrednoti svoje delo z ocenjevanjem in refleksijo. V zdravstvenem timu ocenjuje organizacijske, vsebinske in metodološke vidike poklicne prakse. V procesu supervizije med kolegi daje in sprejema informacije, na osnovi katerih načrtuje možne postopke za izboljšave (*Kompetence radioloških inženirjev v Sloveniji, 2015*).

Dokument poleg splošnih kompetenc radiološkega inženirja obravnava tudi področno specifične kompetence na posameznih delovnih področjih, ki zajemajo specifična znanja in spretnosti. Za vsako področje hkrati veljajo opisane splošne kompetence. V področno specifičnih kompetencah so opisane celostne kompetence s posameznega področja, kar pomeni, da radiološki inženirji po Sloveniji svoje delo lahko opravljajo v celoti ali pa le del opisanih kompetenc na posameznem področju. Namen področno specifičnih kompetenc je, da lahko radiološki inženirji na njihovi podlagi pripravijo opisne liste oziroma protokole dela v ustanovi, kjer delajo in hkrati stremijo k čim višji kakovosti in varnosti pri delu (*Kompetence radioloških inženirjev v Sloveniji, 2015*).

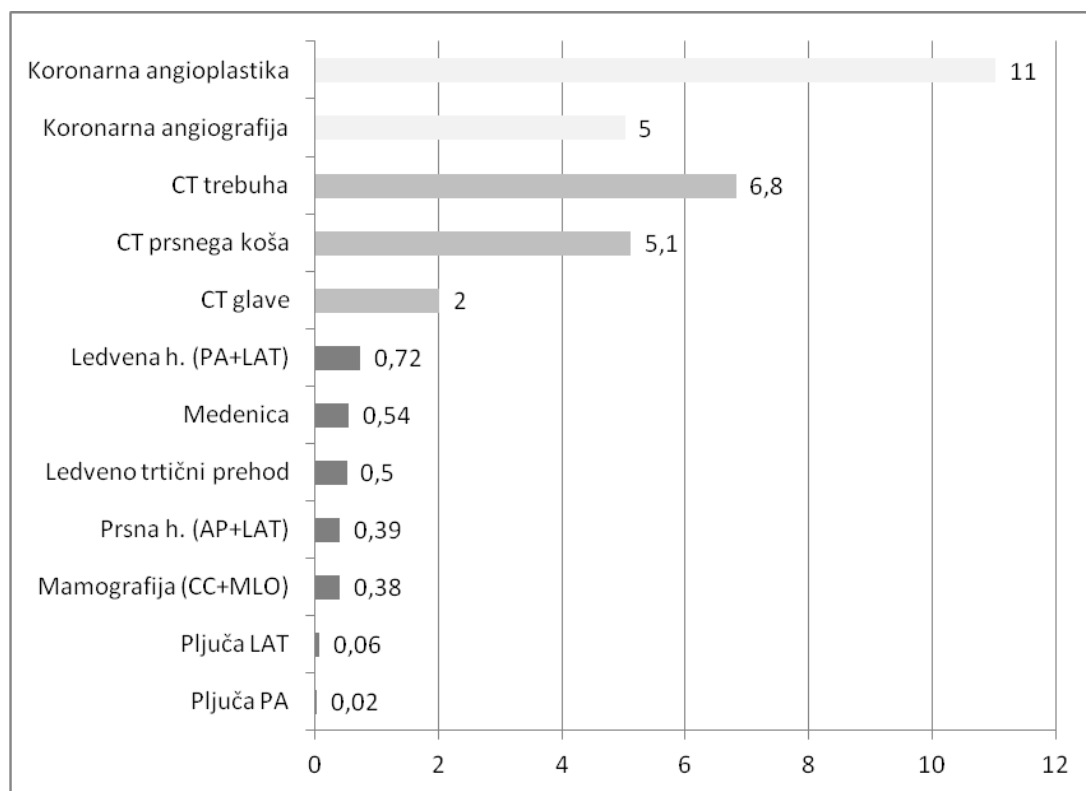
3.1 Radiološka diagnostika

Radiološka diagnostika je zaradi hitrega razvoja rentgenskih naprav, vse večjega znanja in pripravnosti radiologov postala osrednja diagnostična disciplina v medicini, ki omogoča interpretacijo patoloških sprememb in vivo. Danes ni nobenega organa ali dela telesa, ki ga ne bi bilo mogoče prikazati s pomočjo ene od metod radiološke diagnostike.

Osnovni pogoj za učinkovito radiološko diagnostiko je sistematično izobraževanje radiologov v velikih akademskih radioloških centrih, ki so med seboj povezani s sistemi PACS (Picture Archiving and Communication System – Sistem za komunikacijo in arhiviranje slik), RIS (Radiological Information System – Radiološki informacijski sistem) in BIS (Bolnišnični informacijski sistem) (Boochever, 2004, str. 16). Radiološka diagnostika se vse bolj usmerja v oceno funkcionalnih, metaboličnih in biokemičnih bolezenskih sprememb, ki zahtevajo poznavanje osnov fiziologije in biokemije. Različne radiološke preiskave odražajo le del celotnega spektra bolezenskih sprememb, zato je za razumevanje in prepoznavo številnih radioloških znakov bolezni treba poznati tudi patohistološke in patofiziološke spremembe ter patogenezo bolezenskih procesov. Izkušen radiolog lahko objektivno oceni razmerje med diagnostično koristjo radiološke preiskave in morebitno škodo za bolnika ter zagotovi pogoje za njegovo ustrezno zaščito (Radiological Society of North America, 2001, str. 570). Za varstvo pred sevanjem je pomembno, da je raba sevanja upravičena, kar v primeru radiološke diagnostike pomeni, da mora biti za vsak radiološki poseg korist za pacienta večja od škode zaradi prejete doze. Odločitev o upravičenosti radiološkega posega je prvi korak pri varstvu pred sevanjem. Poseg je dopusten le, če je zanj jasna klinična indikacija in če je mogoče pričakovati, da bo korist zaradi posega večja od škode zaradi prejete doze (1. odst. 3. člena Pravilnika o pogojih za uporabo virov ionizirajočih sevanj v zdravstvu [Ul RS, št. 111/2003]). Napotni zdravnik in zdravnik, ki je odgovoren za poseg, bi zato morala poznati značilne doze pri posameznih posegih. Naslednji korak pa je optimizacija posega. V 10. členu Pravilnika o pogojih za uporabo virov ionizirajočih sevanj v zdravstvu je zapisano, da mora zdravnik, ki je odgovoren za

radiološki poseg, v procesu optimizacije: »a) izbirati ustrezno opremo za izvedbo posega; b) izbrati primerno radiološko prakso, ki vključuje zagotavljanje in preverjanje kakovosti; c) zagotoviti stalno raven kakovosti in ustreznosti diagnostičnih rezultatov ali izidov zdravljenja; d) oceniti in ovrednotiti prejeto obsevanost pacientov oziroma aktivnosti vnešenih radiofarmakov z upoštevanjem diagnostičnih referenčnih nivojev.« Dozo, ki jo med posegom prejme pacient, lahko razdelimo na neogibni del, ki ga upravičuje korist za pacienta, ter neupravičeni del. Včasih je neupravičen celotni poseg, npr. zaradi neutemeljene indikacije ali nepotrebne ponavljanja že opravljenih preiskav. »Kadar pa je poseg upravičen, vendar zaradi uporabe neustrezne opreme ali tehnike oziroma nestrokovne uporabe sicer dobre tehnike ni optimiziran, je neupravičen le del prejete doze« (Zdešar, 2011, str. 61). Optimizacija pomeni poiskati tisto najmanjšo dozo, pri kateri še dosežemo namen posega. Obsevanost pacientov je pri različnih posegih diagnostične radiologije zelo različna. Ocenjene povprečne efektivne doze za nekaj najpogostejših radioloških posegov diagnostične radiologije so prikazane na grafikonu 1. Ocena je narejena iz podatkov in meritev, ki so jih zbrali sodelavci Zavoda za varstvo pri delu od leta 2005 do 2008. Kljub temu, da so prejete doze pri nekaterih posegih razmeroma visoke, je treba poudariti, da je korist za pacienta, če je poseg upravičen in optimiziran, veliko večja, kot je škoda zaradi prejete doze. Zato je varstvo pacientov pred sevanji predvsem izogibanje tistemu delu doze, ki se ji je mogoče izogniti brez škode za pacienta (Zdešar, 2011, str. 67).

Grafikon 1: Povprečne efektivne doze za nekaj najpogostejših radioloških posegov



Vir: Zdešar (2011, str. 66)

Osnova za radiološko diagnostiko je tudi temeljito poznavanje fizikalnih in tehnoloških osnov številnih radioloških metod. Vsaka metoda radiološke diagnostike ima svoje možnosti in omejitve, zato jih je potrebno poznati. Radiološke diagnostične metode uporabljajo različna valovanja, rentgensko svetlobo (klasična in digitalna radiografija, diaskopija, mamografija, CT, tomosinteza, DSA), ultrazvočno valovanje (diagnostični UZ), elektromagnetno valovanje (MRT in MRS), sevanje gama (NM-diagnostika). Pogoj za učinkovito radiološko diagnostiko je dobro sodelovanje med napotnim zdravnikom in radiologom (Vano, Ng & Lau, 2014, str. 50). Pisna zahteva napotnega zdravnika za radiološko preiskavo vsebuje: klinično diagnozo, natančno zastavljeno klinično vprašanje ter podatke o pomembnih kliničnih znakih bolezni in rezultatih laboratorijskih preiskav. Izbira ustrezne radiološke preiskave je ključnega pomena za natančno diagnozo. Običajno jo indicira napotni zdravnik, v diagnostično zahtevnih primerih pa je najprimernejša izbira neposredni dogovor med klinikom in radiologom. Pred uvedbo preiskave mora imeti

radiolog na razpolago prejšnje radiološke izvide in vso slikovno dokumentacijo, ki so pomembni tako za izbiro ustrezne radiološke metode kot tudi za končno radiološko diagnozo (Hirvoven-Kari, 2013, str. 12). Večina radioloških preiskav poteka po standardiziranih diagnostičnih protokolih. Natančna radiološka diagnoza zahteva tehnično ustrezno preiskavo. Na splošno lahko razdelimo prikaz rentgenske slike na klasični (analogni) in računalniški (digitalni). Klasični prikaz slike se v zahodnem (ekonomsko bolj razvitem) svetu počasi opušča. V digitaliziranih oddelkih radiolog analizira slike po določenem protokolu in postavlja diagnozo.

S protokolom analize je usklajen radiološki izvid. Ključni elementi radiološkega izvida so: administrativne informacije (npr. podatki o kliniki in datum pregleda), podatki o pacientu, klinična zgodovina osebe in razlogi za pregled, podrobnosti o pregledu, mesto pregleda, uporabljena perspektiva, primerjava s preteklimi radiološkimi izvidi, če so na voljo, opažanja, povzetek, zaključek in diagnoza ter morebitna priporočila za nadaljnje postopke. Jedro izvida je logično strukturirano in odslikava induktivno sklepanje. Pomembna opažanja so razložena, sledijo jim zaključki in diferencialne diagnoze. V tem pogledu je radiološki izvid sestavljen podobno kot znanstveni članek. Ta podobnost podpira značaj radiološke preiskave kot znanstvenega preizkusa (Marchiori, 2014, str. 245). Glede količine podrobnosti v zaključnem delu izvida ni specifičnih navodil. V splošnem velja, da naj bi naštetih podatki zadostovali za argumentiranje podane diagnoze (Marchiori, 2014, str. 247).

3.1.1 Računalniška tomografija (CT)

CT je novejša slikovna diagnostična metoda za prikazovanje notranjosti človekovega telesa. Prednosti CT pred projekcijsko rentgenografijo je več (Theis & Meyer-Bäse, 2010, str. 10):

- zaradi vrste projekcij iz različnih smeri ni prekrivanja struktur, ki ležijo druga nad drugo,
- zagotavlja visoko kontrastno ločljivost in s tem dobro preglednost tkiv z majhnim lastnim kontrastom,

- uporaba 3D-slikovnih metod omogoča rekonstrukcijo prečnega prereza slikanega objekta.

CT preiskave so kompleksni diagnostični postopki, pri katerih delo radiološkega inženirja zahteva strokovna znanja z različnih področij (medicina, informatika, računalništvo, rentgenska tehnologija, zaščita pred sevanji, itd.). Kljub temu, da so preiskave standarizirane in potekajo po priporočenih smernicah sodobne medicine, mora radiološki inženir v sodelovanju z radiologom optimizirati postopek. Delo ni omejeno samo na CT aparat, ampak vključuje tudi pripravo in analizo dobljenih podatkov na drugih računalniških sistemih (2D, 3D obdelave). Časi za dokončno izvedbo različnih preiskav so zato zelo različni. Obstaja velika verjetnost, da časovni normativ za določen tip preiskave variira za 30 – 50% (*Normativi radioloških inženirjev v Sloveniji*, 2015, str. 21).

CT preiskavo je mogoče opraviti na vseh delih telesa oziroma organih. Za preiskavo s CT se odločijo, kadar je treba prikazati organe, ki jih druge slikovne metode težko prikažejo ali pa to sploh ni možno. CT uporabijo tudi, kadar druge metode ne zagotovijo zanesljivih dokazov o bolezni, pa tudi takrat, kadar so si podatki, zbrani z drugimi preiskovalnimi metodami, nasprotujoči ali premalo zanesljivi za dober načrt in zanesljivo izvedbo operacije ali za druge oblike zdravljenja.

CT angiografijo (CTA) uporabljajo pri odkrivanju anevrizem v možganih in aorti. CTA karotidnih arterij je pogosta preiskava za odkrivanje in ocenjevanje žilne patologije v tem anatomskem predelu. Uporablja se za diagnosticiranje stenoz in disekcij karotidnih arterij. Preiskava poteka tako, da pridobivamo slike v točno določenem času po aplikaciji kontrastnega sredstva, in sicer takrat, ko so arterije z njim optimalno napolnjene. Tako dobimo dobro kontrastno razmerje med arterijami in okolnim tkivom. Kadar je atenuacija v okolnem tkivu večja ali enaka kot v arterijah, lahko nastanejo artefakti, ki zmanjšajo diagnostično uporabnost slik (Barrett & Keat, 2004, str. 1680). CT pljučna angiografija je uveljavljena metoda, ki v vsakdanji klinični praksi postaja prva slikovna preiskava pri sumu na pljučno embolijo. Njena glavna prednost pred ostalimi slikovnimi metodami je natančen

prikaz struktur mediastinuma in pljučnega parenhima ter neposreden prikaz tromba v pljučni arteriji (Požek, 2006, str. 57). CTA medenice in noge se uporablja pri ljudeh s periferno arterijsko boleznijo in znižanim krvnim tlakom na gležnju in nadlaktnici (ankle-brachial index, ABI) (Fleischmann & Lammer, 2006).

CT preiskava glave je najpomembnejša nevroradiološka slikovna preiskovalna metoda pri poškodbah glave. Pri pacientih s poškodbami obraza lahko ocenijo razsežnost poškodb kosti in mehkega tkiva ter načrtujejo kirurško rekonstrukcijo obraza (Myga-Porosiło, Skrzelewski, Sraga, Borowiak, Jackowska & Kluczevska, 2011, str. 55). CT glave je začetna preiskava za zaznavo možganske kapi. Z njim lahko zaznajo: krvavitev ali krvni strdek v možganih (kar bi lahko povzročilo možgansko kap), poškodbe možganov, počeno lobanjo (pri ranjenih pacientih na urgenci), večino tumorjev na možganih in druge bolezni možgan, ki se ne vidijo na navadnih rentgenskih slikah, bolezni ali nepravilnosti lobanje, povečanje možganskih votlin, itd. (Perron, 2008, str. 757). Tehnološke inovacije so pripomogle, da je CT (hkrati z MR) postala najpomembnejša metoda za pregled vratu in larinksa (Hermans, 2006). CT (prav tako tudi MR) omogoča natančno detekcijo anatomskih struktur, na osnovi katerih je možno klasificirati limfadenopatijo na vratu, uporablja pa se tudi za določanje stadija razvoja tumorjev oziroma za detekcijo primarnih tumorjev na vratu in status limfnih vozlov (Sham & Nishat, 2011, str. 22).

CT omogoča prereze struktur v aksialni, sagitalni in koronarni ravnini, po potrebi pa tudi tridimenzionalno rekonstrukcijo kostnih struktur. Odlično prikaže kostne strukture, slabše pa mehko tkivo. Bolje kot MR prikaže kostno stenozo spinalnega kanala in foramnov, na CT pa je najbolje vidna tudi stopnja obrabe fasetnih sklepov (Louis, & Howard, 2000, str. 391). CT je diagnostična metoda prvega izbora za oceno zaraščanja po zatrditvi (fuziji) hrbtenice (Rutherford, Tarplett, Davies, Harley & King, 2007). CT zagotavlja podobno senzitivnost in specifičnost pri odkrivanju hernije diskusa in stenoze ledvene hrbtenice kot MR, vendar jo zaradi invazivnosti uporabljamo le, če MR preiskava iz kakršnega koli razloga ni indicirana (Lapointe, 1992, str. 96 – 99). CT je včasih potreben pri nekaterih revmatičnih boleznih. Preiskavo delajo pri sumu na vnetje sakroiliakalnih sklepov (sakroiliitisa), če

rentgensko slikanje ni dovolj diagnostično (Ruiz, Castellano García, Guzmán Álvarez & Moreno, 2011, str. 126). Pri pacientih z osteoporozo lahko CT natančno izmeri gostoto kosti v hrbtenici, hkrati pa je hitra ter učinkovita metoda za prikaz in oceno kostnih zlomov, subluksacij, dislokacij in tumorskih sprememb v predelu ramenskega sklepa. CT lahko dopolnimo s CT artrografijo ramenskega sklepa, ki velja kot dragocena in natančna metoda za prikaz in oceno znotraj sklepnih in ob sklepnih struktur (Bianchi, Keller, Fasel & Garcia, 2005, str. 30).

S **CT srca** lahko opazijo bolezen srčnih arterij v zgodnejši fazi, ko je še ozdravljiva. Obloge maščob in drugih substanc, vključno s kalcijem, na stenah srčnih arterij so smrtno nevarne. Če bi zamašile arterije, srce ne bi dobilo kisika in človek bi umrl. S to preiskavo opazujemo kalcij. Za natančne slike naj bi imel pacient srčni utrip 90 ali manj na minuto (ta meja se spreminja z modernejšimi, hitrejšimi napravami). V nasprotnem primeru pacient dobi zdravilo za upočasnitev srčnega utripa. Ta preiskava lahko potrdi bolezen, ko so arterije zožane manj kot 50 %, več kot polovica srčnih napadov pa se zgodi pri takšnem zožanju (Hoffmann, Ferencik, Cury & Pena, 2006).

CT slikanje prsnega koša nam omogoči natančen vpogled v prsni koš in organe v njem. CT prsnega koša ima pomembno vlogo pri odkrivanju in zamejitvi pljučnega raka. Bronhoskopija ali s CT vodena biopsija se pogosto uporablja za vzorčenje tumorja za histopatologijo (Collins, Haines, Perkel, & Enck, 2007, str. 59). Nekateri radiologi dajejo prednost CT preiskavi s kontrastom tako prsnega koša kot zgornjega dela trebuha, drugi pa CT preiskavi prsnega koša in nadledvičnih žlez brez kontrasta (Patz et al., 1999, str. 56).

3.1.2 Magnetna resonanca (MR)

Uporaba MR je v radiologiji prinesla velik napredek pri diagnostiki različnih obolenj. Njena prednost v primerjavi z ostalimi slikovnimi metodami je predvsem dober prikaz mehkih tkiv, dobra kontrastna in prostorska ločljivost, možnost slikanja v različnih ravninah; zaradi temperaturne občutljivosti omogoča dobro oceno

temperaturnih sprememb. MR tomografija ne uporablja škodljivega ionizirajočega sevanja kot CT, rentgensko slikanje ali nuklearna medicina, pač pa močno magnetno polje in radiofrekvenčne valove (Blanco, Ojala, Kariniemi, Perälä, Niinimäki & Tervonen, 2005, str. 131).

Radiološki inženirji, ki delajo na diagnostikah za MR, morajo biti sposobni učinkovite komunikacije s pacientom, saj sta priprava in sodelovanje pacienta ključnega pomena za uspešno izvedbo preiskave. Poleg dobrega poznavanja tehnologije mora radiološki inženir poznati, razumeti in izvajati postopke zagotavljanja varnosti v magnetnem polju tako za pacienta kot zase (*Normativi radioloških inženirjev v Sloveniji*, 2015, str. 26).

MR odlično prikaže minimalno vsebnost tekočine (npr. edem v kostnini), žilne in žolčne vode brez kontrastnega sredstva, delovanje srca, gibanje črevesja ali pretok krvi v žili in vivo. Z MR je mogoče prikazati organe in organske sisteme v različnih fazah prekrvljenosti s pomočjo gadolinijevega kontrastnega sredstva (Widmark, 2007, str. 415).

MR angiografija (MRA) je diagnostična metoda prikaza krvno-žilnih sistemov. Številne študije so potrdile, da MRA omogoča vizualizacijo karotidnih arterij, Willisovega kroga, anteriornih, medialnih in posteriornih cerebralnih arterij, vertrebralnih in bazilarnih arterij, kot tudi venskih sinusov z visoko občutljivostjo in specifičnostjo. Osnovne indikacije za MRA glave so: diagnostika suspektnih intrakranialnih okluzivnih obolenj, diagnostika suspektnih intrakranialnih anevrizem, diagnostika suspektne tromboze ali kompresije cerebralnih venskih sinusov ter diagnostična evalvacija pacientov s pulzirajočim tinitusom. Indikaciji za MRA krvnih žil sta diagnostika stenoze karotidnih arterij in diagnostika disekcij karotidnih arterij. MRA s faznim kontrastom omogoča prikaz krvnih žil na osnovi razlike v fazi tekoče krvi glede na okolno stacionarno tkivo (Van Goethem, van den Hauwe, Ozsarlak, & Parizel, 2003). MRA omogoča neinvazivno diagnostiko in spremljanje številnih intrakranialnih okluzivnih obolenj, kot so: ateroskleroza, vaskulitis, sindrom Moya-Moya. Kombinacija Dopler UZ in MRA cervikalnih karotidnih arterij

omogoča evalvacijo pacientov s prehodnim ishemijskim napadom (TIA) ali možgansko kapjo (Kim, 2014, str. 35).

CT in **MR** sta slikovni preiskovalni metodi za prikaz tumorjev **glave in vratu**. MR preiskava je zelo občutljiva na artefakte, ki jih povzročajo premiki (gibanje, dihanje in požiranje). Zaradi dolgotrajne preiskave bolniki z malignimi tumorji v področju glave in vratu običajno težko sledijo navodilom, kot so plitvo dihanje, prekinitev požiranja oziroma popolno mirovanje med posameznimi sekvencami (Hermans, De Keyzer, Vandecaveye, & Carp, 2012, str. 39 – 40). Pri vsakdanjem kliničnem delu se zato kot prva preiskovalna metoda v obravnavi bolnikov s tumorji glave in vratu še vedno najpogosteje uporablja CT s kontrastnim sredstvom.

MR poda jasno sliko **obkostnih struktur**, zato velja za vodilno metodo pri preiskavah velikih in malih sklepov, hrbtenice (medvretenčnih ploščic) in mehkih tkiv gibal (mišice, kite). Dobro so vidne vse najmanjše poškodbe vezi in krvavitve v sklepu, raztrganine in krvavitve v mišicah. Vidne so tudi spremembe v sklepih, ki so posledica degenerativnih procesov ali drugih obolenj (Ruiz, Castellano García, Guzmán Álvarez, & Moreno, 2011, str. 117). MR hrbtenice se uporablja za odkrivanje degenerativnih, travmatskih in vnetnih sprememb hrbtenice, sprememb v intervertebralnih diskih (protruzije, ekstruzije) ter v hrbteničnem mozgu (vnetja, tumorji) (Cascini, Falcone, Greco, Bertucci, Cipullo, & Tamburrini, 2008). MR hrbtenice se vedno opravi za vsak segment (vrat, prsni del, ledveni in križni del) posebej. S pomočjo MR lahko opredelimo in lokaliziramo tudi bolezenske procese v določenih delih spodnjega uda (v sakroiliakalnem sklepu, kolkah, kolenih in gleženjih) in delih zgornjega uda (v rami, komolcu in zapestju) (Axelsen, Eshed, Duer-Jensen, Møller, Pedersen, & Østergaard, 2014).

MR srca nam poda informacijo o dogajanju v samem miokardu in njegovih okolnih tkivih. V nasprotju z UZ preiskavo je dobro pregleden tudi desni ventrikel (Hudsmith, Petersen, Francis, Robson, & Neubauer, 2005). Indikacije za preiskavo so: ugotavljanje posledic koronarne bolezni na miokardu (ocena poškodbe miokarda), ocena viabilnosti miokarda, kardiomiopatije (dilatativna, hipertrofična,

restriktivna, aritmogena displazija desnega ventrikla), miokarditis, bolezn perikarda (perikarditis, konstriktivni perikarditis, tumorji perikarda), tumorji (miokard in perikard), bolezn aorte (anevrizma, disekcija) (Kramer, Barkhausen, Flamm, Kim & Nagel, 2008). Radiolog lahko z MR oceni velikosti srčnih votlin in debeline sten srčnih votlin, določi obseg poškodbe miokarda (srčne mišice) po miokardnem infarktu ali napredovani srčni bolezni, oceni bolnikovo okrevanje po terapiji, oceni srčno anatomijo, funkcijo srčne mišice, funkcijo srčnih zaklopk in krvnega pretoka pred in po operativnih posegih zaradi kongenitalnih anomalij pri otrocih (Bogaert, 2012).

MR v prsni votlini dobro posname srce, pljuča in krvne žile. MR je novejša metoda, ki se uporablja za oceno krčenja srčne mišice in prikaz motenj prekrvavitve (Breeuwer, 2005), redkeje pa jo uporabljamo v diagnostiki pljučnega raka. MR dobro pokaže mehke dele in žile, zato je včasih nujno potrebna za predoperativno oceno vraščanja tumorja v velike žile (Tateishi et al., 2003, str. 1491).

