

Vesna Zupančič

PROCES RAZVOJA NOVE VARNE »NORMALNOSTI« V (ZOBO)ZDRAVSTVU Z VIDIKA INTEGRIRANEGA (INDIVIDUALNEGA IN SISTEMKEGA) ODZIVA NA EPIDEMIO COVID-19: ŠTUDIJA PRIMERA

IZVLEČEK

Pandemija COVID-19 je hitro prizadela vsako področje našega vsakdanjega življenja in pomeni globalni izziv tudi za naše zdravstvene sisteme. Ključna vprašanja so povezana s pripravljenostjo zdravstvenega sistema na »šok«, hitrostjo prepoznavanja in odziva na začetek »šoka«, z upravljanjem učinka »šoka« ter obnovitvijo sistema in učenjem. Gre za t. i. resilience oziroma odpornost sistema. Namen raziskave je bil dokazati pomen individualne in kolektivne odgovornosti pri odzivu na epidemiološki »šok« na izbranem področju medicine – v zobozdravstvu. Izvedena je bila kvalitativna študija primera odpornosti slovenskega sistema zdravstvenega varstva na epidemijo COVID-19 na primeru zobozdravstvenega varstva v Sloveniji.

KLJUČNE BESEDE: odpornost sistema zdravstvenega varstva, COVID-19, zobozdravstvo, kakovost in varnost, mreženje, individualna in kolektivna odgovornost

The Process of Developing a New Safe “Normal” in (Dental) Healthcare in Terms of an Integrated (Individual and Systemic) Response to the Covid-19 Epidemic: A Case Study

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic rapidly affected every aspect of our day-to-day lives and soon also became a global challenge for healthcare systems. The key issues concern the health system's readiness for the “shock”, the speed at which the outbreak of the “shock” was detected and responded to, how to cope with the “shock effect”, and how to restore the system and learn. It is about what is known as system resistance. The aim of the research was to demonstrate the importance of collective and individual responsibility in the response to the pandemic “shock” in the chosen field of medicine: dentistry. A qualitative study of the case of the Slovenian healthcare system's resistance to the COVID-19 epidemic in terms of dental care in Slovenia was carried out.

KEY WORDS: *resilience of the healthcare system, COVID-19, dentistry, quality and safety, networking, individual and collective responsibility*

1 Uvod

Pandemija COVID-19 nas je odkrito opozorila na šibkosti nekaterih naših najbolj osnovnih sistemov vsakdanjega življenja, tudi v zagotavljanju dostopnosti ter varnosti in kakovosti zdravstvene obravnave. Zaradi epidemije se je pokazalo, da lahko imajo viri, ki so pri običajnem upravljanju in poslovanju odvečni, latentno vrednost, ki jo lahko dosežemo zgolj zaradi »šoka« (Nemeth in dr. 2008: 1). Sistem obvladovanja tveganj se prepogosto razume kot sredstvo za ohranjanje virov v imenu učinkovitosti in posledično zmanjševanje odvečnosti na nič. Brez odvečnosti pa je za sistem značilna večja ranljivost in malo ali nič sposobnosti prilagajanja na »šoke«, kar pa vodi v očitne, drugače preprečljive posledice (Nemeth in dr. 2008: 1-2). Pomanjkanje zaščitnih mask, testov za ugotavljanje okužbe, respiratorjev in drugih bistvenih predmetov je zdravstvene in druge delavce nevarno izpostavilo tveganju za njihovo zdravje (Heinzerling in dr. 2020: 472).

Ključna vprašanja v povezavi z odpornostjo¹ zdravstvenega sistema na

1. Izraz *resilience* prevajamo kot odpornost sistema. Pri tem se zavedamo, da je opredelitev pojma še v razvoju, ravno tako raba najbolj sprejemljivega izraza v slovenskem jeziku.

epidemiološki »šok« zaradi COVID-19 so povezana s pripravljenostjo sistema na »šok« (Faza A), hitrostjo prepoznavanja in odziva na začetek »šoka« (Faza B), z upravljanjem učinka »šoka« (Faza C) ter obnovitvijo sistema in učenjem (Faza D). Odpornost sistema (angl. *resilience in practice*), definiramo kot zmogljivost sistema, da zazna ter se učinkovito odzove in prilagodi na »šok« s strukturnimi spremembami na način, ki mu omogoča, da vzdržuje potrebne storitve in čim hitreje nadaljuje z optimalno zmogljivostjo ter preoblikovanjem njegove strukture in funkcije z (po možnosti) zmanjšanjem njegove ranljivosti za podobne »šoke« in strukturne spremembe v prihodnosti (Fridell 2019: 6–7). V okviru proučevanja odpornosti v zdravstvu je bila še posebej pod našim drobnogledom odzivnost zobozdravstvenega sistema. Watt (2020: 462) poudarja, da je potrebna radikalna reforma sistemov zdravstvenega varstva ustne votline, kar bo zahtevalo pogumno in drzno odločanje političnih in poklicnih voditeljev. Delež oseb z neizpolnjenimi potrebami po zobozdravstvenih storitvah je med 28 državami Evropske unije v letu 2018 zaradi čakalnih dob znašal 0,2 %, v Sloveniji 2,9 %, in zaradi finančnih razlogov med državami Evropske unije 0,2 %, v Sloveniji 0,9 % (Eurostat 2019: 16).

Ob pojavu epidemije so zobozdravniki čutili moralno dolžnost zmanjšati rutinsko oskrbo zaradi strahu pred širjenjem virusa SARS-CoV-2 med svoje paciente in širše, vendar so bili razumljivo zaskrbljeni tudi zaradi finančnih posledic (Coulthard 2020: 503). Med opravljanjem večine standardnih posegov v zobozdravstvu namreč prihaja do sproščanja in razširjanja aerosolov, majhnih delcev, okuženih s patogeni (Guo in dr. 2020: 321). Ugotavlja se, da se koronavirusi v večini primerov s človeka na človeka prenašajo prek velikih respiratornih kapljic, bodisi z vdihavanjem bodisi z odlaganjem na površino sluznic. Druge poti, domnevno povezane s prenosom koronavirusov, vključujejo stik z okuženimi površinami oz. predmeti in vdihavanje aerosolov, katerih vir so postopki, pri katerih nastajajo aerosoli; na tem področju je sicer zaradi pomanjkanja empiričnih podatkov še veliko nejasnosti (ECDC 2020; Coulthard 2020: 503). Neposredno je tako ogroženo tudi zdravje zobozdravnika, zobozdravstvenega asistenta in morebitnega drugega delovnega osebja v ambulantni. Ne le da veliko zaščitnih mask patogenov ne filtrira v celoti, okužba se prenaša prek vseh predmetov, na katere se iz zraka naložijo patogeni delci (Brian 2020). Pri zobozdravnikih in drugih sodelujočih v timih se tako posledično pojavljajo tudi negotovost, strah in tesnoba (Mohsen Aly in Aly Elchaghaby 2020: 4).

Sociološka teorija ima razmeroma dolgo zgodovino pojmov vključno s koncepti, kot so »kultura tesnobe« (Crawford 2004), obdobje »negotovosti« (Bauman 1999), »ontološka negotovost« (Giddens 1990) in »eksistencialna tesnoba« (Giddens 1991). Tako kot Ward (2020) se sprašujemo, kako pomembni so ti

koncepti pri odzivnih ukrepih zobozdravstvenega sistema na epidemiološki »šok« covid-19 v razmišljanjih posameznikov in javnosti, kdaj se bo to končalo, kdaj bo »vrnitev v normalno stanje« – kako bo videti »novo normalno«. Ideje strahu in negotovosti tako lahko povežemo tudi z Beckovimi idejami o tveganju (Beck 2009; Zinn 2020) in Gidensovim razmišljanjem o zaupanju (Giddens 1991).

