



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**  
*Angela Boškin Faculty of Health Care*

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

**KAKOVOST ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE V  
CENTRIH ZA ZDRAVLJENJE ODVISNIH OD  
PREPOVEDANIH DROG**

**QUALITY OF HEALTHCARE PROVISION IN  
CENTERS FOR SUBSTANCE ABUSE  
TREATMENT**

Diplomsko delo

Mentor: doc. dr. Branko Bregar

Kandidatka: Melisa Duranović

Jesenice, maj, 2020

## **ZAHVALA**

Najprej se iskreno zahvaljujem svojemu mentorju doc. dr. Branetu Bregarju za potrpežljivost, pomoč in koristne nasvete tekom pisanja diplomskega dela

.Zahvaljujem se tudi recenzentki izr. prof. dr. Mirni Macur za strokovno mnenje in ge. Marjanci Šoško za lektoriranje diplomskega dela.

Posebno zahvalo namenjam svojim staršema za njun trud skozi moje življenje, ker sta mi omogočila ta študij in mi stala ves čas ob strani.

Hvala tudi možu, ki me je ves čas spodbujal in motiviral pri pisanju diplomskega dela. Za pomoč se zahvaljujem tudi svoji sestri, ki mi je vedno z veseljem priskočila na pomoč pri pisanju.

To diplomsko delo posvečam svoji hčerki Naili, ki je žal prekmalu zapustila ta svet.

## **POVZETEK**

**Teoretična izhodišča:** Odvisnost od prepovedanih psihoaktivnih substanc je kronična ponavljajoča se progresivna bolezen, ki zaradi njenih posledic spada v resen javnozdravstveni problem. Zaposleni v zdravstvu se vse pogosteje srečujejo s pacienti, ki so odvisni od prepovedanih psihoaktivnih substanc. Kakovost in varnost zdravstvene obravnave vpliva na potek zdravljenja pacienta, zato smo želeli izvedeti, kakšna je zdravstvena obravnava odvisnih pacientov v centrih za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog.

**Cilj:** Cilj diplomskega dela je bil raziskati razumevanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave odvisnosti v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog s strani medicinskih sester.

**Metoda:** Uporabljena je bila opisna neeksperimentalna kvalitativna metoda. Empirično gradivo je bilo zbrano s pomočjo delfi metode. Uporabljen je bil namenski nenaključni vzorec, v katerega je bilo vključenih 14 udeležencev, zaposlenih na področju zdravljenja odvisnosti od prepovedanih psihoaktivnih substanc.

**Rezultati:** Pri analizi raziskave je bilo identificiranih 23 predlaganih kazalnikov kakovosti in varnosti, ki so bili razvrščeni v 5 glavnih tematskih skupin: neželeni dogodki, zapleti pri zdravljenju, kadrovske normativi, zadovoljstvo pacientov in uspešnost zdravstvene obravnave. Kot najpomembnejši kazalnik kakovosti in varnosti je bil določen kazalnik pojavnost agresije, najmanj pomemben pa je bil nespečnost.

**Razprava:** Z raziskavo je bilo ugotovljeno, da zaposlenim na področju odvisnosti od prepovedanih psihoaktivnih substanc, kakovost in varnost predstavlja predvsem odsotnost agresije in zadosten kadrovske normativ, kar se kaže z večjim številom trditvev. Glede na njihove trditve so bili identificirani kazalniki. Stopnja strinjanja za predlagane kazalnike se je razlikovala, zato so potrebne še dodatne raziskave za definiranje kazalnikov kakovosti in varnosti tudi na področju zdravstvene obravnave odvisnosti.

**Ključne besede:** zasvojenost, droge, varnost, kvaliteta, zdravljenje

## SUMMARY

**Background:** Dependence on illicit psychoactive substances is a chronic progressive disease and due to its consequences a serious public health concern. Healthcare professionals are increasingly confronted with patients who are addicted to illicit psychoactive substances. The quality and safety of healthcare provision affect the course of treatment, so we wanted to determine what kind of healthcare provision is offered to addicted patients in drug treatment centres.

**Goals:** The aim of the thesis was to examine the understanding of the quality and safety of healthcare provision to addicts in drug prevention and treatment centers by nurses.

**Methods:** A descriptive, non-experimental qualitative research design was employed. Empirical material was gathered with the help of the Delphi method. We conducted surveying with a written questionnaire. A purposive, non-random sample was used and included 14 participants who work in the field of illicit drug addiction. We analysed the data based on gender, age and education.

**Results:** Study analysis yielded 23 proposed quality and safety indicators. The following categories were identified: presence of aggression, adverse events, treatment success, staffing level, psychoeducational groups, conflict resolution, patient satisfaction, patient motivation, adverse events and complications, suicide, medication application errors, drug application side effects, drug abuse, the presence of family, incidence of complaints, sufficient staffing, trained healthcare staff, incidence of deviations, early termination of treatment, incidence of relapses after treatment, incidence of infections, waiting periods, and insomnia.

**Discussion:** The study found that to employees in the field of addiction to psychoactive substances, quality and safety mainly represent the absence of aggression and a sufficient staffing level, as evidenced by many of statements. On the basis of obtained statements, indicators were identified. The level of agreement for the proposed indicators varied, therefore further research is needed to define the quality and safety indicators in the field of addiction healthcare provision.

**Key words:** addiction, drugs, safety, quality, treatment

# KAZALO

<b>1 UVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>2 TEORETIČNI DEL</b> .....	<b>4</b>
2.1 OPREDELITEV ODVISNOSTI .....	5
2.2 POJAVNOST ODVISNOSTI OD PSIHOAKTIVNIH SUBSTANC V SVETU IN PRI NAS .....	5
2.3 DEJAVNIKI TVEGANJA IN RAZVOJ ODVISNOSTI OD PREPOVEDANIH PSIHOAKTIVNIH SUBSTANC SKOZI FAZE .....	7
2.4 ZDRAVLJENJE ODVISNOSTI OD PREPOVEDANIH PSIHOAKTIVNIH SUBSTANC V SLOVENIJI .....	8
2.4.1 Substitucijski programi .....	9
2.4.2 Kompetence in aktivnosti medicinske sestre v substitucijskem programu ....	10
2.4.3 Detoksikacija .....	11
2.4.4 Zdravstvena obravnava uživalcev prepovedanih psihoaktivnih substanc .....	11
2.4.5 Delo strokovnjakov zdravstvene nege pri zdravljenju odvisnosti .....	12
2.5 KAKOVOST V ZDRAVSTU .....	12
2.5.1 Varnost v zdravstveni obravnavi .....	13
2.5.2 Kakovost zdravstvene obravnave .....	14
2.5.3 Kazalniki kakovosti zdravstvene obravnave .....	14
<b>3 EMPIRIČNI DEL</b> .....	<b>16</b>
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA .....	16
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA .....	16
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA .....	17
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov .....	17
3.3.2 Opis merskega instrumenta .....	17
3.3.3 Opis vzorca .....	17
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov .....	18
3.4 REZULTATI .....	19
3.5 RAZPRAVA .....	34
<b>4 ZAKLJUČEK</b> .....	<b>42</b>
<b>5 LITERATURA</b> .....	<b>43</b>
PRILOGA .....	55

## **KAZALO TABEL**

Tabela 1: Nabor kazalnikov kakovosti.....	25
Tabela 2: Analiza vprašalnika drugega kroga.....	30
Tabela 3: Kazalniki kakovosti, razdeljeni v pet skupin oziroma tem.....	33

## **SEZNAM KRAJŠAV**

PAS Psihoaktivna substanca

WHO World Health Organization

CPZOPD Center za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog

SZO Svetovna zdravstvena organizacija

HIV Humani imunodeficientni virus

NIDA National Institute on Drug Abuse

## 1 UVOD

Odvisnost od drog se lahko opredeli kot močna želja po snovi, ki ima za posledico izgubo nadzora, kljub zavedanju škodovanja sebi in drugim (Bahr & Hoffmann, 2016). Odvisnost je mogoče opredeliti kot kronično recidivno motnjo, za katero je značilna neka prisila za iskanje in jemanje prepovedanih drog, izguba nadzora pri omejevanju vnosa in pojav negativnega čustvenega stanja (npr. disforija, anksioznost, razdražljivost), ko je dostop do določene prepovedane psihoaktivne substance (v nadaljevanju PAS) preprečen (Koob & Volkow, 2010). Odvisnost s prepovedanimi PAS je opredeljena kot stanje periodične ali kronične zastrupitve, ki je posledica ponavljajočih vnosov naravnih ali sintetičnih psihoaktivnih substanc (Jukić, 2015).

Odvisnost je kronično ali recidivno stanje za mnoge uživalce. Tradicionalni model zdravljenja odvisnosti od prepovedanih PAS poudarja intenzivno zdravljenje za medicinsko nadzorovan umik od prepovedanih PAS, čemur sledi časovno omejena ambulantna skrb. V zadnjih letih so javni in zasebni zdravstveni sistemi in zdravniki priznali, da kronična odvisnost, enako kot druge kronične bolezni, kot so sladkorna bolezen ali hipertenzija, zahteva stalno in dolgotrajno oskrbo. Stalna oskrba odvisnosti vključuje zdravljenje, ki je prilagojeno potrebam in željam posameznega uživalca. Klinični status uživalca in tveganje ponovitve je potrebno sistematično spremljati. Intenzivnost zdravljenja se prilagaja odvisnosti, saj se spreminja skozi čas. Uživalci so povezani tudi z drugimi viri strokovne in socialne podpore (Mckay, 2019).

Ameriško združenje za medicino zasvojenosti ASAM (American Society of Addiction Medicine) je leta 2011 objavilo novo opredelitev zasvojenosti, s katero poudarja, da gre za kronično motnjo v delovanju možganov in ne samo za vedenjsko težavo, ki je posledica pretiranega uživanja alkohola ali prepovedanih psihoaktivnih substanc. Ta opredelitev je vplivala na uradno priznanje zasvojenosti, ki niso posledica uživanja določenih substanc – v letih, ki so sledila, sta bili uradni priznani še zasvojenost z igrami na srečo in z računalniškimi igrami. Na nastanek zasvojenosti, trajanje in razvoj vplivajo številni dejavniki, kot je primarno družinsko okolje, genetski dejavniki ter vpliv družbe in vrstnikov (Topić, n. d.).



Kakovost zdravstvene obravnave je danes v ospredju v vseh sodobnih zdravstvenih sistemih. O kakovosti in varnosti v zdravstveni obravnavi je mnogo zapisanega na področju splošne oziroma somatske medicine, manj je strokovne literature na področju psihiatrije, skoraj nič pa ne najdemo na področju odvisnosti.

V zdravstveni obravnavi je kakovost temelj uspešnega zdravljenja, izboljšanje zdravstvenega stanja pa je cilj zdravstvenega varstva. V zdravstvenem sistemu je zato pomembna učinkovitost in varnost, da je lahko zagotovljena ustrezna kakovost zdravstvenih storitev (Pribakovič-Brinovec, et al., 2010). Kakovostna in varna zdravstvena oskrba je tista, ki dosledno dosega izide zdravljenja, katere lahko primerjamo s standardi oziroma najboljšimi praksami.

Ta temelji na načelih uspešnosti, varnosti, pravočasnosti, kontinuitete, učinkovitosti, enakopravnosti in osredotočenja na pacienta. Varnost je v zdravstvu pomemben del kakovosti in pomeni odsotnost kakršnih koli posledic za paciente ali zaposlene. Cilj varnosti je, da so tveganja za nezaželene posledice znižana na minimalno raven (Ministrstvo za zdravje, 2019).

Zaposleni v zdravstvu si po vsem svetu želijo izboljšati zdravje in kakovost življenja uživalcev, katere obravnavajo. Kljub dobrim namenom ne morejo izboljšati zdravja posameznika zaradi neobstoječih oziroma slabo urejenih sistemov kakovosti. Za Slovenijo lahko rečemo, da je odprt pogovor o napakah, ki se zgodijo, še vedno tabu tema. Kakovost zdravstvene obravnave merimo s pomočjo kazalnikov kakovosti. Prvi kazalniki kakovosti, ki so uvedeni pri nas, so kazalniki padcev pacientov, razjede zaradi pritiska, dolžina hospitalizacije, pridobljene okužbe z Meticilin rezistentnim *Staphylococcus Aureus* (MRSA), nepričakovani ponovni sprejemi v bolnišnico in čakalne dobe za računalniško tomografijo. Kasneje je prišlo do nabora novih kazalnikov kakovosti. Njihovo število se je povečalo na 72 (Ministrstvo za zdravje, 2016).

V diplomskem delu želimo ugotoviti, kako zaposleni v zdravstvu na področju odvisnosti razumejo kakovost in varnost zdravstvene obravnave v centrih za zdravljenje in preprečevanje odvisnosti od prepovedanih drog. Kot smo že omenili, kazalnike

kakovosti v zdravstvu že imamo, vendar nismo nikjer zasledili merjenja kakovosti v zdravstveni obravnavi uživalcev prepovedanih psihoaktivnih substanc. Zato menimo, da je potrebno področje kakovosti zdravstvene obravnave razširiti tudi na področje zdravstvene obravnave odvisnosti.

## 2 TEORETIČNI DEL

Pot do odvisnosti od psihoaktivnih substanc se začne s prostovoljno odločitvijo uživanja prepovedanih substanc. Sčasoma posameznikova sposobnost svobodnega odločanja o jemanju prepovedanih PAS postane ogrožena, saj iskanje in jemanje psihoaktivnih substanc postane kompulzivno. To je predvsem posledica učinkov dolgoročne izpostavljenosti prepovedanih PAS na delovanje možganov, zato je odvisnost bolezen, ki prizadene tako možgane kot vedenje osebe (National institute on drug abuse (NIH), 2019).

Odvisnost od prepovedanih PAS je kronična bolezen. Raziskave v državah z visokim bruto domačim dohodkom so pokazale, da je uporaba prepovedanih PAS še naprej v porastu, kljub socialnim in zdravstvenim posledicam, kot so kazniva dejanja zaradi prepovedanih PAS, izpostavljenost okužbam, ki se prenašajo s krvjo, in smrti zaradi prevelikega odmerka prepovedanih PAS (Degenhardt & Hall, 2012).

Odvisnost od prepovedanih PAS je motnja, ki potrebuje celovito obravnavo, katera vključuje tako telesno kot duševno in socialno komponento (Tomašević & Kastelic, 2015). Zato si politika na področju prepovedanih PAS prizadeva k izboljševanju zdravja tako uživalcev kot skupnosti. Takšen pristop v Evropi je pripomogel k razvoju javnega zdravja uživalcev prepovedanih PAS, ki zmanjšuje obolevnost, smrtnost in druge škode, ki so prisotne ob uporabi prepovedanih PAS. Pri obravnavi uživalcev prepovedanih PAS so pomembne tudi spodbude in pomoč uživalcem, ki želijo prenehati in vzdrževati abstinenco (Kastelic & Kostnapfel Rihtar, 2010).

Ko govorimo o področju adiktologije, najdemo v strokovni literaturi več terminov: odvisnost, zasvojenost ali zloraba drog. V nadaljevanju bomo v diplomskem delu uporabljali termin odvisnost, ne glede na razlike v pomenu, saj pri nas strokovne razlage o razlikah med omenjenimi termini nismo našli.