3.1.3 Ultrazvočna preiskava

UZ omogoča vpogled v delovanje struktur in organov v notranjosti telesa ter odkrivanje sprememb v njih. **UZ preiskava** je pomembna predvsem kot dopolnilna diagnostična metoda za oceno sprememb v **dojkah**, ki pa ne more nadomestiti mamografije. V primerjavi z mamografijo so prednosti UZ preiskave predvsem večja občutljivost pri dojkah z gosto strukturo, odsotnost ionizirajočega žarčenja in sposobnost dobrega razlikovanja med tekočinskimi in solidnimi formacijami. Slabosti UZ preiskave so predvsem v tem, da je občutljivost preiskave odvisna od izkušenosti preiskovalca in od strukture dojke (nižja občutljivost pri maščobnih dojkah), preiskava je dražja, zamudnejša in ne prikaže mikrokalcinacij, ki so lahko prvi znak nastajajoče bolezni – predvsem »in situ« karcinoma (Shetty, 2015, str. 31). UZ preiskava se priporoča pri tipnih spremembah pri ženskah, mlajših od 35 let, pri tipnih spremembah in mamografsko nepregledni strukturi v vsaki starosti, pri netipnih spremembah (za razjasnitev mamografsko vidnih nepravilnosti), pri predoperativnem pregledu pazduhe na strani ugotovljenega raka ter pri ultrazvočno

vodeni tanko- ali debeloigelni biopsiji (Rener & Kocijančič, 2003, str. 33). Rezultat UZ pregleda je še vedno med najbolj »operator dependent« med slikovnimi metodami in vključuje tudi primerjavo z mamografijo, zato je nujno, da preiskovalec obvlada tako mamografijo kot UZ in da se preiskava izvaja vedno le ob istočasnem pregledu mamografov (Shetty, 2015, str. 31).

UZ preiskava mehkih tkiv nam prikaže strukture kit, vezi, mišic, živcev in žil z ločljivostjo, ki je manjša od 1 mm. Pri večini navedenih posameznih mehko tkivnih strukturah je spekter možnih patoloških sprememb podoben ne glede na to, kateri del telesa pregledujemo. Tetive so lahko degenerativno spremenjene (tendinoze), najdemo lahko raztrganine različnih stopenj (delne, popolne) ali pa vnetje tetivnih ovojníc (tenosinovitis) (Zamorani & Valle, 2007b, str. 78, 86). Prikažemo lahko vnetne spremembe, nenormalen anatomski potek, preskok oziroma izpah ali poškodbo. V mišicah lahko prikažemo posledice poškodb (natega, udarnine, raztrganine), vnetne spremembe, utesnitve mišičnih lož, herniacije, tumorje ipd. (Smith & Finnoff, 2009). V sklepih so lahko vidne vnetne spremembe in površinske erozije kostnine, vidni pa so tudi depoziti kristalov. Na površini kosti v sklepih ali zunaj njih prikažemo vnetne spremembe ali zlome (Zamorani & Valle, 2007a, str. 158, 173).

Indikacije za **UZ preiskavo rame** so bolečina v rami, omejena gibljivost ali otekanje ramenskega sklepa. Z UZ preiskujemo tetive mišic ramenskega sklepa (t.i. rotatorno manšeto), izliv v ramenski sklep in subakromialno-subdeltoidno burzo (SASD burzo). Z UZ ocenjujemo tip poškodbe, obsežnost poškodbe, vnetne ali degenerativne spremembe ter izliv tekočine v sklepu (Bianchi & Martinoli, 2007). Največkrat najdemo tekočino v SASD burzi, kalcinacije v tetivah rotatorne manšete, natrganje in raztrganje tetiv rotatorne manšete in dvoglave nadlahtne mišice ter zadebelitev SASD burze (Bianchi & Martinoli, 2007).

UZ srca ali ehokardiografija, ki je temeljna slikovna preiskava v kardiologiji, omogoča prikaz morfologije in funkcije srčne mišice, zaklopk in ostalih srčnih struktur. Uporabljamo jo v diagnostične in prognostične namene. Pri bolnikih z

arterijsko hipertenzijo z UZ srca ugotavljamo morebitno prizadetost levega prekata v smislu zadebelitve sten, povečanja prekata in slabše funkcije (Gottdiener, 2007, str. 839). Ehokardiografija (še posebej TEE – transezofagealna ehokardiografija) je glavna diagnostična metoda za potrditev infekcijskega endokarditisa (Christopher, 2007, str. 502). Posebno obliko klasične TTE predstavlja obremenitvena ehokardiografija (»stress echo«), pri kateri spremljamo krčljivost levega prekata v pogojih povečane porabe kisika. S tem lahko ugotovimo prisotnost ishemične bolezni srca, preiskava pa omogoča tudi oceno viabilnosti srčne mišice (Marwick, 2007, str. 354). Poleg srčnih votlin in zaklopk z UZ srca preiskujemo tudi osrčnik in lahko enostavno prepoznamo patološko kopičenje tekočine v njem (perikardialni izliv), ki lahko v večjih količinah ogrozi srčno funkcijo in povzroči srčni zastoj (tamponada srca) (Munt, Moss & Thompson, 2007, str. 724 – 725). Ocenjujemo tudi aorto, s TTE predvsem njen ascendentni del, kjer najpogosteje prihaja do nastanka razširitev (anevrizem), tudi z razpokom (disekcija, ruptura), s TEE pa lahko zelo dobro prikažemo tudi descendentni del (Farah & Bolger, 2007, str. 799 – 800).

Z **UZ vratnih žil** lahko ocenjujemo fiziološke variacije poteka vratnih in možganskih arterij, notranjo površino žilne stene in njeno debelino, vrsto, velikost in obliko žilnih sprememb, ki so nastale zaradi aterosklerotičnega procesa (takšnim spremembam pravimo aterosklerotični plaki) (Choi, Jung & Lee, 2015, str. 245) ali patološkega procesa zaradi drugega vzroka (travmatske okvare, vnetja, imunski procesi, arteriovenske malformacije, anevrizme, itd.) (Myers & Clough, 2004, str. 88 – 89). Z visokoločljivostno UZ tehnologijo lahko ocenimo tudi zgradbo aterosklerotičnih plakov (maščobni, maščobno-vezivni, vezivni in kalcinirani plaki) (Picano & Paterni, 2015, str. 10124).

4 PROBLEMATIKA DOLGIH ČAKALNIH DOB NA RADIOLOŠKE PREISKAVE

Preproste razlage za dolge čakalne dobe ni, zato je pomembno, da se vzroki zanje raziščejo, preden se začnejo izvajati ukrepi za njihovo zmanjševanje ali iskanje dodatnih virov financiranja. Dolge čakalne dobe je treba prej analizirati in morebitna ozka grla previdno raziskati prek usposobljenega zdravstvenega kadra (Council of Europe: Committee of Ministers, 1999). Pomembno se je zavedati, da čakalne dobe ustvarjajo problem, ki ga je treba začeti upravljati oziroma odpravljati.

Dolge čakalne dobe niso problem samo v Sloveniji, ampak se z njimi srečujejo tudi v drugih evropskih državah (npr. na Irskem, Poljskem, Švedskem, v Veliki Britaniji, itd.). Euro Health Consumer Index (EHCI) je standard za merjenje evropskega zdravstvenega varstva, ki v letu 2015 razporeja 35 evropskih nacionalnih zdravstvenih sistemov glede na 48 indikatorjev, ki pokrivajo 6 ključnih področij za uporabnike zdravstvenih storitev. Med ključnimi področji zdravstvenih storitev so tudi čakalne dobe. Področje čakalnih dob zajema: dostop do osebnega zdravnika isti dan, direkten dostop do specialista, manjši operativni posegi <90 dni, zdravljenje rakavih obolenj <21 dni, CT diagnostika <7dni in čakalni čas na oddelku za nujno medicinsko pomoč. Slovenija je dosegla zadovoljivo oceno pri dostopu do osebnega zdravnika v istem dnevu, direktnem dostopu do specialista, pri zdravljenju rakavih obolenj in čakalnem času na oddelku za nujno medicinsko pomoč, pri ostalih indikatorjih za čakalne dobe pa je bila ocena slaba. Najbolje ocenjene države v kategoriji čakalnih dob so bile: Švica, Belgija in Makedonija, Slovenija pa je bila, skupaj s Ciprom, z Grčijo, Madžarsko in s Portugalsko, na 22. mestu (Björnberg, 2016, str. 22 – 23).

Čakalne dobe so problem, ki ni zlahka rešljiv, vendar mora država narediti korake k vzdrževanju trdnega sistema, ki nudijo varnost. Vlada Republike Slovenije je na 59. redni seji dne 22. 10. 2015 sprejela *Sklep, št. 17200-1/2015/11* o aktivnostih Ministrstva za zdravje za skrajševanje čakalnih dob. V njem so zapisali, da so čakalne dobe posledica različnih vzrokov, pri čemer se jih večina nanaša na:

- neprimerne modele financiranja,
- pomanjkanje finančnih virov,
- slabo učinkovitost in organiziranost izvajalcev,
- slabo kakovost storitev,
- prekomerno napotovanje med različnimi izvajalci zdravstvenih storitev,
- slabo upravljanje čakalnih seznamov,
- pritiske bolnikov po neutemeljenih zdravstvenih storitvah,
- nepotrebne zdravstvene preglede zaradi administrativnih postopkov na področju socialnih pravic ali negativnih finančnih spodbud izvajalcev.

Iz tega je razvidno, da zmanjšanje čakalnih dob ni odvisno le od kratkoročnega financiranja in samo finančnih virov (torej od dodatnih finančnih sredstev za skrajševanje čakalnih dob ali višanje cen zdravstvenih storitev), ampak gre za obvladovanje različnih dejavnikov skozi določeno obdobje in preko različnih aktivnosti. Da pri čakalnih dobah ne gre samo za denar, priča primer Švedske, ki je v skrajšanje čakalnih vrst vložila kar milijardo evrov, pa se tam denimo še vedno predolgo čaka na zdravljenje raka, opozarjajo v raziskavi (Björnberg, 2016, str. 10 – 11). Pomembna je vzpostavitev preglednosti celotnega procesa nastajanja čakalnih dob in nadzor nad pravilnim umeščanjem ter upravljanjem s čakalnimi vrstami, pri čemer je potrebno stalno analiziranje vzrokov za nastanek čakalnih dob ter odpravljanje razlogov za njihovo prekomerno nastajanje.

Na strani izvajalcev zdravstvene storitve so vzroki, poleg že navedenih, lahko tudi naslednji: a) veliko je podvajanja pregledov in preiskav ter premeščanja v druge bolnišnice; b) delitev dela in pristojnosti med izvajalci; c) neoptimalna izkoriščenost opreme in pomanjkanje kadra, ki zna z njo delati; d) prostorske in druge zmogljivosti (Ministrstvo za zdravje, 2015).

Na strani uporabnikov zdravstvene storitve so vzroki lahko naslednji: a) pričakovanje pacientov; b) neodgovornost pacientov, ki se prenaročajo in tako bolnišnici poseg izostane, termina pa ne more zapolniti; c) pacienti prihajajo nenaročeni, kar privede do prenatrpanosti čakalnic; d) slabo poznavanje pacientovih dolžnosti, zlasti

pravočasno obveščanje izvajalcev zdravstvenih storitev o morebitnem izostanku na pregled ali zdravljenje (Ministrstvo za zdravje, 2015).

Čakalne dobe vplivajo na kakovost zdravstvenega sistema s posledicami, kot so na primer »povečano tveganje pri zdravljenju, višji so stroški zdravljenja, daljša odsotnost z dela in iz družinskega kroga, daljše in bolj zahtevne so rehabilitacije ter slabše stanje bolnikov po zdravljenju,« je v *Sklepu, št. 17200-1/2015/11* z dne 22. 10. 2015, zapisala Vlada Republike Slovenije.

Ministrstvo za zdravje (2015) je področje čakalnih dob prepoznalo za prednostno področje, zato je skrajševanje čakalnih dob tudi ena izmed ključnih usmeritev v *predlogu Resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016-2025 "Skupaj za družbo zdravja" (ResNPZV 2015-2025)*, saj predolge čakalne dobe ne vplivajo neugodno samo na pacienta, ampak predstavljajo tudi dodatno finančno in organizacijsko breme za zdravstveni sistem. Za doseganje cilja »enaka in pravična dostopnost do zdravstvenih storitev ter skrajšanje čakalnih dob« je Ministrstvo za zdravje oblikovalo več aktivnosti: a) priprava in izvedba pilotnega projekta »Za boljše upravljanje čakalnih dob«, na osnovi katerega bo izvedena analiza vzrokov in posledic za nastajanje čakalnih dob in bodo sprejeti ukrepi za obvladovanje čakalnih dob; b) izvedba projekta »Čakalni sezname in krajšanje čakalnih dob« za zagotovitev ažurnih podatkov o čakalnih dobah na osnovi sodobne informacijske podpore, s pomočjo uvedbe e-naročanja pri vseh izvajalcih zdravstvenih storitev; c) prenova ZPacP in Pravilnika o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov (Ministrstvo za zdravje, 2015).

Specifični cilj: Z aktivnostmi na tem področju zagotoviti enako in pravično dostopnost do zdravstvenih storitev ter skrajšanje čakalnih dob.

Tabela 1: Specifični cilji za enako in pravično dostopnost do zdravstvenih storitev ter skrajšanje čakalnih dob

Specifični cilj	Kazalniki učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025	Vir podatka	Časovni okvir	Vir sredstev za predvidene ukrepe
Enaka in pravična dostopnost do zdravstvenih storitev ter skrajšanje čakalnih dob	Analiza vzrokov in posledic za ČD	Število	0	2015	1	MZ	2016	Proračun MZ, ZZS
	Poročilo o izvedbi pilotnega projekta, objavljeno na spletni strani MZ	Število	0	2015	1	MZ	2017	
	Sprememba Zakona o pacientovih pravicah, objavljena v UL	Število	0	2015	1	MZ	2018	
	Poročilo o vpeljavi sistema CDSS	Število	0	2015	1	MZ	2020	

Vir: Ministrstvo za zdravje (2015).

Za uspešno obvladovanje čakalnih dob je Ministrstvo za zdravje v začetku leta 2015 pričelo s pripravami na projekt »Za boljše upravljanje čakalnih dob«, v katerega se je septembra 2015 vključila tudi Splošna bolnišnica Celje. S posameznimi dobrimi praksami se bodo v pilotski projekt vključevali tudi ostali izvajalci zdravstvenih storitev. Izbrane bodo tudi tri do štiri čakalne dobe, ki se bodo spremljale v okviru pilotskega projekta pri vseh izvajalcih v Sloveniji. V okviru pilotskega projekta bo izdelan načrt virov, postopkovnih rešitev in potrebnih finančnih sredstev za obvladovanje čakalnih dob ter načrt za uvedbo sprememb v celoten zdravstveni sistem.

V skladu s Pravilnikom o pogojih, rokih, načinu vključitve in uporabe eZdravja za obvezne uporabnike (UI RS, št. 69/2015) se bo v letu 2016 implementiral projekt »eČakalni sezname in krajšanje čakalnih dob«. eČakalni sezname predstavljajo eno izmed rešitev eNaročanja, ki jo sestavljajo še naslednji podsistemi: eNapotnica, eNaročanje, poslovna inteligenca (poročanje). Z novimi rešitvami bo omogočeno

spremljanje dnevnih trendov čakalnih seznamov in ne le mesečnih trendov kot doslej. Pacientom bo na voljo bolj relevantna informacija o tem, kje bodo najmanj čakali na zdravstveno storitev, ki jo potrebujejo. Glede na dolžino čakalnih dob se bodo lahko naročili pri izvajalcu z najkrajšo čakalno dobo. Posledično bo to pomenilo krajšanje čakalnih dob pri izvajalcih z daljšimi čakalnimi dobami. Na krajšanje čakalnih dob bo z uvedbo rešitve eNaročanje vplivala tudi omejitev, da se ne bo mogoče z eno eNapotnico naročiti pri več izvajalcih, saj bo sistem to zaznal, na večkratno naročanje opozoril in ga preprečil (*Sklep Vlade Republike Slovenije, št. 17200-1/2015/11*).

Čakalne vrste praviloma nastajajo pri napotitvah od osebnega zdravnika k specialistu in naprej v bolnišnično obravnavo. Po našem mnenju bi h krajšim čakalnim dobam marsikdaj pripomogla spremenjena organizacija dela. Rezerve so na primer pri opremi, ki ponekod ni dovolj izkoriščena, pri kadrih, ki jih ponekod primanjkuje, ali pa je osebje le občasno prisotno, ponekod niso ustrezne klinične poti (preveč preiskav, neurejen vrstni red, podvajanje preiskav idr.). Dobrodošle bi bile tudi spremembe predpisov, saj bi tako lahko izvajalec marsikje združeval storitve, pa jih po zakonu ne sme. Zdravnike močno obremenjujejo dolgotrajni postopki v zvezi z bolniško odsotnostjo z dela, čakalne seznane pa močno bremenijo tudi pogosti nadzori v postopku dokazovanja invalidnosti. Za zmanjšanje čakalnih dob bi se morali regulatorji slovenskega zdravstva odzivati na hiter porast znanja in tehnologij, ki jih sodobna medicina uvaja v slovenski prostor. Prav tako bi bilo treba spodbujati konkurenčnost med zdravstvenimi ustanovami, da bo programov vse več in ne vse manj.

5 PRAVNE PODLAGE PRI UVELJAVLJANJU PACIENTOVIH PRAVIC Z VIDIKA ČAKALNIH DOB

V tem poglavju navajamo pravne podlage, ki v Republiki Sloveniji predpisujejo načine naročanja na zdravstveno storitev, postopek uvrstitve pacienta na čakalni seznam, vodenje in upravljanje čakalnega seznama vključno s podatki, ki morajo biti na čakalnem seznamu. Poleg tega pravne podlage določajo tudi najdaljše dopustne čakalne dobe za posamezne zdravstvene storitve in informacije, s katerimi morajo biti seznanjeni pacienti, vključno z načinom njihove objave.

V **ZPacP** (UI RS, št. 15/2008) so podrobneje opredeljeni pojmi čakalna doba, čakalni čas, čakalni seznam in razumen čas.

Uredba o poslovanju z uporabniki v javnem zdravstvu (UI RS, št. 98/2008) natančneje določa sistem naročanja na zdravstveno storitev in uvaja Zdravstveni kontaktni center. Po uveljavitvi uredbe pacienti ne bodo čakali na izvedbo zdravstvene storitve na primarni ravni več kot 20 minut, na sekundarni in terciarni pa ne več kot 60 minut od določenega termina. Uredba opredeljuje tudi začetek dela enotnega zdravstvenega portala, ki mora biti vzpostavljen najkasneje do 31. decembra 2009.

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

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ (UI RS, št. 72/2006) z dopolnitvami določa nosilce družbene skrbi za zdravje in njihovo varstvo ter ureja odnose med zdravstvenim zavarovanjem in zdravstvenimi zavodi ter uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja. Zdravljenje v tujini zaradi

preseganja najdaljše dopustne čakalne dobe preseganja razumnega časa je opredeljeno v 44. b členu zakona.

Zbirke podatkov s področja zdravstvenega varstva določa **Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva – ZZPPZ** (U1 RS, št. 65/2000 in 47/2015), ki poleg zbirk podatkov določa še zbiranje, obdelavo in posredovanje podatkov, ki jih pri opravljanju z zakonom določenih nalog vodijo, uporabljajo in medsebojno izmenjujejo izvajalci zdravstvene dejavnosti. ZZPPZ v svoji prilogi določa vrste in vsebine posameznih zbirk, njihov namen, obdobja poročila, kdo mora posredovati podatke in kdaj, upravljalca zbirke, način dajanja podatkov in čas hranjenja podatkov.

5.1 Zakon o pacientovih pravicah

Zakonodajalec je v ZPacP kot osnovno pacientovo pravico opredelil pravico, da se spoštuje njegov čas (**pravica do spoštovanja pacientovega časa**). Izvajalcem je za uresničevanje te pravice naložena obveznost, da pri razvrščanju pacienta v čakalni seznam (Čakalni seznam je elektronsko ali ročno vodena zbirka podatkov o vrstnem redu zaporedno vpisanih pacientov, ki čakajo na zdravljenje oziroma uveljavitev pravice do zdravstvene storitve, za katere se pojavi čakalna doba - 4. točka 2. člena.) poskrbijo za najkrajši možni čakalni čas (Čakalni čas je v 3. točki 2. člena ZPacP opredeljen kot razlika med vnaprej dogovorjenim časom izvedbe zdravstvene storitve in njenim dejanskim začetkom, izražena v minutah.) Časovni standard je torej vezan na objektivno možnost zagotavljanja najkrajšega čakalnega časa. To pomeni, »da je izpolnjevanje norme odvisno od konkretnih razmer oziroma pogojev pri določenem izvajalcu« (Balažic et al., 2009, str. 101) in za čakalno dobo (Čakalna doba je v 2. točki 2. člena ZPacP opredeljena kot pričakovano obdobje od vpisa na čakalni seznam do dejanskega začetka zdravljenja, izraženo v dnevih ali mesecih.), ki ne presega razumnega časa, nujno medicinsko pomoč pa je treba opraviti takoj (2. odst. 14. člena). Stopnja nujnosti se presoja v skladu s pacientovo največjo zdravstveno koristjo in z namenom preprečitve resne zdravstvene škode za pacienta (4. odst. 14. člena). Pri uvrščanju na čakalni seznam (pacient je lahko uvrščen samo na en čakalni

seznam, 9. odst. 14. člena) je treba upoštevati strokovne standarde glede stopnje nujnosti, ki jo je treba v čakalnem seznamu posebej dokumentirati. Pri tem morajo izvajalci zdravstvenih storitev poskrbeti za najkrajši možni čakalni čas v skladu s pogoji financiranja in čakalno dobo v okviru razumnega časa (3. odst. 14. člena). Ko govorimo o vodenju čakalnih seznamov, je bistvo spoštovanja pacientovega časa v tem, da se paciente v čakalni seznam »vpiše po vrstnem redu naročanja in da se jih obravnava v takšnem vrstnem redu, kot so bili vpisani v čakalni seznam, pri čemer imajo pri čakanju na izvedbo zdravstvene storitve prednost pacienti, pri katerih je po strokovnih standardih podana višja stopnja nujnosti zdravstvene obravnave« (Balažic et al., 2009, str. 103). Če pacient iz opravičljivih razlogov ni mogel priti na izvedbo zdravstvene storitve, mu je treba določiti čim bližji novi datum načrtovane zdravstvene storitve (5. odst. 14. člena). Kakšni so upravičeni razlogi in kako se izkazujejo, zakon ni določil. Ker mora v primeru opravičenega izostanka izvajalec pacientu zagotoviti čim bližji novi datum storitve, to lahko neugodno vpliva na dolžino čakalnih dob in na spoštovanje vrstnega reda čakajočih pacientov. Zato bi bilo smiselno, da se »upravičeni razlogi razlagajo primerno strogo in se omejijo na zares utemeljene primere, po možnosti s taksativnim naštevanjem razlogov« (Balažic et al., 2009, str. 104). Pacienta lahko izvajalec zdravstvenih storitev črta s čakalnega seznama, če ta na izvedbo zdravstvene storitve ni prišel in svojega izostanka ni opravičil v 14 dneh od dneva zamude (6. odst. 14. člena). Če pacient na zdravstveno storitev čaka več kot tri mesece, ima pravico zahtevati kontrolni pregled pri zdravniku, ki ga je napotil na zdravstveno storitev (8. odst. 14. člena). Izvajalec zdravstvenih storitev zagotovi telefonsko naročanje in elektronske oblike naročanja ter delo organizira tako, da pacient ne čaka dlje, kot je potrebno. Način naročanja izvajalec zdravstvenih storitev objavi na vidnem mestu v čakalnici na primarni ravni in v specialistični ambulantni dejavnosti oziroma na običajnem oglasnem mestu v bolnišnicah ter na njegovih spletnih straneh (10. odst. 14. člena).

Po določbi 3. odst. 15. člena ZPacP mora namreč upravljavec čakalnega seznama voditi tudi evidenco sprememb. Podatke o morebitnem spreminjanju vrstnega reda, skupaj z obrazložitvijo okoliščin, ki narekujejo spreminjanje vrstnega reda, mora upravljavec hraniti šest mesecev po opravljeni zdravstveni storitvi oziroma izbrisu

podatkov. Po preteku tega roka jih mora torej izbrisati. Pacient ima ob uvrstitvi na čakalni seznam pravico izvedeti za dolžino čakalne dobe in za razloge zanj, omogočen mu mora biti tudi vpogled v čakalni seznam, seveda ob spoštovanju zasebnosti drugih pacientov. Izvajalec zdravstvene storitve seznanitev pacientu omogoči takoj ali najpozneje tri delovne dni po prejemu zahteve (4. odst. 15. člena). »Ali« v navedenem stavku logično pomeni, da lahko izvajalec izbira, ali bo svojo dolžnost opravil takoj ali pa najkasneje v treh dneh (od vložitve zahteve za vpogled). Navedeni lapsus zakonodajalca je treba razumeti tako, da mora izvajalec zdravstvenih storitev seznanitev pacientu omogočiti takoj, če pa to iz upravičenih razlogov ni možno, pa najkasneje v treh dneh (Korošec, 2008, str. IV). Zahtevo je možno vložiti največ dvakrat mesečno (4. odst. 15. člena).

Izvajalcem zdravstvenih storitev 16. člen omogoča (in jih hkrati zavezuje), da Nacionalni inštitut za javno zdravje Republike Slovenije (NIJZ) zanje obdeluje določene podatke iz čakalnih seznamov (2. odst.), ki so jih izvajalci dolžni sporočiti NIJZ (razen naslova in kontaktnih podatkov ter seveda tudi podatkov o zahtevah pacientov za vpogled v čakalne sezname) (1. odst.). V 3. odst. omenjenega člena je zakonodajalec Zavodu za zdravstveno zavarovanje določil namen obdelave osebnih podatkov, in sicer za potrebe nadzora in financiranja programov. NIJZ na podlagi prejetih podatkov vodi nacionalni čakalni seznam (1. odst. 17. člena), na podlagi katerega se izračunavajo dejanske čakalne dobe pri posameznih izvajalcih zdravstvenih storitev. Vzpostavitev nacionalne čakalne knjige za paciente ne pomeni možnosti pregledovanja svojih osebnih podatkov ali osebnih podatkov drugih pacientov oziroma ne pomeni, da lahko pacient na NIJZ naslovi zahtevo za vpogled v čakalni seznam. To pravico lahko pacient izkoristi le pri izvajalcu zdravstvenih storitev (Balažic et al., 2009, str. 112). NIJZ je dolžan javno objavljati statistične podatke o čakalnih vrstah, iz katerih je razvidno, pri katerem izvajalcu so vrste najkrajše in pri katerem za določeno operacijo ali zdravstveno storitev najdaljše (2. odst. 17. člena).