1.1 Koncept odpornosti in njegovo uveljavljanje na področju zdravstva

Hollnagel (2009: xxix) razlaga, da beseda *resilence* izvira iz latinske predpone »re-« (nazaj) in glagola »salire« (skočiti, preskočiti) ter da ga inženirstvo v znanosti že dolgo uporablja za opisovanje sposobnosti materiala, da absorbira energijo, ne da bi pri tem izgubil svojo prvotno obliko ali značilnosti. Sčasoma so različne discipline izraz sprejele, ga prilagodile ter mu dodale različne interpretacije in vidike. Biddle in drugi (2020: 1088) so pri pregledu raziskovanj odpornosti ugotovili, da so bila v dosedanjih raziskavah proučevanja odpornosti zaradi nalezljivih bolezni najpogostejši izziv. Študije v zdravstvu je mogoče razvrstiti v tri skupine: (1) kvantitativne študije, osredotočene na zagotavljanje storitev, ki uporabljajo kazalnike izkoriščenosti storitev in so lahko dostopne za oceno odpornosti pred šokom, med njim in po njem (Kozuki in dr. 2018; Ray-Bennett in dr. 2019), (2) kvalitativne študije, osredotočene na zdravstveno delovno silo, na katere vplivajo ideje o vsakdanji odpornosti, in obravnavanje prispevkov socialne povezanosti in vodenja k odpornosti zdravstvenega sistema (Brooke-Sumner in dr. 2019; Thude 2019), (3) študije, ki zajemajo široko perspektivo odpornosti zdravstvenega sistema in preučujejo številne gradnike zdravstvenega sistema ali vidike zdravstvenega sistema za oceno odpornosti (Ling in dr. 2017; Meyer in dr. 2018; Watts in dr. 2018). Wreathall (2006) je poskušal izbrati sklope kazalnikov, ki preslikajo vidike odpornosti. Takšni ukrepi naj bi pravočasno opozorili na vrzeli v običajnih delovnih praksah, da se že v času naraščanja pritiska razvijajo ustrezne prilagoditve. Medtem ko se opredelitve in koncepti odpornosti zdravstvenih sistemov v literaturi bistveno razlikujejo, imajo vsi skupno jedro: odpornost obravnavajo kot stopnjo spremembe, ki jo lahko sistem obdrži, hkrati pa ohrani svojo funkcionalnost. Ugotavljajo, kaj naredi razliko med organizacijami, ki nehotе ustvarjajo zapletenost in zgrešijo signale, da se tveganja povečujejo, in organizacijami, ki lahko uspešno vodijo procese z visokim tveganjem (Biddle in dr. 2020: 1087).

Poleg tega je, kot poudarjajo Hanefeld in dr. (2018: 336), pomembno priznati vpliv oz. vlogo nezdravstvenih vidikov, kot je npr. socialna politika, na splošno odpornost zdravstvenega sistema. Politika in trgi so izjemno dinamični, oblikujejo se družbena gibanja, dnevne prakse se nenehno spreminjajo. Tudi

znanstveno stanje in negotovosti glede virusa se vsak dan spreminjajo, vključno z življenjsko pomembnimi informacijami o obetavnih zdravih in cepivih. Stabilnost in vpliv posameznih družbenih praks se poveča s povezovanjem (Schatzki 2005) z drugimi praksami, saj odnosi med praksami dodajajo pomen in po možnosti legitimnost (Hillebrandt 2014; Nicolini 2016). Zinn (2020) je opisal konceptualizacijo družbe tvegane Becka kot »novo socialno stanje, v katerem izjemno stanje postane novo normalno«. Za Goffmana (1983: 5) je ta normalnost kolektivni dosežek, ki je mogoč zaradi urejenosti interakcijskih dejavnosti, ki so nato zasnovane »na veliki podlagi skupnih kognitivnih predpostavk«. Zdi se, da je večina primarnih praks pandemije neposredno povezanih s formalnimi organizacijami, kot so bolnišnice, raziskovalni centri, javne uprave, ministrstva in zakonodajni organi itd. Te organizacije zagotavljajo strokovno znanje, vlagajo sredstva, postavljajo standarde, predlagajo (ali uveljavljajo) sodelovanje, hkrati pa uvajajo ukrepe, ki smo jim bili priča v zgodnjih fazah pandemije, kar daje občutek nujnosti in legitimnosti. Nošenje mask se lahko spremeni v (delno) družbeno normo in institucijo, zlasti če diskurzivne prakse institucionalizirajo zaskrbljenost javnosti zaradi nalezljivih bolezni (Hillebrandt 2014).

Dejansko se lahko pričakuje, da se bodo vse vrste pandemičnih praks, kot je npr. pogosto umivanje in razkuževanje rok, spremenile v stabilne rutine, ko se bodo povezale z drugimi družbenimi praksami in s podpiranjem legitimizacije prepovedi. Sistemski misleci, kot so Senge (2006) in Meadows (2009), so trdili, da v tem organskem svetu, v katerem je vse povezano, ni linearnih sistemov in da prejšnji pristopi k reševanju zapletenih problemov z razčlenjevanjem na manjše obvladljive elemente ne zadostujejo več. Obstajajo različne teorije o tem, kako sistemi delujejo in kako se sistem sam prilagodi spremembam. Odpornost sistema zdravstvenega varstva je sicer mogoče opisati z diagramom in natančno analizirati: $\text{odpornost (t)} = \text{pridobljeno po odboju deljeno z izgubljenost zaradi šoka}$ (Pratellesi in dr. 2020: 8). Thomas in dr. (2019) so na podlagi pregleda literature zagotovili tudi izčrpen seznam/matriko za oceno različnih vidikov odpornosti zdravstvenega sistema. Odpornost sistema zobozdravstvenega varstva sicer z uporabo teh spoznanj še ni bila izmerjena.

1.2 Namen, cilji raziskave in raziskovalno vprašanje

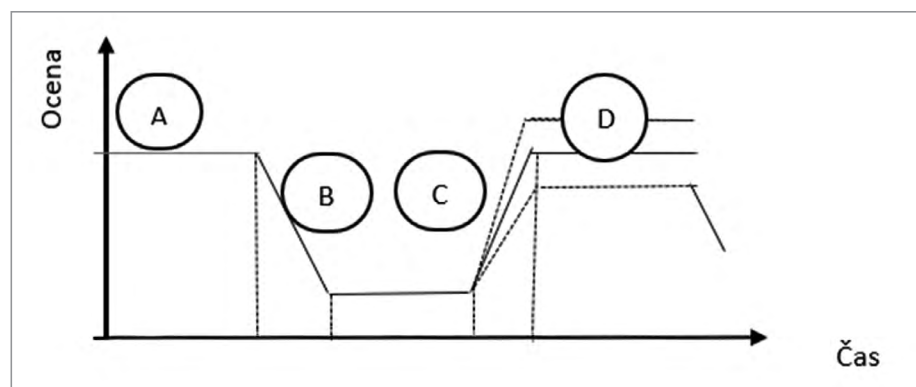
Namen raziskave je bil opozoriti na pomen kolektivne in individualne odgovornosti pri odzivu na epidemiološki »šok« na izbranem področju medicine, tj. v zobozdravstvu. V Sloveniji deluje več kot 1600 zobozdravnikov, od tega jih je 42,3 % zaposlenih v javnih zavodih, 41,4 % jih je zasebnikov s koncesijo in 12,6 % jih deluje v zasebni praksi brez koncesije (Strategija ustnega zdravlja v Republiki Sloveniji za obdobje 2020–2029 (predlog) 2019). Cilj raziskave je bil

na podlagi kvalitativne študije primera proučiti, kakšen družbeni izziv predstavlja epidemija COVID-19 z vidika odpornosti slovenskega sistema zobozdravstvenega varstva za zagotavljanje univerzalne zdravstvene pokritosti, varnosti in kakovosti zobozdravstvene obravnave pacientov kot uporabnikov storitev.