## 2.1 OPREDELITEV ODVISNOSTI

Pri opredelitvi odvisnosti ločimo več oblik odvisnosti, ki se razlikujejo po tem, kdo je odvisen, od česa je odvisen in neželenih posledic odvisnosti. Najpogostejše izmed prepovedanih PAS, ki imajo potencial za odvisnost so heroin, kokain, morfij, barbiturati in amfetamini. Ljudje lahko postanejo odvisni tudi z uživanjem dovoljenih PAS, vključno z alkoholom, nikotinom, kofeinom in predpisanimi zdravili, kot so benzodiazepini, hipnotiki in drugi. Vse pogosteje smo soočeni tudi z ne-kemičnimi oblikami odvisnosti, kot so: igre na srečo, odvisnost od hrane, nakupovanja in internetnega brskanja ali igranja spletnih iger (Sinnot-Armstrong & Pickard, 2013). Griffiths (2015) označuje odvisnost s šestimi vedenjskimi komponentami: »preokupiranost«, nihanje razpoloženja, toleranca, odtegnitveni simptomi, konflikti in recidivi. Nekateri nekoliko drugače, odvisnost opredeljujejo kot potrebo in uporabo snovi, kar postane navada, kljub temu, da je snov škodljiva. Čeprav je odvisnost v preteklosti veljala za moralno pomanjkanje oziroma pomanjkanje individualne samokontrole, je sedaj odvisnost priznana in obravnavana kot kronično bolezen, ki je pogosto povezana z recidivi (Courtwright, 2010). Lahko rečemo, da odvisnost ni več samo bolezen, ampak tudi slog življenja, zato ni dovolj samo zdravljenje, temveč je pomembno tudi spremeniti sam način življenja. Kljub temu da gre za kronično bolezen, je zdravljenje uživalca smiselno. Bolezen se z ustreznim zdravljenjem in spremljanjem pri tretjini uživalcev uspešno zazdravi, pri drugi tretjini imajo uživalci občasne recidive, ostali pa imajo slabo napoved izida s prisotnimi težavami in tudi s prezgodnjo smrtjo. Pri boleznih odvisnosti v primerjavi z drugimi kroničnimi boleznimi je zadnja skupina pacientov nekoliko večja, saj je med uživalci PAS približno desetkrat več samomorov in nasilnih smrti kot v celotni populaciji (Kastelic & Kostnapfel Rihtar, 2010).

## 2.2 POJAVNOST ODVISNOSTI OD PSIHOAKTIVNIH SUBSTANC V SVETU IN PRI NAS

V Združenih državah Amerike sta se odvisnost od PAS in predoziranje razširila na raven epidemije. Nacionalna raziskava o uporabi drog ocenjuje, da je štiri milijone ljudi brez zdravstvenih težav uživalo protibolečinska zdravila. Ti uporabniki so 40-krat bolj

nagnjeni k jemanju heroina oziroma drugih prepovedanih psihoaktivnih substanc kot splošna populacija (Fleischauer, et al., 2017). V severnoameriški regiji z visokim dohodkom (Združene države Amerike in Kanada) je ena od najbolj razširjenih odvisnosti od konoplje, opioidov in kokaina. Avstralija in Nova Zelandija imata najvišjo stopnjo starostne standardizirane stopnje odvisnosti od amfetamina, pa tudi visoke stopnje odvisnosti od uživanja konoplje, opioidov in kokaina. Najnižja stopnja odvisnosti je v Afriki. Čeprav alkohol ni prepovedana PAS, je PAS, katere negativne posledice so močno prisotne v družbi. Uživanci prepovedanih PAS alkohol pogosto souporabljajo na škodljiv in tvegan način (Peacock, et al., 2018).

Na svetovni ravni in v večini regij je uporaba alkohola veliko bolj razširjena kot uporaba prepovedanih PAS. Globalne ocene kažejo, da ena od petih odraslih oseb poroča o vsaj eni težki epizodni uporabi alkohola v zadnjem mesecu (World Health Organization (WHO), 2016). Nasprotno pa je bila uporaba prepovedanih PAS veliko manj pogosta. Ocenjuje se, da je v zadnjem letu manj kot ena oseba od 20 ljudi uporabljala konopljo in da so bile precej nižje ocene za amfetamine, opioide in kokain (Peacock, et al., 2018).

Če primerjamo prepovedane PAS in alkohol, je največja razlika med njima ta, da alkohol ni prepovedan. Po podatkih Svetovne organizacije (WHO) Evropa spada med največjo regijo, kjer je najvišja poraba alkohola. Samo v Evropski uniji je več kot 11 milijonov ljudi v starostni skupini 18–64 let odvisnih od alkohola, približno 3-krat več moških kot žensk (Rehm, et al., 2015).

Slovenija se po skupni porabi alkohola na prebivalca uvršča na peto mesto med državami članicami Evropske unije. Beležimo trend naraščanja abstinentov in padanja čezmernih pivcev ter trend padanja visoko tveganega opijanja. Moški tako v EU kot v Sloveniji pijejo alkoholne pijače pogosteje in v večjih količinah v primerjavi z ženskami. Problem tveganega pitja alkohola je velik tudi med slovenskimi mladostniki, kjer je lahko alkohol inicialna PAS pred uporabo drugih nevarnejših ali prepovedanih PAS. Slovenski 15-letniki so nad mednarodnim povprečjem tudi po opitosti ter v prvem poskusu pitja pri starosti 13 let ali manj (Ivanuša, 2014).

Podatki o uživanju alkohola in dostopnosti do prepovedanih PAS so v Sloveniji slabši, kot je povprečje v drugih evropskih državah. Poleg tega v Slovenijo prihajajo tudi nove sintetične PAS zato se v zadnjih letih povečuje število uživalcev, ki so se zdravili zaradi zastrupitve s sintetičnimi prepovedanimi PAS in tudi zaradi uporabe konoplje (Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2015).

V Sloveniji je vsak šesti prebivalec v starosti od 15–64 let vsaj enkrat v življenju že uporabil katero izmed prepovedanih PAS. Najbolj razširjena PAS med prebivalci Slovenije je konoplja, sledijo ji ekstazi ali amfetamin, kokain, nove psihoaktivne snovi in heroin. Med mladimi (15–24 let) in mlajšimi odraslimi (25–34 let) beležimo večjo razširjenost uporabe PAS kot med starejšimi. Starostno obdobje za začetek uporabe večine prepovedanih PAS je od 18. do 22. leta. Najnižja povprečna starost ob prvi uporabi je zabeležena pri konoplji in najvišja pri kokainu (Macur, et al., 2015).

Bučan in Bregar (2017) ugotavljata, da je splošna pojavnost novih sintetičnih PAS v Sloveniji v primerjavi z ostalimi državami Evrope v povprečju visoka. V letu 2010 so na Inštitutu za varovanje zdravja Republike Slovenije (Drev, et al., 2011) naredili analizo 18 slovenskih centrov (centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog), kjer se zdravijo osebe, odvisne od prepovedanih PAS. Ugotovili so, da so izmed 3332 oseb največji delež iskalcev zdravljenja med leti 2005 in 2011 tvorile osebe s težavami zaradi odvisnosti od heroina (v 88 %), kokaina (27,5 %), sledijo alkohol (18,9 %), kanabis (18,3 %) ter hipnotiki in sedativi (5,4 %) (Dular, 2012).

### **2.3 DEJAVNIKI TVEGANJA IN RAZVOJ ODVISNOSTI OD PREPOVEDANIH PSIHOAKTIVNIH SUBSTANC SKOZI FAZE**

Odvisnost kot kronična bolezen vključuje številne osebne, socialne in zdravstvene težave, ki večinoma trajajo mesece ali leta po detoksikaciji. Kronične bolezni zahtevajo redno in vzporedno skrb ter samoobvladovanje za učinkovito zdravljenje (Reif, et al., 2011).

Ločimo tri ključne dejavnike za razvoj odvisnosti. V prvi dejavnik spada način, kako je psiho aktivnost prepovedanih PAS doživeta, ali gre za prijetno ali neprijetno doživetje, drugi dejavnik je povezanost med vrstniki in izkušnje v družbi vrstnikov, kot tretji dejavnik pa je opredeljena uživalčeva povezanost in izkušnje v družini. Otrok, ki je v družbi z vrstniki tveganega vedenja, kot je uživanje alkohola ali prepovedanih PAS, in je prepričan, da je uživanje prepovedanih PAS sprejemljivo vedenje, je zelo verjetno, da bo takšen otrok sam začel zauživati prepovedane PAS, ki povzročajo odvisnost (Kmetović Prkačin, n. d.). Potek in razvoj odvisnosti od PAS je v glavnem enak za vse uživalce. Razlikujemo štiri faze. Prva faza je faza eksperimentiranja, oseba zaužije prepovedane PAS na nagovor družbe oziroma iz radovednosti. Nekdo ostane le v prvi fazi in z jemanjem prepovedanih PAS ne nadaljuje. V drugi fazi, ki se imenuje faza socialne rabe, oseba vse pogosteje posega po prepovedanih PAS, v družbi ali pa za boljše razpoloženje. Prav tako za prepovedane PAS porabi vse več denarja, uživalec se ne zaveda posledic jemanja in je prepričan, da lahko odneha jemati prepovedane PAS kadar koli brez težav. V tretji fazi, ki ji rečemo habitualna faza, uživalec že preide na navado. Zanimarjati začne svoje dnevne obveznosti, ni funkcionalen v šoli oziroma v službi, izgublja stike z družino in s starimi prijatelji, začne se vrteti v drugačnih krogih družbe, kjer so uživalci prepovedanih PAS. Uživalec se zaveda svojega problema, vendar ni v stanju, da bi lahko prenehal jemati prepovedane PAS. Četrta faza je kompulzivna faza. V tej fazi gre že za odvisnost od prepovedanih psihoaktivnih substanc. To je najbolj škodljiva in nevarna faza, uživalec več ne zmore upravljati s svojim življenjem, ampak to počne prepovedana PAS. Odvisnost se izraža na vseh področjih življenja. Uživalec ignorira obveznosti, neprimerno se vede, prav tako pride do spremembe družbenega življenja, prihaja do konfliktov v družini (Sveučilišni savjetovališni center Sveučilišta u Rijeci (SSC), 2013).

## **2.4 ZDRAVLJENJE ODVISNOSTI OD PREPOVEDANIH PSIHOAKTIVNIH SUBSTANC V SLOVENIJI**

Zdravstvena obravnava uživalcev prepovedanih PAS poteka v obliki hospitalnih in ambulantnih programov zdravljenja. Pod to štejemo tudi zdravstveno obravnavo posameznikov, ki so vključeni v substitucijsko zdravljenje. Za opravljanje ambulantne

dejavnosti preprečevanja in zdravstvene obravnave odvisnosti so se v okviru mreže javne zdravstvene službe na primarni ravni organizirali Centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD) (Jandl, 2010).

V centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti ne obravnavajo zgolj opiatne odvisnosti. Narava prepovedanih PAS je namreč nepredvidljiva in razgibana. Skozi zdravstveno obravnavo nastajajo novi problemi in izzivi, ki od zaposlenih zahtevajo hitro odzivanje in prilagajanje delovanja, ki zajema tudi področje preprečevanja uporabe prepovedanih PAS. Substitucijska terapija nikakor ni ovira pri prenehanju jemanja prepovedanih PAS, temveč predstavlja izjemno učinkovito sredstvo za vztrajanje v programih zdravljenja in pri abstinenci od prepovedanih PAS. Zato takšno zdravljenje imenujemo »z zdravili podprta rehabilitacija«. Razviti morajo biti tako imenovani »nizkopražni« programi (programi terenskega dela, izmenjave igel, dnevni in nočni centri, »varne« sobe za jemanje drog ipd.), v katerih aktivno iščemo stik s populacijo uživalcev PAS, ki pomoči ne išče sama. Tudi programi zdravljenja odvisnosti od opioidov s substitucijskimi zdravili so po svoji usmerjenosti lahko »nizkopražni« ali »visokopražni«, najbolje oboje, ter usmerjeni v zmanjševanje škode in vzpostavitev ter vzdrževanje abstinence glede na potrebe in možnosti pacientov (Kastelic, 2015).

#### 2.4.1 Substitucijski programi

V substitucijskih programih v Sloveniji se najpogostejše uporabljajo tri podvrste substitucijskih zdravil. To so: metadon, buprenorfin in morfin s podaljšanim sproščanjem. V okviru visokopražnih programov imajo uživalci od prepovedanih PAS na voljo detoksikacijo, bolnišnično zdravljenje, komune in terapevtske skupnosti (Bačar, 2014). Substitucijsko zdravljenje danes predstavlja prevladujočo in najbolj razširjeno metodo zdravljenja odvisnosti od heroina. Spada v tako imenovane programe zmanjševanja škode in vključuje vsakodnevno uporabo zdravila v zaščiteni obliki, v odmerku, prilagojenem vsaki osebi, pod nadzorom zdravstvenih delavcev. Pri substitucijskem zdravljenju se uporabljajo metadon, buprenorfin in suboxon, ki vplivajo na naravne opiate receptorjev v možganih, popolne ali delne vezave, s čimer nevtralizirajo hrepenenje po prepovedanih PAS in ne povzročajo evforije ali pa



zastrupitve. Metadon je sintetičen opiat, ki se vnese v organizem in doseže dobro povezavo z opiatom receptorjev v možganih ter prispeva k boljšemu subjektivnemu počutju uživalcev. Pri uvajanju nadomestnega zdravljenja je začetni odmerek 10–20 mg, saj so večje doze na začetku zdravljenja lahko tudi smrtne. Buprenorfin je polsintetični narko-analgetik, ki deluje podobno kot metadon. Izdelan je v obliki podjezičnih tablet, zato se jih ne sme žvečiti. Povprečni dnevni odmerek je 8–12 mg. Buprenorfin se predpisuje nosečnicam, ki so odvisne od prepovedanih PAS, saj pripomore k boljšemu psihofizičnemu stanju nosečnice in boljšemu izidu same nosečnosti. Suboxon ima podoben učinek kot buprenorfin, a ker vsebuje naloxon, ki je antagonist opiatskih receptorjev v možganih, zagotavlja boljšo zaščito za uživalce prepovedanih PAS od recidivov, vendar le za paciente, ki so v programu motivirani in dolgoročno stabilni. Oblika in uporaba zdravila sta enaki kot pri buprenorfinu (Mehić-Basara, et al., 2014).

#### 2.4.2 Kompetence in aktivnosti medicinske sestre v substitucijskem programu

Naloge in dela medicinske sestre v substitucijskem programu so zelo raznolike. Pri zdravstveni obravnavi uživalca prepovedanih PAS medicinska sestra prihaja v osebni stik tako z uživalcem prepovedanih PAS kot z njegovimi svojci, zato je pomembno, da z njimi vzpostavi primeren odnos, ki temelji na zaupanju in medsebojnem spoštovanju. Le tako je mogoče pričakovati pozitiven rezultat zdravljenja. Zdravstvena vzgoja v substitucijskem programu je nenehen proces, ki vključuje posameznika in njegove svojce. Zajema motivacijo uživalca, poučevanje in komunikacijo. S pomočjo aktivnosti, ki se nanašajo na zdravstveno vzgojo, lahko medicinska sestra uživalcu svetuje in ga pouči, kako si lahko izboljša kakovost življenja in doseže boljše zdravje. Za medicinsko sestro, ki je zaposlena v centru za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD), je torej zelo pomembno, da upošteva vse značilnosti terapevtske komunikacije, kot so zaupanje, sprejemanje, empatija in spoštovanje (Kodrič, 2012). Del vloge medicinske sestre je prepoznavanje uživalčevih karakteristik in nenehno preučevanje odnosa uživalca do dožemanja njegove odvisnosti in zdravljenja. Takšno razumevanje s strani medicinskih sester spodbuja k pozitivnem in terapevtskem odnosu s pacienti ter izboljšuje rezultate zdravljenja (Go, et al., 2010).

Deren s sodelavci (2017) so ugotovili, da imajo uživalci, ki so odvisni od prepovedanih PAS, strah pred zdravstvenimi delavci zaradi nerazumevanja s strani zaposlenih, mnogi od njih pa so tudi poročali o predhodnih izkušnjah, da so se počutili stigmatizirani in večkrat obsojeni ter razvrednoteni. Zato je pomembna vloga medicinske sestre, da ima korekten odnos in komunikacijo z uživalcem, saj to pripomore k zdravljenju uživalca. Go s sodelavci (2010) v svoji raziskavi navajajo, da bi medicinske sestre morale biti pripravljene na oceno odvisnosti uživalcev od prepovedanih PAS. Razumevanje osnovnih značilnosti bi medicinskim sestram bilo v pomoč tudi pri ocenjevanju psihosocialnih dejavnikov, ki lahko vplivajo na sposobnost posameznika za pobudo k začetku zdravljenja oziroma vzdrževanje substitucijske terapije.

