



VISOKOŠOLSKO SREDIŠČE NOVO MESTO

Higher Education Centre Novo mesto

FAKULTETA ZA ZDRAVSTVENE VEDE NOVO MESTO

Faculty of Health Sciences Novo mesto

CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA

Varnost kot strokovni, etični, pravni, družbeni in ekonomski vidik
Zbornik prispevkov

HOLISTIC TREATMENT OF PATIENTS

Safety as a professional, ethical, legal, social and economic aspect
Conference Proceedings

Mednarodna znanstvena konferenca

International Scientific Conference

VISOKOŠOLSKO SREDIŠČE NOVO MESTO
Higher Education Centre Novo mesto
FAKULTETA ZA ZDRAVSTVENE VEDE NOVO MESTO
Faculty of Health Sciences Novo mesto

CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA – KAKO DALEČ SMO ŠE DO CILJA?

Varnost kot strokovni, etični, pravni, družbeni in ekonomski vidik

*HOLISTIC TREATMENT OF PATIENTS –
HOW CLOSE ARE WE TO ACHIEVING OUR GOAL?
Safety as a professional, ethical, legal, social and economic aspect*

*Zbornik prispevkov
Conference Proceedings*

Mednarodna znanstvena konferenca
International Scientific Conference
25. in 26. oktober 2012

Novo mesto 2013

CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA – KAKO DALEČ SMO ŠE DO CILJA?

Varnost kot strokovni, etični, pravni, družbeni in ekonomski vidik

HOLISTIC TREATMENT OF PATIENTS – HOW CLOSE ARE WE TO ACHIEVING OUR GOAL?

Safety as a professional, ethical, legal, social and economic aspect

Izdala in založila/Publisher ©

Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto/Faculty of Health Sciences Novo mesto

Uredila/Editor

Dr. Bojana Filej

Recenzirali/Peer Reviewers

Dr. Bojana Filej, dr. Jasmina Starc

Lektorirali/Proofread by

Melanija Frankovič, Tina Banfi

Naslovnica/Title page

Bojan Nose

Tehnična urednika/Tehcnical Editors

Brigita Jugovič, Bojan Nose

Natisnila/Printed

Tiskarna Littera Picta d.o.o.

Dogodek je sofinancirala Agencija za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616-08(082)

614.253.83(082)

CELOSTNA obravnava pacienta - kako daleč smo še do cilja? :
varnost kot strokovni, etični, pravni, družbeni in ekonomski vidik : zbornik
prispevkov : mednarodna znanstvena konferenca = Holistic treatment of
patients - how close are we to achieving our goal? : safety as a professional,
ethical, legal, social and economic aspect : collection of scientific papers
: international scientific conference, 25. in 26. oktober 2012 / [urednica
Bojana Filej]. - Novo mesto : Visoka šola za zdravstvo = School of Health
Sciences, 2013

ISBN 978-961-6770-25-5

1. Vzp. stv. nasl. 2. Filej, Bojana

267229184

VSEBINA / CONTENTS

UVODNI REFERATI

<i>Dr. Andrej Robida</i> Zaznavanje kulture pacientove varnosti v slovenskih akutnih splošnih bolnišnicah Identifying patient safety culture in Slovene acute general hospitals	7
<i>Božena Gorzkowicz, PhD</i> Patient safety - how close are we to achieving our goal in Poland? Varnost pacientov: kako daleč do cilja je Poljska?	17
<i>Oscar R. de Miranda, PhD</i> Safety - the case in the Netherlands Varnost – primer Nizozemske	25
<i>Dr. Selma Uzunović</i> European antibiotic resistance surveillance system in health care Evropski sistem nadgledanja i praćenja antibiotske rezistencije u skrbi za zdravlje pacienta	37
<i>Robert Sotler</i> Medicinske sestre poročajo o neželenih dogodkih Nurses report on undesirable incidents	46

REFERATI

<i>Mag. Miroslava Abazović</i> Kako je poskrbljeno za pacientovo varnost pri uporabi zdravil v Sloveniji, kaj je treba še storiti in kaj lahko pričakujemo v bližnji prihodnosti? How patient safety in medication use is taken care of in Slovenia, what else should be done and what can we expect in the near future?	52
<i>Tina Banfi</i> Vloga tolmača pri obravnavi tujejezičnih pacientov The role of an interpreter in the treatment of foreign-language patients	61
<i>Mira Brodarič, mag.</i> Pomen uporabe etičnih načel v zdravstveni negi The importance of ethical principles in nursing care	72
<i>Janja Budič, dr. Bojana Filej</i> Upoštevanje elementov sodobne zdravstvene nege v enoti intenzivne terapije Considering the elements of modern nursing care in the intensive therapy unit	79
<i>Vlasta Curhalek</i> Pasti pri posredovanju informacij in zdravstvenovzgojnih vsebin bolniku Traps in passing information and health educational content to patients	89

<i>Dr. Bojana Filej</i> Pregled vsebin o pacientovi varnosti v našem izobraževalnem sistemu The review of patient safety education in the educational system	98
<i>Liljana Gajser Dvojmoč, mag.</i> Odnos študentov zdravstvene nege do zagotavljanja pacientove varnosti z vidika preprečevanja bolnišničnih okužb The attitude of nursing students to the assurance of patient safety from the viewpoint of the prevention of hospital infections	104
<i>Mag. Malči Grivec</i> Osebna prodaja zdravil in njen pomen Personal selling of drugs and its importance	112
<i>Marinka Jankovič, dr. Marija Bohinc</i> Vpliv izobraževanja na kakovost zdravstvene nege dementnih oseb The effect of education on the quality of nursing care for patients with dementia	122
<i>Mateja Jereb</i> Varnejši transport življenjsko ogroženega pacienta Safer transport of critically ill patients	132
<i>Marija Kadovič, mag.</i> Komunikacija u zdravstvenom timu - gdje je ostao bolesnik? Communication in a health care team – where is the patient?	139
<i>Dr. Iva Konda</i> Zasnova modela menedžmenta odnosov s strankami pri celostni obravnavi pacienta A conceptual framework of customer relationship management in holistic patient treatment	143
<i>Izidor Kos, dr. Bojana Filej</i> Uporaba modela medosebnih odnosov pri zdravstveni negi pacientov po presaditvi pljuč The use of the model of interpersonal relationships in nursing practice of patients after lung transplantation	151
<i>Sebastjan Kristovič</i> Logoterapevtski vidik pacientove varnosti The logotherapeutic aspect of patient safety	160
<i>Zoran Kusić</i> Agresivnost pri dementnem starostniku Agresive behaviour in elderly people with dementia	170
<i>Mag. Milica Lahe, Barbara Kegl, Milena Pišlar</i> Pacientovo dostojanstvo in zasebnost z vidika študentov zdravstvene nege Patient dignity and privacy from the viewpoint of nursing students	177
<i>Marijana Neuberger</i> Sigurnost pacijenta u komatoznom stanju kroz stručni, etični, pravni, društveni i ekonomski vidik The safety of patients in the comatose state from a professional, ethical, legal, social and economic aspect	185

<i>Tinkara Pacek</i>	196
Izobraževanje izvajalcev zdravstvene nege in vpliv le-tega na njihovo zadovoljstvo v Splošni bolnišnici Brežice	
The effect of education of nursing care providers on their satisfaction at the General hospital Brežice	
<i>Ljudmila Par</i>	203
Varnost bolnikov pri izvajanju praktičnega pouka	
Safety of patients in the implementation of clinical practise	
<i>Mag. Ana Podhostnik</i>	210
Referenčne ambulate zagotavljajo celostno obravnavo kroničnih pacientov z vidika zdravstvene nege	
Reference practices ensure holistic treatment of chronically ill patients from the viewpoint of nursing care	
<i>Maja Primc, dr. Bojana Filej</i>	217
Nevarnost pacientovega padca kot pokazatelj kakovosti zdravstvene nege	
The risk of patient falls as a quality indicator	
<i>Špela Pungeršek</i>	225
Celostna in varna obravnava pacienta v referenčni ambulanti družinske medicine – vloga diplomirane medicinske sestre	
Holistic and safe treatment of patients in reference practice - the role of a registered nurse	
<i>Branka Rimac, Hrvoje Premuž</i>	234
Etički aspekti procesa osiguranja sigurnosti pacienta u Republici Hrvatskoj	
Ethical aspects of ensuring patient safety in the Republic of Croatia	
<i>Mag. Barbara Rodica, Martina Golob</i>	243
Raziskovanje in razvoj zdravstvene nege	
Research and development of nursing care	
<i>Mojca Sitar</i>	251
Prvi karierni koraki v zdravstveni negi	
The first steps in a nursing career	
<i>Jurica Veronek</i>	260
Multidisciplinarni pristup pacientu nakon spinalne ozljede	
A multidisciplinary approach to patient after spinal cord injuries	
<i>Dr. Zdenka Zalokar Divjak</i>	267
Osebnostna zrelost zdravstvenega osebja kot pogoj za delo s pacienti	
The personal maturity of health workers as a condition to work with patients	
<i>Zoran Zarić</i>	275
Absentizem med medicinskimi sestrami v intenzivni terapiji	
Absenteeism among nurses in intensive therapy	
<i>Irena Žagar</i>	280
Varna predoperativna priprava pacienta	
Safe preoperative preparation of the patient	

Dr. Andrej Robida

Zaznavanje kulture pacientove varnosti v slovenskih akutnih splošnih bolnišnicah

UDK 616-022.36:616-083-057.875

KLJUČNE BESEDE: pacienti, bolnišnično osebje, varnost pacientov

POVZETEK - Pacientova varnost je v zdravstvu prioriteta. Ker nanjo najbolj vpliva kultura varnosti, smo jo želeli izmeriti v slovenskih splošnih bolnišnicah. Uporabili smo vprašalnik, ki ga je razvil Westat. S predhodno pilotno študijo smo ugotovili psihometrično ustreznost vprašalnika v slovenskem prostoru. Vprašalnik je vseboval 12 sklopov in 42 postavk. Odgovori so bili ocenjeni po Likertovi lestvici od 1 do 5. Dobili so ga zaposleni v vseh akutnih splošnih bolnišnicah, ki so posredno ali neposredno skrbeli za paciente. Odstotek odgovorov je bil 51 % od 6043 poslanih vprašalnikov. 159 smo jih izločili. Tako smo analizirali 2925 vprašalnikov (48 %). Izračunali smo deskriptivno statistiko, potrditveno faktorsko analizo, zanesljivost, konstruktivno veljavnost in Pearsonov korelacijski koeficient. Dobro področje varnosti smo umetno definirali, če je 75 % ali več anketirancev odgovorilo pozitivno. Področja za izboljšave pa so bila tista, kjer jih je 50 % ali manj odgovorilo pozitivno. Raziskava je ugotovila, da zaznavanje kulture varnosti pacientov v slovenskih akutnih bolnišnicah ni dobro. Nobeno področje kulture varnosti pacientov ni bilo dobro, ker ni doseglo ravni 75 % pozitivnih odgovorov. Povprečje pozitivnih odgovorov za vseh 12 sklopov varnosti je bilo 53 %. Študija je prikazala prvi vpogled v kulturo varnosti v akutnih splošnih bolnišnicah v Sloveniji z mnogo priložnosti za izboljšave. Predstavlja podlago za ukrepanje vodstva in osebja bolnišnic, da bi izboljšali varnost pacientov. Zato bi bilo treba usposabljanje vodstva in zaposlene o metodah in orodjih za izboljševanje pacientove varnosti in uvajati pravično in prožno kulturo, kulturo učenja in sporočanja dogodkov ter se izogibati starih škodljivih pristopov k tej problematiki.

1 Uvod

Zdravstvena dejavnost je ena izmed najkompleksnejših človeških dejavnosti in zato tudi visoko tvegana. Pacientova varnost naj bi bila prednostna naloga zdravstva in posvetiti bi ji morali vsaj enako pozornost kot finančnim zadevam.

Študije v različnih deželah so pokazale, da od 2,9 do 16,6 % pacientov, ki se zdravijo v akutnih bolnišnicah, utrpi eno ali več napak s škodo. Polovico teh škodljivih dogodkov je preprečljivih (Brennan idr., 1991; Wilson idr., 1995; Thomas idr., 2000; Schioler idr., 2001; Vincent, Neale in Woloshynowych, 2001; Davis, Lay-Yee, Briant, Ali, Scott in Schug, 2002; Baker idr., 2004).

Pri nas študije o prevalenci varnostnih incidentov pri pacientih še nimamo. Če ekstrapoliramo tuje podatke, lahko ocenimo, da se zgodi v naših bolnišnicah na leto okrog 35.000 škodljivih dogodkov zaradi napak in da zaradi tega umre okrog 350 do 700 ljudi.

Pacientova varnost je bila desetletja zanemarjena znanost in praksa. Razlogi za to so bili in so še vedno prepričanja, da morajo biti visoko izobraženi strokovnjaki vedno, brez izjeme, skrbni, nezmotljivi, neraztreseni, pazljivi, pozorni, da stvari ne smejo

pozabiti in podobno. Ustvaril se je mit o perfektnosti zdravstvenih poklicev, zlasti zdravnikov in medicinskih sester (Reason, 2008). Ta mit, ki je pri nas realnost, saj je Slovenija ena izmed redkih razvitih držav, ki ima ljudi, ki so naredili človeško napako, za hudodelce. Naš pravosodni sistem zagovarja kriminalizacijo človeških napak in za zdravstveno stroko so pomembne »zlasti inkriminacije, v katerih je kot storilec predvidena posebej kvalificirana oseba v svojem opisu prepovedanega ravnanja. Med zakonskimi znaki inkriminacije pogosto navajajo kršitev pravil stroke« (Korošec, 2004). Človeško napako razumemo kot človeško dejanje ali vedenje, ki nenamerno odstopa od pričakovanih dejanj ali vedenja. Sem spada spodrsrlaj, lapsus in zmota (Robida, 2009) To so pojmi, ki opisujejo nepopolno delovanje človeških možganov. Značilno za napako je, da ni namerna. Za pravično kulturo je pomembno vedeti tudi, kaj ni človeška napaka. Napaka ni namerno dejanje, ki ima namen škodovati pacientu (zlonamerna kršitev) in tudi ne lahkomiseln kršitev pravil. To razločevanje je nujno, če želimo delati v zdravstveni ustanovi in državi, ki je zavezana k pravični kulturi, kar Slovenija pri obravnavanju napak ni. Dejanja z namenom škodovati pacientom so redka in predstavljajo področje, kjer je kaznovanje upravičeno (Jackson, 2004). Človeške napake pa so tiste, kjer posamezniki želijo napraviti stvar dobro, a delajo v nepopolnem sistemu, ki ima polno latentnih pomanjkljivosti. Človeška napaka se pri nas enači z malomarnostjo.

Pristop k napakam pri nas je zastarel in ne upošteva znanosti o varnosti pacientov in zaradi tega tudi ne vemo, kakšna je kultura varnosti pacientov v našem zdravstvu. Ankete o kulturi varnosti v organizacijah merijo varnostno klimo, saj vprašalniki ocenjujejo zaznavanje postopkov in vedenja zaposlenih v njihovem delovnem okolju in kažejo na prioritete za udejanjanje varnosti. Korist anket o kulturi varnosti pacientov je v pospeševanju drugačnega razmišljanja o varnosti in v razumevanju sprememb, potrebnih za izboljšave. Omogočajo vpogled v to, kako osebje zaznava varnost pacientov, in na podlagi tega ukrepanje za izboljšave, ki je osnovano na rezultatih. Ugotavljajo dobre in slabe strani v prizadevanjih za varnost pacientov. Le s pomočjo izmerjenih zaznav med osebjem je mogoče pripraviti ukrepe in rešitve, ki bodo pripomogli k varnejši obravnavi pacientov in večji varnosti zdravstvenega osebja pred neupravičenim obtoževanjem.

2 Namen

Namen raziskave je bilo merjenje kulture pacientove varnosti v akutnih splošnih bolnišnicah v Sloveniji in uporaba tako pridobljenih izhodiščnih podatkov za bodoče spremljanje izboljšav na tem področju v bolnišnicah. Z anketo smo želeli ugotoviti, kakšne so zaznave osebja in kako poročajo o napakah, ter glede na ugotovitve analize in študije o tem priporočiti sistemske ukrepe za izboljšave.

3 Metode

Izvedli smo neeksperimentalno presečno raziskavo v vseh desetih slovenskih akutnih splošnih bolnišnicah v letih 2010 in 2011.

Vzorec: Uporabili smo cenzus in vprašalnik razdelili vsem zaposlenim, ki so bili v neposrednem ali posrednem stiku s pacienti. Vrnjenih vprašalnikov smo dobili 51 % (3084 od 6043), v razponu za posamezne bolnišnice od 11 % do 85 %.

Instrument: Uporabili smo anketni vprašalnik za ugotavljanje zaznav o varnosti pacientov za bolnišnice (AKVB), ki so ga razvili pri Westat-u (Sorra in Nieva, 2004)). Prevedli smo ga v slovenščino in priredili samo v demografskih odsekih glede razlik v poklicnih skupinah in strukturi bolnišničnih oddelkov. Pred to študijo smo vprašalnik psihometrično testirali v treh bolnišnicah in rezultati so pokazali, da modifikacija originalnega vprašalnika za slovenske razmere ni potrebna (Robida, 2012). AKVB za lastno oceno spremenljivk sestavlja 12 komponent z 42 postavkami. Sedem komponent meri zaznavanje kulture varnosti pacientov na ravni oddelkov, 3 na ravni bolnišnice in 4 merijo izide. Vsako komponento sestavljajo 3 ali 4 postavke s 5-stopenjsko Likertovo lestvico.

Analiza podatkov: Analizirali smo podatke za 2925 anketirancev (48 %), ker jih je 152 odgovorilo na manj kot na en cel sklop vprašanj, na manj kot polovico vprašanj ali pa je bila vsaka trditev označena enako. Izločili smo tudi 7 anketirancev, ker so predstavljali ekstremne osamelce. Izračunali smo opisno statistiko s povprečji, standardnimi deviacijami, asimetrijo in sploščenostjo. Razpon neodgovor spremenljivk za 42 postavk je bil v razponu od 1 % do 7 %, povprečje 3 %. Neodgovore spremenljivk smo pri izračunih izbrisali po parih, kjer je to zahtevala statistična metoda. S konfirmatorno faktorsko analizo smo želeli ugotoviti, ali se uporabljeni model preučevanja kulture varnosti pacientov sklada s slovenskimi podatki. Oceno zanesljivosti z vidika notranje skladnosti instrumenta smo izračunali s Cronbachovim koeficientom. Za vsak sklop smo izračunali konstruktno veljavnost tako, da smo vzeli povprečje vseh postavk v posameznem sklopu za vsakega anketiranca. S Pearsonovim korelacijskim koeficientom smo prikazali povezavo med 12 faktorji kulture varnosti pacientov. Za vsako postavko smo izračunali odstotek pozitivnih odgovorov (od strinjam se do zelo se strinjam) in (pogosto, vedno), ocenjeno s 4 ali 5. Nevtralni so bili odgovori z oceno 3 in negativni so bili odgovori z oceno 1 in 2. Pri 18 postavkah smo odgovore vrednotili obrnjeno. Zaznavanje področja kot dobrega so bili odgovori na postavke, ki jih 75 % ali več anketirancev ocenilo pozitivno. Priložnost za izboljšave so pomenili odgovori na postavke, ki jih je 50 % ali manj ocenilo pozitivno (odgovori so negativni ali nevtralni). Rezultate smo ocenili kot statistično značilne pri vrednosti $p < 0,05$. Statistične analize smo izvedli s statističnima programoma SPSS 17 in AMOS 18.

4 Rezultati

Dve tretjini anketirancev je navedlo poklic medicinske sestre (diplomirane/višje) ali zdravstvenega tehnika (tabela 1).

Tabela 1: Delež anketirancev po poklicnih skupinah

<i>Poklicna skupina</i>	<i>Anketiranci</i>	<i>%</i>	<i>Poklicna skupina</i>	<i>Anketiranci</i>	<i>%</i>
Zdravstveni tehnik	1239	42	Radiološki inženir	69	2
Diplomirana medicinska sestra	650	22	Zdravnik specializant	63	2
Zdravnik specialist	228	8	Bolničar	43	2
Drugo	179	6	Farmacevt	22	1
Oddelčni administrator	149	5	Zdravnik pripravnik	11	0
Fizioterapevt	73	3	Neodgovor spremenljivke	126	4
Laboratorijski tehnik	73	3	Skupaj	2925	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2011.

30% anketirancev je za svoj oddelek označilo oddelka za interno medicino in kirurgijo (tabela 2).

Tabela 2: Delež anketirancev po oddelkih/enotah

<i>Oddelek/enota</i>	<i>Anketiranci</i>	<i>%</i>	<i>Oddelek/enota</i>	<i>Anketiranci</i>	<i>%</i>
Kirurgija	495	17	Radiologija	114	4
Interna medicina	352	12	Urgenca	71	3
Različne enote	338	11	Dnevni oddelek	87	3
Ginekologija in porodništvo	302	11	Lekarna	79	3
Drugi	269	9	Laboratorij	94	3
Pedriatrija	241	8	Anesteziologija	73	3
Intenzivna enota	148	5	Neodgovor spremenljivke	152	5
Oddelek za zdravstveno nego	110	4	Skupaj	2932	99

Vir: Anketni vprašalnik, 2011.

Stik s pacientom

Neposreden stik s pacientom je označilo 87 % anketirancev (neodgovor spremenljivke 2 %).

Konfirmatorna faktorska analiza je pokazala zadostno skladnost s slovenskimi podatki (primerjalni indeks-CFI, 0,9 in približek indeksa celotne napake-RMSEA, 0,043). Standardizirane regresijske uteži so bile na splošno velike ($> 0,60$) z razponom med 0,30 (predaja pacientov in premestitve znotraj bolnišnice) in 0,90 (pogostost sporočanja dogodkov).

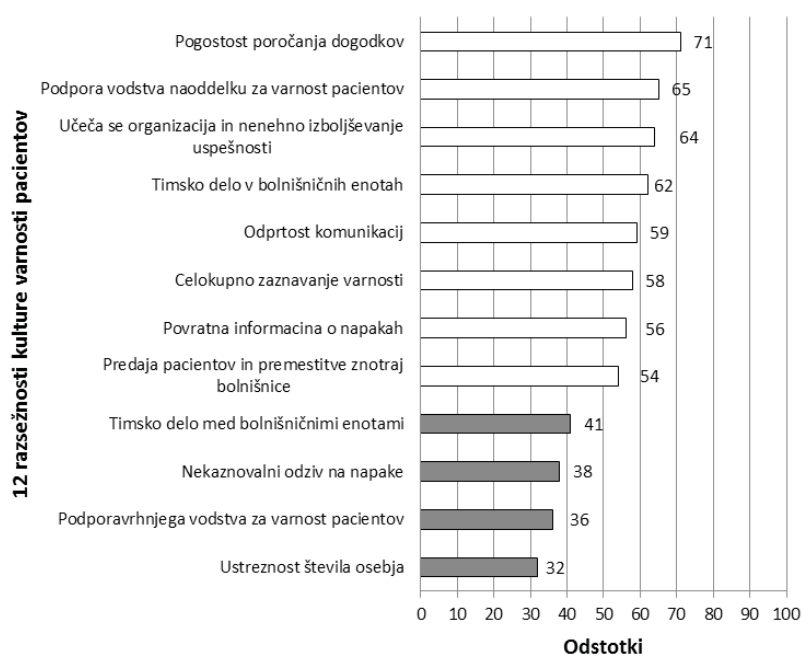
Zanesljivost instrumenta z vidika notranje skladnosti - Cronbachov koeficient α ($> 0,70$) je bil sprejemljiva, razen pri petih faktorjih: učeča se organizacija - nenehno izboljševanje kakovosti (0,65), nekaznovalni odziv na napake (0,60), ustreznost števila osebja (0,63), celokupno zaznavanje varnosti (0,63), predaja pacientov in premestitve znotraj bolnišnice (0,69).

Medsebojna povezanost (Pearsonov korelacijski koeficient) med 12 komponentami kulture varnosti pacientov je pokazala slabo korelacijo med nekaterimi faktorji ($r = 0,1$ do $0,29$), največ faktorjev je kazalo srednje močno povezanost ($r = 0,30$ do $0,49$) in le nekaj močno povezanost ($r = 0,50$ do $1,0$).

Povprečje pozitivnih odgovorov za vseh 12 komponent kulture varnosti pacientov je bilo 53 %. Nobena komponenta zaznavanja kulture varnosti pacientov ni presegla 75 % pozitivnih odgovorov (razpon od 32 do 71 %), kar bi govorilo, da so bolnišnice na področju, ki ga preučuje posamezna komponenta, dobre. Priložnosti za izboljšave (manj kot 50 % pozitivnih odgovorov) so bile ugotovljene na področjih nekaznovalnega odziva na napake, števila osebja, pri podpori vrhnjega vodstva in timskem delu med bolnišničnimi enotami (graf 1) Nobenega dogodka v zadnjih 12 mesecih ni sporočilo 47 % anketirancev (graf 2).

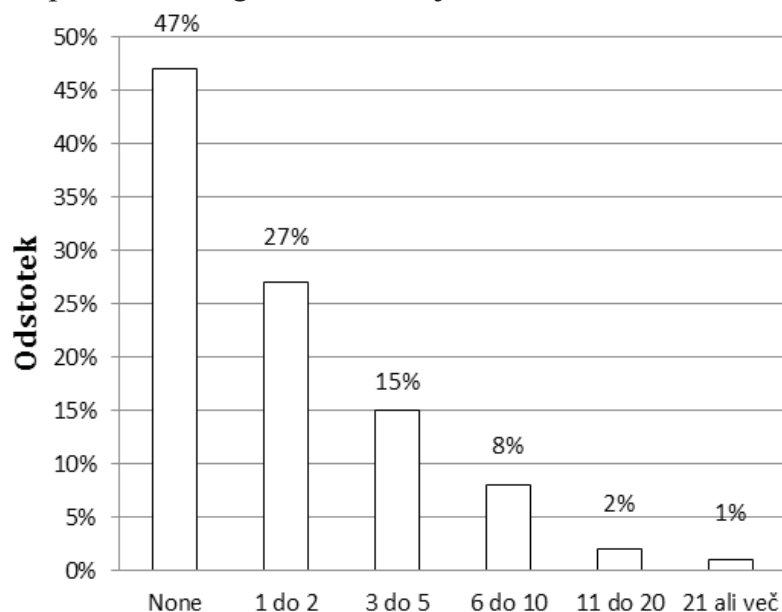
Na grafu 3 vidimo zaznavanje stopnje varnosti pacientov. 11 % anketiranih zaznava varnost pacientov kot odlično in skoraj polovica osebja meni, da je ta dobra, le 5 %, da je slaba ali izredno slaba.

Graf 1: Povprečje pozitivnih odgovorov dvanajstih razsežnosti kulture varnosti pacientov. S sivo barvo so označena področja, ki so ocenjena slabo (odgovori so negativni ali nevtralni)



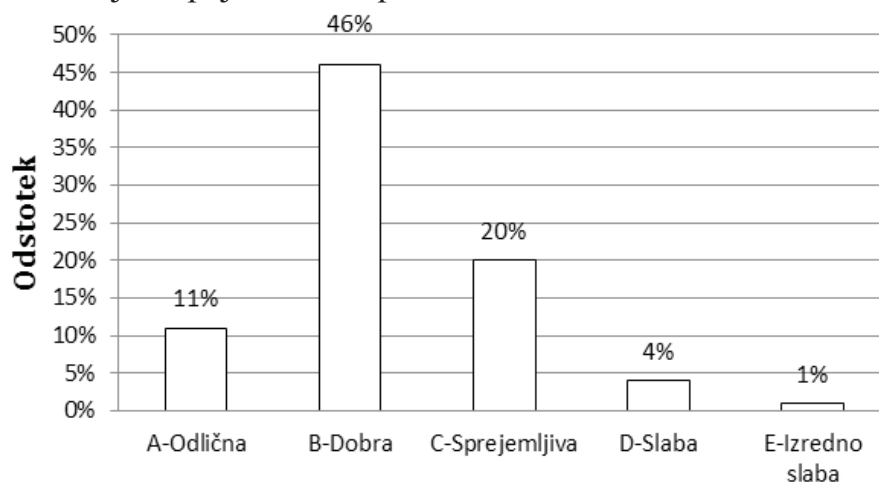
Vir: Anketni vprašalnik, 2011.

Graf 2: Število sporočenih dogodkov v zadnjih 12. mesecih



Vir: Anketni vprašalnik, 2011.

Graf 3: Zaznavanje stopnje varnosti pacientov



Vir: Anketni vprašalnik, 2011.

5 Razprava

Ker je bil vprašalnik preveden v slovenščino in ker smo ga uporabili v drugačem okolju (Sorra in Dyer, 2010), smo v predhodni študiji testirali njegove psihometrične lastnosti in ugotovili, da je vprašalnik ustrezen za uporabo v naših bolnišnicah in ga ni treba spreminjati (Robida, 2012).

Tudi v tej študiji je potrditvena faktorska analiza pokazala primerno skladnost modela s slovenskimi podatki in primerno zanesljivost vprašalnika. Večina od 12 področij kulture pacientove varnosti je pokazala srednje močno medsebojno povezanost.

Anketa je pokazala, da je kultura varnosti pacientov slaba. To je najpomembnejša ovira za izboljševanje njihove varnosti (Cooper, 2003). Rezultati študije niso vzpodbudni in njena največja vrednost je morda v tem, da izboljšuje zavedanje o problemu varnosti pacientov pri osebju.

Najnižji pozitivni odstotek odgovorov je bil na področju timskega dela med bolnišničnimi oddelki, nekaznovalni odziv na napake, podpora vrhnjega vodstva za varnost pacientov in število osebja. Vse kaže, da osebje nerado dela z osebjem iz drugih oddelkov, zato je potrebno usposabljanje za timsko delo in standardizirano komunikacijo.

Osebje se boji kaznovalnih ukrepov, kar se ne odraža samo v odgovorih o nekaznovalnem odzivu na napake, ampak tudi v tem, da skoraj 50 % osebja v zadnjih 12 mesecih ni sporočilo nobene napake. Strah pred morebitnimi disciplinskimi ukrepi pri nas ni nepričakovan, saj je pri nas uveljavljena kriminalizacija človeških napak in tudi postopki stanovskih organizacij in mnogih zdravstvenih ustanov so podobni kot na sodiščih.

Podpora vrhnjega vodstva pacientovi varnosti je tudi nizka. Vzrok za to je morda v tem, da v mnogih bolnišnicah vodstvo verjame, da se bo pacientova varnost izboljšala s kaznovanjem posameznikov za človeške napake in ne poskrbi za uvedbo celotnega sistema za njegovo varnost (Robida, 2011).

Najslabše je bilo ocenjeno število osebja. Tu gre za subjektivno oceno in čeprav je ustrezno število osebja pomembno za pacientovo varnost, to še zdaleč ni edini dejavnik tveganja (Aiken idr., 2002).

Vsaka bolnišnica je dobila obširno poročilo o svojih rezultatih, tudi za oddelke in poklicne skupine. Poleg tega je poročilo vsebovalo tudi priporočila za izboljšave. Predvsem od vrhnjega vodstva bolnišnic, predstojnikov in glavnih medicinskih sester oddelkov je odvisno, ali bodo rezultate upoštevali in uvedli spremembe, ki so potrebne za izboljšanje stanja. Rezultati te študije lahko pomagajo vodstvu bolnišnic ukrepati tako, da vzpostavi sistem pacientove varnosti, ki predvideva, da ljudje delamo napake in da je sistem varnosti v bolnišnici tisti, ki omogoča preprečevanje napak s škodo za paciente. Če se to ne bo zgodilo, ne bo pri tem nobenega napredka (Dankelman in Grimbergen, 2005).

Študija nakazuje na to, da naj bi bil prvi ukrep po vzpostavitvi sistema za pacientovo varnost v bolnišnici (ki ga zahtevajo tudi akreditacijski standardi) podpora vodstva bolnišnic in oddelkov za nekaznovalni pristop k obravnavi napak, vključno z zaščito tistih, ki napako sporočijo, in zaupnost postopka analize in nastale dokumentacije. Poudarek naj bi bil na pravični kulturi, kjer se po eni strani človeških napak ne kaznuje, ampak se išče globlje vzroke zanje v sistemih in procesih, po drugi strani

pa ne tolerira rutinskih kršitev, alkoholiziranosti ali jemanja nedovoljenih substanc, zavestnega lahkomišelnega ravnanja z neupoštevanjem znatnega in nesprejemljivega tveganja ter neprofesionalnega obnašanja. Vendar tudi v teh primerih velja, da je treba dogodek analizirati, saj so morda v vsakem takem dogodku skrite tudi latentne napake.

Omejitve raziskave

Prvič: Vprašalniki za lastno oceno spremenljivk imajo svoje slabosti, ker se posamezniki ne zavedajo kulture, ki jih obdaja. Poleg tega obstaja tudi možnost socialno zaželenih odgovorov, kjer se ljudje želijo pokazati v najlepši luči in skrijejo svoje prave občutke o določeni situaciji (Tourangeau in Yan, 2007).

Drugič: V nekaterih bolnišnicah je bil odstotek vrnjenih vprašalnikov zelo nizek, kar govori o nezanimanju vodstva za promocijo ankete ali celo na to, da kultura varnosti za te bolnišnice ni pomembna. Zato te rezultate lahko posplošimo le za vse splošne bolnišnice skupaj, ne pa tudi za posamezne, kjer je bilo odgovorov premalo.

6 Zaključek

Študija je prikazala prvi vpogled v kulturo varnosti v akutnih splošnih bolnišnicah v Sloveniji z mnogimi priložnostmi za izboljšave. Predstavlja podlago vodstvu in osebju bolnišnic, da izboljšajo varnost pacientov. Zato bi bilo treba poučiti vodstva in zaposlene o metodah in orodjih za izboljševanje varnosti pacientov in o uvajanju pravične in prožne kulture, kulture učenja in sporočanja dogodkov, da bi se končno začeli izogibati starim škodljivim pristopom k varnosti pacientov.

»Največja ovira za preprečevanje napak v zdravstveni dejavnosti je kaznovanje ljudi za človeške napake« (Lucian Leape, Harvard School of Public health).

LITERATURA

1. Benedik, J., Červak, J., Červ, B., Gugić Kevo, J., Mavrič, Z., Serša, G. in Zakotnik, B. (2008). Pogosta vprašanja v paliativni oskrbi. Ljubljana: Onkološki inštitut.
2. Cesar-Komar, M. (2006). Paliativa. V N. Krčevski Škvarč (ur.), Zbornik predavanj - 10. seminar o bolečini (str. 40-45). Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine.
3. Červ, B. (2006). Paliativna oskrba. V R. Trampuž (ur.). Celostna obravnava pacienta z rakom (str. 73-82). Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Nova Gorica.
4. Debevc, L. (2006). Dihalna stiska pri bolniku v terminalnem stadiju raka. V N. Krčevski Škvarč (ur.). Zbornik predavanj - 10. seminar o bolečini (str. 75-79). Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine.
5. Huntley, D., Rice, R. (1996). The Hospice Patient. St. Louis: Mosby.

6. Jakhel, T., Peternelj, A (2010). Ocena, poročanje, obravnava in vrednotenje motečih simptomov v paliativni oskrbi. V S. Kadivec (ur.). Zbornik zdravstvena obravnava bolnika s pljučno boleznijo in paliativna oskrba (str. 93-98). Golnik: Bolnišnica Golnik, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo.
7. Jelen Jurič, J. (2009). Zdravstvena nega v zadnjih dneh življenja. V S. Novaković, B. Zakotni in, J. Žgajnar (ur.). 22. onkološki vikend. Paliativna oskrba bolnika ob koncu življenja (str. 41-50). Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Kancerološko združenje, Onkološki inštitut Ljubljana Zveza slovenskih društev proti raku.
8. Kalšek, M. (2008). Vloga patronažne medicinske sestre v družini z umirajočim bolnikom. V Patronažna medicinska sestra ob umirajočem bolniku (str. 25-31). Maribor: Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester.
9. Krajnc, M. in Čokolič, M. (2008). Umirajoči bolnik. Vloga patronažne medicinske sestre v družini z umirajočim bolnikom. Maribor: Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester.
10. Lawton, J. (2000). The dying process: patients experiences of palliative care. London and New York: Routledge.
11. Lunder, U. (2003). Paliativna oskrba – njena vloga v zdravstvenih sistemih. Zdravniški vestnik, 72 (11), 639-643.
12. Lunder, U. (2009). Paliativna oskrba v zadnjih dneh življenja. Golnik: Bolnišnica Golnik, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo.
13. Lunder, U. (2011a). Paliativna oskrba v bolnišnici – organizacijske značilnosti, strokovne usmeritve. V U. Lunder (ur.). Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice (str. 6-10). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Bolnišnica Golnik – klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, v okviru EU Projekt OPCARE9.
14. Lunder, U. (2011b). Proces umiranja. V U. Lunder (ur.). Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice (str. 23-25). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Bolnišnica Golnik – klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, v okviru EU Projekt OPCARE9.
15. Lunder, U. (2011c). Odprto srce: izkušnje in spoznanja ob umiranju in smrti. Ljubljana: Mladinska knjiga.
16. Metlikovič, B. (2011). Vloga patronažne medicinske sestre v paliativni obravnavi na domu. V U. Lunder (ur.), Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice (str. 15-19). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Bolnišnica Golnik – klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, v okviru EU Projekt OPCARE9.
17. Mudrovčič, B. (2003). Pomen svojcev v paliativni oskrbi in oskrbi v hospicu. Onkologija: strokovni časopis za zdravnike, 7 (1), 41-44.
18. Ostaseski, F. (2004). Prijateljevanje s smrtjo ali kako postati sočuten spremljevalec. Ljubljana: Slovensko društvo Hospic.
19. Pahor, M. in Štrancar, K. (2009). Ljudje v bližini smrti: kvalitativna raziskava. Obzornik zdravstvene nege, 43 (2), 119-127.
20. Perrin, K., McGhee, J. (2001). Ethics and conflicts. USA: Slack Incorporated.
21. Peternelj, A. (2008). Paliativna oskrba kot sestavni del kakovostne obravnave bolnika - vloga patronažne medicinske sestre v družini z umirajočim bolnikom. Maribor: Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester.

22. Peternelj, A. (2010). Pomen kontinuirane in koordinirane obravnave v paliativni oskrbi. V S. Kadivec (ur.). Zbornik zdravstvena obravnava bolnika s pljučno boleznijo in paliativna oskrba (str. 118-121). Golnik: Bolnišnica Golnik, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo.
23. Poplas Susič, T. (2011). Vodenje bolnikov v paliativni medicinski obravnavi na domu. V U. Lunder (ur.). Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice (str. 11-13). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Bolnišnica Golnik – klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, v okviru EU Projekt OPCARE9.
24. Radbruch, L., Payne, S. (2009). Standards and norms for hospice and palliative care in Europe. London: European Association for Palliative Care.
25. Rajer, M. (2009). Motnje v delovanju pljuč, srca in ledvic v zadnjih dneh življenja. V S. Novaković, B. Zakotni in, J. Žgajnar (ur.). Paliativna oskrba bolnika ob koncu življenja (str. 22-26). Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Kancerološko združenje, Onkološki inštitut Ljubljana Zveza slovenskih društev proti raku.
26. Simonič, A. (2011). Psihološka obravnava v paliativni oskrbi. V U. Lunder (ur.). Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice (str. 39-43). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Bolnišnica Golnik – klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, v okviru EU Projekt OPCARE9.
27. Skela Savič, B. (2005). Od besed k dejanju: Zdravstvena nega kot integralni del paliativne oskrbe onkoloških bolnikov. Obzornik zdravstvene nege, 39 (4), 245-253.
28. Vodopivec-Jamšek, V. (2002). Družina z umirajočim bolnikom. V I. Švab in D. Rotar-Pavlič (ur.). Družinska medicina (str. 105-111). Ljubljana: Sekcija splošne medicine Zveze zdravniških društev.
29. Žargi, T. (2000). Principi paliativne oskrbe in paliativne zdravstvene nege. V M. Velepich in B. Skela Savič (ur.). Priročnik iz onkološke zdravstvene nege in onkologije (str. 207-216). Ljubljana: Onkološki inštitut.

Andrej Robida, PhD

Identifying patient safety culture in Slovene acute general hospitals

KEY WORDS: patient safety culture, hospital staff, patient safety

ABSTRACT - The goal of this research was to measure patient safety culture in all Slovene acute general hospitals. A cross-sectional non-experimental study was conducted in 2010 and 2011. The hospital survey on patient safety culture (HSPOS) was conducted using a questionnaire that was developed by researchers at Westat. Prior to this study, it was psychometrically tested in three pilot hospitals and the results showed no need to modify the original 12-factor model for the Slovene setting. Responses were scored according to the 5-level Likert scale. The (HSOPS) questionnaire was distributed to all hospital staff directly or indirectly involved in patient care. The overall respondent rate was 51 % (out of 6043). After the exclusion of 159 questionnaires that did not fulfil the inclusion criteria, 2925 questionnaires (48 %) were analysed. Descriptive statistics, a confirmatory factor analysis, the reliability of the scales, construct validity and the Pearson correlation coefficient were computed. The percentage of positive, neutral and negative responses were calculated for every item. Safety strengths were arbitrarily defined as those positively worded items that 75 % or more of the respondents answered positively. Areas for improvement were defined where 50 % or less of the respondents answered positively. Composite scores of patient safety culture revealed that none reached the level of 75 % that would establish its strengths. The average positive percentage for all 12 composites was 53 %. The study provides the first insight into patient safety culture in acute general hospitals in Slovenia with many opportunities for improvement.

Patient safety – how close are we to achieving our goal in Poland?

UDC 614.253.8:614.8(438)

KEY WORDS: patient safety, nursing care, leadership, working conditions

ABSTRACT - Patient safety is a serious global concern. The Council of the European Union estimates that, in EU member states, between 8-12 % of patients admitted to hospitals suffer from adverse events whilst receiving health care. The current difficult economic situation and the health care system transformation in Poland cause a number of patient safety risks. Polish nurses are active in the efforts to improve patient safety by promoting better working conditions for the health professionals. As the primary caregivers in hospitals, nurses are best positioned to improve quality and patient safety. Nursing leadership and efficiency is even more important as the nursing shortage intensifies. Preventing and reducing the occurrence of adverse events in health care is possible by the implementation of the following recommendations: the diagnosis of safety culture and raising awareness, standardisation of patient safety measures, definitions and terminology, better reporting of patient safety events in a blame-free manner, education and training of health workers, focusing on patient safety and greater awareness of patient safety amongst patients. According to the Institute of Medicine (IOM) in America, »the biggest challenge to moving toward a safer health system is changing the culture from one of blaming individuals for errors to one in which errors are treated not as personal failures, but as opportunities to improve the system and prevent harm.« Creating a culture of safety, involving health professionals, organisations and patients should be the main activity in the local and international arena.

1 Introduction

The simplest definition of patient safety is the prevention of errors and adverse effects to patients associated with health care. In the group of hospitalized patients in Europe, between 2,9 to 16,6 % of them are affected by adverse events such as: medical errors, health-care associated infection, patients falls and others examples. More than one-third of adverse events lead to temporary (34 %) or permanent disability (6-9 %) and between 3 to 20 % of the patients experiencing an adverse event die (Aranaz-Andres, et al., 408-414, Soop, et al., 285-291).

In 2004, the Organization for Economic Co-operation and Development OECD identified patient safety as one of the five core priority areas for the development of quality indicators along with cardiac care, primary care, mental health care and diabetes care (http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-health-working-papers_18152015) According to International Council of Nurses ICN Policy Statement from 2012 the patient safety is fundamental for quality health and nursing care. The enhancement of patient safety involves a wide range of actions in the recruitment, training and retention of health care professionals, performance improvement, environmental safety and risk management, including: infection control,

safe use of medicines, equipment safety, safe clinical practice, safe environment of care, and accumulating an integrated body of scientific knowledge focused on patient safety and the infrastructure to support its development (http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D05_Patient_Safety.pdf).

Due to continued increasing pressure on health spending associated with an aging population, rising public expectations and the introduction of new technology, European countries implement a wide range of cost-cutting strategies, such as better employment rates of patients to nurses, nurse decision-making involvement, and positive doctor-nurse relationship (http://www.bmj.com/highwire/filestream/574655/field_highwire_article_pdf/0/bmj.e1717). Nurses affect patient safety in all aspects of care.

The ICN believes nurses and National Nurses Associations (NNAs) have a responsibility to: informing patients and families of potential risks, reporting adverse events to the appropriate authorities promptly, taking an active role in assessing the safety and quality of care, improving communication with patients and other health care professionals, advocating for positive practice environments (PPE), promoting rigorous infection prevention and control programmes, lobbying for standardized treatment policies and protocols that minimize errors, liaising with the professional bodies representing pharmacists, physicians and others to improve packaging and labeling of medications, lobbying for adequate staffing levels, appropriate skill mixes and sufficient material resources to provide safe care, supporting measures that improve patient safety including education and research, participating in the development and implementation of clear policies on the reporting of adverse events and disclosure to patients and their families, collaborating with national reporting systems to record, analyze and learn from adverse events and developing mechanisms, for example through accreditation, to recognize the characteristics of health care providers that offer a benchmark for excellence in patient Safety (http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D05_Patient_Safety.pdf).

Although expenditures on health, expressed as a percentage of gross domestic product, have been rising. In European countries, the rate of increase in Europe has been much slower than in the United States. Although expenditures on health, expressed as a percentage of gross domestic product, have been rising in European countries.

The rate of increase in Europe has been much slower than in the United States. The Netherlands, the highest spending European country in 2010, spends only 11,9 % of their gross domestic product on health, compared with 17,9 % spent in the US. In many European countries, this percentage is much lower, for example, Slovenia at 9,4 % and Poland at 7,5 % (<http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>). Poor quality health care causes substantial number of adverse events with serious financial impact on health care expenditures.

2 Health care in Poland

Number of nurses and other health workers in Poland is significantly lower, than European average, and shows a decreasing trend. The rate calculated for every 1,000 citizens is 3-5 times smaller, than EU average. In Poland, according to the state of affairs on 31 December 2011 number of 214,349 nurses were employed ([http://www.izbapiel.org.pl /in dex .ph p?id=110](http://www.izbapiel.org.pl/in dex .ph p?id=110)).

Table 1: Workforce in Polish Health Care System

Year	Physicians		Dentists		Nurses		Midwives	
	A	B	A	B	A	B	A	B
2000	85 031	22,0	11 758	3,0	189 632	49,1	21 997	5,7
2005	76 046	19,9	11 881	3,1	178 790	46,9	20 832	5,5
2010	79 337	20,8	12 326	3,2	184 944	48,4	22 193	5,8

Source: Own study based on data from the statistical Bulletins of the Ministry of Health of 2000-2010.

A – Registered Personnel, B – Indicators per 10 000 of the population

The simplest parameter reflecting the level of health workers employment in any individual country is the ratio between nurse staffing and the number of population. In 2010, the ratio of nurse staffing in the Polish health care system per 10,000 inhabitants was 48.4, which was the lowest compared to 15 other European countries (http://www.stat.gov.pl/gus/ zdrowie_opieka_ENG_HTML.htm).

The mean age of the employed nurses is 44.24. According to the prognoses have done by the Main Chamber Nurses and Midwives, 80,814 nurses born between 1950-1960 will reach retirement age between 2010-2020. Pilot studies conducted by this institution in May 2010, which covered a sample of 210 different health care facilities indicate that 15.15 % of nurses employed in these facilities will retire between 2010 -2015. During next 20 years only 19 954 nurses will end the nursing schools, it will only be 24,69 % of nurses retiring in the same time in Poland (Main Council of Nursing and Midwifery. Preliminary assessment of nurse and midwife staff resources in Poland by 2010).

The Poland entry into the European Union In 2004 had another significant effect on the domestic employment of nurses. The migration phenomenon, stimulated by a shortage of medical staff, in »old« EU countries, has occurred.

The developed countries supplement their shortage of staff by immigrants from other countries by offering them higher payment and better working conditions than in the native country (Buchan in Perfilieva, 2006). During 2004 – 2011 there were 1734 polish nurses who has confirmed recognition of professional qualifications in Europe – Dir 36/2005/EC (http://ec.europa.eu/internal_market/ qualifications/regprof/index.cfm) (in the same time above 19 000 nurses has received certification according the Dir 36/2005/EC form polish regulatory body) (Main Council of Nursing and Mi-

dwifery. Preliminary assessment of nurse and midwife staff resources in Poland by 2010).

Important information regarding to the level of patient safety in Poland have been presented in Euro Health Consumer Index (EHCI) launched first time by the Health Consumer Powerhouse (HCP) in 2005. It allows to monitor and compare health-care systems among 34 countries, including all EU member states on the basis of 42 indicators, such as: patients' rights, accessibility of treatment, range and reach of services and quality of pharmaceuticals and drugs available to the population.

In the Euro Health Consumer Index launched in 2012 Poland are situated on the 27 position where Slovenia was on the 19 position. The main problems of Polish citizens are: one of the worst accesses to up-to-date drugs, one of the highest cancer mortality rates, one of the longest waiting times for an appointment with a doctor and one of the longest waiting times for a hospital treatment (http://www.healthpowerhouse.com/index.php?option=com_content&view=section&layout=blog&id=7&Itemid=54).

Unfortunately Pearse et al, in yours cohort study indicates Poland as a European country with a one of the highest mortality rates after surgical procedure (Pearse, 1059-1065).

3 Human error in health care

Safety systems in health care organizations seek to prevent harm to patients, their families and friends, health care professionals, contract-service workers, volunteers, and the many other individuals whose activities bring them into a health care setting.

Safety is one aspect of quality, where quality includes not only avoiding preventable harm, but also making appropriate care available providing effective services to those who could benefit from them and not providing ineffective or harmful services.

According to the prof. Reason theory, errors are circumstances in which planned actions fail to achieve the desired outcome. People working in health care are the most educated and dedicated workforce in any industry.

The problem is not bad people; the problem is that the system needs to be made safer (Kohn, 2000). The main reasons for human errors in the health care system are: inadequate management decisions in relation to for examples staffing levels, culture of lack of support for interns.

The next major group of problems are: communication failure, lack of effective training, ignorance, inattention, memory lapse and noisy working conditions. Next causes of errors in health care are determinants of incorrect organizational processes for example poorly designed equipment, workload, handwritten prescriptions exhaustion, fatigue and other personal and environmental factors.

4 Efforts for improving the patient safety in Poland

Large group of Polish state institutions and organizations are taking actions improving the level of patient safety. They are supported and strengthened by international organizations such as: World Health Organization (WHO), European Union (EU), The Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), International Council of Nurses (ICN), European Federation of Nurses Associations (EFN) and others.

There are several of institutional Polish National bodies responsible for reducing the number of patient safety incidents. Main of them are: Polish Society for Quality Promotion in Healthcare (TPJ), National Centre for Quality Assessment in Healthcare (NCQA), Chief Sanitary Inspectorate, The Office for Registration of Medical Products, Medical Devices and Biocide Products, National Labour Inspectorate, Bureau of Patient Rights of the Ministry of Health, National Institute of Public Health and Nosocomial Infections National Working Group.

According to data published by the National Centre for Quality Assessment in Health Care (NCQA) on the 24th October 2012 there are 795 hospitals in Poland whereof 111 of them posses NCQA certification. Only 81 Polish hospitals used Surgical Safety Checklist recommended by WHO and in 21 exist with certification Hospital Without Pain (<http://www.cmj.org.pl>).

The main accreditation tasks in Poland include improving of the accuracy of patient identification with using at least two patient identifiers, the effectiveness of communication among caregivers, a timely basis reporting of critical situations, the safety of using medications (label all medications, medication containers, and other solutions) and reducing the harm associated with the anticoagulant therapy, the risk of patient harm resulting from falls, the risk of health care-associated infections. Another important guideline for accreditation process are: prevention of the health care-associated pressure ulcers (decubitus ulcers), wrong site, wrong procedure, wrong person surgery and identify patients at risk for suicide (<http://www.cmj.org.pl>).

The main Polish nursing organizations engaged in patient safety campaign are: The Department of Nursing in Ministry of Health, The Polish Nurses Association (PNA), Main Chamber of Nurses and Midwives, Polish Company of Anesthesia Nurse, Polish Nursing Development Foundation, Polish Nurses Epidemiological Association, Polish Nurses Emergency Association, Polish Nurses Psychiatric Association.

The PNA conducts wide-ranging actions for patient safety and safe working environment and first of them was research for assessing real situation in Poland.

In 2008 the Polish Nurses Association carried out a survey on the well-being and working lives of nursing. It was modeled on the Royal College of Nursing survey »At breaking point?« from 2000 and 2005. The survey was conducted in 7 Polish districts and included 1,030 nurses.

The one of the largest nurse workforce studies ever conducted in Europe under Seventh Framework Programme was provided by Jagiellonian University Medical College, Krakow in Poland, University of Pennsylvania and Catholic University Leuven, Belgium. Twelve European countries (Belgium, England, Finland, Germany, Greece, Ireland, Norway, Poland, Spain, Sweden, Switzerland, and The Netherlands) were selected on the basis of: research expertise, availability of patient discharge data from hospitals, geographic distribution, and duration of membership in the European Union. The aims of the study was to simulate scenarios to illustrate what happens to the quality of patient care and nursing outcomes when different aspects of environment of the nursing workforce are changed: nurse-to-patient ratio, nurse education, nurse skill mix and nursing work.

The results of the 4RNCAST survey suggest that the associations between nursing and the quality and safety of hospital care are remarkably similar across Europe and in the US, even if the aggregate levels of each measure vary between countries. Almost every country had one or more hospitals that nurses ranked as having good work environments, suggesting that this success could be replicated in additional hospitals (<http://www.rn4cast.eu/en/articles.php>).

Nursing documentation is a another important task carried out by PNA. The ICNP® is an integral part of the global information infrastructure informing health care practice and policy to improve patient care worldwide. In the 2010 the ICN-accredited Centre for ICNP® Research & Development was established at the Medical University of Łódź. The mission of the Centre is to develop and promote ICNP® projects in theory and in practice. The overall objective of the Centre is to improve the quality of nursing care in Poland. In the next step the Polish Council for International Classification for Nursing Practice was established by the order of the Director National Centre for Health Information Systems (CSIOZ) in 2011 and in 2012, the Council was transformed into e-health Council in nursing with the main task of preparing the electronic documentation with ICNP®.

Prevention against biological exposure of nursing personnel is one of the main goals of the PNA. Since the 10 May 2010 the Framework Agreement on prevention from sharp injuries in the hospital and healthcare sector concluded by HOSPEEM and EPSU have existed. The purpose of the Directive is to implement the Framework Agreement so as: to prevent workers' injuries caused by all medical sharps (including needlesticks), to protect workers at risk, to set up an integrated approach establishing policies in risk assessment, risk prevention, training, information, awareness raising and monitoring. On 19 April 2012 the Polish National Congress on Occupational Exposure held under the banner »By saving peoples' lives they risk their own« was organized by the PNA. The aim of the Congress was to highlight the importance and accelerate the implementation of the Council Directive 2010/32/UE of 10 May 2010 on prevention from sharp injuries in the hospital and healthcare sector. The main issues discussed involved sociological, economical, legal and medical consequences of occupational exposure.

The PNA is the body of opinion leaders denouncing on behalf of the nursing environment on many topics such as: civil-law contracts signed by nurses, activities of nurses organizations for improvement of socio-economic situation of nurses, nursing staff in healthcare facilities, patients' lifting and moving principles and promotion of Nurse Occupation (http://www.ptp.na1.pl/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=31&Itemid=71).

Cooperation with the Federation of Polish Patients is another very important PNA activity. There was carried out a joint programme Chain of Trust. The personality of Eastern European Patients is not easy to cooperation. In their own opinion they are passive, believing that the doctor knows best, not seeing themselves as partners of the medical staff, often not responsible for their own care, not smart enough to ask the doctor about clinical results or about any unexpected disease-related.

Despite of the difficult nowadays situation, actions have been done, can improve level of the patient safety in not far future in Poland.

REFERENCES

1. Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloan, D. M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L. et al. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* 2012. Pridobljeno 10. 11. 2012, s http://www.bmj.com/highwire/filestream/574655/field_highwire_article_pdf/0/bmj.e1717.
2. Aranaz-Andres, J. M., Aibar-Remón, C., Vitaller-Burillo, J., Requena-Puche, J., Terol-García, E., Kelley, E., Gea-Velazquez de Castro, M. T. and the ENEAS work group. Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals: results of National Study of Adverse Events (ENEAS). *International Journal of Quality in Health Care*, 21 (6), 408-414.
3. Buchan, J., Perfilieva, G. (2006). Health Worker Migration in the European Region: Country Case Studies and Policy Implications. WHO Region Office for Europe.
4. Central Statistical Office. Pridobljeno 19. 10. 2012 s http://www.stat.gov.pl/gus/zdrowie_opieka_ENG_HTML.htm.
5. Drösler, S., Romano, P., Wei, L. (2009). Health Care Quality Indicators Project: Patient Safety Indicators Report 2009. Pridobljeno 20. 10. 2012, s http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-health-working-papers_18152015.
6. Euro Health Consumer Index 2012. Pridobljeno 20. 10. 2012, s http://www.healthpowerhouse.com/index.php?option=com_content&view=section&layout=blog&id=7&Itemid=54.
7. Kohn, L.T., Corrigan, J. M., Donaldson, M. S.(2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*.
8. Main Council of Nursing and Midwifery. Preliminary assessment of nurse and midwife staff resources in Poland by 2010. Warsaw.
9. Pearse, R. M, Moreno, R. P, Bauer, P., Pelosi, P., Metnitz, P., Spies, C., et al. (2012) Mortality after surgery in Europe: a 7 day cohort study. *Lancet*.

10. Polish Nurses Association. Pridobljeno 18. 10. 2012 s http://www.ptp.na1.pl/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=31&Itemid=71.
11. Position Statements of ICN 2012. Pridobljeno 20. 10. 2012, s http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D05_Patient_Safety.pdf.
12. RN4CAST Articles. Pridobljeno 19. 10. 2012 s <http://www.rn4cast.eu/en/articles.php>.
13. Soop, M., Fryksmarks, U., Koster, M., Haglund, B. The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. *International Journal of Quality in Health Care*, 21 (6), 285-291.
14. The Central Register of Nurses and Midwives Pridobljeno 19. 10. 2012 s <http://www.izbapiel.org.pl/index.php?id=110>.
15. The National Centre for Quality Assessment in Health Care. Pridobljeno 19. 10. 2012 s <http://www.cmj.org.pl>.
16. The World Bank. Pridobljeno 19. 10. 2012, s <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL>.

Dr. Božena Gorzkowicz

Varnost pacientov: kako daleč do cilja je Poljska?

KLJUČNE BESEDE: varnost pacientov, zdravstvena nega, vodenje, delovni pogoji

POVZETEK - Varnost pacientov predstavlja resno globalno skrb. Svet Evropske unije ocenjuje, da 8-10 % pacientov v državah Evropske unije, ki so sprejeti v bolnišnico, doživi negativne izkušnje pri zdravstveni obravnavi. Zaradi trenutnega težkega gospodarskega položaja in preoblikovanja zdravstvenega sistema na Poljskem prihaja do številnih tveganj glede varnosti pacientov. Medicinske sestre na Poljskem se trudijo, da bi izboljšale varnost pacientov, tako da spodbujajo boljše delovne pogoje za zdravstvene delavce. Kot primarni negovalci v bolnišnicah so ravno one tiste, ki najlaže izboljšajo kakovost in varnost pacientov. Vodenje in učinkovitost sester je še pomembnejše, kadar jih je premalo. Preprečevanje in zmanjševanje neželenih dogodkov v zdravstveni oskrbi je mogoče z uvedbo naslednjih priporočil: diagnozo kulture varnosti in ozaveščanjem, standardizacijo ukrepov za varnost pacientov, natančno terminologijo, boljšim poročanjem o dogodkih, povezanih z varnostjo pacientov, brez pripisovanja krivde, izobraževanjem in usposabljanjem zdravstvenih delavcev, poudarjanjem varnosti pacientov in ozaveščanjem pacientov o njihovi varnosti. V skladu z ameriškim Inštitutom za medicino (IOM) je »največji izziv pri doseganju varnejšega zdravstvenega sistema spreminjanje kulture, kjer se krivdo za napake pripisuje posameznikom, v kulturo, kjer se napake ne obravnavajo kot osebni neuspeh, ampak kot priložnosti za izboljšanje sistema in preprečevanje škode.« Ustvarjanje kulture varnosti, kjer so vključeni zdravstveni delavci, organizacije in pacienti, bi moralo biti glavna naloga lokalnega in mednarodnega prostora.

Safety - the case in the Netherlands

UDC 616-083+614.8

KEY WORDS: safety, patient, nursing process, medical treatment

ABSTRACT - In the Netherlands, 26 % of the land lies under the sea level. There is a continuous fight against the water and because of this there is a tradition, culture, policy on safety, monitoring and control on the national, regional and local level of sea and river levels, and the maintenance of the dikes. Safety and well-being are integrated in daily life and are in general as top-sport: they cost time, money, energy, training and support of all the involved. The health care system counts 888,000 workers and stands for 558,000 full time equivalents (1). It is estimated that 8-12 % of all patients suffer from adverse events when admitted to a hospital in the member states of the EU (2). A Dutch report estimated that 5.3 % of all Dutch hospitalised patients suffer from an adverse event, of which 2,3 % are preventable. The total number of preventable deaths was 1.735 of 1.3 million hospital admissions in 2004 (3). Nursing research within Europe also showed that there are differences in attitude and pointing out the main factors that influence a safe nursing process or medical treatment (4). Moral distress (5), leadership (6), education (7) and social media (8) play an important role in the safety and risk management. Further literature shows that four levels and four aspects of safety can be identified in the health care system. The Dutch model is based on this framework. It has costs and benefits on the quality of care and safety of patients in the Netherlands. The criteria for safety should be based on evidence and best practice, whereby patient organisation(s) should be involved.

1 Introduction

The Netherlands lies for 26 % under the sea level. There is a continuous fight against the water and because of this there is a tradition, culture, policy on safety and control on national, regional and local level and monitoring the sea and river levels plus systematic maintenance of the dikes.

In principle each person in the Netherlands knows how to act when the level of the water rises to +2, +4 or +6 meter above sea level. Also each Regional Officer in charge of the safety of the country knows his /her responsibility and he / she is able to estimate when a specific safety problem exceeds the city, region or national level.

The price to repair 1 km dike varies from 3 to 21 million Euros, depending on the technique and method that has to be applied or depending of the specific situation.

In the Netherlands much money is spent to guarantee a safe transport and a safe arrival to come from point A to point B. This even counts for the safety of the bicyclist. When you take the high way you will see that there is a parallel bicycle track.

Further more much money is spent to guarantee the travel of its inhabitants outside the country with regards to the trade and commerce of its products and goods. For instance the price to accompany a ship through the Somalia Pirates zone costs about 25.000 Euro per day per ship. For a safe return travel the Shell-oil company pays

at least 100.000 Euro per trip and this amount of money is then only for five full-time-equivalent Private Security Officers and is not including the equipment and ICT hardware and technology.

In our daily live we all take for granted to check-in at least two hours before departure because of Safety procedures. And we also pay extra for our flight because of Safety taxes at the different National and International airports and harbors.

Safety and wellbeing is part of our daily life and it is in general just like top-sport: it cost time, money, energy, training and support of all involved to reach the final goal.

When you arrive in spring by air at Amsterdam you can see during the landing the squares and bulb fields surrounded by water, symbolizing that all in the Netherlands has:

- ☐ to be well organized
- ☐ its own place
- ☐ to stay within the borders

2 Let us now move to the Health Care System.

Patient Safety Culture in the Dutch Health Care System

The total health care system counts 888.000 workers and stands for 558.000 full time equivalents. There are all together 340 hospitals, rehabilitation centres, psychiatric centres amongst others ([http://statline.cbs.nl/Stat Web/publication/DM=SLNL&PA=71584 NED &DI=99-108&](http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/DM=SLNL&PA=71584NED&DI=99-108&)):

Non academic general hospitals:	98
University Medical Centres:	8
Available beds:	38.792
Admissions per year:	1.500.876
Employees:	180.000

In order to give an answer on the question of Patient Safety Culture in the Dutch Health Care System we formulated two questions:

Question number 1:

»Is the safety culture within the Dutch society also integrated in the Health Care System of The Netherlands?«

Question number 2:

»If yes, how well is the safety of the individual patient in the Netherlands guaranteed?«

To give answer on these two questions we first searched for research with validated instruments with the question: »Do we have evidence of Patient Safety?«

2.1 EU validated instruments

At EUNetPas, the European workgroup for patient safety of EU Member States, we found an official publication of the three accepted instruments that fulfil criteria of the European workgroup to measure a patient Safety Culture. These are the:

1. Hospital Survey on Patient Safety Culture
2. Manchester Patient Safety Assessment Framework
3. Safety Attitudes Questionnaire

Among the national and international Nursing and Medical journals also a research has been found which is published by M.J. Poley et al in Paediatric Critical Care Medicine of November 2011, on the application of the Safety Attitudes Questionnaire at one of our University Medical Centers (Poley, 2011, 310-6).

In May 2006 and May 2007 the Safety Attitude Questionnaire has been applied, validated and evaluated in the Netherlands at the Department of Paediatric Surgery of the Erasmus University of Rotterdam.

The results showed that physicians scored better on the Safety Questionnaire than nurses at both points in time.

Although on most domains the Safety Culture at the paediatric unit was good compared with Benchmark data, the researchers concluded that there was still room for improved.

This requires continuous working on interventions with the intention to improve the safety culture, including crew resource management training, safety briefings and senior executive walk rounds at the Department of Paediatric Surgery.

Other Nursing Research articles on international level where the Netherlands is involved also showed that there are differences within European countries (Aiken, 2012) on pointing out factors that influence a safe nursing process or medical treatment (Aiken, 2012).

Some European countries mention the internal-factors as main factor while other countries mention that the external-factors influence the most on the nursing process or medical treatment.

Answer on the question number 1:

Yes there is evidence of a Culture of Safety in the Health Care System in the Netherlands which is measured with a validated and accepted instrument. And it is known that the Netherlands can differ together in view and in the approach on Safety in the Health Care System together with other EU countries.

2.2 Safety Indicators in the Netherlands

It is estimated that 8 % to 12 % of all patients suffer from adverse events when admitted to a hospital in the Member States of the EU (http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_en.htm).

A Dutch report estimated that 5,3 % of all Dutch hospitalized patients suffer from an adverse event, of which 2,3 % are preventable. The total number of preventable deaths has been 1.735 persons of the 1.3 million hospital admissions in 2004 (De Bruijne, Zegers, Hoornhout in Wagner, 2007).

Conclusion number 2:

Yes in the Netherlands you are as a patient relatively safe, but for in the case you might die, in 2,3 % of the cases your death could have been preventable.

2.3 Policy in the Netherlands on Safety

In 2007 the Minister of Health decided after a pilot study to start with a five year long National Program with a fund of 7 to 8 million Euros to improve safety in the Health Care system.

One part of the money has been ear-marked for Education, one part for Innovative Projects and one part for research, dissemination and monitoring of results on Safety with the latest Information Computer Technology.

Besides the medical and nursing profession, health care organizations, health insurance companies, the patient organization also plays an important role within the National Policy Program to improve the Safety of each patient in the Netherlands. Criteria for Safety protocol must be based on evidence, best practice, and the patient organization(s) are obligatory by law to be involved. Research also shows that adequate documentation of symptoms, and collection of patient-reported symptom data from women with advanced breast cancer is critical to quality clinical management (Sikorskii, et al., 2012).

2.4 National Patient Organization

The National Patient Organization formulated in 2011 a basic set of Quality Criteria. The basic set of Quality Criteria included topics such as:

The quality of the care during transportation

Criteria on the transparency of the cost of the care and treatment.

With regards to the aspect of »Safety Care« the Patient Organisation developed and set the following quality of care criteria with six indicators for »Safety Care« from the perspective of the patient:

Criteria:

- ☐ In order that the patient experiences a safe care and has the feeling to be in a safe

treatment environment the care provider:

Indicators:

- registers and analyses the reports on incidents, the complications,
- reports and information of patients, complains and claims,
- He/she deliberate with all involved and use the outcomes of the deliberation to start to take measures and to contribute to improve the care.
- invites and stimulates the patient to cooperate on the safety of his/her own treatment and care
- takes the signals of the patient serious which can possibly lead to an unsafe situation
- and the patient know which medication the patient uses on the basis of the actual medication overview
- asks the patient which Self-Care aids he/she uses and recent changes within his medication consumption
- is alert on the side-effect of the medication and the interactions of the different medications

2.5 Yellow safety vest: »Do not disturb!«

One of the actions within the National Program to reduce the amount of medication errors was to wear a safety vest. The idea was to wear a safety vest with the sign »Do not disturb.«

But the use of this so called yellow safety vest did not result in a reduction of the amount of medication distribution errors. The reason is that by wearing the yellow safety vest the nurse was more visible and visitors ask then all kinds of information to this Registered Nurse who has been in charge and has the responsibility for the distribution and administering of the medicine.

2.6 Safety Award and the Inspectorate of the Ministry of Health

Besides the Patient Organisation the Inspection for Health Care at the Ministry of Health also plays a role to contribute in the National Program to improve Patient Safety. Each year the Inspectorate nominates together with a National jury three projects for the yearly Care Safety Award.

This year the Psychiatric Bavo Europoort hospital received the Safety Award for the so called Crisis Monitor. The Psychiatric Bavo Europoort hospital received the price for the development of an instrument to measure structural the psychiatric patient mood and his/her status. With this instrument risk full behaviour can be predicted and determined in time and preventive measures can be taken. It also became possible to reduce the amount of separations and the instrument also contributes to the reduction of aggression. The effects of the interventions are being continuously monitored. The instrument includes training on the job and with this it also contributes to the Learning Organisation.

Other nominees were the University Hospital of Amsterdam with the »Patient discharge letter: Good prepared at discharge«. And the High School of Utrecht with the project »Safety of medication behind the door«.

Besides the goal of reducing the number of preventable deaths the Ministry of Health also wanted to reduce with the National Program 50 % of the amount of post operative wound infections to the level where 25 % of the other hospitals already were when the National Program and the Safe- Policy of the Ministry of Health in 2007 started. To reach this goal the Surgery teams have to follow strictly Evidence-based and Best-practice guidelines and protocols developed by the Medical and Nursing Professional Organisation on this specialty with taken into account the EU Council Recommendation of 9 June 2009 on patient safety, including the prevention and control of health care associated infections (2009/C 15/01).

September 2012, only 10 % of the cases of the teams working in the Surgery Room complied with all four guidelines, while it has been estimated that 90 % of the cases should have been working according now with all the four protocols and guidelines.

Further more on the 20th of September 2012 the amount of post operative wound care infections did not decrease at all since 2007.

According to the Health Professional Act of the Netherlands it is clear stated who is responsible and accountable for which part of the treatment and care. Each professional has and knows his/her own responsibility and accountability to keep after being qualified for the future with a Diploma, to stay up-to-date and to take care to be competent to perform the risk full and complex nursing interventions and treatments as efficient and safe as possible. This gives the Inspectorate of the Ministry of Health instruments and tools to guide and regulate this process and is now in charge to follow and report the further implementation of the use of the Safety Procedures within the Surgery teams.

2.7 Registration and reduction of costs and time

In the Netherlands each hospital has a Central Registration System and data on the accidents and near accidents that occurs within the nursing process and in the medical or paramedical treatments. Topics which are most reported in hospitals are:

- ☐ the fall incidents of a patient to move from point A to B
- ☐ the fall out of the bed
- ☐ not correct administering of medication
- ☐ not correct application of medicine
- ☐ needles injuries (On the basis of the Council Directive 2010/32/EU of 10 may 2010: implementing the Framework Agreement on prevention form sharp injuries in the hospital healthcare sector concluded by HOSPEEM and EPSU)

Reporting an accident or near accident takes place if possible, together with the patient and or his family/significant other(s). During this deliberation the patient is also asked which consequences the accident or near accidents has for him/her or his/her

family. The communication and the report writing with the patient take in general half an hour (30 minutes).

The collected data are then processed (30 minutes per form) and at least once per month prepared by the Commission on Accidents and Near Accidents of the institute, followed by a procedure of feedback, presentation and discussion within a multi-disciplinary team. (30 minutes per case = 150 minutes for a team of five persons).

Furthermore each month the item Safety is on the agenda of the ward-management team. (5 minutes per case = 20 minutes per case for a ward-management team of four persons).

And finally the General Management Team of the hospital reviews the trends on the safety and quality indicators of the units on hospital level (10 minutes per case of the Management Team).

The results are then put on the website of the hospital and data are sent to the Inspectorate of the Ministry of Health. All together the time spent by professionals involved at the direct and indirect care and treatment of one reported case on accidents and near accidents costs: $30 + 150 + 20 + 10 = 210$ minutes (not including the time of the Inspectorate of the Ministry of Health, Insurance etc.).

If there are five accidents or near accidents reported per year per institute at the 340 Hospitals this means a spending of time of $340 \text{ hospitals} \times 210 \text{ minutes} \times 5 \text{ reports} = 357.000 \text{ minutes} = 5.950 \text{ hours}$.

One nurse earns in average in the Netherlands 18,50 Euro per hour, which means that 5.950 hours stands for at least : $5.950 \times 18,50 = 110.075 \text{ Euro per year}$.

This is the same amount of money that one shipping company pays to get a safe passage of the cargo and or passengers through the Pirate zone of Somalia.

But it is not easy to evaluate and compare both situations and to say which of these risks or harm and suffer have more financial impact than the other.

At the other side there is a report of the Health Insurance in the Netherlands that the Health insurances are not intending to pay for medication that have proven to work at two groups of patient categories, when the costs per treatment with the medication will exceeds the 150.000 Euro per year.

According to statistics the Health Insurance Companies paid last year millions of Euros for the largest group of patients of chronicle ill patients with a medication treatment of 1.000 Euro per month.

However recent research brought the Health Insurance in a dilemma for this group of chronicle ill patient. The results of the research showed that the specific generic medication interacts in all cases with the other administered multi-pharmacology of this category of patients and with the interaction the effect of this very expensive drug is in fact reduced to zero.

Up to now all accidents and near accidents has been directly reported to the Inspectorate of the Ministry of Health. From the 3rd of September 2012 on it is not any more obligatory to inform all fall accidents to the Inspection of the Ministry of Health, but only those situations with a so called calamity.

2.8 Registration is a means not a goal

The registration of the accidents and near accidents must not be a goal on its own, but a means to come to the improvement of the Safety of the patient and the nurse, doctor and other health care workers. In fact it was already Florence Nightingale who was the first to make Bio-medical statistics of the Crimea War.

On the website www.zorgkaartnederland.nl/ziekenhuis it is possible to see on a 10 point Likert Scale to which extend the hospital is recommended to be safe. On the first of October 2012 the total 340 hospitals had a mean score of 7,4.

2.9 National Safety Indicators

On national level there are obligatory Quality Indicators set by the Professional Organizations and the National Patient Organization such as criteria for Ulcer pressure, Malnutrition and Pain management that gives insight in the level of safe nursing care and medical or paramedical treatment.

The nurse is in the Netherlands the coordinator of care and of pain management.

The results of the yearly national measurements are also reported to the Ministry of health, National patient organization, Health Insurance, Nursing and Medical professional organizations and the data and results are available on their websites and the internet, newspaper, TV and other media.

When analyzing the concept of Safety in the Health Care system with the Problem Solving Model, we can identify four aspects and four labels. The table below illustrates the relation between the levels and the aspects.

Overview Aspects and Levels of Safety

Table 1: Oscar. R. de Miranda Problem Solving Model

<i>Aspects / Levels</i>	<i>Micro</i>	<i>Meso</i>	<i>Macro</i>	<i>Abroad / Global</i>
Content	A1			
Procedure	B1	B2		
Interactions	C1	C2	C3	
Feelings	D1	D2	D3	D4

According to this model we can identify and determine the effects on all aspects of Safety and all levels within the Health Care system. For instance how an ISO standard (D4, Feelings / Abroad / Global) influences the content of the daily work of the nurse (A1, Content / Micro).

For example:

If you want to have the feeling that you are a good organization by using good and high-tech and equipment and you would like to have on this matter a Safety Certificate issued for example with an ISO Standard Certificate, you will have to fulfill the criteria as set on Safety by at least of the EU Directives and according to the ISO-standard procedures and criteria.

The next step is that you must find and institute that is competent to certificate (C3, interaction) the ISO-standard on Macro level of your country, followed by communicating (C2, interaction) and installing a commission with procedures in your organization (B2, Procedure).

Finally when you will implement the directive you will have to make clear and motivate the individual (D1, Feelings and C1, Interactions), the procedures and the content of what has to be done, written down to register and administrate the activities concerning the ISO-standard, EU-Directive. (B1, Procedure, A1, Content).

One of the criteria (ICS 11.040.01.11.180 10 July 2006) to obtain an ISO-certificate is that there must be a Checklist with data on which the charge and recharge time and period of the accumulator of a patient passive or active transfer-elevator e.g. type SARA 3000 or WENDY type took place.

As result of this criteria one can see today at e.g. a Psycho-geriatric unit in the Netherlands that health care workers are writing down each other day on a checklist (Aftekenlijst accu wissel ARJO / NTA 7506 / AI NL) the date and time on which the battery has been changed of that particular patient elevator e.g. type SARA 3000 or WENDY-type.

In fact each part of the nursing diagnosis has elements of Safety which effects and affects the whole chain within the health care system. It will take to much time to give in a nutshell all health related patterns of Marjory Gordon within the nursing process of nursing diagnosis, planning, intervention, evaluation and redesigning the process on which the nurse has to think, has to be aware and or has to go through the literature to be up-to-date and to get to know the latest methodology and methods to help the patient, his family and significant other on the whole life span of pre-conception to the phase of mourning after the person past away on a Safe way.

For Safe care it is important to get to know more about the decision making process of the nurse in her here and now situation. Patricia R. Ebright (8) warns in her article in the Online Journal of Issues in Nursing. A Scholarly Journal of the American Nurses Association "The Complex Work of RNs: Implications for Healthy Work Environments", that failure to understand how registered nurses make decisions in the context of actual care delivery will lead to the design of processes, environments, and technologies that increase the complexity of RN cognitive work. This failure in turn will lead to increased RN stress and dissatisfaction, decrease RN retention, and ultimately unsafe care.

Accountancy-researcher Bart Dierynck from the University of Tilburg in the Netherlands and the Organization psychologist Hannes Leroy from the Catholic University of Leuven in Belgium showed in their research that the leadership of the nurse-manager influences on the Safety of the patient and leads to less medical errors. The results will be published according to the Press release from the University of Tilburg on the 30th of August 2012 in the Journal of Applied Psychology.

Moral distress(9), leadership (10), education (11), Constructed Reality TV programs (12) and Social Media (13) play an important role in the safety and risk management on micro, meso (organization), macro and abroad/global level. The use of social media has positive and negative influence and effects on our personal safety and on that of the community and well-being as well.

The invitation of a Birth Day party on Face Book showed to have big impact for the safety of a small town in the Netherlands. We all could have followed this variant of the X-Project on the radio, TV, Face-book and the internet in the Netherlands.

The National Patient Safety Policy and program of the Netherlands showed to have costs and benefits on quality of care and the program tries to guarantee the safety of the patients in the Netherlands with a multi-disciplinary and interdisciplinary approach. Criteria for Safety protocol in the Netherlands must be based on evidence and best practice, Patient organization(s) are obligatory by law involved. It is a serious matter and there is still also on National and micro-level much to be improved also with regard to the guarantee of the privacy of data of the patient with ICT programs. With the following example I want to illustrate that despite of an accepted Accident and Near Accident System and registration on national level by all involved in the Health Care system the incidence can have big consequences and impact on micro, meso and macro level.

3 The whistle-blower

Problems on the communication level (Interaction) are manifest on a lower level (Feelings) and have to be solved on a higher level (Procedure and Content).

Besides finding the solution on organization level (meso), also training on the job on communication skills, curriculum development on interdisciplinary and multi-disciplinary cooperation, complexity of care topics, interventions and treatments in the Health Care system are needed additional to solve the problem on a sustainable way.

At a university hospital of Amsterdam a patient died, because of miscommunication between the intensive care department and the Lung-specialist. The professional who reported this incident by means of an accident and near accident procedure and form, was sent home by his colleagues. The hospital was set under sharp control of the Health Inspectorate from the Ministry of Health, one of the members of the board

of directors resigned and the case is now at the end of October 2012 at the Professional and at the Civil-Court as well.

How it will end you can read on the website of the different websites within the Health Care System and the Inspection of the Ministry of Health of the Netherlands <http://www.igz.nl> or at tweeter and face book.

LITERATURE

1. Aiken, L. H. et al. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*, 344-1717.
2. Council Recommendation on patient safety, including prevention and control of healthcare associated infections (2009) – based on a Commission proposal. Official Journal of the European Union C 151/1. Pridobljeno 10. 9. 2012, s http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_en.htm.
3. De Bruijne, Zegers, Hoornhout in Wagner (2007). Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen. Amsterdam: Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg,
4. Ebricht, P., (2010). The Complex Work of RNs: Implications for Healthy Work Environments OJIN. The Online Journal of Issues in Nursing, 15 (1), 4.
5. Elpern, E. H. et al. (2005). Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care Nurs*, 14 (6), 523–530.
6. Hamers, J. P. H. et al. (2009). Attitudes of Dutch, German and Swiss nursing staff towards physical restraint use in nursing home residents, a cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 46 (2), 248-255.
7. Raad van de Volksgezondheid in Zorg (2009). Met de camera aan het ziektebed. Morele overwegingen op televisie. Signalering ethiek en gezondheid 2009/2 Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid, 2009, s <http://www.rvz.net> -.
8. Kong, S. et al. (2012). Facilitating the application of theoretical holistic health Concepts to Professional Practice Through Action Learning (page 69–75). Hong Kong: Hong Kong Polytechnic University.
9. Lepping, P., Steinert, T., Needham, I. et al. (2009). Ward safety perceived by ward managers in Britain, Germany and Switzerland: Identifying factors that improve ability to deal with violence. *Journal Psychiatr Ment Health Nurs*, 7 (16), pg. 629-635.
10. O’Dea, A. and Flin, R. (2003). The role of managerial leadership in determining workplace safety outcomes. Aberdeen. United Kingdom: University of Aberdeen, Department of Psychology, Kings College Old Aberdeen,. / Publisher: Great Britain.
11. Poley, M. et al. (2011). Patient safety culture in a Dutch paediatric surgical intensive care unit: an evaluation using the Safety Attitudes Questionnaire. *Pediatr Crit Care Med*. 12 (6), 310-316.
12. Rijkssen, K. and Boon, M. (2012). Stateline Zorginstellingen, financiën, personeel, productie en capaciteit naar SBI’93, CBS 2006-2009, Central Office of Statistics. Pridovljen s <http://statline.cbs.nl/Stat Web/publication/DM=SLNL&PA=7 1584N ED &DI=99-108&>.

13. Sikorskii, A. et al. (2012). Concordance between patient report of cancer-related symptoms and medical records documentation, *Journal of Pain and Symptom Management*, 44 (3), 362-372.

Dr. Oscar R. de Miranda

Varnost – primer Nizozemske

KLJUČNE BESEDE: varnost, pacient, proces zdravstvene nege, zdravljenje

POVZETEK - Na Nizozemskem je 26 % kopnega pod morsko gladino. Zato prebivalci nenehno bijejo boj z vodo, zaradi česar so se razvili tradicija, kultura in politika glede varnosti, spremljanje in nadziranje morske in rečne gladine ter vzdrževanje nasipov na državni, regionalni in lokalni ravni. Varnost in dobro počutje sta del vsakdanjega življenja in na splošno zahtevata veliko časa, denarja, moči, usposabljanje in podporo vseh udeležencev. Zdravstveni sistem šteje 888.000 delavcev, pri čemer je 558.000 redno zaposlenih (1). Ocenjuje se, da v državah Evropske unije 8-10 % vseh pacientov doživi neželene dogodke, ko so sprejeti v bolnišnico (2). Nizozemsko poročilo ocenjuje, da 5,3 % vseh pacientov, sprejetih v bolnišnico, doživi neželen dogodek, pri čemer je 2,3 % teh dogodkov mogoče preprečiti. Skupno število smrti, ki jih je mogoče preprečiti, je 1.735 od 1,3 milijona bolnišničnih sprejemov v letu 2004 (3). Raziskava o zdravstveni oskrbi v Evropi je tudi pokazala, da obstajajo razlike v odnosu in poudarkih glede glavnih dejavnikov, ki vplivajo na varnost v procesu zdravstvene nege ali zdravljenja (4). Moralna stiska (5), vodstvo (6), izobraževanje (7) in družbeni mediji (8) imajo pomembno vlogo pri upravljanju varnosti in tveganj. Dodatna literatura kaže, da lahko prepoznamo štiri ravni in štiri vidike varnosti v zdravstvenem sistemu. Nizozemski model temelji na tem okviru, in sicer vključuje stroške in koristi glede kakovosti oskrbe in varnosti pacientov na Nizozemskem. Merila varnosti morajo temeljiti na dokazih in dobri praksi, vključiti pa je treba tudi organizacije pacientov.