Upoštevajoč diagram poteka šoka (Slika 1) (Pratellesi in dr. 2020: 8), so bila zastavljena naslednja izhodiščna raziskovalna vprašanja:

- A. Kakšna je bila pripravljenost slovenskega sistema zobozdravstvenega varstva na »šok« zaradi pojava epidemije COVID-19?
- B. Kako hiter je bil odziv slovenskega sistema zobozdravstvenega varstva na začetek »šoka« zaradi pojava epidemije COVID-19?
- C. Kako je potekalo upravljanje z učinkom »šoka« na področju zobozdravstva?
- D. Kako je bilo (oziroma kako se načrtuje) z obnovitvijo sistema zobozdravstva in učenjem na podlagi pridobljenih izkušenj v zobozdravstvu?

Slika 1: Diagram poteka šoka.



Vir: Pratellesi in dr. (2020: 8).

2 Metoda

Uporabljen je bil kvalitativni raziskovalni pristop študije primera z vključitvijo dveh tehnik raziskovanja: kvalitativne analize vsebine zapisnikov videokonferenc ($n = 15$), izvedenih za namen odziva zobozdravstva v Sloveniji na epidemijo COVID-19, sprejetih odredb in odlokov, dopisov izvajalcem zdravstvene dejavnosti kot odzivov na epidemijo COVID-19 (Tabela 1) in individualnih dopisovanj po e-pošti ter refleksije sodelovanja s soudeležbo pri uvajanju začasnih ukrepov v zobozdravstvu zaradi COVID-19.

Tabela 1: Seznam dokumentov za vsebinsko analizo.

1	Strategija ustnega zdravja v Republiki Sloveniji za obdobje 2020–2029 (Predlog, 2019).			
2	Odredbo o razglasitvi epidemije nalezljive bolezni SARS-CoV-2 (COVID-19) z dne 12. 3. 2020 (Uradni list RS, št. 19/20).			
3	Odredba o začnih ukrepih za obvladovanje širjenja nalezljive bolezni SARS-CoV-2 (COVID-19) (Uradni list RS, št. 22/20)			
4	Odlok o začnih ukrepih na področju zdravstvene dejavnosti zaradi zajeitve in obvladovanja epidemije COVID-19 (Uradni list RS, št. 32/20 in 40/20).			
5	Odlok o prenehanju veljavnosti Odloka o začnih ukrepih na področj zdravstvene dejavnosti zaradi zajeitve in obvladovanja epidemije COVID-19 (Uradni list RS, št. 65/20) .			
6	Odredba o začnih ukrepih na področju opravljanja zdravstvene dejavnosti zaradi zajeitve in obvladovanja epidemije COVID-19 (Uradni list RS, št. 65/20).			
7	Navodila za zobozdravstvo z dne 11. 3. 2020.			
8	Navodila za izvajalce zobozdravstvene dejavnosti (8. 5. 2020).			
9–10	Dva dopisa za izvajalce zdravstvene dejavnosti v aprilu.			
Videokonference za zobozdravstvo				
		Datum	Čas trajanja	Ure
11	Zapisnik 1	16. 3. 2020	20.00-22.00	2
12	Zapisnik 2	20. 3. 2020	20.00-22.00	2
13	Zapisnik 3	24. 3. 2020	20.00-22.00	2
14	Zapisnik 4	26. 3. 2020	20.00-22.30	2,5
15	Zapisnik 5	29. 3. 2020	22.00-22.30	2,5
16	Zapisnik 6	1. 4. 2020	20.00-22.00	2
17	Zapisnik 7	8. 4. 2020	20.00-22.30	2,5
18	Zapisnik 8	10. 4. 2020	20.00-22.30	2,5
19	Zapisnik 9	15. 4. 2020	20.00-22.30	2,5
20	Zapisnik 10	17. 4. 2020	20.00-22.30	2,5
21	Zapisnik 11	22. 4. 2020	20.00-23.30	3,5
22	Zapisnik 12	24. 4. 2020	20.00-23.00	3
23	Zapisnik 13	29. 4. 2020	19.00-20.30	1,5
24	Zapisnik 14	4. 5. 2020	20.00-21.45	1,75
25	Zapisnik 15	9. 5. 2020	20.00-21.45	1,75

V raziskavo zajeti dokumenti so nastali v povezavi z odzivnostjo sistema zobozdravstvenega varstva na prvi val epidemije COVID-19 v obdobju od marca do julija 2020. Refleksija sodelovanja s soudeležbo pri uvajanju začasni ukrepov v zobozdravstvu zaradi COVID-19 pa je zajela nekoliko širše obdobje

in se je navezovala delno tudi na drugi val epidemije COVID-19. Pri analizi smo uporabili tehniko kodiranja virov. Oblikovali smo štiri vsebinske kategorije po Pratellesi in dr. (2020: 8). V kategorije smo kategorizirali kode in jih za potrditev dopolnili z izbranimi odseki besedil. Podatki so prikazani tako, da identiteta posameznih oseb ni razkrita.

3 Rezultati

A. Pripravljenost slovenskega sistema zobozdravstvenega varstva na »šok« zaradi pojava epidemije COVID-19

Pri pregledu pisnih virov so bile prepoznane naslednje kode: (1) neoptimalna urejenost področja, (2) nacionalno in lokalno upravljanje, (3) nepreskrbljenost z OVO, (4) nesodelovanje med različnimi strokovnimi instituti na področju zobozdravstva in (5) tekmovanje, prizadevanje za pomembnost. Z analizo refleksije sta bili dodatno prepoznani še dve kodi: (6) prizadevanje za razvoj in (7) potrebe prebivalstva za ustno zdravje. V predlogu Strategije ustnega zdravja v Republiki Sloveniji za obdobje 2020–2029 (predlog) (2019: 1–2) je zapisano:

Zobozdravstvena dejavnost na primarni ravni v Sloveniji je kljub temu, da so zobozdravstvene storitve pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in da so formalno dostopne, pomanjkljivo urejena. Financiranje ni transparentno, kar je dediščina sprememb izpred 20 let. Zaradi pomanjkanja epidemioloških podatkov ni podlag za načrtovanje in pripravo strategije zobozdravstvene dejavnosti. Bolezni ustne votline so pomemben javnozdravstveni problem, saj slabo ustno zdravje pomembno vpliva na splošno zdravje prebivalstva. Javna mreža le delno sledi potrebam prebivalstva, saj je dostopnost navidezna. To izkazujejo tudi dolge čakalne vrste za zobozdravstvene storitve. Hkrati nimamo natančnih podatkov o potrebah prebivalstva (Strategija ustnega zdravja v Republiki Sloveniji za obdobje 2020–2029 (predlog) 2019: 7).