#### 2.4.3 Detoksikacija

Proces, s katerim človek iz telesa naravno izloči prepovedane psihoaktivne substance, je znan kot detoksikacija oziroma razstrupljanje. Spremljajo ga fizični in psihični odtegnitveni simptomi (Carter & O'Connell, 2016). Detoksikacija je torej sklop intervencij, ki so osredotočene na obvladovanje akutnih zastrupitev in odvajanje od prepovedanih psihoaktivnih snovi (Lee, et al., 2014). Detoksikacija od prepovedanih psihoaktivnih substanc je kratkotrajen zdravniško nadzorovan ukrep za odpravo simptomov odtegnitve, ki so povezani s kronično uporabo prepovedanih psihoaktivnih substanc. Detoksikacija se navadno zagotavlja kot bolnišnični ukrep v bolnišnicah, specialističnih centrih za zdravljenje ali nastanitvenih ustanovah z zdravstvenimi ali psihiatričnimi oddelki (Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (EMCDDA), 2012).

#### 2.4. 4 Zdravstvena obravnava uživalcev prepovedanih psihoaktivnih substanc

Zdravstvena obravnava uživalcev je sklop teoretičnih in praktičnih veščin, ki združujejo poklic medicinske sestre/tehnika kot sestavni del sistema zdravstvenega varstva. Delo z uživalci od prepovedanih PAS ima svoje posebne značilnosti, ki izhajajo iz posameznega uživalca, saj so uživalci kronični pacienti s specifično spremenjenim obnašanjem. Za doseg želene spremembe in vzpostavitev nadzora nad odvisnim

vedenjem je pomembno vzpostaviti terapevtski odnos (Mehić – Basara, et al., 2014). Zato je pri obravnavi odvisnega uživalca potrebnega veliko znanja in veščine, kako uživalca vključiti v sam proces zdravstvene obravnave (Bregar, 2010).

#### 2.4. 5 Delo strokovnjakov zdravstvene nege pri zdravljenju odvisnosti

Na področju dela z odvisnimi od prepovedanih psihoaktivnih substanc je prisotna velika fluktuacija zaposlenih. Poleg obsežnega znanja mora imeti osebje primeren odnos do pacientov – uživalcev in svojega dela, kar pa je težko. Problem se pojavi tudi v bolnišnicah, ki niso namenjene le zdravljenju odvisnih. Tako se zdravstveno osebje sooča z uživalcem, ki ima dve ali več različnih bolezni. Ena izmed njih je odvisnost. Znanja o odvisnosti imajo malo, imajo napačne predstave o uživalcih in odvisnosti ter velikokrat ne vedo, kako naj se obnašajo do njih (Loboda & Švigelj Debevec, 2010). Pri obravnavi uživalca, odvisnega od psihoaktivnih substanc, so potrebne različne sposobnosti zaposlenih v zdravstveni negi, da je zdravstvena obravnava takšnega pacienta uspešna. Bregar (2010) ugotavlja, da še vedno prevladuje moralistični odnos, ki je pri zdravstveni obravnavi te problematike nezaželen. Potrebno je imeti pragmatičen odnos, ki bo nudil odvisnim pacientom več možnosti za kompetentno zdravstveno obravnavo.

### 2.5 KAKOVOST V ZDRAVSTVU

Primerna kakovostna in varna zdravstvena obravnava v Sloveniji ni le zakonsko opredeljena pravica pacientov, ampak je tudi osnovna norma vsake države Evropske unije. Kakovostno zdravstveno oskrbo lahko opišemo kot oskrbo, ki uspešno dosega rezultate zdravljenja, katere lahko primerjamo s standardi ob upoštevanju osnovnih načel kakovosti, kot so varnost, pravočasnost, uspešnost, kontinuiteta, osredotočanje na pacienta in enakopravnost. Kakovost v zdravstvu predstavlja doslednost doseganja rezultatov zdravljenja z upoštevanjem mednarodnih smernic pri vseh zdravstvenih storitvah (Tušar, et al., 2016).

Kakovost je bistveni sestavni del izvajanja zdravstvene oskrbe in mora prežemati vsak postopek oskrbe, skupaj z upoštevanjem obsega dela in stroškov, ki pri tem nastajajo. Kakovostna zdravstvena oskrba je pravica vsakega pacienta in vsake skupnosti ne glede na omejena sredstva, ki jih družba lahko namenja za zdravstveno varstvo (Kersnik, 2010). Merjenje kakovosti v zdravstvu s pomočjo kazalnikov je namenjeno široki skupini uporabnikov. Izvajalec zdravstvenih storitev rezultate uporabi za spremljanje in izboljšanje kakovosti storitev. Kazalniki kakovosti so kvalitativne in kvantitativne meritve ukrepov za določanje kakovosti zdravstvene obravnave (Stelfox & Straus, 2013).

### 2.5.1 Varnost v zdravstveni obravnavi

Varnost pacientov pomeni odsotnost za paciente nepotrebne škode oziroma potencialne škode v času zdravstvene obravnave. Pod to štejemo izogibanje, preprečevanje in omilitev škodljivih izidov ali poškodb pri procesu zdravstvene obravnave. Vzpostavitev sistema varnosti v zdravstvenih ustanovah zahteva graditev kulture varnosti, vzpostavitev strategije, vzpostavljanje merljivih ciljev in uporabo orodij, kot je sporočanje napak, razkritje napak pacientu in opravičilo, izobraževanje in usposabljanje osebja (Robida, 2010). Zato je za zdravstveno nego pomemben dvig izobrazbene strukture, saj ta vpliva na kakovost in varnost obravnave pacientov. Zaposleni v zdravstvu se zavedajo, da v zdravstveni negi ni dovolj le prijaznost, ampak da je pomembno imeti tudi strokovno znanje, da so lahko uspešni v zagotavljanju varnosti in kakovosti pri oskrbi pacientov (Kramar, 2011).

Robida (2013) ugotavlja, da je varnost pacientov pri nas, pa tudi v svetu, že dolgo zanemarjena znanost in praksa. Negativne posledice, ki jih pacienti doživijo zaradi napak, dosegajo epidemiološke razsežnosti, saj študije kažejo, da v povprečju vsak 10. pacient, ki se zdravi v bolnišnici, doživi škodo za zdravje zaradi napake in ne zaradi bolezni. Pristop k napakam v Sloveniji je zastarel, saj se ne upošteva znanosti o varnosti pacientov. Zato tudi ne vemo, kakšna je kultura varnosti pacientov v našem zdravstvu. Zdravstveni delavci so tako ključnega pomena za uspeh izboljševanja kakovosti. Zato je

potrebno, da vsi udeleženci v zdravstvenem varstvu tesno in trajno sodelujejo pri vzpostavljanju in vzdrževanju sistemov izboljševanja varnosti pacientov (Simčič, 2010).

### 2.5.2 Kakovost zdravstvene obravnave

Kakovostna zdravstvena obravnava je v zdravstveni dejavnosti tista, ki daje pacientom vse tisto, kar potrebujejo in pričakujejo glede na zdravstveno stanje in počutje. Cilj izboljševanja kakovosti ni le v doseganju standardov kakovosti in zadovoljstva pacientov, ampak je cilj tudi celovita kakovost zdravstvene obravnave. Kakovost je sama po sebi širok pojem in vključuje vrsto dejavnosti, ki predstavljajo kakovostno izvedbo zdravstvene oskrbe. Kakovost zdravstvene obravnave mora temeljiti na tem, da napake preprečuje, predno se zgodijo. Za zagotavljanje kakovosti je pomembno, da je vključeno sistematično opisovanje, merjenje, vrednotenje in izvajanje ukrepov za izboljšave. Poleg strokovnih standardov in kliničnih smernic pri razvoju celovitega obvladovanja kakovosti je potrebno imeti dobro kulturo komuniciranja v odnosu s pacienti in zaposlenimi (Konda & Jevtić, 2015).

### 2.5.3 Kazalniki kakovosti zdravstvene obravnave

Kazalniki kakovosti in varnosti so učinkovito orodje za stalno izboljševanje in učenje zaposlenih ter spremljanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave. Zaposleni, ki uporabljajo kazalnike za učenje in izboljševanje, dosegajo z doslednim uresničevanjem strateških ciljev visoko kakovost. Kazalniki kakovosti in varnosti so pomembno orodje za uvajanje stalnih izboljšav. Usposabljanje zaposlenih in strukturiran pristop uvajanja sprememb pri vsakdanjem delu ter spremljanje rezultatov omogočajo hitro učenje in uvajanje učinkovitih izboljšav (Oroszy & Garašević, 2017). Kazalniki kakovosti predstavljajo mero kakovosti zdravstvenega varstva, ki jih izvajalci izračunavajo zato, da imajo sami pregled in nadzor nad kakovostjo zdravstvenih obravnav v lastnih ustanovah. Merjenje kakovosti v zdravstvu s pomočjo kazalnikov je namenjeno široki skupini uporabnikov. Izvajalec zdravstvenih storitev rezultate uporabi za spremljanje in izboljšanje kakovosti storitev, plačnik potrebuje informacije o učinkoviti porabi

sredstev, pacienti pa želijo podatke, ki jim lahko pomagajo pri izbiri izvajalca (Pribakovič-Brinovec, et al., 2010).

### 3 EMPIRIČNI DEL

Kakovost in varnost zdravstvene obravnave uživalcev prepovedanih drog v institucijah so ključnega pomena za učinkovitost in uspešnost zdravstvene obravnave, zato je pomembno, da imamo definirane kazalnike kakovosti in varnosti. V Sloveniji na področju zdravljenja odvisnosti to še ni bilo določeno.

#### 3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je bil raziskati razumevanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog s strani medicinskih sester, ter na koncu predlagati nabor kazalnikov kakovosti in varnosti pri zdravstveni obravnavi uživalcev v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. Cilji diplomskega dela so bili:

**CILJ 1:** Ugotoviti razumevanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog s strani zaposlenih v zdravstveni negi.

**CILJ 2:** Definirati kazalnike kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog.

#### 3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi zastavljenih ciljev smo si zastavili dve raziskovalni vprašanji:

**RV 1:** Kako zaposleni v zdravstveni negi razumejo kakovost in varnost zdravstvene obravnave uživalcev prepovedanih PAS v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog?

**RV 2:** Kateri so kazalniki kakovosti in varnosti pri zdravstveni obravnavi uživalcev prepovedanih PAS v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog?

### 3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Uporabili smo kvalitativno metodo empiričnega raziskovanja, kjer smo za zbiranje podatkov uporabili princip delfi metode.

#### 3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Pregled literature je potekal od meseca februarja 2019 do decembra 2019. Uporabili smo mednarodne baze podatkov Cinhal, Medline, Wiley, Pub Med, ProQuest. Literaturo smo iskali tudi s pomočjo pregleda spletnega bibliografskega sistema COBISS, Obzornika zdravstvene nege, diplomskih in magistrskih del ter strokovne monografije. Uporabili smo naslednje ključne besede v slovenskem in angleškem jeziku: »zasvojenost, prepovedane droge, varnost, kakovost, zdravljenje, addiction, forbidden drugs, safety, quality, treatment«. Empirični podatki so zbrani z delfi metodo.

#### 3.3.2 Opis merskega instrumenta

Raziskavo smo izvedli z metodo anketiranja v obliki pisnega vprašalnika. Izvedba raziskave je temeljila na podlagi metode delfi (Boulkedid, et al., 2011). Raziskava je potekala v dveh krogih. V prvem krogu je imel vprašalnik odprta vprašanja o kakovosti in varnosti v zdravstveni obravnavi v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. Drugi vprašalnik so sestavljale trditve na podlagi analize prvega kroga raziskave. Na vsako trditev so udeleženci imeli možnost odgovoriti z uporabo petstopenjske Likertove lestvice strinjanja, s katero smo ugotavljali stopnjo strinjanja o kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave uživalcev prepovedanih PAS v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. Trditve so ocenjevali z ocenami od 1 do 5 (1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam/niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam).

#### 3.3.3 Opis vzorca

V raziskavi smo uporabili nenaključni, namenski vzorec. V raziskavi so sodelovali zaposleni v zdravstveni negi iz 19 centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. V centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog smo izbrali 14 zaposlenih v zdravstveni negi, med katerimi je bilo



šest zaposlenih s srednješolsko izobrazbo, ostali pa so bili z visokošolsko strokovno oziroma univerzitetno izobrazbo. Uporabili smo metodo snežne kepe, kjer smo jih povabili preko osebnih poznanstev. Vsi so bili zaposleni s področja odvisnosti. Vprašalnik je bil izpolnjen s strani vseh 14 zaposlenih, kar je 100-odstotna realizacija vzorca. V vzorec je bilo zajetih 10 (71 %) žensk in 4 moški (29 %). Najmlajši anketiranec je imel 27 let, najstarejši pa 63 let. Povprečna starost anketirancev je bila 46,9 let (SO = 9,21).

### 3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Anketiranci so bili pred začetkom raziskave pisno obveščeni o našem namenu raziskave. Za namen raziskave v diplomskem delu smo izvedli dva kroga od treh, ki jih predvideva delfi metoda raziskovanja. V prvem krogu so udeleženci po elektronski pošti prejeli vprašalnik, na katerega so prosto odgovarjali, kako dojemajo kakovost in varnost pri delu z uživalci prepovedanih PAS. Prosili smo jih, da s svojimi besedami in po svojem mnenju napišejo najmanj deset trditev, mnenj oz. izjav, s katerimi bi lahko opredelili kakovost in varnost zdravstvene obravnave pri delu z uživalci prepovedanih PAS. Za razumevanje tega dela smo jim dali primer ene naše lastne izjave. Podatke, ki smo jih dobili v prvem krogu, smo kvalitativno analizirali, kvantificirali glede pogostosti ter tako zbrali nabor trditev za drugi krog. Za analizo kvalitativno dobljenih trditev v prvem krogu raziskave smo izvedli odprto kodiranje, kjer smo posameznim pojmom, podobnim vsebinskim sklopom, pripisovali ustrezne kode na podlagi možganske nevihte. V nadaljevanju smo vsebinsko podobne kode združevali v kategorije, ki so v končni fazi predstavljale predloge za kazalnike kakovosti.

V drugem krogu so udeleženci, ki so že sodelovali v prvem krogu, odgovarjali po petstopenjski Likertovi lestvici strinjanja. Na podlagi tega smo identificirali kazalnike kakovosti zdravstvene obravnave od najpomembnejšega do najmanj pomembnega. S pomočjo analize odgovorov na petstopenjski Likertovi lestvici smo uporabili opisno statistiko: delež (%), povprečno vrednost (PV) in standardni odklon (SO).

### 3.4 REZULTATI

Rezultati prvega kroga raziskovanja so predstavljeni v tabeli 1. V prvem krogu smo dobili 143 trditev. Te smo združili v 23 kategorij, katere je opisovalo 59 kod. Vsaka kategorija opisuje določen kazalnik kakovosti in varnosti, njihov nabor pa je viden v tabeli 1.