European antibiotic resistance surveillance system in health care

UDC 615.33.015.8(4)

KEY WORDS: EARS-Net, ECDC, MRSA, VRE, ESBL

ABSTRACT - Antibiotics are one of the most important therapeutic discoveries in medical history. Treating patients with bacterial infections with antibiotics has contributed to a reduction in mortality and morbidity related to bacterial diseases. However, the misuse of antibiotics has led to the emergence of multi-resistant organisms (MRO) resulting in inadequate treatment of these infections. Health institutions should formulate a strategy to mitigate the risk of dissemination of MRO by patients who have also been admitted to hospitals in other countries. Furthermore, the risk of acquisition of some MROs may extend to those without healthcare contact during travel to countries of high endemicity. European Antimicrobial Resistance Surveillance (EARS)-Net is a European wide network of national surveillance systems, providing European reference data on antimicrobial resistance for public health purposes. The network is coordinated and funded by the European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Based on the data of the laboratory/hospital questionnaire, the overall hospital catchment population of the EARSS network is estimated to include at least 20 % of EU population. The EU-wide surveillance includes the monitoring of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA), vancomycin-resistant enterococci (VRE), extended-spectrum beta-lactamase (ESBL) - producing Enterobacteriaceae, carbapenemase-producing Enterobacteriaceae, multidrug-resistant *Pseudomonas aeruginosa*, *Clostridium difficile*. Moreover, the antimicrobial resistance data on zoonotic and indicator bacteria were jointly analysed by the European Food Safety Authority (EFSA) and the ECDC. Data covered resistance in zoonotic *Salmonella* and *Campylobacter* from humans, food and animals, and in indicator *Escherichia coli* and enterococci from animals and food, and MRSA in animals and food.

1 Introduction

The European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), an EU agency based in Stockholm, Sweden, was established in 2005. The objective of ECDC is to strengthen defence against infectious diseases in Europe. In order to achieve this mission, ECDC works in partnership with national public health organisations across Europe to develop disease surveillance systems (<http://www.ecdc.europa.eu/en/Search/Pages/Results.aspx?k=Annual>).

2 ECDC surveillance of infections

In July 2008, the coordination of the network for the surveillance of healthcare-associated infections (HELICS – Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance) in Europe was transferred from the IPSE (Improving Patient Safety in Europe) project to ECDC in Stockholm.

Healthcare-associated infections (HAI) are infections occurring after exposure to healthcare and often as a consequence of this exposure. The surveillance of healthcare-associated infections has mainly been focused on infections associated with acute care hospital stay (also referred to as nosocomial infections), with the surveillance of surgical site infections and nosocomial infections in intensive care units (2-4). These are the most commonly implemented types of HAI surveillance in European Union (EU) member states (<http://www.ecdc.europa.eu/en/Search/Pages/Results.aspx?k=Point>).

Each year in the EU, approximately four million patients acquire HAIs and approximately 37,000 of them die as the direct result of the infection. Surgical site infections (SSI) are among the most common HAIs and are associated with longer post-operative hospital stays, additional surgical procedures, treatment in an intensive care unit and often higher mortality. All patients undergoing surgery are at risk of complications, including SSI (<http://www.ecdc.europa.eu/en/Search/Pages/Results.aspx?k=Point> in <http://www.ecdc.europa.eu/en/Search/Pages/Results.aspx?k=Surveillance>).

The objectives of the ECDC point prevalence survey of HAIs, including antimicrobial use (AU) in acute care hospitals are: to estimate the total burden (prevalence) of HAIs and antimicrobial use in acute care hospitals in the EU; to describe patients, invasive procedures, infections (sites, microorganisms, including antimicrobial resistance markers) and antimicrobials prescribed (compounds, indications). It is more important to disseminate the results to those who need to know at the local, regional, national and EU level how to raise awareness, train and reinforce surveillance structures and skills, identify common EU problems and set priorities. Accordingly, the evaluation of the effect of strategies and guidelines at the local/national/regional level and, finally, the provision of standardised tools for hospitals in order to identify targets for quality improvement are also of great importance.

In addition, ECDC has developed surveillance of antibiotic resistance in zoonotic bacteria (www.efsa.europa.eu/efsajournal). Zoonoses are infections and diseases that are transmissible between animals and humans. An infection can be acquired directly from animals or through the ingestion of contaminated foodstuffs or other indirect contact. The severity of these infections in humans can vary from mild and asymptomatic to serious and even life-threatening. Zoonotic bacteria which develop resistance to antimicrobials are of special concern, since they might compromise the effective treatment of infections in humans. In order to follow the occurrence of antimicrobial resistance in zoonotic bacteria isolated from animals and food, information is collected and analysed from all the EU member states (www.efsa.europa.eu/efsajournal).

The antimicrobial resistance data on zoonotic and indicator bacteria in 2010, submitted by 26 European Union member states, were jointly analysed by the European Food Safety Authority (EFSA) and the European Centre for Disease Prevention and Control. Data covered resistance in zoonotic *Salmonella* and *Campylobacter* from humans, food and animals, and in indicator *Escherichia coli* and enterococci from

animals and food. Some data on meticillin-resistant *Staphylococcus aureus* in animals and food were also included (www.efsa.europa.eu/efsajournal).

3 Antibiotic Resistance Surveillance

Antibiotics are one of the most important therapeutic discoveries in medical history. They have strongly contributed to a reduction in morbidity and mortality related to bacterial infectious diseases. Unfortunately, the misuse of antibiotics leads to the emergence and selection of resistant bacteria, resulting in therapeutic failure (Hawkey, Jones, 2009, str. 3-10 in Zinn, Westh, Rosdahl, 2004, str. 160-8).

ECDC has developed EARS-Net (former The European Antimicrobial Resistance Surveillance System, EARSS), a European wide network of national surveillance systems, providing European reference data on antimicrobial resistance for public health purposes. The network is coordinated and funded by the ECDC (<http://ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/EARS-et/database/Pages/database.aspx>).

EARSS-Net routinely collects generated antimicrobial susceptibility data, provides trend analyses and makes timely feedback available on an interactive website (<http://ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/EARS-et/database/Pages/database.aspx>). Routine data for major indicator pathogens, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus faecalis*, *Enterococcus faecium*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumonia* and *Pseudomonas aeruginosa*, are submitted quarterly by almost 900 laboratories that cooperate with more than 1500 hospitals in 33 European countries and cover at least 20 % of EU population (<http://ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/EARS-et/database/Pages/database.aspx>).

In addition, ECDC has developed surveillance systems for common multidrug-resistant organisms (MDROs), e.g. methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA), vancomycin-resistant enterococci (VRE), extended-spectrum beta-lactamase (ESBL)-producing Enterobacteriaceae, carbapenemase-producing Enterobacteriaceae (CPE), multidrug-resistant *Pseudomonas aeruginosa*, *Clostridium difficile* (<http://www.ecdc.europa.eu/en/Search/Pages/Results.aspx?k=Annual> in <http://www.ecdc.europa.eu/en/Search/Pages/Results>).

4 Multidrug-Resistant Organisms (MDROs) – a New Threat

ESBL-producing gram-negative bacteria

The Enterobacteriaceae is a large family of bacteria of which many members present a normal part of the gut flora and frequently cause urinary tract, bloodstream and intra-abdominal community-acquired and healthcare-associated infections (Paterson,

Bonomo, 2005, str. 657-86). β -lactamases are enzymes produced by some of these bacteria that, depending on the type of enzyme, can make them resistant to various classes of β -lactam antibiotics, which are the main therapy for these infections (Paterson, Bonomo, 2005, str. 657-86). In the mid-1980s, a new group of these enzymes was detected, the extended-spectrum β -lactamases (ESBLs), which confer resistance to expanded-spectrum cephalosporins but not to carbapenems, and carbapenems are primarily used for treating infections due to ESBL-producing Enterobacteriaceae (Paterson, Bonomo, 2005, str. 657-86).

Since 2005, antimicrobial susceptibility testing data and trends for *K. pneumoniae* resistance to carbapenemes (CPE) have been reported annually through the EARS-Net (Queenan, M. in Bush, 2007, 440-58 in Paterson et al., 2004, str. 26-32 in Gasnik, 2009, str. 1180-5 in CDC, 2010 in CDC, 2009). Data from 2009 showed that, whereas in most countries in Europe percentages of carbapenem-resistance in invasive *K. pneumoniae* isolates from blood and cerebrospinal fluid were below 1 %, Greece, Cyprus and Italy reported resistance percentages of 43,5 %, 17,0 % and 1,3 %, respectively. This presented a rise in the rates since 2005 (<http://www.ecdc.europa.eu/en/Search/Pages/Results> in Paterson et al., 2004 in Gasnik et al., 2009, Center for Disease Control and Prevention, 2010 in Center for Disease Control and Prevention, 2009).

Although the exact prevalence of CPE in healthcare facilities and within the community in Europe is unknown, publications from member states and surveillance systems indicate that CPE is endemic in certain countries (<http://www.ecdc.europa.eu/en/Search/Pages/Results.aspx?k=Risk>). Similar risk factors to those associated with other multidrug-resistant organisms (MDROs) have been identified for CPE and include the severity of illness, the history of hospitalisation or stay in an intensive care unit, prior antimicrobial use and immunosuppression (CDC, 2009, str. 256-60 in Kluytmans-Vandenbergh, 2005, str. 309-13, Bush in Jacoby, 2010, str. 969-76). Recently, patient mobility (transfer of patients across borders) has also been highlighted as a risk factor for the acquisition of CPE in many reports by introducing and spreading carbapenemases into healthcare settings as a result of patient transfer, mostly from endemic areas, across borders (<http://www.ecdc.europa.eu/en/Search/Pages/Results.aspx?k=Risk>) in Rogers, Aminzadeh, Hayashi, Paterson, 2011, 49–56).

For over a decade, different types of carbapenemases, including metallo- β -lactamases and KPC-type β -lactamases, have been found in Enterobacteriaceae and other bacteria. Carbapenemases are enzymes that can efficiently hydrolyse most β -lactams, including carbapenems (<http://www.ecdc.europa.eu/en/Search/Pages/Results.aspx?k=Risk> in Queenan, Bush, 2007, str. 440-58).

Some prevalent and emerging types of carbapenemases are *Klebsiella pneumoniae* carbapenemase (KPC), Verona integron-encoded metallo- β -lactamase (VIM), OXA-48, an OXA-type β -lactamase, and recently New Delhi metallo- β -lactamase (NDM) (Bush, Jacoby, 2010, str. 969-76 in <http://www.ecdc.europa.eu/en/Search/Pages/Results> in European Centre for Disease Prevention and Control, 2011).

New Delhi metallo- β -lactamase (NDM)

In 2008, a novel metallo- β -lactamase (MBL) carbapenemase, the New Delhi metallo- β -lactamase (NDM) (Struelens, Monnet, Magiorakos, Santos, O'Connor, Giesecke, 2010, 19716 in Yong, Toleman, Giske, Cho, Sundman, Lee, Walsh, 2009, str. 5046-54), was first detected in a *K. pneumoniae* isolate from a patient repatriated to Sweden after being treated in a hospital in New Delhi, India, hence its name (Struelens, Monnet, Magiorakos, Santos, O'Connor, Giesecke, 2010, 19716 in Yong, Toleman, Giske, Cho, Sundman, Lee, Walsh, 2009, str. 5046-54). Variants of this carbapenemase, NDM-2, have recently been reported in the north of Africa. (45). Hereafter, New Delhi metallo- β -lactamase and its variants will be referred to as 'NDM' (European Centre for Disease Prevention and Control, 2011).

After the first NDM-producing *K. pneumoniae* isolate was found in a Swedish patient who had travelled to India, there were several other reports of importation of NDM-producing Enterobacteriaceae due to crossborder transfer of patients (Yong et al., 2009, str. 5046-54 in Jovicic, 2011, str. 3929-31 in Sidjabat, 2011, str. 481-4).

A recently published study of a large number of bacterial isolates from cases of infection or colonisation in the UK and the Indian subcontinent showed that NDM-1-producing bacteria are extensively antibiotic-resistant, like other carbapenemase-producing Enterobacteriaceae (Struelens, Monnet, Magiorakos, Santos, O'Connor, Giesecke, 2010, 19716 in Yong, Toleman, Giske, Cho, Sundman, Lee, Walsh, 2009, str. 5046-54 in Yong, Toleman, Giske, Cho, Sundman, Lee, Walsh, 2009, str. 5046-5). The majority of these NDM-1-producing bacteria were usually still susceptible to two antibiotics, colistin and, less consistently, tigecycline. The NDM-1 enzyme was genetically encoded in plasmids, which are small elements that can pass on from one bacterium to another. This feature may facilitate its rapid diffusion in human populations (<http://www.ecdc.europa.eu/en/Search/Pages/Results.aspx?k=Updated> in European Center for Disease Prevention and Control, 2011, Struelens et al., 2010, str. 19716 in Yong, 2009, str. 5046-54).

5 Message for the Future

There are three strategic points which should be implemented in national health systems/the pharmaceutical industry in order to control the development of antibiotic resistance:

prudent use of available antibiotics, i.e. only when they are needed, with the correct dosage, dose intervals and duration, hygienic precautions for the control of cross-transmission of resistant strains between persons (infection control), including hand hygiene, screening for carrying resistant strains and isolating positive patients, and research and development of antibiotics with a novel mechanism of action.

Prudent use of antimicrobials

Prior use of antimicrobial agents, more specifically the carbapenems, 3rd and 4th generation cephalosporins and fluoroquinolones, increased the risk of infection or colonisation with CPE (Kluytmans-Vandenbergh, Kluytmans, Voss, 2005, str. 309-13).

In addition, they stressed the importance of antimicrobial pressure as a potential source of the emergence and spread of resistance determinants (Queenan, Bush, 2007, 440-58).

High rates of MDROs, e.g. extended-spectrum β -lactamase (ESBL)-producing bacteria, present an indirect risk for the spread of carbapenem resistance mechanisms, because they are associated with an increased prescription of carbapenem antibiotics to treat patients infected with these MDROs. It is therefore imperative to control the misuse of antimicrobial agents as well as the high rates of MDROs (e.g. ESBL-producing Enterobacteriaceae), since their presence necessitates the use of antimicrobials, especially the carbapenems. The result is an interminable cycle of antimicrobial use, antimicrobial pressure and high rates of antimicrobial resistance. Decisive action is therefore needed to promote prudent use of antimicrobial agents (<http://www.ecdc.europa.eu/en/Search/Pages/Results.aspx?k=Point0>).

Infection control measures

Infection control measures are similar for all MDROs, including ESBL-producing Enterobacteriaceae and CPEs in acute healthcare settings (<http://www.ecdc.europa.eu/en/Search/Pages/Results.aspx?k=Point>, Gasink, Edelstein, Lautenbach, Synnestvedt, Fishman, 2009, 1180-5).

These measures include early implementation of active surveillance by rectal screening for CPE carriage, additional precautions for the care of CPE-positive patients (including the wearing of disposable gloves and gown), and cohort nursing by a separate team (<http://www.ecdc.europa.eu/en/Search/Pages/Results.aspx?k=Point>, Gasink, Edelstein, Lautenbach, Synnestvedt, Fishman, 2009, 1180-5).

The use of Standard Precautions, and especially adherence to hand hygiene policies, is the cornerstone for preventing the transmission of MDROs, including CPE, in healthcare settings. Healthcare workers should strictly adhere to the basic hand hygiene policies during patient care to prevent cross-infection (<http://www.ecdc.europa.eu/en/Search/Pages/Results.aspx?k=Points> in Kluytmans-Vandenbergh, Kluytmans, Voss, 2005, str. 309-13).

Active screening cultures (rectal screening) on the admission or transfer of all high-risk patients (this is already standard practice in France, Norway, Sweden and Israel) should be done and reported in order to control and prevent CPE (<http://www.ecdc.europa.eu/en/Search/Pages/Results.aspx?k=Risk> in Rogers, Aminzadeh, Hayashi, Paterson, 2011, str. 49-56).

Public health

As the spread of MDOs, including ESBL-producing Gram-negative bacteria, CPE as well as NDM continues, and new carbapenemases are reported, it is clear that public health preparedness for the surveillance and containment of CPE in Europe needs to be intensified, including the creation of national public health laboratory networks and national task forces focusing on infection control, the standardisation of laboratory testing methodologies (use of similar interpretive criteria), making public health reporting of CPE mandatory and strengthening collaboration between reference laboratories and the EARS-Net (<http://ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/EARS-et/database/Pages/database.aspx>).

REFERENCES

1. Bush, K., Jacoby, G. A. (2010). Updated functional classification of β -Lactamases. *Antimicrob Agents Chemother*, 54 (3), 969-976.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2009). Guidance for control of infections with carbapenem-resistant or carbapenemase-producing Enterobacteriaceae in acute care facilities. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, 58 (10), 256-260.
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2010). Detection of Enterobacteriaceae isolates carrying metallo-beta-lactamase - United States, 2010. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report* 59 (24), 750.
4. ECDC. European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net). Pridobljeno 24. 08. 2012, s spletne strani <http://ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/EARS-et/database/Pages/database.aspx>.
5. European Centre for Disease Prevention and Control. Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe (2010). Pridobljeno 20. 08. 2012 s <http://www.ecdc.europa.eu/en/Search/Pages/Results.aspx?k=Annua>.
6. European Centre for Disease Prevention and Control. International spread of extensively antibiotic-resistant carbapenemase-producing Enterobacteriaceae: new variant called NDM-1 (New Delhi metallo- β -lactamase) detected in Europe (2011). Stockholm: ECDC.
7. European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals – protocol version 4.3. Stockholm: ECDC (2012). Pridobljeno 14. 08. 2012 s <http://www.ecdc.europa.eu/en/Search/Pages/Results.aspx?k=Point>.
8. European Centre for Disease Prevention and Control. Risk assessment on the spread of carbapenemase-producing Enterobacteriaceae (CPE) through patient transfer between healthcare facilities, with special emphasis on cross-border transfer. Stockholm: ECDC (2011). Pridobljeno 12. 8. 2012 s spletne strani <http://www.ecdc.europa.eu/en/Search/Pages/Results>.
9. European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance of healthcare-associated infections in Europe (2007). Pridobljeno 24. 08. 2012 s <http://www.ecdc.europa.eu/en/Search/Pages/Results.aspx?k=Surveillance%20Europe>.
10. Hawkey, P. M., Jones, A. M. (2009). The changing epidemiology of resistance. *J Antimicrob Chemother*, 64 (1), 3-10.

11. European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance of surgical site infections in Europe, 2008–2009 (2012). Pridobljeno 24. 08. 2012 <http://www.ecdc.europa.eu/en/Search/Pages/Results.aspx?k=Surveillance%20of>.
12. European Centre for Disease Prevention and Control. Updated risk assessment on the spread of NDM and its variants within Europe. (2011). Pridobljeno 12. 8. 2012 s <http://www.ecdc.europa.eu/en/Search/Pages/Results.aspx?k=Updated%20risk>.
13. European Food Safety Authority and European Centre for Disease Prevention and Control. (2012). The European Union Summary Report on antimicrobial resistance in zoonotic and indicator bacteria from humans, animals and food in 2010. EFSA Journal, 10 (3), 2598 (233 pp.) doi:10.2903/j.efsa.2012.2598. www.efsa.europa.eu/efsajournal (20. 08. 2012.)
14. Gasink, L. B., Edelstein, P. H., Lautenbach, E., Synnestvedt, M., Fishman, N. O. (2009). Risk factors and clinical impact of *Klebsiella pneumoniae* carbapenemase-producing *K. pneumoniae*. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 30 (12), 1180-1185.
15. Jovicic, B., Lepsanovic, Z., Suljagic, V., Rackov, G., Begovic, J., Topisirovic, L., Kojic, M. (2011). Emergence of NDM-1 metallo- β -lactamase in *Pseudomonas aeruginosa* clinical isolates from Serbia. *Antimicrob Agents Chemother*, 55 (8), 3929-3931.
16. Kluytmans-Vandenbergh, M. F., Kluytmans, J. A., Voss, A. (2005). Dutch guideline for preventing nosocomial transmission of highly resistant microorganisms (HRMO). *Infection*, 33 (5-6), 309-313.
17. Paterson, D. L., Bonomo, R. A. (2005). Extended-spectrum beta-lactamases: a clinical update. *Clin Microbiol Rev*, 18 (4), 657-686.
18. Paterson, D. L., Ko, W. C., Von Gottberg, A., Mohapatra, S., Casellas, J. M., Goossens, H., Mulazimoglu, L., Trenholme, G., Klugman, K. P., Bonomo, R. A., Rice, L. B., Wagener, M. M., McCormack, J. G., Yu, V. L. (2004). International prospective study of *Klebsiella pneumoniae* bacteremia: implications of extended-spectrum beta-lactamase production in nosocomial infections. *Annals of Internal Medicine*, 140, 26-32.
19. Queenan, A. M., Bush, K. (2007). Carbapenemases: the versatile beta-lactamases. *Clin Microbiol Rev*, 20 (3), 440-458.
20. Rogers, B. A., Aminzadeh, Z., Hayashi, Y., Paterson, D. L. (2011). Country-to-country transfer of patients and the risk of multi-resistant bacterial infection. *Clinical Infectious Diseases*, 53 (1), 49–56.
21. Sidjabat, H., Nimmo, G. R., Walsh, T. R., Binotto, E., Htin, A., Hayashi, Y., Li, J., Nation, R. L., George, N., Paterson, D. L. (2011). Carbapenem resistance in *Klebsiella pneumoniae* due to the New Delhi metallo-beta-lactamase. *Clinical Infectious Diseases*, 52, 481-484.
22. Struelens, M. J., Monnet, D. L., Magiorakos, A. P., Santos, O'Connor, F., Giesecke, J. (2010). New Delhi metallo- β -lactamase 1-producing Enterobacteriaceae: emergence and response in Europe. *Euro Surveill*, 15 (46), 19716.
23. Yong, D., Toleman, M. A., Giske, C. G., Cho, H. S., Sundman, K., Lee, K., Walsh, T. R. (2009). Characterization of a new metallo-beta-lactamase gene, blaNDM-1, and a novel erythromycin esterase gene carried on a unique genetic structure in *Klebsiella pneumoniae* sequence type 14 from India. *Antimicrob Agents Chemother*, 53 (12), 5046-5054.

Dr. Selma Uzunović

Evropski sistem nadgledanja i praćenja antibiotske rezistencije u skrbi za zdravlje pacijenta

KLJUČNE RIJEČI: EARS-Net, ECDC, MRSA, VRE, ESBL

POVZETEK - Antibiotici su jedno od najvažnijih otkrića u povijesti medicine. Liječenjem pacijenata oboljelih od infektivnih bolesti sa antibioticima značajno je smanjen morbiditet i mortalitet od bakterijskih infekcija. Međutim, zloupotreba antibiotika dovela je do razvoja multirezistentnih organizama (MRO), te do neuspjeha u liječenju ovih infekcija. Zdravstvene ustanove bi trebale razviti strategiju u cilju sprječavanja diseminacije MRO od pacijenata primljenih u bolnice i u drugim državama. Rizik infekcije sa MRO postoji i kod onih pacijenata koji nisu bili hospitalizirani ukoliko odlaze u države u kojima su ove infekcije endemične. European Antimicrobial Resistance Surveillance (EARS)-Net je mreža nacionalnih sistema nadgledanja koja pruža podatke antimikrobijalne rezistencije za javno zdravstvo. Mrežu koordinira i financira European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Podaci se sakupljaju kroz upitnik, a obuhvaćeno je oko 20 % europske populacije. Ova mreža uključuje nadgledanje i praćenje meticilin-rezistentnog *Staphylococcus aureus* (MRSA), vankomicin-rezistentnih enterokoka (VRE), enterobakterija koje proizvode beta-laktamaze proširenog spektra (ESBL, karbapenemaze-producirajuće enterobakterije, multi-rezistentni *Pseudomonas aeruginosa*, *Clostridium difficile*. European Food Safety Authority (EFSA) and the ECDC zajednički analiziraju i antimikrobijalnu rezistenciju bakterija koje uzrokuju zoonoze, *Salmonella*, *Campylobacter*, *Escherichia coli*, enterokokus i MRSA.

Medicinske sestre poročajo o neželenih dogodkih

UDK 616.253.83:616-083

KLJUČNE BESEDE: zdravstvena nega, varnost, timsko delo

POVZETEK - Varna in kakovostna zdravstvena nega je pri celoviti zdravstveni oskrbi zelo pomembna. Vedno pa obstaja možnost, da ne gre vse v skladu z načrtovanimi opravili in cilji. V prvi polovici leta 2012 je bila z anonimnim anketiranjem med izobraževalnimi dogodki opravljena raziskava med medicinskimi sestrami, zaposlenimi v zdravstveni negi Splošne bolnišnice Brežice. Velika večina anketiranih (92 %) je menila, da je dobro poskrbljeno za varnost pacientov ob izvajanju zdravstvene nege. Zanimiv podatek je, da se 86 % anketiranih boji sporočati neželene dogodke. Anketiranci so preobremenjenost z delom navedli kot poglavitni razlog, zakaj ne morejo zagotavljati dovolj kakovostne zdravstvene nege. Glede na strah pred posledicami poročanja o neželenih dogodkih, ugotovljen v raziskavi, bi bilo smotno razmisliti, da bi zaposleni v zdravstvenih ustanovah vse neželene dogodke prijavljali tudi v anonimni obliki, in sicer s pomočjo vnosa v elektronsko bazo podatkov.

1 Uvod

Do neželenih dogodkov pri zdravstveni obravnavi prihaja povsod v svetu, pa tudi pri nas v Sloveniji, z bolj ali manj hudimi posledicami. Na Ministrstvu za zdravje (v nadaljevanju MZ) spremljajo samo najhujše oblike teh dogodkov, ki jih morajo izvajalci zdravstvenih storitev (v nadaljevanju izvajalci) sporočati na posebnih obrazcih in posredovati v centralni sistem. Dolgoročni cilj MZ je zmanjšati število napak ob zdravstveni obravnavi. Vsi izvajalci so pozvani k resnemu pristopu in delitvi informacij o neželenih dogodkih. Z doslednim poročanjem in medsebojnim obveščanjem naj bi se, po predvidevanjih MZ, število podobnih dogodkov zmanjšalo. Kjer je udeležen človeški faktor, vedno obstaja možnost neželenega dogodka. V skladu z zavestjo o zmotljivosti je treba delo organizirati tako, da možnost nastanka neželenih dogodkov kontinuirano preprečujemo. Poleg strokovnih smernic in standardov tudi klinične poti vodijo k izboljšanju varnosti, kakovosti in zadovoljstva pacientov ob zdravstveni obravnavi. Značilnosti kliničnih poti (v nadaljevanju KP) so:

- vsi cilji in elementi zdravstvene obravnave so jasno določeni na podlagi dokazov, dobrih izkušenj in pacientovih pričakovanj;
- so uporabno orodje, ki pripomore k boljšemu komuniciranju in koordinaciji različnih udeležencev multidisciplinarnega zdravstvenega tima, pacientov in njihovih svojcev;
- omogočajo spremljanje, ocenjevanje in dokumentiranje različnih odklonov ali izidov;
- s pomočjo KP je možna identifikacija potrebnih virov (Hajnrih et al., 2009).

Smiselno opravljanje poklica brez napak je povezano z zadostno količino znanja. Boljši pripomočki za delo in zadostna usposobljenost zaposlenih prispevajo h kakovostni zdravstveni obravnavi (Ramovš, 1996, cit. po Maze, 2009).

Definicija opozorilno nevarnega in neželenega dogodka govori o dogodkih, ki lahko privedejo do večje stalne izgube telesne ali duševne funkcije in bi lahko privedli tudi do nepričakovane smrti. Dogodek naj ne bi bil neposredno povezan z naravnim potekom pacientove bolezni in je obravnavan kot nepredvideno odstopanje v procesu ali izidu zdravstvene oziroma druge oskrbe. Zahteva takojšnje ukrepanje, kajti ob ponovitvi lahko privede do resne škodljivosti za zdravje ostalih pacientov. Najpogostejše nastanejo ti dogodki zaradi opustitve ali izvršitve nekega dejanja, posega ali ukrepa (Blumenthal, 1996).

Zakon o pacientovih pravicah (v nadaljevanju ZPacP) zajema vse udeležence znotraj zdravstvenega sistema, tako izvajalce zdravstvenih storitev kot uporabnike. Posplošeno ureja pravice vseh prebivalcev Slovenije (Balažic et al., 2009).

Za dobro sodelovanje so, kljub jasno določenim pravicam in dolžnostim pacientov, potrebni zaupanje v obravnavo, medsebojno spoštovanje vseh udeleženi, pripravljenost, osebna zrelost in zavedanje o lastni odgovornosti (Pleterski, 2002).

Preprečevanje škode za pacienta, ki je v zvezi z zdravljenjem in fizično varnostjo ter z vsemi ostalimi okoliščinami zadrževanja pri izvajalcih, se smatra kot varna zdravstvena oskrba (Zakon, 2008).

2 Metodologija

Opravljen je bil pregled aktualne literature s področja zakonodaje in spremljanja neželenih dogodkov, pri iskanju pa so bili uporabljeni tudi internetni viri.

Raziskava je bila izvedena v okviru delavnic »Zaznavanje ter razreševanje etičnih problemov v praksi«, ki so potekale v letu 2012 na Zdravstveni fakulteti Ljubljana. Ciljna populacija v raziskavi so bili udeleženci delavnic, medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege. Razdeljenih je bilo 94, vrnjenih pa 87 anketnih vprašalnikov, od tega veljavnih in upoštevanih v raziskavi 83.

Podatki so bili zbrani s pomočjo ankete, ki je zajemala 22 vprašanj zaprtega in 4 vprašanja odprtega tipa. Znatni del vprašanj se je nanašal na varnost in poznavanje zdravstvene zakonodaje. Manjši del pa je bil usmerjen v raziskovanje ožjega delovnega okolja anketiranih. Prednostno smo želeli odgovoriti na naslednja vprašanja:

- ☐ Ali so medicinske sestre dovolj seznanjene z definicijo in prijavo neželenih dogodkov?
- ☐ Ali te dogodke zaznavajo, jih skrbno beležijo in poročajo o njih?
- ☐ Kakšne ovire nastajajo pri poročanju?

3 Rezultati in razprava

V raziskavo je bilo zajetih 83 anketirancev, od tega 5 moških in 78 žensk. Večina anketiranih je spadala v drugo starostno skupino (28–37 let) (tabela 1).

Tabela 1: Starost anketiranih

<i>Starost (v letih)</i>	<i>f</i>	<i>f%</i>
18–27	22	26,5
28–37	48	57,8
38–47	11	13,3
48–57	2	2,4
Skupaj	83	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2012.

Ugotavljamo, da je velika večina anketiranih (92,8 %) zaposlenih v zdravstvu s skupno delovno dobo 6 let ali več (tabela 2). Na osnovi tega lahko sklepamo, da imajo anketirani v povprečju zadostne in ustrezne delovne izkušnje. Delitev po izobrazbeni strukturi je v prid večje zastopanosti visoke strokovne izobrazbe (75 % vseh vprašanih).

Tabela 2: Delovna doba v letih

<i>Delovna doba (v letih)</i>	<i>f</i>	<i>f%</i>
1–5	6	7,2
6–10	23	27,7
11–20	44	53,0
21–30	9	10,9
31–40	1	1,2
Skupaj	83	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2012.

Na podlagi analize anketnih vprašalnikov ugotavljamo, da so medicinske sestre (83 %) zadovoljivo seznanjene z definicijo in prijavo neželenih dogodkov. Zaskrbljujoče pa je dejstvo, da kar 22 % anketiranih sploh ne poroča o manjših incidentih. Glede na trditve večine anketiranih (92 %), da je dobro poskrbljeno za varnost pacientov, lahko sklepamo, da nekateri izmed njih domnevno slabše poznajo pomembnost poročanja o neželenih dogodkih za zagotavljanje varnosti pacientov in zaposlenih, oziroma so lahko vzroki drugje.

V nadaljevanju raziskave smo skušali z odprtimi podvprašanji ugotoviti vzroke za manjši delež poročanja o neželenih dogodkih. Kar 86 % vprašanih je odgovorilo, da jih je še vedno strah odkrito poročati o neželenih dogodkih. V tabeli 3 so navedeni najpogostejši razlogi za strah pred poročanjem o incidentih.

Tabela 3: Razlogi za strah pred poročanjem o incidentih

Razlogi za strah	f %
Možnost »šikaniranja« s strani sodelavcev	47
Možnost kazenskih sankcij vodilnih	21
Možnost pritožbe pacientov/svojcev	12
Drugo	3

Vir: Anketni vprašalnik, 2012.

Na podlagi rezultatov ankete ugotavljamo, da so odkloni pri zdravstveni oskrbi v timih še vedno precej nepriljubljeni. Zaposlene je strah, da poročanje o dogodkih pri sodelavcih ne bo dobro sprejeto (47 %), ravno tako jih je strah kazenskih sankcij s strani vodilnih (21 %), kar ni v skladu z načeli Kodeksa medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.

»Sodelovanje med medicinskimi sestrami in drugimi zdravstvenimi delavci in sodelavci naj temelji na partnerskem odnosu in spoštovanju posameznika« (Kodeks, 2006).

Večja verjetnost nastanka etičnih dilem nastane ob težjih situacijah ob zdravstveni oskrbi. Medicinska sestra lahko deluje kot močan zagovornik pacientov le tako, da se postavi v vlogo zaveznika in podpornika pacienta pri njegovi bolezenski izkušnji (Peden in McSteen, 2006).

Ravno medicinske sestre so prisotne ob pacientih, ko jih le-ti najbolj potrebujejo. Pacienti pogosteje bolj kot tehnično–znanstveni pristop potrebujejo razumevanje in pozornost. Skrb za bolne, ki pri delu upošteva etični vidik, se tako začne z dovzetnostjo, povezanostjo in odzivnostjo (Tschudin, 2004).

V raziskavi je bilo pri enem izmed odprtih vprašanj izpostavljeno, da ni vedno možno zagotavljati kakovostne zdravstvene nege. Kot glavni razlog je bila navedena vse večja obremenjenost zaposlenih medicinskih sester, kot posledica vse bolj zahtevnih delovnih procesov in zmanjševanja števila zaposlenih.

Pomanjkanje časa, ki pesti tudi medicinske sestre, lahko zmanjša možnost vzpostavitve pristnega in konkretnega odnosa med medicinsko sestro in pacientom (Teasdale, 1998, cit. po Jenkins in Northway, 2002).

Medicinska sestra je v preteklosti prehajala obdobja od ubogljive do strokovno odgovorne in suverene osebe na svojem področju dela. V korist pacientov so medicinske sestre danes bolj dovzetne za njihove potrebe. V preteklosti je bil tak pristop s strani ostalih članov tima ocenjen kot nezaželen oziroma nadležen. Neizvajanje zagovorništva v zdravstveni negi bi v sedanjem času lahko označili kot slab zgled (Begley, 2010).

4 Sklep

Poročanje o neželenih dogodkih je za dvig varnosti pacientov in kakovosti zdravstvenih storitev izjemno pomembno. Spreminjajoča se kultura vodenja, ki nekažnovalno motivira zaposlene za poročanje o odklonih, počasi a vztrajno le prodira za zidove zdravstvenih ustanov. Zaposleni se pričenjajo vse bolj zavedati pomembnosti medsebojnega obveščanja o odklonih pri zdravstveni oskrbi, saj je to pomembno tudi za varno delovno okolje zaposlenih.

V skladu z rezultati raziskave je poglavitni vzrok strahu pred odkritim poročanjem o dogodkih možnost »šikaniranja« s strani sodelavcev. Zanimivo bi bilo raziskati vzroke domnevnega »šikaniranja«, ki so lahko del nasprotovanja večji preglednosti nad delom zdravstvenih delavcev in podiranju mitov o njihovi nezmotljivosti.

Do popolne vzpostavitve kulture medsebojnega obveščanja in nekaznovanega poročanja bi bilo priporočljivo omogočiti tudi sočasno anonimno poročanje v ustrezen informacijski sistem, ki bi samodejno obveščal o neljubih dogodkih vse primerljive izvajalce zdravstvenih storitev.

LITERATURA

1. Balažic, J., Korošec, D., Ivanc, B. et al. (2009). Zakon o pacientovih pravicah s komentarjem. Ljubljana: GV založba.
2. Begley, A. M. (2010). On being a good nurse: reflections on the past and preparing for the future. *International Journal of Nursing Practice*, 16 (6), 529–530.
3. Blumenthal, D. (1996). Making medical errors into »medical treasures«. *The Journal of the American Medical Association*, 272 (23), 1867–1868.
4. Hajnrih, B. et al. (2009). Priročnik za oblikovanje kliničnih poti. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
5. Jenkins, R., Northway, R. (2002). Advocacy and the learning disability nurse. *British journal of learning disabilities*, 30 (1), 8–12.
6. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2006). Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije.
7. Maze, H. (2009). Znanje spretnosti in veščine medicinskih sester – temelj za premagovanje pravno–etičnih dilem. V Zbornik predavanj: Pravno–etične dileme – izziv za profesijo zdravstvene nege (str. 19). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji.
8. Peden, C. M., McSteen, K. (2006). The role of the nurse as advocate in ethically difficult care situation with dying patients. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 8 (5), 259–269.
9. Pleterski, R. D. (2002). Etična in moralna načela o pravicah bolnikov. V X. seminar »In memoriam dr. Dušana Reje« - Dolžnosti in pravice v zvezi z zdravjem, pravice bolnikov z rakom (str. 17). Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku: Onkološki inštitut: Inštitut za varovanje zdravja RS.

10. Tschudin, V. (2004). Etika v zdravstveni negi: razmerja skrbi. Ljubljana: Educy.
11. Zakon o pacientovih pravicah (2008). Uradni list RS, št.15.

Robert Sotler

Nurses report on undesirable incidents

KEY WORDS: *nursing care, safety, team work*

ABSTRACT - *Safe and high quality nursing care is an essential part of holistic health care. However, there is always a possibility that events will not go according to plans and objectives. In the first half of 2012, an anonymous survey was carried out among nursing care staff at the Brežice General Hospital during training courses. A great majority of survey participants (92%) believe that patients are provided a high level of safety in receiving nursing care. Another slightly less encouraging fact is, however, that as much as 86% of respondents are afraid to report undesirable incidents. They identify overburdening work as the main cause for failing to deliver high quality nursing care. Taking into account the survey results, which clearly indicate a fear of reporting undesirable incidents due to pertaining consequences, one should think of establishing an electronic database in which the employees of health institutions could anonymously enter such occurrences.*

Kako je poskrbljeno za pacientovo varnost pri uporabi zdravil v Sloveniji, kaj je treba še storiti in kaj lahko pričakujemo v bližnji prihodnosti?

UDK 615.03+368.04

KLJUČNE BESEDE: zdravila, varnost, celostna obravnava, pacient, magister farmacije

POVZETEK - V prispevku smo skušali zbrati in predstaviti vse vidike zdravljenja z zdravili, ki so pomembni za varnost pacienta. Varnost pacienta je s strokovnega, etičnega in pravnega vidika na visokem nivoju, medtem ko sta družbeni in ekonomski vidik zanj manj ugodna. Zdravila izdajamo, in ob tem svetujemo glede pravilne in varne uporabe, magistri farmacije z univerzitetno izobrazbo. Pri svojem delu spoštujemo kodeks farmacevtske etike, ki nas zavezuje k ustreznemu ravnanju in krepi našo zavest osebne odgovornosti. Država je s sprejetjem potrebnih in vsebinsko ustreznih zakonov poskrbela za varnost pri uporabi zdravil. Spremembe v družbi, hiter razvoj medijev in svetovna gospodarska kriza, v kateri se nahajamo, pa varnost pacienta ogrožajo. Dostopnost do potrebnih zdravil je v naši državi še na dokaj visokem nivoju, vendar si pacienti že težje kupijo zdravila, ki jih ne krije zdravstveno zavarovanje, a so potrebna za preprečevanje ali lajšanje akutnih in kroničnih bolezni. Zaradi krčenja sredstev za zdravila s strani ZZSZ in zavarovalnic, ki sklepajo dopolnilna zdravstvena zavarovanja, pričakujemo, da bo v bližnji prihodnosti vse več zdravil potrebno doplačevati oziroma se bo nabor za pacienta brezplačnih zdravil skrčil. Da bo pacient vedno prejel zanj najustreznejša zdravila in da bodo ta zdravila dobro učinkovala in povzročala čim manj neželenih učinkov, je skupen cilj vseh zdravstvenih delavcev, ki predpisujejo, izdajajo, svetujejo in rokujejo z zdravili, ter pacientov, ki ta zdravila uporabljajo.

1 Uvod

V pričujočem prispevku bomo predstavili pravne podlage, ki omogočajo varno zdravljenje pacientov z zdravili, opisali in ocenili postopke pri predpisu, izdaji in jemanju zdravil ter opozorili na možne nevarnosti in zaplete.

Pacient v času zdravljenja akutne ali kronične bolezni prejema eno ali več zdravil. Pri zdravljenju lahko prehaja z ene na drugo raven zdravstvene oskrbe. Pri tem se lahko spreminja tudi nabor zdravil, ki jih mora jemati. Za pacienta varno zdravljenje z zdravili s teoretičnega vidika omogočajo: strokovna usposobljenost in etika zdravstvenih delavcev, zakonodaja s področja zdravstvene dejavnosti in zdravil ter ugodni družbeni in ekonomski pogoji v državi.

Pooblašcene osebe za predpisovanje zdravil na zdravniški recept so zdravniki z licenco. Predpisujejo lahko samo zdravila, ki so dana v promet na podlagi zakona (Pravilnik o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini, Pravilnik o dovoljenju za promet z zdravilom za uporabo v humani medi-

cini). Pooblaščen oseba za izdajo zdravil na recept je magister farmacije s strokovnim izpitom (Pravilnik o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini). Predpisana izobrazba za osebe, ki rokujejo z zdravili na recept, je torej univerzitetna. Poleg tega je zanje obvezno kontinuirano strokovno izobraževanje, ki zagotavlja stalno spremljanje novih načinov zdravljenja in uvajanje novih zdravil. Pooblaščen oseba za izdajo zdravil brez recepta je lahko tudi farmacevtski tehnik z opravljenim strokovnim izpitom (Pravilnik o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini).

Vsi poklici v zdravstvu imajo sprejete etične kodekse, ki jih zavezujejo, da delajo v pacientovo dobro, upoštevajo njegovo dostojanstvo in zasebnost ter kot poklicno skrivnost varujejo podatke o njegovem zdravstvenem stanju. Etika in morala sta v zdravstvu pomembni pri vsakdanjem delu s pacienti, saj zdravstveni delavci velikokrat vplivajo na pacientovo zdravje in tudi življenje. Pri tem morajo spoštovati tudi pravico pacienta do izbire in odločanja ter njegove individualne navade, potrebe in vrednote. Delo morajo opravljati humano, strokovno in odgovorno. Zdravstvena obravnava pacienta mora biti skupno prizadevanje strokovnjakov različnih zdravstvenih poklicev, ki v širšem, družbenem smislu delujejo v skladu z usmeritvami, ki zagotavljajo boljše zdravje in nadaljnji razvoj zdravstva v državi (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Kodeks lekarniške deontologije, Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije).

Zdravstvenim delavcem poleg etičnih načel tudi zakonodaja nalaga dolžnosti pri izdelovanju, posredovanju, predpisovanju in vročanju zdravil pacientom. Zakon o lekarniški dejavnosti in Zakon o zdravilih s pravilniki prinašata s pravnim redom Evropske unije usklajena besedila, ki se nanašajo na zdravila. Zakon o zdravilih ureja uporabo zdravil v humani in veterinarski medicini, določa pogoje in ukrepe za zagotavljanje ustrezne kakovosti, varnosti in učinkovitosti le-teh, pogoje in postopke za preskušanje, izdelavo, cene, promet, uradno kontrolo in nadzorstvo zdravil z namenom varovanja javnega zdravja. Zakonodaja na področju zdravil je pri nas stroga in ščiti uporabnika zdravil.

Družbeno okolje posameznika zajema življenjske in delovne pogoje ter dohodkovno in izobrazbeno raven. Vse to močno vpliva na njegovo zdravje. Življenjski standard je merljiv status posameznika v odnosu do celotne družbe v obravnavani skupini. Ekonomsko varnost pacientu zagotavlja njegov redni dohodek, ekonomsko varnost z vidika zdravil pa dostopnost do brezplačnih zdravil za zdravljenje nujnih stanj in večine akutnih in kroničnih bolezni.

2 Predpisovanje in izdajanje zdravil v zunanjih lekarnah

Zdravljenje z zdravili je pogosta zdravstvena intervencija. Pri samozdravljenju pacienti sami postavijo diagnozo in izberejo zdravilo. Pri zdravljenju zdravila izbira zdravnik, potek zdravljenja z zdravilom pa je odvisen od pacienta. Zato je sodelovanje med pacientom, zdravnikom in magistrom farmacije zelo pomembno. Potek zdravljenja z zdravili naj bi nadzoroval zdravnik, vendar je od pacienta odvisno, ali bo zdravila jemal skladno z navodili zdravnika in magistra farmacije. Pacienti se namreč pogosto odločijo za spremembo režima zdravljenja z zdravili in o tem ne obvestijo svojega zdravnika. Učinkovitost, potek in varnost zdravljenja z zdravili je tako najpogostejše odvisna predvsem od pacienta. Komplanca (= skladnost) določa stopnjo sodelovanja pacienta pri zdravljenju in pomeni, da pacient ravna skladno z navodili, ki mu jih je dal zdravnik oziroma magister farmacije. Adherenca (= spoštovanje) pa pomeni sodelovanje oziroma partnerski odnos pacienta z zdravstvenimi delavci pri njegovem zdravljenju. Pomeni, da pacient aktivno sodeluje pri zdravljenju, torej, če govorimo o zdravljenju z zdravili, pomeni, da pravilno in redno jemlje zdravila v daljšem časovnem obdobju. Adherenca je boljša, ko gre za zdravljenje akutnih obolenj, slaba pa je pri kroničnih bolnikih in je tudi velik dejavnik tveganja za slab izid zdravljenja (Milovanović, 2007 in Osterberg, Blasche, 2005).

Zdravljenje z zdravili se začne z napisanim receptom za zdravilo. Pacient, ki si želi ozdravitve, pride z receptom v lekarno, kjer dobi zdravila, ob tem pa ustrezna navodila za pravilno uporabo zdravil in s tem v zvezi tudi pomembnejša opozorila.

Kdo torej nosi odgovornost za zdravljenje z zdravili in kakšna je pri tem varnost pacienta?

Glede na to, da se že za (ne)dvig zdravila v lekarni odloča sam pacient, je potek zdravljenja (s tem pa tudi odgovornost) odvisen predvsem od njega samega. Torej je varnost pacienta pri zdravljenju z zdravili s strani zakonodaje lahko zagotovljena le toliko, da pacient v lekarni dobi pravo zdravilo, ki je kakovostno, varno in učinkovito, in z njim tudi nasvet oziroma navodilo za pravilno uporabo. Sama uporaba, shranjevanje in pravilno ravnanje z zdravilom pa je v rokah pacienta.

Najpogostejše nepravilnosti pri uporabi zdravil s strani pacientov, ki jih s svojim delovanjem preprečujemo magistri farmacije, so:

- ☐ nezdravljene zdravstvene težave,
- ☐ neželeni učinki zdravila,
- ☐ medsebojno delovanje več zdravil,
- ☐ zapletenost odmerjanja in uporaba neprimernih farmacevtskih oblik,
- ☐ uporaba zdravila, ki se ne ujema z navodilom zdravnika in farmacevta,
- ☐ neredna uporaba zdravil pri kroničnih boleznih,
- ☐ pacient predpisanega zdravila ne uporabi,
- ☐ uporaba zdravila na recept za druge namene ali zdravstvene težave,
- ☐ pacient izbere napačno zdravilo za samozdravljenje,

- pacient ne ve, da zdravilo vpliva na psihofizične sposobnosti,
- nepravilno shranjevanje,
- prekoračen rok uporabe (Nacionalna strategija vključevanja lekarniške dejavnosti in lekarniških farmacevtov v nadaljnji razvoj slovenskega zdravstvenega sistema).

Zato je pomembno, da pacient prebere navodila, ki so priložena zdravilu. Magistri farmacije tudi spodbujamo paciente, da sprašujejo o svojih zdravilih, še zlasti, če ustnih ali pisnih navodil o uporabi zdravil niso razumeli. Pri izdaji zdravil, ki jih redno jemljejo, jih povprašamo tudi, če so se pri jemanju zdravil pojavile kakšne težave. Če opazijo pri sebi neželene učinke ali posumijo, da bi to lahko bili, običajno to tudi povejo in prosijo za naše mnenje in napotek, kako naj ukrepajo. Ena od pomembnih nalog magistra farmacije je spremljanje neželenih učinkov zdravil in medicinskih pripomočkov ter spremljanje uvajanja novih zdravil in predlaganje njihove uporabe zdravnikom (Pravilnik o pogojih za opravljanje lekarniške dejavnosti). Boljša komunikacija med pacientom in magistrom farmacije torej vodi do hitrejšega ukrepanja v primeru težav.

Naloga magistra farmacije v lekarni je poleg izdajanja zdravil tudi izvajanje svetovalne in strokovno-informativne dejavnosti s področja uporabe zdravil, medicinskih pripomočkov in sredstev za varovanje zdravja (Pravilnik o pogojih za opravljanje lekarniške dejavnosti). Zato pacientom individualno svetujemo zanje primerna zdravila brez recepta, prehranska dopolnila in druge izdelke, ki jih občasno potrebujejo za zdravljenje blažjih akutnih obolenj in za varovanje zdravja. Za dobro svetovanje potrebujemo čim več informacij o pacientu: o njegovem zdravstvenem stanju ter o zdravilih in drugih izdelkih, ki jih redno ali občasno jemlje. Torej – pacient bo bolj varen, če bo dal in prejel čim več informacij.

Z uvajanjem novosti pri predpisovanju receptov s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) prihaja do sprememb pri spremljanju zdravljenja. Tako na primer obnovljivi recept prinaša za pacienta prednost, ker mu ni treba več tako pogosto obiskovati zdravnika. Če je kronična bolezen stabilna, torej ni poslabšanj in drugih sprememb ob rednem jemanju zdravil, je takšen način sprejemljiv. Če pacient znakov svoje kronične bolezni ne spremlja dovolj pozorno (redno merjenje krvnega pritiska, vrednosti glukoze v krvi in podobno), pa lahko pride do poslabšanja, ki ga opazimo šele, ko bolezen postane resnejša. Zato obnovljivi recept za magistra farmacije pomeni dodatno delo in tudi odgovornost, če naj zagotavlja za pacienta varno zdravljenje z zdravili. Zdravniki naj bi obnovljive recepte pisali le pacientom, ki sami dobro vodijo svojo kronično bolezen.

Obnovljivi recept je za pacienta prinesel to prednost, da sedaj obiskuje zmeraj isto lekarno in po možnosti še istega magistra farmacije. Magister farmacije tako lažje spremlja pacientovo kronično terapijo in mu lažje svetuje pri samozdravljenju.

Za zagotavljanje večje varnosti pacientov pri uporabi zdravil in zdravljenju v lekarno uvajamo nove storitve za pacienta kot so: osebna kartica zdravil, farmacevtska skrb

(pharmaceutical care) in usklajevanje zdravljenja z zdravili (UZZ, ang. medication reconciliation).

Osebna kartica zdravil je seznam vseh zdravil, ki jih pacient jemlje, skupaj z natančnimi navodili za uporabo (odmerjanje, način uporabe, časovni okvir jemanja) in opozorili, dodan je seznam prehranskih dopolnil. S pomočjo kartice spremljamo terapijo pacienta, mu lažje svetujemo pri izbiri zdravil za samozdravljenje in ugotovimo morebitne interakcije med več zdravili ali med zdravili in prehranskimi dopolnili.

Farmacevtska skrb je odgovorno zagotavljanje zdravljenja z zdravili za doseg pozitivnih končnih izidov, katerih namen je optimizirati bolnikovo kakovost življenja, povezano z zdravjem (Zakon o lekarniški dejavnosti). Izvajamo jo za najpogostejše kronične bolezni. Vključuje preventivo pred kroničnimi boleznimi, zgodnje odkrivanje kronične bolezni in spremljanje zdravljenja že razvite kronične bolezni. Z izvajanjem farmacevtske skrbi lažje prepoznamo dejanske in potencialne težave, povezane z zdravili, in z ustreznim ukrepanjem za njihovo reševanje lahko zagotavljamo boljše izide zdravljenja (Milovanovič, 2007).

Usklajevanje zdravljenja z zdravili je postopek zagotavljanja popolnosti informacij o zdravljenju z zdravili pri prehodu bolnika med različnimi ravnmi zdravstvene oskrbe. Največ izkušenj z izvajanjem UZZ imamo v bolnišničnem okolju, kjer se tudi zgodi petina vseh neželenih dogodkov, povezanih z zdravljenjem z zdravili. Gre za tristopenjski proces, pri katerem najprej pridobimo pacientovo zgodovino zdravljenja z zdravili, nato ugotovimo neskladja med zgodovino in sedaj predpisano terapijo in končno v posvetu z odgovornim zdravnikom odpravimo tista neskladja, ki niso bila osnovana na strokovni odločitvi, in v pacientovi dokumentaciji zabeležimo namerne spremembe v terapiji in razloge zanje (Jančar, Knez, Mrhar, 2012).

Magistri farmacije v lekarnah opažamo, da sedanji sistem delovanja zdravstva ne vključuje vseh elementov, ki so pomembni za učinkovitost, varnost in kakovost zdravljenja z zdravili. Leta 2006 so na ZZS ocenili, da na leto v Sloveniji porabimo 34,37 milijona EUR iz zdravstvenega zavarovanja za reševanje zdravstvenih težav, povezanih z zdravili in neporabljenimi zdravili na domu. V različnih državah po svetu ocenjujejo, da je od 4,3 % do 28 % hospitalizacij posledica zdravstvenih težav, povezanih z zdravili (Nacionalna strategija vključevanja lekarniške dejavnosti in lekarniških farmacevtov v nadaljnji razvoj slovenskega zdravstvenega sistema).

Tveganje za varnost pacienta pri zdravljenju z zdravili je tudi vse več zdravil z režimom izdaje brez recepta, torej za samozdravljenje. Sprememba režima izdaje zdravila pomeni, da zdravilo, ki smo ga izdajali samo na recept, smemo izdajati tudi brez recepta, včasih pa se zgodi tudi obratno. Zdravilo, ki se je izdajalo brez recepta, se zaradi novo ugotovljenih neželenih učinkov ali interakcij znova uvrsti med zdravila, ki se izdajajo le na recept. Režim izdaje brez recepta se uvede le za zdravila, ki so se pri večletni uporabi izkazala za varna, imajo malo neželenih učinkov in pri njih ne obstaja nevarnost za napačno uporabo ali zlorabo. Drugi pogoj je dokazana učinkovitost pri priporočenem odmerku in natančno opisane indikacije zdravila. Tudi

zaradi vse manj denarja, ki ga zdravstvena blagajna namenja za zdravila, je čutiti trend, da je zadnja leta več zdravil na voljo v prosti prodaji. To pa pomeni več zdravil za samozdravljenje. In to posledično zahteva boljše informiranje in izobraženost pacientov o uporabi zdravil (Frankič, 2003).

Vsebino in način informiranja pacientov o zdravilih brez recepta določajo naslednji predpisi:

- Pravilnik o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini,
- Pravilnik o označevanju in o navodilu za uporabo zdravil za uporabo v humani medicini in
- Pravilnik o oglaševanju zdravil.

Tudi pri samozdravljenju lahko večjo varnost za pacienta zagotovimo s kakovostnejšim sodelovanjem med pacientom, zdravnikom in magistrom farmacije. S tem bi odpravili kar nekaj napak in neželenih posledic pri zdravljenju z zdravili.

3 Zdravljenje z zdravili v bolnišnicah

Pri sprejemu pacienta v bolnišnico največkrat prihaja do težav pri zdravljenju z zdravili zaradi nepoznavanja dotedanje terapije. Zgoraj omenjeni postopek usklajevanja zdravljenja z zdravili (UZZ) se je tako pri nas kot v tujini izkazal kot zelo koristen s kliničnega, humanističnega in ekonomskega vidika. Pomanjkljive informacije o pacientovem zdravljenju z zdravili in neustrezno beleženje sprememb v terapiji predstavljajo tveganje za pojav neželenih dogodkov pri zdravljenju z zdravili. Drugod po svetu so že prepoznali pomen reševanja te problematike z uvedbo UZZ, zato želimo, da bi bilo tako tudi pri nas (Jančar, Knez, Mrhar, 2012).

V bolnišničnih lekarnah imamo 30 magistrov farmacije, specialistov za klinično farmacijo, ki imajo znanje, potrebno za sodelovanje v zdravstvenem timu; usposobljeni so za klinično preizkušanje zdravil, določanje farmakoterapevtskih smernic, odločanje o izbiri zdravila, obvladovanje kombiniranih terapij, spremljanje učinkov zdravil in zdravljenja (Nacionalna strategija vključevanja lekarniške dejavnosti in lekarniških farmacevtov v nadaljnji razvoj slovenskega zdravstvenega sistema). Žal ta potencial znanja v večini naših bolnišnic ni izkoriščen.

4 Družbeno okolje in ekonomski vidik dostopnosti do zdravil

Družbeno okolje posameznika zajema življenjske in delovne pogoje ter njegovo dohodkovno in izobrazbeno raven. Vse naštetu močno vpliva na njegovo zdravje. Zaradi razlik v družbenem okolju so velike razlike tudi v zdravju ljudi. Med bogatimi in revnimi, bolj in manj izobraženimi ter fizičnimi delavci in intelektualci so velike

razlike v stopnji obolevnosti in pričakovani življenjski dobi (http://ec.europa.eu/health-eu/my_environment).

Spremembe v družbi, hiter razvoj medijev in svetovna gospodarska kriza, v kateri se nahajamo, ogrožajo varnost pacienta. Predvsem revnejši imajo manj denarja za plačevanje zdravstvenega zavarovanja, zlasti če so brezposelni. Revščina prinaša socialne stiske, ki vodijo v večjo obolevnost in s tem v večjo porabo zdravil. Dostopnost do potrebnih zdravil na recept je v naši državi še na dokaj visokem nivoju, vendar si pacienti že težje kupijo zdravila, ki jih ne krije zdravstveno zavarovanje, a so potrebna za preprečevanje ali lajšanje akutnih in kroničnih bolezni. Zaradi krčenja sredstev za zdravila s strani ZZSZ in zavarovalnic, ki sklepajo dopolnilna zdravstvena zavarovanja, pričakujemo, da bo v bližnji prihodnosti vse več zdravil treba doplačevati oziroma se bo nabor za pacienta brezplačnih zdravil na recept skrčil.

Pacienti radi iščejo informacije o zdravilih v različnih medijih. Kakovost teh informacij pa je velikokrat vprašljiva, zato jih pogosto usmerjamo, da pridobivajo informacije iz zanesljivih virov – poljudnih knjig in revij, kjer objavljajo članke strokovnjaki zdravstvene stroke, spletnih strani neodvisnih zdravstvenih organizacij ipd. Paciente spodbujamo h kritični presoji pridobljenih informacij, vendar je razumevanje in vrednotenje informacij o zdravilih za laika lahko prevelik zalogaj. Posledice netočnih ali celo zavajajočih informacij pa so lahko za pacienta tudi usodne. Pravilnik o oglaševanju zdravil v delu, ki zadeva oglaševanje širši javnosti, točno predpisuje obvezno besedilo, ki pacienta opozarja, da naj se pred odločitvijo o samozdravljenju z zdravili predhodno posvetuje z zdravnikom ali s farmacevtom. Pacienti namreč velikokrat precenijo svoje znanje glede poznavanja zdravil in njihove pravilne uporabe. Tudi lažja dostopnost do zdravil s spremembo mesta izdaje pomeni manjšo varnost za pacienta. Zdravila v trgovinah ali na bencinskih servisih bi pomenila manjšo varnost in večjo odgovornost pacienta pri samozdravljenju.

5 Kaj je še treba storiti za večjo varnost pacientov pri uporabi zdravil?

Za povečanje varnosti pacienta pri jemanju zdravil moramo vzpostaviti še boljšo komunikacijo med pacientom, zdravnikom, magistrom farmacije in drugimi zdravstvenimi delavci. Paciente je treba spodbujati, da se izobražujejo o zdravilih in njihovi uporabi ter da skrbijo za svoje zdravje. Uvajati moramo programe individualne lekarniške obravnave (na primer farmacevtsko skrb). Pričakovani učinek za paciente bo: racionalizacija farmakoterapije in izboljšanje terapevtskih izidov. Vključevanje magistrov farmacije, specialistov klinične farmacije, v zdravstvene time na sekundarni in terciarni ravni. Pričakovani učinek za paciente bo: racionalizacija farmakoterapije in izboljšanje terapevtskih izidov. Država mora poskrbeti, da se delež revnega prebivalstva prične zmanjševati, ker bo posledično manj obolelih in bo manjša tudi poraba zdravil.

6 Kaj lahko pričakujemo v bližnji prihodnosti?

Pričakujemo, da bo elektronski recept prispeval k racionalnejšemu predpisovanju in večji varnosti pacienta pri zdravljenju z zdravili. Povečeval se bo obseg predpisovanja zdravil na obnovljivi recept. Napovedana menjava zdravil znotraj terapevtskih skupin bo prinesla manjšo preglednost nad terapijo in s tem manjšo varnost za pacienta. Zaradi krčenja sredstev za zdravila s strani ZZZS in zavarovalnic, ki sklepajo dopolnilna zdravstvena zavarovanja, pričakujemo, da bo v bližnji prihodnosti vse več zdravil treba doplačevati oziroma se bo nabor za pacienta brezplačnih zdravil na recept skrčil. Premije za dopolnilno zdravstveno zavarovanje se bodo verjetno povečevale zaradi večjega deleža pri ceni zdravil, ki se plačuje iz tega zavarovanja. Za samozdravljenje bo na voljo čedalje več zdravil, zato se bodo morali pacienti bolj poučevati o zdravilih, da jih bodo uporabljali varno.

7 Zaključek

Država z ustrezno zakonodajo skrbi, da zdravila predpisujejo in izdajajo za to usposobljeni strokovnjaki z univerzitetno izobrazbo ter da se v ustreznih ustanovah (lekarnah) izdajajo zdravila, ki so kakovostna, varna in učinkovita. Obenem skrbi za ustrezno informiranje pacientov o uporabi zdravil. Spremlja porabo zdravil na recept, ni pa vzpostavila sistema za spremljanje in nadzor nad uporabo in porabo zdravil brez recepta. Torej ni zadovoljivo poskrbela za zagotavljanje varnega samozdravljenja. Za celostno oskrbo pacienta je pomembno, da sodelujejo pri tem vsi zdravstveni delavci, ki pridejo med zdravljenjem v stik s pacientom, pa tudi sam pacient. Le usklajeno delo vseh zdravstvenih delavcev lahko pripelje do najboljšega izida zanj v smislu zdravljenja in zagotavljanja njegove varnosti.

Osveščenost, poučenost pacienta, zanimanje za zdravljenje in za ohranitev zdravja so glavni atributi, ki pacientom v tem družbeno in ekonomsko ne preveč ugodnem času zagotavljajo uspešno in varno zdravljenje z zdravili.

LITERATURA

1. Frankič, D. (2003). Javnozdravstveni vidik preklapljenih zdravil. *Farmacevtski vestnik*, 54, 95-103.
2. Jančar, P., Knez, L. in Mrhar, A. (2012). Usklajevanje zdravljenja z zdravili pri prehodih bolnikov med različnimi ravni zdravstvene oskrbe. *Farmacevtski vestnik*, 63, 133-136.
3. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2002). Uradni list Republike Slovenije, št. 4.
4. Kodeks farmacevtske etike članov Slovenskega farmacevtskega društva. Pridobljeno 27. 9. 2012, s <http://www.sfd.si/?viewPage=29>.

5. Kodeks lekarniške deontologije. Pridobljeno s <http://www.lzs.si/%C4%8Clanstvo/Strokovnesmerniceinpriporo%C4%8Dila/Kodekslekarni%C5%A1kedeontologije/tabid/107/language/en-US/Default.aspx>.
6. Kodeks medicinske deontologije Slovenije. Pridobljeno s <http://www.zdravniskazbornica.si/zzs.asp?FolderId=386>.
7. Milovanovič, M. (2007). Vključevanje bolnika v zdravljenje z zdravili. Družinska medicina, Supplement, 5 (4), 104-106.
8. Nacionalna strategija vključevanja lekarniške dejavnosti in lekarniških farmacevtov v nadaljnji razvoj slovenskega zdravstvenega sistema (2011). Slovensko farmacevtsko društvo.
9. Osterberg, L. in Blasche, T. (2005). Adherence to medication. New England Journal of Medicine, 353, 97-487.
10. Pravilnik o dovoljenju za promet z zdravilom za uporabo v humani medicini (2006). Uradni list Republike Slovenije, št. 59.
11. Pravilnik o oglaševanju zdravil (2008). Uradni list Republike Slovenije, št. 105.
12. Pravilnik o označevanju in o navodilu za uporabo zdravil v humani medicini (2012). Uradni list Republike Slovenije, št. 21.
13. Pravilnik o pogojih za opravljanje lekarniške dejavnosti (2006). Uradni list Republike Slovenije, št. 39.
14. Pravilnik o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini (2008). Uradni list Republike Slovenije, št. 86.
15. Zakon o lekarniški dejavnosti (2004). Uradni list Republike Slovenije, št. 36.
16. Zakon o zdravilih (2006). Uradni list Republike Slovenije, št. 31.
17. Zdravje-eu. Pridobljeno s http://ec.europa.eu/health-eu/my_environment/social_environment/index_sl.htm.

Miroslava Abazović, MSc

How patient safety in medication use is taken care of in Slovenia, what else should be done and what can we expect in the near future?

KEY WORDS: medicines, safety, holistic treatment, patient, pharmacist

ABSTRACT - In this article, I attempted to collect and present all aspects of medicine treatment important for the safety of patients. Patient safety is at a high level from the professional, ethical and legal point of view, whereas the social and economic aspects are less favorable. Pharmacists issuing medicines and offering advice on proper and safe medicine use have a university master's degree. We respect the code of pharmaceutical ethics that obliges us to properly handle and reinforce our awareness of personal responsibility. With the implementation of necessary and appropriate laws, the state ensures the safety of medicine use. Social changes, rapid media development and global economic crisis in which we are now compromise patient safety. Access to necessary medicines in our country is at a fairly high level, but patients are not always able to buy medicines that are not covered by health insurance but are essential for the prevention or relief of acute and chronic diseases. Because of cuts in funding for medicines, we expect that more medicines will be partially payable or less medicines will be available to patients without payment in the near future. A common goal of all health professionals as well as patients is that the latter will always receive the most appropriate medicines and these medicines will have the best effect without side effects.

Vloga tolmača pri obravnavi tujejezičnih pacientov

UDK 81'253:614.253(497.4)(100)

KLJUČNE BESEDE: tolmač, zdravstvo, pacienti, skupnosti, tujejezični pacienti, komuniciranje, pravice pacientov

POVZETEK - Z vstopom v Evropsko unijo je Slovenja postala del migracijske politike EU, ki spodbuja sodelovanje med evropskimi državami in teh z ostalim svetom. To vpliva na selitve ljudi iz ekonomskih, socialnih, kulturnih, političnih in drugih razlogov. Govorimo o tujcih z začasnim ali stalnim prebivališčem v Sloveniji, azilantih, prosilcih za azil in beguncih. Poleg teh skupin prebivalstvo Slovenije sestavljajo tudi pripadniki italijanske in madžarske narodne manjšine ter romska etnična skupnost. V skladu z Zakonom o pacientovih pravicah in Nacionalno strategijo kakovosti in varnosti v zdravstvu 2010-2015 imajo te skupine pravico do sporazumevanja v svojem maternem jeziku. To jim lahko zagotovimo s tolmačem, ki deluje kot povezovalni člen med zdravstvenim osebjem in pacientom, tako da tujejezičnemu pacientu omogoči prenos vseh potrebnih informacij o svojem zdravstvenem stanju. Učinkovito komuniciranje zagotavlja, da tujejezični pacient razume postopek obravnave in zdravljenja, s čimer se zmanjša tveganje za zdravstvene napake. Avtorica članka ugotavlja, kakšen je položaj tujejezičnih pacientov v tujini in ga primerja s položajem v Sloveniji, kjer ne izobražujemo poklicnih tolmačev v zdravstvu, čeprav statistični podatki kažejo na povečanje števila tujcev, in predlaga, kako bi lahko celostno uredili to področje.

1 Uvod

Zaradi globalizacije in sodelovanja med evropskimi državami ter ostalim svetom so postali migracijski tokovi vse večji. To pomeni, da se ljudje selijo iz ekonomskih, socialnih, kulturnih političnih in drugih razlogov. V Sloveniji govorimo o tujcih z začasnim ali stalnim prebivališčem v Sloveniji, azilantih, prosilcih za azil in beguncih. Poleg teh skupin prebivalstvo Slovenije sestavljajo tudi pripadniki italijanske in madžarske narodne manjšine ter romska etnična skupnost. Zdravstvena obravnava teh pacientov je precej otežena, če zdravstveno osebje ne obvlada njihovega jezika. Zato je lahko varnost takega pacienta ogrožena, saj ne zna ali ne more natančno pojasniti vzrokov bolezni, svojih občutkov in bolečine, da bi zdravnik precenil težave in zagotovil pravilno zdravljenje. Za uspešno zdravstveno obravnavo je torej pomembna učinkovita komunikacija med pacientom in zdravnikom. Če obstajajo jezikovne ovire, je priporočljivo, da pri obravnavi pacienta pomaga tolmač, ki zagotovi, da zdravnik pridobi prave in natančne informacije. Tolmač prepozna tudi kulturne razlike in tako pacientu pomaga, da preseže kulturološke okvire in se tako počuti manj neobogljene in nezaupljivega v tuj zdravstveni sistem. Učinkovito komuniciranje je najpomembnejše za varno in dobro zdravstveno oskrbo tujejezičnega pacienta.

2 Komuniciranje

Pogosto mislimo, da sta govor in jezik nekaj povsem preprostega, saj se že v otroštvu naučimo komunicirati, da lahko sporočamo svoje misli in želje. Učenje komuniciranja z drugimi je precej preprost proces, zato govor in jezik jemljemo kot nezahtevno in vsakdanje dejanje. Predvidevamo, da smo tudi dobri komunikatorji in da ostali razumejo naša sporočila (Trček, 1998).

S komuniciranjem se torej srečujemo vsakodnevno, saj svoja sporočila predajamo v različnih situacijah v zasebnem in poklicnem življenju. Gre za pretok sporočil med vsaj dvema človekoma. V Slovarju slovenskega knjižnega jezika najdemo definicijo besede »komunicirati«, ki pomeni »izmenjavati, posredovati misli, informacije, sporazumevati se«.

Kljub temu gre za bolj kompleksen in zahteven proces, saj mora izpolnjevati tri pogoje. Trček (1998) meni, da sporočilo najprej oblikujemo, nato ga prenesemo na slovniku, le-ta pa ga mora razumeti.

2.1 Komunikacijski proces

Govorimo torej o prenosu neke informacije med sporočevalcem, ki jo kodira, in prejemnikom te informacije, ki jo mora dekodirati. Sporočevalec, sporočilo in prejemnik so deli komunikacijskega procesa, pri katerem je pomembno, kaj in kako sporočevalec posreduje informacijo ter kako jo prejemnik sprejme in nanjo reagira (Kavčič, 2004).

Pri oblikovanju sporočila na sporočevalca vplivajo različni dejavniki, in sicer: kakšno vlogo igra v komuniciranju (na primer tolmači), kakšna so njegova čustva in razmišljanje ter katere podatke želi vključiti v svoje sporočilo. Gre torej za komunikacijski učinek, ki ga želi doseči pri prejemniku (Kavčič, 2004).

Guffey (1991) in Sutcliffe (2001) (v Kavčič, 2004) poudarjata, da na komunikacijski učinek oziroma reakcijo prejemnika na sporočilo vplivajo različni dejavniki: (1) sporočilo mora biti smiselno, da vzbudi pozornost pri prejemniku in ga ta sprejme; (2) prejemnik mora biti motiviran; (3) sporočilo mora biti sestavljeno in poslano tako, da je prejemniku zanimivo; (4) informacije o znani vsebini so za prejemnika lažje sprejemljive v primerjavi z novimi informacijami; (5) prejemnik mora imeti ustrezno znanje, da lahko sporočilo razume; in (6) prejemnik mora biti zdravstveno sposoben, da sprejme sporočilo.

Vendar pri komuniciranju ne gre le za dejanje oziroma potek tega procesa. Tudi Ule (2005) poudarja, da komuniciranje pogosto jemljemo kot spontan proces, ki pa je v resnici premišljeno in namerno dejanje, vpeto v socialne odnose med ljudmi. Pri komuniciranju so pomembne tudi okoliščine. Ljudje kot socialna bitja se potrjujemo skozi smiselno komuniciranje, ki se pokaže v reakciji prejemnika na naša sporočila.

Komunikacija pomeni oddajanje in sprejemanje sporočil med udeleženci v obliki simbolov, saj v tem procesu odgovarjajo na sporočila in se nanje odzivajo. Gre torej za dogodke, povezane tudi z odnosi med udeleženci. Zato govorimo o odnosnem oz. medosebnem komuniciranju (Ule, 2009).

Za medosebno komuniciranje je torej značilno, da imajo udeleženci neposreden vpliv drug na drugega s prenašanjem sporočil med njimi, njihovo zaznavo in povratno reakcijo. To je zlasti pomembno, ko nekdo potrebuje našo pomoč ali nasvet.

2.2 Podporno komuniciranje

V življenju se velikokrat znajdemo v situaciji, ko nekdo potrebuje našo podporo ali svetovanje oz. to mi sami potrebujemo. Tu gre za podporno komuniciranje.

Poleg tega Burleson in MacGeorge omenjata tudi druge razloge, zakaj ljudje razvijamo podporno komuniciranje (Ule, 2009):

- pragmatični razlogi - pozitiven vpliv na kakovost življenja ljudi, saj se več pogovarjajo o svojih težavah, lažje rešujejo in obvladujejo konfliktne situacije ter se povezujejo v podporna omrežja,
- teoretski razlogi - dejstvo, da podporno komuniciranje prispeva k socialni interakciji in odnosom med ljudmi, kar je pomembno za raziskovanje odnosov, podpornih omrežij in odnosnega komuniciranja,
- etični razlogi - etična načela, ki veljajo v podpornem komuniciranju, da skrbimo za druge, se vedemo odgovorno, smo vredni zaupanja ter čutimo empatijo in sočutje do drugih.

S tega vidika je mogoče povezati podporno komuniciranje ter dobro počutje in zdravje ljudi, saj jim ta socialna podpora pomaga pri soočanju z napetostjo, stresom in težavami. Gre za to, da lahko zmanjšamo bolečino osebe, ki trpi. Takšna interakcija je precej kompleksna in zahteva različne sposobnosti posameznika, kot so motivacija, odzivanje na določeno situacijo, sposobnost empatije in sočustvovanja idr. (Ule, 2009).

Ule (2005) v tem primeru govori o empatičnem komuniciranju, vendar empatija in sočutje nista enaka pojma, čeprav se v praksi pogosto dogaja, da jih uporabljamo kot sinonima. Če smo empatični, pomeni, da smo se sposobni vživeti v kožo drugega in razumeti njegove težave ter z njim sočustvovati. Gre torej za identifikacijo z drugo osebo, kjer dejanje gledamo z vidika te osebe. Pri sočutju prav tako doživljamo občutke oziroma težave drugega, vendar se ne vživimo v njegov položaj, pri čemer ni motivacije ali vpliva, da bi tudi razumeli njegove težave. Gre le za proces čutenja, do prenosa bolečine pa ne pride.

2.3 Podporno in empatično komuniciranje v zdravstvu

Danes velja, da se je treba pogovarjati o svojih težavah, namesto da jih zadržimo v sebi, saj s tem izboljšamo svoje počutje in tudi zdravje. Odprtost in pogovor delujeta osvobajajoče na človeka in mu omogočata boljšo kakovost življenja. Ta odnos

odprtosti pa naj bi veljal tudi med zdravstvenim osebjem in pacienti. Torej, če želi biti zdravnik uspešen in učinkovit pri obravnavi pacienta in mu zagotoviti ustrezno pomoč, mora bitisposoben podpornega in empatičnega komuniciranja, kar pomeni, da pacienta posluša, z njim sočustvuje in se zna vživeti v njegove težave, da bi ga lahko čim bolje spoznal, postavil pravo diagnozo in zagotovil ustrezno zdravljenje.

V tem procesu je pomembnih več dejavnikov. Ule (2009) navaja negotovost, povezano s presojo zdravnika, saj lahko pride do zmote pri diagnozi in zdravljenju. Ta negotovost se kaže predvsem takrat, ko pacient zdravniku prepusti, da se odloči med različnimi oblikami zdravljenja. Pacienti pri zdravstveni obravnavi doživljajo tudi strah, saj so prepuščeni drugemu in tako nimajo nadzora nad situacijo. Ta strah je povezan z občutkom intimnosti z vidika izpovedovanja intimnih misli, čustev in občutij ter fizičnega dotika pacienta. Ta intimen odnos je na primer spontan v partnerski zvezi, kjer sta oba partnerja enako odprta do drugega. Pri zdravstveni oskrbi pa je ta bližina le na strani pacienta in intimnost ni vzajemna, saj zdravstveno osebje ne razkrije svojih misli in občutkov. V tej situaciji se pacient pogosto počuti ranljivega in odvisnega od osebja.

Poleg tega na paciente pogosto negativno vplivajo tudi avtoritativnost in moč zdravstvenega osebja, zaradi česar se počutijo v podrejenem položaju, kar le še povečuje njihov strah in negotovost. Komunikacija med pacientom in zdravnikom običajno poteka v okolju, ki je precej formalno, neosebno in polno tehnične opreme, kar lahko slabo vpliva na počutje pacienta (Ule, 2009).

Selič (2004) trdi, da na učinkovitost in uspešnost zdravstvene obravnave vpliva tudi osebnost pacienta, saj gre za situacijo, ki za človeka ni vsakdanja. Pacienti lahko izražajo jezo nad dominantnim staršem (tu to vlogo prevzame zdravnik), pri katerem so izgubili svojo naklonjenost, ko niso izpolnili nekih pričakovanj ali želja, ali celo paniko; prebudi se lahko nek vedenjski vzorec iz otroštva.

Zato je pomembno, da se pacient pri obravnavi počuti varnega in da zaupa osebju, da z njim vzpostavi pozitiven odnos. Kljub profesionalni drži zdravstvenega osebja in določeni distanci do pacienta, mora imeti osebje sposobnost empatije, ki omogoča učinkovitejšo komuniciranje, s čimer se ta distanca med njim in pacientom zmanjša, pacientu pa da občutek, da ga obravnavajo s sočutjem in spoštljivostjo, kar zmanjša njegov strah in negotovost ter poveča zaupanje v delo zdravstvenega osebja (Ule, 2009).

Do zdaj smo govorili le o sporazumevanju v okviru iste jezikovne skupine. Težave pa se običajno pojavijo pri obravnavi tujejezičnih pacientov, kjer lahko pride do nesporazuma ali nerazumevanja med pacienti in zdravstvenim osebjem.

2.4 Medkulturno komuniciranje

Interakcija in odnosi med posamezniki različnih socialnih in kulturnih skupin se štejejo za medkulturno komuniciranje. Pri tem je treba upoštevati različnost kultur

(medkulturne razlike), različna socialna okolja, iz katerih ljudje izhajajo, ter medosebne razlike (Ule, 2005).

Na medkulturno komuniciranje lahko vpliva pogled tujejezičnih pacientov na svojo bolezen, njihovo nezaupanje v zdravstveno osebje, fizičen dotik med zdravnikom in pacientom (stisk roke ob pozdravu ali sam pregled), način govora zdravnika (njegova avtoritativnost), določeni medicinski posegi (nekaterim pacientom jih vera mogoče ne dovoljuje) in podobno. Pri obravnavi tujejezičnih pacientov so pomembne kulturne, socialne in ekonomske razlike. Poleg teh veliko oviro predstavljajo tudi jezikovne razlike, saj imajo na eni strani tujejezični pacienti težave z razumevanjem postopka zdravstvene obravnave, na drugi strani pa ima zdravstveno osebje težave s pridobivanjem ustreznih podatkov, ki bi omogočili uspešno in učinkovito obravnavo in zdravljenje.

Običajno se zgodi, da tujejezični pacient, ki se težko sporazumeva v nematernem jeziku, v postopek zdravstvene obravnave vključi sorodnike ali prijatelje, ki (bolje) obvladajo jezik. V odnosu med pacientom in »tolmačem« lahko pride do zamolčanja podrobnosti pri obravnavi zaradi intimnosti ali pa »tolmač« po svoje prevaja zdravstvenemu osebju, kar lahko povzroči zmote in napake pri obravnavi in zdravljenju.

3 Tolmačenje

Kadar komuniciranje poteka med udeleženci, ki ne govorijo istega jezika, pri prenosu sporočila pomaga tolmač. Gre za prenašanje informacij iz izhodiščnega jezika v ciljni jezik, pri čemer mora tolmač upoštevati pomen, konotacijo in estetiko vsebine ter uporabljati leksikalna, skladenjska in slogovna pravila ciljnega jezika (Markič, 2009).

Pri zdravstveni obravnavi je tolmač oseba, ki razume jezik pacienta in zdravstvenega osebja. Za razliko od sorodnikov in prijateljev naj bi bil tolmač strokovno usposobljen glede terminologije in vloge, ki jo ima v taki komunikacijski situaciji. Tej vrsti tolmačenja pravimo »community interpreting« (Markič, 2009) ali povezovalno tolmačenje oziroma tolmačenje za potrebe skupnosti.

3.1 Tolmačenje za potrebe skupnosti

Tolmačenje za potrebe skupnosti je pravzaprav že od nekdaj prisotno v vsakdanjih situacijah med različnimi govorci oz. med različnimi jezikovnimi skupinami. V primerjavi s konferenčnimi tolmači, ki so visoko strokovno usposobljeni in delujejo na političnem, diplomatskem in znanstvenem področju, se tolmači za potrebe skupnosti pojavljajo v okviru raznih institucij (uradi, šole, policija, bolnišnice, zdravstveni domovi). Vloga takega tolmača se razlikuje tudi po številu jezikov in dialektov, s katerimi se srečuje pri svojem delu, dvosmernim komuniciranjem, saj gre za pogovor

med uradnikom (ali zdravnikom) in stranko (ali pacientom) in posledično aktivni ali pasivni prisotnosti pri komuniciranju (Morel, 2009).

3.2 Vloga tolmača v zdravstvu

V zdravstvu se tolmač znajde v različnih situacijah, kot so npr.: običajni zdravstveni pregledi pri zdravniku, nujni primeri, privolitve v operativni poseg, porodi ali laboratorijske preiskave. V vsakem primeru gre za tolmačenje, ki se odvija neposredno med pacientom, izvajalcem storitve in tolmačem, pri čemer se mora slednji soočiti z vsemi nesoglasji, nesporazumi, napakami in drugimi medosebnimi dejavniki. To je lahko za tolmača precej zahtevno z vidika medkulturnega komuniciranja. Petek (2004) poudarja, da mora tolmač za medicinske potrebe pri tem upoštevati etnično pripadnost pacienta oziroma pripadnost njegovi kulturi. Rifel in Car (2004) dodajata tudi druge dejavnike, ki so pomembni za učinkovito zdravstveno obravnavo, kot so starost, spol, družbeni status in invalidnost.

Dysart-Gale (2007) izpostavlja problem tolmačenja v smislu komuniciranja med pacientom in zdravnikom. Kako aktivna ali pasivna naj bi torej bila vloga tolmača? V osnovi je tolmač nevidna figura, ki služi le za prenos informacij. Kljub temu strokovne organizacije tolmačev priznavajo, da je ta model tolmačenja neustrezen. Ker gre pri zdravstveni obravnavi za občutljivo situacijo, saj se (zlasti tujejezični) pacienti pogosto počutijo v manjvrednem in podrejenem položaju, naj bi bil tolmač tudi:

- pojasnjevalec, ki posreduje dodatne informacije, kadar gre za nepremostljive kulturne razlike pri sporazumevanju,
- medkulturni posrednik, ki zagotovi kulturološki okvir, da pacient lažje razume prenesena sporočila,
- bolnikov odvetnik, ki pomaga izboljšati kakovost komunikacije in zdravstvene oskrbe.

V primerjavi s konferenčnim in sodnim tolmačenjem, se tolmači v zdravstvu srečujejo z različnimi primeri in odnosi, ki so odvisni od zdravnika in pacienta. Poznati morajo specifično terminologijo, ki se nanaša na zdravstveno stroko, pri čemer so lahko nekateri primeri precej intimne narave. Takrat je še pomembneje, da tolmač spoštuje zasebnost in zaupnost, kar pacientu omogoči premagovanje strahu in negotovosti ter krepi zaupanje v zdravstveno obravnavo (Morel, 2009).

Če je torej pacientovo komuniciranje odprto, lahko zdravnik izrazi podporo in empatijo za pacientove težave, s čimer krepi medosebni odnos, pridobi natančne informacije za postavitev diagnoze in ustrezno svetuje glede zdravljenja (Ule, 2005).

4 Raziskave v tujini

Jacobs, Shepard, Suaya in Stone (2004) so raziskali stroške in koristi zagotavljanja tolmača z namenom premagovanja jezikovnih ovir v zdravstvu. Želeli so ugotoviti,

kako zagotavljanje tolmača vpliva na stroške in uporabo zdravstvenih storitev pri pacientih s slabim znanjem angleščine. Raziskava je bila izvedena v štirih zdravstvenih domovih v Massachusettsu med leti 1995-1997, sodelovalo pa je 380 špansko in portugalsko govorečih pacientov. V primerjavi z angleško govorečimi so ugotovili, da so imeli pacienti, ki so pri zdravstveni obravnavi uporabili tolmača, boljše preventivne storitve, več obiskov pri zdravniku in so prejeli več receptov. Čeprav nastajajo dodatni stroški za tolmačenje pri zdravstveni oskrbi pacientov, se dolgoročno lahko zmanjšajo stroški zdravljenja bolezni, ki pri teh pacientih nastanejo zaradi slabe zdravstvene oskrbe.