V 1. odst. 18. člena, ki se nanaša na specialistični ambulantni pregled, gre samo za ponovitev dela drugega stavka 3. odst. 14. člena, ki zahteva izvedbo katerekoli zdravstvene storitve v razumnem času.

5.2 Uredba o poslovanju z uporabniki v javnem zdravstvu

Potek naročanja, kot je določen v Uredbi o poslovanju z uporabniki v javnem zdravstvu (v nadaljevanju Uredba), ne predstavlja dodatnega dela za zdravstvene izvajalce, saj je naročanje le stvar dobre organizacije dela pri posameznem izvajalcu zdravstvene dejavnosti. Uredba prav tako ne pomeni skrajšanja časa za obravnavo pacientov.

Pacient se na zdravstveno storitev lahko naroči osebno, preko telefona, elektronske pošte ali drugih telekomunikacijskih sredstev. V roku petih delovnih dni mora predložiti še izvirnik napotnice, ki ga zadrži izvajalec zdravstvene storitve. Izvirnik je podlaga za potrditev termina in uradno uvrstitev na čakalni seznam. Naročanje na zdravstvene storitve mora potekati sistematično (1. odst. 5. člena), kar pomeni na določeno uro v okviru ordinacijskega časa.

Določbe 6. člena Uredbe določajo, da zdravstveni delavec pacientu svetuje in pomaga pri izbiri izvajalca na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti in ga obvesti o možnostih za iskanje dodatnih informacijah o izvajalcih in čakalnih dobah. Omenjeni zdravstveni delavec bo zgolj po predhodnem soglasju pacienta stopil v stik z zdravstvenim delavcem izvajalca, kjer bo pacient obravnavan, in se dogovoril za zdravstveno storitev. Zdravstveni delavec bo na željo pacienta brezplačno izročil pacientu tudi seznam izvajalcev za posamezno območje in zdravstveno storitev.

O obveznostih izvajalca pred izvedbo zdravstvene storitve govori 8. člen, ki določa, da izvajalec najmanj teden dni pred predvideno izvedbo zdravstvene storitve, na katero pacient čaka več kot 30 dni, vzpostavi stik z njim in ga obvesti o postopku izvedbe zdravstvene storitve. V primeru, da se pacient v času, ko čaka na izvedbo

zdravstvene storitve in je uvrščen na čakalni seznam, odloči, da ne želi izvedbe zdravstvene storitve, o tem obvesti izvajalca, pri katerem je uvrščen na čakalni seznam (1. odst. 9. člena). Drugi odstavek istega člena pa določa, da izvajalec pacienta, ki ne želi izvedbe zdravstvene storitve, črta s čakalnega seznama in podatek o tem posreduje NIJZ RS.

5.3 Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov

Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov (v nadaljevanju Pravilnik) določa (7., 10., 13. in 14. člen), da se čakalni seznam vodi za tiste zdravstvene storitve, ki jih izvajalec opravlja na podlagi pogodbe, sklenjene z ZZZS (Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije). Čakalni seznama za samoplačniške zdravstvene storitve se vodijo ločeno (1. odst. 10. člena).

Pomembno je, da bolniki ločijo med pojmom prvi in kontrolni pregled. Pravilnik v 2. odst. 2. člena opredeljuje, da je prvi pregled »namenjen opredelitvi novonastalega zdravstvenega problema oziroma akutnega poslabšanja kroničnega zdravstvenega stanja ter načrtovanju potrebnih preiskav in zdravljenja. Prvi pregled pri izvajalcu na primarni ravni zdravstvene dejavnosti se opravi zaradi novonastalega zdravstvenega problema ali akutnega poslabšanja kroničnega zdravstvenega stanja pacienta. Na prvi pregled pri specialistu je pacient napoten zaradi novonastalega zdravstvenega problema ali akutnega poslabšanja kroničnega zdravstvenega stanja. Prvi pregled se na čakalnem seznamu označi s črko P.« Natančno je opredeljen tudi kontrolni pregled. Pravilnik v 3. odst. istega člena navaja, da gre za preverjanje učinkov začete zdravljenja, morebitno načrtovanje dodatnih preiskav in sklenitev zdravstvene obravnave. Kontrolni pregled morajo zato pooblaščenici na čakalnem seznamu označiti s črko K.

Pravilnik določa tri stopnje nujnosti, strokovne kriterije razvrščanja v posamezno stopnjo nujnosti pa so morali do 1. 4. 2011 pripraviti posamezni razširjeni strokovni kolegiji na področju zdravstvenega varstva (3. in 4. člen). Zdravstvena storitev, ki je na napotnici označena s stopnjo nujnosti nujno, se izvede takoj oziroma najpozneje v 24 urah. Za drugi dve stopnji nujnosti pravilnik določa, da se morata izvesti najpozneje v treh mesecih (hitro) oziroma v šestih mesecih (redno), pri čemer pravilnik določa izjeme, za katere veljajo drugačni roki.

Stopnjo nujnosti določi in označi na napotnici zdravnik, ki pacienta napoti na zdravstveno storitev. Specialist, h kateremu je pacient napoten, lahko spremeni stopnjo nujnosti, o tem pa mora obvestiti zdravnika, ki je pacienta napotil (5. člen). Takšno odločitev mora skupaj z obrazložitvijo ustrezno dokumentirati, saj vpliva na vrstni red pacientov na čakalnem seznamu. Pri določanju termina za zdravstveno storitev se morajo ob enaki stopnji nujnosti upoštevati tudi prednostni kriteriji, pri čemer pravilnik ne določa, kako naj se prednostni kriteriji uporabljajo v praksi. Prednostni kriteriji, ki se upoštevajo pri uvrščanju pacienta na čakalni seznam (1. odst. 6. člena), so: nosečnost; dojenje; preprečitev nastanka potreb po dodatnih zdravstvenih storitvah zaradi nastanka novega zdravstvenega problema, ki izhaja iz prvotnega zdravstvenega stanja, zaradi katerega se pacienta uvršča na čakalni seznam; začasna zadržanost od dela zaradi bolezni ali poškodbe, kadar je razlog zanj povezan s potrebo po pregledu; ponovni vpis na podlagi opravičene odsotnosti od zdravstvene storitve.

Odgovorna oseba za vodenje čakalnega seznama pacientu določi termin (natančen datum in uro) za pregled oziroma poseg, tako da ga uvrsti na prvo prosto zaporedno mesto na čakalnem seznamu, pri čemer mora upoštevati označeno stopnjo nujnosti in morebitne prednostne kriterije. Pri tem mora odgovorna oseba skrbeti za (2. odst. 9. člena): enako obravnavo vseh pacientov; varstvo osebnih podatkov pacientov; sprotno upravljanje čakalnega seznama; spoštovanje vrstnega reda pacientov, ki so vpisani na čakalni seznam in uveljavljanje pravic pacientov do seznanitve s čakalnim seznamom.

V primeru preseganja najdaljše dopustne čakalne dobe mora odgovorna oseba pacientu predlagati, da izvede zdravstveno storitev pri drugem izvajalcu z dopustno čakalno dobo. Če pacient to možnost odkloni, ga uvrsti na čakalni seznam in posebej označi, da želi opraviti zdravstveno storitev pri tem izvajalcu (1. odst. 11. člena). Če ni drugega izvajalca s še dopustno čakalno dobo, mora odgovorna oseba pacienta seznaniti s terminom pregleda, na katerem se preveri stopnja nujnosti (3. odst. 11. člena). Pred načrtovano izvedbo zdravstvene storitve mora odgovorna oseba vzpostaviti stik s pacientom, in sicer najmanj tri delovne dni pred načrtovano izvedbo operativnega posega oziroma najmanj teden dni pred izvedbo ostalih zdravstvenih storitev (3. odst. 9. člena).

Če se pacient odloči, da na načrtovano izvedbo zdravstvene storitve ne bo prišel, mora o tem obvestiti izvajalca (še pred terminom načrtovane izvedbe zdravstvene storitve), izvajalec pa pacienta nemudoma izbriše s čakalnega seznama (1. odst. 12. člena). Če pacient ne pride na izvedbo zdravstvene storitve in svojo odsotnost opraviči, mu odgovorna oseba dodeli čim bližji prosti termin za izbrano zdravstveno storitev (3. odst. 12. člena). Če pa pacient ne pride in svoje odsotnosti ne opraviči, ga izbriše s čakalnega seznama (15. dan od dneva načrtovane zdravstvene storitve) in o tem naredi zaznamek v zdravstveni dokumentaciji (4. odst. 12. člena).

5.4 Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

Po 44. b členu ZZVZZ ima zavarovana oseba v skladu z določbami Uredbe (ES) 883/2004 in Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja pravico do odobritve pregleda, preiskave ali zdravljenja v državi, v kateri velja pravni red Evropske unije (EU), oziroma do povračila stroškov teh storitev, če ji je bila v Sloveniji pri vpisu v čakalni seznam določena čakalna doba, ki presega najdaljšo dopustno čakalno dobo, in v Sloveniji ni drugega izvajalca, ki ne presega najdaljše dopustne čakalne dobe. Ko čakalna doba, ki je bila določena, ni presežena, se ugotavlja, ali čakalna doba presega razumen čas. Najdaljše dopustne čakalne dobe so določene s Pravilnikom o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o vodenju čakalnih seznamov, ki določa tudi postopek vpisa in prednostne kriterije za uvrščanje

pacientov v čakalni seznam ter način vodenja čakalnih seznamov pri izvajalcih zdravstvenih storitev v mreži javne zdravstvene službe (Ganziti, Jelisavčić, Jerše Jan, Kos, & Rutar, 2014, str. 32).

Kadar je podana vloga za zdravljenje v tujini zaradi dolgih čakalnih dob v Sloveniji, je potrebno ugotoviti, ali je najdaljša dopustna čakalna doba za določeno storitev presežena in ali v Sloveniji ni drugega izvajalca, kjer ta ne bi bila presežena. Kadar je najdaljša dopustna čakalna doba presežena in v Sloveniji ni drugega izvajalca, ki bi lahko opravil zdravljenje v okviru najdaljše dopustne čakalne dobe (najdaljša dopustna čakalna doba je presežena pri vseh izvajalcih v Sloveniji), se zavarovani osebi odobri zdravljenje v državi članici EU, Evropskega gospodarskega prostora ali Švici. Pred odobritvijo zdravljenja ZZZS zaprosi kliniko ali inštitut za mnenje o predvidenem trajanju zdravljenja, pregleda ali preiskave, potrebi po spremstvu, potrebi po vrsti prevoza in o najbližjem ustreznem izvajalcu, ki bi lahko zagotovil predlagano zdravljenje, pregled ali preiskavo v drugi državi, v kateri velja pravni red EU. Po pridobitvi mnenja pristojne klinike ali inštituta je celotna dokumentacija posredovana uradni osebi ZZZS, ki izda odločbo. Kadar je ugotovljeno, da je v Sloveniji vsaj en izvajalec, ki lahko opravi zdravljenje v okviru najdaljše dopustne čakalne dobe oziroma čakalna doba ni presežena, ZZZS na podlagi ustrezne dokumentacije zaprosi pristojno kliniko ali inštitut za mnenje, in sicer, ali glede na uvrstitev zavarovane osebe na čakalni seznam čakalna doba presega razumen čas. Po pridobitvi mnenja pristojne klinike oziroma inštituta se posreduje celotna dokumentacija uradni osebi ZZZS, ki izda odločbo. V primeru odobritve zdravljenja v tujini zaradi dolgih čakalnih dob ima zavarovana oseba v skladu z evropsko zakonodajo tudi pravico do potnih stroškov. Če zavarovana oseba zdravljenje že opravi in nato uveljavlja povračilo stroškov zdravljenja v tujini zaradi dolgih čakalnih dob, je postopek enak (Ganziti, Jelisavčić, Jerše Jan, Kos & Rutar, 2014, str. 79 – 80).

5.5 Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva

V skladu z ustavnim določilom (38. člen), ki določa, da mora biti namen obdelave osebnih podatkov zapisan v zakonu, je zakonodajalec za nacionalni čakalni seznam, ki ga vodi NIJZ, določil jasen namen – obveščanje pacientov, izmenjava podatkov z izvajalci zdravstvenih storitev, upravljanje sistema zdravstvenega varstva in drugi nameni v skladu z zakonom, ki ureja evidence v zdravstvu. Ta zakon je ZZPPZ, ki torej določa še druge namene obdelave osebnih podatkov iz čakalnih seznamov.

Določba 5. člena ZZPPZ določa, da so vrste in vsebina posameznih zbirk podatkov s področja zdravstvenega varstva, njihov namen, obdobja poročila, kdo mora posredovati podatke in kdaj, upravljavec zbirke, način dajanja podatkov in čas hranjenja podatkov opredeljeni v prilogi, ki je sestavni del tega zakona. Glede na to, da je v prilogi za vsako zbirko osebnih podatkov določno opredeljeno, za kakšen namen se jo lahko uporablja, je zakonodajalec dopustil možnost, da se v ZZPPZ ob morebitnih spremembah tega zakona za čakalne sezname določi še kakšen drug namen. »Dokler pa ZZPPZ ali kakšen drug zakon, ki bo urejal evidence v zdravstvu, ne določi kakšnega drugega namena obdelave osebnih podatkov iz nacionalnega čakalnega seznama, lahko NIJZ osebne podatke uporablja samo za namene, ki jih določa ZPacP v 17. členu« (Balažic et al., 2009, str. 114).

6 NACIONALNO SPREMLJANJE ČAKALNIH DOB PRI RADIOLOŠKIH PREISKAVAH

Mesečne podatke o številu čakajočih pacientov za 47 izbranih zdravstvenih storitev in 13 specialističnih ambulant spremlja NIJZ. Seznam storitev, za katere je potrebno poročati na nacionalni ravni, je določen v okviru Splošnega dogovora in je bil z Aneksom 1 spremenjen, predvsem dopolnjen in razširjen. Mesečna poročila tako vsebujejo statističen pregled čakalnih dob in število čakajočih v skladu z novim seznamom zdravstvenih storitev, ki je prišel v veljavo 1. septembra 2012. Seznam je nastal z usklajevanjem nabora storitev s strani NIJZ ter Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Breznikar, 2015b).

Tabela 2: Povprečne čakalne dobe pri radioloških storitvah na dan 1. 9. 2015

Storitev	Povprečna čakalna doba	Izvajalec z maksimalno čakalno dobo	Izvajalec z minimalno čakalno dobo	Mediana čakalnih dob	Skupno število čakajočih	Skupno število čakajočih nad dopustno čakalno dobo	Delež čakajočih nad dopustno čakalno dobo	Sprememba čakalne dobe glede na pretekli mesec
ultrazvok srca	164,0	UKC Maribor: 490 dni	Ultrakardio dr. Siniša Grujić: 0 dni	139	6649	1352	20,33 %	↓
ultrazvok vratnih žil	153,1	SB Izola: 345 dni	MC Heliks d.o.o.: 0 dni	133	3625	708	19,53 %	↓
MR angiografije	137,4	SB Novo mesto: 260 dni	SB Izola: 0 dni	114	212	33	15,57 %	↑
MR glave in vratu	136,8	SB Novo mesto: 250 dni	SB Murska Sobota: 83 dni	130	4189	1183	28,24 %	↓
MR skeleta	131,4	SB Novo mesto: 250 dni	SB Slovenj Gradec: 90 dni	110	10137	1813	17,88 %	↓
MR toraks in abdomen	120,0	SB Novo mesto: 240 dni	UKC Ljubljana: 110 dni	98	649	193	29,74 %	↕
CT angiografije	118,9	SB Novo mesto: 260 dni	SB Ptuj: 0 dni	107	868	246	28,34 %	↓
MR srca	117,6	UKC Ljubljana: 137 dni	SB Izola: 0 dni	119	157	51	32,48 %	↑
ultrazvok dojke	109,3	SB Celje: 220	Sanabilis d.o.o.:	86	2095	466	22,24 %	↓

		dni	0 dni					
ultrazvok rame	107,1	SB Novo mesto: 220 dni	UKC Maribor: 18 dni	115	1145	156	13,62 %	↓
CT toraks in abdomen	102,7	SB Novo mesto: 240 dni	Radiomed d.o.o.: 10 dni	108	2001	364	18,19 %	↑
CT srca	96,4	SB Izola: 150 dni	SB Murska Sobota: 0 dni	92	127	27	21,26 %	↓
ultrazvok mehkih tkiv	93,1	SB Novo mesto: 200 dni	ZD Celje: 0 dni	90	5168	240	4,64 %	↓
CT glave in vratu	81,7	SB Ptuj: 180 dni	SB Trbovlje: 7 dni	90	1728	52	3,01 %	↕
CT skeleta	63,0	SB Celje: 200 dni	SB Trbovlje: 7 dni	45	728	35	4,81 %	↓

Vir: prirejeno po Breznikar (2015b, str. 18 – 20).

Tabela 2 prikazuje povprečne čakalne dobe po radioloških storitvah na dan 1. 9. 2015. Z rdeče odebelenim tiskom so označene zdravstvene ustanove, kjer čakalne dobe presegajo dopustno čakalno dobo. Povprečje čakalnih dob in število čakajočih je izračunano kot uteženi delež čakalnih dob in števila čakajočih po obeh stopnjah nujnosti. Minimalne in maksimalne vrednosti po izvajalcih veljajo za stopnji redno, skupno število čakajočih pa predstavlja vsoto vseh čakajočih pri obeh stopnjah nujnosti.

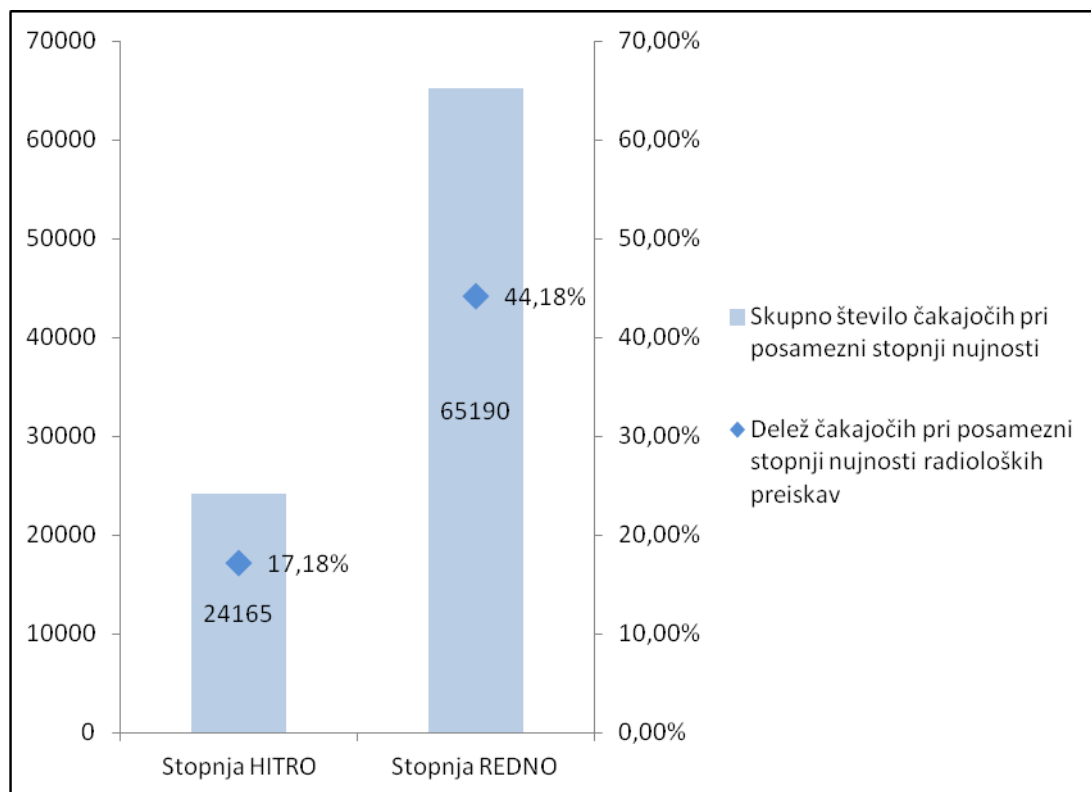
Radiološke storitve, ki v povprečju presegajo dopustno mejo čakalnih dob, ki znaša 90 dni so (Breznikar, 2015b, str. 30):

- Ultrazvok srca, v povprečju se na storitev čaka 113 dni, polovica vseh vpisanih v čakalni seznam čaka 90 dni ali več.
- MR glave in vratu, v povprečju se na storitev čaka 109 dni, polovica vseh vpisanih v čakalni seznam čaka 90 dni ali več.
- MR angiografije, v povprečju se na storitev čaka 108 dni, polovica vseh vpisanih v čakalni seznam čaka 90 dni ali več.
- MR skeleta, v povprečju se na storitev čaka 106 dni, polovica vseh vpisanih v čakalni seznam čaka 90 dni ali več.

- Ultrazvok vratnih žil, v povprečju se na storitev čaka 99 dni, polovica vseh vpisanih v čakalni seznam čaka 114 dni ali več.
- MR prsnega koša in trebuha, v povprečju se na storitev čaka 97 dni, polovica vseh vpisanih v čakalni seznam čaka 75 dni ali več.
- CT angiografije, v povprečju se na storitev čaka 96 dni, polovica vseh vpisanih v čakalni seznam čaka 79 dni ali več.

V nadaljevanju predstavljamo skupno število čakajočih v primerjalni perspektivi glede na stopnje nujnosti. Prikazali bomo tudi delež čakajočih pri radioloških preiskavah po posamezni stopnji nujnosti (grafikon 2).

Grafikon 2: Delež in skupno število čakajočih na radiološke preiskave glede na stopnjo nujnosti na dan 1. 9. 2015



Vir: prirejeno po Breznikar (2015b, str. 29).

Grafikon prikazuje število čakajočih pri zdravstvenih storitev na dan 1. 9. 2015 glede na stopnjo nujnosti in delež čakajočih pri radioloških preiskavah. Največ čakajočih je pri stopnji nujnosti redno (dopustna čakalna doba 180 dni oz. 365 dni za ortopedijo),

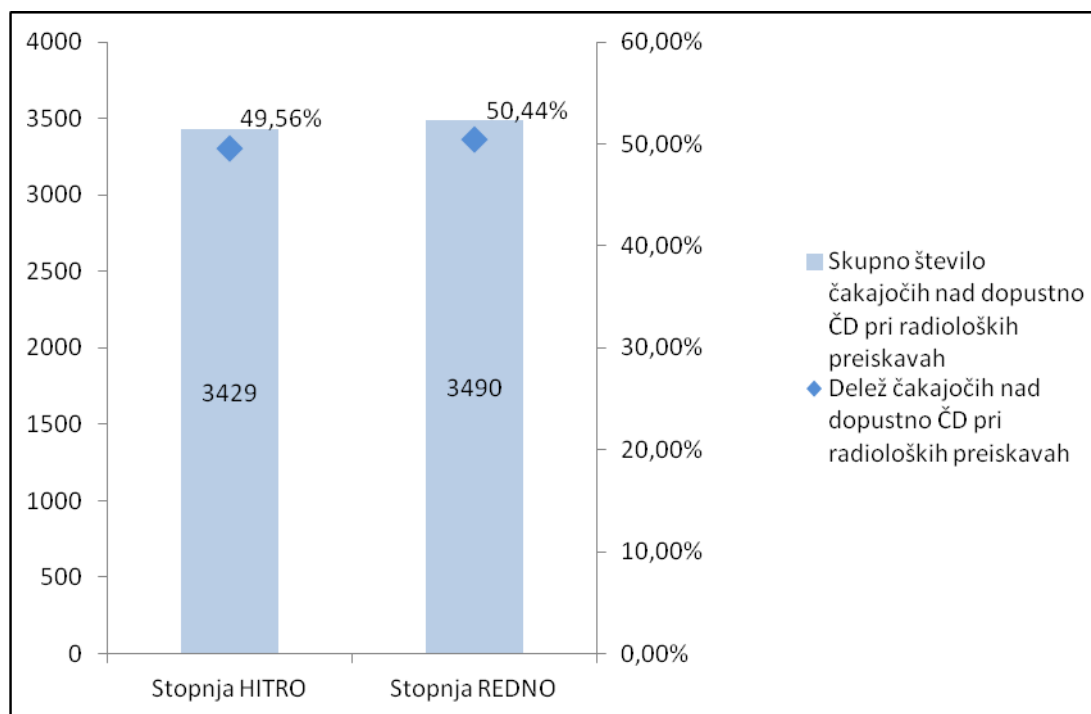
in sicer 65190, kar predstavlja 72,96 % vseh čakajočih. Pri stopnji nujnosti hitro, kjer dopustna čakalna doba znaša 90 dni, pa čaka 24165 oziroma 27,04 % vseh čakajočih, ki jih NIJZ spremlja pri mesečnem naboru zdravstvenih storitev. Pri radioloških storitvah je število čakajočih pri stopnji nujnosti redno 39478, kar predstavlja 44,18 % vseh čakajočih. Pri stopnji nujnosti hitro pa čaka 15350 oziroma 17,18 % vseh čakajočih.

Največ čakajočih najdemo pri naslednjih radioloških storitvah (Breznikar, 2015b, str. 30 – 31):

- Ultrazvok srca – število čakajočih pri stopnji redno je 5227, medtem ko pri stopnji hitro čaka 1422 pacientov.
- Magnetna resonanca skeleta – število čakajočih pri stopnji redno je 4963, medtem ko pri stopnji hitro čaka 5174 pacientov.
- Ultrazvok mehkih tkiv – število čakajočih pri stopnji redno je 3689, medtem ko pri stopnji hitro čaka 1479 pacientov.
- Ultrazvok vratnih žil – število čakajočih pri stopnji redno je 2896, medtem ko pri stopnji hitro čaka 729 pacientov.

Iz podatkov lahko zaključimo, da je več čakajočih vpisanih v čakalni seznam pod stopnjo nujnosti redno, medtem ko je pri stopnji nujnosti hitro vpisanih manj ljudi. Pri nekaterih storitvah jih večina čaka pri stopnji nujnosti redno, so pa tudi izjeme, kot so MR skeleta, CT toraksa in abdomena, CT angiografije, CT skeleta, MR prsnega koša in abdomna in MR angiografije ter UZ rame, kjer je število čakajočih pri stopnji nujnosti hitro celo večje kot pri stopnji nujnosti redno.