Uporaba osebne zaščitne opreme (OVO) v zobozdravstvu ni potekala po standardu, sprejetem za čas COVID-19, zato tudi ni bilo ustreznih zalog. Med Razširjenim strokovnim kolegijem, ki deluje kot posvetovalni organ ministru za zdravje (RSK), in Odborom za zobozdravstvo pri Zdravniški zbornici Slovenije (OZZS) ni bilo tako rednega sodelovanja, ravno tako ne z instituti drugih članov zobozdravstvenega tima. Na Ministrstvu za zdravje (MZ) ni bilo posebej zadolžene osebe za področje zobozdravstva.

B. Odziv slovenskega sistema zobozdravstvenega varstva na začetek »šoka« zaradi pojava epidemije COVID-19

Pri pregledu pisnih virov so bile prepoznane naslednje kode: (1) sprememba normativne podlage, (2) reorganizacija sistema, (3) vzpostavljeno delovanje nujnih zobozdravstvenih ambulant, (4) pravočasnost odziva, (5) sodelovanje oz. preseganje nesoglasij, (6) prelaganje odgovornosti, (7) standard uporabe oz. zagotavljanje OVO, (8) uvedba triažiranja, (9) zbiranje statističnih in znanstvenih dokazov, (10) strah pred okužbo, (11) učinkovitost ukrepov za preprečevanje širjenja okužbe, (12) skrb oz. aktivnosti zaradi finančnih posledic. Z refleksijo sta bili dodatno prepoznani še dve kodi: (13) individualna odgovornost in (14) vloga države. V času epidemije so se vzpostavile nujne zobozdravstvene ambulante (NZA).

NZA so namenjene nujni zobozdravstveni obravnavi pacientov s sumom na okužbo s COVID-19, pacientov v karanteni ter pacientov, ki so okuženi oziroma oboleli zaradi COVID-19, torej nujnim zobozdravstvenim storitvam na primarni in sekundarni ravni zobozdravstvene dejavnosti, katerih opustitev bi pri teh pacientih vodila v trajne okvare splošnega in ustnega zdravja. Obravnavo v NZA predhodno uredi pacientov osebni zobozdravnik oziroma dežurni zobozdravnik. Priporoča se, da se pri obravnavi pacienta izbira postopke, pri katerih nastaja kar najmanj aerosola (Zapisnik videokonference 2 2020).

Pobudnik reorganizacije sistema je bil predsednik OZZZS, ki je pripravil predlog navodil. Na MZ je bil določen uradnik za pokrivanje področja zobozdravstva. Predlog je bil usklajen z RSK in potrjen na MZ, ki je z navodili za delo v zobozdravstvu nato seznanilo izvajalce zdravstvene dejavnosti. Sprejem navodil za zobozdravstvo z dne 11. 3. 2020 je sovpadal z datumom razglasitve epidemije z Odredbo o razglasitvi epidemije nalezljive bolezni SARS-CoV-2 (COVID-19) z dne 12. 3. 2020 (Uradni list RS, št. 19/20). Način organizacije dela je bil pri NZA zelo različen: »Načrtovanje kadrov in organizacija dela mora potekati zelo premišljeno. Nekje timi delajo več dni zaporedoma, polovica zaposlenih je v tem obdobju doma, potem se zamenjajo, nekje menjajo time vsaki drugi dan« (Zapisnik videokonference 2 2020).

Zelo hitro se je uvedla tudi triaža pacientov:

Naročilne knjige se uvedejo tam, kjer je to potrebno, da se prepreči stik med ljudmi v čakalnici ambulate. Telefonsko in e-triažiranje sta dobri rešitvi. Na triažiranju morajo biti zelo usposobljeni zobozdravniki. Kar se kaže na triažni točki, da bo potreben poseg, ni smiselno ta poseg odlagati in naj se opravi v tekočem dnevu (Zapisnik konference po Skypu 2 2020).

Sledil je izziv organizacije varnega dela z uporabo potrebne OVO. Pojavila so se vprašanja najprimernejšega standarda OVO, čas uporabe posameznega

kompleta OVO in kako si priskrbeti zadostne količine OVO. Za obdobje epidemije je OVO za NZA zagotavljalo MZ. Pri tem so zaradi strahu pred okužbo in zaradi pomanjkanja OVO zelo spremljali dogajanje glede okuženosti zobozdravstvenih delavcev: »Če je eden pozitiven, kaj z ostalimi v timu? Zdravstveni delavec obvesti vodjo, vodja ga napoti na testiranje. Zdravstvenega delavca se testira prednostno. V primeru pozitivnega izvida se pokliče lokalnega epidemiologa, ki odloči o nadaljnjih ukrepih« (Zapisnik videokonference 5 2020).

C. Upravljanje z učinkom »šoka« na področju zobozdravstva

Pri pregledu pisnih virov so bile prepoznane naslednje kode: (1) vzpostavljena mreža koordinatorjev za področje zobozdravstva, (2) (pre)močan odziv na šok oz. optimizacija dela, (3) prilaganje standarda uporabe oz. inovacije na področju OVO, (4) skrb za kakovost in varnost. Z refleksijo sta bili dodatno prepoznani še dve kodi: (5) medsebojna podpora in (6) načrtno ravnanje s kadri. Kot »odboj na šok« se je vzpostavila mreža koordinatorjev za področje zobozdravstva, ki je delovala pod okriljem OZZZS in je skrbela za prenos informacij med nacionalno in lokalno ravni. Sestavljali so jo regijski koordinatorji NZA, koordinatorja za specialistično obravnavo in za bolnišnično dejavnost ter koordinator za primarno raven, ki je bil hkrati vodja mreže koordinatorjev za področje zobozdravstva in predsednik OZZZS. Mreža koordinatorjev, ki se je redno sestajala na videokonferencah, je strokovno usmerjala in koordinirala prehod iz rutinskega dela ter načrtovala delo v času razglašene epidemije in ob postopnem vzpostavljanju zdravstvenih storitev.

Povzamemo lahko, da je bilo v prvih petih dneh delovanja obravnavanih 1100 pacientov, ki so bili v večini zdravi, obravnav pacientov s sumom na COVID-19 je bilo malo. Nekatere enote so zato uvedle obravnavo teh pacientov na koncu dela ambulant za zdrave. Samostojno ambulanto za paciente s sumom na okužbo pa bodo ponovno aktivirali, ko bo to potrebno (Zapisnik videokonference 2 2020).

Komunikacija je z izvajalci zdravstvene dejavnosti potekala na več ravneh: nacionalno z odredbami in odloki ter z dopisi in navodili ter javno z objavo na ključnih spletnih straneh. Za dnevno pojasnjevanje različnim deležnikom, tudi novinarjem, je bila komunikacija telefonska ali preko e-pošte. Zaradi izvajanja zgolj nujnih zobozdravstvenih storitev je sicer bila dosežena razpoložljivost potrebnega kadra za aktivne zobozdravstvene time. Sprejet je bil Odlok o dopolnitvi Odloka o začasnih ukrepih na področju zdravstvene dejavnosti zaradi zaježitve in obvladovanja epidemije COVID-19 (Uradni list RS, št. 49/20) za prerazporeditev obstoječega kadra in obveznost vključevanja zobozdravnikov koncesionarjev:

Pripravljeni so bili predlogi pogodb. V pogodbo je vključen dinamični člen. Dežuranje tistih, ki še nimajo urejene pogodbe, se odloži. Popolnoma je jasno, da so pogodbe pomembne za izvajalce zdravstvenih storitev, o tem je potrebno seznaniti upravo zavodov (Zapisnik videokonference 3 2020).