Bischoff in Hudelson (2010) sta v Univerzitetni bolnišnici v Ženevi izvedla raziskavo o dostopnosti profesionalnih tolmačev v zdravstvu. Čeprav se je zagotavljanje tolmačenja v Švici po letu 1999 izboljšalo, je raziskava pokazala, da zdravstveno osebje pogosto uporablja amaterske tolmače, tj. dvojezično zdravstveno osebje ali sorodnike in prijatelje pacientov. To je zaskrbljujoče, saj se s tem zmanjšuje kakovost zdravstvene oskrbe. Raziskava je pokazala, da se 43-86 % vprašanih zanaša na sorodnike in dvojezične zdravstvene delavce pri premagovanju jezikovnih ovir. Profesionalne tolmače so uporabili v 5-39 %, kar kaže na veliko razpoložljivost dvojezičnih zdravstvenih delavcev. Šele ko teh možnosti ni več na voljo, se zagotovijo profesionalni tolmači. Pri tem pa nastajajo tudi za višji stroški in težave v zvezi s s prepoznavanjem potreb po zagotavljanju teh storitev. Ugotavljata tudi, da nezadostno zavedanje, kako jezikovne ovire vplivajo na kakovost oskrbe, vodi do prepričanja, da so amaterski tolmači dovolj dobri (91,2 % jih je odgovorilo, da so zadovoljni s tolmačenjem zdravstvenih delavcev in 79,5 %, da sorodniki in prijatelji zadovoljivo oz. dobro tolmačijo). Izbira med profesionalnimi in amaterskimi tolmači je torej odvisna od treh dejavnikov, in sicer (1) razpoložljivosti dvojezičnih zdravstvenih delavcev, (2) dojemanja kakovosti tolmačenja in (3) stroškov, povezanih s profesionalnimi tolmači. Ugotavljata, da možnost profesionalnega tolmača še ne pomeni, da jo bodo pacienti dejansko uporabili. Treba bi bilo razviti postopke za sistematično ugotavljanje potreb pacientov glede tolmačenja, oblikovati strategije za jezikovno pomoč, ki bi bile ustrezne za ponudnike zdravstvenih storitev, in zakonsko zagotoviti profesionalne tolmače pri pomembnih postopkih zdravstvene oskrbe.

Suurmond, Uiters, C. de Bruijne, Stronks in Esink-Bot (2010) so na Nizozemskem izvedli raziskavo o etničnih razlikah pri varnosti pacientov. Z njo so želeli ugotoviti, kakšne so značilnosti bolnišnične oskrbe in obravnave imigrantov, da bi bolje razumeli trenutne etnične razlike pri zagotavljanju varnosti pacientov. Rezultati so pokazali tri ključne vzorce, ki ogrožajo njihovo varnost, in sicer (1) neprimerno odzivanje zdravstvenega osebja na značilnosti imigrantov glede slabega znanja jezika, neskljenjenega zdravstvenega zavarovanja ali genetskih pogojev, (2) nesporazumi med pacienti in zdravstvenimi delavci zaradi različnega dojemanja bolezni in pričakanj glede obravnave in oskrbe ter (3) neprimerna oskrba zaradi predsodkov ali stereotipov zdravstvenih delavcev do imigrantov.

Največ raziskav je bilo opravljenih v državah, ki se srečujejo s porastom priseljencev, kot so Amerika, Avstralija in Kanada. Te države imajo tudi urejeno mrežo tolmačev v zdravstvu, ki so strokovno usposobljeni za ta poklic. Tudi v Evropi je bilo opravljenih nekaj raziskav, predvsem v Veliki Britaniji in Nemčiji, čeprav je zavedanje o pomembnosti tega poklica še vedno na nizki ravni. Dejstvo je, da profesionalni tolmači izboljšajo kakovost zdravstvene oskrbe, kar lahko dolgoročno pozitivno deluje na zdravstveni sistem z dvigom kakovosti in varnosti tujejezičnih pacientov in zmanjševanjem stroškov zaradi preventivnega delovanja.

5 Raziskave v Sloveniji

Ilijaž in Matič (2004) iz ZD Brežice in ZD Senovo sta opravila raziskavo o zadovoljstvu tujejezičnih pacientov z zdravstveno oskrbo v Brežicah. Gre za obmejno občino, ki ima izrazito pestro etnično, versko in jezikovno skupnost zaradi bližine meje med Slovenijo in Hrvaško, prometnih povezav in zdravilišča, ki se nahaja v bližini. Zdravniki, ki delajo v primarnem zdravstvu aktivno obvladajo tri jezike: slovenščino, hrvaščino/srbščino in angleščino. Raziskava je pokazala, da so pacienti neslovenske narodnosti bolj zadovoljni z obiskom pri zdravniku v primerjavi s celotno populacijo. Sicer nista posredovala podatkov o tolmačenju, vendar poročata, da so se zdravniki najpogosteje s pacienti sporazumevali v hrvaščini in angleščini, nekajkrat pa tudi v nemščini. Po njunem mnenju sta kakovost zdravstvene oskrbe ter zadovoljstvo tujejezičnih pacientov odvisna predvsem od razgledanosti zdravstvenega osebja, njihovega znanja tujih jezikov in dobrih komunikacijskih veščin, ob tem pa morajo upoštevati tudi etnične kulturne razlike.

Belec (2004) iz ZD dr. Adolfa Drolca Maribor pojasni delo zdravnika v multietnični ambulanti, predvsem pri delu z begunci. Težava teh pacientov se lahko kaže v tem, da našega zdravstvenega sistema ne poznajo dobro, da pri njih poteka drugačna komunikacija med zdravnikom in pacientom (ni stika z očmi, diagnoza se sporoči svojcem ali pa ni vljudno postavljati vprašanj zdravniku kot avtoriteti), da so določeni posegi prepovedani ali pa da je razumevanje bolezni drugačno. Težave zdravnikov se kažejo tudi pri jeziku. Pri tem ugotavlja, da je zdravljenje uspešnejše, če je komunikacija med zdravnikom in pacientom učinkovita. V tujini se v ta namen uporablja profesionalne tolmače, pri nas pa se pogosto dogaja, da to vlogo prevzamejo družinski člani, pri čemer je treba paziti, saj lahko v tolmačenje vključijo lastna prepričanja in poglede, zato naj bi zdravnik pozorno spremljal obraz in držo pacienta. Če tolmača ni na voljo, predlaga, da zdravnik govori počasneje ter večkrat in na različne načine ponovi svoja navodila, da ugotovi, če ga pacient resnično razume. Predvsem svetuje, da si mora zdravnik vzeti dovolj časa in aktivno prisluhniti pacientu, da ne pride do nesoglasij ali nezaupanja. Te težave bi lahko rešili z mrežo profesionalnih tolmačev, s tem pa bi tudi presegli jezikovne in kulturne prepreke, zaradi česar bi se zmanjšala možnost zmot pri obravnavi pacienta.

Najnovejša raziskava v zvezi s tolmačenjem za potrebe zdravstva poteka na Filozofski fakulteti v Ljubljani, na Oddelku za prevajalstvo. Cilji projekta so (Gorjanc, 2010):

- ugotoviti stanje na področju tolmačenja v zdravstvu v Sloveniji,
- pripraviti literaturo s tega področja in kritično preučiti predpise, ki ga urejajo,
- ugotoviti možnosti uporabe IKT pri tolmačenju v zdravstvu,
- ozavestiti strokovno in laično javnost o tolmačenju v zdravstvu in pripraviti osnove za začetek teh aktivnosti,
- pripraviti kurikulum in drugo dokumentacijo za izobraževanje tolmačev za potrebe zdravstva,
- preizkusiti kurikulum v praksi in ga evalvirati, pripraviti učni material za študente in usposobiti učitelje,
- pripraviti predlog za oblikovanje mreže tolmačev v zdravstvu,
- predstaviti rezultate projekta.

Večina raziskav v Sloveniji kaže, da je učinkovita komunikacija ključ do uspešne zdravstvene obravnave tujejezičnega pacienta, vendar je največja težava v tem, da nimamo organiziranega sistema profesionalnih tolmačev, ki bi zdravstvenemu osebju pomagali pri preseganju kulturnih in jezikovnih ovir. Čeprav obstaja pravno-formalna podlaga, ki zagotavlja tujejezičnim državljanom pravico do tolmača (Splošna deklaracija o človekovih pravicah Združenih narodov, Evropska listina o regionalnih in manjšinskih jezikih, Ustava Republike Slovenije, Zakon o splošnem upravnem postopku, Zakon o pacientovih pravicah, Zakon o mednarodni zaščiti, Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu 2010-2015 in predlog Resolucije o nacionalnem programu za jezikovno politiko 2012–2016), se le-ta redko izvaja.

6 Sklep

Zaradi vključenosti v migracijske tokove v okviru Evropske unije se je Slovenija znašla v situaciji, ko se vanjo priseljuje vse več tujcev. Ti narekujejo drugačno, učinkovito in uspešno zdravstveno oskrbo, predvsem pa zahtevajo drugačno pozornost do pacienta zaradi kulturnih in jezikovnih ovir.

V tujini, kjer so migracijski tokovi večji in je ozaveščenost glede tolmačev bolj prisotna, so razvili sistem zagotavljanja takih storitev in s tem prispevali k boljši komunikaciji med zdravnikom in tujejezičnim pacientom ter boljši in varnejši zdravstveni obravnavi.

V Sloveniji je treba na tem področju še marsikaj spremeniti, predvsem v praksi. Glede na izkušnje iz tujine in raziskave doma, predlagamo naslednje:

- usposabljanje tolmačev za potrebe zdravstva po vzoru konferenčnih in sodnih tolmačev, saj gre za specifično situacijo, ki zahteva določeno strokovno znanje s področja jezika in kulture pacientov,

- pravila delovanja tolmačev v zdravstvu, s čimer se določi znanje in spretnosti tolmačev ter se oblikujejo formalna merila za opravljanje poklica,
- oblikovanje mreže tolmačev v zdravstvu, kot jo imajo sodni in konferenčni tolmači,
- seznanjanje tujejezičnih pacientov o možnostih za prisotnost tolmača pri zdravstveni obravnavi.

LITERATURA

1. Belec, D. (2004). Delo v multietnični ambulanti. V J. Kersnik (ur.), Družinska medicina na stičišču kultur: 21. učne delavnice za zdravnike družinske medicine (str. 113-120). Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine.
2. Bischoff A. in Hudelson P. (2010). Communicating with foreign language-speaking patients: is access to professional interpreters enough? *Journal of Travel Medicine*, 17 (1), 15-20.
3. Dysart-Gale, D. (2007). Clinicians and medical interpreters: negotiating culturally appropriate care for patients with limited english ability. *Family&Community Health*, 30 (3), 237-246.
4. Gorjanc, V. (2010). Prevajanje in tolmačenje kot človekova pravica ter slovenska jezikovna situacija. V V. Gorjanc in A. Žele (ur.). Izzivi sodobnega jezikoslovja, Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.
5. Ilijaž, R. in Matić, M. (2004). Delo v obmejni ambulanti. V J. Kersnik (ur.), Družinska medicina na stičišču kultur: 21. učne delavnice za zdravnike družinske medicine (str. 105-112). Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine.
6. Jacobs, a. E., Shepard, D. S., Suaya, J. A. in Stone E.-L. (2004). Overcoming language barriers in health care: costs and benefits of interpreter services. *American Journal of Public Health*, 94 (5), 866–869.
7. Kavčič, B. (2004). Osnove poslovnega komuniciranja. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
8. Markič, J. (2009). Vloga tolmačenja v sodobnem svetu. Pridobljeno 20. 8. 2012 s <http://www.centerslo.net/files/file/simpozij/simp28/Markic.pdf>.
9. Morel, A., Gorjanc, V. (2009). Komunikacija s pacientom v večjezični družbi. Pridobljeno 13. 8. 2012 s <http://www.google.si/url?sa=t&rct=j&q=morel%20komunikacija%20s%20pacienti%20pdf&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCkQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dlib.si%2Fstream%2FURN%3ANBN%3ASI%3Adoc-QA3W02IM%2Fcc7e396c-3622-4d44-8ac1-590d67dc331f%2FPDF&ei=wDZUUY7LCoPL4ASxuYHgDg&usg=AFQjCNFFRIpp-MxOxrDqv1lBu0Ix3XQz2Q>.
10. Petek, D. (2004). Premagovanje jezikovnih ovir. V J. Kersnik (ur.), Družinska medicina na stičišču kultur: 21. učne delavnice za zdravnike družinske medicine (str. 27-38). Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine.
11. Rifel, J. in Car, J. (2004). Učinkovito sporazumevanje v medkulturnih srečanjih med bolnikom in zdravnikom. V J. Kersnik (ur.), Družinska medicina na stičišču kultur: 21. učne delavnice za zdravnike družinske medicine (str. 39-43). Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine.

12. Selič, P. (2004). Družinska medicina na stičišču kultur – učenje veščin sporazumevanja. V J. Kersnik (ur.), Družinska medicina na stičišču kultur: 21. učne delavnice za zdravnike družinske medicine (str. 13-26). Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine.
13. Suurmond, J., Uiters, E., C. de Bruijne, M., Stronks, K. in Esink-Bot, M. L. (2010). Explaining ethnic disparities in patient safety: a qualitative analysis. *American Journal of Public Health*, Dodatek 1, 100 (1), 113-117.
14. Trček, J. (1998). Medsebojno komuniciranje – kontaktna kultura. Ljubljana: Korona plus, d. o. o.
15. Ule, M. (2005). Psihologija komuniciranja. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
16. Ule, M. (2009). Psihologija komuniciranja in medosebnih odnosov. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Tina Banfi

The role of an interpreter in the treatment of foreign-language patients

KEY WORDS: *interpreter, foreign-language patient, effective communication, patient rights*

ABSTRACT - By entering the European Union, Slovenia has become part of the migration policy of the EU, which promotes cooperation between European countries and the world. Consequently, this leads to the migration of people due to economic, social, cultural, political or other reasons. This includes foreigners with temporary or permanent residence in Slovenia, asylum applicant, asylum seekers and refugees. In addition to these groups, Slovenia's population also includes the members of the Italian and Hungarian national minorities and the Roma ethnic community. In accordance with the Patient Rights Act and the National Strategy for Quality and Safety in Health Care 2010-2015, these groups have the right to communicate in their mother tongue. This can be ensured by providing an interpreter who serves as a link between a health care professional and a patient so that the foreign-language patient can give all the necessary information regarding his/her medical condition. Effective communication ensures that the foreign-language patient understands the process of treatment and therapy, which reduces the risk of medical errors. The author of this paper describes the situation with foreign-language patients abroad and compares it with Slovenia. In the article, the author shows that Slovenia does not have professional medical interpreters, although statistical data shows a rise in the number of foreigners, and makes proposals how to comprehensively regulate this field.

Mira Brodarič, mag.

Pomen uporabe etičnih načel v zdravstveni negi

UDK 616-083:174

UDK 614.253:174

KLJUČNE BESEDE: zdravstvena nega, etika, pacienti, medicinske sestre, etične dileme

POVZETEK - Zdravstvena nega je strokovna disciplina, ki obravnava posameznika, družino, posamezne skupine in družbeno skupnost v času zdravljenja in bolezni, da se doseže čim višja stopnja zdravja le-teh. Je integralna sestavina zdravstvenega varstva in deluje v zdravstvenih, socialno-varstvenih in vzgojno-varstvenih zavodih ter na področju širše družbene skupnosti. Nosilke zdravstvene nege so medicinske sestre, ki so strokovnjakinje za celostno obravnavo pomoči potrebnih ter avtonomno prevzemajo odgovornost in naloge v sistemu zdravstvenega varstva. Pri svojem delu se srečujejo s številnimi etičnimi dilemami in vprašanji, pri čemer morajo biti še posebej previdne. Njihova naloga je kakovostna in celostna obravnava vsakega pacienta. Namen prispevka je prikazati pomen uporabe etičnih načel zdravstvenih delavcev pri njihovem delu. Prikazana je anketa, ki je bila izvedena na spletu, vzorec pa predstavljajo uporabniki zdravstvenih storitev. Cilj raziskave je ugotoviti, kaj pacienti menijo o etiki zdravstvenih delavcev, ter izvedeti, kako pogosto so kršena etična načela v zdravstveni negi. Za boljšo interpretacijo rezultatov bomo pregledali, ali so bile na tem področju že narejene kakšne raziskave, ter jih korelacijsko primerjali. V članku bodo prikazani odgovori anketirancev in interpretacije le-teh. Ugotovljeno je, da je za vse, ki delamo z uporabniki zdravstvenih storitev, pomembno, da pri svojem delu upoštevamo etična načela, pri čemer mislimo na Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

1 Uvod

Zdravstveni delavci pri svojem delu skrbijo za ohranitev življenja in zdravja ljudi. Pri tem se morajo zavedati, da ga opravljajo etično. Temeljno načelo, po katerem se odločajo zdravstveni delavci, je delati dobro, v korist pacienta, skrbeti za ohranitev življenja in zdravja ljudi na način, ki bo human, strokovno odgovoren in bo v odnosu do pacienta spoštoval njegove individualne potrebe in vrednote. Te odločitve pa so v praksi velikokrat povezane s številnimi dilemami. Namen preučevanja etike je v tem, da etično ravnanje postaja vedno pomembnejše v vsakdanjem življenju in v družbi nasploh, zato nas zanima, kaj vpliva nanj, kateri dejavniki ga spodbujajo in kako se lahko izboljša. Na medicinskem področju se razvijajo posebna moralna pravila in etična načela v obliki poklicne etike.

2 Pojem etike in etičnih načel v zdravstvu

Etika kot znanost obravnava merila človekovega hotenja in ravnanja glede na dobro in zlo.

Etiko lahko delimo na (Prebil et al., 2011):

- osebno - skupek osebnih, moralnih vrednot, s katerimi nekdo živi, in ki zaznamujejo njegov pristop k reševanju etičnih vprašanj ter njegov odnos do drugih oseb in
- profesionalno - pričakovano vedenje neke poklicne skupine oziroma dogovorjena pravila, zbrana v kodeksu etike, ki članom skupine predpisuje vedenje v skladu z njegovimi načeli.

Ni nujno, da so vsi predpisi in zakoni etično neoporečni. Dober primer je prekinitev nosečnosti, ki je z vidika zakona dovoljena, postavlja pa se vprašanje, ali je to dejanje etično dopustno. Stres (1999) navaja, da je predmet etike vse, kar spada v ta okvir (dobro, izročila, norme, vrednote, kreposti, vrline), na ta način pa je etika filozofija morale. Šmitek (2003) pravi, da je etika zlato pravilo, ki določa, da moramo obravnavati drugega tako, kot bi želeli biti obravnavani sami.

Omeniti je treba tudi pojem deontologija, vedo o predpisih, ki urejajo dolžnosti določenega stanu, poklica (pravna, zdravniška deontologija). Deontologija pomeni na dolžnostih osnovano etiko (Prebil et al., 2011). Zdravstveno osebje mora v odnosu do pacienta delovati v soglasju s predpisanimi etičnimi načeli.

Zdravstveni delavci so pri svojem delu osebno moralno, poklicno deontološko in pravno odgovorni. Odgovornosti so med seboj prepletene, če gre za kršitev pravne odgovornosti, pa gre tudi za kršenje drugih dveh odgovornosti.

Odgovornost zdravstvenega delavca je vsekakor širša, kot jo lahko predpišejo zakoni in pravila. Od vsakega zdravstvenega delavca se zahtevajo določene osebnostne lastnosti in vrline, ki jih ni mogoče predpisati z zakonom. Odgovorna oseba je tista, ki je pripravljena sprejeti posledice svojih lastnih dejanj, pozna svoje obveznosti do sebe in drugih ter si prizadeva, da bi jih izpolnila. Medicinski sestre v klinični praksi in pri etičnem sklepanju pomaga refleksija, neprestano zavedanje same sebe kot medicinske sestre v interakciji z drugimi (Fairchild, 2010).

Poznavanje etičnih teorij medicinski sestre pomaga pri reševanju etičnih dilem, ki jih presoja v skladu s svojimi načeli in vrednotami, v skladu s kodeksom in zakonodajo ter o njih kritično razmišlja. Zelo pomembno je, da je odgovorna, iskrena, sočutna, profesionalna in pogumna. Medicinska sestra se mora zavedati, da je kakovostna zdravstvena nega pacienta možna samo s stalnim izobraževanjem ter pridobivanjem novega znanja in spretnosti. Mohar (1997) navaja, da se zdravstveno osebje pri vsakodnevnem delu srečuje s situacijami in primeri, ki jih mora presojati s pravnega in moralno-etičnega vidika.

Za medicinske sestre je pri izvajanju vseh aktivnosti zdravstvene nege zelo pomembno upoštevanje najpomembnejših splošnih etičnih načel (Prebil et al., 2011): avtonomije, dobronamernosti, neškodljivosti in pravičnosti. Načelo avtonomije pomeni spoštovanje pacientove pravice, da odloča o sebi. Pacient mora biti obveščen ter se mora strinjati s postopki in posegi zdravljenja. Zavedati se moramo, da nepopolna obveščenost pacienta vodi do izgube avtonomije. Po Bohinc (2001) je avtonomija

osebna svoboda pacienta, da se v procesu zdravstvene nege sam odloči glede na osebne vrednote in prepričanja. Načelo dobronamernosti pomeni delati dobro in v korist drugega. Delovanje medicinskih sester mora temeljiti izključno na odločitvah v korist pacienta. Načelo neškodljivosti pomeni dolžnost izogibanja in preprečevanja škodovanja pacientom, kar pomeni, da mora medicinska sestra izvajati kompetentno zdravstveno nego. Načelo pravičnosti pomeni, da imajo vsi pacienti enake pravice do zdravstvene nege in oskrbe, obravnavani pa morajo biti v skladu s svojimi potrebami.

3 Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2005) vsebuje pravila in predpise o etičnem delovanju, vrednote v zdravstveni negi ter opis temeljnih nalog medicinskih sester, ki temeljijo na spoštovanju človekovih pravic. Kodeks je sestavljen iz štirih področij, ki pa so razdeljena v devet temeljnih načel, ti pa imajo napisane standarde ravnanja in vedenja ter omejitve.

Kodeks pomaga medicinski sestri pri oblikovanju etičnih vrednot, predvsem pa ji je podlaga za etično presojo, saj ji olajša odločanje, posebej takrat, ko se znajde v dilemi. V kodeksu je zapisano, da je upoštevanje njegovih določb obvezno za vsako medicinsko sestro in člane tima zdravstvene nege.

Poznavanje kodeksa je pomembno, tudi za dijake in študente zdravstvene nege, saj morajo pri praktičnem delu, ki poteka ob pacientu, upoštevati načela kodeksa. Mislimo, da je to čas, ko si med izobraževanjem oziroma študijem oblikujejo lastna moralna stališča do poklica in dela, za katerega so se odločili.

3.1 Varovanje poklicne skrivnosti

Medicinska sestra ima pri svojem delu dostop do podatkov, ki so pogosto zasebne narave, zato jih mora varovati kot poklicno skrivnost. K temu jo zavezujejo različni predpisi, in sicer Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Zakon o zdravstveni dejavnosti, Zakon o pacientovih pravicah ter Kazenski zakonik.

Po zakonu o pacientovih pravicah (2009) medicinsko sestro in ostalo zdravstveno osebje zavezujejo k molčečnosti predvsem informacije v zvezi z ugotavljanjem, zdravljenjem, zdravstveno nego in spremljanjem bolezni, vse, kar medicinska sestra izve o pacientu pri opravljanju svojega poklica, ter vse o njegovih osebnih, družinskih in socialnih razmerah.

Pravico do informacij imajo samo pacienti in samo tisti zdravstveni delavci, ki so neposredno vključeni v zdravljenje in izvajanje zdravstvene nege. Medicinska sestra

mora varovati poklicno skrivnost tudi pred družinskimi člani pacienta, saj on sam odloča, komu lahko posredujemo informacije o njegovem zdravstvenem stanju (Zakon o pacientovih pravicah s komentarjem, 2009).

Zdravstveni delavci se morajo zavedati, da o pacientovem zdravstvenem stanju nikoli ne smejo dajati informacij po telefonu.

Trajanje varovanja poklicne skrivnosti ni časovno omejeno in velja tudi po smrti pacienta. Dolžnosti varovanja poklicne skrivnosti pa lahko zdravstvenega delavca razreši pacient sam, sodišče, starši oziroma skrbniki (Zakon o pacientovih pravicah s komentarjem, 2009). Naša zakonodaja pa v nekaterih primerih dopušča pravico vpogleda v pacientove podatke brez njegovega pristanka, v nekaterih primerih pa lahko tudi zdravnik sam presodi, ali je molčanje bolj škodljivo od razkritja (pacient ima hudo nalezljivo bolezen).

3.2 Kršitve kodeksa etike

Kršitve kodeksa etike obravnava Častno razsodišče Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Častno razsodišče na podlagi pisne prijave obravnava kršitve kodeksa etike. V pripravljalnem postopku, ki se prične z vložitvijo prijave, se Častno razsodišče I. stopnje odloči o uvedbi postopka, lahko pa ugotovi, da za obravnavanje zadeve ni pristojno in sprejme sklep o zavrnitvi zadeve (Statut Zbornice zdravstvene in babiške nege – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2012).

Častno razsodišče lahko kršitelju izreče disciplinske in varstvene ukrepe. Če se v postopku ugotovi, da je bilo storjeno kaznivo dejanje, preda prijavo pristojnemu organu pregona. Zoper sklep častnega razsodišča I. stopnje je možna pritožba na razsodišče II. stopnje.

4 Metodologija

4.1 Namen in cilji raziskave

Temeljni namen raziskave je bil ugotoviti in preučiti mnenja pacientov o etiki zdravstvenih delavcev.

Cilji raziskave so bili:

- ☐ ugotoviti, koliko zdravstveno osebje varuje podatke o zdravstvenem stanju pacientov in
- ☐ ugotoviti, koliko pacientov bi se pritožilo, če bi ugotovili, da zdravstveno osebje ne varuje podatkov o njihovem zdravstvenem stanju.

4.2 Raziskovalna metoda

Uporabili smo deskriptivno neeksperimentalno metodo empiričnega raziskovanja.

4.3 Vzorec

Anketiranih je bilo 59 % žensk (pacientk) in 41 % moških (pacientov). Večji del anketiranih (38 %) je bilo starih med 51 in 70 let, 28 % med 31 in 50 let, 26 % pa nad 70 let. Najmanj anketiranih (8 %) je bilo starih med 20 in 30 let. Večji del anketiranih (44 %) je imelo srednješolsko izobrazbo. Sledijo anketirani z osnovnošolsko izobrazbo (27 %), 23 % jih je imelo višjo oziroma visoko izobrazbo in 6 % univerzitetno izobrazbo oziroma več kot sedmo stopnjo.

5 Rezultati in razprava

Zanimalo nas je, kako so pacienti zadovoljni z delom zdravstvenega osebja. Ugotovili smo, da je 53 % vseh anketiranih zadovoljnih z delom zdravstvenega osebja oziroma medicinskih sester, 47 % pa z delom zdravstvenega osebja ni zadovoljnih.

Na vprašanje, ali ima zdravstveno osebje oziroma medicinske sestre enak odnos do vseh pacientov, je 35 % anketiranih odgovorilo, da ima zdravstveno osebje različen odnos do pacientov, 29 % od vseh anketiranih misli, da ima zdravstveno osebje slabši odnos do starejših, 25 % vseh anketiranih meni, da ima zdravstveno osebje enak odnos do vseh pacientov, 11 % od vseh anketiranih pa, da ima zdravstveno osebje boljši odnos do starejših oseb.

44 % od vseh anketiranih je na vprašanje, ali menijo, da zdravstveno osebje (medicinske sestre) varuje podatke o njihovem zdravstvenem stanju kot poklicno skrivnost, odgovorilo negativno. 30 % od vseh anketiranih je na to vprašanje odgovorilo pritrdilno in 26 % anketiranih ne ve, ali zdravstveno osebje spoštuje poklicno skrivnost.

Večina anketiranih, in sicer 62 %, bi se pritožila, če bi ugotovili, da zdravstveno osebje ne varuje podatkov o zdravstvenem stanju pacienta, 23 % od vseh anketiranih se ne bi pritožilo, če bi prišlo do razkritja podatkov o njihovem zdravstvenem stanju, in 15 % od vseh anketiranih ne ve, ali bi se pritožili v primeru kršitve poklicne skrivnosti.

Na vprašanje, na koga bi se obrnili pri kršitvi poklicne skrivnosti, so pacienti odgovorili takole: 44 % od vseh anketiranih bi se pritožilo direktorju zdravstvenega zavoda, 31 % od vseh anketiranih bi se pritožilo zastopniku pacientovih pravic ter 25 % od vseh anketiranih bi se pritožilo na pristojno ministrstvo.

Slaba polovica anketiranih (48 %) meni, da pacienti niso dovolj seznanjeni s svojimi pravicami, samo 28 % jih misli, da so dovolj seznanjeni s svojimi pravicami, 24 % pa, da so z njimi srednje seznanjeni.

Na vprašanje, ali menite, da je zdravstveno osebje zaradi kršitev pri svojem delu in neupoštevanju etičnih načel vedno in pravično sankcionirano, so anketirani odgovorili tako: 51 % vseh anketiranih meni, da zdravstveno osebje ni vedno in pravično sankcionirano zaradi svojih kršitev, 35 % jih misli, da so kršitelji vedno in pravično sankcionirani, 14 % pa jih ne ve, ali so kršitelji vedno in pravično sankcionirani.

6 Sklep

Zavedati se moramo, da je za razumevanje etike značilno, da se le-ta spreminja tako v prostoru (različni narodi jo različno dojemajo, kaj je etično in kaj ne) kot tudi v času; etika se namreč s časom spreminja, nekatere glavne smernice pa kljub temu ostajajo stalnice. Mednje v etiki lahko prištevamo tudi temeljne človekove pravice, ki so splošno sprejete po vsem svetu in so postale temelj etičnega presojanja. Vrednote posameznika so odvisne od okolja, v katerem živi, ter od prevladujočih družbenih, kulturnih in gospodarskih dejavnikov.

Pri človekovem odločanju ni točno določenih razmejitev med področji, saj področji morale ali etike posegata tako na področje zakona kot tudi na področje proste izbire, kar pomeni, da ljudje pri svojih odločitvah ne sledijo le svojim željam in ciljem, pač pa tudi splošno sprejetim vrednotam in načelom.

Grbec (1992) pravi, da potrebujemo medicinske sestre, ki bodo »mislile etično« in ne samo »vedele o etiki«, s čimer se popolnoma strinjamo in menimo, da bi etiki v zdravstvu morali dajati poseben poudarek.

LITERATURA

1. Bohinc, M. (2001). Filozofija zdravstvene nege in profesionalna etika. Gradivo za študij in za interno uporabo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo.
2. Fairchild, R. M. (2010). Practical ethical theory for nurses responding to complexity in care. *Nursing Ethics*, 17 (3).
3. Grbec, V. (1992). Etika v zdravstveni negi, I. del. Obzornik zdravstvene nege, 26 (1–2), 3–6.
4. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2005). Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije.
5. Mohar, P. (1997). Temelji medicinske etike in deontologije. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo.
6. Prebil, A., Mohar, P. in Fink, A. (2011). Etika in zakonodaja v zdravstvu. Ljubljana: Grafenauer.
7. Statut zbornice zdravstvene in babiške nege – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2012). Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije.
8. Stres, A. (1999). Etika in filozofija narave. Ljubljana: Družina.

9. Šmitek, J. (2003). Uporabnost teorij etike v zdravstveni negi. V Zdravstvena nega v luči etike. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
10. Zakon o pacientovih pravicah s komentarjem (2009). Ljubljana: GV Založba.

Mira Brodarič, MA

The importance of ethical principles in nursing care

KEY WORDS: *nursing care, ethics, patient, nurse, ethical dilemmas*

ABSTRACT - Nursing is a professional discipline that deals with individuals, families, individual groups and the community during health and disease with the primary aim of achieving the optimum levels of health. It is an integral component of health care and is carried out in health, social care and educational and welfare institutions in the field of organisation of the community. The driving force of health care is a nurse who is an expert for holistic treatment of individuals, families, groups and the wider community, and autonomously assumes the responsibility and carries out tasks in the health care system. Nurses are faced with many ethical dilemmas and issues in which they should be especially cautious. The duty of every nurse is a qualitative and holistic treatment of each patient. The purpose of this paper is to demonstrate the importance of applying ethical principles of health professionals in their work. The paper presents a survey, which was conducted online, and the sample presents all the users of health services. The aim of this research paper is to determine patients' opinions about the ethics of health professionals in their work and find out how often they violated ethical principles in health care. For a better interpretation of results, we have examined if there are any research studies in this field and compare the correlations. The article shows the replies of the survey respondents in the form of graphs and interpretations. It was found that it is important for health professionals, when dealing with the users of health services, that they consider the ethical principles defined in the Code of Ethics for Nurses and Health Technicians of Slovenia.

Upoštevanje elementov sodobne zdravstvene nege v enoti intenzivne terapije

UDK 616-083.98:006.01

KLJUČNE BESEDE: medicinske sestre, kakovost, individualnost, oskrba

POVZETEK - Prvi del prispevka se nanaša na teoretične osnove sodobne zdravstvene nege. Predstavljena je definicija zdravstvene nege in podrobneje so opisani njeni najpomembnejši elementi. Poznavanje le-teh je pogoj za uspešno uvajanje sodobne zdravstvene nege v prakso. V prispevku bomo razjasnili, ali so elementi sodobne zdravstvene nege upoštevani v enoti intenzivne terapije. V ta namen smo izvedli raziskavo med zaposlenimi na Oddelku za anesteziologijo, intenzivno terapijo in terapijo bolečine v Splošni bolnišnici Brežice. Želeli smo ugotoviti, ali zaposleni poznajo in upoštevajo elemente sodobne zdravstvene nege. V prispevku smo uporabili deskriptivno metodo dela, s katero smo opisali elemente sodobne zdravstvene nege in pridobili podatke o poznavanju in upoštevanju le-teh na omenjenem oddelku. Raziskava je potekala s pomočjo anketnega vprašalnika, vanjo je bilo vključenih 16 izvajalcev zdravstvene nege. Rezultati so pokazali, da zaposleni na Oddelku za anesteziologijo, intenzivno terapijo in terapijo bolečine v Splošni bolnišnici Brežice v 80 % poznajo vse elemente sodobne zdravstvene nege, pri svojem vsakdanjem delu pa jih upoštevajo v 78,6 %. Odstotek poznavanja in upoštevanja elementov je zadovoljiv. Ugotovljeno je bilo le nekoliko pomanjkljivo poznavanje in upoštevanje procesa zdravstvene nege ter raziskovanja v zdravstveni negi, kar pa bi bilo smotrno nadgraditi.

1 Teoretične osnove sodobne zdravstvene nege

V zadnjem času opazamo izjemno hiter napredek razvoja stroke zdravstvene nege, njene profesionalizacije in avtonomije poklica. Zdravstvena nega se kot pomemben del sistema zdravstvenega varstva vedno bolj vključuje v zahtevne in kompleksne procese v zdravstvu.

Skela-Savič (2009) navaja, da bolezni sodobne družbe kažejo, da pacient potrebuje več kot samo zdravnika, da je potrebna celostna obravnava in približevanje bolnemu in zdravemu človeku v okolju, v katerem živi. Hajdinjak in Meglič (2006) navajata, da je ravno usmerjenost k pacientu kot celoviti osebnosti bistvo sodobne zdravstvene nege.

Sodobna zdravstvena nega je dejavnost, ki ima svoje avtonomno področje delovanja, lastne pristojnosti in odgovornosti, lastna stališča in vrednote. H kakovosti zdravstvene nege prispevajo posamezni elementi sodobne zdravstvene nege, zato je priporočljivo, da jih vsi zaposleni v zdravstveni negi tudi upoštevajo. Temeljni elementi sodobne zdravstvene nege namreč omogočajo kakovostno, kontinuirano in predvsem avtonomno stroko s svojim specifičnim delovanjem, saj v skrbi za zdravje posameznika, skupine in družbe zapolnjuje tiste vrzeli, ki jih medicina in druge znanosti ne morejo učinkovito pokrivati (Hajdinjak in Meglič, 2006).

2 Temeljni elementi sodobne zdravstvene nege

Bistvena razlika med sodobno in tradicionalno zdravstveno nego je v tem, da je sodobna zdravstvena nega usmerjena k pacientu kot celoviti osebnosti. Pacient je v središču dogajanja, njegova vloga je enakovredna in po svojih zmožnostih in sposobnostih pri zdravstveni negi sodeluje. Sodobna zdravstvena nega podpira odgovornost pacienta do samega sebe in spoštuje njegove želje, odločitve in mnenja (Hajdinjak in Meglič, 2006).

Filozofija zdravstvene nege - je bistveni temeljni element sodobne zdravstvene nege in izhodišče oziroma osnova za razvijanje ostalih temeljnih elementov (Hajdinjak in Meglič, 2006).

Strokovna terminologija - zdravstvena nega je globalna in kulturno specifična stroka, ki lahko deluje popolno samo, če ima razvito lastno strokovno izrazoslovje, s katerim olajša komuniciranje in sodelovanje v mednarodnem prostoru, kar je še posebej pomembno za razvoj stroke in prenos spoznanj med državami (Šlajmer-Japelj, 1999; Hajdinjak in Meglič, 2006).

Proces zdravstvene nege je »sodoben metodološki pristop v zdravstveni negi, ki omogoča sistematično, dinamično, individualno in celostno obravnavo posameznika, družine, skupine in lokalne skupnosti« (Cibic idr., 1999, str. 47). Z uvajanjem procesa zdravstvene nege kot metode dela želimo doseči v zdravstvenih ustanovah, da se bo izvajala kontinuirana in kakovostna zdravstvena nega (Kalin-Vodopivec, 2000).

Teoretični modeli zdravstvene nege - teorije in modeli zdravstvene nege narekujejo vsebino delovanja (Hajdinjak in Meglič, 2006). Zavedati pa se moramo, da le teoretična osnova vodi do kakovosti pri praktičnem delu (Mivšek in Skoberne, 2006).

Klasifikacija negovalnih diagnoz v zdravstveni negi - negovalna diagnoza je klinična presoja o odzivu posameznika, družine ali skupnosti na dejanske ali možne zdravstvene probleme ali življenjske procese (NANDA, 1999, v Gordon, 2006). Stroka zdravstvene nege potrebuje za predstavitev svojega avtonomnega področja delovanja in za lažjo uveljavljanje kakovostne, sodobne zdravstvene nege lastno klasifikacijo in lastne klasifikacijske sisteme, kot so klasifikacija negovalnih diagnoz, klasifikacija intervencij in klasifikacija rezultatov (Hajdinjak in Meglič, 2006).

Standardi kakovosti zdravstvene nege so sprejete in veljavne norme, ki določajo aktivnosti zdravstvene nege in stopnjo njene kakovosti, so sredstva oziroma orodje za merjenje kakovosti (Sekavčnik, 1997 v Plank, 2009). Medicinske sestre morajo spoštovati standarde za zagotavljanje kakovosti, saj s tem preprečujejo možne napake in zmanjšujejo dejavnike tveganja (Ivanuša in Železnik, 2008).

Kategorizacija v zdravstveni negi je sistem razvrščanja pacientov v kategorije zahtevnosti zdravstvene nege glede na določene posebnosti oziroma potrebe po njej, ki so opredeljene z določenimi kriteriji v določenem časovnem obdobju (Cibic idr.,

1999). Kategorizacija zahtevnosti je pomemben element pri zagotavljanju kakovosti zdravstvene nege (Hajdinjak in Meglič, 2006).

Komunikacija v zdravstveni negi je za pozitiven, konstruktiven odnos med medicinsko sestro in pacientom ter njegovimi svojci zelo pomembna. Uspešno komuniciranje je prav tako pomembno za sporazumevanje in prenos informacij v negovalnem, zdravstvenem in interdisciplinarnem timu (Hajdinjak in Meglič, 2006).

Dokumentiranje zdravstvene nege je pomemben element v sodobni zdravstveni negi. Z njim postane le-ta vidna, njen prispevek k zdravju posameznika, družine, skupine in celotne populacije pa jasen in razumljiv (Hajdinjak in Meglič, 2006).

Organizacija zdravstvene nege - naloga organizacije v zdravstveni negi je predvsem obvladovati organizacijo tako, da deluje učinkovito, uspešno in da dosega svoje cilje (Filej, 2006). V zdravstveni negi potrebujemo sodobno delitev dela oziroma sodobne modele organiziranja (Hajdinjak in Meglič, 2006).

Izobraževanje in strokovno izpopolnjevanje - sodobno strokovno (teoretično in praktično) znanje medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov je predpogoj za uspešno uveljavljanje in udejanjanje sodobne zdravstvene nege v praksi in za razvoj stroke (Hajdinjak in Meglič, 2006). Danes lahko govorimo, da je v zdravstveni negi še vedno premalo povezovanja med teorijo in prakso (Šmitek, 2009).

Raziskovanje v zdravstveni negi je namenjeno razvoju znanja, ki podpira in usmerja razvoj celotne zdravstvene nege, tako dejavnosti kot discipline. Raziskovanje nam omogoča izboljševanje kakovosti zdravstvene nege in njen dvig na profesionalni nivo (Hajdinjak in Meglič, 2006).

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije je zbirka pravil in predpisov o etičnem delovanju, zapis vrednot v zdravstveni negi ter opis temeljnih nalog medicinske sestre, ki temelji na spoštovanju osnovnih človekovih pravic (Prebil, Mohar in Fink, 2010).

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije predstavlja enovito strokovno in reprezentativno združenje izvajalcev zdravstvene in babiške nege v Sloveniji, ki si prizadeva zagotoviti sodobno, kakovostno ter varno zdravstveno in babiško nego za vse prebivalce Republike Slovenije ter ščititi strokovne interese članic in članov (Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 1992).

Odgovornost medicinskih sester - medicinska sestra je odgovorna na več ravneh, in sicer do pacientov, sodelavcev, delodajalcev, do stroke, in širše družbe, predvsem pa mora biti odgovorna sama sebi (Černoga in Bohinc, 2009).

3 Empirični del

3.1 Namen in cilji raziskave

Namen raziskave je predstaviti teoretične osnove in elemente sodobne zdravstvene nege ter preučiti, koliko se ti elementi upoštevajo na Oddelku za anesteziologijo, intenzivno terapijo in terapijo bolečine v Splošni bolnišnici Brežice.

Cilji raziskave so: preučiti elemente sodobne zdravstvene nege, pridobiti podatke zaposlenih v enoti intenzivne terapije o poznavanju elementov sodobne zdravstvene nege, ugotoviti, kateri elementi sodobne zdravstvene nege so najpomembnejši za holistično, kontinuirano in kakovostno zdravstveno nego v enoti intenzivne terapije.

Raziskovalna vprašanja:

- Koliko zaposleni na Oddelku za anesteziologijo, intenzivno terapijo in terapijo bolečine v Splošni bolnišnici Brežice poznajo elemente sodobne zdravstvene nege?
- Koliko zaposleni na Oddelku za anesteziologijo, intenzivno terapijo in terapijo bolečine v Splošni bolnišnici Brežice pri svojem delu upoštevajo elemente sodobne zdravstvene nege?

3.2 Raziskovalna metodologija

Za raziskovanje upoštevanja elementov sodobne zdravstvene nege na Oddelku za anesteziologijo, intenzivno terapijo in terapijo bolečine v Splošni bolnišnici Brežice smo uporabili deskriptivno metodo, s katero smo opisali elemente sodobne zdravstvene nege. S sistematičnim iskanjem strokovne literature v knjižnicah in po bibliografski bazi CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) smo pregledali in kritično analizirali domačo in tujo literaturo ter druge vire, ki se navezujejo na to temo. Z metodo anketiranja smo ocenjevali, koliko zaposleni na Oddelku za anesteziologijo, intenzivno terapijo in terapijo bolečine v Splošni bolnišnici Brežice poznajo elemente sodobne zdravstvene nege.

Pred pričetkom raziskave je bilo pridobljeno soglasje Splošne bolnišnice Brežice s strani direktorja zavoda. Sodelujočim v raziskavi smo zagotovili anonimnost, seznanili smo jih s tem, da sodelujejo prostovoljno in da sodelovanje lahko tudi odklonijo. V raziskavi so uporabljeni verodostojni podatki. Raziskava je potekala od 14. 7. 2011 do 22. 7. 2011 v vseh treh delovnih izmenah.

3.3 Opis instrumenta

Kot instrument v raziskavi smo uporabili anketni vprašalnik, ki smo ga sestavili sami na osnovi preučene domače in tuje literature. Pri tem smo uporabili 5-stopenjsko lestvico Likertovega tipa strinjanja z navedenimi trditvami. Anketni vprašalnik je vseboval 10 vprašanj, od tega je bilo 5 vprašanj namenjenih preučevanju demografskih podatkov zaposlenih, ki so bili vključeni v raziskavo, 2 vprašanja sta bili na-

menjeni preučevanju značilnosti dela na oddelku, 3 vprašanja pa so bila namenjena preučevanju stališč, vrednot, poznavanju in uporabi posameznih elementov sodobne zdravstvene nege zaposlenih v zdravstveni negi.

3.4 Opis vzorca

Raziskava je potekala na Oddelku za anesteziologijo, intenzivno terapijo in terapijo bolečine v Splošni bolnišnici Brežice. V raziskavi so sodelovali člani negovalnega tima, ki so zaposleni na tem oddelku. Razdeljenih je bilo 16 anketnih vprašalnikov, od tega predstavlja vzorec raziskave 7 diplomiranih medicinskih sester in 9 srednjih medicinskih sester. Vsi anketni vprašalniki so bili pravilno izpolnjeni in tako veljavni.

3.5 Opis obdelave podatkov

Podatke smo obdelali s pomočjo računalniškega programa Microsoft Office Excel in jih prikazali v obliki grafov, tabel in shem.

4 Rezultati raziskave z razpravo

V raziskavo je bilo vključenih 16 izvajalcev zdravstvene nege (9 srednjih in 7 diplomiranih medicinskih sester), kar predstavlja celoten kolektiv zdravstvene nege, ki je zaposlen na Oddelku za anesteziologijo, intenzivno terapijo in terapijo bolečine v Splošni bolnišnici Brežice.

Rezultati so pokazali, da je 100 % anketiranih v negovalnem timu ženskega spola, starih od 18 do 58 let, največ anketiranih je v starostnem razredu od 18 do 28 let – 6 (37,5 %) in kar 7 (43,8 %) anketirancev ima od 0 do 10 let delovne dobe. V izobrazbeni strukturi zasledimo srednjo, višjo in visoko zdravstveno šolo ter fakulteto, kar predstavlja raznolikost stopnje izobrazbe anketirancev.

Štiri srednje medicinske sestre se izobražujejo za diplomirane medicinske sestre in bodo v dveh letih zaključile šolanje. Oddelek torej stremi k ciljem sodobne zdravstvene nege in vzpodbuja izobraževanje, da bodo na zahtevnejših delovnih mestih s področja zdravstvene nege, med katera spadajo tudi delovna mesta v enoti intenzivne terapije, zaposlene le diplomirane medicinske sestre.

Ko smo anketirance povprašali, ali imajo v zavodu, v katerem so zaposleni, zapisano vizijo in strategijo razvoja zdravstvene nege, smo dobili dokaj enotne podatke. 15 (93,8 %) anketirancev je odgovorilo, da jo imajo, kar lahko štejemo kot pozitivno, saj jo mora imeti vsak zavod, če hoče delovati skladno s sodobno zdravstveno nego, njenim razvojem in skladno z razvojem zavoda. 10 (66,7 %) anketirancev tudi pozna vizijo in strategijo razvoja zdravstvene nege.

Anketirancem smo postavili tudi vprašanje o tem, kateri model obravnave pacientov najpogosteje uporabljajo na oddelku za intenzivno zdravljenje. Kar 15 (93,8 %) an-

ketiranih je odgovorilo, da je to timski model organiziranja, za katerega je značilno delovanje v timu ter da vsak posameznik prispeva svoj del pri obravnavi pacienta in je zanj tudi odgovoren. Rezultati glede modela obravnave pacientov so bili pričakovani, kajti menimo, da je na oddelku za intenzivno terapijo še posebej pomembno timsko delovanje, saj delo zahteva veliko znanja in izkušenj, morebitne napake pa so lahko hitro usodne. 1 (6,2 %) anketiranec je odgovoril, da je najpogostejši model obravnave pacientov na njihovem oddelku model primarne zdravstvene nege, za katerega je značilna individualna, k pacientu usmerjena zdravstvena nega, ki temelji na kontinuirani obravnavi. Hajdinjak in Meglič (2006) navajata, da ravno model primarne zdravstvene nege vodi v večje zadovoljstvo pacienta in medicinske sestre, do večjega medsebojnega zaupanja in boljše komunikacije, hkrati pa nudi tudi boljši vpogled v učinkovitost zdravstvene nege. Konstruktiven medoseben odnos omogoča boljše poznavanje in sodelovanje obeh. Model primarne zdravstvene nege namreč zahteva visoko strokovno usposobljenost medicinske sestre, ki lahko udejanja sodobno zdravstveno nego v praksi. Menimo, da so ravno medicinske sestre, ki delujejo v enoti intenzivne terapije, tiste, ki imajo veliko znanja in izkušenj pri obravnavi zahtevnih pacientov. Pacienti, ki so nameščeni v enoto intenzivne terapije, so najtežji pacienti, ki potrebujejo največ individualne, holistične, kontinuirane in kakovostne zdravstvene oskrbe. Zato bi bilo priporočljivo, da bi se v enotah intenzivne nege uporabljali tudi model primarne zdravstvene nege.

V anketnem vprašalniku smo anketirancem omogočili, da nam sami predstavijo vse elemente sodobne zdravstvene nege, ki jih poznajo. Kar 10-krat (15,9 %) so anketiranci navedli filozofijo zdravstvene nege. Nato sledijo modeli in teorije zdravstvene nege, ki so bili omenjeni 8-krat (12,7 %), standardi zdravstvene nege 7-krat (11,1 %), proces zdravstvene nege, negovalne diagnoze, kodeks etike in terminologija v zdravstveni negi so bili navedeni vsak po 6-krat (9,5 %), zakonodaja v zdravstveni negi 5-krat (7,9 %), dokumentacija 3-krat (4,8 %), komunikacija in kategorizacija v zdravstveni negi sta bili podani vsaka po 2-krat (3,2 %) ter izobraževanje in strokovno izpopolnjevanje vsako po 1-krat (1,6 %).

Analiza podatkov o poznavanju elementov sodobne zdravstvene nege nam pokaže, da so filozofija, modeli in teorije zdravstvene nege ter standardi zdravstvene nege pri anketiranih med najbolj poznanimi elementi sodobne zdravstvene nege. Nato sledijo proces zdravstvene nege, negovalne diagnoze, kodeks etike in terminologija v zdravstveni negi. Zanimiv pa je podatek, da kot elementa sodobne zdravstvene nege noben anketiranec ni navedel organizacije zdravstvene nege, raziskovanja v zdravstveni negi ter poklicnega združenja medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. S pomočjo interpretacije navedenih elementov sodobne zdravstvene nege lahko razberemo, da je anketirancem znanih kar 80 % vseh obstoječih elementov sodobne zdravstvene nege.

Z navedenim rezultatom (80 %) lahko odgovorimo na prvo raziskovalno vprašanje, koliko zaposleni na Oddelku za anesteziologijo, intenzivno terapijo in terapijo bolečine v Splošni bolnišnici Brežice poznajo elemente sodobne zdravstvene nege.

V anketnem vprašalniku smo anketirancem postavili trditve, ki so temeljile na elementih sodobne zdravstvene nege. S pomočjo Likertove lestvice, in s tem stopnje strinjanja s posamezno trditvijo, smo prišli do podatkov, koliko anketiranci upoštevajo elemente sodobne zdravstvene nege pri vsakodnevnom delu. Iz rezultatov je razvidno, da je kar 15 (94 %) anketirancev članov Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije. 14 (88 %) se jih popolnoma strinja s trditvijo: Zavedam se etične, strokovne, kazenske in materialne odgovornosti po 55. členu Zakona o zdravstveni dejavnosti. 13 (81 %) se jih popolnoma strinja s trditvijo: V komunikacijskem procesu spoštujem sogovornika. 12 (75 %) se jih popolnoma strinja s trditvijo: Pri svojem delu dosledno uporabljam izraz medicinska sestra. 10 (63 %) anketiranih se popolnoma strinja s trditvijo: Negovalna dokumentacija, ki jo uporabljamo na našem oddelku, temelji na osnovnih življenjskih aktivnostih. 10 (63 %) se jih popolnoma strinja s trditvijo: Izvedene negovalne intervencije sprotno dokumentiram. 9 (56 %) se jih popolnoma strinja s trditvijo: Pri svojem delu upoštevam predpisane standarde zdravstvene nege. 9 (56 %) se jih popolnoma strinja s trditvijo: Paciente dnevno razvrščam v kategorije oskrbe. 8 (50 %) se jih popolnoma strinja s trditvijo: Redno se izobražujem in strokovno izpopolnjujem, 4 (25 %) anketirani pa so pri omenjeni trditvi nevtralni. 8 (50 %) se jih s trditvijo: Moje delo temelji na dokazih podprti zdravstveni negi strinja, vendar ne popolnoma, 5 (31 %) anketirancev pa je glede omenjene trditve nevtralnih. 7 (44 %) jih je nevtralnih do trditve: Pri vsakdanjem delu delujem skladno z vizijo in strategijo razvoja zavoda. 7 (44 %) pa se jih ni opredelilo do trditve: Delo izvajam po procesu zdravstvene nege.

Od 14 elementov sodobne zdravstvene nege, ki smo jih vključili, so jih kar 11 (78,6 %) popolnoma upoštevali pri vsakdanjem delu, 3 elementi (filozofija, proces zdravstvene nege in raziskovanje v zdravstveni negi) pa so bili premalo upoštevanji pri njihovem delu. Na podlagi navedenih podatkov lahko pritrdilno odgovorimo tudi na drugo zastavljeno raziskovalno vprašanje, ki se glasi: Koliko zaposleni na Oddelku za anesteziologijo, intenzivno terapijo in terapijo bolečine v Splošni bolnišnici Brežice pri svojem delu upoštevajo elemente sodobne zdravstvene nege, saj jih kar 78,6 % le-te upošteva. Vendar pa ne smemo zanemariti dejstva, da sta proces in raziskovanje v zdravstveni negi zelo pomembna elementa, ki nas vodita do kakovostne obravnave pacientov. Menimo, da bi bilo smotrno, da bi se zaposlene dodatno poučilo o pomembnosti upoštevanja tudi teh dveh elementov.

V raziskavi nas je tudi zanimalo, kateri elementi sodobne zdravstvene nege so po mnenju anketirancev najpomembnejši za holistično, kontinuirano in kakovostno zdravstveno nego v enoti intenzivne terapije. Kot najpomembnejše elemente so anketiranci največkrat navajali standarde in proces zdravstvene nege, vsakega po 14-krat (17,5 %), sledi komunikacija osebja s pacienti in sodelavci 9-krat (11,3 %), nato organizacija zdravstvene nege, zdravstvena terminologija in filozofija zdravstvene nege 6-krat (7,5 %). Nato sledijo dokumentacija, negovalne diagnoze ter modeli in teorije zdravstvene nege 5-krat (6,3 %), Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije 3-krat (3,8 %), zdravstvena zakonodaja, poklicna

združenja medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov ter raziskovanje v zdravstveni negi vsako po 1-krat (1,3 %). Kategorizacija pacientov s strani anketirancev ni bila uvrščena kot pomemben element sodobne zdravstvene nege. S primerjanjem rezultatov ugotavljamo, da se zaposleni sicer zavedajo, kateri so najpomembnejši elementi sodobne zdravstvene nege, vendar so to prav tisti elementi, ki jih v praksi ne upoštevajo popolnoma – proces zdravstvene nege.

5 Zaključek

V raziskovalnem delu smo prišli do spoznanja, da lahko podpremo mnenja številnih avtorjev, ki pravijo, da so temeljni elementi sodobne zdravstvene nege ključni za kakovostno, kontinuirano, individualno, celostno, holistično in strokovno zdravstveno nego. Zdravstvena nega je stroka, ki se mora z razvojem nenehno izpopolnjevati, zdravstveni delavci pa v vsakdanji praksi delovati po najnovejših spoznanjih.

Ob pisanju prispevka, izvedbi raziskave ter interpretaciji zbranih podatkov smo pripravili priporočila za spremembe na Oddelku za anesteziologijo, intenzivno terapijo in terapijo bolečine v Splošni bolnišnici Brežice. Glede na izkazano, da sta proces in raziskovanje v zdravstveni negi med zaposlenimi še vedno premalo poznana, bi bilo smotno, da se zaposleni seznani s pomenom upoštevanja tudi teh dveh elementov, ki pripomoreta h kakovostni, individualni, strokovni, kontinuirani in holistični zdravstveni negi. V okviru Splošne bolnišnice Brežice bi bilo smotno organizirati seminar na temo procesa in raziskovanja v zdravstveni negi. Tako bi anketiranci prišli do osnovnih informacij o teh dveh elementih, po osnovnem razumevanju pa bi jim razložili še, kako pomembno je v praksi upoštevati tudi ta dva elementa. Koristna bi bila tudi predstavitev prednosti uporabe teh dveh elementov ter pomanjkljivosti oziroma slabosti za pacienta, ki nastanejo ob nezadostnem upoštevanju teh dveh elementov. Na ta način bi anketiranci lahko sami prišli do spoznanja, kako bistvena elementa sodobne zdravstvene nege sta proces in raziskovanje v zdravstveni negi.

Če bi bil vodilni kader pripravljen izpeljati takšen seminar, bi to vsekakor pripomoglo k še večji kakovosti dela na Oddelku za anesteziologijo, intenzivno terapijo in terapijo bolečine v Splošni bolnišnici Brežice. Kajti ravno v enotah intenzivne terapije je še kako pomembno, da tam delajo izobraženi, izkušeni in strokovno usposobljeni zdravstveni delavci, ki obravnavajo najzahtevnejše paciente. Po seminarju bi bilo čez šest mesecev smotno raziskavo ponoviti. Zanimiva bi bila raziskava z enakim anketnim vprašalnikom, kajti ravno na ta način bi lahko prišli do relevantnih podatkov, ki bi omogočili vpogled v morebitne spremembe v različnih časovnih obdobjih, s tem pa bi lahko podatke primerjali in ugotavljali, ali je bil cilj večjega poznavanja in upoštevanja procesa in raziskovanja v zdravstveni negi dosežen.

LITERATURA

1. Cibic, D., Filej, B., Grbec, V., Hajdinjak, G., Kersnič, P., Pavčič-Trškan, B. et al. (1999). Mali leksikon terminoloških izrazov v zdravstveni negi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
2. Černoga, A. in Bohinc, M. (2009). Profesionalna in etična odgovornost medicinske sestre. V S. Majcen-Dvoršak (ur.), A. Kvas (ur.), M. B. Kaučič (ur.), D. Železnik (ur.), D. Klemenc (ur.), 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije. Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč 113B (str. 1–6). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
3. Filej, B. (2006). Ali se v zdravstveni negi dogajajo organizacijske spremembe? V V. Rajkovič (ur.). Management sprememb: Zbornik predavanj 25. mednarodne konference o razvoju organizacijskih znanosti (str. 1154–1160). Kranj: Moderna organizacija.
4. Gordon, M. (2006). Negovalne diagnoze – priročnik. Maribor: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego.
5. Hajdinjak, G. in Meglič, R. (2006). Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo.
6. Ivanuša, A. in Železnik, D. (2008). Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, Studio Linea.
7. Kalin-Vodopivec, M. (2000). Odnos negovalnega tima do procesa zdravstvene nege v Splošni bolnišnici »dr. Franc Derganc« Nova Gorica. Obzornik zdravstvene nege, 34 (1–2), 67–72.
8. Mivšek, A. P. in Skoberne, M. (2006). Uporaba modelov in teorij zdravstvene nege v babištvu. Obzornik zdravstvene nege, 40 (1), 15–21.
9. Plank, D. (2009). Pomen negovalnih standardov ter uvajanje le-teh v prakso v Splošni bolnišnici Celje. V S. Majcen-Dvoršak (ur.), A. Kvas (ur.), M. B. Kaučič (ur.), D. Železnik (ur.), D. Klemenc (ur.), 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije. Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč 213E (str. 1–5). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
10. Prebil, A., Mohar, P. in Fink, A. (2010). Etika in zakonodaja v zdravstvu. Učbenik za modul Kakovost v zdravstveni negi v programu Zdravstvena nega 1. natis. Ljubljana: Grafenauer.
11. Skela-Savič, B. (2009). Dejavniki in kriteriji ustanavljanja novih srednjih zdravstvenih šol in visoko strokovnih zdravstvenih šol s programi zdravstvena nega: vidik širše odgovornosti. V Skela-Savič, B. (ur.), Kaučič, B. M. (ur.), Moja kariera – quo vadis: izobraževanje medicinskih sester v Sloveniji: posvet z okroglo mizo (str. 33–39). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
12. Šlajmer-Japelj, M. (1999). Mednarodni vidiki terminologije v zdravstveni negi. V D. Cibic (ur.), B. Filej (ur.), V. Grbec (ur.), G. Hajdinjak (ur.), P. Kersnič (ur.), B. Pavčič-Trškan (ur.) in M. Šlajmer Japelj, Mali leksikon terminoloških izrazov v zdravstveni negi (str. 6). Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

13. Šmitek, J. (2009). Zdravstvena nega: znanstvena veda, umetnost ali obrt? V S. Majcen-Dvoršak (ur.), A. Kvas (ur.), M. B. Kaučič (ur.), D. Železnik (ur.) in D. Klemenc (ur.), 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije. Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč 233A (str. 1–16). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
14. Osnovni podatki o organizaciji. (1992). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Pridobljeno 3. 6. 2011 s <http://www.zbornica-zveza.si/Predstavitev.aspx>.

Janja Budič, Bojana Filej, PhD

Considering the elements of modern nursing care in the intensive therapy unit

KEY WORDS: nurse, quality, individuality, care

ABSTRACT - The first part of the paper thesis is related to the theoretical bases of modern nursing care. The thesis presents the definition of nursing care and its most important elements. The condition for introducing modern nursing care successfully in practice is knowledge about these elements. The main problem that we wanted to clarify in the thesis is whether the elements of modern nursing care are included in the intensive therapy unit. We did the research in order to find out how the elements of modern nursing care are known and considered in the anaesthesiology unit, the intensive therapy unit and the pain therapy unit in the Brežice General Hospital. In the thesis, the descriptive method of work was used to describe the elements of modern nursing care and gather information how they are known and considered in the aforementioned units. 16 providers of nursing care took part in the research, which was carried out on the basis of a questionnaire. The results show that 80% of employees in the anaesthesiology unit, the intensive therapy unit and the pain therapy unit are familiar with the elements of modern nursing care; however, they apply them at their work in 78.6 %. The percentage of the knowledge and consideration of the elements is satisfactory. We found some deficiencies in the process of nursing care and its development. These two fields should be further developed.

Pasti pri posredovanju informacij in zdravstvenovzgojnih vsebin bolniku

UDK 614.253.8+316.776

KLJUČNE BESEDE: bolniki, informacije, zaupanje, zdravje, varnost

POVZETEK - Bolnik je oseba, ki se med boleznijo sooča s tujim okoljem, drugimi bolniki in z zdravstvenim osebjem. Željan je pridobiti čim več informacij, ki bi mu olajšale stanje, izboljšale zdravje in počutje. Zato je dovzeten za sprejemanje informacij, ki jih primerja z njemu že znanimi stvarmi in jih nato pogosto po svoje interpretira. Vir informacij so zdravstveni delavci različnih profilov, ostali bolniki, različni mediji, sorodniki, prijatelji ... Ob tem je zelo pomembno psihosocialno in čustveno stanje ter kognitivne sposobnosti bolnika ob stiku z novo informacijo. Za posredovanje informacij na ustrezen način pa si moramo vzeti čas, da jih bo lahko bolnik prav razumel in sprejel. Pomembna je tudi motiviranost bolnika. Oseba, ki daje informacije, naj bo kompetentna, z dovolj znanja, da prepozna in upošteva bolnikovo zdravstveno stanje. Zelo škodljiva je površna in nenatančno prenesena informacija. Skladnost/neskladnost dane informacije s strani različnih profilov zdravstvenih delavcev lahko predstavlja velik problem bolniku, saj ne ve, komu bi verjel. Kakovostno posredovana, zanesljiva in točna informacija je koristna in izboljšuje oziroma preprečuje poslabšanje njegovega zdravstvenega stanja, bolniku pa daje občutek psiho-socialnega ugodja in zaupanja, ki mu ga zdravstvena nega mora nuditi.

1 Uvod

V sodobni družbi se čedalje bolj zavedamo, da lahko način življenja vpliva na zdravje in na obvladovanje bolezni. Informacije, ki jih vsakodnevno sprejemamo iz okolja, lahko pomembno vplivajo na naš način življenja, kar se lahko odraža na našem zdravju, stanju bolezni, počutju (Žalar, 2009).

Ali bo informacija pravilno sprejeta, razumljena in interpretirana, pa je odvisno od mnogih dejavnikov.

Biti informiran je potreba

Potreba po informiranosti je ena izmed osnovnih potreb. Pri posredovanju informacij je treba upoštevati strokovne podlage, hkrati pa se mora zdravstveni delavec zavedati svojih pristojnosti (Stiplošek, 2003). Učenje in pridobivanje znanja o zdravju je po Virginiji Henderson ena od 14-ih osnovnih življenjskih potreb. Potrebe po informaciji se spreminjajo tako po vsebini kot po vrsti in zato je potreba po informiranju stalna in je pravica vsakega posameznika (Šmit, 2005).

Bolniku pomembne in potrebne informacije in zdravstvenovzgojne vsebine predstavljajo vsi podatki, pomembni za uspešno diagnostiko, zdravljenje, okrevanje in samooskrbo, ki so vezani na bolnika, njegovo trenutno in bodoče zdravstveno stanje, počutje, sposobnost samooskrbe in kvaliteto življenja.

Večina bolnikov je zelo dovzetnih za sprejemanje informacij, ki bi jim olajšale stanje, izboljšale zdravje in počutje, izboljšale kvaliteto življenja, omogočile samooskrbo. Srečujejo se z informacijami, ki so posredovane v različnih pogojih in jih pogosto po svoje interpretirajo in/ali primerjajo z njim že znanimi dejstvi. Vendar: »Trije od štirih bolnikov slabo razumejo predlagane načine zdravljenja raka, njihovo razumevanje pa je povezano z inteligenco, starostjo in življenjskim slogom, kar kaže na to, da moramo pri vsakem bolniku oceniti stopnjo razumevanja in temu prilagoditi način informiranja in edukacije« (Fallowfield, 2001, v Skela Savič 2003). V raziskavi, izvedeni na Ginekološki kliniki Ljubljana leta 2004, je bilo ugotovljeno, da je 69 % anketirank najbolj motilo to, da ni bilo zagotovljene intimnosti, 11 % jih je menilo, da si medicinska sestra ni vzela dovolj časa za pogovor, 9 % bolnic je menilo, da odgovori niso bili strokovni, manjše število pa jih je trdilo, da odgovorov sploh ni bilo (Sanchez in Mihelič Zajec, 2005).

Namen

Poiskati je treba čim več različnih dejavnikov, ki vplivajo na posredovanje, prenos in sprejem informacij, do katerih prihaja bolnik. Raziskovalno vprašanje je bilo: »Kaj vse vpliva na sprejemanje, razumevanje in interpretiranje posredovanih informacij bolniku?«

Metoda

Uporabljeni sta bili metoda deskripcije in induktivna metoda. Z metodo deskripcije je bila pregledana literatura Obzornika zdravstvene nege od leta 2002 do vključno 2012. Z induktivno metodo so se v obdobju od leta 2002 do vključno 2012, skozi pogovore z bolniki, slušatelji delavnic Cindi, v starostnem obdobju od 20 do 70 let in kvalitativno analizo le-teh, izoblikovale posamezne vsebine.

Rezultati

Rezultati kažejo, da moramo biti pozorni, ko dajemo informacije in/ali zdravstvenovzgojne vsebine bolniku, na številne parametre. Med raziskovanjem so se oblikovali štirje sklopi, ki govorijo o tem, od česa je odvisno, ali in kako bo bolnik informacijo ali zdravstvenovzgojno vsebino sprejel, razumel, osvojil in upošteval.

2 Od bolnika samega

Predznanje bolnika, sprejemanje in poznavanje bolezni

Zelo pomembno je, da se tisti, ki daje informacije, zaveda in pozna bolnikovo predznanje in poznavanje bolezni, da bolnika ne obremenjuje z že znanimi dejstvi, sebi pa po nepotrebnem ne jemlje časa, in da hkrati ne opusti pomembne in potrebne informacije, ki jo bolnik nujno potrebuje za potek diagnostičnega postopka, zdravljenja, rehabilitacije, samooskrbe ...

V ambulantni za sladkorne bolnike splošne bolnišnice Ptuj je anketa med bolniki pokazala zelo zanimive rezultate. Čeprav je bilo 38 % žensk podučenih 2-5-krat in 62 % moških več kot 6-krat, 30 % žensk pozna 3 oziroma 4 kronične zaplete, 23 % moških pa pozna samo 2 oziroma 3 kronične zaplete sladkorne bolezni (Klampfer, Železnik, 2002).

Socialno in čustveno stanje bolnika ob sprejemu informacije

Ni redko, ko bolnik zaradi socialnih razmer ne more upoštevati navodil, kot so: kupite si ..., uredite ..., ne dvigujte ..., počivajte doma - a živi sam ali nima dovolj denarja, pa mu je to nerodno povedati.

Prestrašen in zaskrbljen bolnik bo lahko manj pozoren. Neprepoznana duševna in čustvena stanja (anksioznost, strah ...) so pogosta ovira že za sprejemanje, kaj šele za izvajanje navodil, ki izhajajo iz zdravstvenovzgojnih vsebin. Zato je bolnik morda tudi manj dojemljiv za informacije, ki jih trenutno ne doživlja kot pomembne.

Kognitivne in intelektualne sposobnosti bolnika

Dejstvo, da je treba različne informacije (vidne, slušne, čutne ...) izbirati, navaja k zaključku, da so naše zmogljivosti opažanja, mišljenja oziroma obdelovanja več informacij hkrati omejene (Pogačnik, 1995). Na kognitivne in intelektualne sposobnosti bolnika seveda ne moremo vplivati, zato je treba informacije, namenjene bolniku, prilagoditi tudi temu parametru. Bolnik pogosto našo razlago razume in dojame drugače, kot je bilo povedano, ali je zaradi različnih vzrokov sploh ne razume.

Pozornost

To je osredotočanje zavesti in je v močni povezavi z inteligentnostjo. Izberemo le nekatere izmed množice senzornih ali v spominu hranjenih informacij in smo jih sposobni obdelovati (Pogačnik, 1995). In v bolnikovem okolju je mnogo različnih dejavnikov, ki lahko motijo njegovo pozornost. Različne bolezni ali zdravstveno stanje in počutje (bolečina ...) pa lahko pozornost tudi ovirajo.

Pričakovanja bolnika, kdo naj mu da informacijo

Pogosto bolniki pričakujejo, da mu bodo vse informacije za nadaljnje obvladovanje bolezni in izboljšanje zdravstvenega stanja posredovali zdravniki. Ker pa to vedno ni mogoče, je treba s primernim pristopom bolnika prepričati, da so tudi drugi profili v zdravstvu kompetentni in primerno izobraženi, da ga ustrezno poučijo.

Primer: Med posredovanjem zdravstvenovzgojnih vsebin se je bolnik (V. Voglar, osebna komunikacija, september 2005) odločno uprl, da pričakuje tovrstne informacije od zdravnika. Razlago medicinske sestre, zakaj mu zdravnik ne nudi tovrstnih informacij, je bolnik razumel in od takrat dalje sprejel in vestno spoštoval ter izvajal navodila in priporočila, ki mu jih je posredovala medicinska sestra.

Motiviranost bolnika za poslušanje in sledenje navodilom

To je zelo pogost problem. Mnogo je razlogov, zaradi katerih bolnik ne čuti potrebe po dodatnem znanju: misli, da ima dovolj informacij iz drugih virov, ne želi uvajati sprememb v svojem življenju, zdi se mu, da je preslaboten, da je prepozno zanj, misli, da mu ne bo nič pomagalo ... (ustni vir: Kodrič, M., januar 2004).

Nekatere pa bo vedoželjnost gnala k učenju in spoznavanju, kaj je bolezen, kako je mogoče z njo živeti, katere nevarnosti jim pretijo, kaj lahko storijo sami, da bodo posledice čim manjše (Bohnec idr., 2006).

Naglušnost, gluhost, slepota in slabovidnost

Vse to je velika ovira že v vsakdanji komunikaciji, zato moramo biti pri takšnih bolnikih še posebno pazljivi pri prenosu informacij in zdravstvenovzgojnega dela.

Stanje zavesti

Prestorjeva (2002) meni, da je z intubiranimi bolniki in tistimi z moteno zavestjo komunikacija otežena, kar je seveda objektivni razlog, da bolnik o svojem zdravstvenem stanju ni zadovoljivo informiran.

Primer: V delni sedaciji (Dolantin, Dormicum) je zdravnik bolnici (A. Curhalek, osebna komunikacija, 14. avgust 2012) po posegu naročil, naj ob kontrolnem pregledu s seboj prinese nove krvne izvide. Bolnica je bila po posegu na videz povsem budna, vendar zdravnika ni slišala in ob kontroli ni imela s seboj potrebnih krvnih izvidov.

3 Vir informacij – zdravstveno osebje

Pomanjkljivo strokovno znanje zdravstvenega osebja, ki daje informacije

Pomanjkljivo poznavanje bolezni, njenega poteka, zapletov, predpisane terapije in splošnega trenutnega počutja, lahko privede do posredovanja napačnih ali nenatančnih informacij, kar lahko povzroči kratkoročno ali celo dolgoročno škodo.

Kompetence zdravstvenega osebja

Aktivnosti in kompetence zaposlenih za delo v zdravstveni negi so razmejene in določene (Železnik, 2011). Z ustreznimi organizacijskimi postopki pa lahko rešimo tudi takšno situacijo.

Prekratek časa, ki si ga za dajanje informacij zdravstveni delavec določi (ali ga ima na voljo) za informiranje bolnika.

Zdravstveno osebje običajno nima dovolj časa za ustrezno informiranje bolnika, tako da bolnik pogosto zapusti bolnišnico/osebnega zdravnika z občutkom negotovosti in stiske, ker ne ve dobro, kako naprej. Prepogosto se dogaja, da tudi na svoja vprašanja ne dobi zadovoljivega odgovora.

V raziskavi, izvedeni na Ginekološki kliniki LJ leta 2004, je 11 % bolnic menilo, da si medicinska sestra ni vzela dovolj časa za pogovor (Sanchez, Mihelič Zajc, 2005).

Površno in nenatančno posredovana informacija

Ta je lahko zelo škodljiva, vsekakor pa za bolnika ni varna. Ker lahko naredi več škode kot koristi, je bolje, da takšna informacija do bolnika sploh ne pride.

Neskladnost posredovane informacije s strani različnih profilov zdravstvenih delavcev

V posebno dilemo postavijo bolnika neskladne informacije različnih zdravstvenih delavcev. To ga zmede, saj ne ve komu verjeti.

Prestor (2002) navaja v analizi ankete, da so bolniki Bolnišnice Golnik 78,4 % vseh informacij dobili od zdravnikov in 13,5 % od medicinskih sester. Samo 4,7 % bolnikov pa meni, da so od obeh dobili enake informacije.

Primer: Bolniku je bilo v eni zdravstveni ustanovi naročeno, naj pije čim več, ko pa je prišlo do edemov in se je situacija zapletla, mu je bilo v drugi rečeno, da sploh ne bi smel toliko piti (A. Rožman, osebna komunikacija, september 2012).

Telesna govorica zdravstvenega delavca, ki posreduje informacijo

Mignault in Chaudhuri (v Peterson, 2005, v Paladin, 2010) navajata, da se je v raziskavi uporaba dotika medicinske sestre pri bolniku izkazala kot povod za razvoj bolj pozitivnega odnosa bolnika do medicinske sestre, kot je bil odnos do tistih medicinskih sester, ki se bolnika niso dotikale in so svojo interakcijo z bolnikom omejile zgolj na verbalno komunikacijo. Na prepričljivost naj bi vplivali tudi naprej nagnjena drža telesa, neposredno orientirana telesna drža, prikimavanje, ohranjanje pogleda, manj obotavljanja, sproščena gestikulacija, hitrost govora, višina glasu in pokončna drža glave.

Pretiho ali prehitro povedana vsebina

Nikomur, zlasti bolniku ni tih in hiter govor dovolj razumljiv, da bi bila povedana vsebina dovolj razumljena. Dostikrat bolnik nima moči, volje ali pa ga je sram priznati, da ni dobro slišal in zato tudi ni dobro razumel povedanega.

4 Zunanji - okoljski vplivi

Drugi različni viri informacij: ostali bolniki, mediji (internet, TV, tiskani mediji ...) družinski člani, sorodniki, prijatelji ...

Mnogokrat je bolnik postavljen pred različna dejstva in informacije, ki jih je pridobil iz različnih virov, ki jim zaupa in razume informacije kot verodostojne. Lahko se

zgodí, da so informacije neskladne, zmedejo ga, ne ve, komu bi sledil, kaj je tisto, kar potrebuje, in kaj bi izboljšalo njegovo zdravstveno stanje.

Hrupno okolje

Zaradi hrupnega okolja ne sliši in ne razume vsega, kar mu je povedano.

Drugi moteči dejavniki, ki bolnika odvrčajo od aktivnega poslušanja

Odvisni so od okolja, v katerem se nahaja bolnik, in od bolnika samega in so lahko različni.

Npr.: obiskovalci pri sosednjem bolniku, gibanje oseb po prostoru ...

Dobro/pomanjkljivo informirani svojci

Svojci bolnikov, hospitaliziranih v Bolnišnici Golnik, so v anketi leta 1999 odgovorili tako: 88,2 % jih je o zdravljenju bolnikov dobilo dovolj informacij, 10,8 % malo in 1 % nič (Prestor, 2002).

Dobro in pravilno informirani svojci so lahko velika pomoč pri uspešnem zdravljenju in rekonvalescenci, še posebno bolnika, ki je delno ali popolnoma odvisen od tuje pomoči. Za samostojnega bolnika pa so lahko dobra opora, ki razume bolnikove potrebe in zna spoštovati njegovo zdravstveno stanje.

Zasebnost

»Tudi tuja literatura navaja pomen obroča intimnega polja, ki obdaja bolnika. Kolikor se ta oži, toliko bolj je lahko pacient prizadet. Če pri tem ne zagotavljamo intimnosti, ga s svojim vedenjem, vprašanji ... tudi ranimo« (Reuschenbach, 2004 v Sanchez in Mihelič Zajc, 2005).

5 Drugo

Odsotnost informacij

Prepogosto se zgodi, da je bolnik strokovno obravnavan ali odpuščen v domačo oskrbo brez dovolj ali pravilno razumljenih navodil in razlage. Bolnik pa je prepuščen vsem ostalim virom in lastni iznajdljivosti.

Primer: Po konziliarnem pregledu kirurga (s katerega mnenjem, razen da bo potrebna operacija, ob odpustu bolnica ni bila seznanjena) na bolniškem oddelku, kjer je ležala, je bila 30-letna bolnica povabljena čez mesec dni na op. poseg. Sprejemni zdravnik jo je pozdravil z besedami: »Vi ste tisti za stomo?« Popolno presenečenje, šok. Na njeno izrecno zahtevo, da se želi o posegu pogovoriti s kirurgom, ki jo bo operiral, je zvečer pred operacijo prišel k njej kirurg in ji razložil, kaj namerava narediti. Sledil je seveda temeljit pogovor in bolnica še danes nima stome (A. Curhalek, osebna komunikacija, maj 2011).

V bolnišnici Golnik je bila leta 1999 izvedena anketa, v kateri je 42,5 % (od 148) anketirancev odgovorilo, da niso vedeli za možnost odklonitve posega. Anketiranci so menili, da jih je 70,1 % medicinskih sester in 81,2 % zdravnikov vedno seznanilo s posegi, ki so jih pri njih izvedli, in 26,1 % medicinskih sester ter 16,3 % zdravnikov občasno. 3,8 % medicinskih sester in 2,5 % zdravnikov pa je poseg opravilo brez obrazložitve in priprave (Prestor, 2002).

Thomas (v Johnson in Mayor, 2002, v Skela Savič, 2003) meni, da »86 % bolnikov z rakom ne dobi informacij, ki jih zahtevajo, in jih nato iščejo izven bolnišnice. Pri tem najpogosteje segajo po internetu, kjer iščejo informacije o svojem zdravstvenem stanju, zdravstveni negi in oskrbi«.

6 Razprava

Zwitter (v Skela Savič, 1998) meni, da »je v večini primerov omejevanje informacij način nedopustnega vsiljenega omejevanja bolnikove avtonomije«.

Posredovanje zdravstvenovzgojnih vsebin in drugih informacij ne bo padlo na plodna tla, če bo pristop površen, če bomo dajali občutek, da se nam mudi, če se zapletamo in neprestano, brez preverjanja pri bolniku, ali nas je razumel, ponavljamo določene informacije, saj bolnik ne bo čutil zaupanja, zato obstaja možnost, da bo tako posredovano informacijo ignoriral oziroma se z njo ne bo strinjal. Upoštevati moramo tako bolnikove psihične kot fizične značilnosti, pa tudi elemente, ki jih določa okolica in vplivajo na prenos informacij. K bolniku je treba pristopiti z empatijo, ga opazovati, znati vprašati, poslušati in prepoznati stisko. Pogosto pozabljamo, da je lahko bolnik ob prvem srečanju s svojo boleznijo prestrašen, skoraj vedno neinformiran in v začetku usmerjen v glavnem na reševanje trenutnih problemov, ki jih ne obvladuje. In da bi bilo bolje, poskušamo stanje popraviti.

Bolnika je smiselno povsem direktno vprašati, kaj in koliko ve o svoji bolezni, kaj mu je povedal zdravnik oziroma kdo drug. Dobro je pridobiti čim več informacij o bolnikovem poznavanju bolezni in prepoznati njegov odnos do nje.

- Zdravstvenovzgojne vsebine in informacije naj bodo individualno prilagojene bolniku glede na njegovo trenutno, pa tudi predvidoma dolgoročno zdravstveno stanje in počutje, poznavanje narave njegove bolezni, predpisane terapije, komplikacije, prognoze.
- Zelo je pomembno, da damo informacijo v takšni obliki, da bo bolniku razumljiva. Obvezno je treba preveriti, ali je bolnik informacijo oz. navodila razumel.
- V sklopu enega tima, morajo biti informacije o tem, kaj koristi bolnikovem zdravju oziroma kaj mu škodi, poenotene, ne glede na profil zdravstvenega delavca, ki je v stiku z bolnikom. V situacijah, ki niso rutinske, pa bi bilo prav, da osebe zdravstvene nege preveri pri zdravniku pravilnost vsebine zdravstvenovzgojnih in drugih navodil. Pomembno je, da so navodila in zdravstvenovzgojne vsebine

poenotene, ne glede na to, od katerega profila zdravstvenega delavca jih bolnik dobi.

- Za informiranje bolnika bo moralo biti dovolj časa, saj se le ozaveščen in z znanjem opremljen bolnik lahko ustrezno, brez stresa in strahu, suvereno spopada in obvladuje svojo bolezen, njene komplikacije in terapijo.
- Motiviranje je zelo kompleksen proces, ki je uspešen ali delno uspešen takrat, kadar uspemo bolniku predstaviti in skupaj z njim poiskati cilje, ki so mu kljub boleznim dosegljivi.
- Kolikor je mogoče, zmanjšamo hrup in ostale moteče dejavnike v okolju, preden stopimo k bolniku, saj bo tako bolnik lažje posvetil ustrezno pozornost vsebini informacije.
- Bolnik mora čutiti, da je zdravstveno osebje, ki z njim komunicira, kompetentno, prijazno in strokovno usposobljeno.

Kvalitetno posredovana, zanesljiva in točna informacija, ki je bolniku koristna in ki izboljšuje njegovo zdravstveno stanje oziroma preprečuje poslabšanje le-tega, pomeni bolniku ne samo enega od sredstev za doseg cilja, ampak tudi občutek psiho-socialnega ugodja, ki izvira iz zaupanja. Počuti se varnega, saj mu dokazuje visoko stopnjo strokovne usposobljenosti zdravstvenih delavcev, ki skrbijo za njegovo zdravje.

Zavedati se moramo, da je bolniku, ki se prepusti oskrbi zdravstvenega osebja, zelo pomembno, da jim lahko zaupa, da čuti oporo in sočutje.

Kritična bom, ker mislim, da se medicinske sestre prepogosto skrivamo za papirnati pravili in vse premalo začutimo potrebe bolnika, ki ima vso pravico biti kvalitativno in pravilno informiran o svojem zdravstvenem stanju, načrtovanih diagnostičnih in terapevtskih posegih. Če ne smemo dajati bolniku določenih informacij, pa vsekakor mislim, da moramo opozoriti zdravnika na dejstvo, da bolnik želi in potrebuje informacijo, a je še ni dobil.

Samo dobro informiran bolnik bo lahko s timom vzpostavil pristen partnerski odnos, ki zagotavlja dolgoročne optimalne rezultate in obojestransko zadovoljstvo.