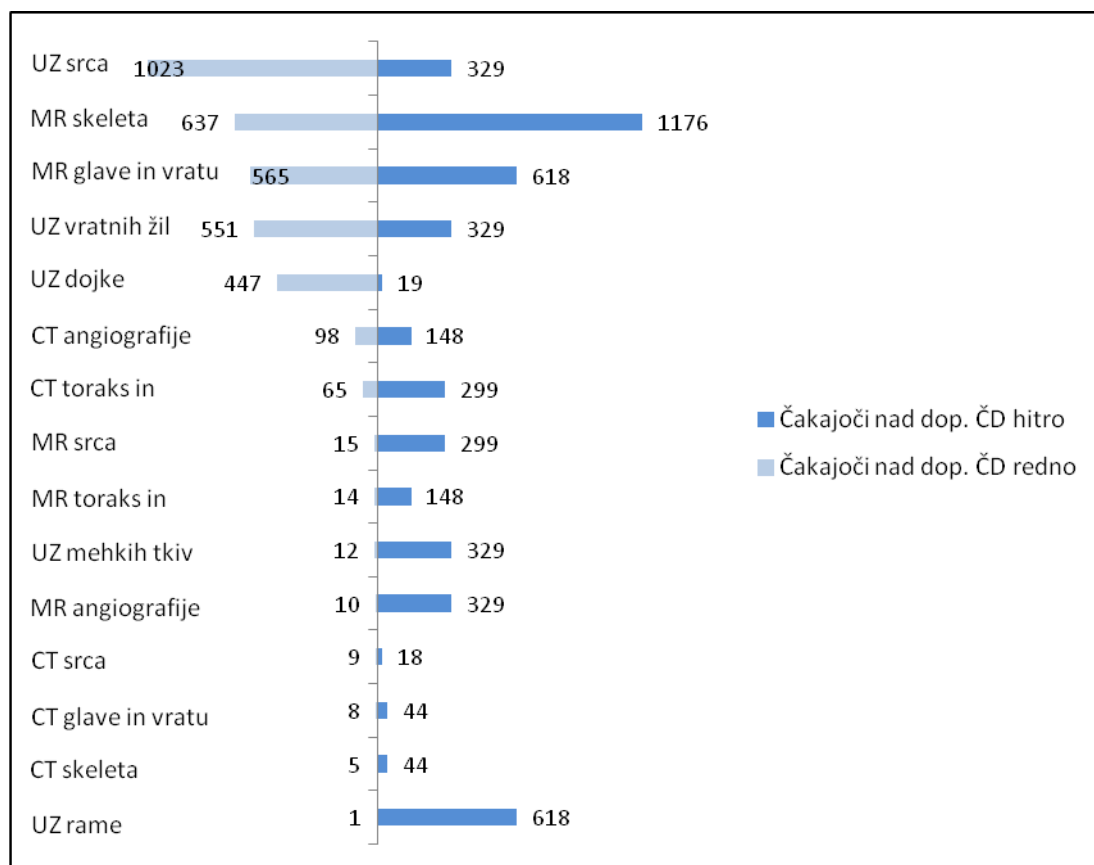
Grafikon 3: Delež in skupno število čakajočih na radiološke preiskave nad dopustno čakalno dobo glede na stopnjo nujnosti na dan 1. 9. 2015



Vir: prirejeno po Breznikar (2015b, str. 32).

Grafikon 3 prikazuje delež in število čakajočih nad dopustno čakalno dobo pri radioloških zdravstvenih storitvah na dan 1. 9. 2015 glede na stopnjo nujnosti. Največ čakajočih nad dopustno mejo je pri stopnji nujnosti redno, in sicer 3490, kar predstavlja 50,44 % vseh čakajočih pri radioloških preiskavah nad dopustno mejo. Pri stopnji nujnosti hitro, kjer dopustna čakalna doba znaša 90 dni, pa nad dopustno mejo čaka 3429 oziroma 49,56 % vseh čakajočih pri radioloških preiskavah nad dopustno čakalno dobo po obeh stopnjah nujnosti.

Grafikon 4: Skupno število čakajočih nad dopustno čakalno dobo pri posamezni radiološki preiskavi glede na stopnjo nujnosti na dan 1. 9. 2015



Vir: prirejeno po Breznikar (2015b, str. 33).

Največ čakajočih nad dopustno čakalno dobo najdemo pri naslednjih radioloških storitvah (Breznikar, 2015b, str. 33 – 34):

- Ultrazvok srca – število čakajočih nad dopustno čakalno dobo pri stopnji redno je 1023, medtem ko pri stopnji hitro nad 90 dni čaka 329 pacientov.
- Magnetna resonanca skeleta – število čakajočih nad dopustno čakalno dobo pri stopnji redno je 637, medtem ko pri stopnji hitro nad 90 dni čaka 1176 pacientov.
- Magnetna resonanca glave in vratu – pri stopnji redno nad dopustno mejo čaka 565 vpisanih v čakalni seznam, medtem ko pri stopnji hitro nad 90 dni čaka 618 pacientov.

- Ultrazvok vratnih žil – pri stopnji redno nad dopustno mejo čaka 551 vpisanih v čakalni seznam, medtem, ko pri stopnji hitro nad 90 dni čaka 157 pacientov.
- Ultrazvok dojke – pri stopnji redno nad dopustno mejo čaka 447 vpisanih v čakalni seznam, pri stopnji hitro pa več kot 90 dni čaka 19 pacientk.

Tabela 3: Mesečna primerjava števila čakajočih za izbrane radiološke preiskave na dan 1. 9. 2014 in 1. 9. 2015

Ambulanta/Storitev	1.9.2014				1.9.2015			
	Čakajoči hitro	Čakajoči redno	Čakajoči hitro v %	Čakajoči redno v %	Čakajoči hitro	Čakajoči redno	Čakajoči hitro v %	Čakajoči redno v %
CT angiografije	474	419	2,52 %	0,73 %	521	347	2,16%	0,53%
CT glave in vratu	832	1103	4,42 %	1,91 %	816	912	3,38%	1,40%
CT skeleta	379	324	2,01 %	0,56 %	428	300	1,77%	0,46%
CT srca	57	83	0,30 %	0,14 %	45	82	0,19%	0,13%
CT toraks in abdomen	892	607	4,74 %	1,05 %	1206	795	4,99%	1,22%
MR angiografije	102	102	0,54 %	0,18 %	114	98	0,47%	0,15%
MR glave in vratu	1792	2471	9,52 %	4,28 %	1980	2209	8,20%	3,40%
MR skeleta	3550	4746	18,86 %	8,21 %	5174	4963	21,43%	7,64%
MR srca	32	84	0,17 %	0,15 %	51	106	0,21%	0,16%
MR toraks in abdomen	230	135	1,22 %	0,23 %	400	249	1,66%	0,38%
ultrazvok dojke	235	1246	1,25 %	2,16 %	366	1729	1,52%	2,66%
ultrazvok mehkih tkiv	1111	3664	5,90 %	6,34 %	1479	3689	6,13%	5,68%
ultrazvok rame	448	584	2,38 %	1,01 %	619	526	2,56%	0,81%
ultrazvok srca	1154	4750	6,13 %	8,22 %	1422	5227	5,89%	8,05%
ultrazvok vratnih žil	638	3010	3,39 %	5,21 %	729	2896	3,02%	4,46%
Skupna vsota	11926	23328	100,00%	100,00%	15350	24128	100,00%	100,00%

Vir: prirejeno po Breznikar (2014b, str. 29; 2015b, str. 30).

Na 15 radioloških zdravstvenih storitev je 1. 9. 2015 čakalo 39478 pacientov, kar pomeni 4224 oziroma 11,98 % čakajočih več kot v enakem obdobju leta 2014. Pri teh storitvah najdemo skupno 6919 takšnih, ki so čakali nad dopustno dolgo. 1. 9. 2014 jih je nad dopustno čakalno dobo čakalo 5149, kar pomeni 1770 oziroma 25,58 % manj kot septembra 2015.

6.1 Problematika (ne)opravičenosti izostankov pacientov od načrtovanih radioloških preiskav

Nezanemarljiv delež čakalne dobe/čakalne vrste predstavljajo naročeni pacienti, ki se pregleda oz. preiskave zaradi različnih razlogov ne udeležijo in s tem po nepotrebnem povečujejo čakalno vrsto. V slovenskih bolnišnicah tovrstnih evidenc ne vodijo, zato so podatki »bolj ali manj ocene pristojnih« (Rupar, 2014). V Splošni bolnišnici Celje, kjer letno opravijo 330 tisoč specialističnih ambulantnih in diagnostičnih pregledov, do konca oktobra 2014 ni prišlo na pregled 14 tisoč pacientov. Podatkov, koliko je bilo takih, ki jih o tem niso obvestili, ne vodijo, pravijo pa, da to negativno vpliva na čakalne vrste, saj ti termini ostanejo neizkoriščeni (Rupar, 2014). Po podatkih NIJZ (2015) je bilo leta 2015 na Radiološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje skupno število čakajočih na radiološke preiskave nekaj več kot 30.000. Iz *Evidence izostankov na radiološke preiskave* (2015) je razvidno, da se v letu 2015 preiskav ni udeležilo 1936 pacientov (6,3 %), tistih, ki pa izvajalcev zdravstvenih storitev sploh niso obvestili o svojem izostanku, je bilo približno 768 (2,5 %).

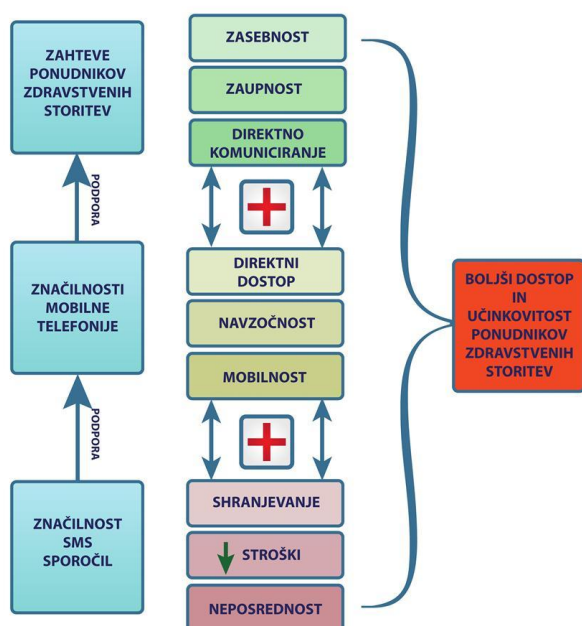
Izostanek na pregled ali zdravstveno storitev se lahko zgodi vsakemu uporabniku zdravstvenih storitev. Temu pojavu lahko botruje hiter tempo življenja in prezaposlenost z dnevnimi opravili tako v zasebnem kot v delovnem okolju idr. Neudeležba pri zdravstvenih pregledih predstavlja velik strošek za zdravstvene ustanove, obenem pa močno vpliva na čakalne dobe oz. vrste. Neposreden vpliv ima tudi na doseganje določenih kazalnikov učinkovitosti zdravstvenega sistema kot celote.

Za zmanjševanje izostankov na zdravniški pregled je ključno, da paciente pravočasno in ustrezno opomnimo, da smo zanje rezervirali določen termin. Študije so namreč pokazale, da lahko z zagotavljanjem opominjanja na preglede bistveno pripomoremo k zmanjšanju čakalnih dob/vrst, prav tako pa s tem zmanjšujemo stroške poslovanja (Downer, Meara, & Da Costa, 2005, str. 368).

Zdravstvene ustanove se poslužujejo različnih strategij obveščanja in opominjanja pacientov o zdravniških pregledih. Nekatere obveščajo preko telefonov, druge pošiljajo obvestila po pošti, potrebna pa bi bila tudi organizacija občasnih izobraževanj pacientov o pomembnosti udeležbe na zdravniškem pregledu.

Rešitev za preprečevanje omenjenega problema, ki jo ponuja podjetje RSC Infonet, predstavlja opozarjanje pacienta na predvideni obisk preko mobilne aplikacije SMS oziroma preko elektronske pošte v različnih časovnih intervalih oz. z različnimi frekvencami pogostnosti. Tak način reševanja se je izkazal za zelo učinkovitega, saj omogoča znižanje stroškov zaradi neizvedenih pregledov in neudeležbe pacienta (Koshy, Car, & Majeed, 2008).

Slika 1: Značilnosti SMS sporočil



Vir: Žumer, & Zupan (2011).

SRC Infonet uporabnikom preko zdravstvenega informacijskega sistema omogoča opominjanje pacienta na pregled tako preko pošiljanja elektronske pošte kot tudi pošiljanja kratkih sporočil SMS. Ob vpisu pacienta v čakalno knjigo pacient sam določi, katero obliko obveščanja za predviden zdravniški pregled želi (slika 1). Zdravstveni informacijski sistem nato pacienta samodejno obvešča o stanju pregleda

preko sms-a ali elektronske pošte. Če se pacient naroči na pregled preko aplikacije ePacient, pa lahko brez posredovanja zdravstvenega delavca izbere zeleni kanal (sms ali elektronska pošta) obveščanja na zdravniški pregled. Ob vpisu pacienta v čakalno vrsto oz. čakalno knjigo ter določitvi načina obveščanja na zdravniški pregled se istočasno sproži tudi izračun čakalnih dob za posamezne ambulante oz. preiskave; ta izračun se pošlje na elektronsko pošto izbranim osebam (vodstvu ustanove, vodji oddelka itd.). S tem je vodjem oddelkov in direktorjem omogočeno, da pravočasno pridobijo informacije o trenutnih čakalnih dobah in se tako lahko hitreje odločajo o prerazporeditvi zdravstvenega osebja ali pacientov v druge ustanove, oddelke ipd. Izračun čakalnih dob se izvaja za posamezno ambulanto, zdravnika ali določeno aktivnost (Žumer, & Zupan, 2011).

Slika 2: SMS obveščanje v zdravstvenem informacijskem sistemu

The screenshot displays a software window titled "Naročena aktivnost" (Booked activity). It contains various fields for patient and appointment information, a calendar view, and notification preferences.

Fields:

- Vrsta aktivnosti: DAK
- Aktivnost: INT-PD
- Čas naročila: 08.04.2011 13:47
- Enota naročanja: DB
- Naročnik: 05347
- Enota izvajanja: K1
- Dodatni podatki: F4 - Obstoječe napotitve
- Stopnja nujnosti: 2 HITRO
- Planirani čas izvedbe: 19.04.2011 11:05:00
- Čakalna doba dni: -1
- Termin: 10:00 - 13:00
- Trajanje: 65
- Način obveščanja: 01 SMS, 02 e-Pošta
- Frekvenca obveščanja: 6 dni ur pred načrtovanc

Calendar View:

TO	19.04.
10:00	
11:05	1

Vir: Žumer, & Zupan (2011).

Zdravniški pregled zahteva dodeljene resurse, ki so potrebni za pregled pacienta ob določenem času. Ne glede na to, ali se pacient pregleda udeleži ali ne, pregled predstavlja določen strošek najema prostora ter prisotnost zdravstvenega osebja. Verjetnost zdravstvenega zapleta je večja pri pacientu, ki se pregleda ne udeleži, prav tako pa se s tem zmanjša možnost pravočasne intervencije. Uporaba SMS sporočil ali

elektronske pošte za opominjanje na zdravniške preglede tako predstavlja pomemben korak k zmanjšanju izostankov od zdravniških pregledov. Pošiljanje SMS opomnikov zdravniških pregledov predstavlja učinkovit in poceni način komuniciranja s pacienti, prav tako pa je v primerjavi s tradicionalnimi metodami (pismo, telefonski klic) zamik med pošiljanjem in prejemanjem sporočil minimalen (Edwards, Cini & Dingli, 2014, str. 16; Liew et al., 2009, str. 919).

7 UKREPI ZA KRAJŠE ČAKALNE DOBE NA NACIONALNI RAVNI

Dolge čakalne vrste v slovenskih zdravstvenih ustanovah so že več let predmet polemik tako strokovne kakor laične javnosti. Kako skrajšati čakalne dobe? Kako urediti sistem naročanja, da bo do vseh pacientov enako pošten? Kako nadzirati naročanje pacientov? Projekt eNaročanje, ki se izvaja v okviru projekta eZdravje na Ministrstvu za zdravje, ponuja odgovore na ta vprašanja in prinaša orodje za njihovo uveljavitev v praksi.

eNaročanje je nacionalna informacijska rešitev, ki omogoča elektronsko napotitev in naročanje pacientov na zdravstvene storitve s primarne na sekundarno in terciarno zdravstveno raven ali znotraj sekundarne oziroma terciarne zdravstvene ravni. Prednosti prinaša tako pacientom kot izvajalcem zdravstvenih storitev – možnost izbire termina, pregled nad vsemi ponudniki zdravstvene storitve, učinkovito obveščanje ob morebitnih spremembah, enostavnejša komunikacija med zdravniki.

Centralna informacijska rešitev eNaročanje je sestavljena iz treh poslovnih procesov: eČakalni sezname, eNaročanje in eNapotnica.

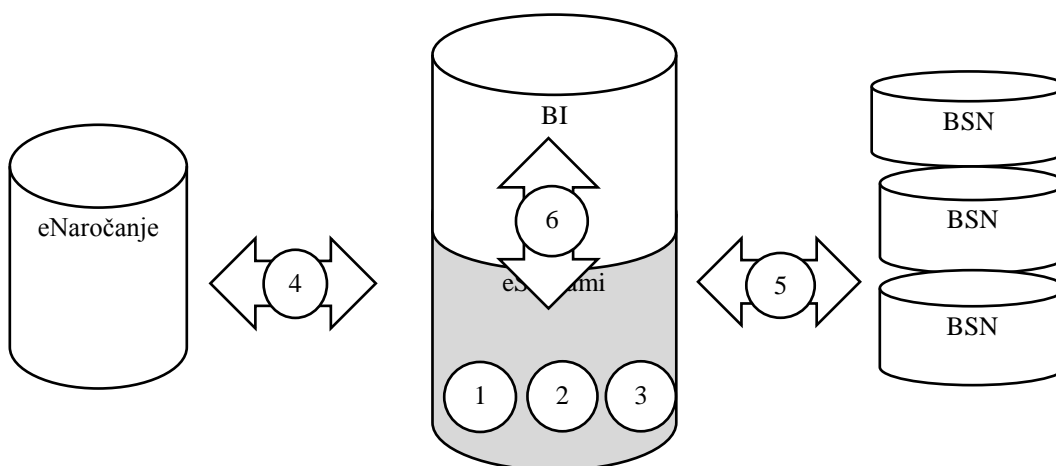
Centralna rešitev eNaročanja ohranja avtonomijo izvajalcev zdravstvene dejavnosti (bolnišnic, zdravstvenih domov, koncesionarjev). Izvajalci zdravstvene dejavnosti obdržijo lastne sisteme naročanja ter izmenjujejo le nujne podatke prek centralnega sistema. Centralni sistem ima vlogo informacijskega vozlišča in hrani samo tiste podatke, za katere ima naročnik interes, pravico in dolžnost nadzora (npr. samo čakalni sezname po zdravstvenih ustanovah, prvi prosti termin za naročanje, podatek o izvršenem naročilu itd.), kakor tudi osnovno množico podatkov, ki so potrebni za operativno delo omenjenih sistemov (Koščina, 2013, str. 9).

Namen sistema eČakalni sezname je samodejno elektronsko zbiranje obstoječih čakalnih seznamov od vseh izvajalcev zdravstvene dejavnosti, ki so povezani s sistemom eČakalni sezname. Podatki, zbrani prek eČakalnih seznamov, so

uporabljeni kot osnova za izgradnjo sistemov eNaročanja in BI (Business Intelligence – poslovna inteligenca) poročanja. Na ta način je omogočeno spremljanje dnevnih trendov čakalnih seznamov, pacientom pa je na voljo bolj relevantna informacija o tem, kje bodo najmanj čakali na zdravstveno storitev, ki jo potrebujejo. To je informacija, ki je pravzaprav najpomembnejša za pacienta kot končnega uporabnika sistema. Glavne komponente tega sistema so (Koščina, 2013, str. 10):

- Centralni sistem za preiskovanje prostih terminov po ciljnih sistemih BSN.
- Centralni sistem za zbiranje čakalnih seznamov iz ciljnih sistemov BSN .
- Centralni šifrant storitev naročanja.
- Vmesnik do sistemov, ki uporabljajo zbrane podatke (sistem eNaročanja, BI sistem itd.).
- Vmesnik do sistemov BSN, iz katerih se zbirajo podatki.
- Dostavljanje podatkov nacionalnih čakalnih seznamov NIJZ-ju (BI).

Slika 3: Komponente sistema eČakalni seznam



Vir: Koščina (2013, str. 10).

Pri iskanju prvega prostega termina poteka komunikacija med sistemi tako, da centralni sistem pošlje poizvedbo bolnišničnemu sistemu za prvi prosti (blok) termin za vrsto zdravstvene storitve v tej ustanovi. Pri tem se bo vsako noč naredila poizvedba za vse storitve, vsako uro pa za storitve, ki jih izvajalec izvaja (t.i.

pametna poizvedba). Podatki o prostih terminih so lahko stari največ dve uri, ob prvem koraku eNaročanja se pri izbiri izvajalca prikažejo na spletni strani čakalnih dob.

Odgovori, ki jih pri iskanju prvega termina sistem ponudi izvajalcu, so naslednji: 1. Obstaja prosti termin, možna je uvrstitev v čakalno knjigo; 2. Sprejemamo v vrsto oz. izvajamo triažo (uvrstitev na čakalni seznam); 3. Ne izvajamo storitve; 4. Ni terminov (izredna situacija); 5. Prost sprejem; 6. Izvajamo v okviru splošnega VZS (hierarhija) (Koščina, 2013, str. 16 – 17).

Obstaja več vzrokov »dolgih« čakalnih dob, na katere ni mogoče neposredno vplivati in zaradi katerih pacient izbere termin, ki je kasnejši od dejanskega konca čakalnega seznama (prvega možnega termina). Identificirani so bili naslednji vzroki: kontrolni pregled, želja pacienta in medicinsko pogojeno. Če pacient zahteva naročilo/termin, »ki ni pred zelenim datumom«, torej ne sprejme prvega ponujenega termina, se njegovo naročilo/termin ne upošteva pri izračunu čakalne dobe in se obravnava kot izredna pacientova želja. Če pacientovo zdravstveno stanje zahteva naročilo/termin, »ki ni zgodnejši od medicinsko indiciranega datuma«, se njegovo naročilo/termin ne upošteva pri izračunu čakalne dobe ter se obravnava kot medicinsko pogojeni termin (Koščina, 2013, str. 23 – 24).

Cilj sistema eNaročanja je omogočiti elektronsko naročanje pacientov bodisi s strani zdravnikov primarnega zdravstvenega varstva oziroma zdravnikov specialistov ter njihovih medicinskih sester, bodisi s strani samih pacientov s pomočjo spletnega portala. Celoten proces eNaročanja je v osnovi sestavljen iz treh korakov (Koščina, 2013, str. 25): Uporabnik (v prvem koraku) izbere izvajalca zdravstvene dejavnosti. Izvajalci so razvrščeni naraščajoče glede na prvi prosti blok termin, pridobljen v procesih eČakalnega seznama.

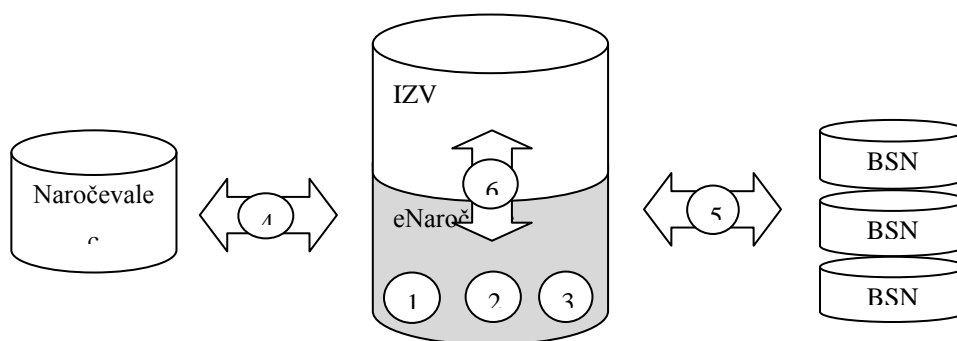
V drugem koraku pacient ali napotni zdravnik izbereta ciljnega izvajalca zdravstvene dejavnosti. Centralni sistem eNaročanja v tem koraku zahteva od BSN izbranega izvajalca proste termine v razporedu za ciljno zdravstveno storitev (če se dela

razpored za več zdravnikov, se dostavijo termini za vsakega zdravnika posebej). Bolnišnični informacijski sistem začasno rezervira ponujene termine ter prepreči njihovo uporabo za naslednji dve minuti in pol, oziroma dokler uporabnik ne potrdi katerega od ponujenih terminov. Če je od rezervacije termina minilo več kot dve minuti in pol, uporabnik pa ni potrdil še nobenega termina, se vsi ponujeni termini sprostijo za ponovno uporabo.

Tretji korak eNaročanja je potrditev enega od ponujenih terminov, ki nato ostane potrjen v razporedu bolnišničnega sistema naročanja, če le ni odpovedan (bodisi prek sistema eNaročanja ali pa prek sistema BSN v dogovoru s pacientom). Ostali ponujeni termini se sprostijo za uporabo. Glavne komponente sistema so (Koščina, 2013, str. 25):

- Centralni sistem za preiskovanje prostih terminov po ciljnih sistemih BSN.
- Centralni šifrant storitev naročanja.
- Centralni sistem eNaročanja.
- Vmesnik na ravni aplikacije/web servisa, ki omogoča naročanje.
- Vmesnik do sistemov naročanja v zdravstvenih ustanovah.
- Integracija matičnih podatkov (pacienti, napotnica itd.).

Slika 4: Sistem eNaročanja - glavne komponente



Vir: Koščina (2013, str. 26).

Zdravstvena ustanova odgovarja za spoštovanje rokov, v katerih morajo pacienti dobiti termin, na dva načina:

- a) Vodenje ločenih čakalnih seznamov za hitre, redne in interne paciente. Zdravstvena ustanova lahko sama določi, koliko terminov si bo pustila za paciente s statusom nujnosti hitro in koliko za paciente s statusom nujnosti redno, medtem ko so termini za interne paciente od tega ločeni in niso na razpolago za eNaročanje. Razen ločenih čakalnih seznamov je treba implementirati tudi »pametno« logiko polnjenja terminov. Če na primer obstajajo prosti termini za paciente s statusom nujnosti hitro v naslednjih 7 dneh, se lahko zapolnijo tudi s pacienti s statusom nujnosti redno, da ne bi prišlo do neizkoriščenosti terminov (Koščina, 2013, str. 30).