Polemike so potekale tudi glede dodatka za izredne razmere – kdo, kdaj, na katerih delovnih mestih in v kakšnem obsegu. Podan je bil predlog za 65 % dodatka za vse sodelujoče za čas delovanja v NZA, vključno z zaposlenimi, ki so delovali na triaži.

V okviru mreže koordinatorjev je bila obvezna tema pogovora tudi OVO. V aprilu 2020 je bil v uporabi celo pozdrav »Pa ne ostanite brez OVO!« (e-sporočilo z dne 3. 4. 2020). Zaradi najbolj perečega pomanjkanja zaščitnih mask FFP3 je bilo ključno vprašanje, ali so maske FFP2 in N95 dovolj za delo z pacienti, ki so okuženi z virusom SARS-Cov-2:

FFP3 ne bo mogoče dobiti, FFP2 ali N95 bi bilo ok. Zobozdravniki delajo z aerosolom. Če imajo 20 pacientov dnevno, 5 dni na teden in 1000 zobozdravnikov, je to 100.000 mask tedensko. Američani že znižujejo standarde glede OVO, vendar pa prevladuje mnenje, da dokler traja epidemija, to ni ok. Pri nas velja stališče, da bomo delo zaustavili, v kolikor jim zmanjka OVO. Čeprav pa si tega ne želijo, želijo delati, za to so se šolali (Zapisnik videokonference 7 2020).

Potem je bilo zaradi pomanjkanja ustreznih zaščitnih plaščev aktualno vprašanje šivanja zaščitnih plaščev:

Šivanje zgornjih plaščev je dobra rešitev. Mora imeti rokave. Pri naročanju števila pralnih plaščev je potrebno upoštevati čas pranja in sušenja, da se lahko plašč ponovno uporabi. Pomembno je, da so brez šivov oziroma da si šivi prekriti/varjeni. Ena izmed možnih poti je tudi prešpricanje ali prebrisanje sprednjega dela plašča z razkužilom, vključno z rokavi (Zapisnik videokonference 5 2020).

Zdravniki so intenzivno iskali možnosti in rešitve ponovne uporabe OVO, ki je bila primarno namenjena zgolj enkratni uporabi. Preverjali so možnosti uporabe plazemskih sterilizatorjev zraka, ki lahko neprestano delujejo za razkuževanje zraka v okolju s človeško dejavnostjo, zlasti v delovnem in čakalnem prostoru. Veliko je bilo usmerjanj glede varnosti in kakovosti obravnave: »Izvesti je potrebno čim manj ekstrakcij, zob se kljub izrednim razmeram poskusi pozdraviti. Antibiotik je začasna rešitev, ljudje se vračajo. Za zmanjševanje nastajanja aerosolov se uporablja koferdam oz. gumijsta opna« (Zapisnik videokonference 4 2020).

D. Obnovitev sistema in učenje na podlagi pridobljenih izkušenj v zobozdravstvu

Pri pregledu pisnih virov so bile prepoznane naslednje kode: (1) izvedba raziskave, (2) organizacija konference, (3) vzdrževanje strokovne mreže, (4) ustno zdravje otrok, (5) izivi pravičnega financiranja in (6) spremenjen standard dela. Z refleksijo so bile dodatno prepoznane še kode: (7) razlike v odzivu v drugem valu, (8) preventivno delovanje in (9) zagotavljanje trajnosti dela mreže koordinatorjev za področje zobozdravstva. Priprava na postopen povratak v običajno stanje s spremenjenim standardom dela se je v okviru OZZS pričela pravočasno. Pri pripravi na postopno uvajanje storitev je bilo poudarjeno medsebojno sodelovanje in združevanje znanj ter kolektivna odgovornost: »Načrt je sledeč: glede na epidemiološko situacijo je smiselno pričeti oblikovati celovita navodila za vzpostavitev ponovnega delovanja. Zagotovo bo RSK moral dati mnenje glede mask« (Zapisnik videokonference 9 2020).

Zlasti zasebniki in koncesionarji so težko čakali pričetek dela:

Začetek izvajanja nenujnih zobozdravstvenih storitev bo odvisen od epidemiološke situacije v Sloveniji. Predvsem od možnosti, da se izvajalcem zagotovi ustrezno zaščitno opremo, saj bomo le tako povečali varnost pacientov in zmanjšali možnost prenosa okužbe z novim koronavirusom. Ravno zato bo opuščanje omejitev potekalo postopoma, po fazah. Pri tem bomo upoštevali priporočila in stopnje tveganja za škodo na ustnem zdravju pacientov za posamezno specialno področje (Osebna komunikacija v okviru mreže koordinatorjev za področje zobozdravstva 2020) .

Pri tem so že zelo zgodaj pričeli opozarjati na spremembo v standardu dela:

/.../ zaradi varnostnih ukrepov ne bo možno v kratkem času nadomestiti izvedbo obravnav pacientov, ki so bili naročeni v vmesnem obdobju, ter da se tudi ob vzpostavitvi delovanja zelo zmanjša število obravnavanih pacientov dnevno«. »Posebej se bo potrebno posvetiti otroškemu in mladinskemu zobozdravstvu in pričetku izvajanja preventivnih storitev, ter pri posameznem pacientu izvesti več storitev pri posameznem obisku (Zapisnik videokonference 12 2020).

Navodila za izvajalce zobozdravstvene dejavnosti so bila sprejeta isti dan, 8. 5. 2020, kot sta bila sprejeti Odlok o prenehanju veljavnosti Odloka o začasnih ukrepih na področju zdravstvene dejavnosti zaradi zaježitve in obvladovanja epidemije COVID-19 (Uradni list RS, št. 65/20) in Odredba o začasnih ukrepih na področju opravljanja zdravstvene dejavnosti zaradi zaježitve in obvladovanja epidemije COVID-19 (Uradni list RS, št. 65/20). Pri ponovnem uvajanju storitev je bil pripravljen nov standard dela: manj pacientov in izvedba več storitev pri teh pacientih. Delovanje NZA pa se je zožilo zgolj na paciente s sumom na

COVID-19, z odločbo o karanteni in okuženih z novim koronavirusom. V obdobju sproščanja ukrepov je bila med zobozdravniki izvedena ocena stanja, ki je pokazala, da orodja za zagotavljanje kakovosti in varnosti še niso bila dovolj uporabljana. Izvedena je bila tudi mednarodna konferenca za izmenjavo izkušenj o delovanju zobozdravstva v času COVID-19 med evropskimi državami v organizaciji OZZZI. Ob pojavu drugega vala je bilo ugotovljeno, da pripravljena navodila vzdržijo in so ustrezna za uporabo med celotnim drugim valom. Razprava v okviru mreže koordinatorjev za zobozdravstvo je bila za razliko od prvega vala usmerjena v spremljanje okužb med člani zobozdravstvenih timov in izvajanje testiranja. Kakovost testov in izvedba testiranja je bila obvezna tema vseh rednih srečanj. Na pobudo OZZZS so bili uvedeni tudi dodatni preventivni pregledi ustne votline za zgodnje odkrivanje rakavih sprememb.