LITERATURA

1. Bohnec, M., Klavs, J., Tomažin-Šporar, M., Krašovec, A., Žargaj, B. et al. (2006). Sladkorna bolezen - priročnik. Ljubljana: Samozaložba.
2. Klampfer, S. in Železnik, D. (2002). Zdravstvena vzgoja bolnikov s sladkorno boleznijo v Splošni bolnišnici Ptuj. Obzornik zdravstvene nege, 36 (3), 165-170.
3. Paladin, M. (2010). Neverbalna komunikacija in prepričljivost posameznika. Magistrsko delo. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management Koper. Pridobljeno 31. 8. 2012 s http://www.ediplome.fm-kp.si/Paladin_Marija_20101119.pdf.
4. Pogačnik, V. (1995). Pojmovanje inteligentnosti. Radovljica: Didakta.
5. Prestor, A. (2002). Zadovoljstvo bolnikov na oddelku intenzivne nege in terapije

- Bolnišnice Golnik. Obzornik zdravstvene nege, 36 (2), 93-99.
6. Sanchez, K. in Mihelič Zajec, A. (2005). Vloga medicinske sestre v celostni pripravi pacientke na operativni poseg rodil. Obzornik zdravstvene nege, 39 (4), 277-284.
 7. Skela Savič, B. (2003). Informiranje bolnika z rakom kot element celovitega upravljanja kakovosti. Obzornik zdravstvene nege, 37 (2), 107-115.
 8. Stiplošek, D. (2003). Aktivnosti zdravstvene nege pri ginekološko operiranih bolnicah s poudarkom na negovalnih diagnozah. Obzornik zdravstvene nege, 37 (1), 67-72.
 9. Šmit, M. (2005). Odnos med materjo z rakom dojke in njenimi otroki ter njihovo doživljanje materine bolezni (I. del). Obzornik zdravstvene nege, 39 (3), 195-200.
 10. Žalar, A. (2009). Ocena seznanjenosti prebivalcev Slovenije z dejavniki tveganja nastanka bolezni srca in ožilja. Obzornik zdravstvene nege, 43 (3), 95-101.
 11. Železnik, D. (2011). Aktivnosti zdravstvene nege za diplomirane medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege v ambulantni družinske medicine. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege.

Vlasta Curhalek

Traps in passing information and health educational content to patients

KEY WORDS: *patient, information, trust, health, safety*

ABSTRACT - *The patient is a person facing a foreign environment, other patients and medical staff while being sick. He strives to get as much information as possible to ease his condition and improve his health. He is therefore very susceptible to gathering information, analysing it and comparing it to other facts known to him. Consequently, he will often develop his own interpretation of his condition. The most common source of information is medical staff of different profiles, other patients, various media, relatives, friends etc. However, the psychosocial and emotional state of the patient and his cognitive abilities are very important when receiving new information. It is important that the information is given in an appropriate manner so that the patient can understand and accept it. The patient's motivation is very important as well. The person who provides information should be competent, have sufficient knowledge to recognise the patient's medical condition and take it into account. If information is superficial or even incorrectly interpreted, it can be very harmful. If the patient receives different pieces of information from different professional workers, he faces a big problem because he does not know who to believe. Valuable information is reliable, accurate and appropriately given. It improves the patient's condition or at least prevents its deterioration. At the same time, it does not only present one of the means to a clean bill of health but also ensures psychosocial welfare and trust. He can feel safe because and, thus, he can trust medical staff to have a high level of expertise. We must be aware that the patient who lets himself to be taken care of needs to trust medical staff. He also needs to feel safe with all the support he can get. And health care must provide all that.*

Pregled vsebin o pacientovi varnosti v našem izobraževalnem sistemu

UDK 378:616-083

KEY WORDS: učni načrti, izobraževanje, pacientova varnost, študenti, zdravstvena nega

POVZETEK - Dostop do kakovostne zdravstvene oskrbe je osnovna človekova pravica, ki jo priznavajo in spoštujejo vse članice Evropske unije, pravico pa dobro poznajo tudi pacienti – uporabniki zdravstvenih storitev. Zato morajo vsi zdravstveni delavci delovati tako, da zagotavljajo varnost oziroma odsotnost škodljivih posledic za pacienta. Eno izmed priporočil Luksemburške deklaracije je, da je treba vključiti vsebine o varnosti pacientov v redno izobraževanje zdravstvenih strokovnjakov, npr. diplomiranih medicinskih sester, in v kontinuirano izobraževanje, učimo pa se lahko tudi iz neželenih ali možnih neželenih dogodkov. Da bi ugotovili, ali sploh in katere vsebine o varnosti pacientov so vključene v študijski program prve stopnje zdravstvena nega, smo pregledali 37 učnih načrtov. Ugotovili smo, da iz opisa vsebin pri posameznem predmetu ni mogoče zanesljivo trditi, da obravnavajo tudi varnost pacientov. Ker lahko o tem le sklepamo, moramo natančneje analizirati vsebine, o katerih predavajo visokošolski učitelji.

1 Uvod

»Grešiti je človeško« in »Kdor dela, greši« sta frazi, ki jih pogosto uporabljamo v vsakodnevnem življenju. Iz tega izhaja dejstvo, da delamo napake tako v osebnem kot tudi v profesionalnem življenju, res pa je tudi, da se iz napak lahko veliko naučimo. Toda delati napake v osebnem življenju ali na profesionalnem področju je velika razlika. Napake na strokovnem področju, ko obravnavamo pacienta, lahko imajo velike posledice, saj lahko ogrozimo njegovo varnost.

Da do tega ne bi prišlo, moramo biti osebno odgovorni, oziroma moramo imeti odgovornost s pravnega vidika (Černoga, 2006) in kompetence. Medicinska sestra je odgovorna na več ravneh, in sicer do pacientov, njegovih svojcev, družbe, sodelavcev, zavoda, kjer je zaposlena, do stroke in same sebe. Njeno odgovornost poudarja Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2005), pa tudi Zakon o zdravstveni dejavnosti (55. člen). Kompetence si medicinska sestra pridobi z izobraževanjem in ker le-te obsegajo znanje, veščine, spretnosti, osebnostne in vedenjske značilnosti, prepričanja, vrednote in samopodobo, skratka vse tisto, kar je skupaj precej večje jamstvo za delovni uspeh (Gruban, 2004), si kompetence razvija tudi s kontinuiranim oziroma vseživljenjskim izobraževanjem. Torej se s povečanjem kompetenc povečuje tudi njena odgovornost. Svoje odgovornosti pa se medicinske sestre zavedajo, če imajo dovolj znanja.

Zakonodaja jasno določa merila strokovne usposobljenosti, ki so veljavna za vse zdravstvene delavce in so zapisana v Zakonu o zdravstveni dejavnosti (55., 62., 70.

člen), v Poklicnih aktivnostih in kompetencah v zdravstveni negi, ki so določene za medicinske sestre in zdravstvene tehnike (Železnik, Brložnik, Hajdarević, Dolinšek, Filej, Istenič, 2008) ter v Seznamu poklicev v zdravstveni dejavnosti (2004). Teoretično znanje lahko pridobijo s formalnim ali z drugimi oblikami izobraževanja. Teorija lahko izhaja iz vsebin dela v praksi, kar pomeni vsakodnevno delo študenta v kliničnem okolju, kjer je v kontaktu s pacienti.

2 Varnost

Varnost je lastnost stanja, v katerem je zagotovljen uravnotežen fizični, duhovni in duševni ter gmotni obstoj posameznika in družbenih skupnosti v razmerju do drugih posameznikov in družbenih skupin (Leksikon Cankarjeve založbe, 2004). Varnost je danes temeljna prvina družbene strukture, ki zajema stanje in tudi dejavnost. Nanaša se na posameznika, družbeno skupino, mednarodno skupnost in je v svojih prizadevanjih lahko: individualna, nacionalna, mednarodna. V različnih družbenih skupinah je lahko socialna, pravna ipd., tudi zdravstvena, s katero so povezane pravice pacientov, kot to narekuje Luksemburška deklaracija (2005). Varnost pacientov je odsotnost za paciente nepotrebne škode ali potencialne škode v zvezi z zdravstveno obravnavo. Pomeni izogibanje, preprečevanje in omilitev škodljivih izidov ali poškodb. Zagotavljanje varnosti pacientov vključuje zasnovo delovnih sistemov in procesov, ki čim bolj zmanjšajo možnost nastanka napak in povečajo možnost odpravljanja napak, ko se te zgodijo (<http://www.prosunt.si/varnost-pacientov>).

Znanje o boleznih in tehnološke inovacije so pripomogle k povišanju pričakovane starosti ljudi, vendar je danes v ospredju varna obravnava kljub hitro spreminjajočemu se okolju. Na žalost doživijo pacienti najresnejše poškodbe med rutinsko klinično prakso, ali so le-te rezultat slabih kliničnih odločitev. Zdravstveni izidi so se vidno izboljšali zaradi znanstvenih odkritij v sodobni medicini, kar pa na drugi strani povečuje rizike za pacientovo varnost. Med najpogostejše škodljive posledice oziroma varnostne zaplete za pacienta spadajo okužbe, povezane z zdravstveno oskrbo, zapleti, povezani z zdravili, ter zapleti med kirurškimi posegi in po njih (Komisija evropskih skupnosti, 2008). Največje posledice nepravilnosti so privedle do razvoja varnosti pacientov kot specialne discipline, ki bi pomagala zdravstvenim delavcem, menedžerjem, zdravstvenim organizacijam, vladam in uporabnikom, ki se morajo sprijazniti s koncepti pacientove varnosti.

Da bi zagotovili varnost, Luksemburška deklaracija (2005) priporoča državam, da se varnost pacientov vključi v redno izobraževanje zdravstvenih strokovnjakov, ki naj bo kombinirano z integralnimi metodami in postopki, vpetimi v kulturo nenehnega izobraževanja in izboljšav. Študenti zdravstvenih šol morajo biti kot bodoči izvajalci zdravstvene oskrbe pripravljeni na izvajanje varne prakse. Izobraževalni programi različnih zdravstvenih strokovnjakov se kontinuirano spreminjajo, da bi upoštevali najnovejša odkritja in novo znanje. Znanje o varnosti pacientov vpliva na vsa po-

dročja prakse in na vse strokovnjake. Študentje morajo vedeti, kako sistem vpliva na kakovost in varnost zdravstvene oskrbe, kako slaba komunikacija lahko privede do neželenih dogodkov itd. Varnost je torej integrirana v vsa področja zdravstvene oskrbe. Robida (2008) je preučeval izobraževalne sisteme v 8 zdravstvenih šolah (2 medicinski fakulteti, 6 visokih zdravstvenih šol), da bi ugotovil, kako so vsebine o varnosti vključene v izobraževanje bodočih zdravstvenih delavcev (zdravniki, medicinske sestre). Ugotovil je, da so vsebine integrirane v program in da posebnega predmeta ali celo posebnega izobraževalnega programa ni.

Ker je področje varnosti tako zelo pomembno, je Svetovna zdravstvena organizacija leta 2011 razvila usmeritve za »multiprofesionalni« izobraževalni program na temo varnost pacientov z namenom, da bi bodoči zdravstveni delavci izvajali k pacientu usmerjeno oskrbo in da bi bili pripravljeni na varnejšo prakso. Program predstavlja različne vsebinske koncepte za poučevanje o varnosti, vsebine izobraževalnega programa pa temeljijo na »avstralskem izobraževalnem programu o varnosti pacientov« (WHO, 2011, str. 25). Navedeni izobraževalni okvir obsega sedem kategorij oziroma sedem izobraževalnih področij: učinkovita komunikacija, uporaba dokazov, neželeni dogodki, varno delo, etičnost, učenje/poučevanje, specifični problemi. Navedene kategorije v programu obsegajo 22 tem, ki so razdeljene v tri vsebinske sklope – znanje, spretnosti, obnašanje. Posamezna kategorija vsebuje naslednje teme (povzeto po APSEF, 2005, v WHO, 2011):

1. učinkovita komunikacija: partnersko povezovanje pacienta in negovalca v zdravstveni oskrbi, komunikacijski riziki, komunikacija s pacientom po neželenem dogodku, metode in tehnike pridobivanja pacientovega soglasja, spoštljivost pri komunikaciji;
2. uporaba dokazov: uporaba primerov na dokazih temelječe prakse, uporaba informacijske tehnologije;
3. neželeni dogodki: prepoznavanje, poročanje in razreševanje neželenih dogodkov, upravljanje z riziki, razumevanje zdravstvenih napak, obravnavanje pritožb;
4. varno delo: timsko delo in vodenje, razumevanje vpliva človeških faktorjev na varno delo, razumevanje kompleksnosti organizacije, izvajanje kontinuirane oskrbe, obravnavanje stresa in utrujenosti;
5. etika: etično obnašanje v praksi, ohranjanje sposobnosti za delo oziroma prakso;
6. kontinuirano učenje: učenje na delu, poučevanje na delu;
7. specifični problemi: preprečevanje napačne strani, napačnega postopka, napačne obravnave pacienta, varno zdravljenje, kontrola infekcij.

3 Raziskovalna metodologija

Da bi ugotovili, ali sploh in katere vsebine o varnosti pacientov so vključene v prvostopenjski študijski program zdravstvene nege na Visoki šoli za zdravstvo Novo mesto, smo pregledali 37 učnih načrtov. Ker iz opisa vsebin pri posameznem predmetu

ni bilo možno zanesljivo trditi, da vključujejo tudi vsebine o varnosti pacientov, smo zaprosili visokošolske učitelje, da nam navedejo tiste vsebine, ki so vključene v njihov predmet in se nanašajo na varnost. Na zaprosilo nam je odgovorilo 11 visokošolskih učiteljev, ki so nosilci in izvajalci 15 učnih enot, eden pa je sporočil, da v predmetu ni vsebin o varnosti, zato smo učni načrt izločili iz nadaljnje analize.

Za preučevanje obstoječih vsebin smo uporabili analitično metodo in se omejili le na kategorije »avstralskega modela« in vanje razvrstili vsebine o varnosti.

4 Rezultati

Vsebine o varnosti pacientov smo uvrstili v sedem kategorij:

- ☐ učinkovita komunikacija
 - poslušanje in opazovanje pacienta
- ☐ uporaba dokazov
- ☐ neželeni dogodki
 - padci v instituciji in doma
- ☐ varno delo
 - prenos okužb in preprečevanje
 - umivanje, razkuževanje rok
 - osebna zaščitna sredstva
 - ergonomska načela pri dvigovanju bremen
 - rokovanje z infektivnim materialom
 - rokovanje z ostrim materialom
 - izolacija pacienta
 - odvzem, hranjenje in transport kužnin
 - odvzem, hranjenje in transport vzorcev za klinično-kemijske preiskave
 - čiščenje in razkuževanje predmetov in okolice
 - sterilizacija materialov in pripomočkov
- ☐ etičnost
 - pravice pacientov
- ☐ učenje/poučevanje
 - gibanje z ovirnicami
 - dejavniki tveganja in njihov vpliv na zdravje
 - onesnaževalci okolja
 - pravilo 10 P
 - identifikacija pacienta
 - ukrepi ob nesrečah
 - medsebojno delovanje zdravil, zastrupitve z zdravili, zmanjšanje terapevtskega učinka, porast neželenih učinkov
 - skupno dajanje zdravil v infuziji, v brizgi
- ☐ specifični problemi

5 Razprava

Rezultati raziskave so pokazali, da nam v izobraževalnem programu manjkajo določene vsebine o varnosti pacientov in da študenti ne dobijo celovite slike o varnosti. Vsebine prav tako niso vsebinsko ustrezno vključene v posamezni predmet, predvsem pa učni načrti ne odražajo vsebin, saj je, kot navaja WHO (2011), področje varnosti relativno novo. Ugotovitve naše analize so skladne z ugotovitvami avtorja Robide (2008), ki navaja, da so vsebine varnosti integrirane v izobraževalne programe.

Zagotavljanje varnosti je naloga vsakogar. Varnost pacientov morajo študenti zagotavljati s svojim znanjem, s spretnostmi in obnašanjem takoj, ko vstopijo v bolnišnično okolje, v zdravstvene in socialno-varstvene zavode. So lahko »model« za druge v zdravstvenem sistemu, ko pristopajo k obravnavi pacientov in pri tem upoštevajo vse smernice in usmeritve, s katerimi so bili seznanjeni v pedagoškem procesu na šoli. Obstajajo pa možnosti, da študenti ugotavljajo razkorak med teorijo in prakso, predvsem zato, ker so zaposleni v praksi morda že pozabili na teoretična pravila zaradi rutinskega načina dela. Zato lahko okolje včasih zruši študentov optimizem, ko se le-ta sooča z vsakodnevno prakso. Želimo pa, da bi študenti ohranili ta optimizem in verjamemo vanje, da lahko naredijo določene spremembe pri sodelavcih, pacientih in tudi v zdravstvenem sistemu.

6 Zaključek

Iz analize učnih načrtov in posredovanih vsebin s strani visokošolskih učiteljev ugotavljamo, da bo treba dopolniti določene vsebine, če bomo želeli študentom zdravstvene nege predstaviti celotno vsebino glede pacientove varnosti in jih opolnomočiti za izvajanje varne prakse v kliničnem okolju.

V posamezne predmete moramo vključiti manjkajoče vsebine, da bi dosegli naslednje cilje: priprava študentov na izvajanje varne zdravstvene nege, priprava ključnega seznama vsebin, ki jih morajo študenti usvojiti in posamezne vsebine sistematično vključiti v posamezno učno enoto, usposobitev predavateljev za poučevanje o varnosti, simulirati varno in podporno okolje za poučevanje študentov o varnosti in vzpodbuditi raziskovanje na področju varnosti pacientov.

WHO - Svetovna zdravstvena organizacija (2011, str. 38, 41) priporoča, da premislimo, ali bi varnost pacientov vključili v izobraževalni program kot nov predmet ali bi le posodobili obstoječe vsebine programa in določili učno enoto, v katero bodo vključene vsebine o varnosti. Spremembe so zlasti zaželeno, ko prihaja do prenove študijskih programov zdravstvene nege.

LITERATURA

1. Černoga, A. (2006). Profesionalna in etična odgovornost medicinske sestre. Ljubljana: Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo.
2. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. (2005). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
3. Komisija evropskih skupnosti. (2008). Sporočilo komisije Evropskemu parlamentu in Svetu o varnosti pacientov, vključno s preprečevanjem in nadzorom okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo. Pridobljeno 10. 10. 2012 s http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/patient_com2008_sl.pdf.
4. Leksikon Cankarjeve založbe. (2004). 3. izd. Ljubljana: Cankarjeva založba.
5. Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika. (2005). Pridobljeno 10. 10. 2012 s http://www.szd.si/user_files/vsebina/Zdravniški_Vestnik/vestnik/st5-7-8/st5-7-8-413-414.htm.
6. Robida, A. (2008). Health professions education in Slovenia. A new challenge to overcome a quality gap. The people who deliver care are the health system's most important resource. Pridobljeno 20. 2. 2013 s <http://www.docstoc.com/docs/50647343/Health-Professions-Education-in-Slovenia>.
7. Seznam poklicev v zdravstveni dejavnosti. (2004). Pridobljeno 10. 10. 2012 s <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200482&stevilka=3689>.
8. Varnost pacientov (2011). Pridobljeno 10. 10. 2012 s <http://www.prosunt.si/varnost-pacientov>.
9. World Health Organization. (2011). Patient safety curriculum guide. Multi-professional Edition. Geneva: WHO.
10. Zakon o zdravstveni dejavnosti. (2005). Pridobljeno 10. 10. 2012 s <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200523&stevilka=778>.
11. Železnik, D., Brložnik, M., Buček Hajdarević, I., Dolinšek, M., Filej, B., Istenič, B. idr. (2008). Poklicne aktivnosti ni kompetence v zdravstveni in babiški negi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Bojana Filej, PhD

The review of patient safety education in the educational system

KEY WORDS: *syllabus, education, patient safety, student, nursing care*

ABSTRACT - Access to quality health care is the basic human right recognised and respected by all the member states of the European Union and this right is also well known to patients – users of health care services. Therefore, all health workers should act so that they ensure safety for the patient or prevent harmful consequences. One of the recommendations of the Luxembourg Declaration defines that patient safety should be included in the regular education of health professionals, meaning registered nurses, as well as further education, while we can also learn from unwanted or potential unwanted events. We reviewed 37 syllabuses in order to determine which content on patient safety, if any, is included in the first-cycle study programme in nursing care. Based on the description of the content of individual courses, we have established that it cannot be stated reliably if patient safety is dealt with. Since we can only make inferences, detailed analyses should be made regarding the content lectured by higher education teachers.

Liljana Gajser Dvojmoč, mag.

Odnos študentov zdravstvene nege do zagotavljanja pacientove varnosti z vidika preprečevanja bolnišničnih okužb

UDK 616-083-057.875:616-022.36

KLJUČNE BESEDE: pacientova varnost, bolnišnične okužbe, študenti zdravstvene nege

POVZETEK - Pacientova varnost je vedno pogostejša tema razgovorov v zdravstveni negi in bolnišnične okužbe so eden izmed dejavnikov, ki jo mnogokrat ogrozijo. Izvajanje zdravstvene nege po strokovnih smernicah in priporočilih je obvezno za vse izvajalce zdravstvene nege. Za izvedbo raziskave smo uporabili anketni vprašalnik, ki smo ga razdelili tridesetim rednim študentom prvega letnika Visoke šole za zdravstvo Novo mesto. Zanimalo nas je, koliko se študentje zdravstvene nege strinjajo s trditvami, ki so se nanašale na ukrepe preprečevanja bolnišničnih okužb v času opravljanja klinične prakse. Za ocenjevanje trditev smo uporabili petstopenjsko Likertovo lestvico, pri čemer je ocena 1 pomenila najnižje, ocena 5 pa najvišje strinjanje z določeno trditvijo. Podatke smo obdelali s statističnim programom SPSS 17.0. Študenti zdravstvene nege so s povprečno oceno 4,47 izrazili strinjanje s trditvijo, da pri svojem delu upoštevajo ukrepe za preprečevanje bolnišničnih okužb. Povprečno oceno strinjanja 3,83 so pripisali trditvi, da pri opravljanju klinične prakse izvajajo zdravstveno nego po veljavnih strokovnih smernicah, priporočilih in standardih zdravstvene nege, in s povprečno oceno strinjanja 3,80 ocenili trditev, da imajo za svoje delo na voljo dovolj zaščitnih sredstev. Zagotavljanje varnosti pacientov je dolžnost vsakega zdravstvenega delavca pa tudi študentov zdravstvene nege v času opravljanja klinične prakse. Izobraževalne institucije morajo študente zdravstvene nege izobraziti v odgovorne, kompetentne zdravstvene delavce, da bodo sposobni svoje delo opravljati kakovostno in varno.

1 Uvod

Zagotavljanje varnosti pacientov postaja vse pomembnejši dejavnik v zdravstveni negi in v zdravstvu nasploh. Izvajalci zdravstvene nege morajo izvajati za pacienta varno zdravstveno nego in pri tem prevzemati vso odgovornost. Vzgajanje in izobraževanje zdravstvenih delavcev za zagotavljanje varnosti pacientov se mora pričeti že v času šolanja le-teh. Izobraževalne institucije morajo izobraziti zdravstvene delavce v kompetentne, odgovorne osebe, ki bodo znale ohraniti tako svojo kot pacientovo varnost. Gledano z različnih zornih kotov obstaja ogromno dejavnikov, ki varnost pacientov mnogokrat ogrozijo. Eden izmed teh dejavnikov so bolnišnične okužbe, ki še dodatno poslabšajo pacientovo zdravstveno stanje, s tem podaljšajo hospitalizacijo in hkrati povečajo stroške zdravljenja. Da do le-teh ne bi prišlo, je treba dosledno upoštevati pravila za preprečevanje bolnišničnih okužb in izvajati zdravstveno nego po veljavnih strokovnih smernicah in priporočilih. Izjemno pomembno je izobraževanje zdravstvenih delavcev, da le-ti na ustrezen način in dosledno izvajajo svoje delo, s čimer največ pripomorejo k preprečevanju bolnišničnih okužb.

2 Varnost pacientov

Ko govorimo o pacientovi varnosti, imamo v mislih primere, s katerimi lahko le-to povežemo. Robida (2007) navaja, da je varnost pacientov v zadnjem času vse pogostejše uporabljen pojem, a redko natančno vemo, kaj v resnici pomeni. Kot najpreprostejšo definicijo avtor navaja naslednjo: »Varnost bolnikov so ukrepi za izogibanje, preprečevanje ali popravo varnostnih zapletov v procesu zdravstvene obravnave« (Robida, 2007, str. 25).

Zdravstvena dejavnost je področje z visokim tveganjem zaradi neželenih dogodkov, ki ne nastanejo zaradi bolezni, ampak so posledica zdravljenja, kar lahko privede do smrti, resnih okvar, zapletov in bolnikovega trpljenja. Kljub dejstvu, da imajo mnoge bolnišnice in zdravstvene ustanove postopke, ki zagotavljajo bolnikovo varnost, zdravstvena dejavnost še vedno zaostaja za ostalimi industrijskimi in storitvenimi dejavnostmi, ki so uvedle sistemske varnostne procese. Škoda, ki je bila bolnikom povzročena, predstavlja veliko breme za družbo. Osredotočenje na bolnikovo varnost vodi k zmanjševanju stroškov za obravnavo bolnikov, ki so izpostavljeni neželenim dogodkom, kar pomeni tudi ustreznejšo izrabo finančnih virov. Najpomembnejše pa je, da varnost bolnikov pripomore k večji kakovosti življenja, s tem pa lahko pomembno izboljšamo kulturo varnosti na več načinov (Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika, 2005). Dostop do kakovostne zdravstvene oskrbe je osnovna človekova pravica, ki jo priznavajo in spoštujejo Evropska unija, vse njene institucije in državljani Evrope. V skladu s tem dejstvom imajo bolniki pravico pričakovati, da bo ves trud vložen v zagotovitev njihove varnosti kot uporabnikov vseh zdravstvenih storitev (Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika, 2005).

Varna in visoko kakovostna zdravstvena obravnava pacienta je prioriteta vsakega izvajalca zdravstvenih storitev, ne glede na položaj ali poklicno skupino. Zaposleni v zdravstvu morajo pri vsakodnevnem delu prepoznati možnosti za izboljšanje kakovosti in varnosti pacientov v zdravstveni obravnavi, pri tem pa tudi aktivno sodelovati, da bi zagotovili raven zdravstvene oskrbe, na kateri ne bo prihajalo do nepotrebnih smrtnih izidov ali škode za zdravje pacientov zaradi napak, zdravstvena obravnava pa bo skladna s standardi ali najboljšimi izkušnjami na tem področju (Ki-
auta, Poldrugovac, Rems, Robida in Simčič, 2010).

2.1 Študentje zdravstvene nege in varno izvajanje klinične prakse

Študenti zdravstvene nege veliko časa preživijo v kliničnem okolju, kjer svoje teoretično znanje združijo s praktičnim in se še dodatno izobražujejo. Z vstopom v klinično okolje postanejo odgovorni do zagotavljanja lastne varnosti in varnosti pacienta. Da bodo pri tem uspešni, morajo biti ustrezno pripravljeni in izobraženi. Termin klinična praksa in njeno vodenje ter nadzor opisuje proces profesionalnega razvoja in učenja, ki omogoča posamezniku - študentu razvijati znanje, veščine, kompetence, razvija odnos in odgovornost do prakse zdravstvene nege, ki zagotavlja varnost

pacienta in premišljene poteze in odločitve v kompleksnem kliničnem okolju (Ramšak Pajk, 2007). Študenti morajo biti pred izvajanjem klinične prakse v zdravstvenih ustanovah seznanjeni s pravilniki za zagotavljanje varnosti pri delu, navodili in smernicami. Dobro morajo biti poučeni o preprečevanju nevarnosti okužb, o varnih tehnikah dela, preprečevanju nezgod in ukrepih ob le-teh. Ob zagotavljanju lastne varnosti pa je zelo pomembno zagotavljanje pacientove varnosti, ki jo Evropska unija uvršča zelo visoko (Čuček Trifkovič in Pišlar, 2011).

3 Bolnišnične okužbe

Bolnišnične okužbe predstavljajo resno tveganje za zdravstveno stanje pacienta in ogrožajo njegovo varnost. Le-te nastanejo med bivanjem v bolnišnici, pri čemer znaki niso bili prisotni ob sprejemu in bolnik ni bil v inkubaciji. Pri bolnikih se lahko pojavijo okužbe tudi po odpustu. Bolnišnične okužbe se lahko pojavijo tudi pri zdravstvenih delavcih v zvezi z njihovim delom. Okužbe lahko povzročajo mikroorganizmi, ki so del bolnikove normalne flore (endogeni izvor okužbe) ali mikroorganizmi iz okolja (eksogene okužbe) (Škerl, 2002a).

Vzrokov, ki privedejo do bolnišnične okužbe, je veliko. Najpomembnejše pa je, da bi jih lahko preprečili, če bi strogo upoštevali in izvajali načela bolnišnične higijene. Po zmernih ocenah zbolijo vsako leto 5-10 % bolnikov v bolnišnicah zaradi infekcij, ki jih dobijo med zdravljenjem v bolnišnicah. Zanimivo je, da so odstotki bolnišničnih infekcij podobni v razvitih in nerazvitih deželah in tudi pri nas. Bolnišnice in tudi druge zdravstvene ustanove ustvarjajo z bolniki, osebjem in okoljem optimalne okoliščine za ohranjanje, razmnoževanje in prenašanje številnih patogenih mikroorganizmov (Likar in Bauer, 2006).

3.1 Preprečevanje bolnišničnih okužb

Zdravstveni delavci, ki delujejo v zdravstvenih ustanovah in so v stiku s pacientom, morajo upoštevati pravila za preprečevanje bolnišničnih okužb. Ukrepi za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih infekcij morajo biti zajeti v posebnem programu. Za izvajanje programa skrbijo posebej usposobljeni zdravstveni delavci in sodelavci (Likar in Bauer, 2006).

Preprečevanje bolnišničnih okužb mora biti smiselno in usmerjeno k vzroku za nastanek okužb. Izvajalni ukrepi morajo učinkovito zmanjševati ne le število mikroorganizmov na predmetih, bolniku in njegovi okolici, pač pa tudi število dejanskih okužb v zdravstveni ustanovi (Škerl, 2002b).

Škerl (2002b) kot najpomembnejše ukrepe za preprečevanje okužb navaja naslednje:

- ☐ higiena rok (umivanje, razkuževanje, uporaba rokavic),
- ☐ dodatno šolano osebje,
- ☐ redno izobraževanje in motivacija osebja,

- ☐ izboljšanje negovalnih tehnik,
- ☐ racionalna uporaba antibiotikov pri zdravljenju in preprečevanju okužb,
- ☐ smiselno, ciljno in neškodljivo razkuževanje,
- ☐ izolacija inficiranih in koloniziranih bolnikov,
- ☐ ciljane mikrobiološke preiskave,
- ☐ evidenca bolnišničnih okužb,
- ☐ redna analiza povzročiteljev in občutljivosti za antibiotike,
- ☐ redni nadzor osebja,
- ☐ cepljenje osebja in
- ☐ ustrezna zasedenost delovnih mest.

Študenti zdravstvene nege, ki opravljajo klinično prakso v zdravstvenih ustanovah, morajo biti seznanjeni z ukrepi, ki jih morajo upoštevati pri opravljanju klinične prakse, da ohranijo svojo in pacientovo varnost z vidika preprečevanja bolnišničnih okužb. Visoka šola za zdravstvo Novo mesto (2008) je v svojem pravilniku o izvedbi klinične prakse izpostavila, da mora študent poznati in upoštevati naslednja določila, ki izhajajo iz Zakona o nalezljivih boleznih (Uradni list RS, št. 69/95):

- ☐ na klinično prakso mora prihajati zdrav, dobro fizično in psihično pripravljen;
- ☐ če zboli za nalezljivo boleznijo, mora sporočiti mentorju, kakšno je njegovo zdravstveno stanje, in ne sme izvajati zdravstvenih aktivnosti in delovnih nalog, ker lahko ogrozi zdravje drugih oseb (pacientov ali osebja);
- ☐ pri svojem delu mora izvajati program preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb med izvajanjem diagnostičnih, terapevtskih, negovalnih in ostalih postopkov;
- ☐ pri svojem delu mora upoštevati doktrino čiščenja, dezinfekcije, sterilizacije in izolacije oz. ravnanja pri osebah z okužbami, izvajati mora program zaščite pred okužbami na klinični praksi, ki vključuje uporabo osebnih zaščitnih sredstev, prijavljanje nezgod in nekontroliranih stikov s krvjo in telesnimi izločki, imunoprofilakso (cepljenje) in epidemiološko spremljanje (prijavljanje) nalezljivih bolezni.

V pravilniku o izvedbi klinične prakse je tudi točno predpisana osebna urejenost študentov zdravstvene nege, kjer je navedeno, da mora le-ta na klinično prakso prihajati čist in urejen, uporaba dišav in lepotilnih dodatkov mora biti zmerna in nevpadljiva. Na rokah ne sme biti prstanov, zapestnic, ure, ni dovoljeno nositi dolgih verižic ali visečih uhanov, na vidnih mestih telesa niso dovoljeni »parsing« in tetovaže. Roke morajo biti negovane, rane na rokah pokrite z neprepustnim obližem. Dolgi, umetni in lakirani nohti niso dovoljeni. Študent mora na klinični praksi nositi predpisano uniformo, obutev in druga zaščitna sredstva (Visoka šola za zdravstvo Novo mesto, 2008).

4 Metode

Za izvedbo raziskave smo uporabili anketni vprašalnik, ki smo ga razdelili tridesetim rednim študentom prvega letnika Visoke šole za zdravstvo Novo mesto. Zanimalo

nas je, koliko se študentje zdravstvene nege strinjajo s trditvami, ki so se nanašale na ukrepe preprečevanja bolnišničnih okužb v času opravljanja klinične prakse. Za ocenjevanje trditev smo uporabili petstopenjsko Likertovo lestvico, pri čemer so ocene pomenile: 1 - sploh se ne strinjam, 2 - se ne strinjam, 3 - delno se strinjam, 4 - se strinjam, 5 - popolnoma se strinjam. Podatke smo obdelali s statističnim programom SPSS 17.0.

5 Rezultati

Tabela 1: Ocene strinjanja študentov zdravstvene nege s trditvami

<i>Trditev</i>	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
Seznanjen sem z varnostnimi ukrepi, ki jih moram upoštevati pri opravljanju klinične prakse.	30	4,40	3	5
Pri opravljanju klinične prakse poskrbim za svojo varnost.	30	4,47	3	5
Pri opravljanju klinične prakse poskrbim za varnost pacienta.	30	4,70	3	5
Pri opravljanju klinične prakse zaupane naloge opravim vestno in odgovorno.	30	4,57	4	5
Pri svojem delu upoštevam navodila mentorja v učni bazi.	30	4,63	4	5
Pri opravljanju klinične prakse izvajam zdravstveno nego po veljavnih strokovnih smernicah, priporočilih in standardih zdravstvene nege.	30	3,83	3	5
Na klinično prakso prihajam zdrav, dobro fizično in psihično pripravljen.	30	3,93	3	5
Na klinično prakso prihajam urejen, v čisti delovni obleki in obutvi.	30	4,70	4	5
Pri svojem delu upoštevam ukrepe za preprečevanje bolnišničnih okužb.	30	4,47	3	5
Pri opravljanju svojega dela uporabljam priporočena zaščitna sredstva.	30	4,30	2	5
Za svoje delo imam na voljo dovolj zaščitnih sredstev.	30	3,80	2	5
Ko pridem na klinično prakso, si najprej umijem roke.	30	4,17	1	5
Po kihanju ali kašljanju si roke umijem.	30	3,73	1	5
Roke si redno razkužujem.	30	4,60	3	5
Skrbno razkužujem delovne površine.	30	4,37	2	5
Odpadke ustrezno ločujem.	30	4,40	2	5
Vidno umazane roke si umijem.	30	4,80	3	5
Ko je nevarnost, da sem v stiku s kužninami, uporabim zaščitne rokavice in ostala zaščitna sredstva.	30	4,60	3	5
Od pacienta do pacienta uporabljam individualna zaščitna sredstva.	30	4,30	3	5
Pripomočke, ki jih uporabljam pri pacientih, tudi redno razkužujem.	30	4,40	3	5
Pri aseptičnih posegih uporabljam zaščitna sredstva.	30	4,60	3	5
Če sterilen material onesterilim, ga zamenjam.	30	4,47	2	5
Če ima pacient nalezljivo bolezen, upoštevam izolacijske ukrepe.	30	4,60	3	5
Poskrbim, da se ne križajo čiste in nečiste poti.	30	4,27	3	5
Na rokah ne nosim nakita v času opravljanja klinične prakse.	30	4,57	1	5
Imam čiste, nelakirane in urejene nohte.	30	4,57	3	5

Vir: Anketni vprašalnik, 2012.

Rezultati v tabeli 1 kažejo, da se z navedenimi trditvami študentje zdravstvene nege strinjajo, saj so bile le-te večinoma ocenjene s povprečno oceno več kot 4. Slabšo

oceno strinjanja, in sicer nižjo kot 4, so študentje zdravstvene nege pripisali trditvam: »Pri opravljanju klinične prakse izvajam zdravstveno nego po veljavnih strokovnih smernicah, priporočilih in standardih zdravstvene nege« s povprečno oceno strinjanja 3,83, »Na klinično prakso prihajam zdrav, dobro fizično in psihično pripravljen« s povprečno oceno strinjanja 3,93, »Za svoje delo imam na voljo dovolj zaščitnih sredstev« s povprečno oceno strinjanja 3,80 in »Po kihanju ali kašljanju si roke umijem« s povprečno oceno strinjanja 3,73.

6 Razprava

Zagotavljanje varnosti pacientov je dolžnost vsakega zdravstvenega delavca in tudi študentov zdravstvene nege v času opravljanja klinične prakse. Kociper (2007) navaja, da zaupanje ljudi v zdravstveni sistem temelji na zagotavljanju kakovostne in varne zdravstvene obravnave. Ljudje želijo vedeti, ali je njihova zdravstvena oskrba osnovana na znanstvenih dokazih, plod najboljših izkušenj in skladna s standardi. Pravico imajo do varne zdravstvene obravnave. Rezultati naše raziskave kažejo, da so anketirani študenti zdravstvene nege seznanjeni z varnostnimi ukrepi, ki jih morajo upoštevati pri opravljanju klinične prakse, in da naloge, ki so jim zaupane, opravijo vestno in odgovorno, čeprav so le delno strinjanje pripisali trditvi »Pri opravljanju klinične prakse izvajam zdravstveno nego po veljavnih strokovnih smernicah, priporočilih in standardih zdravstvene nege«. Zavedanje o pomenu preprečevanja bolnišničnih okužb je ključni dejavnik za kakovostno opravljanje zdravstvene nege s strani izvajalcev zdravstvene nege. Rezultati kažejo, da študentje zdravstvene nege pri svojem delu upoštevajo ukrepe za preprečevanje bolnišničnih okužb. Škerl (2002b) šteje higieno rok med najpomembnejše ukrepe za preprečevanje bolnišničnih okužb. Iz rezultatov raziskave med študenti zdravstvene nege smo ugotovili, da le-ti posvečajo veliko pozornosti higieni rok, le higieni rok po kašljanju in kihanju se bodo morali bolj posvetiti. Visoka šola za zdravstvo Novo mesto (2008) kot eno izmed pravil v pravilniku o izvedbi klinične prakse izpostavlja, da mora študent zdravstvene nege prihajati na klinično prakso zdrav, dobro fizično in psihično pripravljen. Rezultati raziskave kažejo, da so študenti zdravstvene nege pripisali trditvi »Na klinično prakso prihajam zdrav, dobro fizično in psihično pripravljen« le delno strinjanje. Ravno tako je v pravilniku o izvedbi klinične prakse določeno, da morajo študenti zdravstvene nege pri svojem delu upoštevati doktrino čiščenja, dezinfekcije, sterilizacije in izolacije oz. ravnanja pri osebah z okužbami, ter izvajati program zaščite pred okužbami na klinični praksi, ki vključuje uporabo osebnih zaščitnih sredstev. Rezultati raziskave so pokazali, da študentje zdravstvene nege upoštevajo tudi te zahteve, kar je razvidno iz ocen strinjanja s trditvami, v katerih so le-te zajete. Slabše so ocenili le trditev »Za svoje delo imam na voljo dovolj zaščitnih sredstev«, ki so ji pripisali le delno strinjanje.

7 Zaključek

Skrb za varnost pacienta je širok pojem. Upoštevanje priporočil za zmanjševanje bolnišničnih okužb je le eden izmed mnogih dejavnikov, ki ga je treba upoštevati pri varni in kakovostni obravnavi pacienta. Tega se morajo zavedati tudi študenti zdravstvene nege, ki opravljajo klinično prakso v kliničnem okolju, kjer so vpeti v delovni proces in so v neposrednem stiku s pacientom. Seznanjeni morajo biti z varnostnimi ukrepi, ki jih morajo v času opravljanja klinične prakse, pa tudi v bodoče, ko bodo zaposleni, upoštevati pri svojem delu s pacientom. Le na tak način bodo poskrbeli za svojo in za varnost pacienta.

LITERATURA

1. Čuček Trifkovič, K. in Pišlar, M. (2011). Zagotavljanje varnosti študentov na kliničnih vajah v psihiatričnem okolju. V B. Bregar (ur.), Varnostni zapleti pri pacientu – priložnost za učenje: zbornik predavanj z recenzijo (str. 44-51). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji. Pridobljeno 28. 9. 2012 s <http://www.sekcijapsih-zn.si/wp-content/uploads/2011/10/Zbornik-Varnostni-Zapleti-CB.pdf>.
2. Kiauta, M., Poldrugovac, M., Rems, M., Robida, A. in Simčič, B. (2010). Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. Pridobljeno 8. 10. 2012 s <http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/>.
3. Kociper, B. (2007). Kakovost in varnost zdravstvene oskrbe. V V. Čuk (ur.), Kakovost in varnost v psihiatrični zdravstveni negi: zbornik prispevkov (str. 22-31). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Pridobljeno 1. 10. 2012 s <http://www.sekcijapsih-zn.si/wp-content/uploads/2011/02/zbornikvojniki.pdf>.
4. Likar, K. in Bauer, M. (2006). Izbrana poglavja iz higiene: za slušatelje Visoke šole za zdravstvo Univerze v Ljubljani. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
5. Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika. (2005). Pridobljeno 28. 9. 2012 s http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost/Luksembur_ka_deklaracija_o_varnosti_bolnikov.pdf. [pageuploads/kakovost/nacionalna_strategija_kakov_in_varn_2010-015/Nacionalna_strategija_kakovosti_in_varnosti_v_zdravstvu_2010-2015.pdf](http://www.mz.gov.si/pageuploads/kakovost/nacionalna_strategija_kakov_in_varn_2010-015/Nacionalna_strategija_kakovosti_in_varnosti_v_zdravstvu_2010-2015.pdf).
6. Ramšak Pajk, J. (2007). Pomen mentorstva in praktičnega usposabljanja v izobraževanju za zdravstveno nego. Obzornik zdravstvene nege 41 (2-3), 71-75.
7. Robida, A. (2007). Varnost pacientov – globalni, nacionalni in lokalni izziv. V B. Filej in P. Kersnič (ur.), Zdravstvena in babiška nega – kakovostna, učinkovita in varna: zbornik predavanj in posterjev 6. kongresa zdravstvene in babiške nege Slovenije (str. 25-34). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

8. Škerl, M. (2002a). Definicije bolnišničnih okužb. V M. Gubina, M. Dolinšek in M. Škerl (ur.), *Bolnišnična higiena* (41-43). Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za mikrobiologijo in imunologijo.
9. Škerl, M. (2002b). Osnovni načini preprečevanja bolnišničnih okužb. V M. Gubina, M. Dolinšek in M. Škerl (ur.), *Bolnišnična higiena* (47-49). Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za mikrobiologijo in imunologijo.
10. Visoka šola za zdravstvo Novo mesto. (2008). Pravilnik o izvedbi kliničnih vaj – prakse. Pridobljeno 29. 9. 2012 s http://www.vsz.vs-nm.si/uploads/VSZ_pripone/pravni_akti / pravilnik_klinicne_prakse_24_09.pdf.

Liljana Gajser Dvojmoč, MA

The attitude of nursing students to the assurance of patient safety from the viewpoint of the prevention of hospital infections

KEY WORDS: *patient safety, hospital-acquired infections, nursing students*

ABSTRACT - Patient safety is an increasingly common topic in nursing care. Hospital-acquired infections are one of the factors that often pose a risk to the safety of patients. The provision of nursing care in accordance with professional guidelines and recommendations is mandatory for all the providers of nursing care. The research was based on a survey questionnaire distributed to thirty full-time first-year students of the School of Health Sciences Novo mesto. We were interested in the degree of agreement of the nursing students with the statements relating to the measures for preventing hospital-acquired infections during their clinical practice. We used the Likert scale to assess the statements, where 1 was the lowest grade and 5 was the highest grade of agreement with a particular statement. The data was processed using the SPSS 17.0 software. The statement relating to adherence to the measures for preventing hospital-acquired infections was assessed with the average grade of 4.47 by the nursing students. The average grade of 3.83 was given to the statement that they provide nursing care during their clinical practice in accordance with the professional guidelines, recommendations and standards of nursing care, and the average grade of 3.80 was given to the statement that they have enough protective equipment available for their work. Patient safety is the duty of every health worker as well as nursing students during their clinical practice. Educational institutions should educate nursing students to become responsible and competent health workers as well as be able to ensure quality and safety during their work.

Osebna prodaja zdravil in njen pomen

UDK 339.371.2+615:366.12

KLJUČNE BESEDE: trženjsko komuniciranje, osebna prodaja, zdravila, potrošniki, svetovanje

POVZETEK - Ponudba različnih izdelkov je iz dneva v dan večja in potrošnik se pogosto sam le težko odloči za ustrezen nakup. Enako velja tudi za trg zdravil in ostalih medicinskih pripomočkov. V vseh teh primerih je zelo pomemben osebni prodajalec, saj lahko ta s svojimi nasveti močno vpliva na izbiro. Na področju zdravil ločimo dva tipa osebne prodaje: osebno prodajo strokovni javnosti in osebno prodajo končnim potrošnikom. Osebna prodaja strokovni javnosti je jasno zakonsko urejena, tega pa ne moremo trditi za osebno prodajo končnim potrošnikom. Ti so bolj prepuščeni osebni presoji prodajalca, ki svetuje v lekarni ali v specializirani trgovini. Posamezniki vsakodnevno posegamo po vedno več zdravilih, ki nam jih predpišejo zdravniki ali jih kupimo samoplačniško. Pri slednjem je svetovanje pri izdaji/prodaji zdravila zelo pomembno, saj lahko pride do neželenega medsebojnega učinkovanja različnih zdravil. Članek povzema odnos potrošnikov do tržnega komuniciranja pri prodaji zdravil brez recepta nasploh, s poudarkom na osebni prodaji. Prav tako prikazuje izsledke na tem področju z vidika farmacevtov.

1 Namesto uvoda

Gospodarska kriza je prizadela vse sektorje gospodarstva in s tem tudi veliko večino posameznikov. Pri slednjih se pogosto posledice pritiskov iz okolja začnejo kazati tudi na področju zdravja. Za omilitev oz. odpravo posledic si posamezniki bodisi poskušajo pomagati sami z zdravili brez recepta bodisi se po pomoč zatečejo k osebnemu zdravniku, ki v primeru resnih težav predpiše recept za zdravilo. Ne glede na to, za katero obliko zdravila se je posameznik odločil, pa se pred potrošnjo sreča še z lekarniškimi farmacevti. Prav ta je pogosto tisti, ki posamezniku svetuje glede pravilne uporabe zdravila pri zdravilih brez recepta tudi za vrsto zdravila. A to ni edini dejavnik, ki vpliva na to, za katero zdravilo se bo potrošnik odločil. Poleg tega, da ima večina potrošnikov že lastne izkušnje z zdravili, pa je danes potrošnik deležen tudi informacij iz različnih virov, med katerimi je le težko izbrati tiste prave. Tako potrošniki pri izboru zdravila upoštevajo tudi mnenja ter izkušnje prijateljev in znancev, mnenja na forumih, družabnih omrežjih, pa tudi informacije trženjskih sporočil farmacevtskih podjetij. Ker pa so zdravila lahko tudi nevarna, je področje trženjskega komuniciranja zdravil v vseh državah zelo regulirano.

2 Osebna prodaja kot orodje trženjskega komuniciranja

Trženjsko komuniciranje je prepričevalno komuniciranje in je namenjeno obveščanju potrošnikov o proizvodu, s čimer sproži nakup ali strinjanje z nečim, ustvari po-

zitivno mnenje o proizvodu in/ali da slednjemu simboličen pomen oz. pokaže, kako lahko posamezen proizvod reši potrošnikov problem bolje kot proizvod konkurence (Schiffman et al., 2008, str. 285). Uspešno komuniciranje mora tako ob zaznavi sporočila spremeniti potrošnikovo vedenje in poskrbeti, da si bo le-ta oglaševani proizvod zapomnil (Clow in Baack, 2007, str. 164). V ta namen podjetja uporabljajo naslednja orodja (Kotler, 2004, str. 16, 590; Potočnik, 2002, str. 145-147; Blythe, 2006, str. 606; Florjančič in Ferjan, 2000, str. 192):

- oglaševanje – je vsaka plačana oblika neosebne predstavitve in promocije zamisli, proizvodov ali storitev znanega naročnika, ki preko medijev informira in prepriča ciljni trg;
- pospeševanje prodaje – vključuje vse aktivnosti podjetja, s katerimi to spodbuja in izzove večje in/ali hitrejše nakupe določenega izdelka;
- osebna prodaja – je oblika tržnega komuniciranja, ki vključuje osebni dialog;
- odnosi z javnostjo – celota ukrepov podjetja, s katerimi želi ustvariti ugodno podobo o svojem delovanju v družbenem in gospodarskem okolju in si tako zagotoviti ugodne pogoje za svoje delo; in
- neposredno trženje – uporaba neposrednih poti za doseg porabnika in dostavo izdelkov in storitev le-temu brez uporabe posrednikov.

Dosedanje izkušnje kažejo, da je za uspešno izvedbo tržnega komuniciranja potrebna ustrezna kombinacija vseh razpoložljivih orodij, saj samo na ta način potrošnika popeljemo skozi vse stopnje nakupnega procesa, kjer pa vsa orodja niso enako učinkovita. Kot vidimo iz tabele 1, je oglaševanje učinkovito predvsem v začetnih fazah, medtem ko je osebna prodaja bolj učinkovita pri spodbujanju zanimanja in želje po neki dobrini ter seveda pri sklenitvi posla.

Tabela 1: Orodja tržnega komuniciranja in njihova učinkovitost v posameznih fazah nakupnega procesa (model AIDA)

	<i>Pozornost</i>	<i>Interes</i>	<i>Želja</i>	<i>Akcija</i>
Oglaševanje	✓	✓	○	✗
Odnosi z javnostjo	✓	✓	✓	✗
Pospeševanje prodaje	○	○	✓	○
Osebna prodaja	○	✓	✓	✓

Legenda: ü - zelo učinkovito, ¡ - srednje učinkovito, û - neučinkovito

Vir: Lamb, W. C. et al. (2009). *Essentials of marketing*. Mason: South-Western, str. 408-409.

Koliko posameznih orodij izbere podjetje in kakšna bo njihova relativna pomembnost, je odvisno od dejavnosti, narave proizvoda in strategije podjetja (Arens, 2006, str. 319). Kotler in Keller (2009, str. 528) navajata, da je pogostost uporabe posameznih orodij po vrstah trgov naslednja:

- trg končnih potrošnikov: oglaševanje, pospeševanje prodaje, osebna prodaja in odnosi z javnostjo;
- medorganizacijski trg: osebna prodaja, pospeševanje prodaje, oglaševanje in odnosi z javnostjo.

Za področje trženja zdravil, ki so zelo specifičen proizvod, lahko rečemo, da so vsa orodja trženjskokomunikacijskega spleta zastopana, a se moramo zavedati, da je osebna prodaja ključna na trgu končnih potrošnikov in na medorganizacijskem trgu.

2.1 Osebna prodaja

Osebna prodaja kot orodje tržnega komuniciranja vključuje osebni dialog med dveh osebama oz. eno osebo in skupino ljudi. Njena ključna prednost je prilagodljivost in takojšnja povratna informacija (Grivec, 2009, str. 12). Danes je to orodje, ki je uporabno na trgih končnih potrošnikov in na medorganizacijskem trgu. Pogosto je prav odnos med predstavniki podjetja in potrošniki odločilen. Ne glede na vse je danes osebna prodaja kljub hitremu razvoju novih, samopostrežnih načinov kupovanja zelo pomembna, saj nekaterih izdelkov brez ustrezno usposobljenih in zainteresiranih prodajalcev ni mogoče prodati. Sem uvrščamo tudi prodajo in izdajo zdravil.

Po Arensu (2006, str. 318-319) je osebna prodaja medosebni komunikacijski proces, znotraj katerega prodajalec prepozna in nato zadovolji potrebe potrošnika, in to na način medsebojne dolgoročne koristi za obe strani, kar prikazuje spodnja slika 1.

Slika 1: Osebna prodaja kot reševanje problemov



Vir: Blythe, J. (2006). Principles & Practice of Marketing. London: Thomson, str. 548.

Pri osebni prodaji gre torej več kot samo za prodajo, gre za medsebojni odnos, v katerem se prodajo stvari, ki jih kupec v resnici potrebuje. Prav tako ne gre za pritiske v hiter nakup ali za uporabo laži pri predstavitvi proizvodov. Uspešna osebna prodaja je namreč posledica sposobnosti prodajalca najti rešitev za kupčev problem (Blythe, 2006, str. 544-545), kar pa je pri zdravju posameznika ključno. Poleg splošno znanih situacij, ko je osebna prodaja še kako pomembna (na trgih investicijskih dobrin, kjer je proces odločanja daljši; pri velikih in glavnih kupcih podjetja na medorganizacijskih trgih, kjer so vrednosti večje in je število kupcev manjše (Blythe, 2006, str. 544; Fill, 2002, str. 691-692); pri po meri narejenih izdelkih in/ali dragih, novih in kompleksnih izdelkih, kjer oglas ne more posredovati dovolj informacij; če je kupcev malo in so ti geografsko zelo razpršeni (Fill, 2002, str. 693), je osebna prodaja pomembna tudi povsod tam, kjer kupci že po naravi pričakujejo visoko raven osebnega stika (Grlica, 2002, str. 72). V vseh teh situacijah prodajalci pomagajo potrošniku odkriti problem in mu ponudijo informacije o potencialnih rešitvah (Arens, 2006, str. 319). Sklenemo lahko, da ima osebna prodaja naslednje prednosti (Arens, 2006, str. 320; Fill, 2002, str. 688, 690-691; Potočnik, 2002, str. 139):

- ustvarja osebni stik in s tem možnosti za hitro prilagajanje potrebam porabnika, saj lahko prodajalec opazuje govorico telesa oz. (kot rečemo) bere med vrsticami;
- za razliko od množičnih medijev je tu potrošnik usmerjen samo na prodajalca;

- za razliko od ostalih orodij komuniciranja sta povratni odziv in analiza posredovanega sporočila mogoča takoj in neprestano;
- omogoča različna razmerja med sodelujočimi – od površinskih do poglobljenih odnosov, zato ni nujno, da se prodaja izvrši danes, gre namreč za odnos;
- prodajalec lahko sporoča večje količine informacij, prav tako so mogoči prikazi delovanja, in to na način, ki ga nasprotna stran razume, pri tem lahko kupec izdelek celo prime ali testira.

Ravno zato je osebna prodaja močan instrument prodaje, ki je najbolj učinkovit v zadnji stopnji nakupnega procesa (Fill, 2002, str. 689). Seveda pa je pogosto osebna prodaja uspešnejša in lažja, če cilje komuniciranja organizacije posredujejo tudi s pomočjo drugih orodij trženjskega komuniciranja. To pa, kot že rečeno, velja tudi za trg zdravil. Kot zdravilo velja vsaka snov ali kombinacija snovi, ki so predstavljene z lastnostmi za zdravljenje ali preprečevanje bolezni, prav tako pa tudi vsaka snov ali kombinacija snovi, ki se lahko uporablja pri ljudeh ali živalih z namenom, da bi se ponovno vzpostavile, izboljšale ali spremenile fiziološke funkcije ali da bi se določila diagnoza (ZZdr-1, Uradni list RS št. 31/2006).

3 Trženjsko komuniciranje na področju zdravil

Zdravila niso navaden izdelek, saj se moramo zavedati, da na eni strani rešujejo življenja, na drugi pa so lahko tudi nevarna. Zato morajo biti pravila o informiranju potrošnikov strogo določena. Zdravila na recept niso pralni prašek in jih po besedah potrošniških organizacij tudi ne bi smeli prodajati na takšen način. Zato je treba potrošnike zaščititi in jim zagotoviti neodvisno informiranje o zdravilih (<http://www.zps.si/nega-sport-zdravje/zdravila/amandma-o-zdravilih-na-recept.html?Itemid=627>). Zavedati se je namreč treba, da primarni namen oglaševanja farmacevtov ni informirati, ampak, podobno kot pri ostalih proizvodih, vplivati na preference potrošnika do blagovne znamke (Diehl et al., 2008, str. 104). Zato je trženjsko komuniciranje farmacevtskih podjetij, ki se nanašajo neposredno na zdravila, močno omejeno. Danes je tako oglaševanje na tem področju najbolj svobodno v ZDA in na Novi Zelandiji, kjer je oglaševanje zdravil na recept dovoljeno tudi končnim potrošnikom. Tu so se izdatki za oglaševanje zdravil v samo štirih letih več kot potrojili (Mintzes et al., 2003, str. 405). V Sloveniji je oglaševanje zdravil na recept dovoljeno samo strokovni javnosti in še to le pod posebnimi pogoji, medtem ko se zdravila brez recepta lahko oglašujejo tudi končnim potrošnikom. Ne glede na to pa tudi tu veljajo določena pravila, ki so povzeta v nadaljevanju.

3.1 Oglaševanje zdravil v Sloveniji

Podrobnejši pogoji in načini oglaševanja zdravil so v Sloveniji urejeni z zakoni in tudi s kodeksi, npr. v osmem poglavju Zakona o zdravilih – ZZdr-1 (Uradni list RS

št. 31/2006; Uradni list RS št. 45/2008), dodatno pa tudi s Pravilnikom o oglaševanju zdravil (Uradni list RS št. 105/2008; Uradni list RS 105/2010).

Zakon o zdravilih in tudi Pravilnik o oglaševanju zdravil pojem oglaševanje razume širše, kot ga razumemo v trženju, in sicer kot vse oblike obveščanja, vključno z obveščanjem od vrat do vrat, propagiranjem ali spodbujanjem, ki je namenjeno pospeševanju predpisovanja, izdajanja, prodaje ali uporabe zdravil. Pri tem posebej poudarjata, da mora oglaševanje vzpodbujati njihovo smotrno uporabo, pri čemer mora biti zdravilo predstavljeno objektivno in brez pretiravanja o njegovih lastnostih. Prav tako oglaševanje ne sme biti zavajajoče glede koristi ali tveganja pri uporabi zdravil, pri čemer je treba upoštevati celovitost oglasa in vtis sporočila. Seveda pa se lahko oglašuje samo tista, ki imajo dovoljenje za promet z zdravili.

Glede na ciljne skupine se oglaševanje zdravil deli na:

- ☐ oglaševanje v širši javnosti – so laične skupine in posamezniki ter
- ☐ oglaševanje v strokovni javnosti – osebe, pooblaščenice za predpisovanje in izdajanje zdravil.

Na podlagi ZZdr-1 in Pravilnika je v širši javnosti dovoljeno oglaševati le zdravila, ki se izdajajo brez recepta in za katera v dovoljenju za promet tako odloči organ, pristojen za zdravila. Prepovedano je oglaševanje in objavljane informacij v širši javnosti o zdravilih, ki vsebujejo psihotropne ali narkotične snovi.

Oglaševanje zdravil brez recepta v širši javnosti ne sme vsebovati podatkov, ki (Zakon o zdravilih, Uradni list RS št. 31, 24. 3. 2006):

- ☐ dajejo vtis, da je posvet z zdravnikom nepotreben;
- ☐ nakazujejo, da so učinki jemanja zdravila absolutno zagotovljeni, da nima neželenih učinkov ali da je boljše kakor drugo zdravilo ali enakovredno drugemu zdravljenju ali drugemu zdravilu;
- ☐ nakazujejo, da se zdravje osebe lahko izboljša le zaradi jemanja oglaševanega zdravila;
- ☐ nakazujejo, da bi se zdravje osebe lahko brez jemanja oglaševanega zdravila poslabšalo;
- ☐ so usmerjeni izključno ali pretežno k otrokom;
- ☐ se sklicujejo na priporočila znanstvenikov, strokovnjakov s področja humane medicine ali v javnosti znanih drugih oseb, ki bi zaradi svojega medijskega vpliva lahko spodbujali porabo zdravil;
- ☐ nakazujejo, da je zdravilo živilo, kozmetični ali drug potrošniški izdelek;
- ☐ nakazujejo, da sta varnost in učinkovitost posledica naravnega izvora zdravila;
- ☐ bi zaradi opisa ali podrobne predstavitve anamneze lahko privedli do napačne samodiagnoze;
- ☐ uporabljajo neprimerne, vznemirljive ali zavajajoče izraze o možnostih okrevanja ali uporabljajo neprimerne, skrb vzbujajoče ali zavajajoče izraze, slikovne predstavitve sprememb v telesu, ki jih je povzročila bolezen ali poškodba oz. delovanje zdravila na telo ali dele telesa.

Prav tako pa mora oglaševanje vsakega zdravila brez recepta v širši javnosti vsebovati tudi vidno in čitljivo pisno, slikovno ali govorno opozorilo o pomenu navodila za uporabo, ki je priloženo zdravilu in se glasi pri zdravilu za uporabo v humani medicini: »Pred uporabo natančno preberite navodilo! O tveganju in neželenih učinkih se posvetujte z zdravnikom ali s farmacevtom«.

Zakon tudi posebej prepoveduje neposredno razdeljevanje zdravil končnim uporabnikom v promocijske namene. Slednje pa ni prepovedano pri oglaševanju v strokovni javnosti. Tej skupini potrošnikov lahko imetniki dovoljenja za promet oglašujejo zdravila, ki so pridobila to dovoljenje, v strokovnih publikacijah, pa tudi z neposrednim obveščanjem oseb, ki so pooblaščenice za predpisovanje in izdajanje zdravil, in dajanjem vzorcev. Ob tem Pravilnik o oglaševanju zdravil (Uradni list RS št. 105/2008) posebej nalaga, da mora oglaševalec poskrbeti, da je kakršno koli oglaševanje v strokovni javnosti namenjeno in posredovano samo osebam, pooblaščenim za predpisovanje oz. izdajanje zdravil. Zakon o zdravilih (Uradni list RS št. 31, 24. 3. 2006) tudi zapoveduje, da je pri oglaševanju zdravil strokovni javnosti prepovedano dajati, ponujati ali obljubljeni darila, finančne ugodnosti ali materialne koristi, razen če so te male vrednosti in se lahko uporabljajo za opravljanje dejavnosti. Prav tako pa morajo biti promocijska srečanja strogo omejena na strokovni namen srečanja, pri čemer jih morajo biti deležne samo osebe, pooblaščenice za predpisovanje in izdajanje zdravil.

3.2 Oglaševanje zdravil v svetu

Čeprav je oglaševanje zdravil regulirano povsod po svetu, pa raziskave potrošniških organizacij marsikdaj odkrivajo »napake« na tem področju. Tako je Svetovna potrošniška organizacija Consumers International izdala poročilo, v katerem med drugim razkriva, da farmacevtska podjetja zdravnikom ne podarjajo zgolj simboličnih daril. Še posebej pa je skrb zbujačoča ugotovitev, da je zaradi agresivnega oglaševanja neposredno zdravstvenim delavcem predpisanih kar 50 % napačnih zdravil. Tako je kar polovica zdravnikov, ki je v eni izmed držav v razvoju sodelovala v raziskavi, potrdila, da farmacevtska podjetja vplivajo na njihove odločitve pri predpisovanju zdravil (<http://www.zps.si/nega-sport-zdravje/zdravila/darila-zdravnikom-ogrozajo-sistem-zdravstva-v-drzavah-v-razvoju.html?Itemid=627>). Zato je upravičena zahteva po popolni prepovedi vseh daril za zdravnike.

Na tem področju se nekaj dogaja že v ZDA, kjer so julija 2008 objavili načrte za popolno prepoved daril, ki jih farmacevtska podjetja podarjajo zdravnikom. Objavi so sledile napovedi številnih farmacevtskih podjetij, da bodo javno razkrile, katera strokovna zdravniška srečanja sponzorirajo in v kakšni višini. Podobne aktivnosti načrtujejo tudi v Avstraliji (<http://www.zps.si/nega-sport-zdravje/zdravila/oglasevanje-zdravil-v-evropi-se-naprej-netran-sparentno.html?Itemid=627>). Na drugi strani pa farmacevtska podjetja v Evropi še vedno ne želijo razkriti podatkov o višini in vrsti sponzoriranja združenj medicinskih delavcev in združenj bolnikov. Vse to pa bi lahko vplivalo na odnose med zdravniki in bolniki.

4 Komunikacija: pacient – farmacevt, farmacevtsko podjetje – zdravnik ter pacient – zdravnik

Sodobna komunikacijska tehnologija omogoča, da posameznik informacije o čemer koli, torej tudi o zdravilih, dobiva od koder koli in kadar koli. Tako poleg oglaševanja, torej sporočil, ki so pod kontrolo oglaševalca, na posameznikovo ravnanje vplivajo tudi drugi viri informacij – klepetalnice, socialna omrežja, forumi ... Vse to prihaja na področju zdravil zelo do izraza, saj je posameznik vedno bolj vključen v skrb za svoje zdravje in potek zdravljenja.

Sekcija farmacevtov javnih lekarn pri Slovenskem farmacevtskem društvu je v letu 2011 naredila raziskavo med slovenskimi potrošniki o izdelkih za samozdravljenje in načinih informiranja glede njihove uporabe. Raziskava, ki je bila izvedena na naključno izbranem vzorcu 222 odraslih prebivalcev Slovenije, je pokazala, da Slovenci informacije o samozdravljenju najpogosteje iščejo pri zdravnikih (73 odstotkov) in lekarniških farmacevtech (72 odstotkov). Temu sledijo farmacevtski tehniki v lekarni (62 odstotkov) ter medicinske sestre in osebje v specializirani trgovini (42 odstotkov) (Pustavrh, 2011).

V nadaljevanju je raziskava pokazala, da informacije potrošniki iščemo tudi na internetu ter pri prijateljih in znancih. Pri tem imajo za enkrat še vedno večji vpliv slednji, saj pri njih išče informacije 60 odstotkov anketirancev, medtem ko na internetu informacije o samozdravljenju išče »le« 51 odstotkov anketirancev. Ne glede na vse pa se posamezniki najbolj zanašajo na lastne izkušnje (Pustavrh, 2011). Kljub dostopnosti raznovrstnih informacij pa se je kar 86 odstotkov anketirancev popolnoma ali delno strinjalo s trditvijo, da mora lekarniški farmacevt vedno svetovati pri izdaji zdravil na recept ter 80 odstotkov anketirancev tudi s trditvijo, da mora farmacevt vedno svetovati pri izbiri zdravil brez recepta. Odgovori raziskave so tudi pokazali, da več kot 85 odstotkov vprašanih hkrati tudi meni, da je farmacevt strokovnjak, ki največ ve o zdravilih. Raziskava je poleg tega pokazala, da se vprašani zavedajo nujnosti spremljanja interakcij med zdravili. Kar 80 odstotkov se jih je namreč deloma ali popolnoma strinjalo s trditvijo, da mora biti lekarniški farmacevt seznanjen z vsemi zdravili, ki jih posameznik uporablja, saj lahko le tako ustrezno svetuje o uporabi zdravil brez recepta (www.sfd.si/.../raziskava__sporocilo__za_javnost.doc). Pustavrhova (2011) v nadaljevanju tudi pravi, da si anketiranci največ informacij želijo prav o medsebojnem učinkovanju zdravil in možnih neželenih učinkih. Po mnenju skoraj 90 odstotkov anketirancev lekarniški farmacevti pri izdaji zdravil ustrezno svetujejo in tako bolnikom omogočajo odgovorno samozdravljenje.

Na podlagi te raziskave so ugotovili, da je v zadnjih 12 mesecih zdravila brez recepta uporabilo 76 odstotkov anketirancev. V raziskavi so proučevali tudi, kateri so dejavniki, ki najbolj vplivajo na izbiro zdravila brez recepta. Rezultati so pokazali, da na to pri Slovencih v najbolj vplivajo osebne izkušnje, saj se nanje zanaša 45 odstotkov vprašanih. Osebnim izkušnjam sledita nasvet lekarniškega farmacevta (20 odstot-

kov) in nasvet zdravnika (13 odstotkov) (Pustavrh, 2011). Do nekoliko drugačnih ugotovitev je v letu 2006 prišla Zveza potrošnikov Slovenije, ki je raziskavo izvedla med 357 anketiranci. V tem primeru so anketiranci pri izbiri zdravila brez recepta najbolj upoštevali nasvet farmacevta v lekarni (70 odstotkov), 20 odstotkov jih je upoštevalo svoje pretekle izkušnje, kar 10 odstotkov pa se jih je odločalo o zdravilu na podlagi oglasov (Šmid Božičević, 2006, str. 36).

Glede na podatke raziskave se je torej treba zavedati pomena odnosa med lekarniškimi delavci in pacientom/potrošnikom in tako skrbeti za dvigovanje kakovosti lekarniških storitev.

Raziskava je pokazala, da je treba izboljšati tudi sodelovanje med lekarniškimi farmacevtskimi podjetji in zdravniki. Več kot polovica anketirancev se je namreč deloma ali popolnoma strinjala s trditvijo, da je med obema premalo sodelovanja (Pustavrh, 2011).

Med farmacevtskimi podjetji in zdravniki ter farmacevtski v lekarnah poteka prava osebna prodaja – prepričati ciljno publiko, da ravno njihov izdelek najboljše zadovolji določeno potrebo oz. da so ravno zdravila njihove blagovne znamke najboljše na posameznem področju. Pri neposrednem obveščanju oseb, pooblaščenih za predpisovanje in izdajanje zdravil, je treba poskrbeti, da so vse informacije točne, nedvoumne, aktualne in preverljive, da omogočajo oceno delovanja in terapevtske vrednosti zdravila (Pravilnik o oglaševanju zdravil, Uradni list RS št. 105/2008). Dodatno pa se morajo farmacevtska podjetja pri komunikaciji z zdravniki držati tudi naslednjih pravil:

- oglaševanje zdravil z neposrednim obveščanjem oseb, ki so pooblaščen za predpisovanje in izdajanje zdravil in opravljajo zdravstveno dejavnost v okviru mreže javne zdravstvene službe, se lahko izvaja le v času strokovne priprave na delo, ki ni namenjen neposrednemu delu s pacienti;
- predstaviti morajo podatke o zdravilu v skladu z odobrenim povzetkom glavnih značilnosti zdravila;
- prepovedano je, da se osebam, pooblaščenim za predpisovanje in izdajanje zdravil daje, ponuja ali obljublja darila, denarne ugodnosti ali prejeme v naravi, razen če so ti majhne oz. simbolične vrednosti in se lahko uporabljajo za opravljanje dejavnosti.
- proizvajalci zdravil lahko omogočajo osebam, pooblaščenim za predpisovanje ali izdajanje zdravil, pridobivanje dodatnega znanja o novih dognanjih v zvezi z zdravili, a to ne sme prekoračiti strokovnih in znanstvenih ciljev takšnega izobraževanja;
- le izjemoma so dovoljeni brezplačni vzorci zdravil, in sicer le v primeru, ko je treba pacienta poučiti o načinu uporabe.

Prav tako pa velja, da morajo strokovni sodelavci prenesti imetniku dovoljenja za promet z zdravilom povratne informacije o neželenih učinkih zdravila, kakor tudi vse druge klinično pomembne informacije v zvezi z uporabo zdravila, ki jih dobijo v okviru teh obiskov.

Natančno določanje pogojev svetovalcev pri zdravnikih je toliko pomembnejše zaradi rezultatov raziskav, ki so pokazale, da tudi majhna darilca vplivajo na to, da zdravnik predpiše prav zdravilo določenega proizvajalca (<http://www.zps.si/nega-sport-zdravje/zdravila/farmacevtska-industrija-vec-denarja-za-oglasovanje-kot-za-raziskave-in-razvoj.html?Itemid=627>).

Na koncu celotne verige predpisovanja zdravil pa pridemo do pacienta/potrošnika. Ta prihaja pred potrošnjo zdravil v kontakt z zdravnikom in s farmacevtom v lekarni. Komunikacija med zdravnikom in pacientom je še kako pomembna, saj je vrsta in količina predpisanih zdravil odvisna ravno od zdravnika, ki pa se pri predpisovanju zdravil ne obnašajo vedno racionalno. Po besedah Poplas Susičeve (2010) bi včasih le pogovor s pacientom prihranil predpis zdravila. Včasih pa je predpisovanje zdravil nujno. V teh primerih mora zdravnik upoštevati naslednje (Pravilnik o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini; Uradni list RS št. 86/2008):

- uporabnika mora o predpisanem zdravilu ustrezno informirati, vključno z možnostjo zamenjave v okviru seznama medsebojno zamenljivih zdravil in potrebnih doplačil;
- na receptu mora jasno in popolno navesti navodilo o odmerjanju in načinu uporabe zdravila;
- kadar zdravilo predpiše le za občasno uporabo (po potrebi), mora navesti največji dnevni odmerek zdravila za uporabnika.

5 Namesto zaključka

Vidimo, da je področje trženjskega komuniciranja po posameznih državah urejeno različno, a vseeno natančno. Kljub vsemu pa so farmacevtska podjetja pri posredovanju informacij ciljni publiki zelo inovativna. Tako vsi udeleženci temu področju posvečajo veliko pozornosti. Zavedajo se namreč, da je odgovornost za celostno obravnavo pacienta na vseh vpletenih; to so farmacevtska podjetja, lekarniški farmacevti in zdravniki. Seveda pa ob tem ne smemo pozabiti vloge posameznika, torej vloge pacienta/potrošnika, ki je prvi odgovoren za svoje zdravje.

LITERATURA

1. Arens, F. W. (2006). Contemporary advertising. Boston (Mass.): McGraw-Hill.
2. Blythe, J. (2006). Principles & practice of marketing. London: Thomson.
3. Clow, K. in Baack, D. (2007). Integrated advertising, promotion, and marketing communications. Upper Saddle River (N. J.): Pearson, Prentice Hall.
4. Diehl, S. et al. (2008). Consumer responses towards non-prescription and prescription drug advertising in the US and Germany. They don't really like it, but they do believe it. International Journal of Advertising, 27 (1), 99–131.

5. Fill, C. (2002). Marketing communications: contexts, strategies and applications. Harlow: Financial Times, Prentice Hall.
6. Florjančič, J. in Ferjan, M. (2000). Management poslovnega komuniciranja. Kranj: Moderna organizacija.
7. Grivec, M. (2009). Tržno komuniciranje in etično sporna dejanja ponudnikov na trgu. Magistrsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
8. Grlica, Z. (2002). Osnove trženja. Interno gradivo za višješolski program komercialist. Celje: Poslovno-komercialna šola Celje, Višja strokovna šola.
9. Kotler, P. (2004). Management trženja. Ljubljana: GV Založba.
10. Kotler, P. in Keller, K. L. (2009). Marketing management. Upper Saddle River (N.J.): Pearson Prentice Hall.
11. Lamb et al. (2009). Essentials of marketing. Mason: South-Western.
12. Mintzes, B. et al. (2003). How does direct-to-consumer advertising (DTCA) affect prescribing? A survey in primary care environments with and without legal DTCA. Canadian Medical Association or its licensors, 169 (5), 405–412.
13. Poplas Susič, T. (2010). Posebnosti predpisovanja zdravil v družinski medicini (DS). Spletna stran: www.mf.uni-lj.si/dokumenti/3c6043ac8feb08681ae8b36b27f405b4.pdf [Citirano 10. 9. 2012 ob 21.00 uri].
14. Potočnik, V. (2002). Temelji trženja: s primeri iz prakse. Ljubljana: GV Založba.
15. Pravilnik o oglaševanju zdravil (2008). Uradni list RS, št. 105.
16. Pravilnik o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini (2008). Uradni list RS, št. 86.
17. Pravilnik o spremembah Pravilnika o oglaševanju zdravil (2010). Uradni list RS, št. 105.
18. Pustavrh, N. (2011). Raziskava ob 7. dnevu slovenskih lekarn. Spletna stran <http://www.viva.si/Novice/7768/Raziskava-ob-7-Dnevu-slovenskih-lekarn> [Citirano 20. 8. 2012 ob 15.45 uri].
19. Schiffman, L. G. et al. (2008). Consumer behaviour: a european outlook. Harlow: FT Prentice Hall.
20. Šmid Božičević, U. (2006). Farmacevtska industrija: več denarja za oglaševanje kot za raziskave in razvoj? VIP, 4/2006, 34-36.
21. www.sfd.si/.../raziskava_sporoilo_za_javnost.doc [Citirano 10. 9. 2012 ob 20.20 uri].
22. Zakon o zdravilih (2006). Uradni list RS, št. 31.

Malči Grivec, MA

Personal selling of drugs and its importance

KEY WORDS: marketing communication, personal selling, drugs, consumer, give advice

ABSTRACT - Today, the offer of various products is increasingly greater and the consumer often has difficulties in choosing an appropriate product. The same applies to the market of medicines and medicine aids. In all these cases, personal sellers are of key importance because they can have a great influence on the choice through advice. There are two types of personal selling: the personal selling to professional public and end users. On the one hand, the personal selling to the professional public is clearly legally regulated and, on the other hand, this cannot be said for the personal selling to end users. The latter are largely left to the judgement of individuals who give advice in pharmacies and specialised shops. People daily use more and more drugs prescribed by the doctor or bought by themselves. Consequently, offering advice in selling medicines is very important because there may be undesired mutual effects of various medicines. The paper describes the general attitude of consumers towards marketing communication in connection with over-the-counter drugs, by putting emphasis on personal selling. In addition, it presents the findings in this field from the viewpoint of pharmacists.

Vpliv izobraževanja na kakovost zdravstvene nege dementnih oseb

UDK 616.892.3+616-083.37

KLJUČNE BESEDE: izobraževanje, dementne osebe, zdravstvena nega, zdravstveni delavci

POVZETEK - Število starejšega prebivalstva v razvitem svetu in tudi v Sloveniji narašča. Deleža oseb, starih nad 60 oz. nad 80 let, se bosta do leta 2060 povečala za 17,8 % oz. 10,6 %. Z višanjem življenjske dobe se spreminjajo telesne in duševne sposobnosti. Ena takšnih sprememb, ki s starostjo strmo narašča, je demenca. Z upadanjem duševnih in telesnih sposobnosti se povečuje odvisnost od okolice in povečuje potreba po zdravstvenem varstvu. Največ časa z dementnimi osebami preživijo člani negovalnega tima, ki pri svojem delu poleg splošnega znanja iz zdravstvene nege potrebujejo še veliko specialnega znanja, empatijo, fleksibilnost in poznavanje različnih metod in tehnik dela z dementnimi osebami. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kako člani negovalnega tima v Domu starejših občanov Črnomelj poznajo demenco, potek bolezni ter njene posledice. Zanimalo nas je, če poznajo metode in tehnike dela z dementnimi in koliko znanja o demenci in zdravstveni negi oseb z demenco potrebujejo. V raziskavi smo uporabili deskriptivno metodo dela. Podatki so bili zbrani s pomočjo anonimnega anketnega vprašalnika, ki je obsegal 24 vprašanj. Ugotovili smo, da večina članov negovalnega tima ima znanje o demenci, nima pa dovolj znanja o različnih metodah in tehnikah dela z dementnimi osebami in si želi dodatnega izobraževanja, s čimer bi prispevali k dvigu kakovosti življenja in bivanja oseb z demenco v domu starejših občanov.

1 Uvod

Slovenska družba se, tako kot druge v razvitem svetu, stara. S staranjem prebivalstva se je povečala tudi obolevnost za boleznimi, ki so značilne za starostno obdobje, kamor nedvomno spada tudi demenca (Pečjak, 2007). Ta je pridobljena in ves čas napreduje. Je posledica več kot 100 različnih bolezni. Najpogostejša oblika je Alzheimerjeva bolezen, ki prizadene dve tretjini pacientov. Epidemiološke študije kažejo, da se število pacientov z demenco po 65. letu vsakih pet let podvoji. Razširjenost bolezni eksponentno narašča, tako da po 80. letu zboli že več kot 30 % starostnikov (Jurekovič, 2004).

Pri demenci gre za postopni splošni ali žariščni upad kognitivnih funkcij, kot so upad spomina, zaznavanja, presoje in načrtovanja. Zelo značilne so tudi spremembe v obnašanju in čustvovanju (Pečjak, 2007).

Zaradi poslabšanja zdravstvenega stanja, postopne odvisnosti pri posameznih življenjskih aktivnostih in ko svojci v domačem okolju ne morejo nuditi ustrezne pomoči, se odločijo za domsko varstvo, kjer se od članov negovalnega tima pričakuje prijaznost, razumevanje, pomoč, zaupnost in sposobnost poslušanja (Habjanič, 2011). Stanovalce z demenco v domovih starejših občanov negujejo predvsem medicinske sestre, zdravstveni tehniki in negovalci ter oskrbovalci. Zaposleni na teh

delovnih mestih potrebujejo veliko znanja, potrpežljivosti in energije za tovrstno delo (Milošević in Mali, 2005).

Zdravstvena nega in oskrba v domovih starejših občanov temelji pretežno na uveljavljenem medicinskem modelu, ki zagotavlja zadovoljevanje potreb glede na deficit v zdravju (Kobentar in Muhič, 2011). Razvoj sodobnih konceptov dela z osebami z demenco pa gre bolj v psihosocialno in ne medicinsko terapevtsko obravnavo (Kavčič idr., 2011). Hrastar (2006) ugotavlja, da iz novejših raziskav pomoči osebami z demenco, ki so nameščene v ustanovah za starejše, izhaja, da ni več pomembno samo poskrbeti za njihove osnovne življenjske potrebe, pač pa je pozornost usmerjena h kakovosti njihovega življenja. Pri tem ima poleg splošnih pogojev bivanja posebej pomembno mesto negovalno osebje, njegova profesionalna usposobljenost ter čustven odnos do dementnih. Starostnika z demenco spremljajo različni stadiji bolezni in vsak potrebuje drugačen pristop s strani negovalnega tima (Brložnik, 2006). Pomembna naloga članov negovalnega tima je zadovoljevanje pacientovih potreb s pomočjo terapevtske komunikacije, odnosa in interakcije med njimi. Komunikacija in terapevtski odnos med člani negovalnega tima in pacientom sta osnova za kakovostno zdravstveno nego (Harih, 2009). Ena od metod dela z dementnimi osebami je validacija, ki jo je razvila Naomi Feil in omogoča komuniciranje med osebo z demenco, svojci in negovalnim osebjem (Van Hulsen, 2010).

Z raziskavo smo želeli ugotoviti usposobljenost članov negovalnega tima za delo z dementnim starostnikom. Zanimalo nas je, če so seznanjeni s sindromom demence, ali imajo dovolj specifičnega znanja za delo s takimi osebami, ali oziroma koliko se čutijo uspešni pri prepoznavi potreb teh oseb in komunikaciji z njo ter če potrebujejo dodatno izobraževanje o temah, ki pokrivajo to področje. Raziskavo smo izvedli v Domu starejših občanov Črnomelj med člani negovalnega tima, ki neposredno delajo z dementnimi stanovalci.

2 Starost in staranje

Neizogiben proces pri vseh živih bitjih je staranje, ki poteka od rojstva do smrti (Acceto, 1987). Starost in staranje ni bolezen, temveč le programiran fiziološki proces, ki je zapisan v dedni zasnovi. Temeljna značilnost staranja je upočasnitev različnih procesov, ki vzdržujejo celostno delovanje človeškega telesa, s čimer se zmanjša delovanje različnih organskih sistemov. Starejši organizem ima zmanjšano odpornost in je dovzetnejši za bolezenske spremembe (Ramovš, 2005). Regoršek (2005) navaja, da s staranjem slabijo moči za telesno delo in napore, peša spomin in druge duševne zmožnosti, upada večina zmožnosti, ki je potrebna za ustvarjalno spreminjanje resničnosti.

Staranje prebivalstva pomeni povečanje deleža prebivalstva, starejšega od 65 let (Cijan in Cijan, 2003). Prebivalstvo v Evropi se stara in Slovenija ni izjema. Po napo-

vedih bo leta 2060 v Sloveniji že tretjina prebivalstva ali 589.900 ljudi starejših od 65 let. Zaskrbljujoče je tudi dejstvo, da zelo hitro narašča število starejših od 80 let (Vertot, 2010).

Demografski trendi v Sloveniji sledijo evropskim. Leta 1948, v prvem popisu prebivalstva po drugi svetovni vojni, je delež ljudi, starejših od 65 let, komaj presegel sedem odstotkov. Ob zadnjem popisu leta 2002 se je ta delež že podvojil in približal 15 odstotkom (Vertot, 2010). V naslednjih 50 letih se bo zelo pomembno spremenila starostna sestava prebivalstva Slovenije. Leta 2010 so starejši (stari 65 ali več let) predstavljali 16,5 % prebivalstva, leta 2060 pa bo v tej starostni skupini skoraj vsak tretji prebivalec Slovenije.

Z večanjem deleža starejših od 65 let se večja tudi pojav duševnih bolezni. Ena najbolj pogostih je demenca, ki je dandanes pomemben javnozdravstveni problem, saj se le-ta povečuje skladno z višanjem starosti (Pregelj, 2006).