*Pojavnost agresije v zdravstveni obravnavi pacienta* je prvi kazalnik, ki ga ponazarja kategorija Prisotnost agresije. Fizična agresija se je najpogosteje pojavljala v odgovorih udeležencev, kar kaže na to, da so zdravstveni delavci močno obremenjeni s pojavom agresije uživalcev prepovedanih PAS. Uživalci lahko usmerijo agresijo proti sebi ali navzven proti drugim osebam. Kategorijo najbolj opisujeta kodi: fizična agresija in verbalna agresija. Primer dveh izjav, ki opisujeta pojav fizične agresije:

*»Zame pomeni kakovost in varnost zdravstvene obravnave, da ni avto- in heteroagresiven.«*

*»Da zdravstvena obravnava poteka brez varnostnih zapletov.«*

Naslednji kazalnik je *Število poškodb med zdravljenjem – nastale kjer koli*. Ponazarja ga kategorija Nezaželeni dogodki, s kodami, kot so: varnost, izvajanje izboljšav ter odsotnost poškodb. Primer izjave udeleženca, ki opisuje kategorijo nezaželeni dogodki:

*»Zame pomeni kakovost in varnost zdravstvene obravnave, da je pacient varen in nepoškodovan.«*

Sledi kazalnik *Uspešno končana zdravstvena obravnava*, s kategorijo Uspešnost zdravljenja, z vključenima naslednjima kodama: dolgotrajna abstinenca in kritičnost do abstinence. Primer izjave, ki opisuje uspešno končano zdravstveno obravnavo:

*»Zame kakovost in varnost zdravstvene obravnave pomeni, da pacient doseže abstinenco.«*

*Število pacientov na enega zdravstvenega tehnika* je četrti kazalnik, ki ga opisuje kategorija Kadrovski normativ, katerega smo prikazali s kodo zadostno število zaposlenih na število pacientov. Izjava udeleženca kaže na pomembnost zadostnega števila kadra:

*»Zame pomeni kakovost, da je kolektiv dovolj velik glede na število pacientov in obseg dela.«*

Naslednji kazalnik *Število izvedenih psihoedukacijskih terapij* predstavlja kategorija Psihoedukacijske terapije, ki smo jo kodirali s sledečimi kodami: skrb za lastno zdravje, sprememba življenjskega sloga in kakovostno življenje. Primer izjave udeleženca, ki opisuje pomen psihoedukacijske terapije:

*»Da je pacient zdravstveno izobražen in spremeni svoj življenjski slog in da je pacient educiran o škodljivi uporabi prepovedanih PAS.«*

*Uspešnost korektivnih ukrepov pri odklonih v zdravstveni obravnavi glede na terapevtski dogovor* je šesti kazalnik, ki ga predstavlja kategorija Reševanje konfliktov. To kategorijo najbolj opisujeta naslednji zapisani kodi: uspešno razreševanje konfliktov in korektivni ukrepi. Primer izjave udeleženca, ki opisuje kazalnik:

*»Zame pomeni kakovost in varnost zdravstvene obravnave prepoznavanje in preprečevanje konfliktov s pacientom.«*

Naslednji kazalnik je *Stopnja zadovoljstva pacienta z zdravstveno terapevtsko obravnavo*. Opisuje ga kategorija Zadovoljstvo pacienta s kodami, kot so: korekten odnos oseba do pacienta, vzpostavitev medosebnega in terapevtskega odnosa in sprejetost pacienta. Primer izjave, ki opisuje stopnjo zadovoljstva pacienta:

*»Zame pomeni kakovost in varnost zdravstvene obravnave vzpostavitev medosebnega in terapevtskega odnosa do pacienta in svojcev.«*

Izmerjena stopnja motiviranosti pacienta za spremembo ob vstopu v program je osmi kazalnik, ki ga ponazarja kategorija Motiviranost pacienta. V to kategorijo smo združili naslednje kode: želja po spremembi, sodelovanje in stopnja kritičnosti do uporabe prepovedanih PAS. Primer izjave udeleženca:

*»Zame pomeni kakovost in varnost zdravstvene obravnave, da si pacient želi sprememb in je pri tem motiviran.«*

Sledi kazalnik *Število nezaželenih dogodkov in zapletov brez težkih zdravstvenih, telesnih in fizičnih posledic v času zdravljenja*. Predstavlja ga kategorija Nezaželeni dogodki in zapleti, ki smo jo kodirali s kodama varnost in odsotnost psihofizičnih zapletov. Primer izjave udeleženca, ki opisuje kazalnik:

*»Da pacient v procesu zdravstvene obravnave nima psihofizičnih zapletov.«*

Naslednji kazalnik je *Pojavnost samomorilnosti pri pacientih, ki so vključeni v zdravstveno obravnavo*. Opisuje ga kategorija Samomorilnost, katero najbolj opisujejo naslednje kode: prisotnost samomorilnih misli, nemotiviranost pacienta do zdravljenja in pri pacientu se opaža žalost. Primer izjave udeleženca:

*»Zame pomeni kakovost in varnost zdravstvene obravnave, da pacient ne navaja samomorilnih misli.«*

Sledi kazalnik *Število zapletov pred, med in po aplikaciji zdravil*, ki ga ponazarja kategorija Napake aplikacij zdravil. Kategorijo smo kodirali z naslednjima kodama: napačen pacient in napačno zdravilo z značilno izjavo:

*»Zame pomeni kakovost in varnost zdravstvene obravnave, da je pacient seznanjen z učinki zdravila, prav tako z možnimi stranskimi in neželenimi učinki.«*

Pojavnost neželenih učinkov zdravil v času zdravstvene obravnave je dvanajsti kazalnik. Predstavlja ga kategorija Neželeni učinki aplikacij zdravil, ki smo jo kodirali z naslednjima kodama: fizični in psihični znaki stranskih učinkov zdravil pri pacientu. Primer izjave udeleženca za pojavnost neželenih učinkov zdravil:

*»Zame pomeni kakovost in varnost v zdravstveni obravnavi, da pacient pri prejeti terapiji nima nobenih stranskih učinkov tako fizično kot psihično.«*

Kazalnik Število zlorab pri substitucijskih zdravilih opisuje kategorija Zloraba zdravil. Kategorijo smo kodirali s kodami, kot so: pacient zavrača terapijo, neiskren do osebja glede zaužitja zdravil in pacient skriva zdravila. Primer izjave udeleženca:

*»Zame pomeni kakovost in varnost zdravstvene obravnave, da pacient ne odklanja terapije.«*

Štirinajsti kazalnik je Število pisnih izraženih pritožb pacientov, vključenih v zdravstveno obravnavo. Predstavlja ga kategorija Pojavnost pritožb, ki je opisana z zgolj eno kodo in ta je bila pritožba s strani svojcev. Primer izjave udeleženca o pojavnosti pritožb:

*»Zame pomeni kakovost in varnost zdravstvene obravnave, da so pacienti zadovoljni z zdravstveno obravnavo.«*

Naslednji kazalnik je Prisotnost svojcev ali pomembnih bližnjih pri zdravstveni obravnavi, ki ga ponazarja kategorija Prisotnost bližnjih pacienta. Kategorijo smo opisali z naslednjimi kodami: urejeni socialni stiki z bližnjimi, podpora in sodelovanje svojcev pri obravnavi. Primer izjave udeleženca o prisotnosti svojcev pri zdravstveni obravnavi:

*»Zame pomeni kakovost in varnost zdravstvene obravnave, da je tekom zdravljenja pacient sposoben urejati socialne stike s svojimi bližnjimi.«*

Sledi kazalnik *Število pacientov s substitucijsko terapijo na eno medicinsko sestro*, ki ga prikazuje kategorija Zadostno število zaposlenih, z opisano kodo: dovolj zaposlenih glede na število pacientov, ki imajo substitucijsko terapijo. Primer izjave udeleženca:

*»Zame kakovost in varnost pomeni, da je dovolj velik kolektiv glede na število pacientov, ki imajo substitucijsko terapijo.«*

Naslednji kazalnik je *Delež izvajalcev zdravstvene nege od vseh, ki so pridobili dodatna znanja za delo z uživalcem drog*, ki ga ponazarja kategorija Usposobljen zdravstveni kader. Kategorijo smo kodirali z eno kodo in to je zadostno število zaposlenih z dodatnimi znanji. Primer izjave udeleženca o usposobljenem zdravstvenem kadru:

*»Zame pomeni kakovost in varnost zdravstvene obravnave, da imamo zadostno število usposobljenega kadra in zaposlenih z dodatnim znanjem.«*

*Pojavnost odklonov nespoštovanja terapevtskega dogovora* je osemnajsti kazalnik, ki ga predstavlja kategorija Pojavnost odklonov. To kategorijo smo kodirali z naslednjimi kodami: kršitev pravil v času zdravstvene obravnave, poskusi manipulacij s strani pacientov in nespoštovanje ustanove. Primer izjave udeleženca o pojavnosti odklonov:

*»Zame pomeni kakovost in varnost zdravstvene obravnave, da pacient v času zdravstvene obravnave spoštuje in upošteva dogovore.«*

*Število pacientov od vseh vključenih na novo v enem letu, ki so predčasno prekinili zdravljenje*, je devetnajsti kazalnik, ki ga prikazuje kategorija Predčasna prekinitev zdravljenja. Kategorijo smo opisali s kodama, kot sta: neuspešno predčasno zaključeno zdravljenje in nezmožnost nadaljevanja zdravljenja. Primer izjave udeleženca:

*»Zame pomeni kakovost in varnost zdravstvene obravnave, da je pacient uspešen v zdravljenju po svojih zmožnostih.«*

Naslednji kazalnik je *Pojavnost ponovnega jemanja PAS pri pacientih, ki so uspešno končali zdravstveno obravnavo po prvem mesecu*. Ponazarja ga kategorija *Pojavnost recidivov v zdravljenju*. Kategorijo smo označili s kodama, kot sta: ponoven recidiv po prvem mesecu abstinence ter ponovno uživanje prepovedanih PAS. Primer izjave udeleženca o pojavnosti recidivov:

*»Kakovost in varnost zame pomeni, da je pacient sposoben prepoznati rizične situacije, ki bi ga lahko zopet pahnile v recidiv.«*

Sledi kazalnik *Pojavnost pridobljenih hospitalnih infekcij v bolnišničnem zdravljenju*, ki ga predstavlja kategorija *Pojavnost okužb*. To kategorijo smo opisali s kodama: virus HIV in AIDS. Primer izjave udeleženca o pojavnosti okužb:

*»Zame pomeni kakovost in varnost zdravstvene obravnave, da pri pacientu v procesu zdravljenja ni dodatnih infekcij.«*

*Čakalna doba za sprejem v zdravstveno obravnavo* je predzadnji kazalnik, ki ga ponazarja kategorija *Čakalna doba*. Pri kategoriji *čakalna doba* smo kodirali s kodama: kratka vrsta za naročanje in sprejem pacientov. Primer izjave udeleženca:

*»Zame pomeni kakovost in varnost zdravstvene obravnave, da so zagotovljene kratke čakalne vrste za naročanje in sprejem pacientov.«*

*Pojavnost nespečnosti pri pacientih, ki so vključeni v zdravljenje*, je triindvajseti kazalnik in je zadnji kazalnik. Ponazarja ga kategorija *Nespečnost*, ki smo jo kodirali s kodama *nespečnost in zaspanost*. Primer izjave udeleženca o pojavnosti nespečnosti:

*»Zame pomeni kakovost in varnost zdravstvene obravnave, da je pacient spočit in naspan.«*

**Tabela 1: Nabor kazalnikov kakovosti**

Št.	Trditve udeležencev	Kode	Kategorija	Kazalnik kakovosti
1.	Zame pomeni kakovost in varnost zdravstvene obravnave, da ni agresiven. Zame pomeni kakovost in varnost zdravstvene obravnave, da ni avto- in heteroagresiven. Da pacient v procesu zdravljenja ni agresiven. Da v zdravstveni obravnavi ni prisotne agresije. Da pacient ni verbalno agresiven. Da ni prisotne agresije v zdravstveni obravnavi. Da zdravstvena obravnava poteka brez varnostnih zapletov. n = 10	Fizična agresija, verbalna agresija, konflikti.	Prisotnost agresije.	Pojavnost agresije v zdravstveni obravnavi pacienta.
2.	Zame pomeni kakovost in varnost zdravstvene obravnave, da je pacient varen. Zame pomeni kakovost in varnost zdravstvene obravnave, da je pacient varen in nepoškodovan. Zame pomeni kakovost in varnost zdravstvene obravnave, da je poskrbljeno za varno zdravstveno obravnavo. n = 10	Varnost, izvajanje izboljšav, odsotnost poškodb. Spremljanje kazalnikov in kakovosti, urejenost prostorov, uporaba sodobne opreme.	Nezaželeni dogodki.	Število poškodb med zdravljenjem, nastale kjer koli.
3.	Zame pomeni kakovost in varnost zdravstvene obravnave, da pacient vzdržuje abstinenco. Zame kakovost in varnost zdravstvene obravnave pomeni, da pacient doseže abstinenco. Da je pacient uspešen pri vzpostavitvi abstinence. Da pacient vzdržuje abstinenco. Da pacient ni pod akutnim vplivom drog. n = 8	Dolgotrajna abstinenca, obvladovanje abstinence krize, kritičnost do abstinence.	Uspešnost zdravljenja.	Uspešno končana zdravstvena obravnava.
4.	Zame pomeni kakovost, da je dovolj velik kolektiv, glede na število pacientov in obseg dela. n = 9	Zaposlen dovolj velik kolektiv glede na število pacientov in obseg dela.	Kadrovski normativ.	Število pacientov na enega zdravstvenega tehnika.
5.	Zame pomeni kakovost in varnost zdravstvene obravnave, da so pacienti vključeni v zdravstveno	Zdravstvena vzgoja o škodljivosti	Psihoedukacijske skupine.	Število izvedenih psihoedukacijskih terapij.



Št.	Trditve udeležencev	Kode	Kategorija	Kazalnik kakovosti
	izobraževalno vzgojo. Da je pacient educiran o načinu prenosa virusnih okužb. Da pacient skrbi za lastno zdravje. Da je pacient zdravstveno izobražen in spremeni svoj življenjski slog. Da je educiran o škodljivi uporabi psihoaktivnih substanc (PAS). n = 8	prepovedanih PAS, skrb za lastno zdravje, sprememba življenjskega sloga, kakovost življenja.		
6.	Zame pomeni kakovost in varnost zdravstvene obravnave prepoznavanje in preprečevanje konfliktov s pacientom. Znanje reševanja konfliktov. Terapevtska komunikacija s pacientom. n = 4	Uspešno razreševanje konfliktov. Korektivni ukrepi.	Reševanje konfliktov.	Uspešnost korektivnih ukrepov pri odklonih v zdravstveni obravnavi glede na terapevtski dogovor.
7.	Zame pomeni kakovost in varnost zdravstvene obravnave zaupanje v zdravstveno osebje in ustanovo s strani pacientov. Korekten odnos osebja do pacienta. Vzpostavitev medosebnega in terapevtskega odnosa do pacienta in svojcev. Da pacienti spregovorijo o svojih težavah. Da pacienti sprejmejo podporo zdravstvenega osebja in svojcev. Da so v zdravljenje vključeni vsi, ki lahko sodelujejo v procesu zdravljenja. Zadovoljstvo pacienta je pokazatelj kakovosti. n = 7	Korekten odnos osebja do pacienta, vzpostavitev medosebnega in terapevtskega odnosa, sprejetost pacienta, podane natančne informacije, podana pisna in ustna pravila za zdravljenje.	Zadovoljstvo pacienta.	Stopnja zadovoljstva pacienta z zdravstveno terapevtsko obravnavo.
8.	Zame pomeni kakovost in varnost zdravstvene obravnave, da je pacient motiviran za zdravljenje. Da si pacient želi sprememb in je pri tem motiviran. Da je pacient sodelujoč, da pacient doseže kritičnost do odvisnosti. Da ima realna pričakovanja. n = 9	Želja po spremembi, sodelovanje. Stopnja kritičnosti do uporabe prepovedanih PAS.	Motiviranost pacienta.	Izmerjena stopnja motiviranosti pacienta za spremembo ob vstopu v program.