4 Razprava

Študija primera odpornosti zobozdravstva v času zaradi epidemije COVID-19 je razkrila, da lahko val kolektivne odgovornosti sproži kompetenten odgovoren posameznik s pristojnostjo. Angažiranost in motivacija posameznika sicer lahko temeljita na individualnem cilju osebnega napredka v družbenih in profesionalnih odnosih, kar pa je v neposredni vzročni zvezi s skupnim kolektivnim ciljem, tj. varno prilagoditvijo zobozdravstva na nastale razmere. Pri integriranem sistemskem odzivu na nacionalni in lokalni ravni je bilo v kombinaciji z nastalo mrežo koordinatorjev za področje zobozdravstva doseženo udejanjanje dveh kombinacij nizov konceptov: (1) kompetentnost, motiviranost in angažiranost, odgovornost in pristojnost ter (2) zaupanje, etika in morala, komunikacija, sodelovanje in timsko delo. Da bi lahko posameznik »zaupal« bodisi vodji bodisi sistemskim ukrepom, je njegova odločitev kombinacija »dobrega razloga« (tj. preteklih izkušenj zaupanja v odnose in dobrih rezultatov) in »skoka v neznano«, ki zapolnijo vrzeli v njihovem »delnem razumevanju« (Giddens 1991). Na ta način je zaupanje v razmerah negotovosti več kot zgolj kognitivno razumevanje. Manjši kot je »dober razlog« in večji kot je »skok v neznano« oziroma slepo zaupanje, večje je tveganje za zaupanje (Giddens 1991). Thompson (2014: 1) ponuja dve merili, ki pojasnjujejo posameznikovo moralno odgovornost ob kolektivni odgovornosti pri procesu prilagajanja sistemov: (1) posameznikova dejanja ali opustitve so prispevali h končnemu rezultatu in (2) ta dejanja ali opustitve se niso izvedli v nevednosti ali pod prisilo. Pomembno je, da je odpornost (zobo)zdravstvenega delavca več kot le osebnostna lastnost in da se lahko formalno razvije z usposabljanjem ter neformalno z opazovanjem in učenjem drugih (Matheson in dr. 2016). Giddens (1990: 85) uporablja izraz »dostopna

točka« za identifikacijo družbenih situacij, v katerih posameznik (individualni posameznik – sprožitelj odzivnosti) dojema določeno institucijo ali sistem. Trdi, da čeprav se vsi zavedajo, da je ključno zaupanje v sistem, in ne v posameznika, ki sistem v posebnih okoliščinah zastopa, »dostopne točke« nosijo opozorilo, da so nosilci naloge ljudje »iz mesa in krvi (in so zmotljivi)«.

Pripravljenost slovenskega sistema zobozdravstvenega varstva na »šok« (faza A) je bila pomanjkljiva, vsaj kar se tiče tako optimalne urejenosti področja pred pričetkom epidemije kot preskrbljenosti z OVO, kar je po Nemeth in dr. (2008) posledica obstoječega modela upravljanja. Upravljanje zobozdravstva je sicer nacionalno (za bolnišnično dejavnost, podeljevanje koncesij za sekundarno raven, izvajanje specializacij) in lokalno (urejanje dejavnosti na primarni ravni zdravstvenega varstva, podeljevanje koncesij za zobozdravnike na primarni ravni). Poleg RSK in OZZZS, ki sta aktivno sodelovala v odzivnosti na šok, v Sloveniji v okviru Slovenskega zdravniškega združenja za področje zobozdravstva tudi različne sekcije. Pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije – deluje Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v zobozdravstvu. Aktivno je Društvo ustnih higienikov (DUH). Nobena od teh struktur se ni dovolj prepoznavno vključila v krog nacionalnih prizadevanj odziva na epidemiološki šok, preboj je bil dosežen zgolj pri DUH. Hitrost odziva na začetek šoka (faza B) je bila glede na pravočasnost obveščanja izvajalcev o spremembi načina izvajanja zobozdravstvene dejavnosti ob usklajenosti z nacionalnimi ukrepi optimalna. Z normativno podlago je bila vzpostavljena nacionalna mreža koordinatorjev v zobozdravstvu in delovanje NZA. Kot inovacija je bilo uvedeno triažiranje, ki ima individualno odgovorno družbeno vlogo oz. nalogo. Presežena so bila prej obstoječa nesoglasja v okviru stroke. Zobozdravstveni timi so bili izpostavljeni velikemu tveganju za okužbo z novim koronavirusom, kar je imelo vpliv na hitrost, jakost odziva zobozdravstvenih delavcev z mreženjem, reorganizacijo sistema ter z naborom in preskrbo z OVO. To potrjuje ugotovitve Coutland in dr. (2020), da so zobozdravniki čutili moralno dolžnost zmanjšati rutinsko oskrbo zaradi strahu pred širjenjem COVID-19 med svoje paciente in širše, vendar so bili razumljivo zaskrbljeni zaradi finančnih posledic, saj se je izvajanje storitev zmanjšalo za tretjino. Upravljanje z učinkom »šoka« (faza C) je bilo po eni strani pretirano, saj je bilo v obravnavi v NZS za paciente s sumom na okužbo ali okužene s COVID-19 zgolj 80 pacientov. Na to so se v zdravstvenih zavodih zelo hitro odzvali in so na taka delovišča za namen pripravljenosti razpisovali zdravstvene time. Ravno tako je potekalo prilagajanje glede standarda uporabe in preskrbe z OVO. Načrtovanje obnove sistema in učenje na podlagi pridobljenih izkušenj (faza D) je bilo izpeljano celovito.

Priprava navodil je bila dosledna, tako da so ta uporabna tudi v drugem valu epidemije, ko ni prišlo do zaustavitve izvajanja zobozdravstvenih storitev, dodatno so svoje delovanje ohranile zgolj nekatere NZA, in sicer za paciente v karanteni s sumom na okužbo ali za okužene z novim koronavirusom. Za namene učenja in na dokazih temelječega delovanja je bila izvedena tudi ocena stanja med zobozdravniki ter mednarodna videokonferenca, da bi že uveljavljenim zaščitnim ukrepom v stomatološki praksi morda dodali še kakšnega glede na primere dobre prakse iz tujine. Pridobitev po odboju glede na epidemiološki »šok« je močna strokovna mreža kot podpora političnim odločevalcem na nacionalni ravni, izgubljeno zaradi šoka pa je bilo predvsem ustno zdravje populacije, in sicer na račun primanjkljaja v realizaciji storitev. So pa zobozdravniki že začeli z ustrezno preventivno akcijo za zgodnje odkrivanje rakavih sprememb v ustni votlini. Izzivi pravičnega financiranja še naprej ostajajo v reševanju. Omejitve študije primera izhajajo iz samega raziskovalnega načrta, saj bi to temo lahko obdelali tudi povsem matematično, kvantitativno. Predpostavljamo, da nismo zajeli vseh potrebnih vidikov in ključnih sporočil za dokazilo o dobri odzivnosti na obstoječo odpornost slovenskega zobozdravstva. Kljub temu pa gre za pridobitev dokaza o pomenu individualne odgovornosti pristojnih posameznikov v kontekstu odpornosti na »šok«.