3 Demenca

Po Kogoju (2009) je demenca skupek bolezenskih znakov, ki jih povzroča možganska bolezen. Ta je običajno kronična in progresivna ter prizadene možgane posredno ali neposredno. Za demenco je značilen upad spoznavnih (kognitivnih) sposobnosti, predvsem spominskih, ki se sprva nanaša le na pomnjenje in priklic davnih dogodkov. Poleg motnje spomina je opazno osiromašeno razmišljanje, zmanjšana sposobnost orientacije, razumevanja, računskih zmožnosti, učnih sposobnosti, govornega izražanja in presoje. Upad omenjenih spoznavnih sposobnosti prizadene dnevne dejavnosti in opazno zmanjša sposobnosti za obvladovanje čustev, socialnega vedenja ter motivacije. Demenco praviloma spremljajo tudi vedenjske in psihične spremembe, ki niso le posledica motenj zavesti. Praviloma se začne neopazno in postopoma napreduje, v manj značilnih primerih pa je začetek nenaden, s kasnejšimi upadi v zagonih ali tudi brez njih.

Degenerativna obolenja centralnega živčnega sistema so najpogostejši vzrok za nastanek demence. Alzheimerjeva bolezen je vzrok za več kot polovico demenc. Z leti incidenca strmo narašča, zato je starost najpomembnejši dejavnik tveganja, pomembna pa je tudi družinska anamneza (Adams, 2009). Prevalenca demence s starostjo strmo narašča. V starostni skupini 65-69 let je 1,8 % demenčnih, v starosti 75-79 let jih je 7,0 % in v starosti 85-89 let 20,9 % (Kogoj, 2011).

Glede na vzrok demence delimo na primarne in sekundarne. Primarne oblike (85 %) so: degenerativne (50 %), vaskularne (20 %) in mešane oblike (15 %). Sekundarnih oblik demenc pa je 15 % (Van Hulsen, 2010).

Večina avtorjev govori o treh stopnjah oziroma stadijih demence. Naomi Feil, ameriška gerontologinja in sociologinja, je za boljše delo z ljudmi z demenco le-to raz-

delila na 4 stadije, ki pomagajo pri razvrščanju stanj, v katerih se ljudje trenutno nahajajo.

4 Institucionalno varstvo

Institucionalno varstvo se v Sloveniji zagotavlja na podlagi Zakona o socialnem varstvu. Izvajalci storitev so domovi za starejše, posebni socialnovarstveni zavodi, socialnovarstveni zavodi za usposabljanje in nadomestne oblike bivanja in oskrbe.

Domsko varstvo je po merilih Organizacije združenih narodov namenjeno približno 5 % starostne populacije nad 65 let. Podobno kot ostala razvita Evropa ima tudi Slovenija kapacitete za tolikšen delež starih ljudi (Pečjak, 2007).

Ob začetku leta 2010 je bilo v Sloveniji na voljo 19 087 mest v 94 domovih in posebnih zavodih na 112 lokacijah. Od tega je (po podatkih Skupnosti socialnih zavodov) v javnih domovih za starejše 13 706 mest v 55 zavodih na 73 lokacijah, v zasebnih domovih za starejše 3 865 mest pri 34 izvajalcih s koncesijo na 34 lokacijah in posebnih zavodih za odrasle 1 516 mest v 5 zavodih na 5 lokacijah.

Z raziskavo (Delo z dementnimi osebami: priprava modela obravnave dementnih oseb), ki so jo v letu 2003 in 2004 izvajali na Fakulteti za socialno delo, so ugotovili, da je bilo v letu 2002 po podatkih, ki so jih pridobili, v domovih za starejše v Sloveniji od skupno 14 945 stanovalcev 3 018 dementnih, kar znese 20,8 %. Mali (2008) navaja, da je delež dementnih oseb po domovih različen, od 1,97 % do 46,1 %.

Pri obravnavi dementnih je v domovih za starejše najpomembnejši celosten pristop, usmerjen na posameznika in njegove specifične omejitve v zmožnosti samooskrbe ter na aktualne potrebe po pomoči pri izvajanju vseh življenjskih aktivnosti (Kavčič et al., 2011).

5 Metode

Namen raziskave je ugotoviti poznavanje demence in posebnosti dela z dementnimi osebami pri članih negovalnega tima v DSO Črnomelj ter pomena izobraževanja za tako delo in na podlagi tega ugotoviti morebitno potrebo po dodatnem izobraževanju in usposabljanju.

Uporabili smo deskriptivno metodo dela, kot instrument kvantitativne raziskave pa smo uporabili anketni vprašalnik, sestavljen iz 24 vprašanj odprtega in zaprtega tipa, odgovore na nekatera vprašanja pa so anketirani posredovali s pomočjo Likertove lestvice stališč. Anketni vprašalnik je bil anonimen in uporabljen izključno kot vir podatkov za raziskavo. Anketirali smo člane negovalnega tima in sodelavce v Domu starejših občanov Črnomelj, ki ga sestavljajo diplomirane medicinske sestre, sre-

dnje medicinske sestre oz. zdravstveni tehniki, negovalci in strežniki. Soglasje za izvedbo raziskave smo si pridobili pri vodstvu Doma starejših občanov Črnomelj. Anketirancem je bila zagotovljena anonimnost in možnost odklonitve sodelovanja v raziskavi. Razdeljenih je bilo 46 anketnih vprašalnikov in v za to pripravljeno skrinjico so bili vrnjeni (pravilno izpolnjeni) vsi. S tem je bila zagotovljena anonimnost. V zdravstveno negovalni enoti je skupno zaposlenih 59 delavcev, 57 jih neposredno izvaja zdravstveno nego in oskrbo starostnika z demenco. Pri raziskavi je sodelovalo 46 (80,7 %) zaposlenih v zdravstvenonegovalni enoti. V timu prevladujejo ženske in več kot 50 % je starejših od 40 let. Več kot tretjina (39,1 %) jih ima več kot 20 let delovnih izkušenj v domu starejših občanov. Večina anketirancev, ki neposredno izvaja zdravstveno nego dementnega starostnika, ima končano srednjo poklicno in srednjo tehniško šolo.

6 Rezultati in razprava

V raziskavi smo si zastavili štiri vprašanja, na katera smo odgovore dobili z anketnim vprašalnikom.

1. Ali člani negovalnega tima vedo, kaj je demenca, kakšni so znaki te bolezni in njene posledice?

Iz odgovorov sledi, da je večina anketirancev (87 %) seznanjena s tem, kaj je demenca. 60,9 % anketiranih je doživelo prvi stik z dementno osebo v službi, kjer so si tudi med delom pridobili potrebno znanje, s čimer se strinja 80,4 % anketiranih. Čeprav so prepričani v svoje znanje o demenci, pa so manj prepričani v svojo usposobljenost za delo z dementnimi osebami, saj jih le dobra polovica (56,5 %) meni, da so usposobljeni.

Sklepamo lahko, da je večina znanje o demenci in delu z dementnimi osebami pridobila pri delu, ki ga opravljajo, in da so to zaposleni, ki spadajo v kategorijo starejših delavcev z daljšo delovno dobo v DSO, saj se z demenco in problemi, povezanimi z boleznijo, zdravstvo in sociala intenzivno ukvarjata zadnjih 10-15 let. Po literaturi sodeč se s tem, kako naj se pristopa k dementnemu, njegovim svojcem ter okolju, v katerem živijo, veliko ukvarjajo strokovnjaki s socialnega področja, kar je po svoje razumljivo, ker večina oseb z demenco živi doma s svojci. In ko to ni več možno, osebe z demenco dobijo pomoč v institucijah, ki so pod okriljem Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve. V institucijah za potrebe oseb z demenco skrbijo predvsem zdravstveni delavci z različnimi stopnjami izobrazbe.

Zdravstvena nega zahteva veliko znanja, spretnosti, empatije, potrpljenja in moči. Pri delu moramo upoštevati individualni pristop in ga prilagoditi posameznikovim sposobnostim. Pri osebi z demenco je to še posebej pomembno, saj bolezen poteka v več stadijih, ki zahtevajo različne tehnike pri delu. Da pravilno prepoznamo trenutni stadij bolezni posameznika, njegove potrebe in s tem uskladimo intervencije, je

potrebno teoretično poznavanje bolezni in tehnik dela, saj le tako omogočimo tem osebam kakovostno življenje in olajšamo delo sebi ter ob dobrih rezultatih dosežemo obojestransko zadovoljstvo.

Starostnikov z demenco glede njihove stopnje bolezni in zmogljivosti samooskrbe ne moremo enačiti z ostalimi starostniki, ki so sposobni še marsičesa. To smo ugotovili zaposleni v zdravstvenonegovalni enoti pri večletnem delu kljub pomanjkanju znanja o demenci. Že od začetka delovanja Doma starejših občanov Črnomelj pred 23-imi leti so bili naši stanovalci tudi starostniki z demenco. Takrat se o tej bolezni v izobraževalnih programih še ni poučevalo. Pri delu s takimi osebami nismo uporabljali nobenih posebnih pristopov, obravnavani so bili kot ostali starostniki. Težko je bilo razumeti, zakaj pri dementnih osebah prihaja do tipičnih pojavov, kot so nemir, nenehno ponavljanje istih besed, kričanje, beganje, mazanje z blatom. Ob delu smo »spoznavali« demenco in njene posledice ter se skozi izkušnje učili, kako pristopiti k posamezniku v določeni situaciji, da bomo vzpostavili pravilen odnos in komunikacijo ter zagotovili potrebno intervencijo, ne da bi s tem povzročili dodatni nemir ali celo agresijo.

V zadnjih 10 letih pa se o demenci veliko govori v strokovnih krogih in v medijih. Nekajkrat je bilo organizirano tudi izobraževanje, kjer so bile obravnavane teme s področja demence. To je potrdilo naše ugotovitve, pridobljene med delom in poglobilo znanje za delo z dementnimi osebami. Člani tima so večinoma prepričani, da vedo o demenci dovolj, bilo pa bi zanimivo narediti poglobljeno raziskavo, mogoče v obliki testa, s katerim bi potrdili ali pa ovrgli to prepričanje. Na podlagi pridobljenih rezultatov bi lahko v zavodu pripravili program izobraževanja, ki bi se ga udeležili vsi zaposleni v zdravstvenonegovalni enoti in sodelavci v drugih enotah, ki imajo stik s stanovalci.

2. Ali člani negovalnega tima poznajo tehnike dela z dementnimi?

Iz odgovorov anketirancev ugotovimo, da ne poznajo različnih tehnik dela z dementnimi osebami. Večina (84,78 %) jih meni, da so sposobni empatičnega odnosa, torej, da se vživijo v položaj osebe, s katero delajo, in verjetno so zato tudi uspešni pri prepoznavi potreb starostnikov z demenco in tudi pri komunikaciji z njimi.

Temeljno za delo s starostnikom je najverjetneje znanje iz zdravstvene nege, pridobljeno v času šolanja, ter izkušnje, ki so jih pridobili pri vsakdanjem večletnem delu. Da 12 (26,1 %) anketiranih ne ve, kaj je celostni pristop, nam da vedeti, da nimajo bodisi klasične zdravstvene izobrazbe bodisi so končali formalno izobraževanje, preden se je proces zdravstvene nege uveljavil v slovenskem prostoru.

Validacija po Naomi Feil pa je večini (65,2 %) čisto nepoznana tehnika dela, čeprav je najbolj znana in uveljavljena metoda dela z dementnimi osebami, ki jo lahko uspešno uporabimo v procesu zdravstvene nege, z njo pa smo veliko uspešnejši pri komunikaciji in pri ugotavljanju potreb dementnega starostnika. Menimo, da bi morali vse, ki delajo z dementnimi osebami, poučiti o tehniki validacije, saj so zdravstveni delavci, ki znajo validirati, sposobni vživljanja v svet oseb z demenco in pri svojem

delu izhajajo iz njega. Gre za to, da dejansko sprejemamo stanje take osebe, izhajamo iz njene biografije, omogočamo ji primerno življenjsko okolje in maksimalno kakovost življenja kljub posledicam osebnostnega propadanja. Osebi z demenco torej damo veljavo, jo spoštujemo in spremljamo na njeni poti.

Če bi anketirane povprašali, ali poznajo še kakšno tehniko/metodo dela z dementnimi osebami, kot so bazalna stimulacija, ehologična metoda, terapija spominjanja, bi najverjetneje dobili negativen odgovor. Na podlagi odgovorov lahko ugotovimo, da bi bilo zelo smiselno izvesti interno izobraževanje tako glede zdravstvene nege in procesa kot tudi drugih tehnik dela z dementnimi.

3. Ali je zdravstvena nega starostnika z demenco zahtevnejša/težja kot zdravstvena nega starostnika brez demence?

Da je zdravstvena nega starostnikov z demenco v primerjavi z ostalimi tako psihično kot fizično težja/zahtevnejša, potrjujejo tudi člani negovalnega tima v Domu starejših občanov Črnomelj. Kar 71,8 % se jih s tem popolnoma strinja, ostali, razen enega, se strinjajo oziroma delno strinjajo. Iz odgovorov je razvidno, da je tudi fizična obremenjenost večja, vendar manj kot psihična.

Delo s starostnikom, ki ima motnje v spominu, mišljenju, orientaciji, dojemanju, govorjenju in sposobnosti presoje, je vsekakor bolj zahtevno kot delo s starostnikom brez teh težav. Tako je pri delu z dementnimi osebami potrebna večja sposobnost primerne komunikacije, pravilni pristop, potrpljenje, in več časa v različnih stadijih bolezni, pri »zdravem« starostniku pa vse to sploh ni potrebno oziroma ne vzame toliko časa, saj je komunikacija »normalna«.

Da se je za pomanjkanje časa kot najpogostejšo težavo pri delu z dementnimi odločilo največ respondentov (73,7 %), nam potrdi dejstvo, da je dejansko potrebno več časa za vzpostavitev komunikacije, ugotavljanje potreb in izvedbo potrebnih intervencij pri osebi z demenco. Posledica tega je preobremenjenost in pomanjkanje kadra, kar je oboje prisotno. Kadrovske normative za zdravstvene delavce v domovih za starejše so nerealni, saj že dolgo ne izvajamo samo posamezne zdravstvene intervencije, ampak zelo zahtevno zdravstveno nego starostnikov in invalidov, ki potrebujejo pomoč pri opravljanju vseh osnovnih življenjskih funkcij (24-urno spremljanje in izvajanje nege in oskrbe).

Zdravstvena nega starostnika z demenco zahteva veliko več časa in temu bi morali prilagoditi kadrovske normative, da bi se lahko delo opravilo na primeren način. Za zagotovitev učinkovitejšega dela so poleg sprememb kadrovskih in prostorskih normativov ter prilagoditve organizacije dela predhodno potrebne še spremembe na področju zakonodaje. Glede na trenutno krizno situacijo bomo žal morali na to še nekaj časa počakati.

Če pa se poleg pomanjkanja časa, preobremenjenosti in pomanjkanja kadra pojavi še pomanjkanje znanja o pravilnih pristopih oz. reagiranju ob določenih trenutkih, je delo z dementnimi zelo oteženo.

4. Ali člani negovalnega tima potrebujejo dodatno znanje o demenci in zdravstveni negi takih starostnikov?

Člani negovalnega tima v Domu starejših občanov Črnomelj potrebujejo in želijo dodatno znanje o demenci in zdravstveni negi starostnika z demenco. Strinjajo se, da to potrebujejo in, da bi se vsi, ki so zaposleni v domu starejših občanov, morali dodatno izobraževati. To dokazujejo tudi odgovori 22-ih anketirancev, ki so se že udeležili dodatnega izobraževanja o delu z dementnimi in jim je novo znanje pomagalo pri delu, saj so ga uspešno aplicirali v delovni proces.

Dobro je, da se zavedajo pomembnosti kontinuiranega izobraževanja in si tega želijo, saj ima zdravstvena nega starostnika z demenco svoje posebnosti, ki zahtevajo kakovostno obravnavo, obvladovanje posebnih veščin, usmerjeno strokovno izobraževanje in usposabljanje. Ker vemo, da se bo število starejših povečevalo in da se bo hkrati povečal tudi odstotek dementnih oseb ter jih bo vse več v oskrbi institucionalnega varstva, je smiselno, da se usmerjeno izobražuje kader, ki dela neposredno s takimi osebami, saj bo le s primerno izobrazbo in usposobljenostjo obvladal in razumel probleme, ki nastajajo ob obravnavi le-teh.

Pomembno se nam zdi tudi, da se zaposlujejo tisti, ki imajo primerno izobrazbo (zdravstveno), ki se z dodatnim izobraževanjem s področja demence sposoben delati z dementnimi, za kar je potrebno znanje in zmožnost empatije oz. poseben »čut« zanje. Da je za kakovostno delo z dementnimi pomembna kadrovska zasedba, se strinja tudi Kitwood (1997) in dodaja, da neprimerni zaposleni neugodno vplivajo na delovni proces in na osebe z demenco.

7 Zaključek

S staranjem prebivalstva se napoveduje tudi porast števila starostnikov z demenco, s tem pa tudi potreba po razumevanju demence in njenih posledic v kliničnem okolju ter v domačem in institucionalnem varstvu.

Dobra ozaveščenost in izboljšanje razumevanja demence omogočajo zgodnjo diagnostiko in razvoj zdravljenja demence ter nege in oskrbe v vsakem okolju, kar je cilj, h kateremu stremimo, da bi omogočili čim kakovostnejše življenje osebe z demenco, po možnosti čim dlje v domačem okolju.

S povečanjem števila starostnikov z demenco narašča tudi verjetnost, da se bodo medicinske sestre pri svojem delu prej ali slej srečale z njimi. Zelo pomembno je, da one in vsi člani zdravstvenonegovalnih timov razumejo demenco in njen vpliv na paciente, njihove družine in okolje, v katerem se nahajajo. Z dobrim poznavanjem bolezni, njenih znakov, posledic in tehnik dela z dementnim, imajo medicinske sestre možnost, da se pravilno odzovejo na težave, ki se pojavijo v različnih stadijih bolezni in čim bolj učinkovito in kakovostno zadostijo potrebam oseb z demenco. Poznavanje in razumevanje demence pri starostniku ter posluh za njegove težave

pomaga medicinski sestri pri vzpostavitvi boljšega odnosa s pacientom in njegovimi svojci, s tem pa tudi izvajanje in zagotavljanje kakovostnejše zdravstvene nege.

Delo z dementnimi osebami zahteva veliko znanja, ustrezne terapevtske komunikacije, sposobnost empatije, etične in moralne kvalitete. Je zahtevno, odgovorno in stresno. Zato je zelo pomembno, da se zaposleni kontinuirano izobražujejo in usposabljaajo za delo, saj je to eden od pomembnih faktorjev, ki vplivajo na dolžino in kakovost življenja oseb z demenco. Glede na predvidevanja o porastu števila dementnih bi bilo treba organizirati več izobraževanj in omogočiti udeležbo čim večjemu številu oseb, ki delajo s takimi osebami.

LITERATURA

1. Acceto, B. (1987). Starost in staranje. Ljubljana: Cankarjeva založba.
2. Adams, T. (2009) The person with dementia. V P. Barker (ur.), *Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2nd ed., (str. 293-301). London: Edward Arnold.
3. Brložnik, M. (2006). Patronažna zdravstvena nega pacientov z demenco. V *Timska obravnava pacienta z demenco in timska obravnava pacienta z depresijo* (str. 23-30). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija patronažnih medicinskih sester.
4. Cijan, V., Cijan, R. (2003). Zdravstveni socialni in pravni vidiki starostnikov. Maribor: Visoka zdravstvena šola.
5. Habjanič, A. (2011). Zdravstvena nega v domovih za starejše z vidika stanovalcev, sorodnikov in negovalnega osebja. *Obzornik zdravstvene nege* 45 (1), 39-47.
6. Harih, M. (2009). Terapevtska komunikacija pri starostniku z demenco. V L. Leskovic, J. Tršek (ur.), *Starost - izziv ali problem sodobne družbe* (str. 238-251). Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih.
7. Hrastar, F. (2006). Spodbujanje empatičnega odnosa pri osebah z demenco. *Izobraževalni program za delo z osebami z demenco*. Neobjavljeno delo.
8. Jurekovič, T. D. (2004). Preventiva staranja in demence. V J. Tršek (ur.), *Sodobni pristopi obravnave dementnih oseb v socialnih zavodih* (str. 11-14). Ljubljana: Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih.
9. Kavčič, Z., Sunko, B., Hozjan, A., Koren, M., Mazil, B., Krajnc, M. et al. (2011). Usmeritve za delo z osebami z demenco na področju institucionalnega varstva starejših: Delovno gradivo. *Skupnost socialnih zavodov Slovenije*. Neobjavljeno delo.
10. Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. London: Biddles Ltd.
11. Kobentar, R., Muhič, G. M. (2011). Sodobni pogledi obravnave oseb z demenco. V Wirth, K. (ur.), *Celostna obravnava starostnika z demenco* (str. 24-33). Ljubljana: Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih.
12. Kogoj, A. (2009). Demenca. V P. Pregelj (ur.), *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju* (str. 85-89). Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana.
13. Mali, J. (2008). *Od hiralnic do domov za stare ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

14. Milošević, A. V. in Mali, J. (2005). Skrb za osebe z demenco v slovenskih domovih starejših občanov. V I. Velikonja (ur.), Zdravstveni, pravni in socialni vidiki obravnave oseb z demenco (str. 50-65). Ljubljana: Spominčica - Slovensko združenje za pomoč pri demenci.
15. Pečjak, V. (2007). Psihologija staranja. Bled: Samozaložba.
16. Pregelj, P. (2006). Demenca - vrste, klinična slika, diagnostika, terapija. V Timska obravnava pacienta z demenco in timska obravnava pacienta z depresijo (str. 3-5). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija patronažnih medicinskih sester.
17. Ramovš, J. (2005). Medčloveški in medgeneracijski odnosi - pogoj za kakovostna poznejša leta. V J. Turk (ur.), Zdrava poznejša leta (str. 293-307). Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.
18. Regoršek, V. (2005). Stari ljudje v Sloveniji danes in jutri. V M. Muršec (ur.), Ali smo pripravljeni na starost jutrišnjega dne? (str. 1-6). Maribor: Splošna bolnišnica Maribor.
19. Splošno o domovih in posebnih zavodih. Skupnost socialnih zavodov. Pridobljeno 25. 5. 2011 s <http://www.ssz-slo.si/slo/main.asp?id=2361E17F>.
20. Število oskrbovancev v domovih starejših občanov po spolu in dopolnjenih letih starosti v Sloveniji za leto 2009. Statistični urad Republike Slovenije. Pridobljeno 7. 6. 2011 s http://pxweb.stat.si/pxweb/Dialog/varval.asp?ma=1262301S&ti=&path=../Database/Dem_soc/12_socialna_zascita/02_soc_varstvo/12623-socio-DOM/&lang=2.
21. Van Hulsen, A. (2010). Zid molka. Logatec: Firis Imperl & Co.
22. Vertot, N. (2010). Starejše prebivalstvo v Sloveniji. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.
23. Vertot, P. (2009). Prebivalstvo Slovenije danes in jutri, 2008-2060. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.

Marinka Jankovič, Marija Bohinc, PhD

The effect of education on the quality of nursing care for patients with dementia

KEY WORDS: education, person with dementia, nursing care, health professionals

ABSTRACT - The number of senior citizens in the developed world is growing steadily and the trend is the same in Slovenia as well. The proportion of people aged over 60 and over 80 will increase by 2060 by 17.8 % and 10.6 % respectively. Higher life expectancy is a cause for changes in physical and mental abilities. A change that increases rapidly with old age is dementia. With a decrease in mental and physical abilities, the dependence on the surroundings grows and the need for health care becomes all the more necessary. In these institutions, they spend most of their time with members of the nursing team, who incorporate the basic knowledge of health care in their work as well as a lot of special skills and knowledge, empathy, flexibility and the knowledge of various techniques of working with people suffering from dementia. In the study thesis, we wanted to determine if the members of the nursing team in the Črnomelj residential home know what dementia is and what the course and signs as well as the consequences of this illness are. We wanted to find out if they are familiar with the methods and techniques of working with patients with dementia and if they need or strive to have additional knowledge about dementia and health care of the elderly with dementia. In our research, we used the descriptive method of work. The data was collected by an anonymous questionnaire which consisted of 24 questions. We came to a conclusion that most members of the nursing team have sufficient knowledge about dementia, but they lack knowledge in various forms of working with patients with dementia and most of them believe that additional training would be necessary to raise the quality of life and residence of the elderly with dementia in a residential home.

Varnejši transport življenjsko ogroženega pacienta

UDK 616-083.98+614.883

KLJUČNE BESEDE: predvidljivost, dogodki, urgenca, transport, bolniki, intenzivna terapija

POVZETEK - Ugotavljali smo, kako varen je transport na Oddelku intenzivne terapije (OIT) v UKC Ljubljana in kako pogosti so zapleti med urgentnim transportom življenjsko ogroženega bolnika. Preučili smo tudi naravo in vzroke zapletov, nepredvidljive dogodke, vlogo medicinske sestre in izide zapletov pri življenjsko ogroženem bolniku. Uporabljali smo deskriptivno metodo s študijem domače in tuje strokovne in znanstvene literature. Opravljeno je bilo tudi anketiranje 40 medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, ki so neposredno vključeni v transport življenjsko ogroženih bolnikov. Medicinska sestra na mesec opravi v OIT največ 15 transportov. Do zapletov največkrat pride zaradi kardiorespiratorne nestabilnosti bolnika in prenehanja delovanja monitorja in transportnega mehanskega ventilatorja. Redkeje je vzrok zapleta izpad drenažnih sistemov, žilnih katetrov, zapora umetne dihalne poti in ekstubacija. Transport življenjsko ogroženega bolnika predstavlja veliko tveganje. Podatki iz tuje literature potrjujejo, da se zdravstveni delavci tudi v drugih državah sveta soočajo s podobnimi zapleti pri transportu življenjsko ogroženega. Prav tako navajajo, da k zmanjšanju zapletov pripomore ustrezno usposobljeno in dovolj številno zdravstveno osebje, ki sodeluje pri transportu, ustrezna in dobro vzdrževana oprema ter izdelane smernice in protokoli za transport življenjsko ogroženega bolnika. Tudi beleženje zapletov pomaga pri izboljšanju bolnikove varnosti pri transportu.

1 Uvod

Med osnovnimi življenjskimi aktivnostmi posameznika je izogibanje nevarnostim v okolju. To aktivnost seveda zdrav posameznik uspešno zadovoljuje sam. Življenjsko ogrožen pacient pa je pri zadovoljevanju življenjskih aktivnosti popolnoma odvisen od medicinske sestre. Na oddelku za anestezijo in intenzivno terapijo operativnih strok so sprejeti odrasli kirurški pacienti, ki so zaradi odpovedi enega ali več organov oz. organskih sistemov neposredno življenjsko ogroženi. Najpogostejši so nevrokirurški pacienti, politravmatizirani, abdominalni, torakalni in pacienti, ki so v programu presaditve čvrstih organov. V sklopu zdravljenja življenjsko ogroženih pacientov se v terapevtske in diagnostične namene izvajajo različni transporti. Največ jih opravijo na Inštitut za radiologijo, kjer se izvajajo računalniška tomografija (CT), magnetna resonanca, angiografija, vstavljanje filtra v spodnjo veno kavo, ultrazvočno vodene punkcije in drenaže iz telesnih votlin in pa transporti v centralni operacijski blok in centralni urgentni blok. Pacienti so večinoma tudi med transportom globoko uspavani ter mehansko predihavani. Običajno imajo v telo vstavljene različne katetre, drene, sonde, elektrode. Zaradi poškodb in zdravljenja bolezenskega stanja zahtevajo ustrezne terapevtske položaje. Medicinska sestra je odgovorna za varen transport z ustrezno pripravo pacienta in aparatur, ki omogočajo optimalno respiracijsko funkcijo, neprekinjen nadzor vitalnih funkcij (mobilni monitoring), optimalno

lego bolnika, ustrezno pričvrstitev in pregled delovanja uvedenih katetrov (arterijski kateter, osrednji venski kateter, PICCO kateter, ICP elektroda) in drenažnih sistemov ter pravilno aplikacijo zdravil med transportom (Kodila, 2008).

Medicinska sestra (MS) ima pri zagotavljanju varnosti veliko vlogo. Vnaprej lahko predvideva določene zaplete in se na njih tudi ustrezno pripravi. Vendar pa so prisotne tudi okoliščine, na katere sama večinoma ne more vplivati, kot so motnje v delovanju aparatur, zapore dihalne poti. Namen tega prispevka je ugotoviti, kako varen je transport življenjsko ogroženega pacienta na oddelku za intenzivno terapijo (OIT).

2 Varen transport življenjsko ogroženega pacienta

Na OIT je več razlogov za transport pacienta, npr. sprejem, diagnostični postopki, operativni posegi, premeščanje znotraj oddelka in premestitev na oddelok, ko se njegovo stanje izboljša. Za varen transport pacienta se uporabljajo določene smernice:

1. Življenjsko ogroženega pacienta, ki je mehansko predihavan, spremljata vsaj ena ali več MS, zdravnik anesteziolog, dva bolničarja oz. spremljevalca.
2. Pri transportu je na razpolago reanimacijski voziček, ročni dihalni balon s kisikovim rezervoarjem in obrazno masko (ambu) in stetoskop.
3. Med transportom so pacientu zagotovljeni isti pogoji kot na oddelku, npr. neprekinjen nadzor vitalnih funkcij, enaka oblika mehanske ventilacije, neprekinjena aplikacija potrebnih zdravil in celostno opazovanje pacienta.
4. Usklajena je organizacija med OIT in radiološkim inštitutom ali operacijskim blokom – časovna usklajenost.
5. Zagotovljeno mora biti brezhibno delovanje vseh transportnih aparatur.
6. Uporabljeni morajo biti standardi zdravstvene nege in smernice za preprečevanje prenosa okužb.

Fizična priprava

Tu gre za zagotovitev optimalne dihalne funkcije. MS pred transportom izvede traheobronhialno aspiracijo in aspiracijo izločkov iz ust. Pripravimo dve polni kisikovi jeklenki in transportni mehanski ventilator. Preverimo delovanje ročnega dihalnega balona in ga namestimo k pacientovemu vzglavju. Po končani pripravi na transport pacienta zdravnik preklopi iz obpostelnega mehanskega ventilatorja na transportni. Preden zapustimo sobo, preverimo, da se pacient ustrezno predihava. Za zagotavljanje hemodinamske stabilnosti moramo zagotoviti neprekinjen dotok vazoaktivnih substanc in drugih infuzijskih tekočin. Neprekinjen nadzor vitalnih funkcij zagotovimo z mobilnim monitoringom, ki je lahko invazivni in neinvazivni (utrip in krivulja EKG, RR, SpO₂, ICP). Sem spada tudi zagotovitev optimalne lege in pričvrstitve katetrov in drenažnih sistemov, dajanje intravenozne terapije po zdravnikovih navodilih, skrb za pacientovo intimnost. Če se pacientu stanje tik pred transportom poslabša, najprej poskrbimo za stabilizacijo njegovega stanja. Pri določenih prei-

skavah, kot je magnetna resonanca, ne smejo biti prisotne kovine, o tem se že prej pozanimamo pri svojcih. Pri pacientih s prisotnimi okužbami upoštevamo ukrepe za preprečevanje prenosa. Že pri dogovarjanju za preiskavo obvestimo ekipo o okužbi. Posebej smo pozorni na razkuževanje in čiščenje pripomočkov. Uporabljamo dihalni sistem za enkratno uporabo in zaprt sistem aspiracije. Poznavanje pacientove medicinske dokumentacije, njegovega zdravstvenega stanja in negovalnih problemov, razloga za izvedbo določene preiskave, poznavanje delovanja aparatur in pripomočkov in znanje o temeljnih postopkih oživljanja, so najpomembnejši za varen transport. V pripravo na varen transport spada fizična in tudi psihična priprava pacienta, če je le-ta buden.

AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) uporablja za organizacijo varnega transporta smernice, ki vsebujejo vprašalnik s 5 W vprašanji, in sicer zakaj (why), kdo (who), kaj (what), kdaj (when) in kje (where). S tem vprašalnikom ocenijo, če lahko zagotovijo vse potrebno za varen transport pacienta. Vprašanja so usmerjena k pacientu, njegovemu stanju, kakšno korist bi mu transport prinesel, kdo bo spremljal pacienta, kakšna oprema je potrebna za tak transport, kdaj bo potekal transport in posebne priprave na transport (Darcy, 2010).

Pomembne smernice varnega transporta so:

- ☐ komunikacija in koordinacija
- ☐ usposobljen kader
- ☐ oprema za transport
- ☐ nadzor pacienta med transportom.

Primer kontrolne liste za varen transport življenjsko ogroženega pacienta:

Sistematično preverjanje točk pred transportom

Oprema/priprava pacienta:

- ☐ identifikacija pacienta
- ☐ priprava pacienta na specifične preiskave (MRI)
- ☐ zdravila, O₂ in funkcionalna oprema

Dihanje:

- ☐ zavarovana umetna dihalna pot
- ☐ mehanska ventilacija, prilagojena pacientu (vključeni alarmi)
- ☐ pripomočki za intubacijo, ročni dihalni balon, prenosni aspirator

Aplikacija zdravil:

- ☐ zavarovan centralni venski kateter
- ☐ zdravila (reanimacijska zdravila, analgezija, sedacija)

Alarmi:

- ☐ nastavljeni na določene meje in aktivirani

Drenažni sistemi:

- ☐ pričvrščeni in zavarovani

Transportni tim

Minimalno trije člani:

- ☐ MS, ki vodi pacienta
- ☐ izkušen zdravnik, ki pozna pacientovo zdravstveno stanje
- ☐ spremljevalec, ki skrbi za reanimacijski voziček

Organizacija transporta

- ☐ potrditev ure transporta
- ☐ urejena transportna pot, delujoča dvigala
- ☐ funkcionalnost opreme

Stabilnost pacientovega stanja

Priprava, prilagojena stanju pacienta:

- ☐ dihanje (tubus, torakalni dreni, ujemanje pacienta z mehanskim ventilatorjem)
- ☐ hemodinamsko stanje
- ☐ nevrološko stanje: zenice, Glasgow Coma Scale, intrakranialni tlak
- ☐ sedacija, analgezija, hipotermija: predvidevanje in preprečevanje
- ☐ pravilen terapevtski položaj.

Sistematično preverjanje točk po transportu pacienta:

A: Airways (urejena umetna dihalna pot in pripomočki za predihavanje)

B: Breath (učinkovit sistem predihavanja in nadzor)

C: Circulation (delovanje prenosnega monitorja, stabilen krvni tlak, urejen venski pristop)

D: Disconnect: preklon električnih naprav in O₂ v stensko napeljavo

E: Eyes: prenosni monitor, viden transportnem timu za neprekinjen nadzor

F: Fulcrum: kontrola vseh točk (Benoit et al., 2010).

3 Metode dela

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela s študijem domače in tuje strokovne in znanstvene literature. Pri iskanju literature so bili uporabljeni različni sistemi in podatkovne baze kot so COBISS.SI, Pub Med, Pub Med Central, Medline ter oddelčna knjižnica. Podatki za raziskavo pa so bili dobljeni s pomočjo anketnega vprašalnika z osmimi vprašanji zaprtega in odprtega tipa. Razdeljenih je bilo 40 anketnih vprašalnikov. Anketirane osebe so bile medicinske sestre in zdravstveni tehniki, zaposleni na oddelku intenzivne terapije.

4 Rezultati

Vrnjenih je bilo vseh 40 anket, med katerimi 3 niso bile popolno izpolnjene. Med anketiranimi je bilo 73 % žensk in 27 % moških. Starost anketirancev je med 22 in

56 let. Po delovni dobi je največ anketirancev zaposlenih od 1 do 3 leta, in sicer 14 (38 %), 4 do 7 let 6 (16 %), 8 do 11 let 4 (12 %), 12 do 15 let 5 (13 %) in nad 16 let 8 (21 %). Mesečno posameznik opravi od nič do največ 15 transportov življenjsko ogroženega bolnika na različne diagnostike in nujne terapevtske posege.

Med zapleti, ki so bili v anketi navedeni in obravnavani kot predvidljivi, so največkrat izpostavili (tabela 1) kardiorespiratorno nestabilnost bolnika, takoj zatem prenehanje delovanja monitorja in respiratorja, sledijo pa izpadi žilnih katetrov, drenažnih sistemov, zapora umetne dihalne poti in ekstubacija pacienta. Kot vzrok zapletov so napisali, da je to najpogostejše zaradi nestabilnega hemodinamskega stanja bolnika pred transportom, premalo sediranega in analgeziranega pacienta, motenj tehnične narave (med katere je šteta slaba oprema, nedelovanje monitorja ali mehanskega ventilatorja), slabe priprave na transport (pogosto zaradi nenadnega poslabšanja, ki zahteva hitro diagnostiko).

Med nepredvidljive zaplete, ki niso bili naštet v zaprtem tipu vprašanja, so navedli še neusposobljenost in pomanjkanje izkušenj mladih zdravnikov specializantov za vodenje transporta življenjsko ogroženega bolnika, slaba organizacija (neupoštevanje dogovorjene ure preiskave), ozki prehodi do mesta preiskav, slaba koordinacija med prelaganjem bolnika na preiskovalno ali operacijsko mizo, nepazljivost medicinske sestre. V dveh primerih navajajo, da je bilo treba bolnika oživljati. Smrtnega primera zaradi zapleta na transportu ni bilo.

Zapleti so se hitro reševali in kasnejših resnejših težav, npr. poslabšanja bolnikovega zdravstvenega stanja in podaljšanja zdravljenja, anketiranci niso zaznali.

Tabela 1: Zapleti pri transportu

<i>Zapleti</i>	<i>f</i>	<i>f%</i>
Kardiorespiratorna nestabilnost pacienta	29	78 %
Izpad drenažnih sistemov	3	8 %
Izpad žilnih katetrov	7	19 %
Prenehanje delovanja monitorja, respiratorja	22	59 %
Ekstubacija	3	8 %
Zapora umetne dihalne poti	5	13 %

Vir: Anketni vprašalnik, 2011.

5 Razprava in sklep

Podatki iz tuje literature potrjujejo, da se tudi v drugih državah sveta zdravstveni delavci soočajo s podobnimi zapleti pri transportu življenjsko ogroženega pacienta. AIMS – ICU (Australian incident monitoring study in the intensive care) je študijo naredila v obdobju šestih let in v 39 % opisuje probleme z opremo, kot so prazne baterije, nedelovanje prenosnega monitorja in mehanskega ventilatorja. Kar v 61 % opisuje zaplete zaradi slabe komunikacije med osebjem, nezadostnim monitorin- gom, nepopolno opremo, nepravilnim položajem tubusa in nepravilnim položajem

bolnika. V 46 % je bila narava zapleta tehnične narave, v 54 % pa človeška napaka (Beckmann et al., 2004).

V Veliki Britaniji je študija potekala od avgusta 2006 do februarja 2007. Največkrat se je tudi tam izpostavil problem slabe opreme, kot so nedelovanje prenosnega monitorja, mehanskega ventilatorja, prazne baterije. Omenjeni so tudi zapleti zaradi praznih kisikovih jeklenk, dekonektiranja tubusa in infuzijskih sistemov ter poškodbe opreme med transportom (Thomas in Galvin, 2008). AACCN (American association of critical care nurses) deli zaplete na tiste, ki so odvisni od opreme, od osebja ali od pacienta.

V ospredju so še nedelovanje prenosne opreme, pri osebju nenatančen monitoring, nepravilna aplikacija zdravil, ekstubacija pacienta, izpad centralnega venskega ali arterijskega katetra. Zapleti, odvisni od pacienta, pa so povezani z njegovim zdravstvenim stanjem, npr. povečana potreba po kisiku, aspiracija, motnje srčnega ritma, podhlajenost, nevrološke spremembe (Darcy, 2010). Rezultati kažejo, da je pri nas v ospredju kardiorespiratorna nestabilnost bolnika.

Kritično bolni oz. življenjsko ogroženi bolniki potrebujejo intenzivno zdravljenje, ki med drugim zajema podporo kardiocirkulatornega sistema z vazoaktivnimi zdravili, daljši čas terapijskega mirovanja s pomočjo sedativov in analgetikov, mehansko predihavanje in stalen nadzor s pomočjo vedno večjega števila tehnološko izpopolnjenih aparatov. Medicinska sestra mora največkrat s seboj na transport vzeti kompletno kontinuirano intravensko terapijo, to pomeni stojalo z infuzijskimi črpalkami, kar predstavlja dodatno obremenitev. Organizacija transporta življenjsko ogroženega pacienta mora biti izpeljana tako, da prevoz poteka kar se da hitro, neovirano in varno. Pred transportom je zato vedno treba predvideti čas za pripravo.

Medicinska sestra preveri reanimacijski voziček, aparature, infuzije in infuzorje, vzame s seboj dihalni balon, preveri kisikove jeklenke, zagotovi optimalno lego bolnika ter vseh katetrov in drenažnih sistemov. Kardiorespiratorna nestabilnost pacienta je problem, ki ga kljub dobri pripravi, pogosto ne moremo hitro rešiti. V takih primerih je za varnega poteka transporta potrebno večje število medicinskih sester. Seveda pa se pogosto zatakne, ker oddelek trpi zaradi splošnega pomanjkanja medicinskih sester.

Drugi problem, ki se je izpostavil v anketi, je slaba oprema oz. nedelovanje le-te. Vse prenosne aparature delujejo na baterije, ki morajo biti napolnjene, da aparatura deluje v času transporta. Kljub stalnemu napajanju še vedno pride do prenehanja delovanja. Vsaka aparatura ima tudi določeno dobo, v kateri proizvajalec zagotavlja brezhibno delovanje. Pogostost uporabe, način rokovanja medicinskega osebja, ki ima različne delovne izkušnje, in nerednost v servisiranju aparatov, so prav gotovo dejavniki, ki se slej ko prej pokažejo kot nepredvidljiv zaplet pri transportu.

V svetu uporabljajo smernice oz. protokole za varnejši transport življenjsko ogroženega bolnika. Poudarjajo usposobljenost kadra, check liste pred transportom in po končanem transportu ter seveda najboljšo možno opremo (Jonathan et al., 2008).

LITERATURA

1. Beckmann, U., Gillies, D. M., Berenholz, S. M., Wu, A. W. in Pronovost, P. (2004). Incidents relating to the intrahospital transfer of critically ill patients. An analysis of the reports submitted to the Australian Incident Monitoring Study in Intensive Care. Pridobljeno 16. 8. 2012 s <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2044.2008.05607.x/abstract>.
2. Benoit, F., Cyril, M., Olivier, B., Thibault, D., Gilles, C. (2010). Recommendations for the intrahospital transport of critically ill patients. Pridobljeno 15. 8. 2012 s <http://ccforum.com/content/14/3/R87>.
3. Darcy, D. (2010). Keeping patients safe during intrahospital transport. Pridobljeno 14. 8. 2012 s <http://ccn.aacnjournals.org/content/30/4/18.full>.
4. Jonathan, P. N., Papson, M. B. B. S., Kassandra, L., Russel, R. N., David, McD., Taylor, M. D. et al. (2008): Unexpected events during the intrahospital transport of critically ill patients. *Academic Emergency Medicine*, 14, 574-577. Pridobljeno 14. 8. 2012 s <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1197/j.aem.2007.02.034/abstract>.
5. Kodila, V. (2008). Osnovni vodnik po kirurški enoti intenzivnega zdravljenja. Priročnik za medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana.
6. Thomas, A. N., Galvin, I. (2008). Patient safety incidents associated with equipment in critical care: a review of reports to the UK National Patient Safety Agency. *Anaesthesia*, 63, 1179-1193. Pridobljeno 20. 8. 2012 s <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2044.2008.05607.x/abstract>.

Mateja Jereb

Safer transport of critically ill patients

KEY WORDS: *expected and unexpected events, emergency transport, critically ill patients*

ABSTRACT - *The purpose of this paper is to determine how safe the transport at the Department of Intensive Therapy (DIT) of the Ljubljana University Medical Centre is and the frequency of complications during emergency transport of critically ill patients. The aim of the paper was to find out the nature and causes of expected and unexpected events, the role of nurses and the outcomes of such events. We used a descriptive method with the study of domestic and foreign professional and scientific literature. The research was conducted at the Department of Anesthesiology and Intensive Therapy of Operational Disciplines within the DIT through the survey which included 40 persons who are employed in this department. Nurses at the DIT have approximately 15 urgent transports per month. Events usually occur due to cardiorespiratory instability of the patient as well as monitor and respirator failure. Less frequently, the cause of an event is failure of drainage systems, vascular catheters, airway occlusion and extubation. Discussion and conclusions: The transport of critically ill patients poses a great risk. After comparing the data from abroad, health professionals in other countries also face similar events during the transport of critically ill patients. Trained staff, sufficient personnel, adequate and well-maintained equipment as well as defined guidelines and protocols are essential to avoid or minimise these complications. In addition, the recording of these events helps improve patient safety.*

Marija Kadović, mag.

Komunikacija u zdravstvenom timu - gdje je ostao bolesnik?

UDK 316.472.42:616-083

KLJUČNE RIJEČI: komunikacija, zdravstveni timi, timska suradnja

POVZETEK - U holističkom pristupu, bolesnik je i sam dio zdravstvenog tima i aktivno komunicira sa multidisciplinarnim timom. Interpersonalni odnosi u zdravstvenom timu uvelike utječu na bolesnikovo prihvaćanje boravka u bolnici te doživljavanje odgovornosti medicinskih sestara i liječnika. U timu je važno učinkovito integrirati vještine komunikacije u strukturirane razgovore i neverbalni pristup te imati u vidu jezične i intelektualne prepreke, koje mogu imati za posljedicu nerazumijevanje odgovornosti među kolegama i bolesnicima. Bitno je kvalitetno, točno i precizno prenošenje informacija na sve članove tima. Postoji verbalna i neverbalna komunikacija, koje se nadopunjavaju. Neverbalna komunikacija je manje kontrolirana, stoga je neposredno sredstvo priopćavanja. Zdravstvena njega je neizostavan segment u postupku zbrinjavanja bolesnika. Za njeno izvođenje su potrebne relevantne informacije, da bi njega mogla biti usmjerena na cjelokupnog bolesnika, te bazirana na dokazima. Komunikacija je uvjet za kvalitetno funkcioniranje multidisciplinarnog tima i odnos hijerarhijskih struktura. Često postoji superioran odnos u procesu rada u korist liječnika, što rezultira nedostatnom suradnjom i nerazjašnjenim odgovornostima, a na kraju – nezadovoljnim bolesnikom. U radu će se prikazati rezultati provedenog upitnika o komunikaciji u Kliničkoj bolnici »Sveti Duh« u Zagrebu. Dobra timska suradnja i komunikacija važni su čimbenici u pozitivnom ishodu liječenja bolesnika i zadovoljstva na poslu (Daniel, Rosestein, 2008).

1 Uvod

U zdravstvenom timu potrebna je integracija vještina komunikacije u strukturiranim razgovorima i neverbalnom pristupu. Potrebno je upotrijebiti komunikacijske vještine kako bi na osnovu dobivenih informacija postavili hipotezu (dijagnozu). U vidu treba imati jezične i intelektualne prepreke koje mogu imati za posljedicu nerazumijevanje, te komunicirati učinkovito (unutar i izvan timova). Paziti da bolesnici i kolege razumiju vašu ulogu te odgovornost (tko je i za što odgovoran), ponašati se prema suradnicima (na svim nivoima) s poštovanjem i prenositi im informacije precizno i točno. Nije važno samo što je rečeno (sadržaj) već i kako je to rečeno (odnos).

2 Neverbalna komunikacija

Neverbalna komunikacija je dopuna verbalnoj poruci, ponekad je i potpuno zamjenjuje. Manje je kontrolirana, stoga je neposrednije sredstvo priopćavanja. Neverbalne poruke mogu jačati, slabiti ili potpuno mijenjati izgovoreno. U neverbalnoj komunikaciji vrlo su bitni fizička udaljenost i prostorni raspored, izraz lica, pogled,

držanje i položaj tijela, dodir (Daniel, Rosenstein, 2008). Izraz lica pokazuje intenzitet i kvalitetu (ugoda, neugoda) emocija. Pokreti lica su pod jačom kontrolom svijesti nego li pokreti tijela. Žene su uspješnije od muškaraca u prepoznavanju emocija iz izraza lica i u iskazivanju empatije mimikom lica (Berwick, 1992, str. 22–8). Pogled - odabрати pravu mjeru – »uporni pogled koji pilji« može izazvati nelagodu, zato je kod uzimanja anamneze (vođenja intervjua) bolje kombinirati čitanje/pisanje bilješki i pogled. Dodir - rjeđe ga koristimo u komunikaciji, a u zdravstvenoj njezi poznajemo funkcionalni dodir (pregled, zahvat, njega), i terapijski dodir (umirivanje, ohrabrivanje, tješjenje bolesnika, itd.) (Daniel, Rosenstein, 2008).

3 Komunikacija između medicinskih sestara

Nužna je u adekvatnom zbrinjavanju bolesnika te je uvjet za kvalitetno funkcioniranje multidisciplinarnog tima. Pomaže u sprečavanju nastanka rizika u radu. Uvjet je za kvalitetan odnos između medicinskih sestara što znači da mora biti svrsishodna i informativna, sažeta i jasna (Fagin, 1992, str. 354–624). Ne smije biti komplicirana – naročito kada se radi o informacijama vezanim uz proces rada ili uz stanje bolesnika koji je u postupku zbrinjavanja. Informacije moraju biti dostupne svim profilima zdravstvenih djelatnika – ne zatajene. Dobra komunikacija znači dobru suradnju koja tim čini uspješnim, a bolesnika zadovoljnim.

Realni nedostaci komunikacije u timu su često puta neprepoznata potreba za davanjem informacija medicinskim sestrama u smjeni, neravnopravan odnos u procesu rada, gomilanje nepotrebnih podataka, situacija kada u protoku informacija sudjeluje puno djelatnika »pokvareni telefon«, ili kad postoje neidentificirani izvori informacija (Allesandra, O'Connor, 1966). Tada multidisciplinarni tim ne funkcionira.

4 Metode

4.1 Cilj istraživanja

Utvrđiti utječe li komunikacija među medicinskim sestrama na odjelu na kvalitetu odnosa medicinske sestre prema bolesniku.

4.2 Ispitanici i metode

Sudjelovalo je 40 medicinskih sestara srednje stručne спреме, više stručne спреме i visoke stručne спреме stalno zaposlenih na stacionarnim odjelima KB »Sveti Duh«, Zagreb, Hrvatska, a koristio se komunikacijski upitnik validiran od medicinskog fakulteta u Zagrebu. Upitnik je sadržavao Likertovu skalu radi lakše analize i distribucije podataka.

5 Rezultati

U istraživanju je sudjelovalo 40 ispitanika, od kojih je 29 srednje stručne spreme, a 11 više i visoke stručne spreme. 36 je bilo ženskih, a 4 muška ispitanika. Najviše ispitanika bilo je u dobnoj skupini između 21-60 godina i to na nerukovodećim radnim mjestima (rad u smjeni). Ispitivala se komunikacija među medicinskim sestrama i odnos medicinskih sestara prema bolesnicima. U komunikaciji među sestrama zamjetno je da 17 (43 %) sestara uvijek sluša mišljenja svojih suradnika, a 21 (53 %) potiče svoje suradnike na međusobno aktivno slušanje i suradnju.

U trenutku potrebe za stručnom pomoći 33 (83 %) medicinskih sestara, traži kolegicu za savjet i zahvali joj na pomoći. Dobili su se i rezultati pohvale suradnika. Medicinske sestre su vrlo afirmativno odgovorile, njih 31 (78 %) pohvali ideju svog suradnika ako misli da je dobra i pozitivna za pacijenta i timski rad. Samo 2 (5 %) medicinski sestre su izjavile da se pridružuje negativnim komentarima kojima se okrivljuje druga sestra od strane tima. Čak 37 (92 %) sestara radije pozove kolegicu na stranu i rješava problem s njom na samo. U komunikaciji medicinskih sestara s bolesnikom, 4 (10 %) ih je izjavilo da često kritizira kolegicu pred bolesnikom. Potrebama bolesnika ipak je prilagođena većina medicinskih sestara, samo njih 4 (10 %) je svjesno da ne prilagođava uvijek svoju komunikaciju potrebama i mogućnostima pacijenta. U trenutku prezauzetosti, 31 (78 %) medicinskih sestara ispriča se pacijentu i vrati čim joj to okolnosti dopuste. Na pitanje o razgovoru s pacijentom lice u lice, 32 (80 %) medicinskih sestara je izjavilo da na taj način komunicira unatoč nedostatku vremena i funkcionalnom modelu zdravstvene njege.

6 Rasprava

Na odjelima gdje postoji dobra suradnja među medicinskim sestrama, postoji i visoko kvalitetan odnos prema bolesniku. Najvažnije osobine medicinske sestre potrebne za uspješnu komunikaciju u timu su otvorenost i srdačnost, samopouzdanje, izbjegavanje stereotipija i predrasuda, empatija i aktivno slušanje, asertivnost, persuazija (Daniel, Rosenstein, 2008). Komunikaciju unutar tima uvijek može ometati specifičnost posla medicinske sestre i manjak osoblja na odjelu, stres i veliki zahtjevi, neodgovarajuća organizacija, dvosmislene i nejasne informacije. Sprječavanjem negativne komunikacije, sprječava se i mogućnost nastanka stresa na poslu i potiče se učinkovitost (Allesandra, O'Connor, 1966). Medicinske sestre su pokazale visoku kvalitetu komunikacije i odnosa prema kolegicama u timu aktivno ih slušajući i prihvaćajući njihova mišljenja. Odnos u kojem ljudi rade na rješavanju zajedničkog problema i dijele odgovornost za proces rješavanja i ishode. Pripadnik svake struke razumije i cijeni ulogu drugih stručnjaka. Pretpostavke za uspješnu suradnju zdravstvenog tima su kooperativnost, preuzimanje odgovornosti za rješavanje problema i donošenje odluka u planiranju i provođenju skrbi za bolesnika (Fagin, 1992). Za

poboljšanje komunikacije s bolesnikom koristimo sve prednosti timskog rada – zajedničko djelovanje, iskorištavamo različita znanja i vještine, radimo na otvorenim odnosima, empatiji, racionalno odlučujemo, a sve s ciljem poboljšanja timske kreativnosti. Dobra timska suradnja i komunikacija u timu su važni čimbenici u pozitivnom ishodu liječenja i zadovoljstva na poslu (Daniel, Rosenstein, 2008).

7 Zaključak

Samo timskim radom postižu se bolji rezultati i od najboljih pojedinaca. Nužna je suradnja s bolesnikom, zajednički sestrinski sastanci, konzultiranje dokumentacije medicinskih sestara. Sestrinska dokumentacija je zakonski određena i mora biti uvaženi dio bolesničke dokumentacije. Uvijek treba nastojati postići ravnopravan odnos među svim sestrama uz konzultiranje sestrinske stručne literature, sestrinskih baza podataka i izgradnju timskog rada. Tajna uspjeha nije u tome da radimo ono što volimo, već da volimo ono što radimo.

LITERATURA

1. Allesandra, T., O'Connor, M. (1966). The platinum rule: discover the four basic business personalities and how they lead you to success. New York: Warner Books.
2. Berwick, D. M. Seeking systemness. *Healthc Forum Journal*, 35, 22–8.
3. Daniel, M., Rosenstein, A. H. (2008). Professional Communication and Team Collaboration. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.
4. Fagin, C. M. Collaboration between nurses and physicians: no longer a choice. *Nurs Health Care*, 13 (7), 354–62.

Marija Kadović, MA

Communication in a health care team – where is the patient?

KEY WORDS: communication, health care team, team collaboration

ABSTRACT - In the holistic approach, the patient is part of the health care team and actively communicates with the multidisciplinary team. Interpersonal relationships in the health care team greatly affect the patient's acceptance of their hospital stay experience and the responsibilities of nurses and doctors. It is important for the team to effectively integrate communication skills into structured interviews and the non-verbal approach, and take into account linguistic and intellectual barriers that can lead to the misunderstanding of responsibility among colleagues and patients. The quality, accurate and precise transfer of information to all team members is important. There are verbal and non-verbal communication that complement each other. Non-verbal communication is less controlled and thus a direct means of communication. Nursing care is an essential element in the patient care process. It requires relevant information in order to be directed towards the whole patient, and it should be based on evidence. Communication is a prerequisite for efficient functioning of the multidisciplinary team and the relationship of hierarchical structures. There is often a superior attitude in the work process in favor of the physician, resulting in a lack of collaboration and unclear responsibilities and, finally, a disgruntled patient. The paper will show the results of the questionnaire on communication in the Clinical Hospital »Sveti Duh« in Zagreb. Good team collaboration and communication are important factors for the positive outcome of treatment of patients, and satisfaction at work (Daniel, Rosestein 2008).

Zasnova modela menedžmenta odnosov s strankami pri celostni obravnavi pacienta

UDK 614.253.8+005+659.1/.3

KLJUČNE BESEDE: pacienti, CRM v zdravstvu, ITK, konceptualni modeli

POVZETEK - Informacije in sporazumevanje s pomočjo informacijsko-komunikacijskih tehnologij (ITK) spodbujajo partnersko vlogo pacientov v zdravstveni oskrbi. Pacienti, ki aktivno uporabljajo elektronsko pošto, elektronske kartoteke in internet, še posebej, če je vse to vključeno v kakovosten in učinkovit partnerski odnos med zdravnikom in pacientom, lahko pomembno vplivajo na boljši izid svojega zdravljenja. Razmišljamo o tem, ali sistem menedžmenta odnosov s strankami (CRM – Customer Relationship Management) v zdravstvu prispeva k varnosti pacienta in boljšemu izidu zdravljenja, kako ta, v gospodarstvu uveljavljen, koncept vpeti v sistem za celostno obravnavo pacienta. To pomeni, da se ta osredotoča na paciente z željo po večji učinkovitosti, zmanjšanju stroškov, doseganju boljših rezultatov in ohranitvi njihovega zdravja. Namen prispevka je aplicirati model CRM na razmere v zdravstvu in izdelati predlog konceptualnega modela CRM za zdravstvene ustanove. Njegova preverba v praksi pa je predmet nadaljnje raziskave.

1 Uvod

Z 21. stoletjem smo vstopili v obdobje nove ekonomije, ki temelji na digitalni revoluciji. Mnoge informacije s področja zdravja so javno dostopne, kar pomeni, da so uporabniki vse bolj zdravstveno ozaveščeni, aktivno iščejo informacije, kako bi ohranjali in krepili zdravje in še zlasti, kakšne možnosti jim v primeru bolezni nudijo medicina in povezane znanosti. Zdravstveni sistemi se zato po vsem svetu soočajo s povečanim povpraševanjem državljanov po novih zdravstvenih pravicah in po njihovi univerzalni dostopnosti ter kakovosti.

V sistemu zdravstvene dejavnosti se dnevno pretaka ogromna količina podatkov in informacij, kar zahteva uporabo učinkovitih informacijsko-komunikacijskih tehnologij (IKT) in hkrati izobražene uporabnike, ki bodo lahko popolnoma izkoristili dane prednosti posameznih IT orodij. V moderni medicini so informacije multidisciplinarne in pogosto tudi multimedijske. Razdelimo jih lahko na štiri velika področja (Šlajmer-Japelj, 1999, v: Zelko, 2010, str. 7):

- znanstvene, klinične in informacije, ki jih posredujejo zdravstvene službe,
- klinični podatki o bolnikih,
- informacije za delovanje zdravstvenih ustanov,
- informacije za bolnike, zdravstvene zavarovalnice in uporabnike zdravstvenih storitev.

Gre torej za različne storitve na področju zdravstva z uporabo IKT, ne glede na to, ali so ponudniki strokovnjaki (zdravniki, zdravstveno osebje ipd.) ali laiki. V to

je vključeno sodelovanje med bolniki in ponudniki zdravstvenih storitev, medsebojno informiranje in obveščanje, prenosi podatkov, telemedicina in telenega. Ni več vprašanje, kako bo IKT delovala na zdravstvenem področju, temveč kako IKT najbolje izkoristiti. Korak naprej v tej smeri je projekt e-Zdravje, ki ga sofinancira Evropski socialni sklad. Projekt je osredotočen na informatizacijo, ki bo omogočila lažjo mobilnost in povečano varnost pacientov, zdravstvena obravnava se bo bolje prilagodila pacientovim potrebam. Zdravstvenim strokovnjakom bo omogočen dostop do različnih elementov elektronskega zdravstvenega zapisa pacienta, do elektronskih rentgenskih slik in drugih izvidov, strokovnih virov (medicinske e-knjžnice) in izobraževanja (izobraževanje na daljavo). Tudi menedžerji bodo imeli dostop do strokovnih, organizacijskih in ekonomskih informacij, kar jim bo olajšalo odločanje ([www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti / zakonodaja /Nadgradnja_zdr_sistema_do_2020/nadgradnja_zdravstvenega_sistema_do_leta_2020.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/zakonodaja/Nadgradnja_zdr_sistema_do_2020/nadgradnja_zdravstvenega_sistema_do_leta_2020.pdf)).

Menimo, da je za celostno obravnavo pacienta lahko zelo primeren širši koncept od e-Zdravja in v gospodarstvu uveljavljen koncept menedžment odnosov s strankami (CRM - Customer Relationship Management). Namen prispevka je aplicirati model CRM na razmere v zdravstvu in poudariti pomen varnosti informacij in s tem tudi varnosti pacienta. Razmišljamo o tem, kako sistem CRM vpeti v sistem za celostno obravnavo pacienta, ali sistem CRM prispeva k varnosti pacienta in boljšemu izidu zdravljenja. To pomeni osredotočiti se na pacienta, da bi povečali učinkovitost, zmanjšali stroške, dosegli kakovostnejše rezultate in rešili več življenj.

2 Razumevanje CRM

Izraz CRM se je pojavil v 90-ih letih prejšnjega stoletja na področju informatike in še danes so podjetja, ki CRM razumejo predvsem kot informacijsko tehnologijo, ki jo je moč kupiti in takoj začeti donosno uporabljati. Številni avtorji (npr. Payne in Frow, 2005; Trainor, 2012) pa ugotavljajo, da prav pomanjkanje razumevanja vodi v neuspešno uvedbo CRM v poslovanje, čeprav so bila vanj investirana velika finančna sredstva. Osnovna ideja CRM je osredotočenost na uporabnika, ki postaja pomembnejši od produktov podjetja. CRM daje pričakovane rezultate le, ko je celovito vpet v poslovanje organizacije in v sistem poslovne informatike.

Definicije CRM so številne. Zablah et al. (2004) ugotavljajo na podlagi obsežnega pregleda literature, da jih je mogoče deliti v pet skupin, ki obravnavajo CRM kot: proces, strategijo, filozofijo, sposobnost in tehnologijo. Na splošno ločimo tri vrste CRM (Xu in Walton, 2005):

- Operativni CRM: Podatki o strankah se zbirajo na različnih kontaktnih točkah (npr. klicni center, transakcije POS, telefon, elektronska pošta, medicinsko osebje ipd.) in se zapisujejo v baze, do katerih lahko dostopajo vsi, ki imajo stik s strankami. Primer: Ko stranka vzpostavi stik z organizacijo, lahko zaposleni preko

identifikatorja (npr. številke e-kartona) dostopa do celotne zgodovine podatkov o stranki.

- Analitični CRM: Podatki o strankah, zbrani v podatkovnem skladišču, omogočajo različne analize: oblikovanje profilov strank, segmentacijo, spremljanje vedenjskih vzorcev ipd. Primer: identifikacija določenih segmentov z uporabo podatkovnega rudarjenja.
- Sodelovalni CRM: CRM sistemi so integrirani znotraj podjetja in tudi v oskrbovalni verigi (»razširjeno podjetje«). Lahko so dopolnjeni s podatki o zaposlenih, poslovnih partnerjih, dobaviteljih, kupcih. Primer: Določene informacije o strankah so dostopne posrednikom na različnih distribucijskih poteh (npr. lekarnarjem). Posebna oblika je e-CRM: informacije o strankah so na voljo na vseh kontaktnih točkah v organizaciji in pri poslovnih partnerjih. Primer: e-nakup.

Trainor (2012) razširja tradicionalni pogled na CRM z vključitvijo socialnih medijskih tehnologij in njihov vpliv na vire, sposobnosti in rezultate podjetja. Tradicionalni CRM temelji na učinkovitem notranjem pristopu do odnosov s strankami, socialni CRM pa na sposobnosti podjetja, da izpolni strankine osebne potrebe in istočasno dosega svoje poslovne cilje. Osnovna načela CRM so prilagoditev zahtevam stranke (storitev, informacij, produktov), integracija (načrtovanje, prenova poslovnih procesov, razvoj produktov in storitev), interakcija (kanali, dolgoročna komunikacija, raziskave) in segmentacija. Poleg naštetega sta za uspešen sistem CRM zelo pomembna ravnanje ob spremembah in strategija, ki promovira usmerjenost k strankam.

Izkušnje gospodarskih družb kažejo, da propade vsaka tretja uvedba CRM v podjetja in zgolj manj kot 50 % vseh implementiranih CRM v celoti doseže načrtovane možnosti (Gholami in Rahman, 2012, str. 97), predvsem zaradi neizkušenosti podjetij pri uvajanju kompleksnih sprememb, zaradi poudarka na namestitvi programa namesto na vsebini, podpori in usposabljanju zaposlenih, odpora zaposlenih do sprememb ter zaradi pomanjkanja usklajevanja strategije in procesov. V zdravstvu se poleg navedenih ovir pojavljajo še omejeni proračuni, posebno zahtevno področje pa je varovanje osebnih podatkov.

3 Menedžment odnosov s strankami v zdravstvu

Zahteve po večji kakovosti in dostopnosti so odprle vrata informacijski tehnologiji tudi v splošni ambulanti (Hobbs et al., 2009, str. 470), ponavadi v obliki elektronskega zdravstvenega kartona bolnika. Ta predstavlja zbirko podatkov o bolniku, pa tudi zbirko izidov zdravljenja, pomoč pri odločanju, naročanju in vstop v informacijsko omrežje. Žal vsi zdravniki te nove tehnologije še niso sprejeli, pa tudi orodja še niso uporabniku prijazna in ne zagotavljajo ne prihranka časa ne sredstev, pa tudi ne večje varnosti bolnika, razen elektronskega recepta, ki si počasi utira pot v slovensko zdravstvo.

V svoji raziskavi avtorji Hobbs et al. (2009) tudi navajajo, da je v ZDA le v 16-25 % splošnih ambulant informacijska tehnologija res uveljavljena, vse funkcije, ki jih omogoča, pa se uporabljajo v le 4,4-10,2 %. Pri nas podobnih raziskav, ki bi analizirale učinkovitost in izboljšanje kakovosti dela zdravstvenega osebja zaradi uvedbe sodobnih informacijskih tehnologij, še ni.

Informacije in sporazumevanje v elektronski obliki spodbujajo partnersko vlogo pacientov v zdravstveni oskrbi. Pacienti, ki aktivno uporabljajo elektronsko pošto, elektronske kartoteke in internet, še posebej, če je vse to vključeno v kakovosten in učinkovit partnerski odnos med zdravnikom in pacientom, lahko pomembno vplivajo na boljši izhod svojega zdravlja (Winkelman et al., 2005, str. 306). Potrošniška družba je zdravnike preoblikovala v tržnike svojih storitev in dejavnosti, katerih uporabniki so dobro informirani in zahtevni pacienti. Z znanjem in informacijami so sposobni dobljene storitve vrednotiti, iskati učinkovitejše alternative in se kritično odzvati ob vsaki nepravilnosti in nezadovoljstvu. V tem vidimo dodatno vzpodbudo za uvedbo sistema CRM v zdravstvene ustanove.

Namen uporabe CRM v zdravstvu je vzpostaviti dvosmerni dialog s posameznim pacientom in na ta način razumeti, kaj ta v resnici želi in potrebuje. Tako pridobljeno znanje/razumevanje ustanova uporabi za to, da s svojimi storitvami koristi stranki. Uslužbenci lahko nudijo stranki bolj prilagojene storitve in informacije in lažje identificirajo morebitne probleme. Uslužbenci na nižjih ravneh hierarhije imajo več pristojnosti in odgovornosti. Sistem omogoča povezavo specialističnega znanja posameznika z nižjih ravni hierarhije s funkcijskimi znanji, kot so na primer strategija, komuniciranje, menedžment, zato se zaposleni počutijo manj izolirane in bolje informirane. Ustanova pa s tako pridobljenim znanjem ukinja nepotrebne aktivnosti in s tem niža stroške poslovanja. Zdravstvena ustanova bo za razliko od gospodarske družbe prek CRM skušala svojim strankam, torej državljanom, nuditi visokokakovostne javne storitve. Državljan je lahko prejemnik storitev, partner pri pripravi storitev, nadzornik izvedbe ali davkoplačevalec.

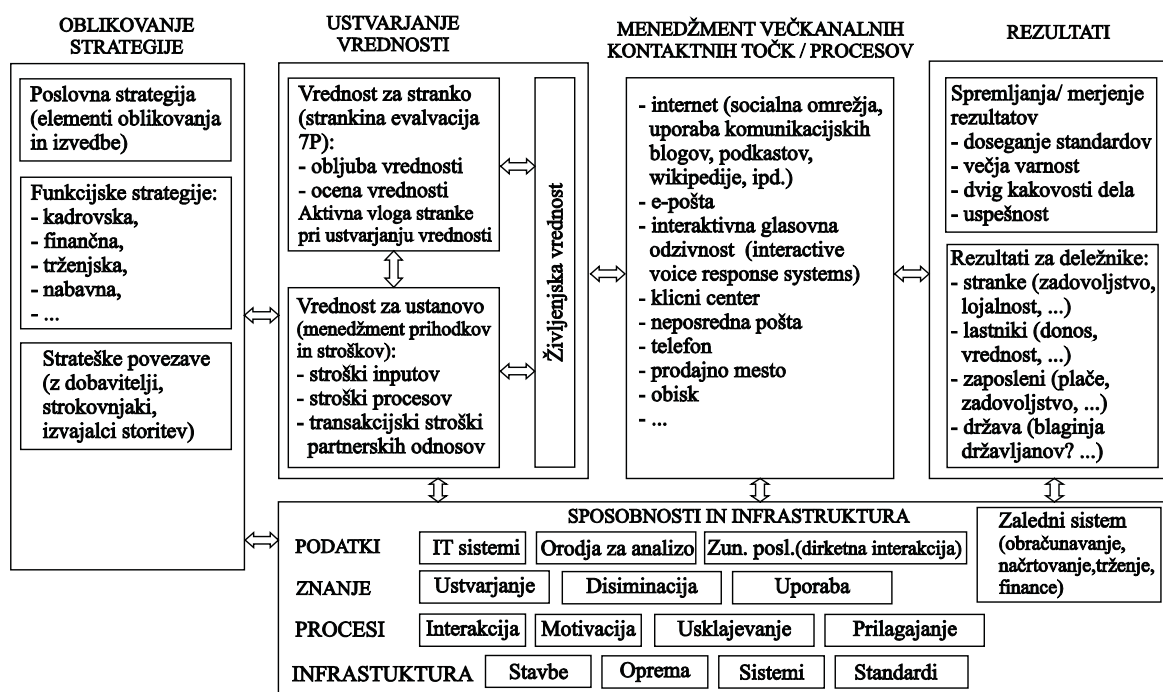
Pri oblikovanju modela CRM za potrebe zdravstva izhajamo iz treh metodoloških okvirjev za razvoj strategije CRM: Payne in Frow (2005), Makovec Brenčič et al. (2009) in Trainor (2012). Prvi model temelji na petih generičnih medfunkcijskih procesih: (1) oblikovanje strategije; (2) ustvarjanje vrednosti; (3) integracija večkanalnih kontaktnih točk/procesov; (4) analiza kazalcev uspešnosti; in (5) menedžment informacij; drugi model poleg naštetega poudarja še sposobnosti in vire znotraj podjetja; tretji model pa tradicionalni CRM razširi s socialnim CRM. Tako je ena prvih značilnosti dodana socialnim omrežjem spremljanje virov (npr. Facebook, Twitter), druge zmogljivosti socialnih CRM sistemov so še sporočanje in razne vrste analiz. Modele smo prilagodili za uporabo v zdravstvu in tudi smiselno preimenovali njegove sestavne dele (shema 1).

Izhodišče (1) oblikovanja strategije je splošna poslovna strategija zdravstvenih ustanov. Povezati jo je treba z izgradnjo odnosov z vsemi udeleženci, ki sodelujejo pri oblikovanju zdravstvenih storitev. Naravnost na paciente je pogosto zapisana že

v poslanstvu in viziji ustanove, pri izvedbi strategije pa je treba upoštevati razmere na trgu in v širšem družbeno-ekonomskem okolju, trende v panogi ipd. Za uspešno izvedbo strategije CRM je ključno, da so funkcionalne strategije medsebojno usklajene in da podpirajo splošno poslovno strategijo.

Pri (2) ustvarjanju vrednosti je treba strateške usmeritve preoblikovati v ustrezne ukrepe/programe, ki ustvarjajo vrednost za stranke in hkrati ustanovi omogočajo, da to vrednost pretvori v uspešen finančni rezultat. Ustanova mora najprej ugotoviti, katere storitve oz. kateri elementi storitev povečujejo zaznavo kakovosti storitve v očeh pacienta in ustvarjajo njegovo zadovoljstvo. Pri tem je ključno, da zna oceniti življenjsko vrednost pacientov. Vrednost v zaznavah pacienta se poveča, če lahko sam prispeva k oblikovanju storitev (npr. soodgovornost pri izbiri terapije in zdravljenja).

Shema 1: Predlog koceptualnega modela CRM za zdravstvene ustanove



Vir: Lastni vir, 2012.

(3) Menedžment večkanalnih kontaktnih točk/procesov vključuje odločitve, kakšna je najprimernejša kombinacija komunikacijskih aktivnosti in poti, kako zagotoviti vsem vpletenim enoten pogled in informacije, če pacient uporablja različne kontaktne točke (npr. internet, telefon, obisk ipd.). Uporabnikom mora biti omogočen dostop do pravih, njim prilagojenih informacij preko zdravstvenih portalov, izmenjava mnenj z zdravstvenimi strokovnjaki preko varne e-pošte ter možnost oskrbe na domu in metod zdravljenja na daljavo. Pogostejša uporaba interneta v zdravstvene namene vpliva na dvig kakovosti sistema zdravstvenega varstva, saj pacienta postavlja v središče procesa (Coulter et al., 2006, str. 57). Omenjeno maksimizira njegovo zadovoljstvo, saj si pacient želi sodelovati pri odločanju in ima občutek soodgovor-

nosti pri zdravljenju. Multiple kontaktne točke omogočajo pacientom sodelovanje pri ustvarjanju vrednosti, zato je menedžment teh procesov izjemno pomemben za uspeh CRM.

(4) Sposobnosti in infrastruktura so element CRM, ki omogoča uspešen in učinkovit menedžment znanja. Zbiranje, shranjevanje, agregacija ter uporaba podatkov in informacij o pacientih služi ustvarjanju poznavanja/znanja o pacientih, ki je podlaga za oblikovanje ustreznega zdravljenja. Ta element CRM sestavljajo fizična infrastruktura (stavbe, oprema, ipd.), programska in strojna oprema za zbiranje in obdelavo podatkov, procesi, ki omogočajo zbiranje podatkov in 'dostavo' vrednosti pacientom, ter procesi, ki vodijo v ustvarjanje znanja na podlagi podatkov (npr. analitične obdelave), diseminacijo informacij zaposlenim v ustanovi in poslovnim partnerjem (npr. lekarnam) ter uporabo podatkov za oblikovanje posameznih storitvenih podatkov in programov.

Zadnji element v razvoju strategije CRM je ocena (5) rezultatov. Le-ti so pokazatelj, v koliko so bili napor pri oblikovanju in uresničevanju strategije CRM uspešni. Ocena rezultatov poslovanja in primerjava z zastavljenimi cilji z vidika različnih deležnikov predstavlja splošen vpogled v uspešnost poslovanja zdravstvene ustanove. Hkratno in povezano se spremlja finančne rezultate, kakovost storitev, delovanje dobaviteljev, zadovoljstvo strank, učinkovitost procesov in zadovoljstvo zaposlenih. Ko govorimo o zaposlenih, imamo v mislih njihovo znanje, usmerjenost k pacientom in komunikacijo med zaposlenimi ter med zaposlenimi in pacienti, kulturo organizacije, podporo vodstva CRM, motivacijo zaposlenih ter medoddelčno sodelovanje med službo IT in ostalimi službami.

Menedžment mora poskrbeti tudi za zadovoljstvo pacientov. Zagotoviti jim mora kakovostno zdravstveno oskrbo, urejene in udobne čakalnice, prijazno zdravstveno osebje in čim krajše čakalne dobe za posamezne storitve.

V zdravstvenih ustanovah je treba upoštevati, da različne ('multiple' večkratne) zdravstvene storitve, ki jih zahteva stranka, lahko ustvarijo vseživljenjsko vrednost, ki je strateško in ekonomsko pomembna za ustanove. sistemi CRM imajo naslednje vloge v zdravstvenih ustanovah (Rababah et al., 2011, str. 328):

- ☐ optimizacija prihodkov in izboljšanje zdravja pacientov, odnosov in lojalnosti;
- ☐ lahko zagotavljajo večjo donosnost naložb;
- ☐ so stroškovno učinkovit pristop za ohranjanje dolgoročnih odnosov s strankami;
- ☐ večja je preglednost stroškov in razporejanja sredstev v bolnišnici;
- ☐ z razporejanjem dokumentacije med pacientovim zdravljenjem se največ prihrani na stroških
- ☐ zmanjšajo se stroški, povezani z odpovedjo pregleda/operacije zdravnika in/ali obiska pacienta.

Poleg teh vlog lahko sistemi CRM zagotavljajo veliko pomoč ustanovam pri obravnavi pritožb strank; prispevajo k izobraževanju in učenju strank o njihovem trenu-

tnem zdravstvenem stanju in o tem, kako se spopasti s svojo boleznijo. Vsekakor pa so sistemi CRM učinkovito orodje za napovedovanje prihodnjih potreb strank.

V raziskavi Rababaha in sodelavcev (2011, str. 329) je bilo ugotovljeno, da med privatnimi bolnišnicami v Maleziji obstajata dve skupini: v prvi je menedžment zelo zainteresiran za implementacijo sistema CRM, v drugi pa ima menedžment postavljene druge prioritete (npr. uvedba EMR – electronic medical records).

Količina zdravstvenih storitev je odvisna od vedno večjih potreb posameznikov po zdravstvenih storitvah, od demografskega gibanja, staranja, daljše življenjske dobe prebivalstva, spreminjanja starostne strukture. Problem se pokaže predvsem v porastu stroškov, tudi zaradi nove medicinske tehnologije, novih metod zdravljenja in uvajanja novejših, dražjih zdravil. Tu mora svojo vlogo poleg menedžmenta ustanove odigrati še država.

4 Zaključek

Uvedba CRM v zdravstvene ustanove je lahko problematična bodisi zaradi usposobljenosti za njeno uporabo (tako izvajalcev kot uporabnikov) bodisi zaradi strahu pred izgubo podatkov in strahu pred nepooblaščenim dostopom do osebnih podatkov (vdor v sistem, zamenjava podatkov, izguba podatkov, širjenje zaupnih podatkov o pacientih ipd.). Zdravstvene delavce v Sloveniji veže k varovanju informacij že etični kodeks, zakoni s področja zdravstvenega varstva in zdravstvene dejavnosti, zakon o varstvu osebnih podatkov, zakon o zbirkah podatkov ter drugi predpisi.

Številnim neuspehim strategijam CRM v podjetjih je skupno predvsem nesorazmerno veliko posvečanje tehnologiji in procesom. Vsekakor je najpomembnejša integracija in uravnoteženost tehnologije z ljudmi. Dejstvo je, da je znanje v ljudeh – zaposlenih in ne v IT, kjer se hranijo zgolj podatki in informacije. Pogosto organizacije posvečajo preveč pozornosti zbiranju informacij in premalo kakovostni interpretaciji, ki je ključna.

V prispevku je predstavljen predlog konceptualnega modela CRM za zdravstvene ustanove, njegova preverba v praksi je predmet nadaljnje raziskave. Izvesti je treba kvalitativno raziskavo in s pomočjo globinskih intervjujev ugotoviti: način in proces oblikovanja poslovne strategije (in podstrategij), njene implementacije in ugotavljanje rezultatov; kaj vse se v zdravstvenih ustanovah spremlja in kako se podatki uporabljajo; kakšno je stališče menedžerjev do spremljanja in vrednotenja elementov CRM; kakšno je zavedanje, razumevanje in poznavanje CRM pri menedžerjih v zdravstvu; ali menijo, da so v zdravstveni ustanovi že uvedli posamezne elemente CRM (Katere? Kakšni so rezultati/njihova pričakovanja?). Na osnovi pridobljenih podatkov je treba identificirati dobre izkušnje; ovrednotiti, kateri elementi modela so prisotni v posamezni ustanovi; primerjati predlagani model s stanjem v ustanovi ter predlagati korake za implementacijo CRM s predvidenimi rezultati.

LITERATURA

1. Coulter, A., Ellins, J., Swain, D., Clarke, A., Heron, P., Rasul, F., Magee, H., Sheldon, H. (2006). Assessing the quality of information to support people in making decisions about their health and healthcare (http://www.pickereurope.org/assets/content/pdf/Project_Reports/Health-information-quality-web-version-FINAL.pdf).
2. Gholami, S., Rahman, M. S. (2012). CRM: A conceptual framework of enablers and Perspectives. *Business and Management Research*, 1, 96-105.
3. Hobbs, J., Strothers, H., Manyon, A. (2009). Association of departments of family medicine. Impact of expanding use of health information technologies on medical student education in family medicine. *Queen Anne Family Medicine*, 7, 470-471.
4. Makovec Brenčič, M. et al. (2009). Management odnosov z odjemalci (CRM) na ravni hotelskega podjetja. Ljubljana: Ministrstvo za gospodarstvo. Direktorat za turizem.
5. Payne, A. in Frow, P. (2005). A strategic framework for customer relationship management. *Journal of Marketing*, 69, 167-176.
6. Rababah, K., Mohd, H. in Ibrahim, H. (2011). A study of the perception of the benefits of customer relationship management (CRM) system in Malaysian private hospitals. *International Conference on Business and Economics Research*, 1, 327-330.
7. Trainor, K. J. (2012). Relating social media technologies to performance: a capabilities-based perspective. *Journal of Personal Selling & Sales Management*, 32 (3), 317-331.
8. Winkelman, W. J., Leonard, K. J., Rossos, P. G. (2005). Patient-perceived usefulness of online electronic medical records: employing grounded theory in the development of information and communication technologies for use by patients living with chronic illness. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 12 (3), 306-314.
9. Xu, M., Walton, J. (2005). Gaining customer knowledge through analytical CRM. *Industrial Management & Data Systems*, 105 (7), 955-971.
10. Zablah, A. R., Bellenger, D. N., Johnston, W. J. (2004). An evaluation of divergent perspectives on customer relationship management: towards a common understanding of an emerging phenomenon. *Industrial Marketing Management*, 33 (6), 475-489.
11. Zelko, E. (2010). Informacijske tehnologije v družinski medicini. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine.

Iva Konda, PhD

A conceptual framework of customer relationship management in holistic patient treatment

KEY WORDS: *patient, CRM in health care, ICT, conceptual model*

ABSTRACT - *Information and communication through information and communication technologies (ICT) promote the partner role of patients in health care. Patients who actively use e-mail, electronic medical records and the Internet, especially if these are included in the high-quality and effective partnership between the doctor and the patient, can have significant effect on the output of their better health. The paper deals with the question whether the Customer Relationship Management (CRM) system in health care contributes to patient safety and a better health outcome, and how to include this concept, which is established in the economy, in the system of holistic patient treatment. This means that the system focuses on the patient in order to increase efficiency, reduce costs, achieve better results and maintain their health. The purpose of this paper is to apply the CRM model to the situation in health care and make a proposal for a conceptual CRM model for health service institutions. Its usage should be subject to further research.*

Uporaba modela medosebnih odnosov pri zdravstveni negi pacientov po presaditvi pljuč

UDK 616-083:316.472.4

616.24-089.843

KLJUČNE BESEDE: modeli, medosebni odnosi, zdravstvena nega, presaditev pljuč

POVZETEK - V zdravstveni negi poznamo številne teorije zdravstvene nege, ki so jih napisale različne avtorice, večinoma ameriške medicinske sestre. V slovenskem prostoru je najbolj znana in uporabljena teorija potreb Virginie Henderson, ostale teorije pa so manj zastopane. Namen prispevka je prikazati uporabnost teoretičnega modela Hildegard E. Peplau in njenega modela medosebnih odnosov pri negi pacientov po presaditvi pljuč. V prvem delu prispevka je predstavljen življenjepis avtorice, njeno strokovno delovanje in njen interakcijski model medosebnih odnosov. V drugem delu je opisana zdravstvena nega pacienta po presaditvi pljuč ter prikaz praktične uporabe teoretičnega modela v klinični praksi pri delu s temi pacienti. Teoretični model medosebnih odnosov bi lahko uporabljali tudi pri zdravstveni negi pacientov z nekaterimi drugimi kroničnimi boleznimi, saj bi pripomogel k dobri medosebni komunikaciji in s tem zagotavljal pacientu večjo varnost.