- b) Uvajanje funkcionalnosti overbookinga omogoča naročanje večjega števila pacientov od dnevne kapacitete, ki jih je mogoče obdelati. Z overbookingom bi se naročali samo pacienti s statusom nujnosti hitro, medtem ko bi se po običajnem urniku naročali tako pacienti s statusom nujnosti hitro kot tudi pacienti s statusom nujnosti redno. Overbooking je utemeljen z dejstvom, da je vedno določen delež pacientov, ki ne izkoristi svojih terminov (Koščina, 2013, str. 30).

Da bi bil proces eNaročanja za paciente čim enostavnejši, je v okviru projekta pripravljen spletni portal, preko katerega se lahko, na podlagi eNapotnice, naročijo k izvajalcu zdravstvenih storitev. eNapotnica je nujen pogoj za eNaročanje, saj so na njej podatki o zdravstveni storitvi, na katero je napoten pacient. Poudariti je treba, da se z uvedbo eNaročanja ne ukinja dosedanji način dela zdravstvene ustanove oz. bolnišnični sistem naročanja. V uporabi ostaja tudi obstoječi postopek naročanja: torej pacient se naroči direktno k specialistu (osebno, po telefonu itd.). V tem primeru zdravnik specialist prenese eNapotnico iz sistema eNaročanja v svoj sistem in na podlagi te napotnice naredi naročilo. Opisani postopek velja le za napotnice s stopnjo nujnosti 'redno' in 'hitro'. Nujne napotnice se izdajo za storitve, ki morajo biti opravljene v 24 urah in zaenkrat ne gredo preko sistema eNaročanja.

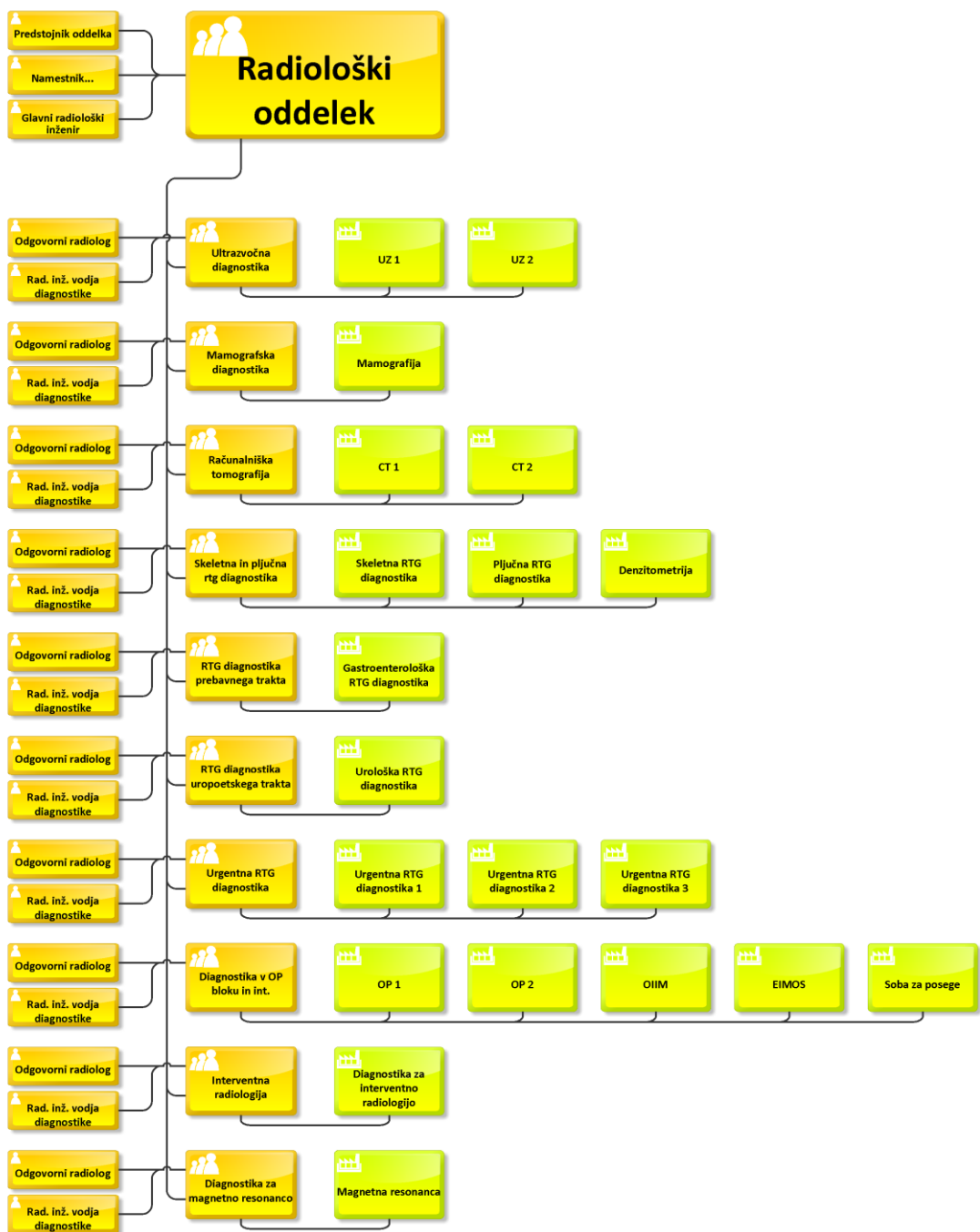
Danes morajo vsi izvajalci zdravstvenih storitev, ki imajo čakalne vrste, mesečno poročati o številu čakajočih pacientov. Z uvedbo eNaročanja to poročanje ne bo več potrebno. Ena od komponent eNaročanja namreč omogoča sprotno zbiranje čakalnih seznamov od vseh specialistov, ki imajo čakalne vrste. Osrednji čakalni seznam bo omogočal pristojnim na NIJZ, da bodo spremljali dnevni trend spreminjanja čakalnih vrst. Na spletni strani NIJZ in izvajalcev zdravstvenih storitev se že sedaj lahko spremlja dolžino čakalnih vrst za posamezne sezname, vendar ti podatki niso najbolj ažurni. Z uvedbo eNaročanja bo objava čakalnih vrst oziroma prvih prostih terminov za posamezno stopnjo nujnosti ažurna in bo natanko enaka tisti, ki jo bo končni uporabnik dobil pri elektronskem ali internem naročanju pri specialistu (Pikec, 2014, str. 13). »Osnovni namen uvedbe eNaročanja je, da bodo pri naročanju na posamezne vrste zdravstvenih storitev pacienti 'enakovredno' obravnavani, saj sistem ne omogoča preskakovanja vrste, vrivanja ali kakorkoli že to poimenujemo,« pravijo v SRC Infonet, eni od programerskih hiš, vključenih v projekt eZdravje (Zupančič Grašič, 2015, str. 5).

Na ministrstvu za zdravje priznavajo, da zgolj eNaročanje pri posameznem izvajalcu ne bo skrajšalo čakalnih dob. Pričakujejo pa, da se bodo čakalne vrste vendarle »v določenem deležu« skrajšale, »ker bodo pacienti na enem mestu imeli na voljo seznam vseh izvajalcev«, torej se bodo morda le naročali tja, kjer se manj čaka, pa čeprav se bo zato treba zapeljati nekaj deset kilometrov daleč (Rednak, 2015, str. 7).

8 PREDSTAVITEV RADIOLOŠKEGA ODDELKA SPLOŠNE BOLNIŠNICE CELJE

O stanju radiologije v Splošni bolnišnici Celje do začetka petdesetih let prejšnjega stoletja ni zanesljive pisne dokumentacije. Natančnejši podatki segajo v leto 1953, ko je bil Radiološki oddelek slabo opremljen. Osemdeseta leta so pomenila pravi razcvet interventne radiologije, saj so najmodernejše metode uvajali hkrati z Univerzitetnim kliničnim centrom v Ljubljani (nekatero celo prej), po letu 1995 pa je ta dejavnost žal zamrla, kajti bolnišnica ni imela sredstev za zamenjavo dotrajanih aparatov. Na začetku tisočletja je bilo funkcionalno stanje rentgenskih aparatov ter ostale infrastrukture katastrofalno. Od šestnajstih aparatov jih je bilo treba polovico nujno zamenjati, več kot tretjina pa je bila stalno v okvari ali pa so imeli zaradi dotrajanosti celo prepoved obratovanja. Število opravljenih preiskav je v devetdesetih letih in v začetku novega tisočletja iz leta v leto skokovito naraščalo (leta 1982 je bilo opravljenih 23.270 preiskav, leta 2005 pa že 150.000), medtem ko je število zaposlenih na oddelku ostajalo v enakih okvirih. Konec leta 2006 je bilo na oddelku zaposlenih 5 zdravnikov specialistov, dva specializanta, 10 diplomiranih inženirjev radiologije, 14 inženirjev radiologije, ena diplomirana in dve višji medicinski sestri, ena medicinska sestra s srednjo izobrazbo, 4 administratorke, en fotolaborant in dve transporterki (Demšar, & Korošec, 2007, str. 312 – 314). Na Radiološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje je trenutno zaposlenih 10 zdravnikov, dva zdravnika specializanta, 30 radioloških inženirjev, dva magistra zdravstveno-socialnega managementa, dva radiološka inženirja pripravnika, en magister zdravstvene nege, dve diplomirani medicinski sestri, en diplomirani zdravstvenik in ena srednja medicinska sestra (Ačkun, 2015).

Slika 5: Organigram Radiološkega oddelka Splošne bolnišnice Celje



Vir: Splošna bolnišnica Celje, Radiološki oddelek (2015).

Na Radiološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje opravljajo radiološko diagnostiko za približno 250.000 prebivalcev celjske regije. Po uvedbi MR preiskav in večrezinskega CT aparata pa je še dodaten ambulantni priliv pacientov iz ostalih slovenskih regij.

Za ambulantne in bolnišnične paciente opravljajo naslednje diagnostične storitve :

- ultrazvočno diagnostiko: UZ abdomna, muskuloskeletni UZ, UZ dojk;
- mamografijo;
- delo na dveh CT aparatih: nevro radiologija, CTA vratnih in intrakranialnih arterij, CT toraksa, abdomna, CT celotnega telesa ob poškodbah;
- MR diagnostiko: nevro radiologija, muskuloskeletni MR, MR-angiografije, MR artrografije;
- CT diagnostiko: na dvorezinskem aparatu opravljajo predvsem CT glave, delno skelet, na več rezinskem pa ostale preiskave (toraksa, abdomna in CT angiografije);
- gastrointerstinalno diagnostiko;
- urološko diagnostiko;
- angiološko diagnostiko z interventno radiologijo s PTA stentiranjem arterij;
- interventne posege, kot je vstavitev nefrostome;
- citološke in debeloigelne biopsije dojk, ledvic, patoloških bezgavk, metastaz;
- klasično diagnostiko: skelet, pljuča.

Strokovno poročilo 2014 (2015, str. 263 – 264) navaja, da se v dopoldanskem času opravi do 60 UZ pregledov, od tega do 18 ambulantnih UZ abdomnov, dodatno 2x tedensko dopoldan tudi UZ dojk, 2x tedensko UZ mehkih tkiv oziroma muskuloskeletni UZ. V popoldanskem času se v ponedeljkih opravi do 25 UZ dojk, do 2x na teden pa je popoldan tudi UZ ambulanta za skrajševanje čakalnih dob. Na UZ diagnostiki opravljajo tudi interventne posege, drenaže abscesov, nefrostome, debeloigelne biopsije, citološke punkcije. Na CT diagnostiki se na dvorezinskem aparatu opravi okrog 30 preiskav glav dnevno, na novejšem 64-rezinskem pa se opravljajo preostale preiskave (precej je CT angiografij, CT abdomna, toraksa, skeleta, tudi CT artrografija). Na novejšem aparatu se opravlja tudi CT vodeno debeloigelno biopsijo. Letno se opravi do 50 diagnostičnih angiografij ter okrog 300 PTA arterij spodnjih okončin. Dnevno se opravi še do 20 mamografij, tedensko pa

okrog 40 UZ dojk. Na oddelku imajo več klasičnih RTG aparatov. Sodobnejši so za potrebe poškodb kot tudi za klasično slikanje skeleta ter pljuč. Gastrointestinalna diagnostika se opravlja na enem od dveh diaskopskih aparatov. MR se opravlja preko celega dneva, ob petkih pa le dopoldan. Za doseganje števila preiskav po pogodbi z zavarovalnico se preiskave opravljajo po potrebi tudi ob sobotah in nedeljah. Preiskave za leto 2015 so prikazane v Tabeli 4.

Tabela 4: Preiskave od 01. 01. 2013 do 31. 12. 2014

Enota izvajalca	2013	2014	skupaj
	Števec	Števec	Števec
AR ARTERIOGRAFIJE	105	75	180
CT1 CT1	5334	6242	11586
CT2 CT2	6880	7113	13993
E0 KLASIČNA RADIOLOGIJA 2	7379	6790	14169
E1 KLASIČNA RADIOLOGIJA 1	6406	6755	13161
E2 KONTRASTNA RADIOLOGIJA 2	646	67	1318
E5 MAMOGRAFIJA	3185	3007	6192
E8 KLASIČNA RADIOLOGIJA 3	65368	67698	133066
E9 KONTRASTNA RADIOLOGIJA 2	2064	2284	4348
ED DIAGNOSTIKA ZA GIN. DISPANE	1432	1522	2954
EM MAGNETNA REZONANCA	5503	5408	10911
PA PTA (POD RTG)	241	228	469
S4 DENZITOMETRIJA	941	802	1743
UA ULTRAZVOK ABDOMNA	10741	11161	21902
UD ULTRAZVOK DOJK	1851	1790	3641
UM ULTRAZVOK MEHKIH TKIV	2577	2952	5529
Skupaj	120663	124992	245655

Vir: Strokovno poročilo 2014 (2015, str. 266).

Strokovno poročilo 2014 (2015, str. 266) navaja, da se v letu 2014, v primerjavi z letom 2013, ni bistveno spremenila realizacija opravljenih storitev. Primerjava je prikazana v tabeli 3. Odstopanja so glede na predhodna leta pri angiografijah, ki jih je, zaradi CTA, manj. Glede na predhodna leta je v porastu tudi PTA.

Naslednja tabela prikazuje indeks realizacije programa radioloških storitev v letu 2014.

Tabela 5: Indeksi realizacije programa radioloških preiskav 2014

RTG DIAGNOSTIKA	99,93
UZ	103,93
MAMOGRAFIJA	100,23
PTA	102
ARTERIOGRAFIJE	116
MR	94,99
CT	101,36

Vir: Strokovno poročilo 2014 (2015, str. 266).

Načrtovani obseg MR dejavnosti v letu 2014 ni bil dosežen v celoti; dejanska realizacija je bila za 5,01 % nižja od načrtovane. Vzrok za to je prekinitev podjemnih pogodb z radiološkimi inženirji. Z zagotavljanjem dodatnega nadurnega dela ob koncu leta se je sicer nekoliko zmanjšal izpad realizacije programa, ki bi sicer lahko nastal iz omenjenega razloga. Glede na izkazano doseženo realizacijo v letu 2014 je bil izpad prihodka na programu MR preiskav v višini 60.649 eur (*Letno poročilo za leto 2014*, 2015, str. 32). Za uspešno ter kvalitetno MR diagnostiko je na voljo zunanji sodelavec, nevroradiolog iz KC Ljubljana, ki odčituje (tudi) MR preiskave od dodeljenega dodatnega programa. Na MR diagnostiki že rutinirano opravljajo MR artrografije rame, v porastu je tudi MR kolkov ter zapestij. Na MR opravljajo tudi MR rektuma, medenice, ugotavljajo pa, da bo potrebno uvesti diagnostiko abdomna z MR.

Na področju CT dejavnosti je bil program v zadnjih letih že nekajkrat povečan zaradi prenašanja hospitalnega programa angiografij na program CT angiografij. V obdobju 1-12 2014 je bil program CT dejavnosti realiziran v okviru plana (*Letno poročilo za leto 2014, 2015, str. 33*). V porastu so PTA, ki se že drugo leto opravljajo vse dni v tednu v dopoldanskem času. Na PTA se vstavlja vse več žilnih opornic, na novejšem CT tudi CT celotnega telesa ob politravmi. Pripravljajo se na nov diagnostično terapevtski postopek – stentiranje karotidnih arterij (*Strokovno poročilo 2014, 2015, str. 267*).

8.1 Čakalne dobe na Radiološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje

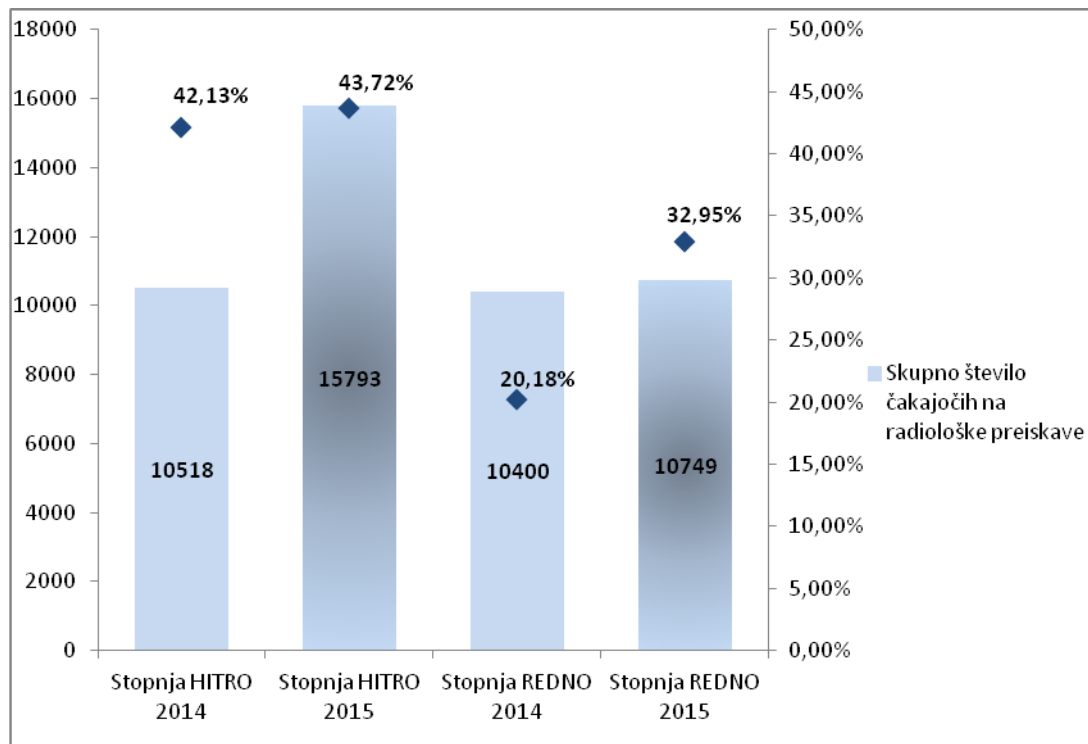
Po podatkih NIJZ (Breznikar 2014a; 2015a), podatki NIJZ se nanašajo na naslednjih deset radioloških preiskav na Radiološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje: CT (angiografije, glave in vratu, skeleta, toraksa in abdomna), MR (angiografije, glave in vratu, skeleta) in UZ (dojke, mehkih tkiv, rame), je od desetih radioloških preiskav na Radiološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje le pri eni preiskavi (MR angiografije) čakalna doba 1. 9. 2015 ostala enaka kot v enakem obdobju leta 2014, pri vseh ostalih pa se je podaljšala. Najmanj se je podaljšala pri UZ preiskavah; za 10 % je daljša čakalna doba (stopnja redno) pri UZ dojke, pri UZ mehkih tkiv in rame pa se je za dobrih 30 % podaljšala pri stopnji hitro, medtem ko je pri stopnji redno ostala enaka kot na dan 1. 9. 2014. Najbolj se je čakalna doba (obe stopnji) podaljšala pri CT preiskavah. Odstopa predvsem CT glave in vratu, kjer se je čakalna doba podaljšala za dobrih 180 % pri stopnji hitro, pri stopnji redno pa kar za trikrat, za več kot 100 % pa tudi pri CT skeleta.

Tabela 6: Mesečna primerjava čakalnih dob za izbrane radiološke preiskave na Radiološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje na dan 1. 9. 2014 in 1. 9. 2015

Ambulanta/Storitev	ČD hitro 1. 9. 2014	ČD hitro 1. 9. 2015	ČD redno 1. 9. 2014	ČD redno 1. 9. 2015	Razlika v dolžini ČD pri stopnji hitro v zadnjem letu (%)	Razlika v dolžini ČD pri stopnji redno v zadnjem letu (%)	ČD hitro večja od ČD redno
CT angiografije	90	160	120	200	77,77 %	66,67 %	Manjša
CT glave in vratu	21	60	30	120	185,71 %	300,00 %	Manjša
CT skeleta	60	160	90	200	166,67 %	122,22 %	Manjša
CT toraks in abdomen	60	100	90	160	66,67 %	77,78 %	Manjša
MR angiografije	90	90	180	180	0,00 %	0,00 %	Enaka
MR glave in vratu	90	120	180	200	33,33 %	11,11 %	Manjša
MR skeleta	90	120	180	200	33,33 %	11,11 %	Manjša
ultrazvok dojke	90	90	200	220	0,00 %	10,00 %	Manjša
ultrazvok mehkih tkiv	90	120	180	180	33,33 %	0,00 %	Manjša
ultrazvok rame	90	120	180	180	33,33 %	0,00 %	Manjša

Vir: prirejeno po Breznikar (2014a; 2015a).

Grafikon 5: Primerjava števila čakajočih na radiološke preiskave in delež čakajočih nad dopustno čakalno dobo (obe stopnji nujnosti) na Radiološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje med letoma 2014 in 2015



Vir: NIJZ (2014; 2015).

Grafikon 5 prikazuje število čakajočih pri radioloških storitvah leta 2014 in 2015 glede na stopnjo nujnosti in delež čakajočih nad dopustno čakalno dobo pri omenjenih preiskavah. V obeh letih je bilo največ čakajočih pri stopnji nujnosti hitro, in sicer 10518 leta 2014, kar je predstavljalo 50,28 % vseh čakajočih na radiološke preiskave, leta 2015 pa 15793 (59,50 % vseh čakajočih). Pri stopnji nujnosti redno pa jih je leta 2014 čakalo 10400 oziroma 49,72 % vseh čakajočih na radiološke preiskave, lansko leto pa 10749 (40,50 % vseh čakajočih).

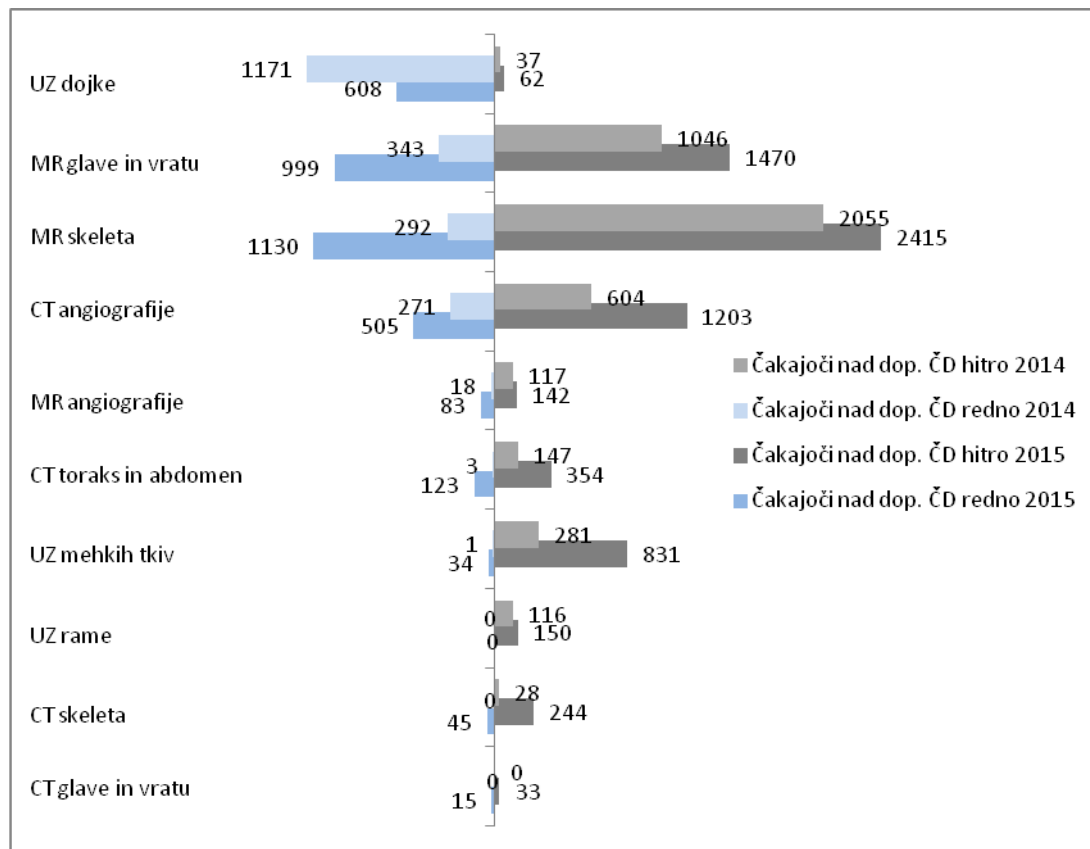
V obeh letih najdemo največ čakajočih pri naslednjih radioloških storitvah (NIJZ, 2014; 2015):

- Magnetna resonanca skeleta: leta 2014 je bilo število čakajočih pri stopnji redno 3211 (lansko leto 2463), medtem, ko je pri stopnji hitro čakalo 3730 pacientov, lansko leto pa 5290.

- Magnetna resonanca glave in vratu: število čakajočih pri stopnji redno je bilo pred dvema letoma 2222 (lansko leto 2881), medtem, ko je pri stopnji hitro čakalo 1934 pacientov, lansko leto pa 3271.
- Ultrazvok dojke: število čakajočih pri stopnji redno je bilo pred dvema letoma 1953 (lansko leto 1041), medtem ko je pri stopnji hitro čakalo 370 pacientov, lansko leto pa 221.
- Ultrazvok mehkih tkiv: število čakajočih pri stopnji redno je bilo pred dvema letoma 1076 (lansko leto 1183), medtem ko je pri stopnji hitro čakalo 789 pacientov, lansko leto pa 1568.