5 Zaključek

V prispevku predstavljamo izvedbo procesa razvoja nove varne »normalnosti« v (zobo)zdravstvu z vidika integriranega (individualnega in sistemskega) odziva na epidemijo COVID-19. Nova varna »normalnost« pomeni dodatno zmanjšanje univerzalne dostopnosti do zobozdravstvenih storitev, vendar pa je ob zmanjšanju števila dnevno obravnavanih prišlo do več izvedenih storitev pri teh osebah. Nujno je integrirano sodelovanje politike, predstavnikov stroke in uporabnikov storitev. Močna, fleksibilna in dobro motivirana delovna sila je ključni element pripravljenosti, ki ob zdravstveno pismenih uporabnikih storitev omogoča prilagodljivost kot odgovor na kakršen koli »šok«.

Zahvala

S tem člankom se zahvaljujem Krunoslavu Pavloviču, predsedniku OOZZS in vodji mreže koordinatorjev, ter vsem imenovanim koordinatorjem za področje zobozdravstva, ki ste se aktivno odzvali in ustvarili primer dobre prakse odziva na »šok«. Učila sem se od vas.

SUMMARY

Introduction

The pandemic COVID-19 has openly reminded us of the weaknesses of our basic systems of daily life, including in ensuring accessibility, safety and quality of health care. The key issues related to the resilience of the health care system to the epidemiological "shock" of COVID-19 relate to the readiness of the system to cope with the "shock" (Phase A), the speed of detection and response to the outbreak of the "shock" (Phase B), the management of the "shock" (Phase D) and the renewal and learning of the system (Phase C). It is about the resilience in practice. The aim of the research was to use the matrix to evaluate various aspects of the resilience of the health care system in order to draw attention to the importance of collective and individual responsibility in responding to an epidemiological "shock" in a selected area of medicine - dentistry. The aim of the study was to examine the social challenge of the epidemic COVID-19 with regard to the resilience of the Slovenian dental care system to ensure universal health care, safety and quality of dental care for patients as service users.

Method

The qualitative research approach of the case study was applied involving two research techniques: Qualitative analysis of the content of minutes of Skype conferences (n = 15) conducted in response to the epidemic COVID-19, adopted orders and decrees, letters to health care providers in response to the epidemic COVID-19 (Table 1), and individual correspondence via email and reflections on collaboration with participation in the introduction of temporary measures in dentistry due to COVID-19. The documents included in the study emerged in the context of the response of the dental care system to the first wave of the COVID-19 epidemic, in the period from March to July 2020. The reflection on collaboration with participation in the introduction of temporary measures in dentistry and was partly related to the second wave of the COVID-19 epidemic. We used the source coding technique in the analysis. We designed four content categories following Pratelles et al. (2020: 8). We assigned the codes to the categories and supplemented them with selected sections of text for corroboration. The data are presented in a way that does not reveal the identity of the individual.

Results

The following codes were identified for the "shock preparedness" of the Slovenian dental care system due to the outbreak of the epidemic COVID-19: (1)

suboptimal regulation of the field, (2) national and local governance, (3) lack of supply of PPE, (4) non-cooperation between different professional institutes in the field of dentistry, and (5) competition, striving for importance. The reflection analysis also identified two other codes: (6) development efforts and (7) oral health needs of the population. According to the response of the Slovenian dental care system to the incipient shock caused by the outbreak of the epidemic COVID-19, the following codes are identified: (1) change of normative basis, (2) reorganization of the system, (3) establishment of operation of dental emergency clinics, (4) timeliness of response, (5) cooperation / overcoming disagreements, (6) transfer of responsibility, (7) standard of application / provision of OVO , (8) implementation of triage, (9) collection of statistical and scientific evidence, (10) fear of infection, (11) effectiveness of measures to prevent the spread of infection, (12) care / activities due to financial consequences, (13) individual responsibility, and 14) the role of the state. In the context of managing the impact of the „shock“ in dentistry, the following codes were identified (1) established network of coordinators, (2) (too) strong response to the shock / optimization of work, (3) adaptation of the standard of application / innovation in the field of OVO, (4) concern for quality and safety, (5) mutual support and (6) planned human resources management. Regarding system recovery and learning based on experience in dentistry the following codes were identified: (1) conducting a survey, (2) organizing a conference, (3) maintaining a professional network, (4) children's oral health, (5) challenges of equitable funding, and (6) a changing standard of work; (7) differences in response in the second wave, (8) preventive measures, (9) ensuring sustainability of the coordinator network's work. As a "shock response", a management team with members of Dental Committee was set up at Medical Chamber Slovenia with a network of coordinators, the Extended Professional College of dentistry and the Ministry of Health, which took over the planning of the response to the "shock" in dentistry. transition from routine work, at the time of the declared epidemic and in restoring the safe provision of all dental services. The Dental Committee was the author of the basic documents / instructions for dentists. At the time of the epidemic, regular dental work was discontinued. Eight emergency dental clinics began operating and formed separate units for the treatment of patients suspected of being infected with Covid-19. An important innovation for communication and information transfer between patients and dentists was the introduction of triage, which significantly reduced the workload of the emergency dental clinics. Communication with health care providers took place at several levels. In connection with the financing of dental services, it was feared that costs would increase due to the need for personal protective equipment. To supplement the dental teams, contracts were concluded with licensed

dentists. Within the coordination network, the obligatory topic of discussion was personal protective equipment, what is the basic standard of equipment, how is it provided. There was a high degree of innovation (sewing coats) and mutual encouragement, support and motivation to use working techniques that release less aerosol. In view of the damage to oral health, there was a desire to establish activities as soon as possible. During the relaxation phase, an assessment of the situation and an international conference among dentists were held.

Discussion

A case study on the resilience of dentistry over time due to the epidemic COVID-19 has shown that a wave of collective responsibility can be triggered by a competent and responsible individual. The readiness of the Slovenian dental care system for the "shock" (phase A) was insufficient, at least as far as the optimal regulation of the area before the outbreak and the supply of PPE was concerned. The speed of reaction to the outbreak of the shock was therefore optimal (Phase B). On the one hand, coping with the "shock" effect (Phase C) was excessive, as only 80 patients with suspected infection or COVID-19 infection were treated in the NHS. The planning of the system recovery and the lessons learned (Phase D) were comprehensive. Acquisition after ricocheting against the epidemiological "shock" is a strong professional network to support policy makers at national level, and the loss due to the shock was mainly due to the oral health of the population, at the expense of the deficit in service delivery. However, the challenges of equitable financing still need to be addressed.

Conclusion

The new safe "normality" means a further reduction in universal access to dental services, but there has been a reduction in the number of services provided per day to more services for these people. Integrated cooperation between policy makers, professionals and service users is essential.

Literatura

- Bauman, Zygmunt (1999): *In Search of Politics*. Palo Alto: Stanford University Press.
- Beck, Ulrich (2009): *World at Risk*. Cambridge: Polity.
- Biddle, Louise, Wahedi, Katharina, in Bozorgmehr, Kayvan (2020): Health system resilience: a literature review of empirical research. *Health Policy and Planning*, 35 (8):1084–1109.
- Brian, Zachary, in Weintraub, Jane A. (2020): Increasing the Need for Prevention and Access. *Preventing Chronic Disease*, 17: 200266. DOI: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd17.200266>.