1 Uvod

V zdravstveni negi poznamo številne teorije, ki opisujejo in razlagajo stanje človeka glede zdravja in bolezni. Teorijo v zdravstveni negi predstavljajo štiri koncepti, ki vplivajo in odločajo o aktivnosti zdravstvene nege: koncept človeka ali posameznika, koncept okolja, koncept zdravja in zdravstvene nege (Hajdinjak in Meglič, 2012). Teorije se razlikujejo po vsebini, dominantnosti (lastnostih) ali izpostavljenosti posameznih konceptov. Dobra teorija omogoča usmerjanje praktičnega dela z izsledki raziskovalnega dela. Teorije v zdravstveni negi so teoretično ogrodje in orodje za izvajanje dela v praksi. V zdravstveni negi poznamo teorije potreb, teorije interakcij (medsebojnih vplivov) in teorije rezultata »outcome«. Katero teorijo bomo izbrali in uporabili, je odvisno od razvoja stroke v nekem prostoru in času, od zgodovinskega razvoja, kulture, družbenega okolja in tudi od razvoja drugih znanosti in tehnologije (Pajnkihar, 1999).

V praksi zdravstvene nege bi lahko uporabljali različne teorije glede na specifična področja, na katerih delujejo medicinske sestre.

Namen prispevka je prikazati primernost teorije Hildegard E. Peplau in njenega modela medosebnih odnosov v praksi zdravstvene nege pacientov po presaditvi pljuč.

2 Model medosebnih odnosov Hildegard E. Peplau

2.1 Življenje in delo Hildegard E. Peplau

Hildegard E. Peplau se je rodila 1. septembra leta 1909 v Združenih državah Amerike. Svojo profesionalno kariero je začela leta 1931, ko je končala študij zdravstvene nege. Kot medicinska sestra je službovala v Pensilvaniji ter v New Yorku. Leta 1943 je ob delu končala študij psihologije medosebnih odnosov.

Vseživljenjsko delo Hildegard Peplau je bilo najpogosteje osredotočeno na razširitev teorije medosebnih odnosov Harryja Sullivana, ki bi bila primerna za uporabo v praksi zdravstvene nege. Po drugi svetovni vojni je končala magistrski in doktorski študij na Teachers College, Columbia University.

V začetku petdesetih let 20. stoletja so bili pod njenim vodstvom ustanovljeni prvi oddelki za študij psihiatrične zdravstvene nege na Teachers College, kjer je tudi predavala. Pripravila je tudi prvi podiplomski študij iz psihiatrične zdravstvene nege. Umrla je 17. marca 1999 v 89. letu starosti (Callaway, 2002).

Za sabo je pustila mnogo znanih del, razvila je teorijo in še mnogo idej, na katerih je mogoč nadaljnji razvoj zdravstvene nege. Njeno najbolj znano delo je knjiga *Interpersonal relations in nursing* iz leta 1952. Rdeča nit njenega življenjskega dela je bil odnos med medicinsko sestro in varovancem. Kasneje je v šestdesetih letih svoj interakcijski koncept razširila na družino in skupnost, bila je pobudnica in vodja mnogih skupinskih terapij in delavnic. Nekateri pravijo, da je za Florence Nightingale prav dr. H. Peplau največ prispevala k spremembam v teoriji in praksi zdravstvene nege (Ramšak Pajk, 2000).

2.2 Teorija Hildegard E. Peplau

Teorija Hildegard Peplau spada med interakcijske teorije. Beseda interakcija pomeni medsebojno delovanje, delovanje enega na drugega, medsebojno vplivanje. Pod izrazom medosebni odnos se razume odnos med ljudmi v določenem okolju, ki jih veže skupno delo (Bohinc in Cibic, 1995).

Hildegard Peplau je opisala osnovne iztočnice svojega modela medosebnih odnosov v knjigi *Interpersonal relations in nursing*, ki je bila izdana leta 1952 (Peplau, 1991). Osnovni element modela je medosebni odnos med medicinsko sestro in pacientom. Cilji zdravstvene nege so lahko doseženi le s sodelovanjem v dobrem medosebnem odnosu med njima. Ta odnos avtorica pogosto imenuje terapevtski medosebni odnos, kajti oba udeleženca se razvijata, spreminjata in spoznavata skozi odnos (Ramšak Pajk, 2000).

Ramšak Pajk (2000) pravi, da je dr. Peplau za mnoge mati moderne psihiatrične zdravstvene nege in da je njen model prav tako uporaben tudi na drugih področjih zdravstvene nege, kar bomo pokazali v nadaljevanju.

Glavni koncepti zdravstvene nege

Glavni koncepti zdravstvene nege po Peplauovi so: zdravstvena nega, osebnost, zdravje, okolje in medsebojni odnosi.

Zdravstvena nega zajema izobraževanje in vzgojo, ki vodita v razvoj osebnosti, ki bo kreativna, konstruktivna, produktivna v osebnem in družbenem življenju. Zdravstvena nega vključuje rast medicinske sestre in klienta, ki ga usposobi, podpre in preoblikuje za vsakdanje življenje.

Osebnost so lastnosti posameznega človeškega bitja, ki živi v nestabilnem okolju s fiziološkimi, psihološkimi in socialnimi vplivi in teži k doseganju ravnovesja. Medicinska sestra in pacient sta osebnosti z enkratnimi izkušnjami, pričakovanji in za njih značilnimi vzorci medsebojnih odnosov do drugih.

Zdravje predstavlja razvojne možnosti človeka, da je ustvarjalen, kreativen posameznik v svojem življenju in skupnosti. Zdravje je primarni cilj zdravstvene nege.

Okolje je fiziološko, psihološko in socialno prepletanje in valovanje. Okolje je tudi kontekst odnosov med medicinsko sestro in pacientom. Sistemi v okolju lahko razvijajo bolezen ali pospešujejo zdravje, odvisno od vzorcev interakcije med njimi.

Medsebojni odnosi obsegajo vse procese, ki nastanejo med dvema ali več osebami. Odnos med medicinsko sestro in bolnikom je situacija ponavljajočega se medsebojnega razmerja, v katerem nastopajo težave vsakodnevnega življenja in se razvija skozi več faz (Bohinc in Cibic, 1995).

*Faze teoretičnega modela Hildegard E. Peplau**Faza orientacije*

Začetna faza je orientacija, ki se izvaja ob sprejemu in vsebuje predstavitev in seznanitev pacienta z medicinsko sestro in okoljem. V tej fazi oba spoznata in razumeta svoja pričakovanja in vlogo. Faza je izpolnjena, ko pacient lahko identificira probleme in jih začne reševati v medsebojnih povezavah (Bohinc in Cibic, 1995).

Medicinska sestra in pacient sta si ob prvem snidenju tujca, vendar se na tem mestu prične njun medosebni odnos, kjer bosta pričela sodelovati. Skupaj bosta določila probleme, ki se pojavljajo pri pacientu. Ko le-ta zboli, ne glede na to, ali gre za nujno stanje ali za dolgotrajno bolezen, mu medicinska sestra mora pomagati, da postane orientiran glede na prostor in čas, ljudi okoli sebe, ter da dobi čim več informacij glede svoje bolezni. V tej fazi je najpogostejše izražen strah pred neznanim, zato je toliko pomembnejša njegova informiranost (Hadinjak in Meglič, 2012).

Faza identifikacije

Prične se, ko pacientu postaja jasno, kaj se z njim dogaja. V tej fazi se medosebni odnos med medicinsko sestro in varovancem pogloblja. Varovanec dobiva občutek pripadnosti, medicinski sestri in drugemu osebnju zaupa, manj ga je strah in potrebe po zdravstveni negi so jasno izražene. Varovanec hitro spozna, katera medicinska

sestra je odprta, poštena in je zanj vir informacij (Simpson, 1992, v Ramšak Pajk, 2000). Medicinska sestra mora znati sprejemati vse paciente brez obsojanja, s tem, ko pacientu omogoči izražanje njegovih skrbi in potreb, poskrbi tudi za zmanjšanje pacientove zaskrbljenosti, strahu in stresa. V tej fazi ima pacient aktivno vlogo pri identificiranju svojih potreb in problemov (Gauthier, 2000).

Interakcijska faza

Ko pacient spozna in sprejme svojo situacijo, razume svoje probleme, težave in nezadovoljene potrebe, preide odnos med medicinsko sestro in njim v interakcijsko fazo, kjer začne aktivno izrabljati pomoč, ki mu je na voljo. Pacient zaupa v pomoč medicinske sestre in celotnega okolja, v katerem se nahaja, zato tudi več sprašuje in ugovarja, če se s čim ne strinja, ali pa na kateri koli drug način opozarja na svoje potrebe in želje. V tej fazi so nekateri pacienti aktivnejši in bolj zainteresirani, da si sami pomagajo in na lastno pobudo s primernim vedenjem dosežejo cilj (Hajdinjak in Meglič, 2012).

Razrešitvena faza

Razrešitev je zadnja faza v medosebnem odnosu medicinske sestre in pacienta, ko svoj medosebni odnos zaključita. To pomeni, da pacient prične sam zadovoljevati svoje potrebe in samostojno reševati svoje probleme. Razrešitev pa ni možna brez uspešno zaključenih predhodnih faz (Hajdinjak in Meglič, 2012). Če ima pacient v zadnji fazi še kakšne nerazrešene probleme in potrebe, jih moramo skupaj razrešiti pred njegovim odpustom (Gauthier, 2000).

Vloge medicinske sestre

Hildegard Peplau zagovarja šest glavnih vlog medicinske sestre pri delu s pacientom. To so vloge tujca, učitelja, osebe, ki nudi pacientu informacije, svetovalca, vodje ter osebe, ki nadomešča ali predstavlja drugo osebo v pacientovem življenju (»surogat«) (Peplau; Simpson, 1992, v Ramšak Pajk, 2000).

Peplauova (1991) v svoji teoriji omenja tudi dodatne vloge medicinske sestre, kot so tehnični strokovnjak, konzultant, zdravstveni učitelj, tutor, varnostni agent, mediator, administrator in raziskovalec. Ramšak Pajk (2000) pravi, da se model medosebnih odnosov dobro vklaplja v proces zdravstvene nege ter da je uporaben in zaželen, saj je dober odnos med medicinsko sestro in varovancem temelj uspešnega izvajanja zdravstvene nege.

3 Presaditev pljuč

Presaditev pljuč je zaenkrat edina možnost, ki omogoča zdravljenje napredovale pljučne bolezni, ki je privedla do končne odpovedi organa. V splošnem velja, da tak pacient postane kandidat za zdravljenje s presaditvijo pljuč, ko je izčrpano zdravljenje z zdravili in kisikom in bi brez presaditve živel le še 1 leto. Izjemoma, kot

to velja npr. za paciente s cistično fibrozo, se za presaditev odločamo prej, zlasti pri mlajših pacientih, kadar je kakovost življenja tako slaba, da se bolniki izolirajo od socialnega okolja, če se pojavijo masivne hemoptize in kaheksija. Na čas predvidenega posega vpliva še naravni potek osnovne bolezni, ko je na voljo primeren organ. Pljuča so organ, ki morajo bolj kot ostali organi, ki jih presajamo, ustrezati prejemniku tudi po velikosti (Turel, 2009).

Z izbiro kandidata se prične psihična in fizična priprava pacienta. Vloga medicinske sestre pri pripravi pacienta na presaditev pljuč je pomembna in odgovorna. Prisotnost strahu in tesnobe je razumljiva. Pacienta je pred presaditvijo pljuč strah. Strah ga je pred neznanim, prognozo in zdravljenjem. Boji se smrti. Kako se sooči s svojimi strahovi, je odvisno od mnogih dejavnikov, predvsem od njegove osebnosti, pripravljenosti na presaditev in tega, kako so njegovi svojci do sedaj spremljali bolezen (Špelič, 2009).

Preživetje bolnikov s cistično fibrozo je po presaditvi pljuč boljše kot preživetje bolnikov z ostalimi indikacijami za presaditev. Po petih letih živi še več kot 60 % bolnikov. Od leta 1997 do 2009 so devetnajstim slovenskim bolnikom presadili pljuča v Univerzitetni bolnišnici na Dunaju (AKH). Vsem razen eni bolnici in enemu bolniku so presadili obe pljučni krili. Ena enostranska presaditev pljuč je bila leta 2003 opravljena v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana (Turel, 2009).

Po presaditvi pljuč, ko pacient prebrodi kritično fazo, je v stabilnem stanju premeščen z Dunajskega kliničnega centra na Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. Še vedno je izpostavljen številnim zapletom, ki so lahko posledica okužbe, jemanja nekaterih zdravil ali zavrnitve organa.

Cilj zdravstvene nege pri takšnem pacientu je preprečiti oziroma zmanjšati možnost zapletov, zato:

- ☐ upoštevamo vse dejavnike, ki bi lahko povzročili okužbo,
- ☐ vzpodbujamo pacienta, da osebno higieno (če je le možno) opravlja sam,
- ☐ pacientu ponudimo hrano po izbiri in v proces vključimo dietetika,
- ☐ izvajamo diagnostično–terapevtski program po naročilu zdravnika,
- ☐ pripravimo pacienta na odpust v domačo oskrbo (Špelič, 2009).

Zavrnitvena reakcija je pogost pojav po presaditvi pljuč. Kadar pride do nje, je najpomembnejše, da se pravočasno odkrije in agresivno zdravi. Občasni zapleti so del običajnega življenja po presaditvi organa (Petty, 2003).

Naloga medicinske sestre je vzgoja pacienta za sprotno samokontrolo. Pacient mora ob odpustu iz bolnišnice redno jemati 10–12 vrst zdravil, s katerimi se večinoma pravičrečuje. Takoj, ko pacientova sposobnost to dopušča, ga medicinska sestra začne seznanjati z zdravili. Ob odpustu se zdravnik in medicinska sestra izčrpno pogovorita s pacientom o življenju po presaditvi, predvsem o problemih, ki lahko nastanejo. Svetujeta mu vsakodnevno telovadbo, ki naj ne bo pretirana. Upošteva naj osnovna pravila prehranjevanja (redne obroke, pestro hrano, veliko sveže zelenjave in sadja).

Pri težavah mu svetujeta, da takoj pokliče in poišče strokovno pomoč. Torej je obravnavna takšnega pacienta nedvoumno holistična, kreativna in odgovorna (Špelič, 2009).

4 Uporaba teorije Hildegard E. Peplau v klinični praksi

4.1 Koncepti zdravstvene nege v praksi

Kot smo že omenili, Peplauova omenja pet konceptov zdravstvene nege: zdravstvena nega, osebnost, zdravje, okolje in medosebni odnosi.

Zdravstvena nega: zajema izobraževanje in vzgojo, saj nudi pacientu zdravstveno-vzgojne vsebine, kar vodi k razvoju osebnosti, pacienta usposobi, podpre in preoblikuje za vsakdanje življenje. Zdravstvenovzgojne vsebine so tisti element, ki pomembno pripomorejo k čim večji možni stopnji rehabilitacije. Pacientu pomagajo pri soočanju z boleznijo, podprejo ga tudi pri prizadevanjih za dokončanje šolanja, saj mu je bolezen onemogočala normalno šolanje. Skoraj vsi pacienti si po presaditvi poiščejo interesno dejavnost, s katero se potem ukvarjajo. Zadovoljstvo in uspehi pacienta prispevajo tudi k profesionalni rasti in zadovoljstvu medicinske sestre.

Osebnost: v našem primeru osebnost predstavlja lastnosti človeka, ki živi v nestabilnem okolju, saj ga obdajajo različni vplivi, mnogi med njimi so škodljivi. Pacient teži k doseganju ravnovesja, medicinska sestra pa mu pri tem pomaga.

- Fiziološki vplivi: pri tej bolezni so številni; zaradi oteženega dihanja in premajhne količine kisika v krvi ter neustreznega vnosa hranilnih snovi se pojavijo številne težave pri delovanju organizma.
- Psihološki vplivi: nedavne pomembne izgube v življenju (npr. izguba bližnje osebe), daljše hospitalizacije, slabšanje splošnega telesnega stanja, duševna izčrpanost).
- Socialni vplivi: socialna izolacija (pomanjkanje stikov s prijatelji in svojci zaradi bolezni).

Zdravje: predstavlja razvojne možnosti človeka, da je ustvarjalen posameznik v svojem življenju in skupnosti, torej omogoča pacientu po presaditvi pljuč, da se lahko izobražuje, ukvarja z interesnimi dejavnostmi in se pod določenimi pogoji celo zaposli. Cilj delovanja zdravstvene nege je torej čim bolj samostojen, ustvarjalen pacient.

Okolje: okolje mora biti vzpodbudno, sistemi v okolju morajo pospeševati zdravje pacienta, medicinska sestra pomaga pacientu, da se lažje prilagaja notranjemu in zunanemu okolju. Na notranje vpliva bolezen, zunanje okolje pa sestavljajo socialne razmere v pacientovi družini, pomembno vlogo imajo tudi ekonomske razmere (veliko zdravstvenih in prehranskih dodatkov je treba doplačati). Pacientova družina oziroma svojci imajo prav tako zelo pomembno vlogo, saj predstavljajo psihično in čustveno oporo pacientu, zlasti v obdobju neposredno pred presaditvijo pljuč in po njej. Od psihičnega stanja pacienta pa je precej odvisna tudi uspešnost zdravljenja.

Eden od pogojev za presaditev pljuč so namreč urejene družinske razmere. Pri zagotavljanju vzpodbudnega okolja pa imajo pomembno vlogo tudi civilna društva, v katerih prostovoljno delujejo medicinske sestre (na primer Društvo Slovenija Transplant, Društvo za cistično fibrozo). Primarni namen teh društev je organizirana pomoč vsem pacientom in njihovim družinam za višjo kakovost življenja. Medosebni odnosi: dobro oz. učinkovito vzpostavljen medosebni odnos med pacientom in medicinsko sestro je zelo pomemben dejavnik, ki pripomore k uspešni zdravstveni negi. V nadaljevanju bodo prikazane interakcijske faze teoretičnega modela Hildegard E. Peplau (katerega temelj so medosebni odnosi) na primeru pacienta po presaditvi pljuč.

4.2 Interakcijske faze teoretičnega modela medosebnih odnosov v klinični praksi

Orientacijska faza

Začetna faza se izvaja ob sprejemu pacienta z Univerzitetne klinike na Dunaju, od koder je premeščen v stabilnem stanju po tamkajšnjem nekajtedenskem bivanju (odvisno od okrevanja). Nekateri pacienti ob prihodu poznamo že od obravnave pred presaditvijo, s tistimi, ki so bili prej obravnavani na Pediatrični kliniki, pa se srečamo prvič, tako da sta medicinska sestra in pacient v začetni fazi »tujca«. Pacientu se predstavimo, tistim, ki so prvič na našem oddelku, pa pokažemo tudi prostore. S tem se začne vzpostavljati medosebni odnos, kjer sodelujeta oba. Pacient ima po premestitvi še vedno številne probleme, ki jih zdaj rešujeta skupaj z medicinsko sestro. Nekateri negovalni problemi, ki se pojavljajo pri pacientu so nevarnost infekcije, nevarnost zavrnitvene reakcije, tresenje rok zaradi stranskih učinkov zdravil, premajhen vnos hrane in tekočine zaradi slabega apetita, omejena gibljivost, nespečnost, strah. Bolečina zaradi operativne rane praviloma ni več prisotna. Pacient prejme veliko informacij, z njim se veliko pogovarjamo in mu prisluhnemo. S tem mu pomagamo premagati morebitni strah pred neznanim. Nekateri pacienti nam sami posredujejo izkušnje, ki so jo pridobili v bolnišnici na Dunaju, spet drugi pa si želijo čim prej domov.

Identifikacijska faza

V tej fazi pacientu postane jasno, kaj se z njim dogaja. Potrebe po zdravstveni negi so jasno izražene, medosebni odnos se pogloblja. Če se pacientu znano približati, prisluhniti njegovim problemom, nam bo zaupal, manj ga bo strah. Ponudimo mu priročnike oz. knjižice, v katerih so opisani njegovi problemi. Medicinska sestra si mora vzeti precej časa zlasti v popoldanskem in večernem času, ko se ne izvajajo diagnostične preiskave, zato imata oba (pacient in medicinska sestra) več časa za utrjevanje njunega medosebnega odnosa. Paziti moramo, da pacient ne bo postal preveč pasiven oziroma ne bo pričakoval, da bo vse namesto njega opravila medicinska sestra. Nekateri pacienti so zaradi pogostih hospitalizacij oziroma prejšnjih izkušenj navajeni bolj »domačega« odnosa, ki ni ustrezen, zato se je pri njih treba bolj potruditi, da bo smer medosebnega odnosa pravilna in ustrezna. Faza identifikacije je uspešno zaključena, ko bo pacient začel sam iskati rešitve za svoj problem oziroma

bo pokazal zanimanje za reševanje problemov (uporaba inhalacijskih zdravil, pravilno jemanje tablet) in se bo o tem pogovarjal z medicinsko sestro, zdravnikom in fizioterapevtom.

Interakcijska faza

V interakcijski fazi ima pacient že jasno izražene potrebe. To pomeni, da si želi čim več informacij od medicinske sestre in ostalih zdravstvenih delavcev. Pomembno vlogo imajo pacientovi svojci, ki se vključujejo v proces zdravstvene nege, saj nudijo psihično oporo in se učijo skupaj z njim. Pacienta učimo, kako in v kakšnem zaporedju se pravilno jemlje zdravila (v obliki inhalacij, tablet), kako se izogniti škodljivim dejavnikom, ki predstavljajo nevarnost za infekcijo, učimo ga tudi sprotne samokontrole. Izogibati se mora prostorom, kjer se zadržuje veliko ljudi, v začetnem obdobju pa mora nositi zaščitno masko. Z dietetikom se dogovorimo, da pacienta obišče na oddelku, kjer skupaj načrtujeta obroke, saj je zadostna prehranjenost zelo pomembna za uspešno okrevanje. Pacienti si informacije o svoji bolezni pridobivajo tudi sami s pomočjo svetovnega spleta, saj lahko uporabljajo svoj prenosni računalnik. Ko zdravnik oceni, da je zdravstveno stanje zadosti stabilno, in ko je pacient zadosti neodvisen, sledi prehod v nadaljnjo - razrešitveno fazo.

Razrešitvena faza

Začne se takrat, ko so vsi načrti, ki smo si jih zastavili, zaključeni. Pacient in svojci prejmejo pisna in ustna navodila ob odpustu. Medosebni odnos med medicinsko sestro na oddelku in pacientom se konča, proces interakcije pa se nadaljuje tudi po odpustu, saj se pacient redno spremlja v specialistični ambulanti, kjer prične medosebni odnos z drugo medicinsko sestro. V začetnem obdobju so redne kontrole v ambulanti potrebne vsak teden, kasneje pa enkrat mesečno ali enkrat na tri mesece, tako da se medosebni odnos med pacientom in medicinsko sestro nadaljuje, le-ta pa postane pomembna oseba v pacientovem življenju.

5 Zaključek

Na podlagi prikaza praktične uporabe teoretičnega modela medosebnih odnosov v klinični praksi smo prišli do zaključka, da je omenjeni teoretični model zelo primeren v zdravstveni negi pacienta po presaditvi pljuč. Lahko bi ga uporabili tudi v zdravstveni negi pacientov, ki jih pripravljamo na presaditev ter tudi pri ostalih pljučnih pacientih, saj v zdravstveni negi pacienta s kroničnimi obolenji dihal veliko pozornosti posvečamo medosebni komunikaciji. Da bi lahko pri delu s temi pacienti začeli uporabljati teorijo Hildegard E. Peplau tudi v praksi, bi to zahtevalo določen čas in trud, saj vsaka sprememba v praksi naleti na odpor zaposlenih. Ker smo v Sloveniji osredotočeni na teorijo potreb Virginie Henderson, bi se morali zaposleni v zdravstveni negi, ki delajo s temi pacienti, podrobneje seznaniti z modelom medosebnih odnosov. Pripraviti bi morali tudi prilagojeno negovalno dokumentacijo zdra-

vstvene nege. Uvedba novega modela bi bila toliko enostavnejša, ker se model dobro vklaplja v obstoječi proces ter pripomore k dobri komunikaciji, s tem pa zagotavlja tudi boljšo varnost pacientov.

LITERATURA

1. Bohinc, M. in Cibic, D. (1995). Teorija zdravstvene nege. Ljubljana: Didakta.
2. Callaway, B. (2002). Hildegard Peplau: psychiatric nurse of the century. Pridobljeno 13. 1. 2012 s <http://www.scribd.com/doc/18436231/Hildegard-Peplau-Psychiatric-Nurse-of-the-Century>.
3. Gauthier, P. (2000). Use of Peplau's interpersonal relations model to counsel people with AIDS. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 6, 119-125. Pridobljeno 01. 10. 2012 s <http://jap.sagepub.com/content/6/4/119>.
4. Hajdinjak, G. in Meglič, R. (2012). Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
5. Pajnkihar, M. (1999). Teoretične osnove zdravstvene nege. Maribor: Visoka zdravstvena šola.
6. Peplau, H. (1991). Interpersonal relations in nursing. Pridobljeno 13. 1. 2012 s http://www.google.si/books?hl=sl&lr=&id=ck8-E6FL-1UC&oi=fnd&pg=PR5&dq=definition+nursing++peplau&ots=ODTZGxF5mQ&sig=qXa-v110wVnkBfpKDCcP-Ap5GQE&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false.
7. Petty, M. (2003). Lung and heartlung transplantation: implications for nursing care when hospitalized outside the transplant center. Pridobljeno 10. 1. 2012 s http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSS/is_4_12/ai_n18616016/.
8. Ramšak Pajk, J. (2000). Hildegard E. Peplau in model medosebnih odnosov. *Obzornik zdravstvene nege*, 34, 27–31.
9. Špelič, M. (2009). Vloga medicinske sestre v multidisciplinarnem timu pri pacientih s presajenimi pljuči. V Ugovšek-Grmek, S. (ur.), *Cistična fibroza – zbornik predavanj* (str. 38–41). Ljubljana: Sekcija za cistično fibrozo.
10. Turel, M. (2009). Presaditev pljuč pri bolnikih s cistično fibrozo. V Ugovšek-Grmek, S. (ur.), *Cistična fibroza – zbornik predavanj* (str. 33–34). Ljubljana: Sekcija za cistično fibrozo.

Izidor Kos, Bojana Filej, PhD

The use of the model of interpersonal relationships in nursing practice of patients after lung transplantation

KEY WORDS: *model of interpersonal relations, nursing care, lung transplantation*

ABSTRACT - There are many theories of nursing care, which were written by different authors, mostly American nurses. In Slovenia, the most common and widely used theory is the nursing theory by Virginia Henderson. Other theories are less present. The aim of this article is to demonstrate the usefulness of the theoretical model by Hildegard E. Peplau and her model of interpersonal relations in the care of patients after lung transplantation. The first part of this article presents the biography of the author, her professional career and her interaction model of interpersonal relations. The second part describes the nursing care of patients after lung transplantation and demonstrates the practical application of a theoretical model in clinical practice when working with these patients. This theoretical model could also be used in the nursing care of patients with other chronic diseases, as it contributes to interpersonal communication and patient safety.

Logoterapevtski vidik pacientove varnosti

UDK 614.253.8+615.851

KLJUČNE BESEDE: logoterapija, kultura, varnost, pacienti, vest, dehumanizacija

POVZETEK - Zdravstveni predpisi in zakoni v nobenem primeru ne morejo popolnoma zagotoviti varnosti posameznega pacienta. Zakoni v glavnem predstavljajo nek okvir etičnega minimuma, polnost in vsebino pa jim daje strokovnost in človeškost posameznega zdravstvenega delavca. Pri tem gre predvsem za osebnostno naravnost zdravstvenega delavca do pacienta in do svojega dela. Primarni cilj zdravstva ne bi smel biti samo ozdravitev pacienta oz. lajšanje bolezenskega stanja, ampak tudi preprečitev vsakršne možnosti dehumanizacije in depersonalizacije človeka. Pacient za zdravstvenega delavca pomeni predvsem odgovornost. Logoterapevtsko gledano je odgovornost osnovna substanca človeške eksistence. Biti odgovoren pomeni dajati odgovor za neko dejanje, ki ga storimo, in tudi za ne-dejanje, torej za nekaj, kar bi morali storiti, pa nismo. Ko se vprašamo, pred kom ali pred čim smo odgovorni, logoterapija med drugim pravi, da smo odgovorni pred osebo, delom in lastno vestjo. Človek se prav na podlagi vesti, tj. osebnih vrednostnih lestvic, odloča med različnimi možnostmi, ki jih predenj postavlja življenje oz. določena situacija. Prav zaradi te specifične »funkcije« logoterapija vest označuje kot notranji organ smisla: »Vest je tista zmožnost, ki mu daje moč, da dojame smisel kakšnega položaja prav v njegovi edinstvenosti, in v končni razčlembi je smisel nekaj edinstvenega« (Frankl).

1 Uvod – homo patiens

Človekova intencionalna naravnost in doživljanje sveta se razvija v treh smereh (Frankl, 1987): prvič - človek kot homo faber, pri čemer je odločilna človekova zmožnost za delo, ustvarjalnost, kreativnost itn., drugič - človek kot homo amans; v ospredju je sposobnost ljubezni, zmožnost doživljanja sveta v najširšem smislu, v doživljanju lepote, umetnosti, narave, ljudi ..., skratka vse, kar človeka notranje izpolnjuje in plemeniti, in tretjič - človek kot homo patiens; gre za stanje, ko človek naleti na lastne meje, kadar mu nespremenljiv zasuk usode onemogoči »normalno« življenje. Nastopi »usodno stanje«, na katerega se ne da vplivati oz. ga ni moč spremeniti, najsi gre za krivdo, bolezen, smrt, zmoto ali kakršnokoli drugo trpljenje.

Pacient, ki je v oskrbi zdravstvene ustanove, se sooča s prizadetostjo na vseh treh ravneh. Izredno pomembno je, da se zdravstvena ustanova in zdravstveni delavci zavedajo prav te bivanjske prizadetosti vsakega pacienta. S prihodom v zdravstveno ustanovo je življenje posameznika dobilo povsem drugo kvalitativno bivanjsko raven. Zaradi bolezenskega stanja človek postane »trpeče bitje« in do tega »trpečega bitja« ima zdravstvena ustanova s svojimi zaposlenimi posebno odgovornost. Ta temeljna odgovornost gre v smeri kulture varnosti, v najširšem smislu, vsakega posameznega pacienta v določeni zdravstveni ustanovi. Zdravstveni predpisi in zakoni v nobenem primeru ne morejo popolnoma zagotoviti kulture varnosti vsakega pacienta. Zakoni v glavnem predstavljajo nek okvir etičnega minimuma, polnost in vsebino pa jim daje strokovnost in človeškost posameznega zdravstvenega delavca.

Odgovornosti za pacienta ne nosi samo, ali pa predvsem, zdravstvena ustanova kot taka, ampak vsak zdravstveni delavec, ki prihaja v stik z določenim pacientom. Pri tem gre predvsem za osebnostno naravnost zdravstvenega delavca do pacienta in do svojega dela. Primarni cilj zdravstva ne bi smel biti samo ozdravitev pacienta oz. lajšanje bolezenskega stanja ampak tudi preprečitev vsakršne možnosti dehumanizacije in depersonalizacije človeka, kar je, kot se ugotavlja, v današnjem času velik problem.

2 Logoterapevtski vidik pacienta

Ena izmed temeljnih nalog logoterapije oz. ustanovitelja logoterapije Viktorja Frankla (Fabry, 1988) je rehumanizacija humanističnih znanosti. Treba je povrniti človeškost znanostim, ki se ukvarjajo s človekom. Ustanovitelj tretje dunajske šole psihoterapije – logoterapije, je bil Viktor E. Frankl (Frankl, 2000), doktor medicine in filozofije ter profesor nevrologije in psihiatrije na dunajski univerzi. Logoterapija (Frankl, 1987) je v bistvu antropološka naravna, ki človeka upošteva v vseh treh razsežnostih: telesni, duševni in duhovni. Gre za celosten oz. holističen pristop, kar je novost v humanistični znanosti, s čimer se logoterapija izogne vsakršnemu redukcionizmu in posploševanju, ki vodi v dehumanizacijo in depersonalizacijo človeka, kar pomeni zreduciranje človeka na nek skupek psiholoških in fizičnih mehanizmov. Človek, ko trpi, trpi duhovno, duševno, telesno in socialno. Izkaže se, da je resnica o trpečem človeku (npr. bolniku) drugačna in globlja, kot pokaže diagnoza ali ugotovi zdravnik (tudi psihiater ...). V središču logoterapije je vprašanje eksistencialne krize in krize smisla, kar nakaže že sam izraz logoterapija, ki je tvorjen iz dveh grških besed: logos – smisel, therapeuein – zdraviti. Logoterapija se ukvarja s smislom človeške eksistence in obenem tudi z iskanjem tega smisla. Vprašanje smisla in polnosti življenja je pri težje bolnih pacientih zelo pomembno.

Logoterapija (Frankl, 1994b) definira smisel kot naloge, ki nam jih življenje postavlja v točno določenem trenutku in v točno določeni situaciji. Edinstvenost in specifičnost smisla je v odkrivanju življenjskih nalog, ki jih življenje postavlja pred vsakega posameznika. V moči svobodne volje posameznik izpolni smisel in tako (odgovorno) odgovori na nalogo, ki jo predenj postavlja življenje v točno določenem trenutku in v točno določeni situaciji. Smisel ni neka »stvar« občosti, splošnega smisla, »stvar«, ki je bolj ali manj enaka vsem, le odkriti jo je treba, ampak je ta smisel edinstven, specifičen in enkratno za vsakega posameznika posebej. Smisel določata dve temeljni razsežnosti: ad personem (človek, kot neponovljivo, enkratno in nenadomestljivo bitje) in ad situationem (ireverzibilnost vsakršne situacije in trenutka). Vidimo, da je moderno načelo samouresničitve pravzaprav nasprotje smislu, kot ga pojmuje Frankl:

»Kajti v resnici – in če ne več, pa vsaj prvotno – človekova dolžnost ni, da uresniči samega sebe, ampak da izpolni smisel. Njegova dolžnost ni, da najprej uresniči svo-

je možnosti, kot se to lepo reče, ampak je najprej usmerjen v svet, da tam uresniči smiselne možnosti, tiste smiselne možnosti, ki – če smem tako reči – čakajo, da bi jih že končno enkrat uresničil, zunaj v svetu in ne v zasanjanosti vase» (Lukas, 1993, str. 5-6).

Logoterapija je že v samem bistvu manj retrospektivna in manj introspektivna (npr. v primerjavi s psihoanalizo). Temelj delovanja logoterapije je prihodnost – naloge in smisli.

»Hkrati logoterapija odvrta pozornost od vseh tvorb, ki se pojavljajo v začaranem krogu, in mehanizmov, po katerih na nas vpliva naša preteklost, kar ima oboje pomembno vlogo pri razvoju nevroz. Tako se značilna nevrotikova egocentričnost razbije, namesto da bi jo nenehno pospeševali in krepili. Gotovo taka trditev pomeni prehudo poenostavljanje; vendar se mora pacient v logoterapiji dejansko soočiti s smislom svojega življenja in se spet usmeriti k njemu» (Frankl, 1992, str. 77-78).

3 Volja do smisla

Človekova glavna gonilna sila je prav želja in prizadevanje, da bi našel smisel. V tem duhu Frankl govori o »volji do smisla« v nasprotju z željo po užitku, tj. »voljo do užitka« (Freud) ali »voljo do moči« (Nietzsche, Adler). Tisto, kar v človeku povzroča največji dinamizem, je prav volja do smisla. Na tem mestu moramo opozoriti na možnost napačnega razumevanja volje do smisla - volje do smisla ne razumevamo v smislu nekakšnega gona ali nagona. Volja do smisla človeka intencionalno usmerja v svet nalog, vrednot in različnih možnosti. Vendar je na tem mestu treba razlikovati med gonom in voljo. Pri prvem gre za to, da človeka nekaj žene, pri volji do smisla pa gre za to, da si človek za nekaj prizadeva in ga nekaj privlači ali vleče.

Človek vedno in povsod hoče in išče smisel. V življenju mu najbolj gre ravno za smisel. To specifično človeško »lastnost« posameznik doživlja kot željo, da bi njegovo življenje bilo (in bi ga lahko imel za) smiselno. Volja do smisla je vedno neločljivo povezana z vrednotami. Smisel je vedno tam, kjer so vrednote. Smisel je v izpolnjevanju vrednot oz. v življenju po poti vrednot. Vrednota je nekaj, kar je vredno samo po sebi, kar ima vrednost v samem sebi. Za osnovno lastnost vrednote bi lahko postavili kakovost; pozitivno – negativno, dobro – slabo, lepo – grdo, doživimo – ne doživimo. Če po eni strani trdimo, da vrednote vlečejo človeka, je po drugi strani res, da se mora vsak posameznik odločiti za svoj »vrednostni sistem« (ljubezen, poštenost, resnica, dobrot, lepota, pravičnost ...). Vrednot ne postavlja človek (nevarnost prevrednotenja vrednot), ampak so človeku dane oz. jih najde. Zato ni mogoče nekega dejanja ovrednotiti (samovolja) po svoje, ampak mora človek poiskati in tudi iskati smisel v celotni stvarnosti, katere del je tudi sam.

Veličina življenja se »meri« po vrednotah. Oseba je vsak človek in mu to dostojanstvo pripada že od spočetja naprej, osebnost pa je tisti, ki nekaj iz sebe naredi, ki živi

po vrednotah, ki živi smiselno oz. za naloge, ki mu jih postavlja življenje, odgovarja v skladu s hierarhijo vrednot. Ta veličina življenja je povsem neodvisna od družbenega statusa, zdravja, poklica, izobrazbe itn. Vsak se sooča s svojim poslanstvom, s svojimi življenjskimi nalogami in odgovornostjo. Postavlja pa se vprašanje: Kdaj in kako na katere odgovarjati, jih živeti in se po njih ravnati? Za trpečega človeka je ta okretnost temeljnega pomena in mnogokrat igra bistveno vlogo na tej poti iskanja osmislitve lastne tragične situacije:

»Kolikokrat nam kateri od pacientov očita, da njegovo življenje nima smisla, češ da je njegova dejavnost brez višje vrednote. Predvsem ga moramo opozoriti, da je konec koncev vseeno, kje stoji človek v poklicnem življenju, kaj dela; pač pa gre samo za to, kako dela, ali tisto mesto, na katerem je, dejansko tudi izpolnjuje. Torej ni pomemben njegov akcijski radij, ampak samo to, ali izpolnjuje krog svojih nalog. Preprost človek, ki je resnično izpolnil konkretne naloge, kakršne mu lahko nalagata poklic in družina, je kljub svojemu malemu življenju večji in stoji više od kakšnega velikega državnika, ki ima v rokah moč, da z eno samo potezo peresa odloča o usodi milijonov, vendar se odloča brez vesti« (Frankl, 1994b, str. 71).

Logoterapevtsko gledano mora vsak posameznik sam najti odgovore na ta vprašanja, ki mu jih postavlja življenje, enkrat v tej, drugič v drugi obliki. Vrednote so temeljnega pomena za življenje oz. za smiselno življenje, z drugimi besedami, za življenje po smislu. Te vrednote (vrednostni sistem) pa je zaradi jasnosti in razvidnosti treba klasificirati. Na to nalogo je Viktor Frankl zelo dobro odgovoril in obenem razjasnil marsikatero življenjsko vprašanje ter razorožil nihilističnega duha, ki se (trpečemu) človeku tako zelo rad pritihotapi za hrbet. S tem je Frankl sestavil univerzalno formulo za kvalitetno in smiselno življenje. V boju proti načelnemu skepticizmu in nihilizmu je na edinstven način predstavil tri vrednostne kategorije - »kraljestvo vrednot v vsej njegovi polnosti«: ustvarjalne vrednote, doživljajske vrednote in vrednote stališča (Frankl, 1994b, str. 71-74), ki so v ozki povezavi s tremi razsežnostmi človekove intencionalne naravnosti in doživljanjem sveta, kar smo omenili že v uvodu.

Ustvarjalne vrednote se uresničujejo z ustvarjanjem. Gre za osebni smisel s svojo dejavnostjo in ustvarjanjem. Pri tem je odločilna človekova zmožnost za delo (*homo faber*). Vendar je treba upoštevati, da pri teh vrednotah ne gre samo za ovrednotenje v potrošniškem smislu (komercialno, finančno, pragmatično, utilitaristično ...), ampak gre za uresničevanje ustvarjalnih vrednot kakršnekoli dejavnosti in ustvarjalnosti — od najdragocenejših umetniških stvaritev do najpreprostejših otroških risbic, od preprostega lupljenja krompirja do najzapletenejših arhitekturnih dosežkov ... Današnjemu človeku so le-te najbližje in (pre)mnogokrat najbolj cenjene.

Doživljajske vrednote se uresničujejo pri sprejemanju sveta — naravne ali umetniške lepote. Te vrednote so velikokrat zelo podcenjene, vendar gre za uresničevanje osebnega smisla po doživljajski poti. Odločilna je človekova zmožnost za ljubezen (*homo amans*). Pomembna je notranja harmonija, ki človeku omogoča razpoloženje za dojemanje in doživljanje lepote v najširšem smislu. Z udejanjanjem teh vrednot

prihaja do samo-oplemenitenja; seveda ne plemeniti človek samega sebe, ampak je le-to dar, v bistvu se človek pusti plemenititi in je za to razpoložljiv. Doživljajske vrednote so »bolj darila, ko se človek bogati, zori in raste ob doživljanju narave, kulture, umetnosti, zgodovine, samega sebe, svojega dela in tehničnih pripomočkov zanj, zadnjih skrivnosti bivanja, zlasti pa sočloveka — bližnjika v ljubečem odnosu z njim« (Frankl, 1994b, str. 295).

V vsakem trenutku je človek poklican k udejanjanju ene izmed teh vrednot, kot pravi Frankl:

»V življenju se iz ure v uro spreminja priložnost, da se obrnemo zdaj k eni skupini vrednot, zdaj k drugi. Enkrat življenje od nas zahteva, da uresničujemo ustvarjalne vrednote, kdaj drugič, da se obrnemo h kategoriji doživljajskih vrednot. Enkrat moramo tako rekoč obogatiti svet s svojim delom, drugič obogatiti sami sebe s svojim doživljanjem. Enkrat je zahtevo neke ure mogoče izpolniti z dejanjem, drugič s tem, da se vdamo kakšni možnosti za doživljanje. Torej je kdaj lahko človekova obveza tudi ta, da je vesel. V tem smislu bi lahko o nekom, ki sedi v tramvaju in je priča čudovitega sončnega zahoda ali zavoha cvetoče akacije in se ne preda možnosti za to doživetje narave, temveč naprej bere časopis, rekli, da je v nekem trenutku nekje pozabil na svojo dolžnost« (Frankl, 1994b, str. 73).

Kadar pa v življenju nastopi situacija, ko ni več mogoče plodovito uresničevati doživljajskih in ustvarjalnih vrednot, nastopi tako imenovano »usodno stanje«. V določenih situacijah človek doživi, da na le-te ne more vplivati in jih spremeniti — lahko pa zavzame smiselno stališče do njih, in prav to Frankl poimenuje vrednote stališča.

»Obstaja še ena glavna skupina vrednot, katerih uresničitev je ravno v tem, kakšen odnos ima človek do kakšne omejitve svojega življenja. Ravno v njegovem razmerju do te utesnitve njegovih možnosti se odpira novo, svoje področje vrednot, ki zanesljivo sodijo celo med najvišje. Tako lahko na videz še tako zelo osiromašeno bivanje — ampak v resnici osiromašeno samo v primeri z ustvarjalnim in doživljajsko bogatim — še vedno daje zadnjo, že kar največjo priložnost za uresničitev vrednot /.../ Gre za to, kakšno stališče zavzame človek do nespremenljive usode« (Frankl, 1994b, str. 72-73).

Frankl ugotavlja, da negativne, tragične situacije, ki so brez tega smiselnega stališča, delujejo na človeka povsem destruktivno. Nobena druga življenjska situacije ne zaostri tako zelo vprašanja po smislu, kot ravno tista, v kateri človek najbolj trpi. Te življenjske situacije so najtežji preizkusni kamni človekove osebnosti:

»Za udejanjanje vrednot stališča so potrebni trden osebni sistem vrednot, notranja moč in zrelost, zavest o odgovornosti in globoko prepričanje, da ima življenje smisel in ga ohranja v vseh okoliščinah. Za uresničevanje teh vrednot je po Franklu odločilna človekova zmožnost za trpljenje (homo patiens). Ko jih uresničujejo stari, bolni, prizadeti ljudje in taki, ki jih je doletelo hudo trpljenje, s pokončno in pogumno držo, imajo socialni značaj dobrega zgleda« (Frankl, 1994b, str. 313—314).

Pri udejanjanju teh najpomembnejših vrednot ne moremo mimo osebne odgovornosti in svobode – kar pomeni, da so te vrednote za udejanjanje najtežje. Med smislom in vrednotami je neločljivo vpeta odgovornost.

4 Osebna odgovornost – nujni pogoj kulture varnosti pacienta

Eden izmed logoterapevtskih aksiomov je, da je človek svobodno oz. ne-determinirano bitje. Logoterapija ne pristaja na pandeterministično teorijo, da je človekovo ravnanje in delovanje holistično določeno z različnimi pogoji (npr. z otroštvom, vzgojo, podobo očeta, geni in socialnimi vplivi). Po tem nazoru je človek bitje, katerega delovanje je venomer z nečim pogojeno in že vnaprej določeno. Pomeni, da človek ni svobodno bitje ampak je žrtev nekih notranjih gonov, ki so posledica različnih notranjih ali zunanjih dejavnikov oziroma pogojev, vzrokov. Logoterapija seveda ne trdi, da človek ni determiniran. Vsak človek je do neke mere določen z biološkimi, psihološkimi in sociološkimi pogoji. Vendar ti pogoji niso absolutni, da bi človekovo ravnanje absolutno določali. Obstaja relativna determiniranost, ki ji je podvržen vsak človek. Vendar do te determiniranosti človek lahko zavzame svoje stališče. Absolutna determiniranost pa je dejansko njen antipod. Zato Frankl pravi, da ne gre za alternativo »indeterminizem« ali »determinizem«, ampak za alternativo »determinizem« ali »pandeterminizem« (Frankl, 2005, str. 37). V tej definiciji svobode je v ospredju relativna neodvisnost od gonov, nagonov, preteklih dogodkov, dednosti, otroštva, vzgoje, fizičnih danosti, bolezni, socialnih vplivov itn. Svobode ne razumevamo v absolutnem smislu (svobodnjaštvo, samovolja). S tega vidika lahko govorimo o pogojni svobodi, o svobodi ki ni absolutna (lat. absolvere; absolvō – pustiti, od-vezati) in ni neodvisna. Pri vprašanju determinizma gre dejansko za vprašanje svobodne izbire. Na tem mestu se izostri vprašanje ali človeško vedenje določajo že dani pogoji (biološki, psihološki in sociološki) ali (še) kaj drugega? Prav svoboda je tista, ki vzpostavlja človeško dostojanstvo oz. je nujni pogoj za človeško dostojanstvo. Človek sicer je do neke mere podvržen zunanjim in notranjim pogojem, vendar je zmožen te pogoje preseči in se do njih ustrezno opredeliti. V nasprotnem primeru bi bil človek razrešen »bremen« odgovornosti.

»[M]edtem ko me nagoni ženejo, pa me vrednote vlečejo, to je, zahtevi vrednote lahko rečem da ali ne, lahko se torej odločim tako ali tako. Moment svobodne odločitve o stališču, namreč ne velja samo v zvezi z le navideznim pritiskom bioloških, psiholoških in socioloških okoliščin, ampak tudi v zvezi z vrednostno možnostjo, ki jo je treba uresničiti« (Frankl, 1994b, str. 85).

Človek ni zgolj »žrtev«, ampak odgovorno kreira in ustvarja svoje življenje. »Konec koncev človeškega vedenja ne narekujejo pogoji, s katerimi se človek srečuje, temveč odločitve, ki jih sprejema« (Frankl, 2005, str. 37). Ni nujno, da človeka pogoji, ki ga do neke mere »omejujejo«, tudi determinirajo. Še vedno ohranja svobodo, da

se do njih tudi opredeli ali se jim podredi. Frankl tega ni samo teoretično in kasneje v svoji praksi dokazal, ampak je to dokazal tudi s svojim življenjem v koncentracijskem taborišču. Ali kot pravi Ramovš (v: Frankl, 2005) v dodatnem poglavju knjige *Človek pred vprašanjem o smislu*:

»Noben družboslovni inovator ni teorij preizkusil in potrdil v praksi na lastni koži na tako kalvarijski način, kakor je Frankl svoja spoznanja o moči notranje človeške svobode in volje do smisla — posebej o moči smiselnega stališča do najhujše usode, ko s človekovim življenjem in telesom krivično ravnajo tako kruto, kakor nihče ne ravna niti s smetmi, preden jih zavrže« (Frankl, 2005, str. 225).

Svoboda je po eni strani dar, po drugi strani pa breme. Življenje pred človeka nenehno postavlja različne možnosti, v točno določeni situaciji in trenutku, med katerimi izbira in tako samolástno kreira svojo eksistenco. Ob tem pa prevzema odgovornost za svoja dejanja in življenje. Človek se v svoji individualnosti nenehno nahaja pred edinstvenimi smisli in vrednotami, na katere se mora odzvati (odzivati) in na njih odgovoriti (odgovarjati). Ker je torej človek svobodno (ne-determinirano) in potemtakem odgovorno bitje, se mora odločiti, ali bo določen smisel oz. vrednoto uresničil ali ne. Vsakršno ravnanje in delovanje že v temelju predpostavlja osebno odločitev. Pri osebnih odločitvah je vsak človek svoboden, kar pomeni, da je za svoja dejanja in odločitve odgovoren — posledice so osebne zasluge ali krivda.

Pogoj za bivanjsko varnost in duševno zdravje so smiselne odločitve oz. z aktivnim udeležanjem vrednot posameznik prihaja do eksistencialne trdnosti in integrirane osebnosti (Pattakos, 2010). Nasprotno pa nesmiselne odločitve posameznika vodijo do bivanjskega vakuuma, eksistencialne krize in krize smisla. Iz tega bivanjskega stanja se velikokrat razvijejo noogene nevroze (gr. noos – duh), ki jih moderna medicina skorajda ne pozna in tudi ne upošteva. To pomeni, da zdravimo simptome oz. bolezenske indikatorje, nezadostno pa se ukvarjamo z vzroki za nastanek bolezni. »V nasprotju z nevrozo v ožjem pomenu besede, ki je po definiciji psihogeno obolenje, noogena nevroza ne izvira iz kompleksov in konfliktov v običajnem smislu, temveč iz konfliktov vesti, spopadov vrednot in iz eksistencialne frustriranosti« (Frankl, 2005, str. 109). Volja za smislom, kot temeljnim človeškim gonilom je frustrirana in se odraža v nevrotičnih simptomih.

Odgovornost, ki je osnovna substanca človeške eksistence, ima ključno vlogo. Človek je vedno odgovoren nečemu ali nekomu — odgovornost je dejansko odgovor na določeni smisel, ki pa je »določen« z vrednotami oz. z najvišjo vrednoto. Logoterapija ugotavlja, da smo med drugim odgovorni pred osebo, delom in lastno vestjo. Ali z drugimi besedami, zdravstvena ustanova in vsak posamezni zdravstveni delavec odgovarja za nalogo, ki mu je zaupana. Za to nalogo nosi odgovornost tudi glede na to, kako jo bo opravil, tj. kako bo nanjo odgovoril. V ospredju je osebna zavzetost in osebna odgovornost. Objektivna odgovornost zdravstvene ustanove, nikakor ne more zadostiti potrebam varnosti posameznega pacienta. Le-tem lahko zadosti, izključno in samo, osebna odgovornost, ki se manifestira v strokovnosti in človeškosti zdravstvenega osebja. Prav ta kultura varnosti je tista apriorna naloga, na katero se

mora zdravstveni delavec odzvati z vso zavzetostjo, s svojo strokovnostjo in človeškostjo, tudi zato, ker varnost pacienta, v najširšem smislu, ni samo nekaj zelenega in priporočljivega v zdravstvu, ampak je samo bistvo poslanstva, ki ga ima zdravstvo. Še več, kultura varnosti je temeljna pravica pacienta, ki nam je zaupan v oskrbo.

5 Zaključek

Prvi pogoj za preprečevanje dehumanizacije in depersonalizacije pacienta, in s tem zagotovitev njegove varnosti, je holističen pristop. Pomeni, da se zavedamo antropološkega dejstva, da se človeško bivanje odvija na treh ravneh: telesni, duševni in duhovni. Têrmina duhovno na tem mestu ne razumevamo v religioznem oz. teološkem pomenu, ampak predvsem v antropološkem smislu. Duhovna razsežnost je prostor udejanjanja odgovornosti in svobode, ki sta dva najznačilnejša elementa duhovne dimenzije. Človeška eksistenca še zdaleč ni nekakšna homeostatična monada ali nek vase zaprt mehanicističen sistem. Prav to je glavna pomanjkljivost humanističnih znanosti - človek zreduciran na skupek bioloških in psihičnih mehanizmov (psiho-fizično bitje). Duhovne razsežnosti ali sploh ne upoštevajo ali pa gre za poenostavljeno upoštevanje nekakšnega konglomerata duševne in duhovne sfere, ki ga dojemajo kot drugi (sestavni) del človeškega bitja, ob telesni razsežnosti. Glede učinkovitosti zdravljenja, če si dovolimo kratek ekskúrz, tovrstni redukcionistični nazor predstavlja nevarnost tudi v moderni medicini, ki pozna (samo) psihosomatska obolenja. Čeprav je vzhodna medicina (npr. Indija in Kitajska) že tisočletja nazaj imela holistični pristop do bolnika. Vsakega bolezenskega stanja so se lotevali celostno, veljalo je pravilo, da je človeka treba vedno zdraviti na telesu, duši in duhu. Zanimivo je tudi to, da se prav po duhovni razsežnosti človek najbolj loči od vseh drugih živih bitij in moderna znanost je najbolj pozabila prav na to razsežnost. Šele s Franklom prihaja do re-humanizacije humanističnih znanosti.

Za bistvo človekove eksistence logoterapija postavlja preseganje samega sebe (samo-transcendenca). Vedno in povsod je človek usmerjen k nečemu oz. proti nečemu. Na tem mestu gre lahko za smisel, ki ga izpolnjuje, ali za drugo človeško bitje. Človek je v sebi vedno nezaključeno bitje, vedno je nekam usmerjen in tako samega sebe vedno presega. Zmožnost samo-transcendence predpostavlja, da je človek svobodno in odgovorno bitje. Duhovna razsežnost je tudi tisti »bazen« notranje moči, od koder človek črpa moč za dvig nad gone, potiske in ostale »sile« (okoliščine), ki hočejo človeka determinirati in ga s tem narediti nesvobodnega in zato neodgovornega. Duhovna razsežnost je torej »prostor«, kjer se udejanjajo svoboda, ustvarjalnost, odgovornost, ideali, intuicija, »volja do smisla« itd. in kjer je bolj kot determiniranost oz. pogojenost v ospredju človekova osebna odločitev.

Šele v tem okviru lahko pravilno razumemo osebno odgovornost, kot nujni predpogoj za zagotovitev kulture varnosti pacienta. Za zdravstvenega delavca je pacient najprej odgovornost in naloga. Biti odgovoren pa ne pomeni samo sprejeti odgo-

vornost za posledice nekega dejanja, ampak tudi sprejeti odgovornost za določena ne-dejanja, tj. za nekaj, kar bi morali storiti, pa nismo. Kot smo že omenili, je človek odgovoren pred osebo, delom in lastno vestjo. Prav vest je tista zadnja instanca, ki zagotavlja varnost pacienta. Predpisi, zakoni in uredbe nikakor ne morejo zadostno zadovoljiti potrebe po kulturi varnosti. Le-to predstavlja formalni okvir, človeški faktor pa je tisti, ki temu okviru daje ustrezno vsebino. Ob tem se je treba zavedati, da te odgovornosti ne nosi samo zdravstvena ustanova in njeni zaposleni, ampak tudi vsak pacient. Del odgovornosti zdravstvenega delavca je tudi to, da pacienta na ustrezen način seznani z njegovo odgovornostjo, bodisi glede zdravstvenega stanja (vzroki za nastanek bolezni, nadaljnja preventiva, kurativa ...), bodisi glede kulture varnosti.

Kultura varnosti je v premem sorazmerju z osebno odgovornostjo. Pogoj za osebno odgovornost je osebnostna zrelost posameznega zdravstvenega delavca, ki zasluži posebno pozornost. Pri tem je v ospredju strokovnost in preprosta človeškost. Zadnje merilo našega ravnanja in delovanja pa je vedno vest. Človek se prav na podlagi vesti, tj. osebne vrednostne lestvice, odloča med različnimi možnostmi, ki jih predenj postavlja življenje oz. določena situacija. Prav zaradi te specifične »funkcije« logoterapija vest definira kot notranji organ smisla: »Vest je tista zmožnost, ki mu daje moč, da dojame smisel kakšnega položaja prav v njegovi edinstvenosti, in v končni razčlembi je smisel nekaj edinstvenega« (Frankl, 1994a, str. 24).

LITERATURA

1. Fabry, J. B. (1988). *Guideposts to meaning. Discovering what really matters.* Oakland: New Harbinger Publications.
2. Frankl, V. E. (1981). *The will of meaning: foundations and applications of logotherapy.* New York: New American Library.
3. Frankl, V. E. (1983). *Trotzdem hat das Leben einen Sinn: Argumente für einen tragischen Optimismus.* Tiroler Landerstheater zu Innsbruck (6. Juni 1983). Audiotext Kassettenproduktion. Zvočni posnetek predavanja.
4. Frankl, V. E. (1987). *Man's search for meaning.* New York: Pocket Books.
5. Frankl, V. E. (1992). *Kljub vsemu rečem življenju da.* Celje: Mohorjeva družba.
6. Frankl, V. E. (1994a). *Volja do smisla.* Celje: Mohorjeva družba.
7. Frankl, V. E. (1994b). *Zdravnik in duša.* Celje: Mohorjeva družba.
8. Frankl, V. E. (2000). *Recollections – an autobiography.* Cambridge: Basic Books.
9. Frankl, V. E. (2005). *Človek pred vprašanjem o smislu.* Ljubljana: Pasadena.
10. Lukas, E. (1993). *Družina in smisel.* Celje: Mohorjeva družba.
11. Lukas, E. (2001). *Tudi tvoje trpljenje ima smisel.* Celje: Mohorjeva družba.
12. Nietzsche, F. (2004). *Volja do moči.* Ljubljana: Slovenska matica.
13. Pattakos, A. (2010). *Prisoners of our thoughts – Viktor Frankl's Principles for discovering meaning in life and work.* San Francisco: Berret-Koehler Publishers.
14. Zalokar Divjak, Z. (1998). *Vzgoja za smisel življenja.* Ljubljana: Educy.

Sebastjan Kristovič

The logotherapeutic aspect of patient safety

KEY WORDS: *logotherapy, safety culture, patient, conscience, dehumanisation*

ABSTRACT - Health laws and regulations cannot in any case fully ensure the safety culture of the individual patient. The laws generally represent a framework of ethical minimum, but only professionalism and humanity of the individual health worker gives them fullness and content. This primarily involves the personal attitude of health workers towards patients and their work. The primary goal of health care should be not only to cure the patient or relieve the medical condition but also to prevent any possibility of depersonalisation and dehumanisation of a human being. First of all, a patient means a responsibility to a health professional. Responsibility is the basic substance of human existence from a logotherapeutical point of view. To be responsible means to give a response for every action that we do as well as every non-action that we should do but we do not. When we ask ourselves who or what we are accountable to, logotherapy tells us that we are accountable to the person, work and our own conscience. Man decides between different options that life or particular situation puts before him based on his conscience, ie. personal value scale. Because of this specific »feature« of conscience, logotherapy defines conscience as an internal organ of the sense: »Conscience is the ability that gives him the strength to grasp the sense of any situation precisely in its uniqueness, and sense is something unique in the final view« (Frankl).

Agresivnost pri dementnem starostniku

UDK 616.892.3-053.88+316.647.3

KLJUČNE BESEDE: agresivnost, demenca, starostniki, psihiatrija, zdravstvena nega

POVZETEK - Prispevek obravnava agresivnost pri starostniku z demenco, ki je specialno področje psihiatrične zdravstvene nege. Demenca ni običajen proces staranja, ampak bolezensko zmanjševanje sposobnosti posameznika, da bi ustrezno doživel okolje, ki ga obdaja. Vedenjske težave je treba razumeti in jih sprejeti kot del bolezni in ne kot zlonamernost. Avtor se osredotoči na vedenjske spremembe pri starostniku, predvsem na agresijo, saj je to čustvo, ki mu je zaradi parcialne destruktivnosti treba nameniti veliko pozornosti. V prispevku so objavljene smernice, ki pripomorejo k obvladovanju agresivnega vedenja. Dementnega starostnika spremljajo različni stadiji bolezni. Vsak stadij potrebuje drugačen pristop s strani strokovnega in negovalnega tima, zato avtor opiše agresivno vedenje pri različnih vrstah demence.

1 Uvod

Nasilje se je dogajalo v vseh časih, vseh družbenih redih in sistemih. Po vsem so-
deč, agresivnost že od nekdaj spremlja človeško skupnost. Spreminjajo se le načini,
sredstva in izrazne oblike agresivnosti. Nasilje pa ni značilno samo za vojne razme-
re. Srečujemo ga v vsakem družbenem okolju, med vsemi družbenimi skupinami,
žrtve so vseh ras, religij, obeh spolov in žal tudi vseh starostnih skupin. O različnih
oblikah nasilja se pogovarjamo, ga raziskujemo in prikazujemo z namenom, da bi ga
ublažili ali celo povsem odpravili.

Starostnika, ki je zbolel za demenco, spremljajo različni stadiji bolezni. Vsak stadij
potrebuje drugačen pristop s strani strokovnega in negovalnega tima. Pristop k oskr-
bi starostnika, ki je zbolel za demenco, mora biti kompleksen in predstavljati celoto
skupnega dela različnih strokovnjakov in članov negovalnega tima, ki obravnavajo
isti problem z različnih vidikov in imajo postavljene skupne cilje glede na problem,
ki ga rešujejo.

2 Agresivnost pri starostniku

Najpogostejše citirana definicija agresivnosti pravi: Agresivnost je vedenjska zna-
čilnost, ki se kaže v gospodovalnih, nasilnih in napadalnih dejanjih proti drugim
ljudem. In nekoliko širše: je kakršna koli oblika vedenja, katerega cilj je prizadeti ali
raniti drugo živo bitje, ki se takšnemu ravnanju želi izogniti (Tucker-Ladd, 2004).

Nasilje oziroma agresija ima številne definicije. Ena izmed njih navaja, da je agresija verbalni ali fizični napad na drugo živo bitje ali predmete, agresivnost pa pripravljenost biti agresiven. V splošnem etimološkem smislu je agresivnost živalim potrebna za preživetje, ljudje pa jo pogosto uporabljajo za obvladovanje individualnih konfliktov in težav. V ožjem psihopatološkem smislu pa agresivnost vključuje namerno in brezbrizno poškodovanje ali uničenje ter je združena z negativnimi čustvi, kot so jeza, strah, obup, bes in sovražnost (Dekker, 2003).

Demenca je bolezen, ki povzroča spremembe v možganih. Agresivnost je pogosto povezana z osebnostnimi spremembami, nezmožnostjo za racionalne odločitve in paranojo. Oseba lahko postane agresivna zaradi zadrege ali iz splošne zmede. Pomembna je pravilna obravnava in obvladovanje agresivnega pacienta z demenco. Osebe mora znati preusmeriti agresijo in ustrezno pomagati osebi, ko je močno razburjena. Posebno usposabljanje in izobraževanje je potrebno za delo s pacienti, ki so zboleli za demenco, saj uporaba neprimernih metod lahko povzroči agresivno vedenje (Cipriani in sod., 2011).

Pri napredovanju bolezni se določijo ravni ali obdobja resnosti: zgodnje, blago, zmerno, zmerno hudo in hudo. Včasih lahko agresivnost razumemo kot ekstremni način izražanja občutkov zamer, jeze ali frustracije. Agresivnost se lahko pojavi na kateri koli stopnji demence, čeprav je ponavadi povezana z zmerno in hudo fazo. Če ste v bližini nekoga z demenco, lahko pride čas, ko se boste soočili z agresivnim vedenjem in to je lahko zelo boleče (Cipriani in sod., 2011).

Kaj mislimo z besedno zvezo »agresivno vedenje« ljudi z demenco?

Ljudje z demenco se morda včasih vedejo agresivno na enega ali več naslednjih načinov:

- ☐ so verbalno napadalni ali grozijo
- ☐ so fizično nevarni, kot je brcanje ali ščipanje
- ☐ z vso silo napadejo ljudi ali premoženje
- ☐ preburno odreagirajo na situacijo ali pa postanejo zelo razburjeni zaradi vsake malenkosti.

Kaj povzroča agresivno vedenje?

Obstaja veliko razlogov, zakaj so lahko osebe z demenco agresivne, na primer:

- ☐ občutek prestrašenosti ali ponižanosti
- ☐ občutek nemoči, da ne morejo razumeti drugih ali da jih drugi ne razumejo
- ☐ fizikalni učinki demence, ki bi lahko okrnili njihovo lastno presojo in samo-nadzor
- ☐ izguba zavore zmanjša zavest o pravilih ustreznega vedenja, ki so se ga naučili v zgodnjem otroštvu.

Ukvarjanje z agresivnim vedenjem ni enostavno in ne obstajajo preprosti odgovori. Vendar pa je možno, da bi bilo manj težav, če bi postopoma odkrivali dejavnike, ki sprožijo agresijo, in našli nekaj učinkovitih načinov za spopadanje z njo. Moramo se zavedati, da je vse vedenje oblika komunikacije. Če lahko hitro ugotovimo, kaj nam

skušajo z določenim obnašanjem povedati, mogoče lahko preprečimo, da bi imeli občutek nemoči in bi postali agresivni (Cipriani in sod., 2011).

Ključni nasvet: nikoli ne vzemite tega osebno!

Vsaka oblika agresije je lahko za tistega, ki se srečuje z njo, zelo težka, ampak najpomembneje je, da si zapomnimo, da oseba ni agresivna namenoma. Agresivno vedenje lahko izgleda, kot da je usmerjeno na vas, ampak to je verjetno samo zato, ker ste tam. Dejstvo je, da oseba, ki je agresivna proti vam, ne pomeni, da so se njihova čustva do vas spremenila, samo njihove reakcije so postale drugačne zaradi sprememb v strukturi možganov. Čeprav lahko čustva pri agresivnem vedenju še vedno obstajajo, bo oseba z demenco verjetno hitro pozabila posamezne incidente (Rayner in sod., 2006).

Ljudje z demenco lahko postanejo agresivni, če se počutijo razočarane, so pod pritiskom ali ponižani, ker se ne morejo več spopadati z zahtevami vsakdanjega življenja. Take osebe potrebujejo več časa za obdelavo informacij in odzivanje na situacije, kot so ga nekoč potrebovali, in to je lahko zelo neprijetno in stresno, saj menijo, da je ogrožena njihova neodvisnost ali zasebnost. Ker so bili prisiljeni sprejeti pomoč pri intimnih funkcijah, kot so umivanje, oblačenje, slačenje, hranjenje, je to lahko zanje zelo stresno, saj so vsi imeli zasebnost na teh področjih življenja že od otroštva. Zdi se jim, da jih kritizirate ali presoimate, ker so nekaj pozabili ali pa so se zmotili pri izpolnjevanju vsakodnevnih nalog. Postanejo zmedeni ali tesnobni, ker je preveč hrupa, preveč ljudi okoli njih ali pa je prišlo do nenadne spremembe.

Počutijo se ogrožene, ker ne prepoznajo določenih krajev ali ljudi. Prepričani so, da so na drugem mestu in da so tujci v lastnem domu. Prestrašijo se nenadnega hrupa, ostrega glasu, nenadnih gibov ali oseb, ki se jim nenadno brez opozorila približujejo od zadaj. Počutijo se nelagodno, čutijo bolečino, morajo urinirati ali pa so preprosto žejni (Townsend, 2006).

Strokovnjaki pravijo, da je vsaka vrsta vedenja tudi oblika komuniciranja. Pacient poskuša s tem nekaj povedati, saj jih je bolezen na žalost oropala za druge načine (npr. govorico). Morda čutijo bolečino in ne vedo, kako bi to izrazili z besedami (Townsend, 2006).

Alzheimerjeva demenca

Alzheimerjeva bolezen je najpogostejši vzrok za demenco. Je bolezen, ki povzroča spremembe v možganih. Zmanjševanje števila nevronov pri pacientu se navzven kaže z upadanjem spoznavnih sposobnosti oz. kot napredujoča demenca. Je nevrološka bolezen, ki prizadene spomin in vedenje. Pri določenih dejavnostih je potrebna večja pomoč osebja. Agresivnost se lahko kaže kot verbalna ali fizična. Na žalost je najbolj pogosto usmerjena v osebje. Pacienti se lahko počutijo ponižane in razočarane, ker potrebujejo pomoč pri izpolnjevanju osebnih nalog ali pri nalogah, ki so jih bili nekoč sposobni samostojno dokončati (Baldwin, 2010).

Frontotemporalna demenca

Je vrsta demence, ki v glavnem prizadene čelni in sečni reženj. Najpogosteje so prvi znak te vrste demence spremembe osebnosti in socialnih veščin. Kažejo se z neustreznim vedenjem v dani situaciji, kot so neprimerne šale, nepredvidljivi odzivi in razburljivost. Z napredovanjem bolezni se osebnostne spremembe stopnjujejo. Pogosto nežna in mirna oseba postaja vedno bolj sovražna in agresivna do družine in prijateljev. Te spremembe vedenja so najtežje za osebje, saj ne ve, kako naj jih obravnava. Ta sprememba vedenja je še bolj zapletena zaradi dejstva, da oseba s frontotemporalno demenco ne spozna dejstva, da se je njegovo vedenje spremenilo. Kadar je prisoten potencial za agresijo, se mora osebje naučiti spoznati zgodnje znake agitacije in sprejeti ustrezne spremembe v okolju, ki zmanjšajo tveganje za agresijo (Baldwin, 2010).

Lewyjeva demenca in vaskularna demenca

Pri demenci, kjer pride do sprememb v žilnem sistemu, so lahko pacienti agresivni zaradi halucinacij. V takih primerih je zdravljenje halucinacije pomemben del zdravljenja agresije (Baldwin, 2010).

2.1 Smernice za obvladovanje nasilnega vedenja

Če se osebe, ki so zbolele za demenco, z danimi nalogami ne spopadajo dovolj dobro, je treba zmanjšati vse zahteve in se prepričati, da imajo dovolj časa in da brez stresa to opravijo rutinsko. Nikoli ne smete pozabiti, da ne morejo razumeti, kaj poskušate storiti in zakaj. Če je le mogoče, razložite stvari mirno in preprosto in jim dajte več časa za odziv. Na obziren način ponudite pomoč, da ni videti, kot da naloge prevzimate. Ne smete kritizirati, temveč hvalite vse dosežke in se osredotočite na stvari, ki jih oseba še vedno lahko počne, ne pa tisto, kar ni več mogoče. Bodite pozorni na opozorilne znake, kot so strah, razburjeno vedenje in nemir, ter ukrepajte takoj. Treba jih je vključevati v dejavnosti, ki spodbujajo osebne interese. Ne pozabite, da oseba ne postane agresivna iz zlonamernosti. Da so postali verbalno ali fizično agresivni, je posledica sprememb v možganih. Morate razumeti, da osebe morda ne bodo mogle nadzorovati določenega vedenja, ko se le-to sproži. Ko pacient postane agresiven, globoko vdihnite in se sprostite. Spomnite se, da ostanete vedno mirni. Ohraniti morate nizko raven glasu, nikoli ne bodite glasni, agresivni. Vedno pristopate od spredaj in ne od strani ali od zadaj (Bill, 2010).

1. korak: Poiščite načine, da odreagirate na agresivne situacije.

Na dolgi rok je preventiva najboljša rešitev za agresivno vedenje, tako za vas kot za osebe z demenco. Če pride do agresivnega položaja, ne krivite sebe, ampak se namesto tega osredotočite na obvladovanje situacije, bodite mirni in čim bolj učinkoviti.

Preden reagirate, globoko vdihnite, stopite korak nazaj, dajte osebi prostor in štejte do deset. Poskusite ostati mirni in ne vstopati v argument. Burna reakcija bi položaj še poslabšala.

Pomirite osebo in priznajte, da lahko vidite, da je vznemirjena. Poskusite ji odvrniti pozornost. Poskusite, da ne pokažete strahu, saj bi to lahko povečalo agitiranost, čeprav, če se počutite ogrožene, je to lažje reči kot narediti. Če je oseba fizično nasilna, ji je treba dati veliko prostora (Baldwin, 2010).

2. korak: Premislite, kateri dejavniki so sprožili agresivno vedenje.

Ko situacija, kjer je bil pacient agresiven, mine, si moramo vzeti nekaj časa za razmislek o tem, kaj se je zgodilo in zakaj. Če je bila oseba agresivna že v preteklosti, pomislite, kateri so bili tisti dejavniki, ki so povzročili njihove izbruhe. Po vsakem incidentu zabeležite sprožilne dejavnike (Baldwin, 2010).

3. korak: Sprožilni faktorji.

Najdite načine, ki bi zmanjšali ali preprečili situacije, ki sprožijo agresivno vedenje. Nekaterе rešitve so lahko enostavne, kot na primer, da ima oseba na voljo vedno dovolj tekočine. Pri drugih situacijah bo potrebnega mnogo več razmišljanja in ukrepanja (Baldwin, 2010).

4. korak: Vzemite si čas za reševanje svojih občutkov.

Tudi če vam je uspelo, da tega niste vzeli osebno, lahko agresivno vedenje pusti precej tresoč občutek in v daljšem časovnem obdobju lahko takšno ravnanje privede do izčrpanosti in stiske. Poiščite načine, s pomočjo katerih si boste opomogli, ter izkoristite vse vire podpore (Baldwin, 2010).

2.2 Dejavniki, ki zmanjšajo agresivno vedenje

Stres

Izogibanje izvorom stresa, strahu ali alarma lahko pomaga zmanjšati agresivno vedenje. Mnogim pacientom, ki so zboleli za demenco, niso všeč glasni ali nenadni zvoki, saj zvoki ustvarjajo strah. Mirno okolje je pomembno, da bi se izognili agresivnim situacijam. Pacienti z demenco imajo pogosto visoke stopnje stresa, ker ne prepoznajo ljudi okoli sebe (Pulsford in sod., 2011).

Agresivnost preko socialnih interakcij

Ko se približate nekomu z demenco, vas oseba ne bo prepoznala, čeprav vas je videla pet minut prej. Treba je pristopiti počasi in mirno ter govoriti z mehkim tonom. Čeprav je občutek ob dotiku pomirjujoč, nekateri pacienti tega ne marajo, saj jim ni všeč občutek, da so zadržani, s tem se lahko še poveča strah (Pulsford in sod., 2011).

Fizične bolezni in depresija

Pacienti z demenco imajo ponavadi težave pri spopadanju z boleznijo ali depresijo in se težje odprejo oziroma izražajo, zato se lahko agresivno odzovejo zaradi bolečin ali neugodja. Ne morejo ubesediti svojih čustev in občutka ujetosti, zato so pogosto agresivni (Pulsford in sod., 2011).

Motenje v zasebnosti in rutini

Pacientom z demenco je osebni prostor izjemno pomemben. Če se počutijo, kot da je bil njihov osebni prostor napaden, reagirajo z agresijo. Mnogokrat se to zgodi pri nudenju pomoči pri osebni higieni, saj si napačno razlagajo ukrepe. Vzdrževanje določene rutine bo zmanjšalo vznemirjenje, saj ne bodo imeli občutka, da jih preganjajo (Pulsford in sod., 2011).

Pomanjkanje izbire

Nekateri pacienti imajo težave, ker se počutijo, kot da nimajo nadzora ali možnosti izbire v svojem okolju. Nekateri lahko postanejo razburjeni, ker se počutijo, kot da nimajo izbire pri tem kaj jesti ali obleči (Pulsford in sod., 2011).

3 Zaključek

Psihiatrija je medicinska veda, ki se ukvarja z ugotavljanjem in zdravljenjem duševnih in vedenjskih motenj. Psihiatrični pacienti so zaradi specifične simptomatike obolenj bolj obremenjujoči za zdravstveno osebje, zato so strokovna usposobljenost, osebna zrelost in toleranca zdravstvenih delavcev nenehno na preizkušnji. Zdravstvena oskrba nikoli ne bo potekala povsem brez tveganja za pacienta in zdravstvenega delavca.

Da bomo lahko nudili najboljšo zdravstveno nego našim pacientom, moramo obravnavati vsakega kot edinstveno individualno človeško bitje s poudarkom na njegovih fizičnih, psihičnih, duhovnih in socialnih potrebah. Pri našem delu naj nas vodijo načela humanosti, morale, etike in stroke. Naloga medicinske sestre je, da vzpostavi dobre medosebne odnose s pacientom in njegovo družino, saj bo to zagotovilo zaupanje.

LITERATURA

1. Baldwin, C. (2010). Alzheimer's society. London: Alzheimer's Society.
2. Bill, D. (2010). Behavior management. New York: Demand media.
3. Cipriani, G., Vedovello, M., Nuti, A. in Di Fiorino, M. (2011). Geriatrics gerontology: aggressive behavior in patients with dementia: correlates and management. UK: Blackwell.
4. Dekker, M. (2003). Aggression: psychiatric assessment and treatment. New York: Coccoaro.
5. Pulsford, D., Duxbury, J. A., Hadi, M. (2011). Psychiatric mental health nursing: a survey of staff attitudes and responses to people with dementia who are aggressive in residential care settings. UK: Blackwell.
6. Rayner, V., G. O'Brien, J., Schoenbacher, B. in Rlan, L. (2006). Behavior disorders of dementia, recognition and treatment. Kentucky: University of Louisville, School of Medicine.

7. Townsend, C. M. (2006). Psychiatric mental health nursing: concepts of care in evidence-based practice. UK: Blackwell.
8. Tucker-Ladd C. (2004). Psychological self-help bibliography, anger and aggression, chapter 7. Illionis: Self-Help Foundation.

Zoran Kusić

Agresive behaviour in elderly people with dementia

KEY WORDS: aggression, dementia, elderly, psychiatric nursing care

ABSTRACT - The article deals with aggression in the elderly with dementia, which is a special field of psychiatric nursing. Dementia is not a normal aging process, but it is a pathological reduction of abilities of the individual to experience the environment that surrounds him. Behavioural problems are necessary to understand and accept as part of the disease and not as malicious. The author focuses on behavioural changes in the elderly, especially aggression, because it is an emotion which requires attention due to partial destructiveness. The article publishes guidelines that help control aggressive behaviour. Elderly with dementia go through various stages of the disease. Each stage requires a different approach by a professional and nursing team; therefore, the author describes aggressive behaviour of different types of dementia.

Mag. Milica Lahe, Barbara Kegl, Milena Pišlar

Pacientovo dostojanstvo in zasebnost z vidika študentov zdravstvene nege

UDK 17+616-083-057.875

KLJUČNE BESEDE: študenti, zdravstvena nega, klinična praksa, pacienti, dostojanstvo, medosebni odnos

POVZETEK - Dostojanstvo je del človekove osebnosti in del socialnega priznanja, ki se izraža v medsebojnih odnosih ter ga vsak posameznik doživlja drugače. Dostojanstvo in zasebnost je tudi eno izmed pomembnih etičnih načel v zdravstveni negi. Namen članka je predstaviti dostojanstvo in zasebnost pacienta ter rezultate raziskave, kako študenti zdravstvene nege razumejo načelo dostojanstva in zasebnosti ter kako le-to upoštevajo pri svojem delu na klinični praksi. Uporabljena je bila kvantitativna metodologija. Podatki so bili zbrani s pomočjo anketnega vprašalnika, ki smo ga izvedli med petdesetimi študenti drugega in tretjega letnika dodiplomskega študijskega programa zdravstvena nega 1. stopnje na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Mariboru, ki so že opravili klinično prakso. Študenti zdravstvene nege razumejo načelo dostojanstva in zasebnosti ter ju poskušajo upoštevati pri obravnavi pacientov in njihovih svojcev na klinični praksi. Študenti navajajo, da imajo občasne težave pri zagotavljanju zasebnosti pacienta, predvsem kadar so pacienti nameščeni v večposteljne sobe, Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije pa jim nudi oporo pri oblikovanju lastnih etičnih in moralnih stališč, osebno rast, zadovoljstvo pri delu s pacienti in svojci ter jim hkrati omogoča refleksijo in vir znanja. Na klinični praksi izvajajo zdravstveno nego na način, ki vključuje dostojanstvo in zasebnost pacienta, ki je človekova osnovna potreba in pravica, izražena v medosebnem odnosu.

1 Uvod

Človekovo dostojanstvo je vrednost, lastnina posameznika, ki pride do izraza v medsebojnih odnosih (Šmitek, 2006, str. 23). Dostojanstvo je del človekove osebnosti in oblika socialnega priznanja (Todorov, 1996). Je notranja vrednost, pomembnost – ugled, čast pri posamezniku, ki jo drugi spoštujejo, torej je dostojanstvo objekt spoštovanja (Rines in Montag, 1976). Spoštovanje osebnega zadovoljstva je človekova pravica in osebna lastnina, ki ji posameznik posveča malo pozornosti, dokler ne postane ranljiv in odvisen, oziroma dokler se ne znajde v določeni situaciji (bolezen, starost, invalidnost ...), v kateri je nemočen. V zdravstvu in praksi zdravstvene nege je veliko okoliščin, v katerih lahko postane dostojanstvo pacientov ranljivo. Zato mora medicinska sestra dostojanstvo in zasebnost dojemati zavestno in vsebinsko (Šmitek, 2006, str. 29).

Spoštovanje, dostojanstvo in zasebnost pridejo do izraza v medosebnih odnosih. Vzpostavitev medosebnih odnosov je v zdravstveni negi zelo pomembna. Strokovno znanje, veščine in etična načela medicinski sestre in študentu zdravstvene nege omogočajo vzpostaviti dobro komunikacijo, zaupne medsebojne odnose ter spoštovanje dostojanstva in zasebnosti pacienta v zdravstveni obravnavi.

2 Dostojanstvo in zasebnost pacienta z vidika študenta

Zdravstvena nega je profesija, ki jo zaznamuje medosebni odnos med člani negovalnega tima, študenti zdravstvene nege, ki opravljajo klinično prakso, in pacienti ter njihovimi svojci. Od članov negovalnega tima in vseh zdravstvenih delavcev pacient v zdravstveni obravnavi pričakuje spoštovanje svojega dostojanstva in zasebnosti. Človekovo dostojanstvo lahko ohranjamo le tako, da pacienta postavljamo v središče dogajanja, da izvajamo kakovostno zdravstveno nego, da redno ugotavljamo pacientovo počutje, potrebe in probleme ter glede na ugotovljeno načrtujemo in izvajamo kakovostno ter humano zdravstveno nego.

Za člane negovalnega tima je spoštovanje pacientovega dostojanstva moralna zapoved, ki ga vsebuje tudi Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2005). Da pa medicinska sestra lahko izpolnjuje etična načela, mora imeti ustrezno znanje. Matiti (1999) navaja, da lahko medicinska sestra ohranja in vzdržuje dostojanstvo z zagotavljanjem zasebnosti, z ustrezno komunikacijo, z uporabo izbranega imena, z omogočanjem nadzora nad situacijo, z omogočanjem avtonomije, z vzpostavljanjem neodvisnosti, z upoštevanjem pristojnosti pacienta in s skrbjo zanj.

Ustava Republike Slovenije pojma zasebnost ni posebej definirala, ker je le-ta že pojasnjen v ustavnih pravicah in svoboščinah. Zasebnost ščiti svobodo posameznika in mu omogoča svobodno odločanje brez vmešavanja in prisile drugih. Kaže se v obliki pravice in pozitivne vrednote. Pravica do zasebnosti je osebnostna pravica vsakega posameznika ne glede na telesne in duševne značilnosti (Žezlina, 2002).

3 Metodologija raziskovanja

3.1 Namen raziskave

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kako študenti zdravstvene nege razumejo načelo dostojanstva in zasebnosti ter kako le-to upoštevajo pri svojem delu v klinični praksi.

3.2 Raziskovalna vprašanja

- ☐ RV 1: Ali študenti razumejo načeli dostojanstva in zasebnosti?
- ☐ RV 2: Kako študenti ohranjajo in spoštujejo človekovo dostojanstvo med opravljanjem klinične prakse?

3.3 Opis raziskovalnega vzorca in okolja

V raziskavi je sodelovalo 50 študentov drugega in tretjega letnika dodiplomskega študijskega programa 1. stopnje zdravstvena nega na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Mariboru. Uporabili smo naključni, priložnostni vzorec. Raziskavo smo izvedli ob koncu kliničnih vaj v Univerzitetno kliničnem centru. Raziskava je po-

tekala od decembra 2010 do februarja 2011. V raziskavo smo vključili 30 (60 %) rednih študentov drugega letnika in 20 (40 %) rednih študentov tretjega letnika.