Na osnovi podatkov lahko trdimo, da je bilo tako leta 2014 kot tudi 2015 več čakajočih vpisanih v čakalni seznam pod stopnjo nujnosti hitro, medtem ko je bilo pri stopnji nujnosti redno vpisanih manj ljudi. So pa tudi izjeme, predvsem UZ dojke, kjer je bilo število čakajočih pri stopnji nujnosti redno večje kot pri stopnji nujnosti hitro (leta 2014 za 1583 pacientov, lansko leto pa za 820). Iz podatkov je tudi razvidno, da se je lansko leto v primerjavi z letom 2014 število čakajočih pri večini radioloških storitev povečalo. Obstajajo pa tudi izjeme, predvsem UZ dojke, kjer se je število čakajočih pri obeh stopnjah nujnosti zmanjšalo, ter MR skeleta, CT angiografije in CT skeleta, kjer pa se je število čakajočih zmanjšalo le pri stopnji nujnosti redno. Delež čakajočih nad dopustno čakalno dobo je bil leta 2015 pri stopnji nujnosti hitro za dober odstotek in pol višji v primerjavi z letom 2014, pri stopnji nujnosti redno pa v primerjavi z letom 2014 višji za slabih 13 odstotkov.

Grafikon 6: Primerjava skupnega števila čakajočih nad dopustno čakalno dobo (obe stopnji nujnosti) za posamezno radiološko preiskavo na Radiološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje med letoma 2014 in 2015



Vir: NIJZ (2014; 2015).

Grafikon 6 prikazuje število čakajočih nad dopustno čakalno dobo pri posamezni radiološki storitvi leta 2014 in 2015 glede na stopnjo nujnosti. V obeh letih je bilo največ čakajočih preko dopustne čakalne dobe pri stopnji nujnosti hitro, in sicer 4431 leta 2014, kar je predstavljalo 67,86 % vseh čakajočih nad dopustno čakalno dobo, leta 2015 pa 6904 (66,10 % vseh čakajočih nad dopustno čakalno dobo) oziroma 0,57 odstotka več kot pred letom. Pri stopnji nujnosti redno pa jih je leta 2014 nedopustno dolgo čakalo 2099 oziroma 32,14 % vseh čakajočih nad dopustno čakalno dobo, lansko leto pa 3542 (33,90 % vseh čakajočih nad dopustno čakalno dobo) oziroma 68,74 odstotka več kot leto prej.

V obeh letih najdemo največ čakajočih nad dopustno čakalno dobo pri naslednjih radioloških storitvah (NIJZ, 2014; 2015):

- Ultrazvok dojke: leta 2015 je bilo 608 čakajočih nad dopustno čakalno dobo pri stopnji redno oziroma 48,08 % manj kot leta 2014, medtem ko je pri stopnji hitro nedopustno dolgo čakalo 62 pacientov, leta 2014 pa 37 oziroma 40,32 % manj.
- Magnetna resonanca glave in vratu: število čakajočih nad dopustno čakalno dobo pri stopnji redno je bilo lansko leto približno dvakrat večje kot leta 2014, medtem ko je pri stopnji hitro lansko leto nedopustno dolgo čakalo 40,56 odstotka več pacientov kot leta 2014.
- Magnetna resonanca skeleta: število čakajočih nad dopustno čakalno dobo pri stopnji redno je bilo leta 2015 približno trikrat večje kot leta 2014, medtem ko je pri stopnji hitro nedopustno dolgo čakalo 17,52 odstotka več pacientov kot leta 2014.
- CT angiografije: število čakajočih nad dopustno čakalno dobo pri stopnji redno je bilo lansko leto 86,35 % večje kot leto prej, medtem ko je pri stopnji hitro nedopustno dolgo čakalo 99,17 odstotka več pacientov kot leta 2014.

Iz podatkov je razvidno, da je bilo tako leta 2014 kot tudi 2015 več čakajočih nad dopustno čakalno dobo pri stopnji nujnosti hitro, medtem ko je pri stopnji nujnosti redno nedopustno dolgo čakalo manj ljudi. Izjema je UZ dojke, kjer je bilo število čakajočih nad dopustno čakalno dobo pri stopnji nujnosti redno večje kot pri stopnji nujnosti hitro. Na osnovi podatkov lahko trdimo, da se je lansko leto v primerjavi z letom 2014 število čakajočih nad dopustno čakalno dobo pri večini navedenih radioloških preiskav povečalo. Obstajajo pa tudi izjeme, predvsem UZ dojke, kjer se je število čakajočih nad dopustno čakalno dobo pri stopnji nujnosti redno zmanjšalo in UZ rame, kjer pri stopnji nujnosti redno ni bilo čakajočih preko dopustne čakalne dobe.

9 EMPIRIČNI DEL

9.1 Raziskovalna vprašanja in hipoteze

Na podlagi pregleda literature in lastnih izkušenj pri naročanju na radiološke preiskave smo zastavili naslednja raziskovalna vprašanja:

RV 1: Kateri so najpogostejši razlogi za izostanek od radiološke preiskave?

RV 2: Ali pacienti menijo, da bi se zaradi njihove pravočasne odpovedi preiskave zmanjšale čakalne vrste?

RV 3: Ali pacienti poznajo dolžnost iz Zakona o pacientovih pravicah, ki jim nalaga pravočasno opravičilo zaradi izostanka na preiskavo?

Hipoteze:

HIPOTEZA 1: Najpogostejši razlog za izostanek na radiološko preiskavo je, da so pacienti pozabili na predviden datum preiskave.

HIPOTEZA 2: Pacienti menijo, da se čakalne dobe ne bi skrajšale, če bi se pravočasno odjavili od predvidene radiološke preiskave.

HIPOTEZA 3: Pacienti ne poznajo dolžnosti, ki jim jih nalaga Zakon o pacientovih pravicah, predvsem dolžnosti obvestitve izvajalca zdravstvene storitve o morebitnem izostanku.

9.2 Metodologija

V magistrskem delu je uporabljena kvantitativna metodologija raziskovanja. Za študij, analizo in opis strokovne literature smo uporabili deskriptivno metodo. Podatki so zbrani s pomočjo anketnega vprašalnika, ki smo ga poslali pacientom, ki se na predvideni datum niso udeležili preiskave na Radiološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje.

9.2.1 Raziskovalne metode

Raziskava temelji na kvantitativni metodologiji. Za študij, analizo in opis strokovne literature smo uporabili deskriptivno metodo. Podatke za raziskovalni del smo pridobili z metodo zbiranja podatkov s pomočjo anketnih vprašalnikov. Za potrebe magistrskega dela smo zbrali, analizirali in sintetizirali primarne in sekundarne vire.

Sekundarne vire smo zbrali s študijem relevantne domače in tuje literature. Strokovno literaturo smo zbrali z medknjižnično izposajo v splošnih in strokovnih knjižnicah na področju Slovenije. Pri pregledu domače literature smo uporabili virtualno knjižnico – COBISS. Z bazo CINHALL smo iskali tuje objavljene članke s ključnimi besedami: dolžnosti pacientov, odgovornost pacientov, zdravstvena zakonodaja, čakalne vrste, opravičilo za izostanek na predvideno radiološko preiskavo.

Primarne vire smo pridobili z anketnim vprašalnikom. Tehnika zbiranja podatkov je bil anketni vprašalnik odprtega in zaprtega tipa, ki je bil namenjen 150 izbranim pacientom, ki se niso javili na predvideno radiološko preiskavo. Za analizo podatkov smo uporabili deskriptivno statistično metodo s frekvenčno distribucijo in tabelarnim prikazom. Rezultate ankete smo obdelali s pomočjo računalniških programov Microsoft Office Word 2010 in Microsoft Office Excel 2010 ter SPSS Statistics 19. V empiričnem delu smo za primerjavo deležev uporabili frekvenčno distribucijo neparametričnega binominalnega testa statističnega programa SPSS 19.

9.2.2 Raziskovalni vzorec

V raziskovalnem vzorcu so zajeti tisti pacienti, ki niso prišli na načrtovano izvedbo radiološke preiskave na Radiološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje v časovnem okviru od meseca januarja 2015 do decembra 2015 in se za svoj izostanek niso opravičili.

V raziskavi smo se omejili samo na nekatere radiološke preiskave (UZ, CT in MR), saj praviloma za rentgensko slikanje in kvantitativno kostno denzitometrijo ni čakalnih vrst oz. je denzitometrija (razen v nekaterih izjemah) samoplačniška.

Razdelili smo 150 vprašalnikov, vrnjenih smo dobili 142 oziroma 94,7 %.

9.2.3 Postopki zbiranja podatkov

Pred izvedbo raziskave smo pridobili dovoljenja vodje Radiološkega oddelka, vodstva Splošne bolnišnice Celje in Etične komisije. V prvem koraku smo pridobili podatke o zavarovanih osebah iz arhiva neopraavljenih preiskav, kjer sta zabeležena njihova naslov in telefonska številka. Septembra 2016 smo jim po pošti poslali anketni vprašalnik, v katerem smo jim v uvodu pojasnili namen raziskave in jih povabili k sodelovanju. Opozorili smo jih, da je sodelovanje v raziskavi prostovoljno in anonimno ter da iz nobenih podatkov ne bo mogoče sklepati na njihovo identiteto. Vprašanja za anketo (Priloga 1) smo sestavili sami, saj v pregledani literaturi nismo zasledili podobne raziskave. Rešene anketne vprašalnike so nam vrnil v pisemski ovojnici, na kateri je bil izpisan službeni naslov avtorice magistrskega dela in poštna znamka. Upoštevan je bil etični vidik izdelave magistrskega dela, kar pomeni, da so podatki aktualni, verodostojni in uporabljeni izključno za namen izdelave magistrskega dela ter da sodelujoči niso prepoznani v nobenem dokumentu.

10 REZULTATI IN ANALIZA

V poglavju Rezultati in analiza so prikazani in analizirani rezultati pravilno izpolnjenih in vrnjenih anket.

Tabela 7: Struktura anketirancev glede na spol

	Frequency	Percent
Valid moški	88	62,0
Valid ženski	54	38,0
Total	142	100,0

V anketi je sodelovalo 88 (62,0 %) moških in 54 (38,0 %) žensk.

Tabela 8: Starostna struktura anketirancev

	Frequency	Percent
Valid do 20 let	10	7,0
Valid od 21 do 40 let	26	18,0
Valid od 41 do 60 let	32	23,0
Valid nad 60 let	74	52,0
Total	142	100,0

Med 142 anketiranimi jih je bilo 10 (7,0 %) v starostni skupini do 20 let, 26 (18,0 %) jih je bilo v starostni skupini od 21 do 40 let, 32 (23,0 %) pa jih je bilo v skupini od 41 do 60 let. Največ anketiranih je bilo starejših od 60 let 74 (52,0 %).

Tabela 9: Struktura anketirancev glede na doseženo stopnjo izobrazbe

	Frequency	Percent
osnovna šola	6	4,2
srednja šola	82	57,7
višja/visoka šola	31	21,8
univerza	19	13,4
magisterij, doktorat	4	2,8
Total	142	100,0

V anketi je sodelovalo 6 (4,2 %) oseb s končano osnovno šolo, 31 (21,8 %) jih je imelo višjo šolo, 19 (13,4 %) jih je imelo univerzitetno izobrazbo, štirje (2,8 %) pa magisterij ali doktorat. Največ, 82 ali 57,7 % anketiranih oseb je končalo srednjo šolo.

Tabela 10: Radiološke preiskave anketirancev

	Frequency	Percent
CT(računalniška tomografija)	48	33,8
Valid MR (magnetna resonanca)	74	52,1
UZ (ultrazvok)	20	14,1
Total	142	100,0

Največ, 74 ali 52,1 % anketiranih je bilo naročenih na MR, na CT je bilo naročenih približno tretjina anketiranih 48 (33,8 %), na UZ pa 20 (14,1 %) anketiranih.

Tabela 11: Seznanjenost anketiranih z ZPacP

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ne	58	40,8	40,8	40,8
Valid Da	84	59,2	59,2	100,0
Total	142	100,0	100,0	

Iz tabele je razvidno, da skoraj 60 odstotkov anketiranih zase meni, da poznajo ZPacP, vendar smo dejansko razmerje med tistimi, ki zase menijo, da poznajo zakon, in tistimi, ki menijo, da ga ne poznajo, preverili še z binominalnim testom. Postavili smo ničelno hipotezo, ki pravi: Polovica anketiranih pozna vsebino ZPacP.

Tabela 12: Neparametrični binominalni test za ugotavljanje razmerja med dvema trditvama (poznavanje ZPacP)

		Category	N	Observed Prop.	Test Prop.	Exact Sig. (2-tailed)
Ali poznate vsebino Zakona o pacientovih pravicah?	Group 1	Ne	58	,41	,50	,036
	Group 2	Da	84	,59		
	Total		142	1,00		

Vrednost p je manjša od 0,05 zato ničelno hipotezo potrdimo in s 5 % tveganjem trdimo, da jih več kot pol (kar je večina) pozna vsebino Zakona o pacientovih pravicah.

Poznavanje ZPacP smo v nadaljevanju preverjali tako, da smo izpostavili člen tega zakona.

Tabela 13: Poznavanje člena ZPacP, ki pacientom nalaga dožnost pravočasne obvestitve o morebitnem izostanku na pregled

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ne	87	61,3	61,3	61,3
Da	55	38,7	38,7	100,0
Total	142	100,0	100,0	

Nekaj več kot 60 odstotkov anketiranih zase meni, da ne pozna tega člena, vendar smo dejansko razmerje med tistimi, ki zase menijo, da poznajo ta člen, in tistimi, ki menijo, da ga ne poznajo, preverili še z neparametričnim binominalnim testom. Postavili smo ničelno hipotezo, ki pravi: Polovica anketiranih pozna člen ZPacP, ki pacientom nalaga dožnost pravočasne obvestitve o morebitnem izostanku na pregled.

Tabela 14: Neparametrični binominalni test za ugotavljanje razmerja med dvema trditvama (poznavanje člena ZPacP)

	Category	N	Observed Prop.	Test Prop.	Exact Sig. (2-tailed)
Ali poznate člen ZPacP, ki vam nalaga dolžnost pravočasne obestitve o morebitnem izostanku na pregled?	Group 1 Ne	87	,61	,50	,009
	Group 2 Da	55	,39		
	Total	142	1,00		

S 5 % tveganjem lahko trdimo, da večina anketiranih ne pozna člena ZPacP, ki pacientom nalaga dožnost pravočasne obvestitve o morebitnem izostanku na pregled, ker je vrednost p 0,009.

Tabela 15: Poznavanje možnosti pacientov za ukrepanje v primeru kršenja pravice do spoštovanja njihovega časa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ne	87	61,3	61,3	61,3
Da	55	38,7	38,7	100,0
Total	142	100,0	100,0	

Sedeminosemdeset (61,3 %) anketiranih ne pozna možnosti za ukrepanje v primeru, da izvajalec zdravstvene storitve krši njihovo pravico do spoštovanja njihovega časa, 55 (38,7) pa jih je s to možnostjo seznanjenih. Dejansko razmerje med tistimi, ki zase menijo, da poznajo to možnost, in tistimi, ki menijo, da je ne poznajo, smo prav tako preverili z neparametričnim binominalnim testom. Postavili smo ničelno hipotezo, ki pravi: Polovica anketiranih pozna člen ZPacP, ki pacientom nalaga dožnost pravočasne obvestitve o morebitnem izostanku na pregled.

Tabela 16: Neparametrični binominalni test za ugotavljanje razmerja med dvema trditvama (poznavanje možnosti pacientov za ukrepanje v primeru kršenja pravice do spoštovanja njihovega časa)

	Category	N	Observed Prop.	Test Prop.	Exact Sig. (2-tailed)
Ali poznate vaše možnosti za ukrepanje v primeru kršenja pravice do spoštovanja vašega časa.	Group 1 Ne	87	,61	,50	,009
	Group 2 Da	55	,39		
	Total	142	1,00		

P je manj kot 0,009. Ničelno hipotezo lahko zavrnamo in s 5 % tveganjem trdimo, da jih več kot polovica (kar je tudi večina) ne pozna možnosti za ukrepanje v primeru, če so kršene njihove pravice.

Zanimalo nas je tudi, ali anketirani menijo, da poznajo zakonodajo, ki omogoča ukrepanje izvajalcu zdravstvene storitve v primeru, da neopravičeno izostanejo od preiskave.

Tabela 17: Poznavanje možnosti za ukrepanje izvajalca zdravstvene storitve v primeru pacientovega neopravičenega izostanka od preiskave

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ne	68	47,9	47,9	47,9
Da	74	52,1	52,1	100,0
Total	142	100,0	100,0	

Odstotek anketiranih, ki poznajo možnosti za ukrepanje izvajalca zdravstvene storitve v primeru, da neopravičeno izostanejo od preiskave, je podoben odstotku tistih, ki te možnosti ne poznajo. Za natančno določitev razmerja med skupinama smo izvedli neparametrični binominalni test, kjer smo postavili ničelno hipotezo, da polovica anketiranih pozna možnosti za ukrepanje izvajalca zdravstvene storitve v primeru pacientovega neopravičenega izostanka od preiskave.

Tabela 18: Neparametrični binominalni test za določitev razmerja med dvema trditvama (poznava možnosti za ukrepanje izvajalca zdravstvene storitve v primeru pacientovega neopravičenega izostanka od preiskave)

	Category	N	Observed Prop.	Test Prop.	Exact Sig. (2-tailed)
Ali poznate možnosti za ukrepanje izvajalca zdravstvene storitve v primeru, da neopravičeno izostanete od preiskave, na katero ste naročeni?	Group 1 Ne	68	,48	,50	,675
	Group 2 Da	74	,52		
	Total	142	1,00		

Ker je p vrednost 0,675, lahko ničelno hipotezo potrdimo in s 5 % tveganjem trdimo, da jih več kot polovica (kar je tudi večina) pozna možnosti za ukrepanje izvajalca zdravstvene storitve v primeru njihovega neopravičenega izostanka od preiskave.

Tabela 19: Razlog anketirancev za izostanek od preiskave na Radiološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje (bolezen)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Bolezen	Da	37	26,1	26,1
	Ne	105	73,9	100,0
	Total	142	100,0	100,0

Bolezen je kot razlog za izostanek od preiskave navedlo nekaj več kot četrina (37 ali 26,1 %) anketiranih.

Tabela 20: Razlog anketirancev za izostanek od preiskave na Radiološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje (službene obveznosti)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Službene obveznosti	Da	29	20,4	20,4
	Ne	113	79,6	100,0
	Total	142	100,0	100,0

Zaradi službenih obveznosti se preiskave ni udeležilo 29 (20,4 %) anketiranih.

Tabela 21: Razlog anketirancev za izostanek od preiskave na Radiološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje (privatne obveznosti)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Privatne obveznosti	Da	9	6,3	6,3
	Ne	133	93,7	100,0
	Total	142	100,0	100,0

Še manjše število (9) oz. nižji odstotek (6,3 %) je bil takšnih, ki na preiskavo niso prišli zaradi privatnih obveznosti.

Tabela 22: Razlog anketirancev za izostanek od preiskave na Radiološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje (pozabil/a sem, da imam preiskavo)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Pozabi Da	45	31,7	31,7	31,7
l sem Ne	97	68,3	68,3	100,0
na	142	100,0	100,0	
preisk Total				
avo				

Skoraj tretjina anketiranih (45 ali 31,7 %) je pozabila, da imajo preiskavo.

Tabela 23: Razlog anketirancev za izostanek od preiskave na Radiološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje (sploh nisem dobil/a povabila na preiskavo)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Da	4	2,8	2,8	2,8
Valid Ne	138	97,2	97,2	100,0
Total	142	100,0	100,0	

Zelo redki anketirani (4 ali 2,8 %) so kot razlog neudeležbe na preiskavi navedli, da sploh niso dobili vabila na preiskavo.

Tabela 24: Razlog anketirancev za izostanek od preiskave na Radiološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje (drugo)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Da	18	12,7	12,7	12,7
Valid Ne	124	87,3	87,3	100,0
Total	142	100,0	100,0	

Osemnajst anketiranih (12,7 %) je izostalo od preiskave zaradi razloga, ki ga v vprašalniku nismo navedli.

Večjo preglednost razlogov za izostanek anketiranih od načrtovane preiskave zagotavlja Tabela 25.

Tabela 25: Odstotki posameznih razlogov anketirancev za izostanek od preiskave na Radiološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje

	Frequency	Percent
bolezen	37	26,1
službene obveznosti	29	20,4
privatne obveznosti	9	6,3
Valid pozabil/a sem, da imam preiskavo	45	31,7
sploh nisem dobil/a vabila na preiskavo	4	2,8
drugo	18	12,7
Total	142	100,0

Največ anketiranih (31,7 %) je navedlo, da so pozabili, drugi najpogostejši razlog za neudeležbo pa je bila bolezen (37 ali 26,1 %). Pri 29 (20,4 %) anketiranih je bil razlog neudeležbe službena obveznost, pri 9 (6,3 %) pa privatne obveznosti. Trije (2,8 %) anketirani niso dobili povabila na preiskavo, 18 (12,7 %) pa jih je navedlo oz. dopisalo nekatere druge razloge (npr.: naročil sem se pri drugem izvajalcu; nisem se odločil za preiskavo; nisem imel prevoza; zdravnik je odsvetoval preiskavo; nisem si zapisal pravega datuma; založil sem papirje; nerodno mi je bilo poklicati v zdravstveno ustanovo, da preverijo predviden datum naročenega obiska pri zdravniku).

Tabela 26: Mnenje anketiranih o vplivu pravočasne odpovedi preiskave na skrajšanje čakalne vrste

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid da	102	71,8	71,8	71,8
ne	40	28,2	28,2	100,0
Total	142	100,0	100,0	

Večina anketiranih (102 oziroma 71,8 %) je prepričanih, da bi se zaradi njihove pravočasne odpovedi preiskave skrajšale čakalne vrste, 40 (28, %) pa jih je drugačnega mnenja. Za ugotovitev dejanskega razmerja smo izvedli neparametrični

binominalni test in postavili ničelno hipotezo, ki pravi: Polovica anketiranih meni, da bi se zaradi njihove pravočasne odpovedi preiskave skrajšala čakalna doba.

Tabela 27: Neparametrični binominalni test za določitev razmerja med dvema trditvama

	Category	N	Observed Prop.	Test Prop.	Exact Sig. (2-tailed)
Ali menite, da bi se zaradi Vaše pravočasne odpovedi preiskave, skrajšala čakalna vrsta?	Group 1 ne	40	,28	,50	,000
	Group 2 da	102	,72		
	Total	142	1,00		

Na podlagi p vrednosti (0,00) lahko s 5 % tveganjem ničelno hipotezo zavrnilo in trdimo, da jih več kot pol (kar je večina) meni, da se zaradi njihove pravočasne odpovedi preiskave ne bi skrajšale čakalne dobe.

Tabela 28: Odločitev anketirancev za radiološko preiskavo pri drugem izvajalcu zdravstvenih storitev

	Frequency	Percent
Valid da	8	5,6
Valid ne	134	94,4
Total	142	100,0

Samo 8 (5,6 %) anketiranih se je za radiološko preiskavo odločilo pri drugem izvajalcu zdravstvenih storitev, večina, 134 ali 94,4 % anketiranih pa jih te odločitve ni sprejelo.

Tabela 29: Mnenja anketirancev o predolgi čakalni dobi na preiskavo

	Frequency	Percent
Valid da	112	78,9
Valid ne	30	22,1
Total	142	100,0

Sto dvanajst (78,9 %) anketiranih je mnenja, da je čakalna doba za preiskavo na Radiološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje predolga, za 30 (22,1 %) anketiranih pa čakalna doba ni predolga.

Tabela 30: Mnenje anketiranih o terminu ponovnega naročanja na radiološko preiskavo

	Frequency	Percent
na prvi možni termin	38	26,8
v nekaj dneh	12	8,5
Valid v nekaj tednih	82	57,7
ne vem/nimam mnenja	10	7,0
Total	142	100,0

Največ (82 ali 57,7 %) anketiranih meni, da bi jim po izostanku na predvideno preiskavo izvajalci preiskave morali zagotoviti nov datum preiskave v nekaj tednih. Osemtrideset (26,8 %) anketiranih je mnenja, da bi jih morali na radiološko preiskavo ponovno naročiti na prvi možni termin, 12 (8,5 %) anketiranih pa meni, da bi morale biti to v nekaj dneh. Deset (7,0 %) anketiranih o tem nima mnenja.

Tabela 31: Poznavanje možnosti anketiranih, da so obveščeni o planirani preiskavi preko sms-a

	Frequency	Percent
da	104	73,2
Valid ne	38	20,4
ne vem/nimam mnenja	9	6,3
Total	142	100,0

Večina anketiranih (104 oziroma 73,2 %) pozna možnost, da jih izvajalec zdravstvene preiskave o datumu le-te obvesti preko sms-a, 29 (20,4 %) pa jih te možnosti ne pozna. Devet (6,3 %) jih je odgovorilo, da o tem nimajo mnenja.

Pri zadnjem vprašanju smo želeli kvalitativni odgovor. Svoje pripombe je podalo 28 (19,7 %) anketirancev. Osem anketirancev je imelo pripombe zaradi slabe organiziranosti in učinkovitosti telefonskega naročanja pacientov, šest zaradi slabega izvajanja rezervacije termina, trije so zapisali, da izvajalci pred izvedbo zdravstvene storitve ne kontaktirajo s pacientom, dva pa ste pritožila, da je izvajalec zdravstvene storitve založil njuni napotnici.

11 INTERPRETACIJA IN RAZPRAVA

»Čakalne dobe so ogledalo vsakega zdravstvenega sistema, v katerem vidimo, kako dobro deluje zdravstvo« (Zupanič, 2011, str. 3). Ker se tega najbrž zavedajo tudi odgovorni v naši državi, so z namenom, da bi dosegli čim krajše čakalne dobe (in čakalni čas), v ZPacP kot osnovno pacientovo pravico opredelili pravico, da se spoštuje njegov čas (pravica do spoštovanja pacientovega časa). Neudeležba na zdravstvenem pregledu ni edini razlog za dolge čakalne dobe, jih pa vsekakor podaljšuje in večja stroške poslovanja zdravstvenih organizacij (Koshy, Car, & Majeed, 2008).

V raziskavi o vplivu izostankov pacientov na čakalne dobe radioloških preiskav je sodelovalo nekoliko več moških kot žensk. Podatkov o tem, ali tudi dejansko moški pogosteje izostajajo od predvidenih zdravstvenih storitev/preiskav, nam ni uspelo pridobiti, zato tega podatka ne moremo komentirati.