Št.	Trditve udeležencev	Kode	Kategorija	Kazalnik kakovosti
9.	Da pacient v procesu zdravstvene obravnave nima psihofizičnih zapletov. n = 5	Varnost, odsotnost psihofizičnih zapletov.	Nezaželeni dogodki in zapleti.	Število nezaželenih dogodkov in zapletov brez težkih zdravstvenih, telesnih in fizičnih posledic v času zdravljenja.
10.	Zame pomeni kakovost in varnost zdravstvene obravnave, da pacient ne navaja samomorilnih misli. Nemotiviranost pacienta do zdravljenja. Pri pacientu se opaža žalost, nejevoljnost, nezainteresiranost. Pacient odklanja hrano in terapijo. n = 7	Prisotnost samomorilnih misli, nemotiviranost pacienta do zdravljenja, Pri pacientu se opaža žalost, nejevoljnost. Pacient odklanja hrano in terapijo.	Samomorilnost.	Pojavnost samomorilnosti pri pacientih, ki so vključeni v zdravstveno obravnavo.
11.	Zame pomeni kakovost in varnost zdravstvene obravnave, da je pacient seznanjen z učinki zdravila, prav tako z možnimi stranskimi in neželenimi učinki. n = 3	Napačen pacient, napačno zdravilo. Nepravočasnost aplikacije zdravil. Napačna priprava in razdeljevanje zdravil.	Napake aplikacij zdravil.	Število zapletov pred, med in po aplikaciji zdravil.
12.	Da pacient pri prejeti terapiji nima nobenih stranskih učinkov tako fizično kot psihično. n = 5	Fizični in psihični znaki stranskih učinkov zdravil pri pacientu.	Neželeni učinki aplikacij zdravil.	Pojavnost neželenih učinkov zdravil v času zdravstvene obravnave.
13.	Zame pomeni kakovost in varnost zdravstvene obravnave, da pacient ne odklanja terapije. Da pacient pri aplikacij terapije ne manipulira z zdravstvenim osebjem. n = 7	Pacient zavrača terapijo, neiskren do osebja glede zaužitja zdravil, pacient skriva zdravila.	Zloraba zdravil.	Število zlorab pri substitucijskih zdravilih.
14.	Zame pomeni kakovost in varnost zdravstvene obravnave, da so pacienti zadovoljni z zdravstveno obravnavo. n = 5	Pritožbe s strani svojcev.	Pojavnost pritožb.	Število pisno izraženih pritožb pacientov, vključenih v zdravstveno obravnavo.
15.	Zame pomeni kakovost in varnost zdravstvene obravnave, da so svoji pacienta vključeni v proces	Urejeni socialni stiki z bližnjimi. Podpora in	Prisotnost bližnjih pacienta.	Prisotnost svojcev ali pomembnih bližnjih pri

Št.	Trditve udeležencev	Kode	Kategorija	Kazalnik kakovosti
	zdravstvene obravnave. Da je tekom zdravljenja pacient sposoben urejati socialne stike s svojimi bližnjimi. n = 8	sodelovanje svojcev v procesu zdravstvene obravnave.		zdravstveni obravnavi.
16.	Da je dovolj velik kolektiv, glede na število pacientov, ki imajo substitucijsko terapijo. n = 7	Dovolj zaposlenih glede na število pacientov, ki imajo substitucijo terapijo.	Zadostno število zaposlenih.	Število pacientov s substitucijsko terapijo na eno medicinsko sestro.
17.	Zame pomeni kakovost in varnost zdravstvene obravnave, da imamo zadostno število usposobljenega kadra in zaposlenih z dodatnim znanjem. n = 4	Zadostno število zaposlenih z dodatnimi znanji.	Usposobljen zdravstveni kader.	Delež izvajalcev zdravstvene nege od vseh, ki so pridobili dodatna znanja za delo z uživalcem drog.
18.	Zame pomeni kakovost in varnost zdravstvene obravnave, da pacient v času zdravstvene obravnave spoštuje in upošteva dogovore. Da pacient razume pravila in se zaveda posledic kršenja. Korekten odnos osebja do pacienta, ga ne obsoja. Da je pacient v procesu zdravstvene obravnave dosleden. Da pacient ne manipulira z osebjem. Da se pacient zaveda svojih dolžnosti v času zdravljenja. n = 7	Kršitev pravil v času zdravstvene obravnave. Poskusi manipulacij s strani pacientov. Nespoštovanje ustanove. Zavračanje terapije.	Pojavnost odklonov.	Pojavnost odklonov nespoštovanja terapevtskega dogovora.
19.	Zame pomeni kakovost in varnost zdravstvene obravnave, da je pacient uspešen v zdravljenju po svojih zmožnosti. Da pacient po odpustu iz bolnišnice vzdržuje abstinenco. Da pacient psihično in fizično zdrži do konca zdravljenja. Da je v pacienta usmerjena zdravstvena obravnava. Pomoč pacientu pri vključevanju in doseganju ciljev po končanem zdravljenju. n = 5	Pacient neuspešno predčasno zaključi zdravljenje. Pacient ni zmožen nadaljevati z zdravljenjem.	Predčasna prekinitvev zdravljenja	Število pacientov od vseh na novo vključenih v 1. letu, ki so predčasno prekinili zdravljenje.
20.	Kakovost in varnost zame pomeni, da je pacient sposoben prepoznati rizične situacije, ki bi ga lahko zopet pahnilo v recidiv. n = 5	Recidiv pri pacientih po 1. mesecu abstinence. Pacient ponovno začne zauživati prepovedane	Pojavnost recidivov po zdravljenju.	Pojavnost ponovnega jemanja PAS pri pacientih, ki so uspešno končali zdravstveno obravnavo po 1.

Št.	Trditve udeležencev	Kode	Kategorija	Kazalnik kakovosti
		PAS.		mesecu.
21.	Zame pomeni kakovost in varnost zdravstvene obravnave, da pri pacientu v procesu zdravljenja ni dodatnih infekcij. n = 4	Bolnišnične okužbe. Virus HIV in AIDS.	Pojavnost okužb.	Pojavnost pridobljenih hospitalnih infekcij v bolnišničnem zdravljenju.
22.	Zame pomeni kakovost in varnost zdravstvene obravnave, da so zagotovljene kratke čakalne vrste za naročanje in sprejem pacientov. n = 4	Kratka vrsta za naročanje in sprejem pacientov.	Čakalna doba.	Čakalna doba za sprejem v zdravstveno obravnavo.
23.	Zame pomeni kakovost in varnost zdravstvene obravnave, da je pacient spočit in naspan. n = 2	Pacient je utrujen, zaspan.	Nespečnost.	Pojavnost nespečnosti pri pacientih, ki so vključeni v zdravljenje.

Legenda: n = Število trditev udeležencev

V drugem krogu raziskave so udeleženci ocenjevali kazalnike na petstopenjski Likertovi lestvici strinjanja. Trditve so ocenjevali z ocenami od 1 do 5 (1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam/niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam). Na triindvajset kazalnikov kakovosti je v drugem krogu odgovorilo vseh 14 udeležencev. Udeleženci (n = 14), 100 % so se najbolj strinjali s predlaganim kazalnikom kakovosti »Stopnja zadovoljstva pacienta z zdravstveno in terapevtsko obravnavo« s povprečno vrednostjo 4,3 (SO = 0,61). Z drugim predlaganim kazalnikom kakovosti »Delež izvajalcev zdravstvene nege, ki imajo dodatna znanja za delo z uživalci drog«, so se strinjali vsi (n = 14, 100 %), s povprečno vrednostjo 4,2 (SO = 0,58). Sledi predlagani kazalnik kakovosti »Število zlorab predpisanih substitucijskih zdravil« s povprečno vrednostjo 4,2 (SO = 0,80). Udeleženci so se strinjali v 100 % (n = 14), vendar so predlagali preimenovanje predlaganega kazalnika kakovosti, v »Prekomerno rabo predpisane substitucijske terapije«. Z naslednjim predlaganim kazalnikom »Pojavnost odklonov nespoštovanja terapevtskega dogovora« se je strinjalo 13 udeležencev (93 %) s povprečno vrednostjo 4,2 (SO = 0,38). S predlaganim kazalnikom kakovosti »Čakalna doba za sprejem v zdravstveno obravnavo« se je strinjalo 13 udeležencev (93 %) s povprečno vrednostjo 4,2 (SO = 0,38). Predlagana kazalnika kakovosti z najmanjšo povprečno vrednostjo sta bila »Pojavnost

samomorilnosti pri pacientih« in »Uspešnost korektivnih ukrepov pri odklonih v zdravstveni obravnavi glede na terapijski dogovor«. Pri predlaganem kazalniku »Pojavnost samomorilnosti pri pacientih« je bila povprečna vrednost 3,8 (SO = 0,55). Udeleženci so predlagali preimenovanje kazalnika v »Samomorilna ogroženost pacienta, ki je vključen v zdravstveno obravnavo«. Naslednji kazalnik z najmanjšo povprečno vrednostjo je »Uspešnost korektivnih ukrepov pri odklonih v zdravstveni obravnavi glede na terapijski dogovor«, in sicer je bila povprečna vrednost 3,8 (SO = 0,55). Ostale povprečne vrednosti kazalnikov so predstavljene v tabeli 2.

**Tabela 2: Analiza vprašalnika drugega kroga**

Predlagan kazalnik kakovosti	n	Ustrezen n (%)	Neustrezen n (%)	PV	SO	Komentarji
Stopnja zadovoljstva pacienta z zdravstveno in terapijsko obravnavo.	14	14 (100 %)	/	4,3	0,61	/
Delež izvajalcev zdravstvene nege, ki imajo dodatna znanja za delo z uživalci drog.	14	14 (100 %)	/	4,2	0,58	/
Število zlorab predpisanih substitucijskih zdravil.	14	14 (100 %)	/	4,2	0,80	Prekomerna raba predpisane substitucijske terapije.
Pojavnost odklonov nespoštovanja terapijskega dogovora.	14	13 (93 %)	1 (7 %)	4,2	0,38	Nima pomena.
Čakalna doba za sprejem v zdravstveno obravnavo.	14	13 (93 %)	1 (7 %)	4,2	0,55	/
Pojavnost pridobljenih hospitalnih infekcij v bolnišničnem zdravljenju.	14	14 (100 %)	/	4,1	0,66	/
Pojavnost neželenih učinkov zdravil v času zdravstvene obravnave.	14	13 (93 %)	1 (7 %)	4,1	0,64	Ni znano, kako bo nekdo odreagirjal na zdravila.

Predlagan kazalnik kakovosti	n	Ustrezen n (%)	Neustrezen n (%)	PV	SO	Komentarji
Število pacientov na enega zdravstvenega tehnika.	14	14 (100 %)	/	4,1	0,47	Nima pomena.
Pojavnost zapletov pred, med in po aplikaciji zdravil.	14	14 (100 %)	/	4,1	0,53	/
Uspešna končana zdravstvena obravnava.	14	14 (100 %)	/	4,0	0,55	/
Prisotnost svojcev ali pomembnih bližnjih pri zdravstveni obravnavi.	14	14 (100 %)	/	4,0	0,55	/
Število pisnih izraženih pritožb pacientov, vključenih v zdravstveno obravnavo na 100 pacientov.	14	13 (93 %)	1 (7 %)	4,0	0,71	/
Število nezaželenih dogodkov in zapletov brez težkih zdravstvenih, telesnih in fizičnih posledic v času zdravstvene obravnave.	14	13 (93 %)	1 (7 %)	4,0	0,60	Število varnostnih odklonov v času zdravstvene obravnave.
Število pacientov od vseh vključenih na novo v koledarskem letu, ki so predčasno prekinili zdravljenje.	14	14 (100 %)	/	3,9	0,66	/
Število izvedenih psihoedukacijskih terapij na pacienta.	14	14 (100 %)	/	3,9	0,66	/
Pojavnost agresije v zdravstveni obravnavi pacienta.	14	13 (93 %)	1 (7 %)	3,9	1,0	Pojavnost varnostnih odklonov v zdravstveni obravnavi.
Število telesnih poškodb zaradi katerega koli vzroka med zdravstveno obravnavo.	14	13 (93 %)	1 (7 %)	3,9	0,49	/
Število pacientov s substitucijsko terapijo na enega zdravstvenega tehnika.	14	12 (86 %)	2 (14 %)	3,9	0,79	Nima pomena.
Izmerjena stopnja motiviranosti pacienta za spremembo življenjskega sloga ob vstopu v program.	14	13 (93 %)	1 (7 %)	3,8	0,44	V večini primerov so motivacija zunanji dejavniki.

Predlagan kazalnik kakovosti	n	Ustrezen n (%)	Neustrezen n (%)	PV	SO	Komentarji
Pojavnost ponovnega jemanja PAS pri pacientih, ki so uspešno končali zdravstveno obravnavo po 1. mesecu.	14	12 (86 %)	2 (14 %)	3,8	0,72	Sledljivost po odhodu iz programa. Zdravstveni delavci ne vedo, kaj se dogaja s pacienti po zdravljenju.
Pojavnost nespečnosti pri pacientih, ki so vključeni v zdravljenje.	14	13 (93 %)	1 (7 %)	3,8	0,69	/
Pojavnost samomorilnosti pri pacientih, ki so vključeni v zdravstveno obravnavo.	14	14 (100 %)	/	3,8	0,55	Samomorilna ogroženost pacienta, ki je vključen v zdravstveno obravnavo.
Uspešnost korektivnih ukrepov pri odklonih v zdravstveni obravnavi glede na terapevtski dogovor.	14	13 (93 %)	1 (7 %)	3,8	0,55	/

Legenda: PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; n = število udeležencev

V raziskavi smo identificirali nabor 23 kazalnikov kakovosti in varnosti na področju zdravljenja zdravstvene obravnave odvisnosti. Zaradi množičnosti predlaganih kazalnikov kakovosti in varnosti smo jih na podlagi vsebinske podobnosti združili v 5 skupin oziroma tem, kar prikazuje tabela 3. Prvo skupino smo poimenovali Neželeni dogodki, kamor smo uvrstili kazalnike, ki so povezani z nezaželenimi dogodki pri pacientu. Iz te skupine izpostavljam naslednje predlagane kazalnike kakovosti in varnosti »Pojavnost agresije pri pacientih«, »Pojavnost samomorilnosti« in »Pojavnost pridobljenih hospitalnih infekcij v bolnišničnem zdravljenju«. V drugo skupino, ki smo jo poimenovali Zapleti pri zdravljenju, smo združili kazalnike, ki imajo povezavo z zdravljenjem, z zapleti aplikacij zdravil in zlorabo zdravil. Iz te skupine želimo izpostaviti »Število zlorab pri substitucijskih zdravilih. V tretjo skupino Kadrovske normative spadajo kazalniki, ki jih združuje število zaposlenih, ki so pridobili dodatna znanja, in število pacientov na enega zaposlenega zdravstvenega delavca. Izpostavljam sledeči predlagani kazalnik »Delež izvajalcev zdravstvene nege od vseh, ki so pridobili dodatna znanja za delo z uživalcem drog«. Četrta skupina je Zadovoljstvo pacienta, katero opredeljuje motiviranost in zadovoljstvo pacienta, prisotnost svojcev in pritožbe s strani

pacientov. Predstavnika te skupine sta predlagana kazalnika »Stopnja zadovoljstva pacienta z zdravstveno terapevtsko obravnavo« in »Izmerjena stopnja motiviranosti pacienta za spremembo ob vstopu v program«. V zadnji skupini Uspešnost zdravstvene obravnave so kazalniki, ki opisujejo uspešnost zdravljenja, pojavnost odklonov v zdravstveni obravnavi in ponovni recidivi, med njimi smo izpostavili sledeči kazalnik kakovosti in varnosti: »Uspešno končana zdravstvena obravnava«.