3.4 Raziskovalna metodologija

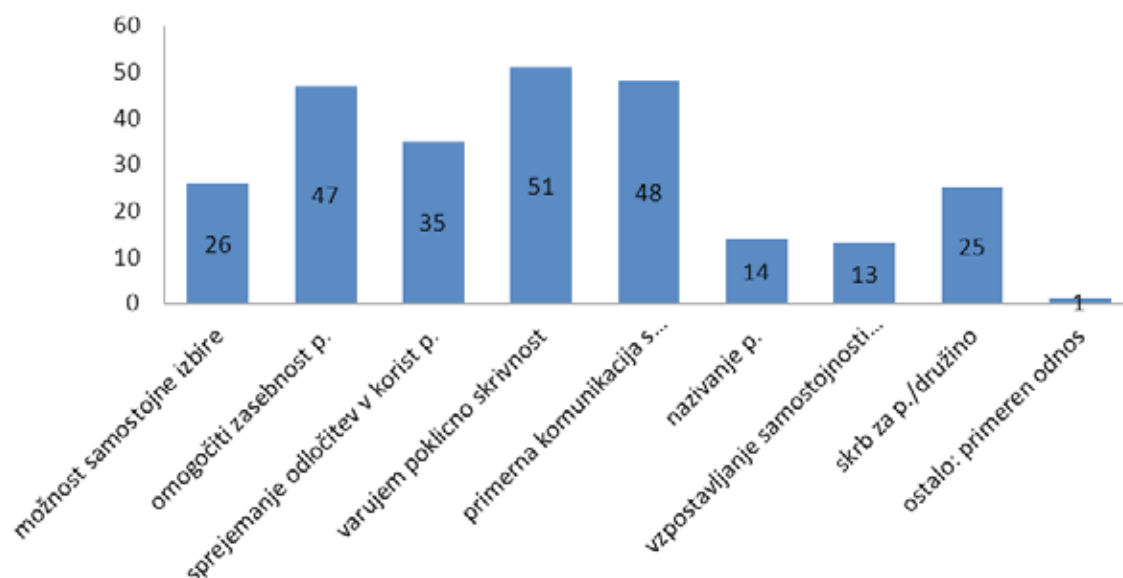
Uporabljen je bil kvantitativni pristop z metodo anketiranja. Podatke smo zbrali s pomočjo strukturiranega vprašalnika, ki je bil pripravljen izključno za namen raziskave. Sestavljen je bil iz 17 vprašanj zaprtega in polodprtega tipa.

3.5 Zbiranje in statistična obdelava podatkov

Anketiranje študentov je bilo popolnoma anonimno. Odgovori na vprašanja v anketnem vprašalniku so bili kvantificirani. Podatke, pridobljene iz anketnega vprašalnika, smo analizirali s pomočjo statističnega računalniškega programa Microsoft Excel.

4 Rezultati

Graf 1: Ohranjanje dostojanstva pri zdravstveni obravnavi pacienta

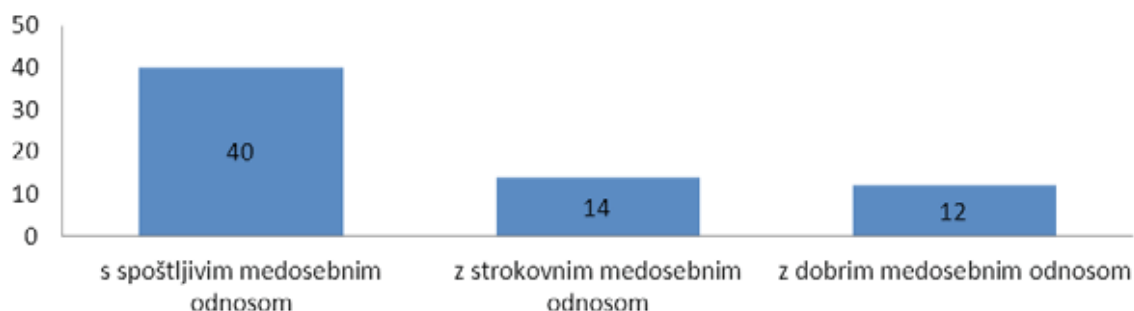


Vir: Anketni vprašalnik, 2011.

Na vprašanje »Na kakšen način ohranjate dostojanstvo pri obravnavi pacienta?« je bilo možnih več odgovorov. 51 (20 %) anketiranih študentov je odgovorilo, da dostojanstvo pacienta ohranjajo z varovanjem poklicne skrivnosti, 48 (18 %) jih je odgovorilo, da z ustrezno komunikacijo s pacientom/svojci, 47 pa, da z omogočanjem zasebnosti. V 35 (14 %) primerih so odgovorili, da to omogočajo z odločitvami v korist pacienta. 26 (10 %) anketiranih študentov pacientom in njihovim družinam nudi možnost samostojne izbire v okviru njihovih sposobnosti. 25 (10 %) jih navaja,

da je skrb za pacienta in družino pomembna za ohranjanje njihovega dostojanstva. 14 (5 %) študentov to ohranja z uporabo izbranega imena in 13 (5 %) jih ohranja z vzpostavlo neodvisnosti pacienta/družine. En anketirani je pod ostalo odgovoril, da ohranja dostojanstvo s spoštljivim odnosom.

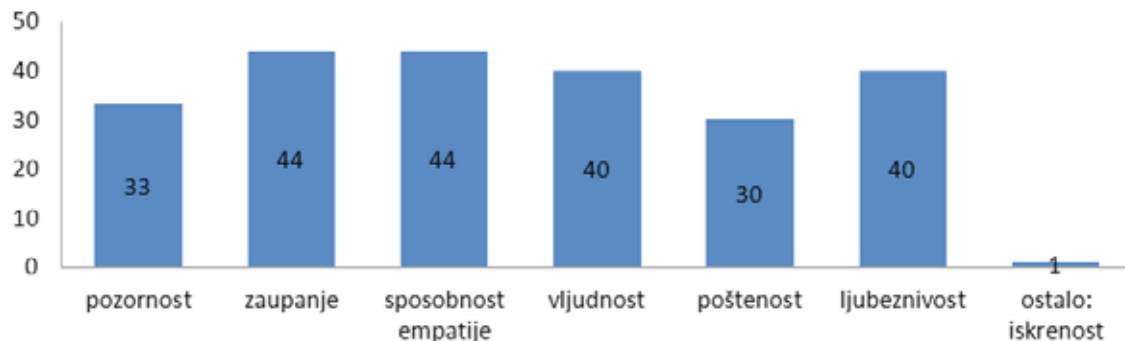
Graf 2: Medosebni odnosi: Ohranjanje dostojanstva pacienta



Vir: Anketni vprašalnik, 2011.

40 (61 %) študentov je odgovorilo, da se ohranja občutek dostojanstva pri pacientih s spoštljivim medosebnim odnosom, 14 (21 %) s strokovnim medosebnim odnosom in 12 (18 %) z dobrim medsebojnim odnosom.

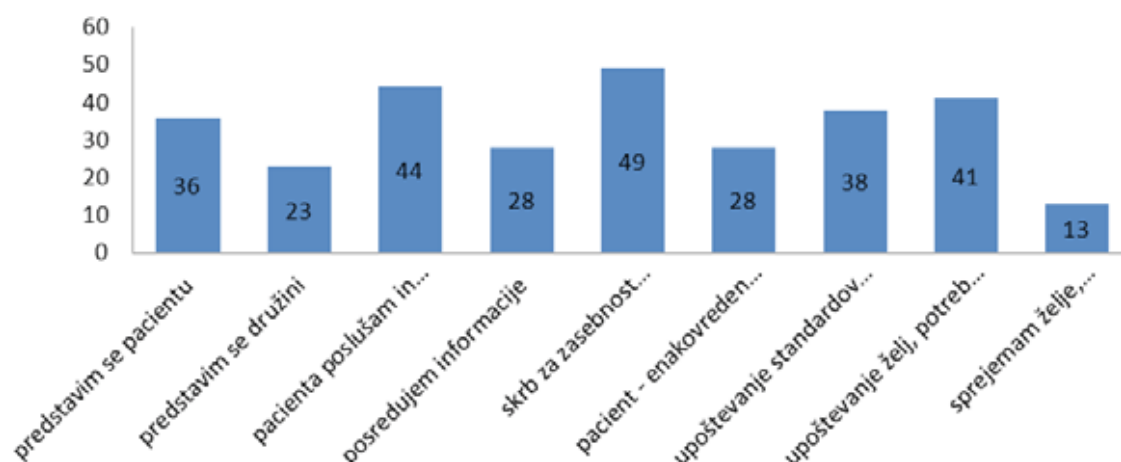
Graf 3: Karakteristike v medosebnem odnosu, ki pomagajo študentom ohranяти občutek pacientovega dostojanstva



Vir: Anketni vprašalnik, 2011.

Na vprašanje, katere karakteristike vam v medosebnem odnosu pomagajo ohranяти občutek pacientovega dostojanstva, je bilo prav tako možnih več odgovorov. 44 (19 %) anketiranih študentov se je odločilo za zaupanje in sposobnost empatije. Sledijo pristojnost in prijaznost v 40 (18 %) primerih, v 33 (14 %) pozornost in na koncu so v 30 (12 %) primerih izpostavili poštenost. Eden izmed anketirancev je pod ostalo izpostavil tudi iskrenost.

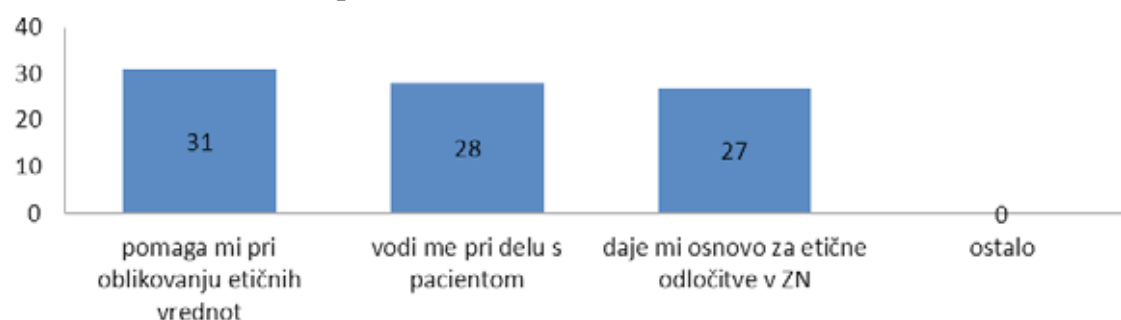
Graf 4: Ohranjanje dostojanstva in zasebnosti pacienta



Vir: Anketni vprašalnik, 2011.

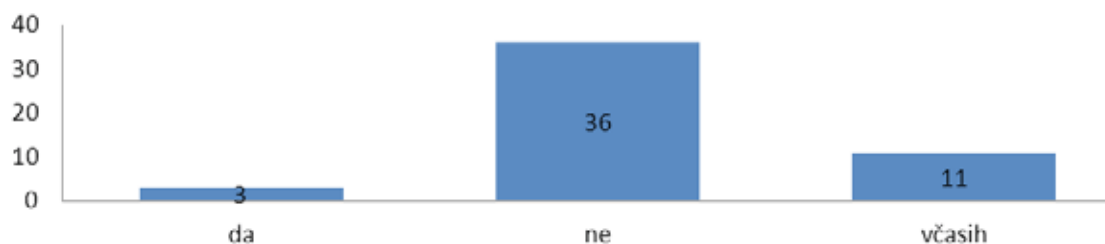
Na vprašanje, kako ohraniti dostojanstvo in zasebnost pacienta, so imeli anketirani študenti na voljo več možnih odgovorov. V 49 (16 %) primerih so odgovorili, da z zasebnostjo pacienta. v 44 (15 %) primerih s poslušanjem in sposobnostjo slišati pacienta, v 41 (14 %) s sprejemanjem pacientovih želja in potreb, v 38 (13 %) z upoštevanjem standardov aktivnosti zdravstvene nege, v 36 (12 %) tako, da se pacientu predstavijo, v 28 (9 %) z obravnavanjem pacienta kot enakopravnega partnerja in tako, da pacientom in družinam poskušajo posredovati informacije, v 23 (8 %) tako, da se tudi družinam predstavijo in v 13 (1 %) primerih s spoštovanjem želja in potreb družine.

Graf 5: Vpliv Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije v zdravstveni obravnavi pacienta



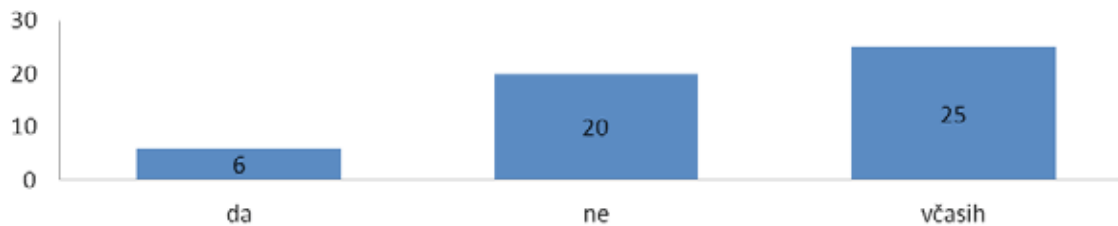
Vir: Anketni vprašalnik, 2011.

Kodeks Etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije vpliva na obravnavo pacienta na različne načine. 31 (36 %) anketiranih študentov meni, da jim pomaga pri oblikovanju etičnih vrednot, 28 (33 %) anketiranim študentom pomaga tako, da jih vodi pri delu s pacienti in 27 (31 %) anketiranim študentom daje osnovo za etično odločanje v zdravstveni negi.

Graf 6: Občutek zagotavljanja dostojanstva pri obravnavi pacienta v klinični praksi

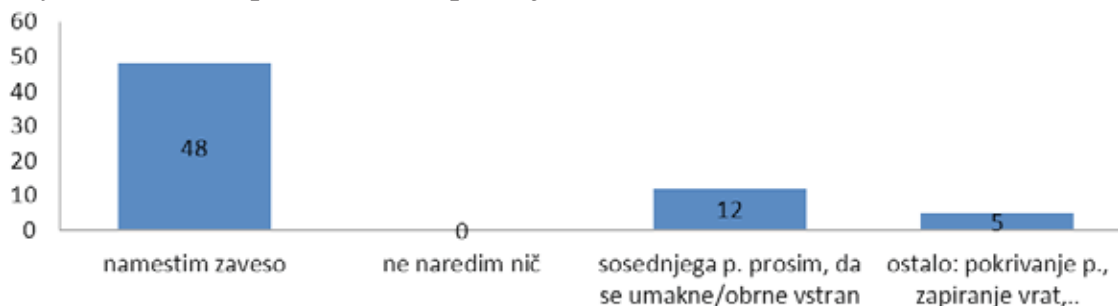
Vir: Anketni vprašalnik, 2011.

Na vprašanje, ali študenti pri obravnavi pacienta v klinični praksi sami kdaj izgube dostojanstvo so 3 (6 %) odgovorili pritrdilno, 36 (72 %) anketiranih študentov nima tega občutka in 11 (22 %) anketiranih študentov ima tak občutek občasno. 3 študenti, ki so odgovorili pozitivno, so kot razlog navedli, da niso imeli možnosti zagotoviti zasebnosti, ker ni bilo zavese in je bilo v sobi več pacientov, ki niso mogli zapustiti postelje.

Graf 7: Problemi z ohranjanjem pacientove zasebnosti

Vir: Anketni vprašalnik, 2011.

Na vprašanje, ali imate kdaj težave z zagotavljanjem pacientove zasebnosti, je 25 (49 %) anketiranih študentov odgovorilo, da včasih, 20 (39 %) jih s tem nima težav, medtem ko se 6 (12 %) anketiranih študentov s takšnimi težavami srečuje redno.

Graf 8: Zasebnost pacienta v večposteljni sobi

Vir: Anketni vprašalnik, 2011.

Na vprašanje, kako zagotoviti zasebnost pacienta v večposteljni sobi, je 48 (74 %) anketiranih študentov odgovorilo, da z nameščanjem zavese, 12 (18 %) jih prosi pacienta na sosednji postelji, da se odmakne ali obrne na drugo stran, 5 (8 %) pa jih je odgovorilo, da s pokrivanjem pacienta in zapiranjem vrat.

5 Razprava

Spoštovanje dostojanstva je pravica in potreba vsakega posameznika v zdravstveni obravnavi. Vsakdo ima pravico do zasebnosti, še posebej takrat, ko gre za njegovo intimnost, upanje, strah, žalovanje ali smrt. Delo medicinskih sester ima velik vpliv na zdravje in na življenje ljudi. Etična načela Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2005) morajo medicinske sestre, študenti zdravstvene nege in vsi drugi člani negovalnega tima obvezno osvojiti in se po njih ravnati. Namen omenjenega je, da nam služi kot smernica pri oblikovanju etičnih vrednot v praksi zdravstvene nege.

Z raziskavo smo dobili tudi odgovore na zastavljena raziskovalna vprašanja.

Raziskovalno vprašanje 1: Ali študenti razumejo načelo dostojanstva in zasebnosti?

Rezultati raziskave so pokazali, da anketiranci razumejo načelo dostojanstva in zasebnosti. Študenti imajo znanje in voljo za izvajanje kakovostne zdravstvene nege, vendar velikokrat nimajo možnosti le-tega dejansko kakovostno in humano izvesti. Anketiranci prav tako vidijo Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2005) kot pomoč pri oblikovanju etičnih vrednot in kot smernice za delo s pacienti ter podlago za etično presojo v zdravstveni negi.

Raziskovalno vprašanje 2: Kako študenti ohranjajo človekovo dostojanstvo, ko opravljajo klinično prakso?

Anketiranci so najpogosteje odgovorili, da ohranjajo človekovo dostojanstvo med klinično prakso s poklicno molčečnostjo, s profesionalno komunikacijo, z zagotavljanjem zasebnosti in z vzpostavitvijo zaupnih medosebnih odnosov. Prav tako so anketiranci izpostavili, da je za vzpostavitev in ohranitev zaupanja vrednega medosebnega odnosa potrebna sposobnost empatije, zaupanja, pristojnosti, ljubeznivosti, pozornosti in šele na koncu poštenosti.

6 Zaključek

Delo v zdravstvu je delo z ljudmi. Zato je zelo pomembno, da se veliko časa posveti spoštovanju dostojanstva, zasebnosti in pacientovih pravic že v času izobraževanja za poklic medicinske sestre.

Spoštovanje človekovega dostojanstva predstavlja večino vsebine etike, ki je potrebna v odnosu medicinske sestre do bolnika, ter tudi drugih zdravstvenih delavcev do bolnika, če želimo, da bo medsebojni odnos res etičen in v doživljanju bolnika zadovoljiv, kakovosten in dostojanstven (Šmitek, 2006, str. 40). Spoštovanje dostojanstva

se zrcali v medosebnih odnosih med člani negovalnega tima, študenti zdravstvene nege in tudi v odnosih do pacientov v času zdravstvene obravnave.

LITERATURA

1. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2005). Pridobljeno 14. 6. 2011 s <http://www.zveza-dmszt.si>.
2. Matiti, M. (1999). Dignity: a study of pre-operative patients. *Nursing Standard* 64(2), 292-302.
3. Rines, A. R., Montag, M. L. (1976). *Nursing concepts and nursing care*. New York: A Wiley Biomedical Publication. John Wiley & Sohns.
4. Šmitek, J. (2006). Pomen človekovega dostojanstva v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege* 40 (1), 23-35.
5. Todorov, T. (1996). *Facing the extreme: moral life in concentration camps*. New York: Henry Holt and Company.
6. Žezlina, M. (2002). *Bolniki niso vedno zadovoljni*. Portorož: Agencija za management.

Milica Lahe, MA, Barbara Kegl, Milena Pišlar

Patient dignity and privacy from the viewpoint of nursing students

KEY WORDS: *nursing students, clinical practice, patient, dignity, interpersonal relationship*

ABSTRACT - *Dignity is part of the human personality and social recognition, which is reflected in mutual relations and is experienced differently by each individual. Dignity and privacy are also important ethical principles in health care. The purpose of this article is to present the findings of the research which investigated how nursing students understand the principle of dignity and privacy, and how they take this into account in their work in clinical practice. Methods: We used a quantitative methodology. Data was collected by using a survey (questionnaire). The survey included 50 respondents, third year students enrolled in the undergraduate (first cycle) study programme in Nursing Care at the Faculty of Health Sciences of the University of Maribor, who had already completed their clinical practice. The results of the survey were analysed and statistically processed by using Microsoft Excel 2007 computer program. The nursing students understand the principle of dignity and privacy and try to take it into account when dealing with patients and their families in clinical practice. The students claim to have occasional difficulties in ensuring patient privacy, especially when patients are placed in multi-bed rooms. The Code of Ethics of Nurses and Health Technicians of Slovenia provides nursing students with support in formulating their own ethical and moral views, their personal growth, their satisfaction when working with patients and, at the same time, offers reflection and a source of knowledge. During their clinical practice, students provide nursing care in a way that includes patient dignity and privacy, which is a basic human need and right expressed in an interpersonal relationship.*

Sigurnost pacijenta u komatoznom stanju kroz stručni, etični, pravni, društveni i ekonomski vidik

UDK 614.8-056.24+616.8-009.831

KLJUČNE RIJEČI: sigurnost pacijent, komatozno stanje, privremeno vegetativnom stanje, medicinska sestra
POVZETEK - Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj organiziran je tako da svaki osiguranik Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje u trenutku svoje bolesti, ozljede ili trajnog bolesnog stanja ima pravo na najbolju zdravstvenu skrb koja mu se može pružiti u odgovarajućoj zdravstvenoj ustanovi. Sestrinstvo se danas nameće kao vodeći čimbenik povećanja stupnja sigurnosti bolesnika u uvjetima gdje se pružaju zdravstvene usluge i provodi zdravstvena njega. Često susrećemo pacijente u trajnom komatoznom stanju te pacijente u privremenom vegetativnom stanju (dalje u tekstu PVS) na odjelima jedinica intenzivnog liječenja, neurološkim, traumatološkim odjelima te specijalnim bolnicama za kronične bolesti. Trenutno ne postoji odgovarajući odjel za kontinuirano, sigurno i kvalitetno zbrinjavanje takvih pacijenata u Republici Hrvatskoj kao ni shema procesa liječenja i rehabilitacije te podrška obitelji. Sigurnost i prava pacijenata danas su temeljni ciljevi kreiranja zdravstvene politike svih zemalja Europe pa tako i Republike Hrvatske za sve pacijente pa tako i one u komatoznom stanju. Potrebno je osvijestiti složenost ali i rizičnost moderne zdravstvene zaštite, te procijeniti i primijeniti standarde rada koji osiguravaju najbolju praksu. Skrb za pacijenata u trajnom komatoznom stanju vodi se po načelima najbolje sestrinske skrbi a proces zdravstvene njege pridonosi povećanju sigurnosti u novonastaloj situaciji za pacijenta i njegovu obitelj. Medicinske sestre kao najvažniji dio multidisciplinarnog tima koji zbrinjavaju ove pacijente uz obitelj kao partnere u skrbi vode veliku ulogu u sigurnosti ove posebno ranjive skupine pacijenata.

1 Stanje kome i privremenogvegetativnog stanja

Pacijenti koje se nerijetko susreću na odjelima jedinica intenzivnog liječenja, neurološkim, traumatološkim odjelima te specijalnim bolnicama za kronične bolesti i za koje ne postoji odgovarajući odjel za kontinuirano, sigurno i kvalitetno zbrinjavanje u Republici Hrvatskoj su pacijenti u komatoznom stanju te pacijenti u privremenom vegetativnom stanju (dalje u tekstu PVS). Uvid u sebe i u svoju okolinu nazivamo svijest, a ona je funkcija specifične aktivnosti moždane kore. Postoje dva aspekta svijesti: njen sadržaj i budnost. Koma je najteži kvantitativni poremećaj svijesti u kojem bolesnik ne reagira ni na bolne podražaje. U nju može zapasti naglo i naglo iz nje izaći, no ponekad se vidi i jasan prijelaz iz budnog i svjesnog prema dubokoj komi.

U tom prijelazu susrećemo još neke stupnjeve kvantitativnog poremećaja svijesti:

- Somnolencija - stanje kada bolesnik uglavnom spava, no kada ga se probudi može se s njim kraće vrijeme održavati smisleni razgovor. Teži oblik somnolencije naziva se letargija.

- Sopor - stanje dubokog poremećaja svijesti kada je bolesnika sve teže probuditi, reakcije na podražaj postaju automatske i s njime se više ne uspostavlja kontakt.
- Semikoma - plića koma; stanje kada sa bolesnik ne budi i ne otvara oči, ali reagira na bolni podražaj.
- Koma - pacijent ne reagira ni refleksima rožnice, zjenica, ždrijela, ni plantarnim refleksom.

Skrb za bolesnika sa teškim oštećenjem mozga u današnje vrijeme provodi cijeli tim zdravstvenih djelatnika sa mnogo truda, a rezultat takvog rada uz pomoć moderne medicine doveo je do dužeg životnog vijeka pacijenata. Prije nekoliko desetljeća njihovo stanje redovito bi završavalo smrtnim ishodom vrlo brzo nakon nastanka poremećaja svijesti (Krampl, 2009).

Stanje kome i privremenog vegetativnog stanja moramo razlikovati od stanja u kojem osoba ne može adekvatno reagirati, ali je svjesna (ili pokazuje vrlo male poremećaje svjesnosti). Ovakvo stanje nazivamo »locked- in« sindrom (Demarin i Trkanjec, 2008.)

1.1 Privremeno vegetativno stanje

Privremeno vegetativno stanje naziva se još i budna koma, »koma vigile«. Njime označavamo stanje svijesti pri čemu je osoba budna, ali ne i svjesna svoje okoline i sebe, a nastaje nakon teške ozljede mozga različite etiologije.

»Osobe u VS imaju otvorene oči, no s njima nije moguća bilo kakva smislena komunikacija, oni ne reagiraju na vanjske podražaje, osim povremene refleksne reakcije na bolni podražaj. Osobe u VS imaju održan ciklus budnosti i sna, koji se izmjenjuju pravilnim ritmom. Niže moždane funkcije, kao disanje, srčana akcija, regulacija tjelesne temperature, održane su. Takve su osobe nepokretne, često s oštećenim aktom gutanja, ne kontroliraju mokrenje niti stolicu, te im je 24 sata dnevno potrebna puna pomoć i njega druge osobe« (Dubroja, 2007).

2 Sigurnost pacijenata kroz stručni vidik

Sigurnost i prava pacijenata danas su temeljni ciljevi kreiranja zdravstvene politike svih zemalja Europe pa tako i Republike Hrvatske za sve pacijente pa tako i one u komatoznom stanju. Deklaracija SZO promiče prava pacijenata na informiranje, pravo na siguran tretman ili njegovo odbijanje, pravo na dostojanstven postupak liječenja i zdravstvene njege te pravilnu zdravstvenu zaštitu. Svjetska provodi niz programa usmjerenih na stvaranje uvjeta za sigurnost pacijenta koje prepoznaju kao dužnosti zdravstvenih djelatnika i zdravstvenih institucija. Ti programi su usmjereni na prevenciju negativnih ishoda zdravstvene skrbi. Pravilna edukacija medicinskih sestara mora ugraditi u taj profil zdravstvenih djelatnika želju da se implementa-

cijom procesa zdravstvene njege u svakodnevni rad osigura sigurnost pacijenata i zaštita prava svih pacijenata.

Medicinske sestre u radu sa komatoznim pacijentima trebaju posjedovati mnoga znanja i vještine da predvide moguće probleme, poteškoće i komplikacije skrbi jer kod ovih pacijenata nema verbalne ni neverbalne ekspresije koja bi pomogla medicinskim sestrama kod procjene stanja pacijenta.

Sigurnost komatoznih bolesnika kroz stručni vidik dobro je promatrati kroz 14 osnovnih ljudskih potreba Virginie Henderson.

2.1 Disanje

Sigurnost komatoznih bolesnika promatrati kroz prvu ljudsku potrebu - disanje vrlo je složeno. Pacijenti u trajnom komatoznom stanju i PVS –u, dišu pomoću neke od vrsta trahealnih kanila. Pacijenti su najviše ugroženi visokim rizikom za nastanak respiratornih infekcija koje bi medicinske sestre trebale prevenirati. Neke od mjera su sljedeće:

- ☐ upotrebom sterilnog materijala kod aspiracije sekreta i toalete kanile,
- ☐ upotrebom ovlaživača zraka, klimatiziranih soba sa posebnim strujanjem zraka iz bolesničke sobe,
- ☐ pravilnom aspiracijom traheobronhalnog stabla.

2.2 Unos hrane i tekućine

Pacijenti u komatoznom stanju hrane se putem nazogastrične sonde, rjeđe putem gastrostome, a mogu biti i na parenteralnoj prehrani kada se probavni put zaobilazi i miruje. Pacijentima se kao komplikacija kod hranjenja nazogastičnom sondom često pojavljuje dekubitus nosne sluznice, preveliki i prebrzi unos hrane.

Vrlo se često susreće pothranjenost i hipovitaminoza komatoznih pacijenata, posebice ako ih se hrani hranom koja nije tvornički pripremljena tako da zadovoljava sve aspekte nutritivnih potreba pacijenata. Primjenjuju se otopine, pripravci koji imaju uravnotežen i prilagođen omjer aminokiselina, masti, ugljikohidrata, šećera i elektrolita.

2.3 Eliminacija otpadnih tvari

Pacijentima u komatoznom stanju za eliminaciju urina najčešće se postavlja trajan urinarni kateter. Mijenjanje istog nužno je prema protokolu ustanove gdje boravi pacijent svakih 14 – 20 dana. S obzirom da je uvođenje urinarnog katetera rizičan postupak koji može dovesti do ascendentnog ulaska mikroorganizma i uzrokovati urinarnu infekciju, tendencija je izbjegavanje trajne kateterizacije te korištenje drugih pomagala za inkontinenciju. Pacijenti u trajnom komatoznom i vegetativnom stanju s obzirom na način hranjenja često imaju rizik od dijareje i opstipacije.

2.4 Kretanje i zauzimanje odgovarajućih položaja tijela

Pacijenti u komi su nepokretni i ovisni tuđoj pomoći 24 sata. Promjene u središnjem živčanom sustavu dovode do razvoja spasticiteta, te pojave dekortikacije i decerebracije. Postoji visok rizik za nastanak svih komplikacija dugotrajnog mirovanja (dekubitus, respiratorne komplikacije, tromboza, kontrakture). Prioritet u skrbi je promjena položaja svaka dva sata uz korištenje antidekubitusnih pomagala i prilagođenu fizikalnu terapiju sata te evidentiranje istog u sestrinsku dokumentaciju. U svrhu vertikalizacije i oporavka kod komatoznih pacijenata koriste se pomagala imitiraju prvo stajanje a zatim i hodanje. Napredak se vidi u poboljšanju općeg stanja pacijenata: redukcija spasticiteta, bolja stabilnost glave i tijela, bolji mišićni tonus.

2.5 Odmor i spavanje

Pacijenti u privremenom vegetativnom stanju imaju periode budnosti i spavanja te medicinsko osoblje koje brine o tim pacijentima mora to poznavati. Potrebno je osigurati specijalni krevet sa kvalitetnim madracem na kojem je postavljen antidekubitalni madrac te upoznati i poštivati pacijentove navike koje je imao prije ozljede i bolesti (način odmaranja, određen položaj ili jastuk na kojem je bolesnik spavao).

2.6 Odijevanje

Pacijenti u komatoznom stanju ne mogu se samostalno odijevati, a s obzirom na dužinu boravka u bolnici svakodnevno odijevanje važno je zbog očuvanja njihove osobnosti i odnosa sa njihovom obitelji, prijateljima. Postoji rizik od povrede integriteta pacijenta ukoliko je cijelo vrijeme u bolnici neodjeven, i neprikladno odjeven. Percepcija njegove obitelji jest da je on još član njihove obitelji i društva u cjelini prikladnim odijevanjem pacijenta treba to podržati (Odijevanje zahtjeva vremenski period stoga je potreban i dovoljan broj medicinskih sestara).

2.7 Održavanje normalne temperature tijela

Povišena tjelesna temperatura kod pacijenata u komi može biti uzrokovana infekcijom urinarnog, respiratornog sustava, može biti reakcija na lijekove ili nastaje kao rezultat oštećenja centra za termoregulaciju u hipotalamusu.

Bitno je da medicinske sestre imaju nadzor nad mikroklimatskim uvjetima u bolesničkoj sobi jer postoji rizik od pregrijavanja ili pothlađivanja pacijenta.

2.8 Održavanje osobne higijene

Osobna higijena pacijenata u komi najčešće se obavlja na dva načina: u sobi na bolesničkom krevetu i na specijalnim prilagođenim kolicima u bolničkoj kupaonici. Prevencija oštećenja kože zahtjeva kontinuiranu sestrinsku skrb, te česte intervencije medicinskih sestara (okretanje, masaža tijela zaštitnim kremama...) pacijenti su u potpunoj nemogućnosti održavati svoju osobnu higijenu, te vrlo često se pokazu-

je potreba edukacije obitelji koja njeguje svojeg člana obitelji. Edukacija obitelji o zbrinjavanju i njegovanju svog oboljelog člana važan je djelokrug medicinske sestre, te jedna od najzahtjevnijih zadataka.

2.9 Izbjegavanje štetnih utjecaja okoline

Kod zbrinjavanja komatoznih bolesnika postoji rizik od različitih utjecaja iz okoline koji za ostale pacijente ne predstavljaju nikakvu prijetnju. Pacijenti često imaju otvorene oči bez normalnog treptanja kapaka i postoji opasnost od iritacije oka, keratitisa ili oštećenja zjenice oka. Visok rizik za razvoj bolničkih infekcija sa sve češće rezistentnim sojevima (MRSA, ESBL) jedna je od vodećih sestrinskih dijagnoza u planu zdravstvene njege komatoznih bolesnika. Okolina u kojoj komatozni pacijent boravi mora biti auditivno, vizualno, senzorno stimulativna, no i tu se mora odrediti količina podražaja - npr. plan stimulacije pacijenta tokom 24 sata, jer komatozni pacijenti kao i ostali pacijenti mora imati i periode aktivnosti i odmora.

2.10 Komunikacija s drugim ljudima - obitelj

Ustanove i bolnički odijeli koji skrbe za komatozne bolesnike moraj omogućiti članovima obitelji slobodan dolazak kod oboljelog člana, bez vremenskog ograničenja. Kod ove skupine pacijenata često se upravo ova potreba marginalizira jer pacijenti komi nisu svjesni sebe i svoje okoline. Bitno je održavati svakodnevne kontakte sa bliskim članovima obitelji i prijateljima jer ti kontakti pozitivno djeluju na samog pacijenta i još više na njegovu obitelj. U sklopu fizikalne terapije preporuke su da se nekoliko pacijenata u kolicima zajedno smjesti u isti prostor, te omogućiti slušanje glazbe, čitanje knjiga. Pacijentima se mogu stimulirati reprodukcijom zvukova iz doma i radnog mjesta, no za takav pristup potrebno je educirano osoblje u vidu okupacionih i radnih terapeuta.

2.11 Vjerske potrebe

Pacijentima u komatoznom stanju potrebno je omogućiti prisustvovanje vjerskim obredima u ustanovi u kojoj borave uz članove obitelji. Često se naime smatra da ta potreba nije bitna kod komatoznih pacijenata, no iskustva pokazuju da odjeli koji imaju duhovnika i duhovne obrede imaju značajno bolju povezanost sa obiteljima te veću motivaciju obitelji oko uključivanja u njegovanje oboljelog člana.

3 Sigurnost pacijenata u trajnom komatoznom stanju kroz etični vidik

Ni jedna skupina osim pedijatrijskih pacijenata nije tako vulnerabilna i podložna neetičnom postupanju medicinskih djelatnika kao pacijenti u komatoznom stanju i PVS- u. Neprisutnost svijesti, nemogućnost verbalne ekspresije emocija, problema s

jedne strane, te razmišljanje medicinskih radnika o pacijentu koji je »poput biljke« s druge strane dovodi do rizika od neetičnog postupanja.

Za osiguranje sigurne i etične okoline i zdravstvene njege komatoznih bolesnika zaduženi su prije svega medicinske sestre, no i drugi profili zdravstvenih djelatnika koji skrbe za komatozne pacijente. Edukacija zdravstvenih profila o potrebama pacijenata koji su u komatoznom stanju, te o potrebama njihovih obitelji trebala bi biti sastavni dio obrazovanja medicinskih sestara. Medicinske sestre ponekad u rutinskom obavljanju svakodnevnih medicinsko – tehničkih zadataka kod komatoznog pacijenta »zaborave« na neke aktivnosti koje se kod ostalih pacijenata ne izostave.

Pozdravljanje prilikom ulaska u bolesničku sobu, dodir koji je profesionalan i empatičan, opisivanje radnje tijekom njenog izvođenja samo su neki od postupaka koji je dobro koristiti u radu sa komatoznim i pacijentima sa PVS. Pri manipulaciji s pacijentom potrebno je održavati komunikaciju kratkim opisom postupaka zdravstvene njege (kod pranja kose, uređivanja usne šupljine i dr.). Takvi postupci medicinskim sestrama pomažu da svoje komatozne pacijente ne zbrinjavaju kao »osobe koje vegetiraju i nisu prisutne«, već na humani, holistički način koji daje jednu profesionalnu dimenziju zdravstvenim djelatnicima. Obitelj koja vidi ovakav pristup oboljelom članu imati će povjerenja u zdravstveno osoblje, postati će naš suradnik u procesu njegovanja svog člana obitelji što je i nama cilj – integracija komatoznog bolesnika u fazi dobrog općeg stanja u krug svoje obitelji.

Značajan utjecaj ima u prihvaćanje komatoznih bolesnika pa zatim i etičan kontakt s njima kroz društvo u kojem je taj bolesnik živio, radio prije nastalog stanja. Rijetke su radionice, predavanja, još rjeđe susreti u »zdrave populacije« sa komatoznim bolesnicima gdje bi se senzibilizirala javnost na potrebe i poteškoće kojima se susreću sami pacijenti, njihove obitelji i zdravstveno osoblje koje o njima brine.

4 Sigurnost pacijenata u trajnom komatoznom stanju kroz pravni vidik

Sigurnost pacijenata za vrijeme pružanja zdravstvene zaštite je jedno od glavnih pitanja u kreiranju zdravstvene politike Republike Hrvatske i Europske Unije. Postupci koje provodimo u liječenju pacijenata su usmjereni očuvanju ili poboljšanju njihovog zdravlja, ali mogu dovesti do štetnih posljedica. Smatra se da ni jedan zdravstveni djelatnik ne odlazi svakog dana na radno mjesto s namjerom da nekoga ozlijedi ili čini greške, međutim vrlo često složena kombinacija procesa, tehnologije i međuljudskih odnosa nesumnjivo predstavlja rizik pogrešnog djelovanja.

Štetni se događaji mogu dogoditi kod svake populacije pacijenata, no pacijenti u komatoznom stanju su dodatno višestruko izloženi. Zdravstveni sustav treba se prilagoditi novom načinu promišljanja i pristupa u skrbi komatoznim pacijentima. Proces prilagodbe sustava na holistički i potpuno individualizirani pristup pacijentu vrlo

je spor. Tromost sustava vidi se posebice u segmentu stvaranja svijesti o postojanju problema i potrebi izmjene zakonskih okvira, pa do promjene načina razmišljanja svih koji u sustavu rade, a posebice zdravstvenih djelatnika.

Dostupnost zdravstvene zaštite visoke kvalitete je jedno od načela zdravstvene zaštite i osnovno ljudsko pravo. Svaki pacijent ima pravo očekivati od zdravstvenih djelatnika i sustava da će učiniti sve kako bi mu osigurali sigurno korištenje zdravstvene skrbi.

Učestalost pravnih postupaka u zdravstvenom sustavu govori da je upravo zdravstveni sustav područje visokog rizika. Svaki štetni događaj, može kod pojedinca izazvati kao najgoru posljedicu smrt, no i trajna oštećenja, komplikacije nelagodu pacijenata. Ulaganje u sigurnost pacijenata može generirati uštede u troškovima udružene s očitim korišću za pacijente.

Tendencija menadžmenta zdravstvenih ustanova danas je uvođenje u zdravstvene ustanove postupke pa i protokole za sigurnost pacijenata, no usprkos tome još uvijek upravo zdravstveni sustav zaostaje za drugim djelatnostima koje su ranije uvele u svoje sustave sigurnosne postupke.

Potrebno je u zdravstveni sustav uvesti smjernice za smanjenje broja i posljedica štetnih događaja za svaku grupu pacijenata. Prioritet kod skrbi za komatozne pacijente upravo je prevencija štetnih događaja, zatim njihovo otkrivanje i sprječavanje, te edukacija cijelog tima iz izbjegnutih i evidentiranih štetnih događaja. U zdravstvenom bi sustavu trebalo izbjegavati ponižavanje i predbacivanje pojedinca za pojedine propuste i štetne događaje te njegovati »kulturu pravičnosti«. Takav pristup uzima u obzir pogrešku, prihvaća da je ona moguća, dozvoljava raspravu i učenje iz iste. Na taj se način potiču zdravstveni djelatnici da rade kvalitetno i profesionalno, te da teže najboljem mogućem pristupu pacijentu u zdravstvenoj njezi.

Rezultat rada pojedinaca i institucija na području sigurnosti je upravo razvijanje »kulture sigurnosti pacijenata« kroz cijeli zdravstveni sustav. Kao instrument u takvom pristupu koristi se upravljanje rizikom u zdravstvenoj ustanovi bilo koje kategorije.

5 Sigurnost pacijenata u trajnom komatoznom stanju kroz društveni vidik

Sigurnost komatoznih pacijenata kroz društveni vidik je vrlo zanimljivo promatrati. Iskustva bolnica u Europi i svijetu pokazuju da se društvo vrlo brzo može priviknuti na različitosti i specifičnosti pojedinaca pa tako i na specifičnost komatoznih pacijenata.

5.1 Gradska bolnica u Grazu

Primjer ustanove koja odlično integrira pacijente u trajnom komatoznom stanju u društvo je Gradska bolnica u Grazu gdje postoji odjel za zbrinjavanje pacijenata u komatoznom stanju - Wachkomastation- Apalic Care Unit.

Specifičnost tog odjela je:

- zbrinjavanje do 25 pacijenata u komatoznom stanju različite životne dobi
- rad na bazalnoj stimulaciji, vraćanje funkcije osjeta
- plan zdravstvene skrbi određuje se za svakog pacijenta
- rad sa životinjama koje stimuliraju osjete pacijenata (psi i patke)
- terapija muzikom
- interdisciplinarni pristup svakom pacijentu
- izleti i druge aktivnosti za uključivanje u »normalan život«
- princip zdravstvene njege je: »njega je istovremeno i terapija« (stimulacija ravnoteže vrši se mobilizacijom i posjedanjem u kolica)
- primjena zvučno izolirane prostorije (Snoezeleraum) u kojoj se kod pacijenata potiče percepcija zvuka, te se stimulira pobuđivanje ostalih osjetila.

Cilj kojem teže u ovoj ustanovi je rehabilitacija i reintegracija u društvo pacijenata u komatoznom stanju. Tim koji skrbi za ovakve pacijente sastoji se od liječnika, visoko obrazovanih medicinskih sestara, medicinskih sestara i njegovateljica, fizioterapeuta, logopeda, socijalnog radnika, ali i volontera iz zajednice.

Koristi se individualan pristup svakom pacijentu, ne postoji određena shema, tako da se za svakog pacijenta radi plan njege i to prema životnim navikama koje je pacijent imao prije nastanka ovog stanja.

5.2 Velika Britanija

U Velikoj Britaniji sistem zbrinjavanja nešto je drugačiji. Nakon ozljede mozga pacijenti se smještavaju u posebne ustanove gdje se osim zdravstvene njege provodi i senzorna stimulacija pacijenata u komi ili vegetativnom stanju. Senzorna stimulacija promovira prepoznavanje potencijala u takvih pacijenata.

Tretmani stimulacije provode se u bolnici, pacijentovom domu ili u tzv. domovima za njegu »nursing home«.

5.3 Sjedinjene američke države

U SAD- u 1977 godine osnovan je ICRI - The International Coma Recovery Institut. Tu se zbrinjavaju gotovo svi pacijenti sa dijagnozom »koma«, za koje se smatralo da je prognoza bezizlazna. Tim koji zbrinjava te pacijente ne vjeruje da su svi slučajevi bezizlazni, smatra se da se stanje mnogih pacijenata može podići na viši nivo funkcioniranja.

U SAD daleke 1980. godine obitelji pacijenata u komatoznom stanju organizirale su grupu međusobne potpore, koja još i danas djeluje. Sastaju se dva puta mjesečno te izmjenjuju svoja iskustva i probleme.

Program ICRI-ja podrazumijeva da pacijent nakon sedam do deset dana boravka u bolnici odlazi kući. Za svakog komatoznog pacijenta četvrti dan u bolnici radi se individualan plan zdravstvene njege, koja će se nastaviti provoditi kod kuće.

5.4. Australija

U Australiji kao rezultat pojačane svijesti zajednice o potencijalu za oporavak tih pacijenata razvijen je »Coma arousal program« (Baker, 1988, str. 11). Taj program pomaže ozljeđenom pojedincu ali i njegovoj obitelji u što boljoj adaptaciji na novo stanje člana njihove obitelji. Uključeni su educirani volonteri koji dolaze u dom osobe u komi, zamjenjuju člana obitelji u njegovanju oboljelog kada je obitelj spriječena zbog nekog razloga (posao, bolest, druge obiteljske obaveze).

6 Sigurnost pacijenata u trajnom komatoznom stanju kroz ekonomski vidik

Prioritetni ciljevi kod zbrinjavanja komatoznih bolesnika bili bi visoka kvaliteta usluge – zdravstvene njege prije svega, uz prihvatljivu cijenu, smanjenje broja grešaka i povećanje zadovoljstva korisnika usluge, a kod komatoznih bolesnika neposredno i pacijentove/ korisnikove obitelji postavljaju se kao prioritetni ciljevi, a upravljanje kvalitetom kao alat za njihovo ostvarenje.

Na nivou Republike Hrvatske možemo godišnje očekivati od 30 – 45 pacijenata koji će nakon sve potrebne pružene pomoći ostati u trajnom komatoznom stanju i u njemu provesti i do dvadeset godina.

Promatrati pacijente kroz ekonomski vidik pa tako i njihovu sigurnost vrlo je teško i nezahvalno. Nažalost razlog neosnivanja zasebnih bolničkih jedinica/odijela (npr. kao Apalic CareUnit u Grazu) ima uporište upravo u ekonomskim razlozima. Ovim pacijentima potreban je odjel sa:

- ☐ arhitektonskim prilagodbama i sa 30 – 45 bolničkih specijalnih kreveta
- ☐ prikladnim medicinsko tehničkim pomagalicama (pokretne kade, kolica posebno oblikovana),
- ☐ aparatima za pomoć kod zdravstvene skrbi (monitori, antidekubitusni aparati, aspiratori...),
- ☐ posebno educiranim zdravstvenim osobljem – medicinske sestre sa znanjima i vještinama za skrb o komatoznim pacijentima,
- ☐ multidisciplinarnim timom stručnjaka za pomoć pacijentima, njegovoj obitelji (fizioterapeuti, »music« terapeuti psiholozi, logopedi, duhovnici...),
- ☐ prostore za mogućnost boravka obitelji tijekom 24 sata,

- raspoloživost laboratorija (mikrobioloških, kliničkih),
- raspoloživost dijagnostike tokom 24 sata (Rtg, uzv, CT).

Razmatrajući ekonomski vidik sigurnosti komatoznih bolesnika smatra se da jednako kao i kod drugih pacijenata narušena sigurnost može dovesti i kod komatoznih bolesnika do manjih ili većih prolaznih posljedica (npr. oštećenje sluznice traheje neadekvatnom manipulacijom kanilom), trajnim invaliditetom, pa i smrtnim ishodom.

Rizik kod komatoznih bolesnika predstavlja svaka primjena lijekova ili njihovih kombinacija, primjena neispravnih ili manjkavih pomagala, nepravilno rukovanje istim pa čak i svaka manipulacija sa takvim pacijentom i na kraju najveći rizik je zasigurno nedostatak u organizaciji sustavnog zbrinjavanja takvih pacijenata.

Kod zbrinjavanja komatoznih bolesnika susrećemo složen pristup zdravstvenih radnika s velikim brojem ponavljanja zahtjevnih radnji u uvjetima vrlo visokog stresa i nedostatka vremena za donošenje odluka (npr. promjena trahealne kanile i aspiracija sekreta komatoznog bolesnika sa rezistentnom bakterijom).

7 Zaključak

Pacijenti u komatoznom i privremeno vegetativnom stanju spadaju u skupinu najosjetljivijih i najranjivijih pacijenata promatrajući ih iz bilo kojeg vidika. Potreba osnivanja zasebnih jedinica gdje bi takvi pacijenti i njihove obitelji dobili potrebnu njegu, skrb i potporu pokazuje se kao potreba suvremenog zdravstvenog sustava. Svakodnevno uočavamo nelogičnost postupanja s ovim pacijentima najčešće zbog loše organizacije zdravstvenog sustava i ekonomskih prilika koje su trenutno prisutne. Zdravstveno osoblje koje skrbi za ove pacijente svjesno je da kvaliteta života ovih pacijenata može biti na znatno boljem nivou uz sistematičniji pristup i veća ekonomska ulaganja u skrb ove skupine pacijenata. Jer iako ih je brojčano malo (45 godišnje), životni vijek do 15 godina i više, ovi pacijenti imaju sva prava dostojanstvenog postupanja u sklopu zdravstvenog sustava.

LITERATURA

1. Baker, J. (1988). Explaining coma arousal therapy. *The Australian Nurses Journal*, 17, 11 -13.
2. Demarin, V. in Trkanjec, Z. (2008). *Neurologija za stomatologe*. Zagreb: Medicinska naklada.
3. Dubroja, I. (2007). Što je vegetativno stanje – budna koma. Krapinske Toplice: Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju.
4. Gamulin, S., Marušić, M. in Krvavica, S. (1990). *Patofiziologija*. Zagreb: Jumena.
5. Krampfl, M. (2009). Ich spreche nicht, aber ich fühle noch. Hannelore Schlager.

Marijana Neuberg

The safety of patients in the comatose state from a professional, ethical, legal, social and economic aspect

KEY WORDS: *patient safety, coma state, temporary vegetative state, nurse*

ABSTRACT - Croatia's health system is based on the principles of inclusion, continuity and accessibility. The network of health care providers is organised in a way that makes it accessible to all citizens and they can get all the possible health care when needed. Today, nurses are active and leading members in improving the safety of patients in all health institutions where nursing care is provided. Patients in a permanent coma state and patients with temporarily vegetative state are often found in many departments of health institutions such as the ICU, the department of neurology, the department of trauma and special hospitals for chronic diseases. At the moment, there is no department for continuing, safe and quality care of such patients in Croatia as well as a scheme of the treatment process and rehabilitation and family support. Today, patient safety and rights are the main goal in all health care systems in the EU and Croatia. It is necessary to be aware of the complexity and risks of a modern health care system and it is important to make the right decision to choose the best standard practice. Nursing care for the patient in a permanent coma state is provided in accordance with the principles of the best nursing care, whereas the process of nursing care contributes to safety in the new situation for patients and their family. As the most important member of the multidisciplinary team, nurses play a great role in the care and safety of these patients.

Izobraževanje izvajalcev zdravstvene nege in vpliv le-tega na njihovo zadovoljstvo v Splošni bolnišnici Brežice

UDK 374.7:616-083+331.101.32

KLJUČNE BESEDE: izobraževanje, medicinske sestre, varnost, pacienti, zadovoljstvo

POVZETEK - Permanentno izobraževanje ima pomemben vpliv v zdravstveni negi, v stroki, ki se zelo hitro razvija, želi pridobiti na veljavi in avtonomnosti. Brez znanja in stalnega učenja ni možno kakovostno delovati. Tudi medicinske sestre sledijo razvoju družbe, se nenehno izobražujejo in s tem širijo obseg svojega znanja in izkušenj. Dostop do kakovostne zdravstvene oskrbe je osnovna človekova pravica, ki jo upoštevajo vse države EU. V skladu s to direktivo imajo uporabniki zdravstvenih storitev pravico pričakovati, da bo ves trud vložen v njihovo varnost. Znanje in druge spretnosti pomembno vplivajo na kakovostno obravnavo pacienta. Zadovoljstvo zaposlenih pri delu je odvisno od številnih dejavnikov in motivatorjev. Nanj vplivajo sodelavci in medsebojna komunikacija, osebni dohodek, seveda pa tudi organiziranost bolnišnice. Pomemben dejavnik so možnosti, ki jih delavcem nudi organizacija glede napredovanja, izobraževanja, uvajanja sprememb in sodelovanja pri odločanju. Zadovoljstvo zaposlenih je zelo pomembno za organizacijo, saj se nezadovoljstvo pri delu lahko odraža v pomanjkanju motivacije za delo, absentizmu in fluktuaciji, kar slabo vpliva na sodelavce in na organizacijo. Namen raziskave je ugotoviti, kaj izvajalci zdravstvene nege v Splošni bolnišnici Brežice menijo o izobraževanju, ali jim ga je namenjeno dovolj in ali menijo, da izobraževanje in znanje pomembno vplivata na varnost in kakovostnejšo obravnavo pacientov.

1 Uvod

Medicina je disciplina, pri kateri si ne moramo predstavljati napredka brez stalnega izobraževanja in izmenjave mnenj ter izkušenj, ki si jih zdravstveni delavci prenašajo na različnih kongresih, tečajih, delavnicah in pri formalnih oblikah izobraževanja. Ravno permanentno izobraževanje je nuja sodobnega časa in »ima poseben pomen v zdravstveni negi, ki se izredno hitro razvija, ki težko pridobiva na veljavi, ki težko pridobiva samostojnost in avtonomnost« (Hoyer, 2004, str. 113).

1.1 Izobraževanje v zdravstveni negi

»Učenje in izobraževanje se pojavlja kot družbena dejavnost in kot posameznikova aktivnost« (Hoyer, 2004, str. 113). Skozi desetletja so se zaradi hitrega razvoja začele velike spremembe v teoriji in praksi zdravstvene nege. Raziskovalna dejavnost v zdravstveni negi pomembno pripomore h kakovosti v zdravstvu.

»Izobraževanje - v najožjem pomenu besede pomeni zgolj pridobivanje znanj. Toda izobraževanje pomeni tudi vzgojno komponento. Vsako usposabljanje pa vključuje tudi izobraževanje (v smislu pridobivanja znanj). V nadaljevanju imamo s pojmom

izobraževanje v mislih dolgotrajen in načrten proces razvijanja posameznikovih znanj, spretnosti in navad, ki poteka v šolah, drugih izobraževalnih ustanovah, pa tudi zunaj njih» (Ferjan, 1999, v: Kaučič, 2005, str. 154). Poznamo formalno in neformalno izobraževanje. »Pod pojmom formalno izobraževanje razumemo tiste vrste učenja ljudi, ki so organizirane v obliki šolskega dela oziroma pouka. Prednost formalnega izobraževanja je, da člani skupine dvigajo motivacijo pri posamezniku. Med ostalimi dejavniki so medsebojno izmenjavanje izkušenj, tekmovalnost, prizadevanje za ugled in samopotrjevanje. Neformalno izobraževanje so razne vrste izobraževanj, predvsem odraslih, ki ne potekajo po običajni poti formalnega šolskega dela. Obstaja tudi delitev na splošno in strokovno ali poklicno izobraževanje. Pri poklicnem so v ospredju učne vsebine, ki posredujejo poklicno znanje, sposobnosti in spretnosti, namenjene delu, pri splošnem izobraževanju pa je teh veliko manj. Strokovno ali poklicno izobraževanje pomeni usposabljanje, kvalificiranje za poklicno delo. Pri njem gre bolj za učenje, urjenje, za pridobivanje enostavnejših poklicnih spretnosti in navad, kot pa za bolj poglobljeno teoretično izobraževanje« (Strmčnik, 2001, v: Kaučič, 2005, str. 154, 155).

1.2 Zadovoljstvo zaposlenih

Zadovoljstvo zaposlenih pri delu je odvisno od številnih dejavnikov in motivatorjev. Nanj vplivajo tako sodelavci in komunikacija kot osebni dohodek, velikokrat pa tudi organiziranost bolnišnice. Pomemben dejavnik so možnosti, ki jih delavcem nudi organizacija glede napredovanja, izobraževanja, uvajanja sprememb in sodelovanja pri odločanju. Zadovoljstvo pri delu zaposlenih je zelo pomembno za organizacijo, saj se nezadovoljstvo lahko odraža v pomanjkanju motivacije za delo, absentizmu in fluktuaciji, kar slabo vpliva tako na sodelavce kot organizacijo. Ugotovitve kažejo, da k zadovoljstvu z delom največ prispevajo (Svetlik, 1998): možnost pridobivanja in uporabe znanja pri delu, samostojno razporejanje delovnega časa, nizek neposredni nadzor vodij, dobre fizične delovne razmere. Robbins (1998) pa navaja naslednje: mentalno zahtevno, kreativno delo, pravične nagrade, prejemki, ugodni delovni pogoji, dober kolektiv, dobri medosebni odnosi. »Zadovoljstvo na delu je velikega pomena tako za osebo samo kot organizacijo in delovni proces. Zadovoljstvo z delom pri medicinskih sestrarh vodi do manjše fluktuacije, zmanjša absentizem, poveča produktivnost in poveča zadovoljstvo pacientov in s tem kakovost zdravstvene nege. V študijah na temo o zadovoljstvu na delu pri medicinskih sestrarh se v raziskavah najpogosteje pojavijo naslednje spremenljivke: samostojnost pri delu, socialna integracija, obveznosti, komunikacija z nadrejenimi in sodelavci, plača, ugodnosti, možnosti izobraževanja in napredovanja, status in prepoznavnost v družbi« (Ramšak Pajk, 2002).

1.3 Varnost pacientov

»Varnost je danes temeljna prvina družbene strukture, ki zajema tako stanje kot dejavnost. Nanaša se na posameznika, družbeno skupino, mednarodno skupnost in je v

svojih prizadevanjih lahko individualna, nacionalna, mednarodna. V različnih družbenih skupinah tudi socialna, pravna ipd., vse do področja zdravstva, in s tem povezanih pravic pacientov, kot to narekuje Luksemburška deklaracija» (Seničar, 2006, str. 20). »Dostop do kakovostne zdravstvene oskrbe je osnovna človekova pravica, ki jo upoštevajo vse države EU. V skladu s to direktivo imajo uporabniki zdravstvenih storitev pravico pričakovati, da bo ves trud vložen v njihovo varnost« (Žvab, Kramar in Rajgelj, 2006, str. 27). Znanje in druge spretnosti pomembno vplivajo na kakovostno obravnavo pacienta.

2 Metodologija

V raziskavi smo uporabili deskriptivno metodo dela, podatke pa smo zbrali s pomočjo anketnega vprašalnika.

2.1 Namen raziskave

Z raziskavo smo želeli ugotoviti stopnjo zadovoljstva zaposlenih, ki se vključujejo v proces zdravstvene nege in oskrbe v Splošni bolnišnici Brežice ter njihov pogled na izobraževanje, stopnjo zadovoljstva pri delu, zadovoljstva z možnostjo izobraževanja ter zadovoljstva s plačo in vodstvom organizacije.

2.2 Instrument

Anketni vprašalnik smo sestavili glede na podatke iz literature. Obsegal je vprašanja zaprtega tipa, od katerih so bila 4 vprašanja za pridobitev demografskih podatkov, 10 vprašanj na temo izobraževanja in 9 vprašanj o zadovoljstvu z možnostjo odgovorov na petstopenjski Likertovi lestvici od 1 (zelo nezadovoljen) do 5 (zelo zadovoljen). Direktor Splošne bolnišnice Brežice nam je dovolil raziskavo. Ankete smo razdelili po vseh oddelkih bolnišnice. Strokovnim vodjem oddelkov smo dali navodila, kako se anketni vprašalniki izpolnijo, ter jih prosili, da jih razdelijo med negovalno osebje. Navodila so bila jasno napisana tudi na anketnem vprašalniku. Anketiranci so imeli pet dni časa, da ga izpolnijo.

2.3 Raziskovalna vprašanja in hipoteze

R1. Ali obstaja razlika med diplomiranimi in srednjimi medicinskimi sestrami glede pomembnosti izobraževanja?

R2. Ali obstaja razlika med diplomiranimi in srednjimi medicinskimi sestrami glede zadovoljstva z možnostjo izobraževanja?

R3. Ali so zaposleni v Splošni bolnišnici Brežice zadovoljni z delovnim mestom, na katerem so trenutno zaposleni?

H1. Med diplomiranimi in srednjimi medicinskimi sestrami se pojavlja razlika glede pomembnosti vpliva izobraževanja na kakovostno obravnavo pacienta.

H2. Med diplomiranimi in srednjimi medicinskimi sestrami obstaja razlika pri zadovoljstvu z možnostjo izobraževanja.

2.4 Vzorec

Razdeljenih je bilo 100 anketnih vprašalnikov med naključno izbrane zaposlene. Vrnjenih je bilo 75 anketnih vprašalnikov, 25 vprašalnikov ni bilo vrnjenih, vsi vrnjeni so bili veljavni. Realizacija vzorca je bila 75 %. V raziskavi je sodeloval 1 moški in 74 žensk (98,6 %). Največ anketirancev je bilo v starostni skupini med 20 do 30 let ter med 31 in 40 let, kar skupaj znaša 64 %. 18,6 % je starejših od 51 let. Največ sodelujočih v raziskavi je bilo zaposlenih v notranji organizacijski enoti – kirurški oddelek, in sicer 33,3 %, sledi interni oddelek s 30,6 %, oddelek za anestezijo, reanimatologijo in intenzivno zdravljenje z 21,3 % in 2,6 % anketirancev z ginekološko-porodnega ter 12 % z otroškega oddelka.

2.5 Obdelava podatkov

Podatke smo obdelali opisno s pomočjo računalniškega programa Microsoft Office Excel 2007.

3 Rezultati in razprava

Medicinska sestra je še vedno poklic, ki ga v večini zahodnih držav opravljajo predvsem ženske, pripadnost le-temu pa je močno zaznamovana z njihovo družbeno vlogo. V anketi je sodelovalo 44 srednjih, 28 diplomiranih, 2 višji medicinski sestre ter 1 z univerzitetno izobrazbo, kar ustreza izobrazbeni strukturi v Splošni bolnišnici Brežice. V zadnjih letih se je povečalo zaposlovanje diplomiranih medicinskih sester.

Največji oddelek v bolnišnici tudi po številu zaposlenih je interni oddelek, katerega del je negovalna enota. 92 % anketiranih je zadovoljnih s trenutnim delovnim mestom, 8 % jih ni zadovoljnih. Podatek, iz katerega oddelka niso zadovoljni z delovnim mestom, ni pomemben za raziskavo. Lahko bi potrdili, da so zaposleni v Splošni bolnišnici Brežice zadovoljni s trenutnim delovnim mestom. 77,3 % anketirancev se je samih odločilo za to delovno mesto, 14,6 % se jih je za to delovno mesto odločilo na pobudo staršev, prijateljev ali sodelavcev, 8 % anketirancev je odgovorilo drugo. Na vprašanje, ali imajo dovolj znanja, sposobnosti in izkušenj za opravljanje dela, so anketiranci odgovarjali po Likertovi lestvici in so v povprečju diplomirane in srednje medicinske sestre ocenile, da so sposobne za opravljanje dela. Pri znanju so se diplomirane medicinske sestre nekoliko višje ocenile, njihova ocena je 4,19 (5 predstavlja zelo sposoben), pri sposobnostih je ocena 4,20, pri izkušnjah pa je ocena nekoliko nižja 3,83. Nižja ocena pri izkušnjah je najverjetneje zaradi kranjše

delovne dobe anketirancev. Srednje medicinske sestre so znanje ocenile z oceno 3,86 sposobnosti s 4,26 izkušnje s 3,98. Vprašalnik vsebuje pomembno vprašanje, kjer so anketiranci odgovarjali, kaj menijo o vplivu izobraževanja na kakovostno obravnavo pacienta. 4 anketirani so odgovorili, da izobraževanje ni pomembno za kakovostno delo, 67 jih meni, da izobraževanje pomembno vpliva na kakovostno delo, 3 menijo, da so si dovolj znanja pridobili s formalnim izobraževanjem. Zanimala nas je razlika med diplomiranimi in srednjimi medicinskimi sestrami o pomembnosti vpliva izobraževanja na kakovost dela. 93,18 % srednjih medicinskih sester in 86,67 % diplomiranih medicinskih sester je odgovorilo, da izobraževanje pomembno vpliva na kvaliteto dela. 10,00 % diplomiranih medicinskih sester meni, da izobraževanje ne vpliva na kakovost dela, pri srednjih medicinskih sestrah je ta podatek skoraj ničeln. Ugotovili smo, da med DMS in SMS ne obstaja razlika v oceni pomembnosti vpliva izobraževanja na kakovost dela. Hipoteze ne moremo potrditi. Obe izobrazbeni strukturi menita, da izobraževanje vpliva na kakovost dela pri pacientu. Odgovori so predstavljeni v tabeli 1.

Tabela 1: Vpliv izobraževanja na kakovostno in kvalitetno obravnavo pacienta

	SMS		DMS	
	<i>F</i>	<i>f</i> %	<i>F</i>	<i>f</i> %
a) izobraževanje ni pomembno za kakovost dela	1	2,27 %	3	10,00 %
b) izobraževanje pomembno vpliva na kakovost dela	41	93,18 %	26	86,67 %
c) menim, da sem si dovolj znanja pridobil/a na formalnem izobraževanju	2	4,55 %	1	3,33 %
Skupaj	44	100,00 %	30	100,00 %

Vir: Anketni vprašalnik, 2012.

Anketirani se najpogosteje udeležujejo različnega usposabljanja na delovnem mestu, sledijo predavanja, seminarji, učne delavnice. Isto zaporedje neformalnega izobraževanja se pojavlja pri DMS in pri SMS. Ravno usposabljanje na delovnem mestu in različna predavanja so pogost način izobraževanja v Splošni bolnišnici Brežice. Anketni vprašalnik je vseboval tudi vprašanje, ali imajo zaposleni podporo vodstva pri izobraževanju. 84 % anketiranih jih je odgovorilo, da imajo podporo. Vodstvo se zaveda pomembnosti izobraževanja in usposabljanja, zato namenja večjo vsoto finančnih sredstev za izobraževanje. Leta 2007 je bilo za izobraževanje namenjenih 20.000 €, leta 2012 pa 130.000 €. Zaznati je bistveno povečanje stroškov za izobraževanje in usposabljanje. Anketirane k dodatnemu izobraževanju najbolj spodbuja želja po izobraževanju, zaradi licence, osebnostnega razvoja, nekaj pa tudi zaradi izboljšanja položaja v službi oziroma na delovnem mestu. Ovira pri izobraževanju je največkrat njegova cena ter pomanjkanje časa.

Na vprašanja o zadovoljstvu so anketiranci odgovarjali po Likertovi lestvici od 1 do 5. Vprašanja so se nanašala na zadovoljstvo z delom, z vodstvom organizacije, z neposredno nadrejenim, s plačo, s statusom v organizaciji, z delovnimi pogoji, z možnostmi za izobraževanje in z delovnim časom. V povprečju so srednje zadovoljni pri vseh trditvah. Zadovoljstvo je nekoliko nižje pri SMS. Najvišje zadovoljstvo pripisujejo zadovoljstvu s sodelavci, ocena je 3,99. SMS pa so najmanj zadovoljne

s plačo, ocena 2,27. Anketirani so srednje zadovoljni z možnostjo izobraževanja. To zadovoljstvo znaša pri SMS 2,73, medtem ko je pri DMS 3,35. Želja po nadaljevanju študija je velika, prav tako po nadgrajevanju znanja na različnih seminarjih, kongresih. Potrdimo lahko hipotezo, da obstaja razlika med DMS in SMS pri zadovoljstvu z možnostjo izobraževanja.

4 Sklep

Ljudje zelo veliko časa preživijo na delovnih mestih, temu so še posebej izpostavljeni v zdravstvu. Njihov poklic je pomemben del življenja, saj v njem preživijo polovico dneva skoraj 40 let. Naporene noči, dolge nedelje in prazniki zaposlenim v zdravstvu predstavljajo dodatno nezadovoljstvo. Z veseljem do dela, z zdravim in zrelim odnosom bodo lažje premagali težke delovne pogoje. Zadovoljstvo je večje, če so si poklic izbrali sami, zaradi nagnjenosti do dela in ne iz kakšne drugih razlogov. Pomembno je, da se v poklicu najdejo, kar bo prineslo večje zadovoljstvo.

»Medicinskim sestram je potrebno čim bolj zagotoviti formalne in tudi neformalne oblike izobraževanja. Omogočiti jim je potrebno vseživljenjsko učenje in izobraževanje, ki zahteva integracijo vseh področij vzgojno izobraževalnega sistema (vertikalno in horizontalno), kar zagotavlja kakovostnejšo zdravstveno nego. Poleg diplomskega, specialističnega in podiplomskega študija je potrebno razvijati čim večjo ponudbo dopolnilnega izobraževanja, ki pripomore k večji fleksibilnosti in sprotne- mu učinkovitemu pridobivanju znanja. S pomočjo znanja namreč medicinske sestre pridobijo večjo samozaupanje, samospoštovanje, odgovornost in kritičnost. Poleg tega je izobrazba pomemben dejavnik družbenega položaja ljudi. Medicinske sestre še vedno niso dovolj cenjene v družbi in niso še povsem priznane kot profesionalna skupina, ki povsem samostojno opravlja svojo dejavnost« (Kvas, 2003, str. 27).

Smo v času gospodarske krize, ki je zajela tudi zdravstvo. Vsakodnevno se srečujemo z varčevalnimi ukrepi in z njimi povezanimi dogodki, kot so prepoved zaposlitve v javnem sektorju, deregulacija poklica srednjih medicinskih sester itd. Pristojni se morajo zavedati, kako pomembno je izobraževanje pri vseh zdravstvenih poklicih. Naši skupni cilji morajo biti kakovostna, varna, dostopna, celostna, enakopravna in humana zdravstvena obravnava za vse uporabnike.

LITERATURA

1. Hoyer, S. (2004). Pomen permanentnega izobraževanja v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 38 (2), 113-116.
2. Kaučič, M. (2005). Management v izobraževanju - stališča medicinskih sester do vseživljenjskega izobraževanja v Zdravstvenem domu Maribor. *Obzornik zdravstvene nege*, 39 (2), 153-161.

3. Kvas, A. (2003). Formalno izobraževanje medicinskih sester v Sloveniji. *Obzornik zdravstvene nege*, 37 (1), 23-27.
4. Ramšak Pajk, J. (2002). Dinamični model zadovoljstva pri delu patronažnih medicinskih sester. *Obzornik zdravstvene nege*, 36 (4), 201-284.
5. Robbins, S. (1998). *Organizational behavior*. New Jersey: Prentice Hall.
6. Seničar, A. (2006). Psihična priprava bolnika na operativni poseg. V *Zagotovimo varnost pacienta* (str. 7-18). Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti.
7. Žvab, N., Kramar, Z., Rajgelj, D. (2006). Varnost pacienta - zagotovimo jo! V *Zagotovimo varnost pacienta* (str. 27-35). Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti.

Tinkara Pacek

The effect of education of nursing care providers on their satisfaction at the General hospital Brežice

KEY WORDS: *education, nurses patient, safety, satisfaction*

ABSTRACT - Continuing education has an important influence in health care, a field which is developing rapidly and strives to gain on value and autonomy. Without knowledge and permanent learning, it is impossible to function in a quality manner. Nurses follow the development of society as well, continually educating themselves, thereby gaining new dimensions to their personalities. The access to quality health care is a basic human right, acknowledged by all of the EU countries. In accordance with this directive, the users of health services have a right to expect that all efforts will be put into their safety. Knowledge and other skills importantly influence the quality treatment of patients. The satisfaction of employees in their workplace depends on several factors and motivators. The satisfaction is influenced by co-workers and communication as well as personal income and largely also by the organisation of the hospital. The important factors are the possibilities of promotion, education, change management and involvement in decision making for the employees, which the organisation makes possible. The job satisfaction of employees is very important for the organisation because job dissatisfaction can manifest itself in the lack of work motivation, absenteeism and fluctuation, which have a bad influence on co-workers and the organisation. The aim of the research was to determine what opinion the nursing staff at the Brežice General Hospital have on education, whether they receive enough education and whether they believe that education and knowledge have an important influence on the safety and quality treatment of patients.

Varnost bolnikov pri izvajanju praktičnega pouka

UDK 378.147.091.33-027.22+616-083

KLJUČNE BESEDE: proces zdravstvene nege, praktični pouk, zdravstvena nega

POVZETEK - Izvajanje praktičnega pouka pod vodstvom učitelja praktičnega pouka dijakom srednjih in visokih zdravstvenih šol pomaga, da se zavedajo pomena strokovnosti, natančnosti in odgovornosti pri delu. Pomaga jim tudi, da se zavedajo pomena zagotavljanja varnosti bolnikov na vseh področjih izvajanja zdravstvene nege. Prisotnost učitelja praktičnega pouka tudi bolnikom zagotavlja večji občutek varnosti. Učitelj praktičnega pouka je tisti, ki vodi dijaka v prvih korakih, pomaga bolniku in dijaku izraziti misli in čustva. Pomaga dijaku pri razvijanju in utrjevanju osebnostne in profesionalne identitete pri delu, da bo imel čim lepši odnos do bolnika. Proces zdravstvene nege je kot metoda dela v zdravstvu močno prispevala k izboljšanju varnosti bolnikov in izboljšanju kakovosti v zdravstveni negi. Že več let se kot učna metoda uporablja tudi pri praktičnem pouku dijakov srednjih in visokih zdravstvenih šol. Omogoča individualno obravnavo bolnika in dijaka približa bolniku, saj ob pogovoru z bolnikom ugotavlja njegove potrebe in jih skuša zadovoljiti. Svoje delo sproti beleži in vrednoti z mentorjem praktičnega pouka. Dijake navaja na sistematično delo in krepi kritično analitičen odnos do lastnega dela v skladu z določili poklicnega kodeksa. Prav tako krepi samozavest, saj dokumentiranje omogoča analizo opravljenega dela in možnost javne predstavitve svojega dela v zdravstvenem timu in v javnosti. Glavna naloga medicinskih sester, ki delujejo v vzgoji in izobraževanju, je vzgoja in usposobitev mladih za opravljanje odgovornega in zahtevnega poklica v zdravstveni negi.

1 Uvod

Učni načrti zdravstvenih šol izhajajo iz zakonsko določenih pristojnosti medicinske sestre in morajo poleg strokovnega izobraževanja usposobiti dijake za pravilno razumevanje pomena etike in poklicnega statusa ter njenega vpliva na strokovno delo. V sistemu vzgoje in izobraževanja se za zdravstveno nego na SZŠ Celje v programu srednjega strokovnega izobraževanja (SSI) izobražujejo srednje medicinske sestre oz. srednji zdravstveniki. Enak naziv dosežejo tudi dijaki, ki se izobražujejo v programu poklicno tehniškega izobraževanja (PTI) ali t. i. programu 3 + 2, v katerem dijaki, ki so zaključili program bolničar - negovalec nadgradijo svoje znanje in dosežejo nivo srednjega strokovnega izobraževanja. Prav tako za potrebe socialnega varstva ter za pomoč in nego na domu izobražujemo bolničarje - negovalce. Medicinske sestre, ki smo zaposlene na SZŠ Celje, poučujemo strokovno-teoretične predmete ter vodimo praktični pouk na oddelkih v Splošni bolnišnici Celje in v dveh domovih za starejše občane v Celju, v Šentjurju in v Štorah. Vsi programi so v celoti prenovljeni. Predmetnike sestavljajo: A-del splošnoizobraževalni predmeti, B-del strokovni moduli, C-del praktični pouk v šoli, Č-del praktično izobraževanje pri delodajalcu, D-del interesne dejavnosti in E-del odprti kurikulum. Vsaka programska enota je ovrednotena z ustreznim številom kreditnih točk.

V C-del sodijo vaje, ki se izvajajo v kabinetih na šoli, in praktični pouk, ki se izvaja pod vodstvom učiteljev - mentorjev in obsega 714 ur oz. 29 KT. V SB Celje imajo praktični pouk dijaki, ki se izobražujejo v programu SSI in PTI, v domovih za starejše občane pa imajo praktični pouk bolničarji – negovalci in obsega v vseh treh letih 461 ur. Novost v vseh prenovljenih programih je uvedba praktičnega izobraževanja pri delodajalcu – PUD-a, ki obsega 304 ure (8 tednov) oz. 12 KT. Za organizacijo PUD-a poskrbi organizatorica na šoli, ki z organizatorji PUD-a pri delodajalcih pregleda in uskladi termine. Dijaki SSI imajo PUD v tretjem in četrtem letniku, v programu PTI pa v prvem in drugem letniku. Bolničarji negovalci imajo PUD v drugem in tretjem letniku in obsega skupaj 684 ure oz. 18 tednov izobraževanja pri delodajalcu (Podlesnik, 2012).

2 Praktični pouk

Praktični pouk v Splošni bolnišnici Celje se izvaja ob bolnikih na internih in kirurških oddelkih ter v Psihiatrični bolnišnici Vojnik. Opravljajo ga dijaki smeri zdravstvena nega v tretjem in četrtem letniku in obsega skupaj 544 ur. Poleg teh osnovnih oddelkov dijaki spoznajo še druge, spremljajoče dejavnosti in aktivnosti v bolnišnici. Praktični pouk na oddelku ves čas vodi in nadzira učitelj praktičnega pouka. V skupinah je približno 10 do 12 dijakov. Pri praktičnem pouku morajo učenci svoje znanje, spretnosti in navade, ki so si jih pridobili pri teoretičnem in kabinetnem pouku pri negovanju bolnikov, s pomočjo učitelja praktičnega pouka, prenesti v prakso. Dijaki se navajajo na sistematično, strokovno utemeljeno delo v okviru zdravstvenega varstva. Sodelujejo predvsem pri vzdrževanju fizičnega okolja, zdravstveni negi in prehrani bolnikov. Sodelujejo pri diagnostičnih in terapevtskih posegih, pri medikamentoznem zdravljenju, opazovanju, merjenju in poročanju ter pri zdravstvenovzgojnem delu. Sodelujejo torej pri zadovoljevanju vseh bolnikovih potreb, kakor jih je opisala v svoji teoriji zdravstvene nege Virginia Henderson. Cilj praktičnega pouka je dijake strokovno usposobiti za samostojno in odgovorno delo z bolniki, jih naučiti obravnavati bolnike celovito in sistematično glede na njihove potrebe. Učijo se sprejemati bolnika kot kompleksno biološko, psihološko in socialno bitje. Pri praktičnem pouku dijaki razvijajo etični čut in čut odgovornosti do dela, natančnost in smisel za delo v skupini. Razvijajo tudi sposobnost opazovanja ter pisnega in ustnega poročanja (Šantej, 1998). Naučijo se procesa medsebojnih odnosov in sistematičnega razmišljanja.

3 Praktično izobraževanje pri delodajalcu

S prenovo programov se je v proces izobraževanja uvedlo tudi praktično izobraževanje pri delodajalcu – PUD, ki je novost v vseh prenovljenih programih. Dijaki imajo

mentorja v ustanovah, kjer se izobražujejo in so vključeni v redni delovni proces. Delovno okolje ponuja dijakom priložnost aktivnega učenja. V izobraževalnem procesu razvijajo strokovne in socialne kompetence. Naučijo se usklajenega timskega dela in sodelovanja s koordinatorico aktivnosti zdravstvene nege. Naučijo se spretnosti prilagajanja potrebam vsakega bolnika - varovanca, ob upoštevanju njegovih pravic in dostojanstva. Pomembno je, da se zavedajo tudi svoje individualne odgovornosti in skrbi za varnost bolnikov (Podlesnik, 2012).

4 Izobraževanje odraslih

Na Srednji zdravstveni šoli Celje nudimo možnost izobraževanja tudi odraslim udeležencem, ki si želijo pridobiti ustrezno strokovno izobrazbo na področju zdravstvene nege. Izobraževanje odraslih poteka po konzultacijsko-izpitni metodi, s svetovanjem in mentorstvom. Poteka v obliki skupinskih in individualnih konzultacij, govorilnih ur in praktičnega pouka. Praktični pouk je delno organiziran v kabinetih za praktični pouk na šoli, večinoma pa poteka v učnih bazah, v Splošni bolnišnici Celje na endokrinološkem in ortopedskem oddelku ter v Domu Lipa Štore. Praktični pouk odraslih udeležencev v rednem delovnem času poučujeta učitelja, ki sta zaposlena na SZŠ Celje in poučujeta praktični pouk tudi dijake. Pri svojem delu upoštevata kataloge znanja ter sodobna pedagoško-andragoška načela in cilje. Stalna prisotnost učitelja praktičnega pouka daje udeležencem večji občutek varnosti, saj je učitelj na razpolago vedno, ko ga potrebujejo. Prav tako se bolj varno počutijo tudi bolniki.

Praktični pouk obsega 2-krat po 200 ur za programe SSI in PTI in 2-krat po 200 ur za program bolničar - negovalec. Organiziran je po 6 tednov skupaj in poteka 4 dni v tednu. Ob petkih ni praktičnega pouka, ker je za odrasle izpitni dan. Vsakih 6 tednov se skupine menjajo. Prvih 5 dni imajo praktični pouk popoldne, ko so kabineti za praktični pouk na šoli prosti. V tem času si pridobijo osnovno praktično znanje, ki je nujno potrebno za potek dela na oddelku. Spoznajo pomoč bolniku pri življenjskih aktivnostih: spanje in počitek, osebna higiena, hranjenje, izločanje in odvajanje ter se seznanijo z varstvom pri delu, kjer je velik poudarek na ergonomiji ter pravilnem dvigovanju in prestavljanju bolnikov. Rezultati, ki jih na poklicni maturi in zaključnem izpitu dosegajo odrasli, so zelo primerljivi z rezultati dijakov. Vsi, ki sodelujejo pri izobraževanju odraslih se zavedajo, da se odrasli učijo drugače ter da se pri izobraževanju srečujejo z različnimi ovirami, zato je le-to prilagojeno njihovim potrebam. Pri praktičnem pouku pa morajo tudi odrasli doseči ustrezno strokovno znanje in poskrbeti za potrebe in varnost bolnika.

Zavedamo se odgovornosti za kakovost izobraževanja odraslih, ki jo vidimo predvsem v zagotavljanju splošnega in strokovnega znanja ter v spodbujanju strpnega, humanega in odgovornega odnosa do sočloveka. Kakovost izobraževanja je tudi odločilna pri zagotavljanju varnosti bolnikov na vseh področjih zdravstvene nege, kjer bodo po zaključenem izobraževanju delovali.

5 Pomen permanentnega izobraževanja medicinskih sester

Vsak zdravstveni delavec nujno potrebuje stalno strokovno izobraževanje in izpopolnjevanje. Nenehni napredek medicine, strokovne teorije in prakse zdravstvene nege zahteva sprotno izobraževanje, saj so poklicno zavezani k odgovornemu izpopolnjevanju svojega znanja, ki zagotavlja izvajanje varne in optimalne zdravstvene nege. Izobražujejo se na področjih, odločilnih za razumevanje medicinsko-tehničnih postopkov in posegov ter za sodelovanje pri diagnostično-terapevtskem načrtu, v katerem je poglobljena njihova pomožniška funkcija. Razvoj lastne stroke pa od njih zahteva in pričakuje tudi drugačno znanje, predvsem poznavanje sodobnih metod dela z bolniki, npr: procesna, timska metoda dela in metoda primarne zdravstvene nege (Lednik et al., 2000). Uporaba sodobnih metod dela zagotavlja večjo uspešnost zdravstvene nege, večjo kakovost opravljenega dela in večje zadovoljstvo in varnost bolnikov in zdravstvenih delavcev.

6 Proces zdravstvene nege kot učna metoda

Nove, učinkovitejše metode pogosto bistveno pripomorejo k ohranitvi oz. povrnitvi zdravja. Na področju strokovnega dela negovalnih delavcev je največ pozitivnih sprememb prinesla metoda procesa zdravstvene nege, s katero lahko dosežemo novo kakovost dela. Proces zdravstvene nege je sodobna metoda dela v zdravstvu, kjer gre za celovito obravnavo posameznika glede na njegove psihične, fizične, duševne in socialne potrebe.

Proces zdravstvene nege se je uveljavil tudi kot učna metoda pri praktičnem pouku dijakov srednjih in visokih zdravstvenih šol. Proces zdravstvene nege približa bolnika dijaku. Dijak mora svoje delo za bolnika načrtovati ob bolniku. Preden začne delati, mora poznati bolnikove potrebe. Najprej spoznava bolnika, nato opazuje, posluša in se pogovarja z njim (Kavalič, 1984).

Bolnikove potrebe predstavi dijaku vodja negovalnega tima, ki nato s pomočjo učitelja praktičnega pouka naredi načrt dela. Dijak ob pogovoru z bolnikom in izvajanju načrta ugotovi še druge bolnikove potrebe in jih skuša zadovoljiti. Svoje delo sproti beleži v negovalno dokumentacijo in ga skupaj z učiteljem praktičnega pouka vrednoti. Dijak mora pri praktičnem pouku povezovati teorijo s prakso. Metoda navaja dijaka k sistematičnosti, saj faze potekajo v logičnem zaporedju – od načrtovanja preko izvajanja, dokumentacije in vrednotenja. Prednost procesa zdravstvene nege kot metode učenja je tudi krepitev kritično analitičnega odnosa do lastnega dela, ki ga opravi dijak, do uspehov in neuspehov pri delu, hkrati pa zagotavlja tudi večje vključevanje bolnika v odločanje o zdravstveni negi, zadovoljuje njegove potrebe in tako vodi k večjemu zadovoljstvu in varnosti bolnikov (Kavalič, 1984).

V srednjih zdravstvenih šolah dobijo dijaki osnovno znanje na tem področju, ki ga nato izpopolnijo na visokih zdravstvenih šolah ali pa ga s pridom uporabijo pri svojem poklicnem delu, kjer se morajo truditi za dvig kakovosti zdravstvene nege in tako vplivati na večje zadovoljstvo in varnost bolnikov. Zadovoljstvo bolnikov je pomembno tudi za vodilne kadre bolnišnice, predvsem pa za medicinske sestre in zdravstvene tehnike, ki ob bolniku preživijo največ časa. Zadovoljstvo in varnost bolnikov je tudi eden od glavnih ciljev zdravstvene nege.