V raziskavo so bili vključeni pacienti različnih starosti, vendar jih je bilo največ v starostni skupini nad 60 let, najmanj pa je bilo mlajših od 20 let. V razpoložljivi literaturi nismo zasledili informacije o zastopanosti preiskovancev glede starosti, zato ne moremo govoriti o reprezentativnosti vzorca glede tega podatka.

Izobrazbo vključenih v raziskavo bi lahko uporabili za ugotavljanje korelacije med izobrazbo in poznavanjem ZPacP, vendar je imela več kot polovica anketiranih zaključeno srednjo šolo, odstotek tistih z univerzitetno izobrazbo in magisterijem ali doktoratom pa je bil prenizek.

S prvim vprašanjem v anketi, ki se ni nanašalo na demografske podatke, smo želeli ugotoviti, na katero radiološko preiskavo so bili anketirani naročeni. Največ jih je bilo naročenih na MR, na CT je bilo naročenih približno tretjina anketiranih, na UZ pa nekaj več kot desetina vseh anketiranih. Iz *Strokovnega poročila 2014* (2015, str. 266) je razvidno, da je bilo v obdobju od 1. 1. 2013 do 31. 12. 2014 skupno opravljenih 31.072 UZ preiskav, 25.579 CT preiskav in 10.911 MR, zato bi

pričakovali, da bo število neudeležencev na posamezno preiskavo v vzorcu anketiranih premosorazmerno s številom opravljenih posameznih preiskav, vendar raziskava tega ni potrdila.

Z drugim anketnim vprašanjem smo želeli pridobiti informacije o poznavanju ZPacP, saj se po naših izkušnjah relativno veliko pacientov sklicuje na pravice, ki so jim podeljene v tem zakonu. Ta podatek je bil za nas zanimiv tudi zato, ker je omenjeni zakon po našem mnenju obsežen in zahteven in bi zato pričakovali, da ga ne pozna tako visok odstotek anketiranih. Poudariti moramo, da smo v naši anketi samo preverjali mnenje anketiranih, dejanskega poznavanja zakona pa nismo ugotavljali. Posebnih razlogov za to, da bi dvomili v rezultat, ki kaže, da zakon pozna več kot polovica anketiranih, nimamo, naših rezultatov pa ne moremo primerjati, saj nismo našli raziskave s tega področja.

V nadaljevanju smo preverjali poznavanje ZPacP, zato smo izpostavili tri člene tega zakona, in sicer tistega, ki pacientom nalaga dolžnost pravočasne obvestitve izvajalca zdravstvene storitve o morebitnem izostanku na pregled oz. zdravljenje in tistega, ki opredeljuje možnosti za ukrepanje pacientov v primeru, da je kršena pravica do spoštovanja njihovega (pacientovega) časa. Tretji navedeni člen opredeljuje možnosti za ukrepanje izvajalca zdravstvene storitve v primeru, da pacienti neopravičeno izostanejo od preiskave, na katero so naročeni.

Rezultati prvega vprašanja so podrobneje predstavljeni v odgovoru na tretje raziskovalno vprašanje, zato na tem mestu ponovno poudarjamo zakonske predpise s tega področja. Dolžnost pacienta, da pravočasno obvesti izvajalca zdravstvenih storitev o morebitnem izostanku na pregled ali zdravljenje je opredeljena v okviru 54. člena ZPacP. V kolikor se izkaže, da pacient na dogovorjeno izvedbo zdravstvene storitve ni mogel zaradi upravičenega razloga, mora izvajalec pacientu sporočiti čim bližji datum za izvedbo zdravstvene storitve. V primeru, da pacient ni prišel na izvedbo zdravstvene storitve in svojega izostanka ni opravičil v 14 dneh po dnevu načrtovane zdravstvene storitve, ga izvajalec zdravstvenih storitev črta s čakalnega seznama. Izvajalci zdravstvenih storitev morajo v sklopu vodenja čakalnega seznama

pacienta iz seznama črtati, in sicer: a) v roku 24 ur po opravljeni zdravstveni storitvi, ali b) v 24 urah po preteku časa, določenega za opravičilo, če pacient ni prišel na izvedbo zdravstvene storitve in svojega izostanka pravočasno ni opravičil, ali c) v 24 urah od obvestila pacienta, ki je uvrščen na čakalni seznam, da ne želi izvedbe zdravstvene storitve bodisi zaradi tega, ker je načrtovano zdravstveno storitev že opravil pri drugem izvajalcu zdravstvenih storitev, bodisi da se je izkazalo, da zaradi spremembe zdravstvenega stanja tovrstne zdravstvene storitve ne potrebuje več itd.

Rezultat glede poznavanja člena zakona, v katerem so opredeljene možnosti za ukrepanje pacientov v primeru, da je kršena njihova pravica do spoštovanja (pacientovega) časa, je bil pričakovan, saj je odstotek anketiranih, ki poznajo to možnost, zelo podoben odstotku tistih, ki poznajo ZPacP.

Odstotek anketiranih, ki poznajo možnosti za ukrepanje izvajalca zdravstvene storitve v primeru, da neopravičeno izostanejo od preiskave, je podoben odstotku tistih, ki te možnosti ne poznajo. Ker je takšnih skoraj polovica, menimo, da bi bilo potrebno uporabnike zdravstvenih storitev seznaniti z vsebino vseh navedenih členov zakona v enostavnejši in razumljivejši obliki že na primarnem nivoju, ko zdravnik pacienta napoti na specialistično obravnavo/specialistični pregled.

Razlog za zadnji izostanek anketiranih od preiskave na Radiološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje in mnenje anketiranih o tem, ali bi se zaradi njihove pravočasne odpovedi preiskave skrajšala čakalna vrsta, podrobneje analiziramo pri odgovorih na raziskovalna vprašanja

Ker trenutni nepregledni sistem naročanja omogoča, da se pacienti na preiskavo naročijo v drugi ustanovi in jo tam tudi opravijo (izvajalca zdravstvene storitve, pri katerem so že v čakalni vrsti, pa o tem ne obvestijo), nas je zanimalo, ali so se anketirani na preiskavo naročili v kateri drugi ustanovi. O tem, kakšen strošek za zdravstveno ustanovo predstavljajo takšni pacienti, govori Marčan, direktor ortopedske bolnišnice Valdoltra, ki pravi, da bolnišnico največ stanejo tisti pacienti, ki so v čakalni vrsti 4 ali celo več let in se konstantno prenaročajo. Bolnišnica jim

mora omogočiti nov rok za poseg, termin pa ostane prazen. Predlaga takšno ureditev zakona, kjer bi bili neodgovorni pacienti sankcionirani s plačilom vsaj dela stroškov operativnega posega (V Valdoltri skoraj polovica čakajočih za poseg ni zmožna ali ga noče imeti, 2015).

Velikokrat lahko pacient sam pripomore k skrajšanju, ali pa v nasprotnem primeru k podaljšanju čakalne dobe s tem, da se ne odzove na točno določen termin, čeprav je nanj moral čakati tudi več mesecev, zato nas je v devetem vprašanju zanimalo mnenje anketiranih o dolžini čakalne dobe na preiskavo. Skoraj tri četrtine anketiranih je mnenja, da je čakalna doba za preiskavo na Radiološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje predolga.

Da so čakalne dobe predolge, celo nedopustno dolge ugotavlja tudi Komisija za preprečevanje korupcije (KPK), ki je marca 2014 posebej izpostavila (tudi) področje čakalnih vrst kot področje z visokim korupcijskim tveganjem, ki ni ustrezno obvladano. Čeprav nadzorni organi ugotavljajo pogoste kršitve čakalnih vrst v javnih zavodih, sistem pa omogoča tudi preskakovanje teh vrst, javni zavodi tveganj, povezanih s čakalnimi vrstami, v načrtih integritete ne zaznavajo in jih posledično ne obravnavajo ustrezno. Analiza registrov tveganj, ki jo je komisija izvedla proti koncu leta 2014, je nato, morda celo kot posledico objavljenega systemskega načelnega mnenja, pokazala, da so v javnih zavodih tveganja, povezana s čakalnimi vrstami, vendarle pogosteje zaznali; med vsemi tveganji, ki so jih zaznali v zdravstvenih domovih in bolnišnicah, se je na čakalne dobe v širšem smislu nanašalo okoli 10 % identificiranih tveganj, še pomembneje pa je, da so bila tveganja, povezana s čakalnimi dobami, kamor seveda spadajo tudi čakalne vrste, tako v zdravstvenih domovih kot v bolnišnicah med najpogosteje zaznanimi (Komisija za preprečevanje korupcije, 2015, str. 4 – 5).

Pri odgovorih anketiranih na deseto vprašanje, ki se je glasilo: »V kakšnem časovnem obdobju naj bi Vas, po Vašem mnenju, morali ponovno naročiti na preiskavo?«, ugotavljamo nekritičnost pacientov (predvsem tistih, ki za izostanek na predvideno preiskavo niso podali tehtnega razloga). Več kot polovica jih meni, da bi

jim morali zagotoviti nov datum preiskave v nekaj tednih, skoraj deset odstotkov pa jih meni, da bi moralo biti to že v nekaj dneh. Če so anketirani, ki so imeli na napotnici označeno stopnjo redno, v skladu z zakonom na preiskavo čakali šest mesecev, je verjetno povsem nerealno, da bi dobili nov datum v nekaj tednih. Sicer pa si časovni okvir »nekaj tednov« lahko anketirani razlagajo različno, zato bi morali morda v anketi ponuditi bolj konkretne odgovore.

Za zmanjševanje izostankov na zdravniški pregled je ključno, da paciente pravočasno in ustrezno opomnimo, da smo zanje rezervirali določen termin. Študije so namreč pokazale, da lahko z zagotavljanjem opominjanja na preglede bistveno pripomoremo k zmanjšanju čakalnih dob/vrst, prav tako pa s tem zmanjšujemo stroške poslovanja (Downer, Meara, & Da Costa, 2005, str. 368). Zdravstvene ustanove se poslužujejo različnih strategij obveščanja in opominjanja pacientov o zdravniških pregledih. Nekatere obveščajo preko telefonov, druge pošiljajo obvestila po pošti. Rešitev, ki jo ponuja podjetje RSC Infonet, predstavlja opozarjanje pacienta na predvideni obisk preko mobilne aplikacije SMS oziroma preko elektronske pošte v različnih časovnih intervalih oz. z različnimi frekvencami pogostnosti. Tak način reševanja se je izkazal za zelo učinkovitega, saj omogoča znižanje stroškov zaradi neizvedenih pregledov in neudeležbe pacienta (Koshy, Car, & Majeed, 2008). V naslednjem vprašanju nas je zato zanimalo, ali anketirani poznajo možnost, da obvestilo o planirani preiskavi prejmejo preko sms-a.

Večina (skoraj tri četrtine) anketiranih pozna možnost, da jih izvajalec zdravstvene preiskave o datumu le-te obvesti preko sms-a, vendar je visoko tudi število (29) tistih, ki te možnosti ne poznajo. Rezultat je nekoliko presenetljiv, saj na Radiološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje pri naročanju na preiskavo praviloma pridobimo pacientovo telefonsko številko in ga tudi opozorimo, da bo o preiskavi obveščen preko sms-a. Sicer pa bi bilo bolj smiselno, da bi v vprašalniku zastavili vprašanje, v katerem bi dobili odgovor na to, ali so bili anketirani pred preiskavo opomnjeni po tej poti oz. na ta način.

V nadaljevanju najprej odgovorimo na raziskovalno vprašanje, ki smo si ga zastavili pred začetkom raziskovanja, nato pa preverimo hipotezo, ki smo jo zapisali glede na zastavljeno raziskovalno vprašanje.

Raziskovalno vprašanje 1: Kateri so najpogostejši razlogi za izostanek od radiološke preiskave?

Pri razlogih za izostanek od radiološke preiskave smo navedli tiste, ki so po naših izkušnjah in tudi dejansko, v pisnih opravičilih pacientov v zvezi z izostankom na radiološko preiskavo, najpogostejši. Te razloge lahko razvrstimo v eno od naštetih kategorij: bolezen, službene oz. privatne obveznosti, pozabljenost, neprejetje vabila na preiskavo in nekatere druge, ki jih je bistveno manj (npr. nisem imel prevoza).

Na podlagi rezultatov ugotavljamo, da je najpogostejši razlog za izostanek od radiološke preiskave ta, da so anketirani pozabili, da imajo preiskavo. Tako je odgovorilo 45 ali 31,7 % anketiranih. Drugi najpogostejši razlog za neudeležbo je bolezen (37 ali 26, 1 %), tretji pa so službene obveznosti anketiranih (29 ali 20,4 %). Devet (6,3 %) jih je navedlo privatne obveznosti, trije (2,8 %) pa niso dobili povabila na preiskavo. Med razlogi, ki so jih anketirani dopisali pri odgovoru »drugo« (teh je bilo 18 ali 12,7 %), so bili naslednji: naročil sem se pri drugem izvajalcu, nisem se odločil za preiskavo, nisem imel prevoza, zdravnik mi je odsvetoval preiskavo, nisem si zapisal pravega datuma, založil sem papirje, nerodno mi je bilo poklicati v bolnišnico, da bi preverili, kdaj sem naročen na preiskavo.

Da je neudeležba na zdravstvenih pregledih posledica številnih dejavnikov in da je med njimi najpogostejši dejavnik pozabljenost, ugotavljajo tudi nakatere druge študije (Jeppesen, & Ainsworth, 2015; Koshy, Car, & Majeed, 2008; Murdock, Rodgers, Lindsay, & Tham, 2002, str. 285). Nekateri avtorji (Lacy, Paulman, Reuter, & Lovejoy, 2005, str. 541; Murdock, Rodgers, Lindsay, & Tham, 2002, str. 284) navajajo še druge razloge za neudeležbo, npr. delovne obveznosti, prezaposlenost, varstvo otrok, niso imeli urejenega prevoza itd. Neudeležba pri zdravstvenih pregledih negativno vpliva na zmogljivosti zdravstvenega sistema, produktivnost ter

povečuje stroške dela (Geraghty, Glynn, Amin, & Kinsella, 2008, str. 297). Študija, izvedena v Veliki Britaniji, poroča o skoraj 360 milijonih funtov izgube v zdravstvenem proračunu zaradi neudeležbe na zdravstvenih pregledih v ambulantah, bolnišnicah in drugih zdravstvenih ustanovah. Neudeležba na zdravstvenih pregledih pa ima tudi negativne posledice za bolnike. Podatki iz ZDA kažejo 10 % dvig tveganja novih hospitalizacij pri bolnikih, ki se dogovorjenih zdravniških pregledov niso udeležili (Žumer, & Zupan, 2011).

Po izbrani metodologiji lahko preverimo prvo hipotezo, ki smo jo zapisali pred začetkom raziskave.

HIPOTEZO 1, v kateri smo predpostavljali, da je najpogostejši razlog za izostanek na radiološko preiskavo ta, da so pacienti pozabili na predviden datum preiskave, lahko **potrdimo**. Iz tabele 25 je razvidno, da je največ (45 ali 31,7 %) anketiranih pozabilo, da ima preiskavo.

Raziskovalno vprašanje 2: Ali pacienti menijo, da bi se zaradi njihove pravočasne odpovedi preiskave čakalne vrste skrajšale?

V anketnem vprašalniku smo zastavili to vprašanje predvsem zato, da bi ugotovili stopnjo samokritičnosti anketiranih. Rupar (2014) navaja, da so podatki o številu pacientov, ki se ne udeležijo pregleda oz. zdravstvene storitve, v slovenskih bolnišnicah približni, saj ni tovrstnih evidenc. Pristojni v bolnišnicah navajajo, da to »ne predstavlja večje težave«. V UKC Maribor večina pacientov, ki ne pride na pregled, tega niti ne javi in zato na prosti termin ne morejo povabiti naslednjega pacienta na čakalnem seznamu. Kljub temu pa to, po mnenju pristojnih, nima večjega vpliva na čakalne dobe. Drugačnega mnenja pa so pristojni v Splošni bolnišnici Celje, saj pravijo, da vsaka neudeležba pomeni daljše čakanja za vse ostale čakajoče (Rupar, 2014). Ugotovili smo, da je večina anketiranih (102 ali 71,8 %) prepričanih, da bi se zaradi njihove pravočasne odpovedi preiskave skrajšale čakalne vrste.

Po izbrani metodologiji lahko preverimo tudi drugo hipotezo.

HIPOTEZO 2, v kateri smo zapisali, da večina pacientov meni, da se čakalne vrste ne bi skrajšale, če bi se pravočasno odjavili od predvidene radiološke preiskave, lahko **zavrnamo**. Iz tabele 26 je razvidno, da je večina anketiranih (102 ali 71,8 %) prepričanih, da bi se zaradi njihove pravočasne odpovedi preiskave skrajšale čakalne vrste. Hipotezo smo preverjali še z neparametričnim binominalnim testom, kjer smo postavili ničelno hipotezo, da polovica anketiranih meni, da bi se čakalne vrste skrajšale, če bi se pravočasno odjavili od predvidene preiskave. Test je pokazal, da je vrednost $p < 0,000$, zato lahko s 5 % tveganjem trdimo, da več kot polovica (kar je hkrati večina) meni, da bi se zaradi njihove pravočasne odpovedi preiskave čakalne dobe skrajšale.

Raziskovalno vprašanje 3: Ali pacienti poznajo dolžnost iz Zakona o pacientovih pravicah, ki jim nalaga pravočasno opravičilo zaradi izostanka na preiskavo?

Iz Tabele 13 je razvidno, da 87 (61,3 %) anketiranih ne pozna člena ZPacP, ki pacientom nalaga dolžnost pravočasne obvestitve o morebitnem izostanku na pregled, 55 (38,7 %) pa jih ta člen pozna. Da pacienti slabo poznajo dolžnosti, ki jim jih nalaga ZPacP, v svoji raziskavi ugotavlja tudi Šavc (2015, str. 67). Podobnega mnenja je Simunič (2012, str. 70 – 71), ki na osnovi rezultatov raziskave navaja, da so pacienti dobro seznanjeni s svojimi pravicami, manj pa se zavedajo svojih dolžnosti, saj svojih dolžnosti ne pozna skoraj polovica anketirancev. Med dolžnostmi, ki jih pacienti najbolj kršijo, je tudi dolžnost pravočasnega obveščanja izvajalcev zdravstvenih storitev o morebitnem izostanku na pregled ali zdravljenje (Simunič, 2012, str. 88).

Po izbrani metodologiji smo preverili tudi tretjo hipotezo.

HIPOTEZO 3, v kateri smo predpostavljali, da večina pacientov ne pozna dolžnosti, ki jim jih nalaga Zakon o pacientovih pravicah, predvsem dolžnost obvestitve izvajalca zdravstvene storitve o morebitnem izostanku, lahko **potrdimo**. Kar 87 (61,3 %) anketiranih ne pozna člena zakona, ki jim nalaga dolžnost pravočasne

obvestitve o morebitnem izostanku na preiskavo, 55 (38,7 %) pa jih ta člen pozna.

Hipotezo smo preverjali še z neparametričnim binominalnim testom. S 5 % tveganjem lahko trdimo, da več kot polovica (kar je v tem primeru večina) anketiranih ne pozna člena ZPacP, ki pacientom nalaga dožnost pravočasne obvestitve o morebitnem izostanku na pregled, saj je p vrednost 0,009.

11.1 Ukrepi za krajše čakalne vrste

Kadivec (2007, str. 797), ki problem dolgih čakalnih dob opisuje z vidika zdravnikov, predlaga za skrajšanje čakalnih dob in izboljšanje dela na radioloških oddelkih naslednje ukrepe: določitev normativov, plačilo radiologov po delu, planiranje zaposlenih in planiranje večjega števila prostih mest za specializacije radiologije. Ob primernejšem nagrajevanju radiologov oz. zdravnikov in spremembi delovnega časa bi zvišali kvaliteto dela in zmanjšali stres na delovnem mestu. Pomanjkanje radiologov v Sloveniji bi lahko rešili s čimprejšnjo digitalizacijo radioloških oddelkov po Sloveniji, z izgradnjo radiološkega portala (dostopa do vseh sistemov PACS v Sloveniji) oziroma izgradnjo centralnega enotnega sistema PACS za vse prebivalce Slovenije (zmanjšanje ponavljanja preiskav, možno naročanje bolnika na preiskave že pri zdravnikih družinske medicine). V primerih, ko radiologi ne izvajajo preiskave ob bolniku, bi lahko s pomočjo telemedicine odčitali slike na svojem domu, ob pomanjkanju radiologov tudi za druge bolnišnice oziroma ustanove. Na Oddelku za radiologijo na Onkološkem inštitutu Ljubljana obstaja organizirana pripravljenost preko medmrežja tako, da zdravnik odčita urgentne slike doma na prenosnem računalniku visoke kvalitete z neposredno povezavo v sistem RIS oddelka. Na enak način bi po mnenju avtorja lahko potekalo delo radiologov po vsej Sloveniji.

Radiološki inženirji, kot izvajalci nekaterih radioloških preiskav (npr. MR in CT) na Radiološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje, vidimo problem dolgih čakalnih dob nekoliko drugače in s svojega vidika. Ugotavljamo, da število naročenih in opravljenih preiskav očitno narašča, število zaposlenih pa bolj ali manj ostaja v

enakih okvirih. Potrebno bo razmisliti o spremembah plana zaposlovanja, ki naj upošteva tudi porodniške dopuste in naravno fluktuacijo kadrov in ne le planirana nova delovna mesta. Iskanje novih kandidatov naj vključuje mreženje, bazo študentov, ki so opravljali prakso na oddelku, ter obvestila in oglase v strokovnih revijah in na spletnih mestih. Razmisliti bo potrebno tudi o drugačni organizaciji radiološke službe in prilagoditvi le-te modernim smernicam.

Kadar se od izvajalca zdravstvene storitve pričakuje, da bo v določenem času opravil več kot zmore, se pojavi problem kakovosti izvedbe preiskave (ne toliko na strokovni kot na komunikacijski ravni tako s pacienti kot s sodelavci), izvajalec storitve pa je zaradi tega lahko tudi v stresu. Podobno je, kadar se od izvajalca preiskave pričakuje, da bo kakovostno opravljal več del hkrati (npr. izvedel MR in odgovarjal na telefonske klice pacientov). Po našem mnenju bi bila ena od rešitev vsekakor zaposlitev odgovorne osebe, ki bi v sodelovanju z izvajalci preiskav skrbela za obveščanje pacientov na predvideno preiskavo, za prenaročanje tistih pacientov, ki se iz tehtnega razloga ne morejo udeležiti preiskave na predviden termin idr. Predpogoj za slednje bi bile/bili zakonsko določene situacije/razlogi, saj radiološki inženirji nimamo kompetenc za razvrščanje razlogov za neudeležbo na preiskavi na opravičljive in neopravičljive. Paciente, ki se stalno prenaročajo, pa bi bilo po našem mnenju potrebno sankcionirati, bodisi z izgubo pravice do zdravstvene storitve/preiskave ali s plačilom le-te.

Radiološki inženirji ne moremo opravljati svojega dela od doma, vsekakor pa so med nami takšni, ki bi za primerno nagrado/plačilo opravili povečan obseg dela.

12 SKLEP

Pravočasna obravnava je eden od elementov kakovostne zdravstvene storitve, zato pacienti od izvajalcev zdravstvenih storitev upravičeno pričakujejo, da jim bodo predpisano preiskavo izvedli do takrat, ko neizvedba preiskave zanje (še) ne bo predstavljala tveganja za poslabšanje njihovega zdravstvenega stanja. Za uspešnost zdravljenja je pogosto odločilen čas, v katerem pacient pride na vrsto za pregled, preiskavo ali operacijo. Pravica pacienta do spoštovanja njegovega časa je namenjena zagotavljanju jasnega in enakopravnega obravnavanja vseh pacientov, ob trudu izvajalca zdravstvenih storitev, da bo čakalna doba čim krajša.

Čas do obravnave ureja vsaka država glede na svoje finančne in kadrovske možnosti ter (v primeru preiskav) tudi glede na razpoložljive aparate. V Sloveniji je v Pravilniku o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov določeno, v kakšnem časovnem okviru mora pacient priti na vrsto, če je to je nujno (ko je njegovo življenje ogroženo), če je potrebna hitra obravnava in kadar se lahko preiskava nekoliko odloži. Po uveljavitvi pravilnika leta 2011 so se nekatere čakalne dobe, npr. za ortopedske operacije, skrajšale, na splošno pa se je v zadnjih dveh letih število čakajočih pacientov zelo povečalo.

Zaradi prekomernih čakalnih dob prihaja do povečanega tveganja pri zdravljenju, višjih stroškov zdravljenja, daljše odsotnosti z dela in iz družinskega kroga, daljše in zahtevnejše rehabilitacije ter slabšega stanja pacientov po zdravljenju.

Predolge čakalne dobe ne vplivajo neugodno samo na pacienta, ampak predstavljajo dodatno breme tudi za sistem zdravstvenega varstva tako s finančnega kot z organizacijskega vidika. Če je pacient, ki čaka na preiskavo, v tem času v bolniškem staležu, ima njegova odsotnost negativen vpliv tudi na širšo družbo in gospodarstvo.

Kljub opaznemu prizadevanju odgovornih v naši državi za skrajšanje čakalnih dob, ostaja še nekaj manevrskega prostora. Ključno je namreč, da država spozna, da so

nekatero čakalne dobe predolge, da so to razmere, ki ogrožajo vsakogar, ki uporabi zdravljenje v okviru javnega sistema zdravstvenega varstva za kritične postopke zdravljenja (kjer so predolge čakalne dobe), in da bo tako tudi v prihodnje, če država ne bo ustrezno ukrepala.

Ena izmed rešitev je eNaročanje, s katerim bodo pacienti dobili večjo dostopnost naročanja na specialistične zdravstvene storitve, možnost izbire najugodnejšega termina, pregled nad vsemi izvajalci v Sloveniji, učinkovito obveščanje o terminu in enostavno spremembo oziroma odpoved termina. Izvajalcem zdravstvenih storitev bo eNaročanje omogočilo predvsem večji pregled nad potekom pacientovih preiskav. Do uvedbe hitrejšega in učinkovitejšega eNaročanja ter centraliziranega računalniško vodenega seznama čakalnih vrst, v katerega ne bo možno ročno poseganje, pacientom v stiski priporočamo, da se prijavijo na spletni portal NIJZ, kjer si lahko ogledajo čakalno dobo za 13 vrst ambulant ter 47 preiskav in operacij za vsakega izvajalca posebej, nato pa si rezervirajo termin (oz. se naročijo) pri tistem, ki ima najkrajšo čakalno dobo. Podatke morajo vsekakor preveriti, saj po naših izkušnjah vse objavljene čakalne dobe na spletu niso povsem točne.