- Brooke-Sumner, Carrie, in drugi (2019): 'Doing more with less': a qualitative investigation of perceptions of South African health service managers on implementation of health innovations. *Health Policy and Planning*, 34: 132–140.
- Coulthard, Paul (2020): Dentistry and coronavirus (COVID-19) – moral decision-making. *British Dental Journal*, 228: 503–505.
- Crawford, Robert (2004): Risk Ritual and the Management of Control and Anxiety in Medical Culture. *Health*, 8: 505–528.
- ECDC (2020): COVID-19 pandemic. Dostopno prek <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-pandemic> (5. 10. 2020).
- Eurostat (2019): State of Health in the EU: Slovenia; Country Health Profile 2019. Dostopno prek: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_sl_english.pdf (5. 10. 2020).
- Fridell, My, Edwin, Sanna, in von Schreeb, Johan (2019): Health System Resilience: What Are We Talking About? A Scoping Review Mapping Characteristics and Keywords. *International Journal of Health Policy and Management*, 9 (1): 6–16.
- Giddens, Anthony (1991): *Modernity and Self Identity*. Cambridge: Polity Press.
- Giddens, Anthony (1990): *The Consequences of Modernity*. Cambridge: Polity Press.
- Goffman, Erving (1983): The interaction order. *American Sociological Review*, 48: 1–53.
- Guo, Yongwen, in drugi (2020): Control of SARS-CoV-2 transmission in orthodontic practice. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 158 (3): 321–332.
- Hillebrandt, Eine (2014): *Soziologische Praxistheorien*. Wiesbaden: Springer VS.
- Hanefeld, Johanna, in drugi (2018): Towards an understanding of resilience: responding to health systems shocks. *Health Policy Plan*, 33 (3): 355–367.
- Heinzerling, Amy, in drugi (2020): Transmission of COVID-19 to Health Care Personnel During Exposures to a Hospitalized Patient – Solano County, California, February 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69: 472– 476.
- Hollnagel Erik (2009): The four cornerstones of resilience engineering. V C. P. Nemeth, E. Hollnagel in S. W. A. Dekker (ur.): *Resilience Engineering Perspectives: Preparation and Restoration*: 2. Farnham: Ashgate.
- Kozuki, Naoko, in drugi (2018): The resilience of integrated community case management in acute emergency: a case study from Unity State, South Sudan. *Journal of Global Health*, 8 (2): 020602.
- Ling, Emilija J., in drugi (2017): Beyond the crisis: did the Ebola epidemic improve resilience of Liberia's health system? *Health Policy and Planning*, 32 (3): 40–47.
- Matheson, Catriona, in drugi (2016): Resilience of primary healthcare professionals working in challenging environments: a focus group study. *British Journal of General Practice*, 66 (648): e507–e515.
- Meadows, Donella H. (2009): *Thinking in System*. London: Sustainability Institute.
- Meyer, Diane, in drugi (2018): Lessons from the domestic Ebola response: improving health care system resilience to high consequence infectious diseases. *American Journal of Infection Control*, 46 (5): 533–537.

- Mohsen Aly, Miriam, in Aly Elchaghaby, Marwa (2020): Impact of novel coronavirus disease (COVID-19) on Egyptian dentists' fear and dental practice (a cross-sectional survey). *BDJ Open*, 6: 19.
- Nemeth, Christopher, in drugi (2008): Minding the Gaps: Creating Resilience in Health Care. V K. Henriksen, J. B. Battles, M. A. Keyes, in M. L. Grady (ur.): *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*, 3: 1–12. Performance and Tools. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality.
- OECD (2020): Beyond Containment: health systems responses to COVID-19 in the OECD. Dostopno prek: https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=119_119689-ud5comf84&Title=Beyond%20Containment:Health%20systems%20responses%20to%20COVID-19%20in%20the%20OECD (2. 10. 2020).
- Nicolini, Mario, in Janda, Jacob (2016): "In the Area or out of Business": Building Resilience to Hybrid Attacks. *The Polish Quarterly of International Affairs*, 25 (1): 77–87.
- Ogrinc, Greg, Davies, Louise, in Goodman, Daisy (2015): SQUIRE 2.0 (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence): Revised Publication Guidelines From a Detailed Consensus Process. *American Journal of Medical Quality*, 30: 543–549.
- Ogrinc, Greg, in drugi (2016): SQUIRE 2.0 (Standards for Quality; Improvement Reporting Excellence): revised publication guidelines from a detailed consensus process. *BMJ Quality and Safety*, 25: 986–992.
- Pratellesi, Federico, in drugi (2020): Assessing the resilience of health systems in Europe. Bruselj: Evropska komisija, EU Expert Group on Health System Performance Assessment.
- HSPA (2019): 2020 HSPA report on access to healthcare. Dostopno prek: [file:///C:/Users/ZupancicV57/Downloads/HSPA_2001%20initiating%20work%20on%20access.final%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/ZupancicV57/Downloads/HSPA_2001%20initiating%20work%20on%20access.final%20(4).pdf) (5. 8. 2020).
- Ray-Bennett, Nibedita S., in drugi (2019): Understanding reproductive health challenges during a flood: insights from Belkuchi Upazila. *Gates Open Research*, 3: 788.
- Senge, Peter (2006): *The fifth discipline: The art and practice of the learning organization* (Rev. ed.). New York: Doubleday.
- Thomas Steve, in drugi (2019): Introduction to health systems resilience: What is it, how to measure it, and how to strengthen it? Policy Brief series. European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Thompson, F. Denis (2014): Responsibility for failures of government the problem of many hands, *The American Review of Public Administration*, 44 (3): 259– 273.
- Thude Ravnborg, Bettina, in drugi (2019): Staff acting resiliently at two hospital wards. *Leadership in Health Services*, 32 (3): 445–457.
- Ward, Paul R. (2020): A sociology of the Covid-19 pandemic: A commentary and research agenda for sociologists. *Journal of Sociology* (prva online objava). DOI: 10.1177/1440783320939682.
- Watt, Richard G. (2020): COVID-19 is an opportunity for reform in dentistry. *The Lancet*, 396 (10249): 462.

- Watts, Nick, in drugi (2018): The Lancet Countdown on health and climate change: from 25 years of inaction to a global transformation for public health. The Lancet, 391 (10120): 581–630.
- Wreathall, John (2006): Properties of resilient organizations: An initial view. V E. Hollnagel E, D. D. Woods in N. Leveson (ur.): Resilience engineering: concepts and precepts: 275–285. Aldershot: Ashgate.
- Zinn, Jens O. (2020): 'A monstrous threat': how a state of exception turns into a 'new normal'. The New England Journal of Medicine, 378: 2057–2060.

Viri

- Vlada Republike Slovenije (2020): Odredba o razglasitvi epidemije nalezljive bolezni SARS-CoV-2 (COVID-19) na območju Republike Slovenije. Uradni list RS, št. 19.
- Vlada Republike Slovenije (2020): Odlok o prenehanju veljavnosti Odloka o začasnih ukrepih na področju zdravstvene dejavnosti zaradi zaježitve in obvladovanja epidemije COVID-19. Uradni list RS, št. 65.
- Vlada Republike Slovenije (2020): Odredba o začnih ukrepih za obvladovanje širjenja nalezljive bolezni SARS-CoV-2 (COVID-19). Uradni list RS, št. 22.
- Vlada Republike Slovenije (2020): Odredba o začnih ukrepih na področju opravljanja zdravstvene dejavnosti zaradi zaježitve in obvladovanja epidemije COVID-19. Uradni list RS, št. 65.

Podatki o avtorici

doc. dr. **Vesna Zupančič**
 Ministrstvo za zdravstvo, Štefanova 5, 1000 Ljubljana,
 Univerza Novo mesto, Fakulteta za zdravstvene vede,
 Na Loko 2, 8000 Novo mesto
 E-mail:: vesna.zupancic@gov.si,
 vesna.zupancic@guest.arnes.si