**Tabela 3: Kazalniki kakovosti, razdeljeni v pet skupin oziroma tem**

SKUPINE	KAZALNIKI KAKOVOSTI
1. Skupina: Neželeni dogodki	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Pojavnost agresije v zdravstveni obravnavi pacienta.</li> <li>– Pojavnost samomorilnosti pri pacientih, ki so vključeni v zdravstveno obravnavo.</li> <li>– Število nezaželenih dogodkov in zapletov brez težkih zdravstvenih, telesnih in fizičnih posledic v času zdravljenja.</li> <li>– Pojavnost nespečnosti pri pacientih, ki so vključeni v zdravljenje.</li> <li>– Pojavnost pridobljenih hospitalnih infekcij v bolnišničnem zdravljenju.</li> </ul>
2. Skupina: Zapleti pri zdravlilih	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Število zapletov pred, med in po aplikaciji zdravil.</li> <li>– Pojavnost neželenih učinkov zdravil v času zdravstvene obravnave.</li> <li>– Število zlorab pri substitucijskih zdravlilih.</li> </ul>
3. Skupina: Kadrovske normativi	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Delež izvajalcev zdravstvene nege od vseh, ki so pridobili dodatna znanja za delo z uživalcem drog.</li> <li>– Število pacientov na enega zdravstvenega tehnika.</li> <li>– Število izvedenih psihoedukacijskih terapij.</li> <li>– Uspešnost korektivnih ukrepov pri odklonih v zdravstveni obravnavi glede na terapevtski dogovor.</li> <li>– Število pacientov s substitucijsko terapijo na eno medicinsko sestro.</li> </ul>
4. Skupina: Zadovoljstvo pacientov	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Čakalna doba za sprejem v zdravstveno obravnavo.</li> <li>– Stopnja zadovoljstva pacienta z zdravstveno terapevtsko obravnavo.</li> <li>– Izmerjena stopnja motiviranosti pacienta za spremembo ob vstopu v program.</li> <li>– Število pisnih izraženih pritožb pacientov, vključenih v zdravstveno obravnavo.</li> <li>– Prisotnost svojcev ali pomembnih bližnjih</li> </ul>



SKUPINE	KAZALNIKI KAKOVOSTI
	pri zdravstveni obravnavi.
5. Skupina: Uspešnost zdravstvene obravnave	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Uspešno končana zdravstvena obravnava.</li> <li>– Pojavnost odklonov nespoštovanja terapijskega dogovora.</li> <li>– Število pacientov od vseh vključenih na novo v 1. letu, ki so predčasno prekinili zdravljenje.</li> <li>– Pojavnost ponovnega jemanja PAS pri pacientih, ki so uspešno končali zdravstveno obravnavo po 1. mesecu.</li> </ul>

### 3.5 RAZPRAVA

Z raziskavo smo ugotavljali kazalnike kakovosti in varnosti pri zdravstveni obravnavi uživalcev prepovedanih PAS. Glede na to, da je problematika prepovedanih PAS razširjena in predstavlja velik problem v svetu, menimo, da je potrebno imeti kazalnike kakovosti in varnosti, kateri bi bili v pomoč zdravstvenim delavcem, ki se srečujejo z uživalci prepovedanih PAS. Na podlagi kazalnikov bi lahko imeli objektivni in kritičen pogled na svoje delo, uživalci prepovedanih PAS pa bi bili deležni kakovostne in varne zdravstvene obravnave. Izkazalo se je, da nekateri kazalniki kakovosti in varnosti, ki se merijo na nivoju države v zdravstvu v Sloveniji, v naši raziskavi niso bili identificirani. Identificirali smo kazalnike, ki so značilnejši za zdravstveno obravnavo uživalcev prepovedanih PAS, kot so: »Število zlorab predpisanih substitucijskih zdravil«, »Delež izvajalcev zdravstvene nege od vseh, ki so pridobili dodatna znanja za delo z uživalcem drog«, »Izmerjena stopnja motiviranosti pacienta za spremembo ob vstopu v program« in drugi. Ker smo identificirali veliko število kazalnikov kakovosti in varnosti, bomo v nadaljevanju izpostavili le tiste, pri katerih smo identificirali največje število trditev.

Prvo skupino kazalnikov kakovosti in varnosti smo poimenovali »Neželeni dogodki« (tabela 3). Ko govorimo o uživalcih prepovedanih PAS, najprej pomislimo na agresijo. Vse pogosteje zasledimo prepričanja, da so lahko nekatere prepovedane PAS poleg povzročanja odvisnosti povezane z neposredno povečano agresivnostjo in nasilnimi dejanji (Novaković, 2013). Zaskrbljenost glede povezave med zlorabo drog in razvojem agresivnega vedenja ter kriminalnih dejanj se v zadnjih letih povečuje. Agresija in uporaba prepovedanih PAS sta močno povezana in predstavljata pomemben izziv za

javno zdravje (Verster, et al., 2012). Nekateri avtorji (Fernández -Montalvo, et al., 2011) trdijo, da je agresija glavni vzrok obolevnosti in umrljivosti med pacienti, zlasti pri uživalcih, odvisnih od prepovedanih PAS. Mcketin s sodelavci (2014) je v svoji raziskavi ugotovil, da je pogosteje prisotno agresivno vedenje pri uživalcih, ki uživajo metamfetamin. Agresija je ključna negativna posledica, povezana z uporabo metamfetamina. Agresivno vedenje se kaže predvsem v medsebojni agresiji, ki zajema prepire, kateri vodijo v fizične napade. Tudi v naši raziskavi je največ udeležencev izrazilo, da kakovost in varnost zdravstvene obravnave predstavlja odsotnost agresije s strani pacienta. Agresija na delovnem mestu je vse večji problem v sodobnem svetu. Zaposleni v zdravstvu, zlasti medicinske sestre, so med tistimi, ki so najbolj izpostavljeni agresiji na delovnem mestu. Agresija negativno vpliva na posameznike, ki so žrtve nasilja, pa tudi na kakovost njihovega dela in učinkovitost organizacije. Preprečevanje agresije nad zaposlenimi v zdravstvu ovira prepričanje, da je soočanje z agresijo nekaj naravnega v zdravstvenem varstvu. Samo majhen odstotek žrtev agresije poroča o agresivnih incidentih v pisni obliki (Kvas & Seljak, 2015). Bojić s sodelavci (2016) je ugotovil, da se zaposleni v zdravstvu srečujejo z napadi in grožnjami ter s pasivnim agresivnim vedenjem, kjer pacienti ne želijo sodelovati pri izvajanju različnih medicinskih intervencij. Pogosteje gre samo za pritoževanje, nasprotovanje ali le nemirnost. Redkeje se zdravstveni delavci srečujejo s spolnim nadlegovanjem. Zaposleni v zdravstvu v večini niso kvalificirani, da se spopadejo z agresivnim vedenjem pacientov, ne glede na to pa so odgovorni za svojo varnost ter varnost pacientov (Gabrovec, et al, 2018). Švarcl (2012) je v raziskavi ugotovil, da pogosto prihaja do konfliktov in fizične agresije nad zdravstvenimi delavci, zaposlenimi v CPZOPD. Od tega je kar 86 % zdravstvenih delavcev na področju dela z uživalci prepovedanih PAS odgovorilo, da so že doživeli fizično nasilje s strani pacientov. Vendar uživalci prepovedanih drog agresivna čustva ne usmerjajo le navzven ampak lahko tudi proti sebi.

V naši raziskavi smo identificirali kazalnik kakovosti »Pojavnost samomorilnosti pri pacientih, ki so vključeni v zdravstveno obravnavo« Samomor je glavni vzrok prezgodnje smrti pri mlajših odraslih. Podatki Svetovne zdravstvene organizacije kažejo, da je stopnja dokončanih samomorov za svetovno prebivalstvo 16 na 100.000

prebivalcev, kar pomeni, da vsako leto več kot milijon ljudi na svetu stori samomor (WHO, 2019). Poskusi samomora so pet- do dvajsetkrat pogostejši od zaključenih samomorov. V večini primerov uživanci prepovedanih PAS poskusijo storiti samomor s prekomerno uporabo prepovedanih substanc ali v kombinaciji prepovedanih substanc in tablet. Znano je, da je zaužitev heroina skupaj s pomirjevali najbolj pogost poskus samomora, medtem ko druge prepovedane PAS niso tako značilne pri poskusu samomora (Dragišić, et al., 2015). Pri uživalcih prepovedanih PAS sta glavna vzroka smrtnosti nenamerno predoziranje in samomor. Raziskave kažejo (Degenhardt, et al., 2014), da je stopnja smrtnosti pri uživalcih prepovedanih PAS kar 13-krat višja v primerjavi s stopnjo smrtnosti v splošni populaciji. Med uživalci heroina je letna smrtnost med 0,5 % in 7 %. Od 3% do 53 % smrti uživalcev heroina lahko pripišemo samomoru. Med dejavnike tveganja med populacijo uživalcev prepovedanih PAS za samomor lahko prištejemo depresijo, osebnostne motnje, disfunkcionalno družino, genetsko predispozicijo za samomor, fizično ali spolno zlorabo v otroštvu, brezdromstvo, predhodne poskuse samomora in zauživanje prepovedanih PAS. Lahko trdimo, da ima uživalec s pogostim predoziranjem večje tveganje za smrt v primerjavi z uživalci, ki uživajo prepovedane PAS na varen način (Šegrec & Kastelic, 2012). Tako so uživanci, ki vstopajo v program zdravljenja, izpostavljeni tveganju za poskus samomora iz različnih razlogov. Pogosto vstopijo v program zdravljenja odvisnosti z znaki depresije in številnimi drugimi rizičnimi dejavniki, kot je izguba službe, izguba družine ter finančne težave. Ti dejavniki ne vplivajo samo na zdravljenje, temveč predstavljajo tudi ogroženost za samomor (Borgessa & Rafful – Loera, 2010). Ker je samomorilno vedenje pogost problem pri zdravljenju odvisnosti od prepovedanih PAS, je potrebno tveganje za samomor oceniti in zdraviti skupaj z odvisnostjo (Yuodelis - Flores & Ries, 2015).

Ko govorimo o pojavnosti hospitalnih okužb, v literaturi zasledimo, da veljajo za enega večjih javnozdravstvenih problemov pri nas in po svetu (Tookes, et al., 2015). Zato je predlagan kazalnik »Pojavnost hospitalnih okužb« smiseln. Hospitalne okužbe predstavljajo najpomembnejši del okužb, ki so povezane z zdravstvom, še posebej, ker največkrat prizadenejo najranljivejše skupine pacientov. Pojavnost hospitalnih okužb ne prinese samo dodatnih finančnih stroškov, ampak tudi podaljšujejo hospitalizacijo in so

vzrok smrti pacientov. Obvladovanje in preprečevanje hospitalnih okužb je v Sloveniji del Nacionalne strategije za kakovost in varnost v zdravstvu (Lejko – Zupanc, 2013). Zdravstvene delavce in paciente najbolj ogrožajo okužbe, ki se prenašajo s krvjo. Najbolj pogoste okužbe, ki se prenašajo s krvjo, so virus hepatitisa B, virus hepatitisa C in virus imunske pomanjkljivosti, ki pa so pogoste virusne infekcije tudi med intravenoznimi uživalci prepovedanih PAS (Mir–Nasseri, et al., 2011).

Okužbe so resen zaplet pri intravenski zlorabi prepovedanih PAS in glavni vzrok obolevnosti in umrljivosti med uživalci prepovedanih PAS. Uporaba prepovedanih PAS, zlasti vbrizgavanje substanc, je povezana z najhujšimi epidemijami virusa HIV po vsem svetu. Število uživalcev prepovedanih PAS, ki so okuženi z virusom HIV, se je zelo razširilo (Altice, et al., 2010). Zaradi intravenske zlorabe prepovedanih PAS uživalci pogosto pridejo v stik z okužbami. Poleg okužbe z virusom HIV lahko pride tudi do okužbe s hepatitisom B in C, ki lahko vodijo v kronične jetrne okužbe in hude okvare jeter. Virusi hepatitisa so veliko bolj odporni in se lažje prenašajo kot virus HIV. Zaradi pogoste izmenjave brizg, igel in potrošnega materiala med intravenskimi uživalci se več kot 50 % uživalcev okuži s hepatitisom C, ki se tako lahko prenese na druge ljudi (Schäffer, et al., 2017).

Naslednjo večjo skupino kazalnikov in kakovosti smo poimenovali »Zapleti pri zdravlilih« (tabela 3). Izstopa kazalnik »Število zlorab pri substitucijskih zdravlilih« V zdravstvu je zloraba zdravil opredeljena kot epidemija. Zdravila, ki so zasnovana s klinično učinkovitimi sedativnimi, analgetičnimi, anksiolitičnimi, anestetičnimi ali stimulativnimi lastnostmi, vodijo do pojava zlorabe (Hernandez & Nelson, 2010). Za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih PAS mednarodne smernice priporočajo substitucijsko zdravljenje. Najpogosteje uporabljeni zdravili za takšno zdravljenje sta metadon in buprenorfin. Takšno substitucijsko zdravljenje lahko zmanjša uživanje prepovedanih PAS, smrtnost in prenos okužb s krvjo (Kimber, et al., 2010). Substitucijsko zdravljenje je oblika zdravstvene oskrbe posameznikov, ki imajo razvito opioidno odvisnost. Največkrat je podeljevanje in uživanje substitucijskih zdravil organizirano v instituciji, lahko pa posameznik, ki je vključen v substitucijski program, prejme substitucijska zdravila tudi za uživanje na domu. Uživanje substitucijske terapije

na domu daje odvisnikom priložnost, da stabilizirajo svoje življenje in vzporedno rešijo socialne in psihološke težave, ki spremljajo odvisnost od prepovedanih PAS. Negativna stran domačega substitucijskega zdravljenja je, da obstaja tveganje za zlorabo substitucijskih zdravil. Uživanci jih lahko zlorablajo in prodajajo na črnem trgu, ali pa se zdravila uporabljajo na škodljiv in tvegan način. Ena od strategij za zmanjšanje zlorab substitucijskih zdravil je, da se zdravstvena obravnava uživalca izvaja pod nadzorom. Spremljanje odmerjanja je povezano tudi s pogostejšim stikom med uživalcem in izvajalcem zdravstvene dejavnosti, kar ponuja več možnosti za terapevtsko udejstvovanje. Vendar je zagotavljanje nadzorovanega odmerjanja dražje za zdravstveno varstvo in bolj zapleteno za uživalce, ki morajo dnevno jemati substitucijsko terapijo (Saulle, et al., 2017).

Tretjo skupino kazalnikov kakovosti in varnosti smo poimenovali »Kadrovski normativi« (tabela 3). O pomembnosti odnosa in dodatnih znanj za delo z uživalci prepovedanih PAS obstaja več priporočil različnih avtorjev (Ducharme, et al., 2010). Uživalci prepovedanih PAS pogosto povzročajo težave ob sprejemu v bolnišnično oskrbo. Medicinske sestre, ki delajo na področjih, kjer so sprejeti uživalci prepovedanih PAS, so poročale o negativnem odnosu do uživalcev, ki uživajo prepovedane PAS, in o nezadostnem znanju o sami oskrbi (Monks, et al., 2012). V naši raziskavi smo izpostavili predlagan kazalnik kakovosti in varnosti »Delež izvajalcev zdravstvene nege od vseh, ki so pridobili dodatna znanja za delo z uživalci drog«. Uživalci prepovedanih PAS imajo težave z zaupanjem v zdravstveno oskrbo, ki jo dobijo v zdravstvenih domovih in na oddelkih za urgentna stanja. Znano je, da je zdravstvena obravnava uživalcev, ki so odvisni od prepovedanih PAS, omejena z neustreznim znanjem, s pomanjkanjem standardov in nezadostnim izobraževanjem in prakso zdravstvenih delavcev, ki je potrebna pri delu z uživalci prepovedanih PAS. Zdravstvena obravnava uživalcev, ki so odvisni od prepovedanih PAS, je kompleksna in zahtevna, zato je pomembno, da zdravstveni delavci težijo k boljšim zdravstvenim rezultatom (Ford, 2011). Krokmyrdal in Andenaes (2015) sta v svoji raziskavi ugotovila, da je znanje medicinskih sester pri delu z uživalci prepovedanih PAS pomanjkljivo glede ocenjevanja in zdravljenja njihove bolečine. V njuni raziskavi je večina anketiranih medicinskih sester mnenja, da uživalci, ki so odvisni od prepovedanih PAS, pretiravajo

s svojo bolečino, napačno predstavljajo bolečino oziroma so neiskreni pri opisu učinka zdravil proti bolečinam. Precejšnje število medicinskih sester tudi meni, da so substance, ki se uporabljajo kot protibolečinska zdravila, prispevala k uživalčevi odvisnosti. Večina jih je tudi priznalo, da nimajo ustreznih kompetenc za zdravstveno nego uživalcev prepovedanih PAS. Ford (2011) je ugotovil, da medicinske sestre negovalno okolje doživljajo kot potencialno nevarno okolje in za njih predstavlja čustven izziv, saj se počutijo ogrožene zaradi nepopolnega poznavanja stanja uživalcev in pomanjkanja kompetenc pri zdravstveni oskrbi. Zato je pomembno, da medicinske sestre uporabljajo pristop k zdravstveni oskrbi, ki je usmerjen v uživalca tudi med manipulativnim in potencialnim nasilnim vedenjem. Priporoča se, da se medicinskim sestram zagotavljajo izobraževanja na delovnem mestu in varnostni ukrepi za zmanjševanje škode v zdravstveni oskrbi.