Čakalnih dob ni mogoče preprosto odpraviti, vendar si je treba nujno prizadevati za zdravljenje v najkrajšem možnem, medicinsko (še) sprejemljivem času oziroma v razumnem roku. Več truda bo potrebno vložiti tudi v promocijo in ozaveščanje na področju razumevanja in zagotavljanja pacientovih pravic. Če povzamemo celotno analizo rezultatov naše ankete, lahko utemeljeno trdimo, da velik delež pacientov ne pozna svojih pravic niti možnosti za ukrepanje v primeru, ko so njihove pravice kršene. Menimo, da je v javnosti tudi premalo informacij o posledicah, ki jih utrpi pacient, ki ne upošteva svojih dolžnosti. Potrebna je sprememba/dopolnitev zakonodaje in osveščanje pacientov o pomenu upoštevanja njihovih dolžnosti ter o posledicah neupoštevanja le-teh.

Ministrstvo za zdravje je pred kratkim dalo v javnost predlog novele zakona o pacientovih pravicah, meseca marca pa ga namerava poslati na vlado. Med drugim novela zakona poleg najdaljšega dopustnega časa čakanja v čakalnici predlaga tudi

spremembe v stopnjah nujnosti obravnave, triažiranje prispelih napotnic in pogoje za opravičevanje pacientov ob odpovedi preiskave (Zupanič, 2017).

Zgolj populistično govorjenje o pacientovih pravicah, ne da bi zanje zagotovili ustrezne pogoje, namreč razmer v zdravstvu ne bo prav nič izboljšalo.

LITERATURA IN VIRI

- Ačkun, D. (2015). *Radiološki oddelek Splošne bolnišnice Celje*. Celje: Splošna bolnišnica Celje.
- Axelsen, M. B., Eshed, I., Duer-Jensen, A., Møller, J. M., Pedersen, S. J. & Østergaard, M. (2014). Whole-body MRI assessment of disease activity and structural damage in rheumatoid arthritis: first step towards an MRI joint count. *Rheumatology (Oxford)*, 53 (5), 845 – 853.
- Balažic, J. Korošec, D., Novak, B., Brulc, U., Ivanc, B., Kralj, K., Pirc Musar, N. & Robida, A. (2009). *Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP) s komentarjem*. Ljubljana, Slovenija: GV založba.
- Barrett, J. & Keat, N. (2004). Artifacts in CT: Recognition and Avoidance. *RadioGraphics*, 24 (6), 1679 – 1691.
- Bianchi, S. & Martinoli, C. (2007). Shoulder. V S. Bianchi, & C. Martinoli (Ured.), *Ultrasound of the Musculoskeletal System* (str. 189 – 331). Berlin: Heidelberg: Springer.
- Bianchi, S., Keller, A., Fasel, J. & Garcia, J. (2005). CT and CT Arthrography. V A. M. Davies, & J. Hodler (Ured.), *Imaging of the shoulder: techniques and applications* (str. 25 – 33). Berlin; London: Springer.
- Björnberg, A. (2016). *Euro Health Consumer Index 2015 – Report. Health Consumer Powerhouse*. Prevezeto 10. februar 2016 iz http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2015/EHCI_2015_report.pdf.
- Blanco, R. T., Ojala, R., Kariniemi, J., Perälä, J., Niinimäki, J. & Tervonen, O. (2005). Interventional and intraoperative MRI at low field scanner – a review. *European Journal of Radiology*, 56 (2), 130 – 142.
- Bogaert, J. (2012). Cardiac Function. V J. Bogaert, S. Dymarkowski, A. M. Taylor, & V. Muthurangu (Ured.), *Clinical Cardiac MRI* (str. 109-165). Berlin; Heidelberg: Springer-Verlag.
- Boochever, S. S. (2004). HIS/RIS/PACS integration: getting to the gold standard. *Radiol Manage.*, 26 (3), 16 – 24.
- Breeuwer, M. (2005). Quantification of atherosclerotic heart disease with cardiac MRI. *MEDICAMUNDI*, 49 (2), 30 – 38.

- Breznikar, D. (2014a). *Nacionalni čakalni seznam (NAČAS): Analiza stanja avgust 2014-september 2014 (preliminarno poročilo)*. Ljubljana, Slovenija: NIJZ.
- Breznikar, D. (2015a). *Nacionalni čakalni seznam (NAČAS): Analiza stanja avgust 2015-september 2015 (preliminarno poročilo)*. Ljubljana, Slovenija: NIJZ.
- Breznikar, D. (2014b). *Nacionalno spremljanje čakalnih dob: Mesečno poročilo za stanje na dan 1. 9. 2014*. Ljubljana, Slovenija: NIJZ. Prevezeto 4. september 2015 iz http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/mesecno_porocilo_o_cakalnih_dobah_sep2014.pdf.
- Breznikar, D. (2015b). *Nacionalno spremljanje čakalnih dob: Mesečno poročilo za stanje na dan 1. 9. 2015*. Ljubljana, Slovenija: NIJZ. Prevezeto 1. september 2015 iz http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/porocilo_nacas_1.9.2015.pdf.
- Cascini, G., Falcone, C., Greco, C., Bertucci, B., Cipullo, S., & Tamburrini, O. (2008). Whole-body magnetic resonance imaging for detecting bone metastases: comparison with bone scintigraphy. *Radiol Med*, 113 (8), 1157 – 1170.
- Choi, Y. J., Jung, S. C., & Lee, D. H. (2015). Vessel Wall Imaging of the Intracranial and Cervical Carotid Arteries. *Journal of Stroke*, 17 (3), 238 – 255.
- Christopher, H. C. (2007). Clinical Decision Making in Patients with Endocarditis: The Role of Echocardiography. V C. M. Otto (Ured.), *The Practice of Clinical Echocardiography* (str. 502 – 515) (3. izd.). Philadelphia, PA: Saunders.
- Collins, L. G., Haines, C., Perkel, R., & Enck, R. E. (2007). Lung Cancer: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician.*, 75 (1), 56 – 63.
- Council of Europe: Committee of Ministers. (1999). *Recommendation no. R (99) 21 on criteria for the management of waiting lists and waiting times in health care*. Prevezeto 11. december 2015 iz http://www.aip-bg.org/lichnidanni/pdf/r_99_21.pdf.
- Demšar, A., & Korošec, J. (Ured.). (2007). *Splošna bolnišnica Celje: 120 let*. Celje, Slovenija: Splošna bolnišnica

- Direktiva 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu. (2011). *Uradni list Evropske unije*, (L 88/45).
- Downer, S. R., Meara, J. G., & Da Costa, A. C. (2005). Use of SMS text messaging to improve outpatient attendance. *Med J Aust.*, 183 (7), 366 – 373.
- Edwards, N., Cini, D., & Dingli, G. C. (2014). A prospective audit examining non-attendance at a surgical outpatients clinic in Mater Dei Hospital, Malta, and methods to reduce this problem. *Malta Medical Journal*, 26 (2), 15 – 17.
- Evidenca izostankov na radiološke preiskave – interno gradivo* (2015). Celje, Slovenija: Splošna bolnišnica Celje, Radiološki oddelek.
- Farah, H. H., & Bolger, A. F. (2007). Aortic Dissection and Trauma: Value and Limitations of Echocardiography. V C. M. Otto (Ured.), *The Practice of Clinical Echocardiography* (str. 793 – 815) (3. izd.). Philadelphia, PA: Saunders.
- Fleischmann, D., & Lammer, J. (2006). Peripheral CT angiography for interventional treatment planning. *Eur Radiol.*, 16 (Suppl 7), M 58 – 64.
- Ganziti, K., Jelšavčič, S., Jerše Jan, U., Kos, D., & Rutar, P. (2014). *Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja*. Ljubljana, Slovenija: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
- Geraghty, M., Glynn, F., Amin, M., & Kinsella, J. (2008). Patient mobile telephone “text” reminder: a novel way to reduce non-attendance at the ENT out-patient clinic. *J. Laryngol. Otol.*, 122 (3), 296 – 298.
- Gottdiener, J. S. (2007). Hypertension: Impact of Echocardiographic Data on the Mechanism of Hypertension, Treatment, Options, Prognosis, and Assessment of Therapy. V C. M. Otto (Ured.), *The Practice of Clinical Echocardiography* (str. 816 – 847) (3. izd.). Philadelphia, PA: Saunders.
- Hermans, R. (2006). Staging of laryngeal and hypopharyngeal cancer: value of imaging studies. *Eur Radiol.*, 16, 2386 – 2400.
- Hermans, R., De Keyzer, F., Vandecaveye, V., & Carp, L. (2012). Imaging Techniques. V R. Hermans (Ured.), *Head and Neck Cancer Imaging* (str. 33 – 54). Berlin; Heidelberg: Springer.

- Hirvonen-Kari, M. (2013). *Clinical audit and quality assurance in the imaging process*. Helsinki: Helsinki University Print. Doctoral dissertation. Prevezeto 15. september 2015 iz https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/38915/hirvonen-kari_dissertation.pdf?sequence=1
- Hoffmann, U., Ferencik, M., Cury, R. C., & Pena, A. J. (2006). Coronary CT Angiography. *J Nucl Med*, 47 (5), 797 – 806.
- Hudsmith, L. E., Petersen, S. E., Francis, J. M., Robson, M. D., & Neubauer, S. (2005). Normal human left and right ventricular and left atrial dimensions using steady state free precession magnetic resonance imaging. *J Cardiovasc Magn Reson.*, 7 (5), 775 – 782.
- Jeppesen, M. H., & Ainsworth, M. A. (2015). Telephone reminders reduced the non-attendance rate in a gastroenterology outpatient clinic. *Dan Med J.*, 62 (6), A5083.
- Kadivec, M. (2007). Sodobna slikovna diagnostika v onkologiji in čakalne dobe: presejanje za raka dojk v Sloveniji. *Zdrav Vestn.*, 76 (12), 795 – 798.
- Kim, J. S. (2014). Pathophysiology of transient ischaemic attack and ischaemic stroke. V B. Norrving (Ured.), *Oxford Textbook of Stroke and Cerebrovascular Disease* (str. 35 – 50). Oxford: Oxford University Press.
- Komisija za preprečevanje korupcije (2015). *Ocena stanja korupcije 2014*. Prevezeto 8. avgust 2015 iz https://www.kpk-rs.si/upload/t_datoteke/Ocena_stanja_2015_1.pdf.
- Kompetence radioloških inženirjev v Sloveniji*. (2015). Ljubljana, Slovenija: Zbornica radioloških inženirjev Slovenije.
- Korošec, D. (2008). Zakon o pacientovih pravicah posebej z vidika kazenskega prava. *Pravna praksa*, 27 (10), pril., II – VIII.
- Koshy, E., Car, J., & Majeed, A. (2008). Effectiveness of mobile-phone short message service (SMS) reminders for ophthalmology outpatient appointments: Observational study. *BMC Ophthalmol.*, 8 (9), (1 – 6).
- Koščina, S. (2013). *Funkcionalna specifikacija rešitve eNaročanje*. Ljubljana, Slovenija: Ministrstvo za zdravje.

- Kramer, C. M., Barkhausen, J., Flamm, S. D., Kim, R. J., & Nagel, E. (2008). Standardized cardiovascular magnetic resonance imaging (CMR) protocols, society for cardiovascular magnetic resonance: board of trustees task force on standardized protocols. *J Cardiovasc Magn Reson.*, 10 (35), 1 – 10.
- Lacy, N. L., Paulman, A., Reuter, M. D., & Lovejoy, B. (2004). Why we don't come: patient perceptions on no-shows. *Ann Fam Med.*, 2 (6), 541 – 545.
- Lapointe, J. S. (1992). Imaging of the Spine and Spinal Cord. V E. Critchley, & A. Eisen (Ured.), *Diseases of the Spinal Cord* (95 – 122). London: Springer-Verlag.
- Letno poročilo za leto 2014. (2015). Celje, Slovenija: Splošna bolnišnica Celje.
- Liew, S. M., Tong, S. F., Lee, V. K., Ng, C. J., Leong, K. C., & Teng, C. L. (2009). Text messaging to reduce non-attendance in chronic disease follow-up: a clinical trial. *Br J Gen Pract.*, 59 (569), 916 – 920.
- Louis, G. J., & Howard, S. A. (2000). Lumbar Foraminal Stenosis. *Spine*, 25 (3), 389 – 394.
- Marchiori, D. M. (2014). *Clinical Imaging: With Skeletal, Chest & Abdominal Pattern Differentials* (3. izd.). St. Louis: Elsevier Health Sciences.
- Marwick, T. H. (2007). Stress Echocardiography with Nonexercise Techniques: Principles, Protocols, Interpretation, and Clinical Applications. V C. M. Otto (Ured.), *The Practice of Clinical Echocardiography* (str. 353 – 392) (3. izd.). Philadelphia, PA: Saunders.
- Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije (2015). *Predlog Resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016 – 2025 »Skupaj za družbo zdravja«* (ResNPZV 2015-2025). Prevezeto 12. januar 2016 iz http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/ResNPZV_16-25/ResNPZV_2016-25_predlog_EVA_2014-27110003.pdf.
- Munt, B. I., Moss, R. R., & Thompson, C. R. (2007). Pericardial Disease. V C. M. Otto (Ured.), *The Practice of Clinical Echocardiography* (str. 710 – 734) (3. izd.). Philadelphia, PA: Saunders.
- Murdock, A., Rodgers, C., Lindsay, H. in Tham, T. C. K. (2002). Why do patients not keep their appointments? Prospective study in a gastroenterology outpatient clinic. *J R Soc Med.*, 95 (6), 284 – 286.

- Myers, K., & Clough, A. (2004) *Making Sense of Vascular Ultrasound: A hands-on guide*. London: Arnold.
- Myga-Porosiło, J., Skrzewski, S., Sraga, W., Borowiak, H., Jackowska, Z. & Kluczevska, E. (2011). CT Imaging of facial trauma. The role of different types of reconstruction. Part II – soft tissues. *Pol J Radiol.*, 76 (1), 52 – 58.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje [NIJZ]. (2014). *Nacionalni čakalni seznam (NAČAS)*. Prevezeto 16. september 2015 iz <http://nacas.nijz.si/>.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje [NIJZ]. (2015). *Nacionalni čakalni seznam (NAČAS)*. Prevezeto 6. januar 2016 iz <http://nacas.nijz.si/>.
- Normativi radioloških inženirjev v Sloveniji*. (2015). Ljubljana, Slovenija: Zbornica radioloških inženirjev Slovenije.
- Odredba o seznamu poklicev v zdravstveni dejavnosti. (2014). *Uradni list RS*, (4).
- Patz, E. F., Erasmus, J. J., McAdams, H. P., Connolly, J. E., Marom, E. M., Goodman, P. C., Leder, R. A., Keogan, M. T., & Herndon, J. E. (1999). Lung Cancer Ctaging and Management: Comparison of Contrast-enhanced and Nonenhanced Helical CT of the Thorax. *Radiology*, 212 (1), 56 – 60.
- Perron, A. D. (2008) How to Read a Head CT Scan. V J. G. Adams (Ured.), *Emergency Medicine* (str. 753 – 763). Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Picano, E., & Paterni, M. (2015). Ultrasound Tissue Characterization of Vulnerable Atherosclerotic Plaque. *Int. J. Mol. Sci.*, 16, 10121 – 10133.
- Pikec, M. (2014). E-naročanje – rešitev za čakalne vrste v zdravstvu? *INFORSC*, 77, 12 – 15.
- Požek, I. (2006). Vloga CT angiografije v diagnostiki pljučne embolije. V M. Košnik (Ured.), *Obravnava bolnika na intenzivnem oddelku: zbornik predavanj/5. golniški simpozij, Golnik, Brdo pri Kranju, 9.-14.oktober 2006 (str.57)*. Golnik: Bolnišnica, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo.
- Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov. (2010). *Uradni list RS*, (63).
- Pravilnik o pogojih, rokih, načinu vključitve in uporabe eZdravja za obvezne uporabnike. (2015). *Uradni list RS*, (69).
- Pravilnik o pogojih za uporabo virov ionizirajočih sevanj v zdravstvu. (2003). *Uradni list RS*, (111).

- Pravilnik o sestavi in delovanju Razširjenih strokovnih kolegijev. (2002, 2004, 2006, 2011). *Uradni list RS*, (30, 34 – popr., 94 – popr., 82, 38, 51 – popr. in 52).
- Radiological Society of North America. »Evidence-based Radiology: A New Approach to the Practice of Radiology.« (2001). *Radiology*, 220 (3), 566 – 575.
- Rednak, A. (2015). Z nekaj kliki do prostega termina pri specialistu: Ministrstvo za zdravje napoveduje konec kamene dobe pri naročanju v zdravstvu. *Finance*, 125 (julij 1), 7.
- Rener, M., & Kocijančič, I. (2003). Mamografija – kdaj in zakaj. *Onkologija*, 7 (1), 31 – 34.
- Ruiz, S. F., Castellano García, M. M., Guzmán Álvarez, L., & Moreno, T. M. (2011). Computed tomography and magnetic resonance imaging for painful spinal column: contributions and controversies. *Radiología*, 53 (2), 116 – 133.
- Rupar, A. (2014). *Slovenski pacienti odgovornejši kot hrvaški*. Prevezeto 10. november 2015 iz http://www.siol.net/novice/zdravje/2014/11/cakalne_vrste_neodzivnost_pacientov.aspx?format=json&mob=1&hide_hf=1&os=wf&ver=1.0.
- Rutherford, E. E., Tarplett, L. J., Davies, E. M., Harley, J. M., & King, L. J. (2007). Lumbar Spine Fusion and Stabilization: Hardware, Techniques, and Imaging Appearances. *RadioGraphics*, 27 (6), 1737 – 1749.
- Sham, M. E., & Nishat, S. (2011). Imaging modalities in head and neck cancer patients-overview. *J of Cancer Research and Experimental Oncology*, 3 (3), 22 – 25.
- Shetty, M. K. (2015) Screening for Breast Cancer. V M. K. Shetty (Ured.), *Breast Cancer Screening and Diagnosis* (str. 23 – 36). New York, Heidelberg, Dordrecht, London: Springer.
- Sim, J., & Radloff, A. (2009). Profession and professionalisation in medical radiation science as an emergent profession. *Radiography*, 15 (3), 203 – 208.
- Simunič, N. (2012). *Dolžnosti pacientov v zdravstvenem sistemu*. Magistrsko delo. Maribor; Fakulteta za zdravstvene vede.
- Sklep Vlade Republike Slovenije, št. 17200-1/2015/11*. (22. 10. 2015). Prevezeto 4. januar 2016 iz <http://vrs->

3.vlada.si/imis/imisnet.nsf/0/831CB78543CF997BC1257F6300786083/\$FILE/t3763423.PDF?OpenElement.

Smith, J., & Finnoff, J. T. (2009). Diagnostic and interventional musculoskeletal ultrasound: part 2. Clinical applications. *PM R*, 1 (2), 162 – 177.

Splošna bolnišnica Celje, Radiološki oddelek. (2015). *Organigram Radiološkega oddelka Splošne bolnišnice Celje*. (2015). Celje, Slovenija: Splošna bolnišnica Celje.

Stranka modernega centra [SMC]. (2015). *Ministrica za zdravje s pilotnim projektom za krajše čakalne dobe*. Prevezeto 1. september 2015 iz <http://www.strankasmc.si/ministrica-za-zdravje-predstavila-pilotni-projekt-obvladovanja-cakalnih-dob/>

Strokovno poročilo 2014. (2015). Celje, Slovenija: Splošna bolnišnica Celje.

Šavc, A. (2015). *Prepoznavanje pravic in dolžnosti pacientov v patronažni zdravstveni negi*. Magistrsko delo. Maribor; Fakulteta za zdravstvene vede.

Tateishi, U., Gladish, G. W., Kusumoto, M., Hasegawa, T., Yokoyama, R., Tsuchiya, R., & Moriyama, N. (2003). Chest Wall Tumors: Radiologic Findings and Pathologic Correlation. *RadioGraphics*, 23 (6), 1491 – 1508.

Theis, F. J., & Meyer-Bäse, A. (2010). *Biomedical Signal Analysis: Contemporary Methods and Applications*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.

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

Uredba o poslovanju z uporabniki v javnem zdravstvu. (2008). *Uradni list RS*, (98).

Van Goethem, J. W., van den Hauwe, L, Ozsarlak, O., & Parizel, P. M. (2003). Phase-contrast magnetic resonance angiography. *JBR-BTR*, 86 (6), 340 – 344.

Vano, E., Ng, K-H., & Lau, L. (2014). How Radiation Protection Influences Quality in Radiology. V L. Lau, & K-H. Ng (Ured.), *Radiological Safety and Quality: Paradigms in Leadership and Innovation* (str. 35 – 54). New York, London: Springer Dordrecht, Heidelberg.

V Valdoltri skoraj polovica čakajočih za poseg ni zmožna ali ga noče imeti.

(2015). Prevezeto 18. december 2015 iz

<https://www.rtv slo.si/zdravje/novice/v-valdoltri-skoraj-polovica-cakajocih-za-poseg-ni-zmozna-ali-ga-noce-imeti/381108>.

Widmark, J. M. (2007). Imaging-related medications: a class overview. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*, 20 (4), 408 – 417.

Zakon o pacientovih pravicah. (2008). *Uradni list RS*, (15).

Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (2000, 2015). *Uradni list RS*, (65, 47).

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. (2006). *Uradni list RS*, (72).

Zamorani, M. P., & Valle, M. (2007a). Bone and Joint. V S. Bianchi, & C. Martinoli (Ured.), *Ultrasound of the Musculoskeletal System* (str. 137 – 185). Berlin: Heidelberg: Springer.

Zamorani, M. P., & Valle, M. (2007b). Muscle and Tendon. V S. Bianchi, & C. Martinoli (Ured.), *Ultrasound of the Musculoskeletal System* (str. 48 – 96). Berlin: Heidelberg: Springer.

Zdešar, U. (2011). Izpostavljenost ionizirajočim sevanjem v medicini in učinki na zdravje. V M. Primic-Žakelj, B. Jančar, F. Čeh, et al. (Ured.), *Državni presejalni programi za raka. 19. seminar In memoriam dr. Dušana Reje: Slovenija proti raku: desetletni zdravstvenovzgojni program za zmanjšanje zbolewnosti in umrljivosti za rakom* (str. 59 – 67). Ljubljana, Slovenija: Zveza slovenskih društev za boj proti raku.

Zupančič Grašič, J. (2015). Z manj denarja večjim izzivom naproti: E-zdravstveni sistem: E-recepti so že tu, tehnične težave tudi, prihaja e-naročanje. *NeDelo*, XXI (45) (november 11), 5.

Zupanič, M. (2011). Čakalnih dob v zdravstvu ne moremo odpraviti čez noč. *Delo*, 53 (158) (julij 11), 3.

Zupanič, M. (2017). Čakalne dobe do šest mesecev, v čakalnici do 30 minut. Prevezeto 31. Januar 2017 iz <https://media.klipingmap.com/pdf/view?filePath=2017/01/10/bbb80e78-6b49-40c3-b03d-7bb170b15131&language=sl&topicGroupId=7b7cc28a->

4c95-347b-86c0-
d1beb15be060&showHighlights=true&purpose=2&summaryType=auto_gen
erated&iT=fb6c4cf3-6625-4613-bdc7-92fd2fee61fe&iT=a850a447-1a0f-
4881-a0dc-4d755efa5d9a&iT=3675bea8-7c7b-4595-b360-
fe11b32b9697&iT=2004eafd-790a-4870-aaa2-5c00b44c2fa5&iT=4b7ffddf-
c5a0-4227-b48a-c77f7bc70202&iT=fa76c223-b2e4-4259-896e-
3f2d837b38a1

Zupanič Slavec, Z. (2015). Razvoj radiologije. *Isis: glasilo Zdravniške zbornice Slovenije*, 24 (1), 10 – 14.

Žumer, J., & Zupan, M. (2011). *Opomnik na zdravstvene preglede*. Prezeto 11. december 2015 iz <https://infosrc.wordpress.com/2011/05/15/opomnik-na-zdravstvene-preglede/>.

14 PRILOGE

Anketni vprašalnik

Spoštovani!

Moje ime je Barbara Steblovnik Čater. Zaposlena sem na Radiološkem oddelku v Splošni bolnišnici Celje. V okviru podiplomskega študijskega programa 2. stopnje Management v zdravstvu in socialnem varstvu na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Mariboru pripravljam magistrsko delo z naslovom VPLIV IZOSTANKOV PACIENTOV NA ČAKALNE DOBE RADIOLOŠKIH PREISKAV. Za izdelavo naloge potrebujem odgovore na vprašanja, ki so v priloženi anketi. Vljudno prosim, da odgovorite na vprašanja in mi rešeno anketo pošljete v priloženi pisemski ovojnici, na kateri je izpisan moj naslov.

Podatke bom uporabila zgolj za namene magistrskega dela, Vaše sodelovanje v raziskavi pa je prostovoljno in anonimno.

Prosim Vas, da obkrožite črko pred ustreznim odgovorom ali dopišite vaš odgovor.

Spol: a) ženski

b) moški

Starost:

Izobrazba:

a) osnovna šola

b) srednja šola

- 7) Ali menite, da bi se zaradi Vaše pravočasne odpovedi preiskave skrajšala čakalna vrsta?
- a) da
 - b) ne
 - c) ne vem
- 8) Ste se na preiskavo morda naročili v kateri drugi ustanovi?
- a) da
 - b) ne
- 9) Se Vam je zdela čakalna doba za preiskavo, na katero ste bili naročeni, predolga?
- a) da
 - b) ne
- 10) V kakšnem časovnem obdobju naj bi Vas, po Vašem mnenju, morali ponovno naročiti na preiskavo?
- a) na prvi možni termin
 - b) v nekaj dneh
 - c) v nekaj tednih
 - d) ne vem/nimam mnenja
- 11) Ali poznate možnost, da lahko obvestilo o planirani preiskavi prejmete preko sms-a?
- a) da
 - b) ne
 - c) ne vem/nimam mnenja

12) Imate pripombe na postopek naročanja na Radiološkem oddelku? Prosim, če jih navedete.

Za Vaše sodelovanje se vam iskreno zahvaljujem!

Barbara Steblovnik Čater, dipl. inž. rad.