V predzadnjo skupino smo uvrstili kazalnike kakovosti in varnosti, ki smo združili pod »Zadovoljstvo pacientov« (tabela 3). Zadovoljstvo z zdravstveno obravnavo se pogosto raziskuje (Trujols, et al, 2012; Miller, 2014; Ghani, et al, 2015). Tudi mi smo izpostavili kazalnik »Stopnja zadovoljstva pacienta z zdravstveno terapevtsko obravnavo«. Udeleženci v naši raziskavi so se strinjali, da je zadovoljstvo uživalcev prepovedanih PAS z zdravstveno oskrbo pomembno, saj s tem pripomorejo k izboljšavam v zdravstvu. Ankete o zadovoljstvu pacientov, ki se pogosto uporabljajo v zdravstvu, nudijo koristne podatke za izboljšanje zdravstvene obravnave pacienta kot tudi glede samih rezultatov zdravstvene obravnave. Zadovoljstvo uživalcev lahko vključuje njihov vidik na program zdravljenja, izbiro programa zdravljenja in upoštevanje obravnave potreb uživalcev. Pacienti, ki poročajo o večjem zadovoljstvu, so bili med zdravljenjem deležni kakovostne zdravstvene obravnave. Pri tistih uživalcih, ki niso zadovoljni z zdravstveno obravnavo in niso bili deležni kakovostne zdravstvene obravnave, obstaja večje tveganje za recidiv (Kelly, et al., 2010).

Motivacija uživalcev PAS za spremembo življenjskega sloga je pogosto obravnavana tema v literaturi (Stevens, et al., 2015). Zato smo tudi v naši raziskavi izpostavili predlagani kazalnik kakovosti in varnosti »Izmerjena stopnja motiviranosti pacienta za spremembo ob vstopu v program«. Fauziah s sodelavci (2010) trdijo, da je pomembno

ocenjevati in spremljati motiviranost pacientov, saj je motiviranost ključna za to, da pacient uspešno konča zdravljenje. Za doseganje vedenjskih sprememb je motivacija ključni dejavnik pri napovedovanju sposobnosti uživalcev od prepovedanih PAS, da spremenijo svoje odvisniško vedenje. Zaželeno vedenje uživalca je abstinenca od prepovedanih PAS. Kljub temu uspeh zdravljenja ni odvisen samo od motivacije posameznika, ampak tudi od okoljskih dejavnikov in spretnosti zdravstvenega delavca v zdravstveni obravnavi. Vprašanje motivacije se zastavlja v zdravstveni obravnavi pri preučevanju sposobnosti zdravljenja uživalcev in bivših zapornikov, ki iščejo in najdejo zaposlitev (Gideon, 2010).

Kot zadnji izpostavljen predlagan kazalnik kakovosti in varnosti »Uspešno končana zdravstvena obravnava« je v skupini »Uspešnost zdravstvene obravnave« (tabela 3). Zdravljenje odvisnosti je dolg in zapleten proces, pri katerem pride tudi do recidivov in obdobjih kriz. Pri uživalcih prepovedanih PAS je pomembno učenje uspešnih tehnik za spoprijemanje v kritičnih situacijah in razvijanje prepričanja, da je obdobje abstinence možno (Dular, 2012). Celovitejši pogled na ustrezen cilj vrednotenja zdravljenja vključuje količino in pogostost uporabe prepovedanih PAS. Vidne znake, kot je na primer hrepenenje po prepovedanih PAS, uživalec doživlja kot vznemirjanje in moteče delovanje, medtem ko je sprememba samoučinkovitosti pogost in pomemben cilj zdravljenja (Tiffany, et al., 2011). Preprečevanje recidivov je zagotovo najpomembnejše pri zdravljenju odvisnosti od prepovedanih PAS. Na splošno se pacienti, ki so odvisni od prepovedanih PAS, razmeroma pogosto odločajo za detoksikacijo, kljub temu pa več kot 50 % pacientov detoksikacije ne opravi uspešno (Marhe, et al., 2013). Ponovno uživanje prepovedanih PAS po zdravljenju ali obdobju abstinence predstavlja za uživalce velik problem in hkrati osebni izziv. Smyth s sodelavci (2010) so ugotovili, da je 59 % pacientov po enem tednu bolnišnične detoksikacije ponovno začelo uživati prepovedane PAS. Shumway s sodelavci (2013) pa so bili spodbudnejši – uživalci prepovedanih PAS po detoksikaciji in vzdrževanju abstinence so se bolj sposobni osredotočati na druge dejavnike zdravljenja, kot so vzdržljivost, pozitivna pričakovanja in ohranjanje družinskih odnosov.

Kot glavne omejitve raziskave lahko navedemo, da smo bili omejeni pri velikosti števila vzorca. Število zajetih udeležencev je bilo nizko, vendar več udeležencev za sodelovanje v raziskavi nismo pridobili. Menimo, da je bil izid za prve rezultate na tem področju zadovoljiv. V nadaljevanju je nujno, da se naši predlagani kazalniki, še dodatno raziščejo in pomembnost njih kvantificira v raziskavi s kvantitativno paradigmo tudi na večjem vzorcu. Kvalitativna analiza podatkov je lahko bila pristranska zaradi nepoznavanja področja. V kolikor bi analizo izvajalo več raziskovalcev, bi lahko prišli do drugačnih rezultatov.



## **4 ZAKLJUČEK**

Oblikovali smo kazalnike kakovosti in varnosti, ki jih je potrebno še kvantitativno ovrednotiti tudi v klinični praksi na večjem vzorcu. Največja potreba po kazalnikih se je izrazila na področju agresije, v pomanjkanju dodatnih znanj za delo z uživalci prepovedanih PAS in kadrovske stiski – kjer se trenutno odražajo tudi največji problemi. Menimo, da smo naredili dobro izhodišče za definiranje kazalnikov kakovosti in varnosti na področju odvisnosti. Tako bi lahko zaposleni, ki delujejo na področjih odvisnosti, imeli sistematičen pregled nad kakovostjo izvedene zdravstvene obravnave, uživalci pa bi bili posledično deležni bolj kakovostne zdravstvene obravnave.

## 5 LITERATURA

Altice, F.L., Kamarulzaman, A., Soriano, V.V., Schechter, M. & Friedland, G.H., 2010. Treatment of medical, psychiatric, and substance–use comorbidities in people infected with HIV who use drugs. *The Lancet*, 376(9738), pp. 367-370.

Bačar, U., 2014. *Pregled programov za pomoč odvisnikom od prepovedanih drog: diplomsko delo*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za matematiko, naravoslovje.

Bahr, S.J. & Hoffmann, J.P., 2016. Social scientific theories of drug use, abuse and addiction. In: H.H. Brownstein, ed. *The Handbook of Drugs and Society*. West Sussex: John Wiley & Sons, pp. 197-217.

Bojić, M., Bole, U. & Bregar, B., 2016. Pogostost in značilnosti nasilja nad zdravstvenimi delavci na področju nujne medicinske pomoči in psihiatrije. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(4), pp. 308-315.

Borgessa, G. & Rafful–Loeraa, C., 2010. Alcohol and drug use in suicidal behaviour. *Psychiatry*, 23(3), pp. 195-196.

Boulkedid, R., Abdoul, H., Loustau, M., Sibony, O. & Alberti, C., 2011. Using and reporting the Delphi method for selecting healthcare quality indicators: A systematic review. *PLOS ONE*, 6(6), p. 1.

Bregar, B., 2010. Učinkovita zdravstvena obravnava odvisnega pacienta. In: B. Bregar & R. Sotler, eds. *Seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji: Delo z odvisnimi – povezovanje primarnega s sekundarnim zdravstvenim varstvom. Ljubljana, 11. junij 2010*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 46-48.

Bučan, E. & Bregar, B., 2017. Uporaba novih psihoaktivnih snovi med študenti zdravstvenih in pedagoških poklicev. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(1), pp.45-47.

Carter, J.T. & O'Connell, D., 2016. Dealing with drug users treatment. In: H.H. Brownstein, ed. *The Handbook of Drugs and Society*. West Sussex: John Wiley & Sons, pp. 558-559.

Courtwright, D.T., 2010. The NIDA brain disease paradigm: History, resistance and spinoffs. *BioSocieties*, 5(1), pp. 137-145.

Degenhardt, L., Charlson, F., Mathers, B., Wayne, D.H., Abraham, D.F., Johns, N. & Vos, T., 2014. The global epidemiology and burden of opioid dependence: results from the global burden of disease, 2010 study. *Society for the Study of Addiction*, 109(8), pp. 2-12.

Degenhardt, L. & Hall, W., 2012. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *The Lancet*, 379(9810), pp. 55-70.

Deren, S., Naegle, M., Hagan, H. & Ompad, D.C., 2017. Continuing links between substance use and HIV highlight the importance of nursing roles. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 28(4), pp. 2-5.

Dragišić, T., Dickov, A., Dickov, V. & Mijatović, V., 2015. Drug addiction as risk for suicide attempts. *Materia Socio Medica*, 27(03), pp. 88-191.

Drev, A., Štokelj, R. & Krek, M., 2011. Nacionalno poročilo o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji. In: M. Krek, ed. *Z drogami povezano zdravljenje in obravnava*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 69-92.

Ducharme, L.J., Knudsen, H.K., Abraham, A.J. & Roman, P.M., 2010. Counselor attitudes toward the use of motivational incentives in addiction treatment. *The American Journal on Addictions*, 19(6), pp. 496-500.

Dular, K., 2012. Dinamika in funkcioniranje družine kot dejavnika tveganja za razvoj odvisnosti od psihoaktivnih snovi. *Socialna pedagogika*, 16(3), pp. 249-281.

Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (EMCDDA), 2012. *Stanje na področju problematike drog v Evropi*. [pdf] Urad za publikacije Evropske unije. Available at: [www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_190854\\_SL\\_TDAC12001SLC\\_.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_190854_SL_TDAC12001SLC_.pdf) [Accessed 15 August 2019].

Fauziah, I., Arifin, Z., Wan Shahrazad, W.S., Lukman, Z.M., Roseliza-Murni, A.R., Zainah, A.Z. & Siti Fatimah, G., 2010. Measuring motivational readiness for change among drug addicts in Malaysia, a descriptive analysis. *The social sciences*, 5(5), p. 429.

Ford, R., 2011. Interpersonal challenges as a constraint on care: The experience of nurses' care of patients who use illicit drugs. *Contemporary Nurse*, 37(2), pp. 241-252.

Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J.J. & Arteaga, A., 2011. Violent Behaviors in drug addiction. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(1), pp. 142-150.

Fleischauer, A.T., Ruhl, L., Rhea, S. & Barnes, E., 2017. Hospitalizations for endocarditis and associated health care costs among persons with diagnosed drug dependence - North Carolina, 2010–2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 66(22), pp. 568-570.

Gabrovec, B., Albreht, T., Jelenc, M., Lobnikar, B., Prislan, K., Macur, M., Kršič, I. & Selak Š., 2018. *Raziskovalno poročilo: analiza opravljenih raziskav in literature na področju pojavnosti agresije nad zaposlenimi v zdravstvu ter primerjava s tujino*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za zdravje, p. 21.

Ghani, M.A., Brown, S.E., Khan, F., Wickersham, J.A., Lim, S.H., Dhaliwal, S.K. & Altice, F.L., 2015. An exploratory qualitative assessment of self-reported treatment

outcomes and satisfaction among patients accessing an innovative voluntary drug treatment centre in Malaysia. *International Journal of Drug Policy*, 26(2), pp. 175-182.

Gideon, L., 2010. Drug offenders' perceptions of motivation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 54(4), pp. 597-600.

Go, F., Dykeman, M., Santos, J. & Muxlow, J., 2010. Supporting clients on methadone maintenance treatment: a systematic review of nurse's role. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(1), pp. 17-27.

Griffiths, M., 2015. Classification and treatment of behavioural addictions. [online] Available at: <https://www.nursinginpractice.com/classification-and-treatment-behavioural-addictions> [Accessed 15 May 2020].

Hernandez, S.H. & Nelson, L.S., 2010. Prescription drug abuse: Insight into the epidemic. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 88(3), pp. 307-310.

Ivanuša, M., 2014. Povzetek. In: M. Zorko, T. Hočevar, T. Tančič Grum, A. Kerstrin Petrič, V. Radoš Krnel & M. Lovrečič, eds. *Alkohol v Sloveniji, trendi v načinu pitja, zdravstvene posledice škodljivega pitja, mnenja akterjev in predlogi ukrepov za učinkovitejšo alkoholno politiko*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 16-23.

Jandl, M., 2010. Z drogami povezano zdravljenje: povpraševanje po zdravljenju in dostopnost do zdravljenja. In: M. Krek, ed. *Nacionalno poročilo 2010 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 40-52.

Jukić, V., 2015. Ovisnosti o drogama. In: U. Begić, V. Jukić & V. Medved, eds. *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada, pp. 121-128.

Kastelic, A., 2015. Programi zdravljenja odvisnosti od drog v Republiki Sloveniji. In: J. Čuk, ed. *Ob dvajsetletnici ustanovitve mreže centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, p. 11.

Kastelic, A. & Kostnapfel Rihtar, T., 2010. Substitucijski programi zdravljenja odvisnosti od opioidov v Sloveniji. *Zdravniški vestnik*, 79(7), pp. 575-576.

Kelly, S.M., O'Grady, K.E., Brown, B.S., Mitchell, S.G. & Schwartz, R.P., 2010. The role of patient satisfaction in methadone treatment. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 36(3), pp. 150-154.

Kersnik, J., 2010. Kakovost v zdravstvu. *Zdravniški vestnik*, 79(7/8), pp. 575-581.

Kimber, J., Copeland, L., Hickman, M., Macleod, J., McKenzie, J., De Angelis, D. & Robertson, J.R., 2010. Survival and cessation in injecting drug users: prospective observational study of outcomes and effect of opiate substitution treatment. *BMJ* 341(1), pp. 1-2.

Kmetovič Prkačin, K., n.d. *Rizični čimbenici za razvoj ovisnosti i znakovi za uzburu*. [online] Available at: <https://www.zzjzdnz.hr/hr/zdravlje/mentalno-zdravlje/557> [Accessed 25 September 2019].

Koob, G.F. & Volkow, N.D., 2010. Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), pp. 217-225.

Konda, I. & Jevtić, P., 2015. Zagotavljanje kakovosti zdravstvenih storitev. In: N. Kregar Velikonja & M. Blažič, eds. *Celostna obravnava pacienta v zdravstvenem in socialnem varstvu: zbornik prispevkov. Novo mesto, 14. november 2014*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 159-160.

Kodrič, P., 2012. Preprečevanje in zdravljenje odvisnih od nedovoljenih drog. In: M. Debevec Švigelj & L. Kovač Vouk, eds. *Seminar sekcije medicinskih sester in*

zdravstvenih tehnikov v psihiatriji: Svetovalne in motivacijske tehnike za delo s pacienti. Šmarješke toplice, 18. oktober 2012. Šmarješke toplice: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 44-50.

Kramar, Z., 2011. Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(3), pp. 169-170.

Krokmyrdal, K.A. & Andenæs, R., 2015. Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study. *Nurse Education Today*, 35(6), pp. 789-792.

Kvas, A. & Seljak, J., 2015. Sources of workplace violence against nurses. *Work*, 52(1), pp. 177-184.

Lee, M.T., Horgan, C.M., Garnick, D.W., Acevedo, A., Panas, L., Ritter, G.A., Dunigan, R., Babakhanlou-Chase, H., Bidorini, A., Campbell, K., Haberlin, K., Huber, A., Lambert-Wacey, D., Leeper, T. & Reynolds, M., 2014. A Performance measure for continuity of care after detoxification. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47(2), pp. 3-4.

Lejko-Zupanc, T., 2013. Globalni pogled na problematiko okužb, povezanih z zdravstvom. In: M. Petrovec, ed. 5. *Baničevi dnevi – Okužbe, povezane z zdravstvom: zbornik srečanja. Šempeter pri Novi Gorici, november 2013*. Ljubljana: Medicinski razgledi, pp. 5-6.

Loboda, B. & Švigelj Debevec, M., 2010. Predstavitev centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog in delo v njih. In: B. Bregar & R. Sotler, eds. *Seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji: Delo z odvisnimi – povezovanje primarnega s sekundarnim zdravstvenim varstvom*. Ljubljana,

11. junij 2010. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 6-9.

Macur, M., Drev, A., Hovnik Keršmanc, M., Koprivnikar, H., Kvaternik, I. & Zorko, M., 2015. Opis raziskave in metodologije. In: M. Macur, A. Drev, M. Hovnik Keršmanc, H. Koprivnikar, I. Kvaternik & M. Zorko, eds. *Uporaba tobaka, alkohola in prepovedanih drog med prebivalci Slovenije ter neenakosti in kombinacije uporabe*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 23-36.

Marhe, R., Waters, A.J., Van de Wetering, B.J.M. & Franken, I.H.A., 2013. Implicit and explicit drug-related cognitions during detoxification treatment are associated with drug relapse: An ecological momentary assessment study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(1), pp. 1-12.

Mckay, J.R., 2019. Continuing care for addiction: Indications, features, and efficacy. [online] Available at: <https://www.uptodate.com/contents/continuing-care-for-addiction-context-components-and-efficacy> [Accessed 18 December 2019].

Mcketin, R., Lubman, D.I., Jake, M., Dawe, S., Butterworth, P. & Baker, A.L., 2014. Does methamphetamine use increase violent behaviour? Evidence from a prospective longitudinal study. *Addiction*, 109(5), p. 803.

Mehić-Basara, N., Marjanović-Lisac, S., Martinac, M., Softić, J., Grabovica, M., Iskra, V. & Kovačević, M., 2014. *Opioidna supstitucijska terapija (OST) Vodič za osoblje kazнено-popravnih ustanova*. [pdf] Zavod za javno zdravstvo Federacije Bosne in Hercegovine. Available at: <https://www.zzjzfbih.ba/wpcontent/uploads/2019/01/Vodi%C4%8D-za-osoblje-KPZ-OST-terapija.pdf> [Accessed 30 August 2019].

Miller, M., 2014. Patient satisfaction, prescription drug abuse, and Potential unintended consequences. *JAMA*, 307(13), p. 1377.



Ministrstvo za zdravje, 2016. *Okvirna izhodišča za zakon o kakovosti in varnosti v zdravstvu*. [online] Available at: [http://www.zdruzenjeobcin.si/fileadmin/datoteka/2016/PREDLOGI\\_ZAKONOV\\_IN\\_DRUGIH\\_AKTOV/22122016\\_Okvirna\\_izhodišca\\_za\\_Zakon\\_o\\_kakovosti\\_in\\_varnosti\\_v\\_zdravstvu.pdf](http://www.zdruzenjeobcin.si/fileadmin/datoteka/2016/PREDLOGI_ZAKONOV_IN_DRUGIH_AKTOV/22122016_Okvirna_izhodišca_za_Zakon_o_kakovosti_in_varnosti_v_zdravstvu.pdf) [Accessed 15 September 2019].

Ministrstvo za zdravje, 2019. *Kakovost zdravstvenega varstva*. [online] Available at: <https://www.gov.si teme/kakovost-zdravstvenega-varstva/> [Accessed 10 September 2019].

Mir-Nasseri, M.M., Khani, A.M., Tavakkoli, H., Ansari, E. & Poustchi, H., 2011. Incarceration is a major risk factor for blood-borne infection among intravenous drug users. *Hepatitis Monthly*, 11(1), p. 19-20.

Monks, R., Topping, A. & Newell, R., 2012. The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: a grounded theory study. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), pp. 935-940.

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2015. *Z novimi pristopi do novih generacij*. [pdf] Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: <http://www.nijz.si/sl/z-novimi-pristopi-do-novih-generacij> [Accessed 16 March 2019].

National institute on drug abuse (NIH), 2019. *Treatment approaches for drug addiction*. [online] Available at: <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/treatment-approaches-drug-addiction> [Accessed 16 August 2019].

Novaković, S., 2013. Politika drog katalizator družbenega konflikta. In: V. Grahovec, ed. *Svit*. Koper: Društvo za pomoč odvisnikom in njihovim družinam, p. 4.

Oroszy, D. & Garašević, Z., 2017. Kakovost in varnost v zdravstvu - meriti, kar je pomembno. In: M. Bahun & S. Jerebic, eds. *10. dnevi Angele Boškin: Ali znamo*

izmeriti kakovost in varnost zdravstvene obravnave: zbornik prispevkov. Hotel Špik, Gozd Martuljek, 16. november 2017. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, pp. 15-18.

Peacock, A., Leung, J., Larney, S., Colledge, S., Hickman, M., Rehm, J., Giovino, G.A., Robert West, R., Hall, W., Griffiths, P., Gowing, P., Marsden, J., Ferrari, A.J., Grebely, J., Farrell, M. & Degenhard, L., 2018. Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. *Society for the study of addiction*, 18(113), pp. 1905-1926.

Pribakovič-Brinovec, R., Masten Cuznar, O., Ivanuša, M., Leskošek, B., Pajntar, M., Poldrugovac, M., Simčič, B. & Tušar, S., 2010. Izbira kazalnikov kakovosti. In: B. Simčič & M. Poldrugovac, eds. *Priročnik o kazalnikih kakovosti*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, pp. 9-11.

Rehm, J., Anderson, P., Barry, J., Dimitrov, P., Elekes, Z., Feijão, F., Frick, U., Gual, A., Gmel, G., Kraus, L., Marmet, S., Raninen, J., Maximilien, X., Scafato, E., Shield, K.D. & Trapencieris, M., 2015. Prevalence of and potential influencing factors for alcohol dependence in Europe. *European Addiction Research*, 21(01), pp. 6-18.

Reif, S., Larson, M., Cheng, D.M., Allensworth-Davies, D., Samet, J. & Saitz, R., 2011. Chronic disease and recent addiction treatment utilization among alcohol and drug dependent adults. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 6(28), pp. 5-10.

Robida, A., 2010. *Naša kultura je kultura varnosti pacientov*. [online] Available at: <https://www.prosunt.si/prosunt-2-2-2/varnost-pacientov-2/> [Accessed 20 September 2019].

Robida, A., 2013. Zaznavanje kulture varnosti pacientov v slovenskih akutnih splošnih bolnišnicah. *Zdravniški vestnik*, 82(10), p. 649.

Saulle, R., Vecchi, S. & Gowing, L., 2017. Supervised dosing with a long-acting opioid medication in the management of opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(1), pp. 7-10.

Schäffer, D., Schafberger, A. & Sweers, H., 2017. *Drogen und hepatitis*. [pdf] Bengt Quade, Deutsche AIDS-Hilfe. Available at: <https://www.aidshilfe.de/shop/pdf/8547> [Accessed 15 February 2020].

Shumway, S.T., Bradshaw, S.D., Harris, K.S. & Baker, A.K., 2013. Important Factors of Early Addiction Recovery and Inpatient Treatment. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 31(1), pp. 3-10.

Simčič, B., 2010. Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu. In: N. Banović, C. Barbo, M. Ferjanc, E. Furlan, E. Hočevar, F. Metod, M. Rusimovič, T. Svenšek, R. Štumberger, R. Veternik, J. Vižintin Zupančič, D. Vučak & A. Zorko, eds. *Priložnosti in možnosti za večjo učinkovitost v zdravstvu. Lipica, 21.–22. oktober 2010*. Lipica: Društvo ekonomistov v zdravstvu, pp. 99-103.

Sinnott-Armstrong, W. & Pickard, H., 2013. What is addiction? In: B. Fulford, M. Davies, G. Graham, R. Gipps, J. Sadler & G. Stanghellini, eds. *The Oxford handbook of philosophy of psychiatry*. Oxford, UK: Oxford University Press, pp. 852-853.

Smyth, B.P., Barry, J., Keenan, E. & Ducray, K., 2010. Lapse and relapse following inpatient treatment of opiate dependence. *Irish Medical Journal*, 103(6), pp. 176-179.

Stelfox, H.T. & Straus, S.E., 2013. Measuring quality of care: considering measurement frameworks and needs assessment to guide quality indicator development. *Journal of Clinical Epidemiology*, 66(12), pp. 1320-1327.

Stevens, L., Verdejo-García, A., Roeyers, H., Goudriaan, A.E. & Vanderplasschen, W., 2015. Delay discounting, treatment motivation and treatment retention among substance-dependent individuals attending an inpatient detoxification program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 49(2015), pp. 58-64.

Sveučilišni savjetovanišni centar Sveučilišta u Rijeci (SSC), 2013. *Ovisnost o drogama*. [online] Available at: <https://www.ssc.uniri.hr/files/Ovisnosti.pdf> [Accessed 26 September 2019].

Šegrec, N. & Kastelic, A., 2012. Predoziranje pri uživalcih drog. In: B. Novak-Šarotar, P. Pregelj & B. Jurij, eds. *Zbornik 5. slovenskega psihiatričnega kongresa: zbornik predavanj. Grand hotel Bernardin Ljubljana, 14.–17. november 2012*. Ljubljana: Združenje psihiatrov pri SZD, p. 33.

Švarcl, D., 2012. *Uporabnost supervizije pri zaposlenih v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Tiffany, S.T., Friedman, L., Greenfield, S.F., Hasin, D.S. & Jackson, R., 2011. Beyond drug use: a systematic consideration of other outcomes in evaluations of treatments for substance use disorders. *Addiction*, 107(4), pp. 709-715.

Tookes, H., Diaz, C., Li, H., Halid, R. & Doblecki-Lewis, S., 2015. A Cost analysis of hospitalizations for infections related to injection drug use at a county safety-net hospital in Miami Florida. *PLOS ONE*, 10(6), p. 1.

Tomašević, A. & Kastelic, A., 2015. Programi zmanjševanja škode pri osebah, ki uporabljajo psihoaktivne snovi. *Medicinski razgledi*, 54(03), pp. 399-407.

Topić, P., n.d. *Najnovjša opredelitev zasvojenosti*. [pdf] Inštitut za zasvojenosti in travme, zavod za izobraževanje, raziskave in psihoterapijo. Available at: <https://www.petertopic.si/images/ASAM%20Definition%20of%20addiction%202011.pdf> [Accessed 20 September 2019].

Trujols, J., Garijo, I., Siñol del Pozo, N., Portella, M.J. & Pérez de los Cobos, J., 2012. Patient satisfaction with methadone maintenance treatment: The relevance of

participation in treatment and social functioning. *Drug and Alcohol Dependence*, 123(1-3), pp. 41-47.

Tušar, S., Kociper, B. & Zupančič, V., 2016. Pogled ministrstva na zadnjih 10 let kakovosti v zdravstvu. In: M. Bahun & B. Pavlenč, eds. *10 let vodenja kakovosti v slovenskem zdravstvu: izkušnje, dobre prakse, ovire*. Jesenice: Splošna bolnišnica, pp. 11-16.

Verster, J.C., Brady Marc Galanter, K. & Conrod, P., 2012. Drug use and abuse and human aggressive behavior. In: P. Hoaken, V.L. Hamill, E.H. Ross, M. Hancock, M.J. Lau & J.L. Tapscott, eds. *Drug Abuse and Addiction in Medical Illness*. Springer New York, 2012, p. 467.

Yuodelis-Flores, C. & Ries, R.K., 2015. Addiction and suicide: A review. *The American Journal on Addictions*, 24(2), pp. 98-104.

World Health Organization (WHO), 2016. *Global information system on alcohol and health (GISAH)*. [online] Available at: <https://www.who.int/gho/alcohol/en> [Accessed 15 March 2019] .

World Health Organization (WHO), 2019. *Suicide in the world, Global Health Estimates*. [pdf] World Health Organization. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf> [Accessed 15 March 2019].

## PRILOGA

### VPRAŠALNIK

Spoštovani!

Sem Melisa Duranović in sem absolventka študijskega programa prve stopnje Zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. V okviru diplomskega dela pripravljamo raziskavo na temo: **Kakovost zdravstvene obravnave v centrih za odvisnost od prepovedanih drog** pod mentorstvom Branka Bregarja, dipl. zn., viš. pred. Z vprašalnikom bomo za diplomsko delo raziskali vaše mnenje o kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave pacientov od prepovedanih PAS. Ker bo raziskava potekala po delfi metodi, bo raziskava potekala v dveh krogih. V prvem krogu vam bomo zastavili eno vprašanje, na katerega vas prosimo, da odgovorite z vsaj 10 trditvami/izjavami ali vašimi mnenji. Pri tem upoštevajte, da so le-te razporejene od najpomembnejše do najmanj pomembne. Na podlagi analize odgovorov prvega kroga vam bomo v drugem krogu raziskave poslali vprašalnik z različnimi trditvami glede kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave pacienta, odvisnega od prepovedanih PAS. Prosili vas bomo, da na trditve odgovorite na podlagi pet stopenjske Likertove lestvice strinjanja.

Vljudno vas prosimo, da si vzamete nekaj minut časa in odgovorite na spodaj napisano vprašanje. Raziskava je anonimna, sodelovanje v raziskavi pa je popolnoma prostovoljno. Podatki bodo uporabljeni izključno za pripravo diplomskega dela.

Za vaše sodelovanje se iskreno zahvaljujemo.

Melisa Duranović

---

Starost:

Izobrazba:

1. Kaj za vas pomeni kakovost zdravstvene obravnave pacientov, odvisnih od prepovedanih PAS. Navedite vsaj 10 trditev. Prva naj bo najpomembnejša in zadnja za vas najmanj pomembna trditev.

PRIMER 1: (Lahko ga tudi uporabite za svojo trditev): »Zame pomeni kakovost in varnost zdravstvene obravnave, da pacient ni agresiven.«

1. trditev: \_\_\_\_\_.

2. trditev: \_\_\_\_\_.

3. trditev: \_\_\_\_\_.

4. trditev: \_\_\_\_\_.

5. trditev: \_\_\_\_\_.

6. trditev: \_\_\_\_\_.

7. trditev: \_\_\_\_\_.

8. trditev: \_\_\_\_\_.

9. trditev: \_\_\_\_\_.

10. trditev: \_\_\_\_\_.