7 Vključevanje bolnikov v proces zdravstvene nege

Proces zdravstvene nege tudi bolnikom omogoča aktivno sodelovanje pri načrtovanju in izvajanju zdravstvene nege. Bolniki si tega sodelovanja želijo, saj so bolj informirani, izobraženi in imajo več znanja o različnih boleznih. Nekateri so zelo osveščeni v odnosu do zdravja, so bolj zahtevni in se zavedajo svojih pravic. S kakovostjo v zdravstvu so bolniki zadovoljni takrat, kadar jim omogoča tisto, kar želijo in pričakujejo. Od zaposlenih zdravstvenih delavcev pričakujejo profesionalno obnašanje, kvalitetno in učinkovito zdravljenje ter kvalitetno in varno zdravstveno nego. Raven kakovosti delovanja v zdravstveni negi se najbolj kaže v zadovoljstvu bolnikov, njihovih svojcev in vseh zaposlenih, v odsotnosti zapletov pri zdravljenju in zdravstveni negi in s tem zmanjševanju stroškov. Uporaba procesa zdravstvene nege veliko pripomore k doseganju teh ciljev. Ob vsem pa ne smemo pozabiti, da tudi proces zdravstvene nege ne bo uspešen, če zdravstveni delavci ne bodo upoštevali etičnih vrednot. Zavedati se moramo, da bolniki kot najpomembnejše vrednote postavljajo prav prijaznost, ustrežljivost in odnos zdravstvenega osebja do bolnikov. Oseba, ki nima humanih kvalitete, ne more delati z bolniki. Ni dovolj samo izobrazba, saj nobeno znanje in nobena sodobna metoda dela ali aparatura ne more nadomestiti prijaznega odnosa zdravstvenega delavca (Kersnič, 1997). Tukaj pa se pokaže pomen vloge učitelja praktičnega pouka.

8 Vloga učitelja - mentorja praktičnega pouka

Učitelj/mentor:

- ☐ vodi dijaka v prvih korakih, mu pomaga in svetuje pri delu in mu pomaga pri povezovanju teorije s prakso,
- ☐ pomaga dijaku razvijati zmožnost kritičnega mišljenja in izbire ob spoštovanju določil poklicnega kodeksa,
- ☐ mora poleg izobraževanja tudi vzgajati; največ lahko naredi s svojim zglednim odnosom do bolnikov, dijakov in zaposlenih.
- ☐ dijaku nudi socialno-pedagoško pomoč in ustvari možnosti za razvijanje vzgojnega procesa, ki pomaga mladostniku spreminjati način komuniciranja, da se lažje integrira v okolje (Šantej, 1998),

- pomaga dijaku pri razvijanju in utrjevanju osebnostne in profesionalne identitete pri delu, da bo imel čim ustrežnejši odnos do bolnika,
- mora pri svojem delu uporabljati sodobne metode in pristope dela (Žnidarec Žagar, 2000),
- poskrbi, da se bolniki, pri katerih dijaki izvajajo zdravstveno nego, počutijo bolj varno in niso odklonilni do dijakov oz. njihove pomoči, saj so prepričani, da bo učitelj poskrbel za ustrezen potek (Par, 2002).

Tudi medicinske sestre v vzgoji in izobraževanju smo izpostavljene potrebam permanentnega izobraževanja. Izpopolnjevati se moramo na dveh področjih:

- na področju vzgoje in izobraževanja, kjer se spoznavamo z novimi načini učenja in posredovanja snovi, z novimi metodami dela, novimi didaktičnimi sredstvi, novimi pristopi do učencev itd. in
- na strokovnem področju, kjer si pridobivamo novo znanje s področja zdravstvene nege.

Izobraževanje dijakov in študentov pa ni naloga samo pedagoških medicinskih sester. Po VII. načelu Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije morajo tudi ostali zdravstveni delavci svoje znanje in izkušnje prenašati na tiste, ki se učijo in vidijo v njih zgled za svoje kasnejše ravnanje. To načelo lahko izpolnjujejo kot mentorji dijaku na PUD-u in kot mentorji študentom na kliničnih vajah (Velepič, 2000).

9 Zaključek

Sodobni čas zahteva nove načine poučevanja in teži k večji elastičnosti idej, oblik in spodbuja večjo aktivnost dijakov pri pouku. S skupinskimi oblikami dela pri dijakih spodbujamo še ustvarjalnost, pripravljenost sprejemanja novih izkušenj, spoštovanje dostojanstva in osebnosti drugih ljudi, socialno učenje, obvladovanje komunikacijskih spretnosti. Vse te sposobnosti so potrebne pri izvajanju sodobne in varne zdravstvene nege.

Za naloge na področju zdravstvene nege bolnika se bomo prizadevneje in odgovorneje pripravljali, če se bomo že v pripravi na poklic potrjevali v ljubezni do ljudi, v znanju in delavnosti. V tem poklicu bo zadovoljen tisti, ki ima veselje do dela z ljudmi. Pri praktičnem pouku morajo dijaki svoje znanje, ki so si ga pridobili pri teoretičnem in kabinetnem pouku, prenesti v prakso. Cilj praktičnega pouka je dijake strokovno usposobiti za samostojno in odgovorno delo z bolniki, jih naučiti obravnavati bolnike celovito in sistematično glede na njihove potrebe. Gre za uskladitev odnosov med dijaku, ki se nahaja v vzgojno-izobraževalnem procesu, in bolnikom, ki se nahaja v spremenjeni življenjski situaciji. Učitelj praktičnega pouka je tisti, ki vodi dijaka v prvih korakih, bolniku in dijaku pomaga izraziti misli in čustva ter usklajuje zadovoljevanje bolnikovih potreb s strokovno usposobljenostjo dijakov in

skrbi za varnost bolnikov. Ob tem pomaga dijaku razvijati zmožnost kritičnega presojanja in izbire v skladu z določili poklicnega kodeksa. Oba, mentor in dijak, sta v središču opazovanja s strani osebja na oddelku, bolnikov in obiskovalcev. Skupaj se morata truditi za iskanje najboljših rešitev, ki bodo povečale zadovoljstvo in varnost bolnikov ter dvignile kakovost zdravstvene nege.

LITERATURA

1. Kavalič, S. (1984). Proces zdravstvene nege kot učna metoda pri vzgoji in izobraževanju višjih medicinskih sester. Zdravstveni obzornik, 18, 192-196.
2. Kersnič, P. (1997). Organizacija službe zdravstvene nege v zdravstvenih zavodih Slovenije. Obzornik zdravstvene nege, 31, 4-23.
3. Lednik, L. et al. (2000). Ali so potrebna sodobna znanja v praksi zdravstvene nege. V Zdravstvena nega, raziskovanje in študijski programi (1-15). Maribor.
4. Par, L. (2002). Zadovoljstvo bolnikov z delom dijakov SZŠ Celje. Diplomsko delo. Maribor: Visoka zdravstvena šola.
5. Podlesnik, P. (2012). Spoznavanje našega poklicnega področja - praktično usposabljanje pri delodajalcu – PUD. Letopis Srednje zdravstvene šole Celje 2011/2012. Celje: Srednja zdravstvena šola Celje.
6. Šantej, M. (1998). Neformalno socialnopedagoško delo v Srednji zdravstveni šoli Celje. Celje: Srednja zdravstvena šola Celje.
7. Velepich, M. (2000). Kodeks etike – načelo VII. Utrip, 11, 13.
8. Žnidarec Žagar, L. (2000). Udeležili smo se delavnice skupinskega dela pri poučevanju teoretičnih in praktičnih predmetov na srednjih zdravstvenih šolah. Utrip, 1, 23.

Ljudmila Par

Safety of patients in the implementation of clinical practise

KEY WORDS: *nursing process, clinical practice, nursing*

POVZETEK - The implementation of clinical practice under the guidance of a mentor helps students of the secondary and higher school for nurses become aware of the importance of professionalism, accuracy and accountability in their work. It also helps them be aware of the importance of ensuring patient safety in all the fields of nursing. The presence of a mentor also provides patients with a greater sense of security. The clinical mentor introduces students to the health care procedures and helps the patient and student express their thoughts and feelings. The clinical mentor helps students develop and strengthen their personal and professional identity at work and establish a better relationship with the patient. The nursing process as a method of work in health care has contributed significantly to improving patient safety and the quality of services in the field of nursing care. It has also been used as a learning method in the clinical practice of the secondary and higher school for nurses for several years. It allows individual patient management and student approaches to the patient so that students communicate with patients and therefore find out about their needs and try to meet them. Students keep a record of their work which is also evaluated together with their mentors. The task of a mentor is to teach students to work systematically as well as reinforce the critical analytical attitude to his own work in accordance with the professional code. That also reinforces students' self-confidence because keeping a record of their work enables a good analysis of the work and the possibility of public presentations of it in the health care team and the public. The main task of nurses who work in education is the education and training of young people to be able to carry out a responsible and demanding profession of nursing.

Referenčne ambulate zagotavljajo celostno obravnavo kroničnih pacientov z vidika zdravstvene nege

UDK 616-083:614.2

KLJUČNE BESEDE: medicinske sestre, referenčne ambulate, kronični pacienti, zdravstvena nega

POVZETEK - Za zagotavljanje celostne obravnave kroničnih pacientov z vidika zdravstvene nege je potrebno znanje in sposobnost opravljanja poklica medicinske sestre. Celostna obravnava pacienta pomeni, da je ta obravnavan s štirih vidikov: fizičnega, psihičnega, socialnega in duhovnega. Zdravstvena nega kot sestavni del sistema zdravstvene oskrbe v referenčnih ambulantah vključuje ohranjanje zdravstvenega stanja, izboljšanje zdravja, preprečevanje nastanka novih bolezni in fizično ali psihično oskrbo kronično obolelih posameznikov vseh starosti. Medicinske sestre v referenčnih ambulantah obravnavajo kronične paciente, ki so stabilni v svojem bolezenskem stanju, imajo malo ali nič komplikacij ter potrebujejo le vodenje in nadzor doseženega zdravstvenega stanja. V prispevku želimo ugotoviti, kakšno je mnenje zaposlenih medicinskih sester in diplomiranih medicinskih sester v referenčnih ambulantah o zadovoljstvu pacientov z načinom obravnave v njihovih ambulantah.

1 Uvod

Referenčna ambulanta je ambulanta družinske medicine z razširjenim timom zdravstvenega osebja: poleg zdravnika in medicinske sestre bo paciente referenčne ambulate spremljala tudi diplomirana medicinska sestra. Ta bo prevzela spremljanje parametrov določenih kroničnih bolezni ter preventivne aktivnosti. Z uvedbo referenčnih ambulant želi ministrstvo za zdravje nadgraditi in okrepiti osnovno zdravstveno dejavnost, z organizacijo dela in vsebinskimi novostmi pa izboljšati vodenje pacientov s kroničnimi boleznimi. Poglavitna vloga referenčnih ambulant je še razširiti preventivno dejavnost in pospeševanje zdravja, vzpostaviti protokole obravnave posameznih skupin zdravstvenih problemov, urediti registre ogroženih in kroničnih pacientov, izboljšati sodelovanje s specialisti na sekundarni ravni ter, navsezadnje, v praksi preveriti nov način financiranja ambulant osnovne zdravstvene dejavnosti. Po oceni stroke je uvedba referenčnih ambulant pomemben razvojni korak na področju osnovnega zdravstva. Z njimi pa naj bi vsebino in organizacijo dela, kadrovske normative in način plačevanja timov ambulate družinske medicine prilagodili potrebam sodobnega zdravstvenega sistema. Projekt je po mnenju idejnih strokovnjakov pomemben, ker spodbuja timsko delo in v ekipo družinskega zdravnika aktivno vključuje diplomirane medicinske sestre. Te bodo s svojim strokovnim znanjem prevzele del oskrbe pacientov. Hkrati gre tudi za nadgradnjo strokovnega izobraževanja diplomiranih medicinskih sester. Za delo v referenčnih ambulantah so na Ministrstvu

za zdravje uvedli posebne module, kjer dobijo diplomirane medicinske sestre še dodatno znanje za tako delo. Z njim in s pridobljeno visokošolsko strokovno izobrazbo bodo diplomirane medicinske sestre zagotavljale celovito zdravstveno nego vseh kroničnih pacientov.

2 Celostna obravnava kroničnih pacientov v referenčnih ambulantah

2.1 Kronični pacienti v obravnavi medicinskih sester

»Referenčna ambulanta je nadgradnja dosedanjega dela. V ekipo zdravnika in medicinske sestre smo vključili še diplomirano medicinsko sestro, da bi povečali kakovost obravnave bolnikov. Zdaj smo najbolj zaposleni z organizacijo dela, saj orjemo ledino, dolgoročno pa bo tak način dela zagotovo manj obremenjujoč tudi za zdravnika,« je dejala dr. Martina Terbižan Rupnik, zdravnica v referenčni ambulanti družinske medicine v Ajdovskem ZD (Željan, 2012). Medicinskim sestram so najprej zaupali obravnavo diabetikov, hipertonikov, astmatikov ter pacientov s KOPB. Med ostalimi pogoji je treba upoštevati, da morajo pacienti imeti »urejeno zdravstveno stanje«. To pomeni, da ob ugotovljeni kronični bolezni nimajo akutnih komplikacij in je njihovo zdravstveno stanje stabilno. Diplomirana medicinska sestra vse kronične paciente, ki obiščejo referenčne ambulate, pouči o preventivnih dejavnostih za ohranjanje in izboljšanje zdravja. S pomočjo strokovnih gradiv (zloženke in letaki) in vprašalnikov svetuje glede dejavnikov tveganja, kot so alkohol, kajenje, visok pritisk, holesterol, depresija ipd. To pomeni, da je vsak pacient deležen aktivnega presejanja za posamezne vrste kroničnih obolenj in ciljane zdravstvenovzgojne obravnave. Delo medicinske sestre in diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti temelji na preventivi in preprečevanju poslabšanja kronične bolezni.

Preventivna obravnava pacienta s presejanjem in svetovanjem, na primer pri srčno-žilni ogroženosti, obsega (http://www.mz.gov.si/si/mz_zasvas/zdravstveno_varstvo/referencne_ambulate/):

- ☐ selektivno izpolnjevanje presejalnega vprašalnika za preventivni pregled za podočje srca in ožilja,
- ☐ selektivno izpolnjevanje presejalnega vprašalnika za telesno dejavnost,
- ☐ selektivno izpolnjevanje presejalnega vprašalnika za oceno tveganosti pitja alkoholnih pijač,
- ☐ napotitev na presejalne laboratorijske preiskave,
- ☐ identifikacijo dejavnikov tveganja,
- ☐ usmerjeno družinsko in negovalno anamnezo.

Postopki in posegi zdravstvene nege, ki se opravijo ob obisku v ambulanti, so (http://www.mz.gov.si/si/mz_zasvas/zdravstveno_varstvo/referencne_ambulate/):

- ☐ merjenje in evidentiranje telesne višine,

- merjenje in evidentiranje telesne teže,
- merjenje in evidentiranje obsega trebuha,
- merjenje in evidentiranje krvnega tlaka,
- tipanje in evidentiranje perifernih pulzov.

Opravi se izračun in evidentiranje indeksa telesne mase (ITM) in izračun srčno-žilne ogroženosti. Pri vsakem obisku se za vsakega pacienta opravi ocena stanja z vrednotenjem in ažuriranje registra. Če ni opažene ali najdene ogroženosti, se opravi le registracija obiska in motivacijski pogovor s svetovanjem, informiranje in zdravstvena vzgoja. Pri odkriti ogroženosti opravimo takojšnji motivacijski pogovor s pacientom in mu po potrebi svetujemo obisk zdravnika družinske medicine. Tja ga takoj napotimo ob sumu na poslabšanje bolezni ali dodatno bolezen. Ob koncu obiska diplomirana medicinska sestra oceni pacientovo razumevanje informacij, dokumentira opravljeno delo v njegovo zdravstveno dokumentacijo ter vnese rezultate in seznam zdravstvenih storitev v računalniški program (http://www.mz.gov.si/si/mz_zasvas/zdravstveno_varstvo/referencne_ambulante/). Pri vseh pacientih s kroničnimi obolenji opravi podoben protokol dela s posebno specifikko posegov in postopkov zdravstvene nege, ki je vezana na pacientovo osnovno kronično obolenje.

2.2 Medsebojno dopolnjevanje zdravnika in medicinske sestre

Slovenija ima okoli 890 zdravnikov specialistov splošne oziroma družinske medicine. V povprečju ima vsaka ambulanta registriranih okoli 1.900 pacientov. V začetku delovanja referenčnih ambulant so ljudje dvomili in niso želeli, da bi jih obravnavala diplomirana medicinska sestra. »Prve prepreke smo prešli tako, da je pacienta sprejel zdravnik in ga naknadno usmeril k diplomirani medicinski sestri. Tako je pacient uvidel, da je pristop enega in drugega drugačen in da se medsebojno dopolnjujeta: zdravnik zdravi, diplomirana medicinska sestra pa izvaja ukrepe zdravstvene nege in preventivno presejanje ter zdravstveno vzgojo« poudarjajo na Ministrstvu za zdravje (Kemperle, 2012). Danes se nekateri pacienti, ki so večinoma prihajali v ambulanto le po recept, želijo naročiti k diplomirani medicinski sestri, ker bi radi koristno uporabili znanje, ki jim ga le-ta lahko daje. Bodoči načrti ministrstva za zdravje so, da bodo v referenčne ambulate dodajali nove kronične bolezni, ki jih bo znala obravnavati diplomirana medicinska sestra, ter tako postopoma dosegli, da se bo približno 80 odstotkov vseh kroničnih bolezni obravnavalo v referenčnih ambulantah z ustreznimi protokoli. Tako bo lahko vse urejene kronične paciente obravnavala diplomirana medicinska sestra, če ti ne bodo potrebovali zdravnika. Paciente bo obravnavala celostno, torej s fizičnega, psihičnega, socialnega in duhovnega vidika.

2.3 Kriteriji, po katerih delajo diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti

Ustanovitelji in pobudniki referenčnih ambulant so se dogovorili, katere kriterije mora upoštevati pacient, ko pride na obravnavo, in katere diplomirane medicinske sestre, ki delajo v njih. Pozornost je usmerjena v odločitve, kaj narediti ob vsakem

rednem pregledu pri pacientu, kako je kronična bolezen urejena, kako pogosto naj se pacient oglasi v referenčni ambulanti, kako poteka komunikacija med njim in referenčno ambulanto. Ob urgentnem stanju velja protokol obravnave urgentnega stanja pacienta v zdravstveni ustanovi. Ob tem so jasni posegi in postopki za vsako primarno zdravstveno ustanovo, ne glede na lastniški status. O indikacijah za napotitev pacienta na sekundarni ali terciarni nivo še vedno odloča osebni oz. družinski zdravnik. O tem, kako urejati neurejenost ali poslabšanje bolezni na primarnem nivoju, se odločajo strokovnjaki družinske medicine v dogovoru s posameznimi strokovnjaki na določenem področju (diabetologi, revmatologi, pulmologi, kardiologi ...). Za sedaj še vedno velja, da se pacient, ki nima urejene kronične bolezni, zdravi pod okriljem specialista. Komunikacijske poti med družinskim zdravnikom in pacientom (telefon, gsm, e-pošta, pisemska sporočila in osebni kontakt) so v največ ustanovah že ustaljene. O njihovi izbiri in uporabi odloča sam pacient ali zdravstveno osebje.

3 Metodologija

3.1 Nameni in cilji raziskave

Temeljni namen raziskave je bil ugotoviti, kakšno je mnenje zaposlenih medicinskih in diplomiranih medicinskih sester o zadovoljstvu pacientov z novim načinom obravnave v njihovih ambulantah.

Cilji raziskave so bili preučiti mnenja zaposlenih medicinskih sester in diplomiranih medicinskih sester o tem:

- ☐ ali kronični pacient izgubi manj časa za obravnavo v referenčnih ambulantah, in
- ☐ ali je kronični pacient bolj zadovoljen z obravnavo v referenčnih ambulantah.

3.2 Raziskovalna metoda

Uporabili smo deskriptivno neeksperimentalno metodo empiričnega raziskovanja.

3.3 Vzorec

Osnovno populacijo predstavlja 230 delujočih referenčnih ambulant v Sloveniji. V raziskavo smo zajeli 103 naključno izbrane referenčne ambulante v Sloveniji, ki so začele delovati leta 2011 in v začetku 2012. Na e-naslove nosilcev referenčnih ambulant, ki smo jih pridobili iz internetnega naslova ministrstva za zdravje, smo poslali vprašalnik. Vrnjenih smo dobili 25 (25,1 %) pravilno izpolnjenih anket.

3.4 Opis instrumenta

Vprašalnik je bil razdeljen na posamezna poglavja. V prvem delu so anketiranci odgovarjali na splošna vprašanja, kot so: kje je referenčna ambulanta, koliko ambulant je vključenih v posameznem zdravstvenem domu, kdo od zaposlenih izpolnju-

je anketo, kakšna je sestava kolektiva in koliko so časovno vključeni v referenčno ambulantno. Drugi del ankete je predstavljal sklop vprašanj, ki je že bil postavljen prvim izvajalcem v referenčnih ambulantah in je opredeljen s petstopenjsko Likertovo lestvico vrednot. To anketiranje je izvedlo ministrstvo za zdravje. Ob teh vprašanjih je bil dodan sklop vprašanj, ki določa celostno obravnavo pacienta z vidika zdravstvene nege. Tretji del vprašalnika se je nanašal na izobraževanje medicinskih sester za delo v referenčnih ambulantah, vsebinah izobraževanja in obremenitvah medicinskih sester izven delovnega časa. Zadnji del je zbiral mnenja medicinskih sester o kakovosti dela v referenčnih ambulantah z vidika pacientov in strokovnega kadra v primerjavi z obravnavo v splošni ambulanti. Zanimalo nas je tudi, kaj so pridobile medicinske sestre in kaj bi spremenile v obstoječih referenčnih ambulantah.

4 Rezultati raziskave in interpretacija

Večina referenčnih ambulant (18; 72 %), ki so odgovorile na anketo, je lociranih v zdravstvenih domovih. Le 7 (28 %) anket je bilo poslanih z zasebnih referenčnih ambulant. V okviru enega zdravstvenega doma je lociranih največ 9 referenčnih ambulant.

23 anket so izpolnile diplomirane medicinske sestre, v enem primeru so sodelovali vsi člani zdravstvenega tima, v enem primeru pa je anketo izpolnil zdravstveni tehnik. V 17 ambulantah delajo timi z dvema zdravnikoma, eno diplomirano medicinsko sestro in dvema zdravstvenima tehnikoma. V 9 primerih je zdravstveni tim sestavljen iz enega zdravnika, enega zdravstvenega tehnika in 50 % zaposlitvijo diplomirane medicinske sestre. V dveh primerih je v referenčni ambulanti zaposlen en zdravnik in ena diplomirana medicinska sestra.

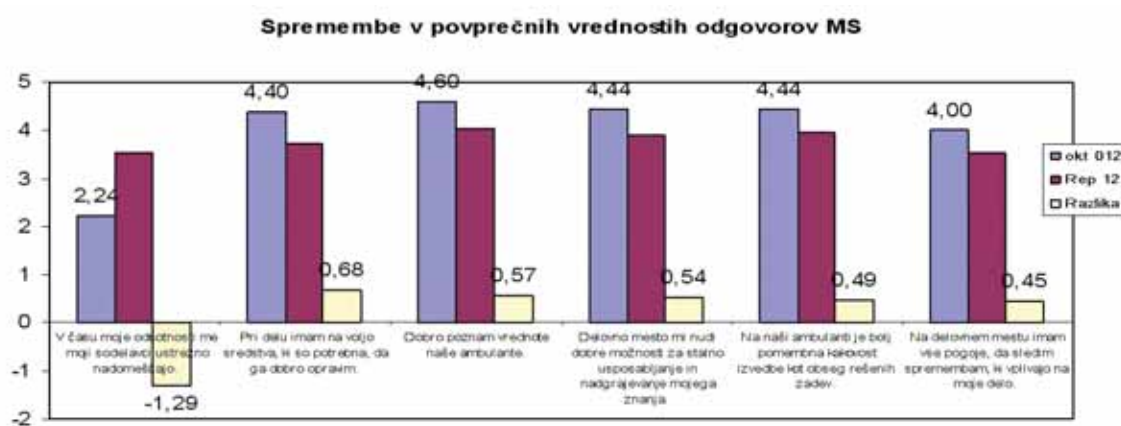
V referenčnih ambulantah dnevno oskrbijo v povprečju od 4 do 12 pacientov, ki jim medicinske sestre namenijo od 20 minut do ene ure časa za posamezno obravnavo. Največ ambulant (7) nameni po 30 minut na pacienta, sledijo ambulate (5), ki namenijo posameznemu pacientu 40 minut, nato 1 uro (4) in po 35 minut (4). Te ambulate v povprečju sprejmejo 5-7 pacientov na dan. 19 (od 25-ih) diplomiranih medicinskih sester v referenčnih ambulantah ima dovolj časa za vse delo v referenčni ambulanti v času delovnih ur. 6 (od 25-ih) diplomiranih medicinskih sester nima dovolj časa, da bi potrebno delo opravile v okviru delovnega časa in morajo le-to opraviti izven njega. Po mnenju večine medicinskih sester, ki so izpolnjevale ankete (60 %), se je obravnava pacientov v RA zelo izboljšala v primerjavi z obravnavo v splošni ambulanti.

V 19-ih (80 %) referenčnih ambulantah so odgovorile, da obravnavajo največ diabetikov, sledijo jim hipertoniki, nato astmatiki, pacienti s KOPB in drugi. V štirih (16 %) referenčnih ambulantah največ obravnavajo hipertonike, sledijo jim ostali

kronični pacienti. V le dveh ambulantah imajo največ astmatikov, sledijo jim hipertoniki, pacienti s KOPB, diabetiki in ostali.

V grafu 1 so prikazani podatki, ki smo jih dobili pri anketiranju oktobra 2012. Primerjali smo jih s podatki MZ, ki je zaposlenim v referenčnih ambulantah enaka vprašanja zastavilo v začetku leta 2012. Izbrali smo odgovore, kjer je bilo odstopanje večje od 0,45 točke. Najbolj je izstopal odgovor v negativno smer za 1,29 točke, ki je povedal, da nimajo vse diplomirane medicinske sestre v referenčnih ambulantah ustreznega nadomeščanja v času rednih odsotnosti. Ta podatek nam pokaže, da bodo morale referenčne ambulante zagotoviti ustrezno nadomeščanje aktivnega tima.

Graf 1: Primerjava med našo anketo in anketo Ministrstva za zdravje



Vir: Anketni vprašalnik, 2012.

Na vprašanje: »Kaj so pridobili pacienti in kaj medicinske sestre v referenčnih ambulantah« je odgovorilo le 16 vprašanih. Več časa za pogovor, kakovostnejšo obravnavo in spremljanje kronične bolezni je navedlo 12 (48 %) anketiranih. Več informacij o kronični bolezni, več znanja, da dobijo odgovore na vprašanja, kako jemati zdravila je odgovorilo 9 (36 %) anketiranih. Preventivno obravnavo, spremljanje odstopanj in komplikacije kronične bolezni sta navedli 2 (8 %) anketirani.

Na raziskovalno vprašanje, ali kronični pacient izgubi manj časa za obravnavo v referenčni ambulanti v primerjavi s splošno ambulanto, nismo pozitivno odgovorili, saj je pacient v referenčni ambulanti v povprečju obravnavan 40 minut. Podatkov, koliko časa je pacient čakal na obravnavo, nismo pridobili. Po odgovorih medicinskih sester na vprašanje, kaj so pridobili pacienti z referenčnimi ambulantami, lahko sklepamo, da je kroničen pacient bolj zadovoljen z obravnavo v referenčni ambulanti kot v splošni ambulanti. Nekaterе medicinske sestre navajajo, da so pacienti zelo zadovoljni s tem, da jih nekdo bolj podrobno obravnava in si vzame zanje malo več časa. Pacienti so poučeni o svoji kronični bolezni, kako jo lahko izboljšajo in preprečijo zaplete. Pacienti so celostno obravnavani, pogovor med njimi in medicinsko sestro je zaupen, tam dobijo individualno zdravstveno vzgojo, včasih tudi tolažbo. Obravnava je bolj sproščena in traja dlje kot v splošni ambulanti.

Diplomirane medicinske sestre v referenčnih ambulantah nimajo vse ustreznega nadomeščanja v času rednih odsotnosti, dopusta, študijskih obveznosti, bolniškega staleža ipd. Dobljeni podatki kažejo, da se bo moralo v referenčnih ambulantah zagotoviti ustrezno nadomeščanje zaposlenih, torej tudi ustrezno usposobljenih diplomiranih medicinskih sester.

5 Sklep

V začetku delovanja referenčnih ambulant so se pokazali pozitivni rezultati pri pacientih in pri medicinskih sestrah. Pacienti so pridobili kvalitetnejšo obravnavo, ki jim je omogočila več časa in možnosti za pogovor o bolezni in več informacij o možnostih za izboljšanje bolezni in zmanjšanje vzporednih simptomov. Kakšen bo ekonomski učinek, še ne moremo ugotoviti, ker je delovanje teh ambulant pri nas prekratko, saj nekatere delujejo šele nekaj mesecev, najstarejše pa 18 mesecev. Začetni stroški so največkrat skriti znotraj zdravstvenih domov, ki so nekatere splošne ambulate preimenovali v referenčne ambulate. V njih diplomirane medicinske sestre izvajajo zdravstveno nego, preventivno presejanje in zdravstveno vzgojo vseh kroničnih pacientov, ki pridejo k njim na obravnavo.

LITERATURA

1. Kemperle, T. (2012). S timsko obravnavo pacientov do krajših čakalnih dob. Pridobljeno 24. 6. 2012 s http://www.bogastvozdravja.si/clanki/zdravozivljenje_13.html.
2. Ministrstvo za zdravje (2012). Referenčna ambulanta. Pridobljeno 21. 10. 2012 s http://www.mz.gov.si/si/mz_zasvas/zdravstveno_varstvo/referencne_ambulate/.
3. Referenčne ambulate (2012). Pridobljeno 2. 10. 2012 s <http://www.referencna-ambulanta.si/wp-content/uploads/Opis-storitev.doc>.
4. Željan, K. (2012). Referenčne ambulate: Okrepljene ekipe, več časa za paciente. Delo, 8. 6. 2012, str. 11.

Ana Podhostnik, MA

Reference practices ensure holistic treatment of chronically ill patients from the viewpoint of nursing care

KEY WORDS: nurses, reference practice, chronic patients, primary health care

ABSTRACT - The comprehensive treatment of chronic patients in terms of nursing care is ensured by the knowledge and ability of nurses. The comprehensive treatment of the patient means that the patient is treated from the physical, psychological, social and spiritual viewpoint. As an integral part of health care in reference practices, nursing care includes activities relating to maintaining health, improving health, preventing the emergence of new diseases and the physical or mental care of chronically ill individuals of all ages. Nurses in reference practices treat chronic patients who have a stable condition, little or no complications and only require the monitoring and supervision of their condition. The article strives to find out the opinion of employed nurses and registered nurses in reference practices about the satisfaction of patients with the way of treatment at the clinics.

Nevarnost pacientovega padca kot pokazatelj kakovosti zdravstvene nege

UDK 614.253.83+614.8.084

KLJUČNE BESEDE: padci, preventiva, zdravstvena nega

POVZETEK - Uvajanje sprememb v zdravstveni negi zahteva od nas velik in dodaten napor, ki ga marsikdo v naši stroki še vedno ni pripravljen sprejeti. Ko uvajamo ali izboljšujemo neko stvar, se srečujemo s posameznimi problemi, ki jih rešujemo včasih bolj, drugič manj uspešno. To je odvisno od nas samih, od naše kritičnosti do problema, okolja, trenutnih možnosti, vsekakor pa tudi od posameznikovega ali organizacijskega interesa in pripravljenosti, da poiščemo ustrezno rešitev. Ob uvajanju vsake izboljšave si moramo že v osnovi postaviti jasne cilje in načrtati poti, ki bi nas lahko uspešno pripeljale do želenega rezultata. Pomembno je, da medicinske sestre ugotovimo pacientove potrebe in želje ter pacienta na osnovi le-teh obravnavamo kot celoto. Osnova za tako delo je visoka raven strokovnega znanja, moralni in etični pristop ter pozitivne osebnostne lastnosti zdravstvenega delavca. Kakovost storitev ne more biti prepuščena naključju, temveč mora biti rezultat skrbnega načrtovanja, skladne izvedbe, stalnega nadzora in izvajanja ukrepov, s katerimi odpravljamo napake ali celo preprečujemo njihov nastanek. Popravljanje slabe kakovosti pomeni za zdravstveno organizacijo, neposredno pa tudi za celoten sistem, veliko večji strošek kot pa njeno preprečevanje. Zagotavljanje varne oskrbe pacienta postaja področje, ki zahteva uvedbo sprememb. Varnost pacienta je pomemben pokazatelj kakovosti dela. Padci se dogajajo in se bodo tudi v bodoče. Zato je pomembno vzpostaviti varno mrežo preventivnih ukrepov.

1 Uvod

Padec pacienta v bolnišnici je pokazatelj kakovosti. Vsaka organizacija, ki pospešuje kakovost svojega dela, se odloči za program zagotavljanja in izboljšanja kakovosti. S kakovostnim delom želimo pacientom zagotavljati čim boljšo celostno oskrbo. Nekateri ukrepi v preventivi padcev so lahko enostavni, ne veljajo pa za vse paciente enako in tudi ne zagotavljajo uspešne preventive v vseh primerih (Sekavčnik, 1997). Zagotavljanje varne oskrbe pacienta postaja področje, ki zahteva spremembe.

Padci se dogajajo in se bodo tudi v bodoče, zato je pomembno vzpostaviti mrežo preventivnih ukrepov. Za projekt preprečevanja padcev je treba vzpostaviti ustrezno klimo, pridobiti podporo vodstva, motivirati sodelavce in teorijo prenesti v prakso. Vsako leto se postavijo bolj ambiciozni cilji, pred zaposlene pa novi izzivi. In vsako leto so rezultati boljši, bolj spodbudni. Rezultati kažejo skrbno delo vseh, ki skrbijo za pacienta.

Paciente se oceni po protokolu, ob padcu se izvede predpisan postopek in analiza vzrokov. Delo se preverja z nadzori, o aktivnostih se pišejo poročila, določajo ukrepi za izboljšave. Računalniški program omogoča vnos podatkov v šifriran program in enostavnejšo obdelavo podatkov. Obširnejše poročilo se pripravi dvakrat letno. Re-

zultate kazalnika se objavi na intranetni strani Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani in na spletni strani.

2 Merjenje kot pogoj za vrednotenje kakovosti v zdravstveni negi

Piskar in Dolinšek (2006) potrjujeta mnenje, da univerzalna definicija kakovosti ne obstaja. Avtorja navajata, da kakovost pomeni »zelo različne stvari za različne ljudi«. Upoštevati je treba njen tehnični pomen, pomen in razumevanje kakovosti pa se spreminjata tudi glede na spreminjanje stroke, ki se ukvarja s kakovostjo. Ocena, zagotavljanje in izboljševanje vsakega posameznega vidika kakovosti, tudi na področju zdravstvene nege, so pogojeni z merjenjem. To je objektivni proces preverjanja posameznih dimenzij, zmožnosti ali količine nečesa. Na kriterije kakovosti se sklicuje tudi naslednja definicija kakovosti, ki pravi: »kakovost je skladnost med dejansko zdravstveno nego in predpisanimi kriteriji« (Sekavčnik, 1997).

Obvezni kazalniki kakovosti v bolnišnicah so (Robida, 2006):

- ☐ število padcev s postelje na 1000 oskrbovalnih dni,
- ☐ število razjed zaradi pritiska, nastalih v bolnišnici, na 1000 hospitaliziranih pacientov,
- ☐ čakalna doba za računalniško tomografijo,
- ☐ čakanje na odpust (dnevi, ko pacienti, ki so končali zdravljenje v akutni bolnišnici, čakajo na odpust),
- ☐ delež nenačrtovanega sprejema v isto bolnišnico v 7 dneh po odpustu zaradi iste ali podobne diagnoze,
- ☐ bolnišnične okužbe itd.

3 Varnost pacienta ter varnostni zapleti

V Evropski uniji je varnost pacientov visoko na prioriteten seznamu. Tako naj bo varnost pacientov, osebja in obiskovalcev tudi prednostna naloga vodstva. Vsaka organizacija ustvari kulturo varnosti, ko se vsakdo vedno zaveda, da gredo stvari lahko narobe, in deluje tako, da ugotavlja tveganja, da je poročanje o varnostnih zapletih pošteno in se lahko zaposleni iz njih učijo, kaj je šlo narobe, in tako v prihodnje preprečijo podobne neželene dogodke. Vodstvo poskrbi za izobraževanje o varnosti pacientov, vključujoč človeške dejavnike tveganja, tveganje v okolju, kjer poteka zdravstvena dejavnost, tveganje z aparaturami, opremo, medicinskimi pripomočki, zdravili ter tveganje pri neurejenih sistemih in procesih. Ustvari okolje, v katerem se vse osebe uči na podlagi varnostnih zapletov in se vzpodbuja, da proaktivno oceni tveganje in retroaktivno poroča o varnostnih zapletih. Vodstvo ustanove je tudi odgovorno za pripravo in izvajanje pravilnikov, pravil, navodil in smernic, ki

so povezani z varnostjo pacientov. Uvede sistem za redne ocene kulture varnosti s kazalniki o ravni kulture in priložnosti za izboljšave, ki ga je najbolje vključiti v sistem notranjih nadzorov.

Izvajalci uvedejo zaupno poročanje o varnostnih zapletih z analizo vzrokov in nato z ukrepi izboljšujejo sisteme in postopke, ki so pripeljali do zapleta. Namen je učenje iz napak in njihovo prihodnje preprečevanje. Poudarek je na izboljšavi sistemov in procesov in ne na obdolževanju in kaznovanju udeležencev pri varnostnem zapletu. Vodstvo pripravi jasna pravila poročanja o varnostnih zapletih, pri čemer natančno določi pot poročanja (komu, kako), zaupnost poročil, izvedbo analize varnostnega dogodka s poudarkom na sistemih in procesih.

Za nadzor nad izvajanjem priporočenih ukrepov na podlagi analize je odgovorna komisija za kakovost v zdravstveni ustanovi. Zbiranje podatkov temelji na hotenju zdravstvenega osebja, da poroča o varnostnih zapletih. Večkrat se zgodi, da za zaplet ve samo ena oseba ali morda še pacient. Tako je odvisno od vesti posameznika, ali bo o varnostnem zapletu poročal ali ne. Ker obstajajo ovire pri poročanju, se dogaja, da je poročil mnogo manj, kot je varnostnih zapletov v resnici. Primeren pristop vodstva lahko te ovire zmanjša z odstranitvijo (Robida, 2006):

- ☐ strahu pred obtožbami, tako da poskrbi za pravično in odprto kulturo;
- ☐ strahu, da se bodo poročila uporabljala za druge namene, npr. disciplinske postopke, sporočila medijem in drugim, namesto za analizo in izboljšave;
- ☐ pomanjkljivih povratnih informacij o tem, kaj se je izboljšalo kot posledica poročanja;
- ☐ omejenega časa za pripravo poročil in analiz.

4 Ocenjevalna lestvica tveganja padcev v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana

V Slovarju slovenskega knjižnega jezika je pod »padec« oz. pod »padati« zapisano: »zaradi izgube ravnotežja, opore priti iz pokončnega položaja na tla zlasti v ležeči položaj; padati na obraz, naprej, vznak« ter »premikati se v smeri navzdol zaradi lastne teže« (Bajec, 2000).

Ocenjevalne lestvice za ugotavljanje ogroženosti tveganja za padec so pomembna orodja za preprečevanje padcev in zagotavljanje varnosti pacientov. Z ocenjevalno lestvico ocenimo pacientove psihofizične sposobnosti in/ali druge dejavnike, ki vplivajo na možnost padca, določimo stopnjo ogroženosti pacienta. Različne ustanove v svetu so razvile različne ocenjevalne lestvice oz. lestvice, ki vključujejo več različnih dejavnikov tveganja za padec. Vsaka lestvica za ocenjevanje ogroženosti tveganja za padec ima svoj sistem točkovanja, s pomočjo katerega ločimo bolj ogrožene paciente od manj ogroženih oz. neogroženih.

Med najpogostejše omenjenimi in najbolj uporabnimi lestvicami za ocenjevanje tveganja za padec je Morsejina lestvica padca, ki vključuje kriterije tveganja za padec (tabela 1).

Tabela 1: Ocena tveganja za padec pri odraslem

Padec v anamnezi v zadnjem letu	DA = 10	NE = 0
Spremljajoče medicinske diagnoze	DA = 10	NE = 0
Uporaba pripomočkov pri gibanju	Na invalidskem vozičku 1; Bergle, palica, hodulja 5; Pri hoji se oprijemlje pohišva 10	Leži v postelji = 0
Starost	65 let in več = 3	Do 64 let = 0
Infuzija, krvni pripravki, dreni, želodčna sonda, kisikova terapija	DA = 5	NE = 0
Gibanje in ravnotežje	Delno pokreten, stabilen = 1; Delno pokreten, slaboten = 3; Vrtoglavica = 5	Nepokreten = 0 Stalno ležanje = 0
Duševno stanje	Delno orientiran = 3 Neorientiran, zmeden = 5; Precenjuje lastne zmožnosti = 3; Pozablja omejitve = 3	Sediran = 0
Zdravila	antihipertenzivi; antidepresivi; antidiabetiki, anestetiki; diuretiki; citostatiki; uspavala in pomirjevala; analgetiki, narkotiki; kortikosteroidi in antihistaminiki=1	
Motnje vida in sluha	Da, uravnava s korekcijo = 3; Da, brez korekcije = 5	Ne = 0

Vir: Ocenjevalna lestvica v UKC Ljubljana.

Za izpolnjevanje lestvice se porabi povprečno 4 minute. Maksimalno število točk za oceno stopnje tveganja je 71 (tabela 2).

Tabela 2: Stopnja tveganja

Nizko tveganje	0-15
Zmerno tveganje	16-30
Visoko tveganje	Nad 30

Vir: Ocenjevalna lestvica v UKC Ljubljana.

5 Pogovor o varnosti

Pogovori o varnosti so priložnost za učenje, saj udeleženci pogovora razpravljajo o varnostnih problemih in iščejo rešitve zanje. Ključna prvina izboljševanja varnosti za paciente je spodbujanje kulture varnosti, visoko zavedanje o varnostnih problemih na vseh ravneh. Vodstvo spodbuja in nagraduje poročanje o varnostnih problemih in dejavnostih za izboljšanje varnosti bolnikov in osebja. Pogovori o varnosti morajo biti kratki: naj potekajo med redno izmenjo. Vnaprej je treba pripraviti seznam problemov varnosti, o katerih bo tekla razprava (www.mz.gov.si/.../03_varnostna_vizita_priloga_IV_UIKB_2006.pdf).

Merila za izboljšave:

- ☐ število varnostnih zapletov, ki jih je osebje odkrilo;
- ☐ število varnostnih zapletov, o katerih je osebje med seboj razpravljalo;
- ☐ število varnostnih zapletov, ki niso, a bi lahko pripeljali do škode za paciente;
- ☐ število pacientov, ki so razpravljali o problemih varnosti;
- ☐ število varnostnih zapletov, ki so bili preprečeni, ker so nanje opozorili pacienti;
- ☐ odstotek osebja, ki zazna, da so pogovori o varnosti pomembni.

Podatki, ki jih dobimo med pogovori o ukrepih za varnost pacientov, nam služijo kot priložnost za izboljšave. Pogovori o varnosti so ključni za njeno uspešnost. Osebje mora videti, da je predstojnik oddelka (oz. odgovorna medicinska sestra) poslušal pogovor o problemih, ki jih je treba rešiti in da so predlogi osebja privedli do izboljšav (www.mz.gov.si/.../03_varnostna_vizita_priloga_IV_UIKB_2006.pdf).

6 Metodologija

Pri pisanju članka smo uporabili deskriptivno metodo preučevanja literature. Literatura smo pridobili tudi z iskanjem po bibliografskih bazah, ki so dostopne na internetu – Cobiss. V empiričnem delu pa smo uporabili kvantitativno tehniko zbiranja podatkov s pomočjo anketnega vprašalnika, ki smo ga razdelili med zaposlene na Kliničnem oddelku za plastično rekonstrukcijo, estetsko kirurgijo in opeklino na Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani. V raziskavi so sodelovale srednje, višje in diplomirane medicinske sestre. Anketni vprašalnik je poleg demografskih podatkov vseboval še trinajst vprašanj. Pridobljene podatke smo obdelali s programom Microsoft Office Excel.

7 Rezultati

Raziskavo smo izvedli na kliničnem oddelku za plastično, rekonstrukcijsko, estetsko kirurgijo in opeklino v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani. V anketi je sodelovalo 24 medicinskih sester, od tega 20 žensk (83 %) in 4 moški (17 %). V starosti do 25. leta so bili trije anketiranci (16 %), do 30. leta jih je bilo 8 (33 %), do 40. leta 5 (21 %), do 50. leta 8 anketirancev (33 %), nad 50. letom ni bilo nobenega anketiranca. 18 anketirancev je imelo srednješolsko izobrazbo, visokošolsko 5, en pa je imel višješolsko izobrazbo.

Večina anketirancev (83 %) meni, da se padci ne pojavljajo pogosto; 4 (17 %) pa, da se pojavljajo pogosto. Največ padcev pacientov se zgodi v bolniški sobi, tako meni 19 anketirancev (79 %), 5 anketirancev (21 %) pa meni, da se padci zgodijo v kopalnici. Vseh 24 anketirancev (100 %) je odgovorilo, da poznajo posledice padcev.

Na vprašanje, »Kaj so najpogostejše posledice padcev?«, so anketiranci menili, da so to udarnine, nato zlomi, pretres možganov ter posledično nastanek hematoma, zmedenost pacienta, krvavitev in bolečina. Na vprašanje anketirancev, ali poznajo in uporabljajo lestvico za ocenjevanje padcev pacientov v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani, je 23 anketirancev (96 %) odgovorilo, da jo poznajo in da jo uporabljajo, le en anketiranec (4 %) je ne pozna.

Na vprašanje, »Ali ste že bili priča neželenemu dogodku?«, je odgovorilo 18 anketirancev (75 %), da so že bili priča padcu pacienta.

Večina anketirancev je na vprašanje, »Kako bi ukrepali ob neželenem dogodku - padcu pacienta?«, odgovorila, da bi poklicala medicinsko sestro in zdravnika. Pacienta pregledamo, če so prisotne kakšne poškodbe, preverimo vitalne znake. Medicinska sestra upošteva navodila zdravnika. Za preprečevanje nadaljnjih poškodb pacienta je potrebna preventiva (namestitve ograjic na postelji, dostopna klicna naprava, ne-drseča tla). Ob nastalem neželenem dogodku (padcu pacienta) morajo medicinska sestra, očividec ter zdravnik izpolniti predpisan obrazec.

11 anketirancev (46 %) meni, da bi o neželenem dogodku obvestili zdravnika, 10 (42 %) bi jih obvestilo diplomirano medicinsko sestro, en anketiranec (4 %) bi obvestil višjo medicinsko sestro, en (4 %) tehnika zdravstvene nege, en (4 %) pa bi obvestil drugo zdravstveno osebje.

Na vprašanje, ali bi pogovor o varnosti pacienta pripomogel k izboljšanju kakovosti zdravstvene nege, so 3 anketiranci (13 %) odgovorili, da se popolnoma strinjajo, 11 (46 %) se jih strinja, 8 (33 %) se jih delno strinja in 2 (8 %) se ne strinjata z zgornjo trditvijo.

Na vprašanje, ali je okolje pomemben dejavnik tveganja za padec pacienta, se 3 anketiranci (13 %) s trditvijo popolnoma strinjajo, 14 (58 %) se jih strinja, 6 (25 %) se jih delno strinja, en anketiranec (4 %) pa se ne strinja.

20 anketirancev (83 %) je odgovorilo, da se pogovori o varnosti redno izvajajo, 4 (17 %) pa so odgovorili negativno.

Na vprašanje, »Ali prevladuje kultura varnosti - odprti varnostni pogovori«, je 18 anketirancev (75 %) odgovorilo, da prevladuje odprtost pri pogovorih o varnosti pacienta, ostalih 6 (25 %) pa se s tem ne strinja.

8 Razprava

Anketirane medicinske sestre so navedle, da so pogovori o varnosti že sedaj dobri in da padcev ni veliko. Več pozornosti bi morali posvečati izmenjavi izkušenj in zdravstveno-vzgojnemu delu. Anketirane medicinske sestre so opozorile na nujno uporabo zaščitnih sredstev in več informacij ob opaženih pomanjkljivostih.

V Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani se medicinske sestre zavedajo pomena preprečevanja padcev pacientov, ki se sicer ne pojavljajo pogosto. Večina dobro pozna možne zaplete, zna ukrepati ob pojavu neželenega dogodka, pozna lestvico za ocenjevanje padca pacienta. Uvesti bi morali le bolj pogoste pogovore o padcih, ob že nastalem padcu pacienta se o tem pogovoriti z medicinsko sestro in s pacientom ter pridobiti še več predlogov glede izboljšav na tem področju. Večinoma gre za odprte pogovore na timskih sestankih. Le v odprtem, sproščenem odnosu bo možno napredovanje na tem področju in povečanje profesionalnosti.

Za padece pacienta smo kot zdravstveni delavci soodgovorni, ker naj bi s svojim znanjem predvidevali okoliščine in tako preprečili neželene dogodke. Neprekinjeno moramo zagotavljati kakovostno in varno zdravstveno oskrbo. Le tako lahko dosežemo zadovoljstvo pacienta. Ocenjevanje vseh sprejetih pacientov glede na ogroženost za padece, redno izvajanje varnostnih ukrepov, izobraževanje in mesečno poročanje o številu padcev pacientov so ključni elementi kakovostne zdravstvene nege.

9 Zaključek

Ko govorimo o kakovosti v zdravstveni negi, ne smemo pozabiti na avtonomijo pacientov. Pozornost, odprtost, komunikacija, zaupanje in odgovornost so za vse izvajalce zdravstvene nege neprecenljivi. Zavedati se moramo, da pacienti v zdravstveni obravnavi potrebujejo strokovno pomoč, ki mora biti s strani izvajalcev zdravstvene nege prepletena z občutkom za njihove stiske in potrebe.

V timskem delu je treba vzpostaviti ustrezno klimo, pomembni sta motivacija sodelavcev in podpora vodstva. Za lažje vodenje in evidentiranje padcev je smiselno računalniško evidentiranje ter vodenje vseh aktivnosti v zvezi s padci. Z računalniškim vodenjem dosežemo enoten in enostavnejši pristop, kar nam omogoči lažje analiziranje podatkov in načrtovanje preprečevanja padcev. V okvir slednjega je smiselno vključiti tudi pogovore o varnosti, varnostne vizite in študije primerov padcev. Smiselno je analizirati tudi možnosti, ki so ali bi lahko privedle do padca pacienta. Pogovore je treba dokumentirati. Pri ugotovljenih pomanjkljivostih oziroma odklonih je treba načrtovati ukrepe za izboljšanje varnosti in preprečevanje padcev.

LITERATURA

1. Bajec, A. (2000). Slovar slovenskega knjižnega jezika. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
2. Falls prevention (2003). Best practice guidelines for public hospitals and state government resedential aged care facilities incorporating a community integration supplement. Queensland: Queensland health.
3. Piskar, F. in Dolinšek, S. (2006). Učinki standarda ISO. Koper: Fakulteta za management.

4. Izdelava ocenjevalne lestvice v UKC Ljubljana: zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. Pridobljeno 1. 8. 2012 s http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/kongres_zbn/pdf/132C.pdf.
5. Robida, A. (2006). Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
6. Sekavčnik, T. (1997). Razvijanje standardov in kriterijev kakovosti zdravstvene nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije.
7. Varnostna vizita (2006). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. Pridobljeno dne 14. 2. 2012 s http://www.mz.gov.si/.../03_varnostna_vizita_priloga_IV_UIKB_2006.pdf.

Maja Primc, Bojana Filej, PhD

The risk of patient falls as a quality indicator

KEY WORDS: fall, prevention, nursing care

ABSTRACT - The introduction of changes in nursing care requires a great and extra effort that many people in the profession are not willing to accept. When introducing changes or improvements, we face individual problems that are solved sometimes more and sometimes less successfully. Successful solutions to the problems depend on us, our critical view on a problem, the environment, the current possibilities and definitely the interest of an individual or organisation as well as the willingness to make changes in order to seek an appropriate solution. When introducing changes, we should begin with setting clear goals and pathways that will effectively lead us to the desired result. It is important that nurses determine the patient's needs and desires and treat the patient as a whole based thereon. A high level of professional knowledge, a moral and ethical approach and positive personality traits of an individual who performs work in the process of nursing care are the basis for such work. The quality of services cannot be left to chance. It should be the result of careful planning, coherent implementation, constant control and the measures taken to eliminate mistakes or even prevent them. Improving poor quality in comparison with its prevention means higher costs for a health organisation and directly the entire system. The assurance of safe patient care is becoming a field that requires the introduction of changes. Patient safety is an important indicator of the quality of work. Falls happen and will happen in the future. Therefore, it is important to establish a safe network of preventive measures. The article presents the Morse Fall Scale, a fall risk assessment tool. The empirical part of the article presents the results of the survey titled »The Risk of a Fall as an Indicator of Quality«, which will be conducted at the Department of Plastic, Aesthetic and Reconstructive Surgery and Burns of the University Medical Centre Ljubljana.

Celostna in varna obravnava pacienta v referenčni ambulanti družinske medicine – vloga diplomirane medicinske sestre

UDK 616-083:614.2:316.356.2

KLJUČNE BESEDE: referenčne ambulate, družinska medicina, diplomirane medicinske sestre, kakovost, varnost pacientov

POVZETEK - Predstavljamo vlogo diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti družinske medicine. S svojim znanjem in kompetencami lahko le-ta pomembno pripomore h kakovostni in varni obravnavi pacientov v referenčni ambulanti družinske medicine. Uporabili smo kavzalno neeksperimentalno metodo raziskovanja, podatke smo dobili z anketnim vprašalnikom, kakršen se uporablja tudi v ambulantah družinske medicine za presejanje na področju bolezni srca in žilja. V raziskavo je bilo vključenih 64 anketirancev. Vprašalnike so izpolnjevali v okviru rednega dela referenčne ambulate družinske medicine ZD Ljubljana Vič v juliju 2012. Študija kaže, da skoraj vsakega povprečnega pacienta, obravnavanega v referenčni ambulanti družinske medicine, ogrožajo srčno-žilne bolezni. Najpogostejši dejavnik tveganja je prekomerna telesna teža, družinska obremenjenost, kajenje in premalo telesne aktivnosti. Diplomirana medicinska sestra lahko v okviru svojega dela v referenčni ambulanti družinske medicine veliko pripomore k varni in celoviti obravnavi pacientov, vendar pa mora biti za kakovostno delo ustrezno usposobljena. Visoka stopnja znanja jo bo obvarovala napak, pacientom pa omogočila varno obravnavo.

1 Uvod

Prebivalstvo se hitro stara, vse večja je obolenost za kroničnimi nenalezljivimi boleznimi, družinskih zdravnikov pa je vedno premalo. Pred zdravstvenimi timi ambulant družinske medicine je nov izziv. V svoje delokroge sprejemajo diplomirane medicinske sestre, ki se bodo ukvarjale predvsem s preventivnim presejanjem zdravih in obravnavo pacientov z urejeno kronično boleznijo, kar bo klasične ambulate družinske medicine spremenilo v referenčne ambulate družinske medicine (RADM). Diplomirane medicinske sestre prevzemajo na svoja ramena veliko odgovornost varne obravnave pacientov. S svojim dosedanjim znanjem, strokovnostjo pri delu in kontinuirano nadgradnjo znanja, pa bodo v veliko pomoč zdravnikom v družinski medicini in predvsem pacientom. V prispevku bomo prikazali vlogo diplomirane medicinske sestre v RADM in izpostavili dejavnike tveganja, ki posameznike, obravnavane v RADM, najbolj ogrožajo.

2 Referenčna ambulanta družinske medicine

Obstoječemu timu ambulate družinske medicine, ki je do leta 2011 vključeval zdravnika in zdravstvenega tehnika oz. srednjo medicinsko sestro, se je pridružila za polovični delovni čas še diplomirana medicinska sestra. Uveljavila se je povsem drugačna organizacija in drugačne vsebine dela v primarnem zdravstvu. Referenčne ambulate so enakomerno porazdeljene po vsej Sloveniji v javnih zavodih in pri zasebnikih družinske medicine s koncesijo (Poplas Susič in Marušič, 2011).

3 Področja dela v referenčni ambulanti družinske medicine

Delo v RADM se deli na dve specifični področji, in sicer na preventivo ter obravnavo kroničnih pacientov.

3.1 Preventiva

Splošne ambulate so do sedaj opravljale preventivne programe bolj po lastni presoji in iznajdljivosti posameznega zdravnika, nosilca dejavnosti v ambulanti. To pripisujemo predvsem nepriznavanju programa preventive s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Torej do sedaj ni bilo možno govoriti o sistematičnem presejanju populacije (Poplas Susič in Marušič, 2011).

V okviru referenčnih ambulant družinske medicine se presegajo naslednje bolezni (Vrtačnik, 2012):

- ☐ srčno-žilna bolezen,
- ☐ sladkorna bolezen tipa 2,
- ☐ astma,
- ☐ kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB),
- ☐ depresija in
- ☐ rakava obolenja.

Najnovejše raziskave pa kažejo na vse večji pomen celovite preventivne obravnave, ki je uspešna in učinkovita (Poplas Susič, 2006).

Srčno-žilne bolezni

Ogroženost za srčno žilno bolezen se ugotavlja s pomočjo vprašalnika za preventivni pregled srčno-žilne ogroženosti pri ciljni populaciji odraslih, starejših od trideset let. Vprašalnik zajema naslednja področja anketiranja (Poplas Susič in Marušič, 2011):

- ☐ zdravo/nezdravo prehranjevanje;
- ☐ zadostna/nezadostna telesna dejavnost;
- ☐ zvišan krvni tlak (po protokolu Svetovne zdravstvene organizacije);
- ☐ debelost;
- ☐ tvegano in škodljivo uživanje alkohola (vprašalnik AUDIT C).

Sladkorna bolezen tipa 2

Sladkorno bolezen tipa 2 se skuša odkriti s (Poplas Susič in Marušič, 2011, str. 14.):

- ☐ populacijskim pristopom (vprašalnik FINDRISCH) in
- ☐ preventivnimi pregledi v družinski medicini (laboratorijski izvid krvnega sladkorja na tešče).

Diplomirana medicinska sestra poleg sladkorne bolezni tipa 2 odkriva pri pacientih tudi stanja prediabetesa (mejna bazalna glikemija, motena toleranca na glukozo in metabolični sindrom). Iz presejanja so izvzeti vsi pacienti z že znano in zdravljeno sladkorno boleznijo.

Astma

Preventivna obravnava s presejanjem in svetovanjem v zvezi z astmo, ki jo izvaja diplomirana medicinska sestra, obsega:

- ☐ selektivno izpolnjevanje presejalnega vprašalnika za astmo,
- ☐ selektivno izpolnjevanje presejalnega vprašalnika za rinitis,
- ☐ usmerjeno družinsko, negovalno in delovno anamnezo,
- ☐ identifikacijo tveganja (kajenje - tudi pasivno, izpostavljenost prahu, kemikalijam idr.)
- ☐ vrednotenje in oceno stanja.

Postopek oz. poseg, ki ga v okviru zdravstvene nege izvaja diplomirana medicinska sestra in ga ne gre zapostaviti, je spirometrija. Na podlagi vseh meritev in informacij, ki jih pridobi diplomirana medicinska sestra, usposobljena za izvajanje preiskave in interpretacijo izvidov, oceni stanje pacienta (ni ogroženosti, ogrožen, sum na bolezen) ter glede na dobljene rezultate določi nadaljevanje obravnave (zdravstvena vzgoja, takojšnja obravnava pri zdravniku idr.) (Škrgat, 2011).

Kronična obstruktivna pljučna bolezen

Orodje za presejanje KOPB v RADM je vprašalnik, ki je namenjen populaciji odraslih, nad trideset let, in kadilcem, ki kadijo 10 let ali dlje (vprašalnik CAT) (Poplas Susič in Marušič, 2011).

Vloga diplomirane medicinske sestre pri odkrivanju KOPB je velika. Kandidate za presejanje lahko najde med vsemi pacienti, ki prihajajo v družinsko ambulanto. Pri presejanju je pomembno, da paciente vpraša (Kadivec, 2011, str. 18.):

- ☐ Ali kašljate večino dni v letu?
- ☐ Ali pogosto izkašljujete?
- ☐ Ali se pri telesnih obremenitvah zadihate hitreje kot vaši vrstniki?
- ☐ Ste starejši od 40 let?
- ☐ Ali kadite vsaj 10 let oz. ste bivši kadilec?

Depresija

Orodje presejanja je vprašalnik PHQ9 (Poplas Susič in Marušič, 2011). Sodelovanje pacienta je nujno potrebno za preventivno delovanje ali zdravljenje depresije. Stanje

pacienta je treba prepoznati in na ustrezen način voditi, to pa lahko dosežemo le z dobro razvitimi veščinami komunikacije zaposlenih v RADM. Diplomirana medicinska sestra mora obvladati veščine lajšanja trpljenja, prepoznave in ocenjevanja vrednot, prav tako pa je pomembno poznavanje pacientovega socialnega okolja (Petek Šter in Kersnik, 2004).

Rakava obolenja

Diplomirana medicinska sestra pri svojem delu paciente izpraša o odzivnosti na programe:

- ☐ SVIT,
- ☐ ZORA,
- ☐ DORA.

Če pacienti starostno še ne spadajo v navedene preventivne programe, jih vpraša po težavah in družinski anamnezi ter se glede na dobljene rezultate odloči za ukrepanje (napotitev k osebnemu zdravniku, dodatne laboratorijske preiskave) (Vrtačnik, 2012).

3.2 Obravnava kroničnih pacientov

V okviru RADM se trenutno obravnavajo pacienti z naslednjimi kroničnimi boleznimi:

- ☐ sladkorno boleznijo tipa 2,
- ☐ arterijsko hipertenzijo,
- ☐ KOPB in
- ☐ astmo.

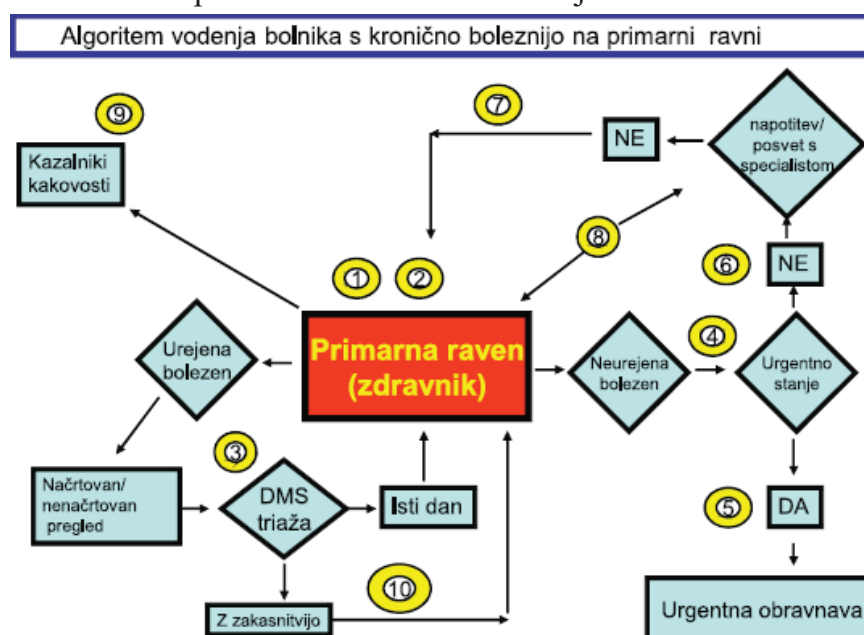
Za varno in celostno obravnavo pacienta so bili v ta namen izdelani protokoli zdravstvene obravnave, ki varujejo pacienta in diplomirano medicinsko sestro pred napakami, kar zagotavlja visoko stopnjo kakovosti pri obravnavi.

Koncept obravnave pacientov je pripravljen stopenjsko, z jasno določenimi nalogami, pristojnostmi in cilji (Kadivec, 2011).

Opis posamezne stopnje obravnave kroničnega pacienta lahko ponazorimo s pomočjo naslednjih parametrov (slika 1) (Poplas Susič in Marušič, 2011, str. 12):

1. Kaj narediti ob vsakem rednem pregledu?
2. Merila urejenosti bolezni.
3. Pogostost rednih (načrtovanih) pregledov, način komuniciranja idr.
4. Merila urgentnega stanja.
5. Ukrepi na primarni ravni ob napotitvi na urgenco.
6. Indikacije za napotitev na sekundarno/terciarno raven (poslabšanje, zapleti).
7. Kako urejati neurejenost/poslabšanje bolezni na primarni ravni.
8. Komunikacijske poti družinski zdravnik – bolnik.
9. Kazalniki kakovosti obravnave pacienta s kronično boleznijo.
10. Merila (zdravniška navodila) za ukrepanje diplomirane medicinske sestre.

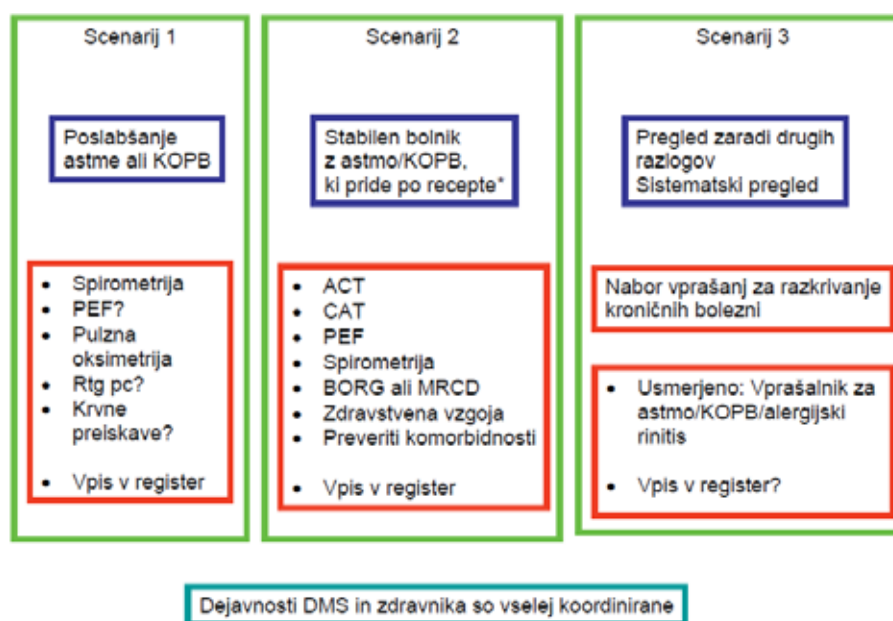
Slika 1: Pot obravnave pacienta s kronično boleznijo



Vir: Poplas Susič, A. in Marušič, D. (2011): Referenčne ambulante. Bilt – Ekon Organ Inform Zdrav, 27 (1), 13.

Vsaka izmed zgoraj navedenih kroničnih nenalezljivih bolezni ima napisan svoj protokol vodenja, ki je pomembna pomoč pri delu diplomiranim medicinskim sestram v RADM.

Slika 2: Potencialne zadolžitve diplomirane medicinske sestre glede na razlog prihoda pacienta v RADM



Vir: Kadivec, S. (2011). Modul: astma, KOPB, alergijski rinitis. Program za medicinske sestre. Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, str. 3.

4 Vloga diplomirane medicinske sestre

Vloga diplomirane medicinske sestre se je v zadnjih letih razvila v smeri glavne vzgojiteljice pacienta. Paciente zdravniki seznanijo z načinom zdravljenja, koristih in tveganjih. To pa pri pacientih spodbudi potrebo po več informacijah o ravnanju, prehrani, neželenih učinkih zdravil in drugem. Diplomirana medicinska sestra s svojim znanjem in zdravstveno-vzgojnim delovanjem lahko doseže pri pacientu kontinuiran, poglobljen in terapevtski odnos (Swenson in Koch, 2010).

Naloge diplomirane medicinske sestre, ki je postala del tima v RADM, ne smejo presegati njenih kompetenc. Vsekakor pa njeno delo lahko pripomore k izboljšanju obravnave pacientov v ambulantni družinske medicine. Glavne naloge diplomirane medicinske sestre se nanašajo na spremljanje parametrov urejene kronične bolezni in preventivno presejanje v smislu odkrivanja dejavnikov tveganja (srčno-žilnih bolezni, sladkorne bolezni tipa 2, KOPB, astme, depresije, arterijske hipertenzije, uživanja alkohola, kajenja in drugih) (Poplas Susič in Marušič, 2011).

Diplomirana medicinska sestra prav gotovo pridobi nekaj znanja v času šolanja, vendar pa je nujno zagotavljati njen strokovni napredek tudi kasneje. Le kontinuirana nadgradnja znanja bo lahko zagotovila suvereno delo diplomirani medicinski sestri in varno celostno obravnavo pacientov v RADM.

Diplomirana medicinska sestra si mora za vsakega pacienta vzeti dovolj časa, da z njim pregleda in predela informacije, ki jih je dobil. S tem je zagotovljeno izobraževanje in temeljno razumevanje splošnega stanja ter način zdravljenja (Seek in Hogle, 2007). Poleg izobraževanja pacienta na individualni ravni (diplomirana medicinska sestra – pacient) in v timski obravnavi naj pacient prejme tudi pisno gradivo, ki vključuje vse pomembnejše informacije (priročne zloženke, dodatna navodila idr.).

5 Raziskovalni del

5.1 Namen in cilj raziskovanja

Namen prispevka je predstaviti delo in vlogo diplomirane medicinske sestre v RADM ter v raziskovalnem delu predstaviti najpogostejše ugotovljene dejavnike tveganja za SŽB, prikazati potek nadaljnje obravnave pacienta in ugotoviti, kakšni so rezultati presejanja diplomirane medicinske sestre v RADM.

Z raziskavo želimo dobiti odgovore na vprašanja: Katere dejavnike tveganja za SŽB diplomirana medicinska sestra najpogostejše odkrije pri obravnavi pacientov v RADM? Koliko pacientov je po obravnavi pri diplomirani medicinski sestri v RADM dobilo potrjeno novo kronično nenalezljivo bolezen? Na podlagi zbranih podatkov bomo lahko opisali povprečnega pacienta, obravnavanega v RADM.

5.2 Raziskovalna metodologija

Za teoretični del prispevka je bila uporabljena deskriptivna metoda dela. Pregled je obsegal tujo in slovensko strokovno literaturo s področja referenčnih ambulant, kroničnih nenalezljivih bolezni, zdravstvene nege in kakovosti v ZN.

Za empirični del prispevka je bila uporabljena opisna neeksperimentalna metoda raziskovanja. Podatki so bili zbrani po kvantitativni tehniki s pomočjo vprašalnikov za preventivni pregled na področju bolezni srca in žilja, ki ga izpolnijo vsi pacienti, obravnavani v RADM.

V raziskavi je bilo uporabljenih 64 izpolnjenih vprašalnikov, ki so namenjeni preventivnim pregledom na področju bolezni srca in žilja, ter podatki o telesni višini, telesni teži (indeks telesne mase) in obsegu pasu anketiranih pacientov.

5.3 Rezultati

V raziskavo je bilo zajetih 64 pacientov, med njimi je bilo 37 (58 %) žensk in 27 (42 %) moških, vsi so bili starejši od 30 let. Povprečna starost je bila 56,6 let. Zajeti so bili pacienti s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi (39 % se jih je zdravilo za AH, 11 % za SB tipa 2, 6 % za astmo, 1,5 % za KOPB in 9 % za depresijo) in tudi zdravi, ki so bili presejani in pri katerih se je ugotavljala stopnja tveganja. Tveganje za SB tipa 2 je bilo ugotovljeno pri 27 % pacientov, za AH pri 14 %, za KOPB pri 22 %, astmo pri 3 % in za depresijo pri 6 %.

Najpogostejše odkriti dejavniki tveganja so bili prekomerna telesna teža (povprečni ITM 27,8 kg/m²), obremenjujoča družinska anamneza je bila ugotovljena pri 80 % in pri 50 % pacientov kajenje (32 pacientov; od tega 16 bivših kadilcev). Tvegano (19 %) in zelo tvegano (6 %) uživanje alkoholnih pijač je bilo zaslediti pri 16 pacientih (25 %).

Pri pacientih, zajetih v raziskavo, je diplomirana medicinska sestra opravila naslednje dodatne postopke: določitev gleženjskega indeksa pri 11, snemanje elektrokardiograma pri 18 (28 %), dodatne laboratorijske preiskave pri 5 (8 %) pacientih in spirometrijo, ki je vključena v presejanje in nadzor nad KOPB in astmo, pri 23 (36 %) pacientih.

Med vsemi anketiranimi ženskami je bilo 92 % takih, ki redno hodijo na preventivne ginekološke preglede (ZORA), 8 % pa se jih ni odzvalo povabilu na pregled v ginekološki ambulanti. Pregled dojk oz. pregled z mamografom je opravilo 95 % žensk, med njimi pa so pri dveh odkrili rakave spremembe.

Na novo je kronično nenalezljivo bolezen diplomirana medicinska sestra odkrila pri sedmih (11 %) pacientih (KOPB 1,5 %, SB tip 2 -3 %, AH 3 % in depresijo pri 3 %). Vsi ti pacienti so bili poslani v obravnavo še k družinskemu zdravniku, ki je diagnozo potrdil.

Za večino anketirancev (95 %) je značilno, da niso intenzivno telesno dejavni. Dvakrat tedensko so zmerno telesno aktivni v 97 % (hoja, kolesarjenje, delo na vrtu).

Z raziskavo pridobljenimi podatki lahko trdimo, da je povprečen pacient v obravnavi diplomirane medicinske sestre star 56,5 let, je družinsko obremenjen za srčno-žilna obolenja, njegov indeks telesne mase je 27,8 kg/m², kar pomeni, da je povprečen pacient prekomerno prehranjen. Ne ukvarja se aktivno s športom, dvakrat na teden se odpravi na sprehod v naravo ali s kolesom po vsakdanjih opravkih.

5.4 Razprava

Z raziskavo smo želeli ugotoviti lastnosti pacienta obravnavanega v RADM, njegova tveganja in že razvite kronične nenalezljive bolezni. Na slovenskem področju takšna raziskava v sklopu zdravstvene nege kot strokovne discipline še ni bila narejena, se pa kontinuirano zbirajo in obdelujejo podatki iz vseh aktivnih RADM na ravni družinske medicine. Pomen zbiranja te vrste podatkov je predvsem v načrtovanju nadaljnje zdravstvene politike v Sloveniji, zdravstvena nega kot strokovna disciplina pa bi jih prav tako lahko koristno uporabila za razvoj strokovne veje zdravstvene nege. Diplomirana medicinska sestra vsekakor igra pomembno vlogo v timu RADM, pa ne le z vidika vodenja in ažuriranja registrov. Njeno znanje in natančno delo po veljavnih in objavljenih smernicah ter njeno kontinuirano izobraževanje bo zagotovilo varno in celostno obravnavo pacientov. Pomemben vidik pri varni obravnavi pacienta v RADM je tako na delodajalcih, ki ne smejo zanemariti pogojev, v katerih timi delujejo. Še bolj pomembno pa je redno izobraževanje in naložba v znanje vsakega posameznika v timu. Trenutno je izobraževanje v obliki modulov za diplomirane medicinske sestre zaradi finančne situacije v državi ustavljeno, kar pa lahko negativno vpliva tudi na varnost obravnave pacientov. Zdravstveni dom Ljubljana svoje diplomirane medicinske sestre v RADM tako spodbuja k samoizobraževanju, če pa je le možno, jim zagotavlja redno izobraževanje na nivoju ZD Ljubljana, dokler je bilo možno pa tudi na nivoju modulov, organiziranih na republiški ravni.

Z raziskavo je bilo ugotovljeno, da je povprečen pacient v RADM izpostavljen visokemu tveganju za srčno-žilno bolezen, najbolj ga ogroža dedna obremenjenost, prekomerna telesna teža, premalo gibanja in kajenje.

Iz zbranih podatkov lahko razberemo, da zdravstvenovzgojnega dela diplomiranim medicinskim sestram ne bo primanjkovalo, zbrani podatki pa naj jim postanejo izziv za še kakovostnejše delo.

6 Zaključek

Delo v RADM predstavlja za diplomirano medicinsko sestro svojevrsten izziv, saj mora pri svojem delu vsakodnevno skupaj s sodelavci v timu in pacienti iskati rešitve za kakovostnejše zdravstveno stanje posameznika. Redno objavljanje smernic in

protokolov vodenja kroničnih nenalezljivih bolnikov v RADM, vzpostavitev registrov pacientov s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi in kontinuirano izobraževanje diplomiranih medicinskih sester bo pripomoglo k celovitejši in varnejši obravnavi posameznikov v RADM. Poleg vsega zgoraj naštetega je pomembna zdravstvena politika, ki bo ozaveščala in spodbujala posameznike k bolj zdravemu načinu življenja, s tem pa k manjšemu tveganju za obolevnost.

LITERATURA

1. Kadivec, S. (2011). Partnersko vodenje bolnika s KOPB in astmo. V D. Petek, S. Šuškovič in S. Škrjat (ur.), Modul: Astma; KOPB; Alergijski rinitis. Program za medicinske sestre (str. 18). Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik.
2. Petek Šter, M., Kersnik, J. (2004). Obravnava starostnika v družinski medicini. Zdravstveni vestnik, 73, 767-771
3. Poplas Susič, A., Marušič, D. (2011). Referenčne ambulate. Bilt – Ekon Organ Inform Zdrav 2011, 27 (1), 13.
4. Poplas Susič, T. (2006). Vloga osebnih zdravnikov in možni javnozdravstveni ukrepi pri zmanjševanju pitja alkohola v Sloveniji. Doktorska disertacija. Ljubljana: Medicinska fakulteta.
5. Seek, A. J., Hogle, W. P. (2007). Modelling a better way: navigating the healthcare system for patients with lung cancer. Clinical Journal of Oncology Nursing 11 (1), 84-85.
6. Swenson, Y., Koch, L. (2010). The role of the oncology nurse navigator in distress management of adult inpatients with cancer: a retrospective study. Oncol Nurs Forum. 37 (1), 71-75.
7. Škrjat, S. (2011). Astma. V D. Petek, S. Šuškovič in S. Škrjat (ur.). Modul: Astma; KOPB; Alergijski rinitis. Program za medicinske sestre (str. 138). Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik.
8. Vrtačnik, K. (2012). Aplikacija teorije Dorothee Orem v procesu zdravstvene oskrbe kroničnega pacienta v referenčni ambulanti. Diplomsko delo. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

Špela Pungeršek

Holistic and safe treatment of patients in reference practice - the role of a registered nurse

KEY WORDS: reference practice, family medicine, quality, patient safety, nurse

ABSTRACT - The purpose of this article is to present a new important role that nurses play in model practices which have been introduced to basic health care. With their knowledge and competence, nurses can contribute to better quality and safer treatment of patients. The research is based on the casual – non-experimental method of empirical research. It was conducted based on a questionnaire which is used in model practices at basic health care clinics in the field of preventive evaluation of cardiovascular threatening in the Ljubljana health care centre. The research was made in July 2012 and included 64 respondents. The study shows that the majority of potential patients in modal practices have serious cardiovascular risks due to overweight, genetic factors, smoking and a lack of regular physical activity. Health professionals should pay attention to further education. For better quality and safer treatment of patients in model practices, the most important thing is knowledge and competence of nurses.

Etički aspekti procesa osiguranja sigurnosti pacijenta u Republici Hrvatskoj

UDK 614.253.8+614.8+174

KLJUČNE RIJEČI: etika, sigurnost pacijenta, odgovornost, motivacija

POVZETEK - Bolesnikova sigurnost je novi koncept koji dolazi kao odgovor na općenito nisku razinu upozorenja i znanja o učestalosti i značenju prevencije neželjenog događaja u pružanju zdravstvene skrbi. Ozbiljniji pristup problematici započinje 1990. godine, kada su izvješća iz nekoliko zemalja ukazala na zapanjujući godišnji porast komplikacija i smrtnih ishoda zbog posljedica pogrešaka u liječenju. Bolesnikova sigurnost tada dobiva sve veću pažnju, mnoge definicije od kojih većina ističe izvješćivanje, analizu i prevenciju medicinskih pogrešaka i neželjenih događaja, uključujući pri tome i one zamalo izbjegnute (near – miss), administrativne i nemedicinske naravi. Razvoj sustava kvalitete, koji je zapravo organizacijski milje sustava sigurnosti pacijenta, te izbor povoljnih modela i stilova rukovođenja u zdravstvenoj skrbi, bitno utječe na uspješnost mjera zaštite bolesnikove sigurnosti. U okružju posljedica krize nove epohe, potpuno je razvidna nemoć legalnih sustava i normiranja oko motiviranja čovjeka prema moralnim i humanim obrascima djelovanja. Iako se već pri prvim pokušajima razvoja sustava i principa upravljanja u korporacijama, odmah kao neizostavna tema nametnula ljudska narav, danas se pri naporima uspostave sustava kvalitete, često zaboravlja, a čega smo svjedoci u Republici Hrvatskoj, na višedimenzionalnost ljudskog bića, jer zdravstveni radnici i pacijenti nisu objekt administriranja, oni su prije svega ljudske osobe. Ljudske osobe su apriori svrha čiji se ljudski subjektivitet nikada ne smije zanemariti, ne samo u sustavima upravljanja, već i na univerzalnom planu. Motivacija za postupanje prema legalnim i etičkim normama mora dolaziti iz moralne konstrukcije osoba koje imaju priliku izgrađivati sustave upravljanja kvalitetom, pa onda i sustave sigurnosti pacijenata.

1 Uvod

Sigurnost je višeznačan pojam, jer osim u okviru zdravstvenog sustava, dakle kao pojam kojim se opisuje određeno stanje pacijenata na skrbi, stanje skrbnika i u konačnici stanje samog zdravstvenog sustava, označava određena stanja u čitavom društvu pa čak i na civilizacijskim razinama. Konotacija pojma može biti psihološka, a ne samo sociološka, pravna i politološka, te se zapravo lako može zaključiti da je to zapravo i antropološki problem.

Ako uzmemo u razmatranje razvoj ljudskog društva u kulturnom i ekonomskom smislu, svakako moramo locirati sigurnost kao uvjet ili preduvjet, i to jedan od ključnih, tom razvoju i napretku. Opet, ako razmotrimo ljudsku osobu kao jedinstveni sadržaj čovjekovog bića, u smislu neponovljive originalne autonomije, onda sigurnost ponovno ima značajnu ulogu u garanciji mirnog i neminovnog procesa ostvarivanja osobnog projekta svakog ljudskog pojedinca.

To je dodirna točka pojma sigurnosti i etičkog diskursa, u kojem je temeljni smjer doprinos sigurnosti čovjekovog razvoja i napretka njegovom ljudskom dostojanstvu kao temeljnom etičkom postavkom. U tom smislu, sigurnost korelira i s moralnim,

te na taj način dolazi u poziciju jednog od najvažnijih pojmova za čovjeka, jer je moralni okvir ljudskog djelovanja uvijek bio garancija i put prema opstanku, ne samo pojedinca nego i društva.

Govoriti o čovjeku nezahvalno je ako ne razmotrimo i teološke aspekte, onaj dio čovjekovog konstrukta koji razmatra i teži te spoznaje izvanrealno, nadprirodno, transcendirajući prema višim, duhovnim sferama; već površnom analizom religijskih tekstova, bez obzira smatrali taj diskurs posljedicom najviših psiholoških potencijala ljudskog uma ili nadnaravnim uplivom, uvidjet ćemo težnju prema dobrom životu u sigurnosti koju jamče skladni i uređeni međuljudski odnosi. Argumentacija je naravno, apriori u tekstu iz Biblije, Deset božjih zapovjedi, ali i u nizu religijskih tekstova ne samo kršćanske provincije.

Sigurnost pacijenta u okviru suvremene zdravstvene zaštite, dakle kroz procese prevencije liječenja, a onda i zdravstvene njege te svih drugih oblika zdravstvene skrbi, danas predstavlja izazov onim strukturama te ukupne skrbi, koje su nadležne za organizaciju zdravstvenog sustava, bilo na razini pojedinog odjela, ustanove ili državne organizacije.

Afera zdravstvenog sustava iz 2001. godine, u svezi greške na dijaliznim filterima u Republici Hrvatskoj, ogledni je primjer uvjetovanosti i reciprociteta političkog i zdravstvenog sustava, što se najbolje zrcali kroz prizmu sigurnosti pacijenata pri liječenju i ukupnoj zdravstvenoj skrbi. No posljedice nisu samo u domeni oštećenih osoba, klijenata jednog, dakle zdravstvenog sustava, one ulaze u sferu povjerenja građana u opći politički sustav, te apriori u područje etičke analize svih parametara koji dovode do sličnih situacija, u kojima s jedne strane stoji realna nemoć građana da utječu na pojavnost ovakvih nesreća, a s druge strane upitna moralna odgovornost, krivnja ili objektivna krivnja nastala kao posljedica pomanjkanja profesionalne odgovornosti ili pak posvemašnje želje za koristi, kao pokretačem tržišne ekonomije suvremenog svijeta. U svakom slučaju, pozitivan je postupak tadašnje garniture u Ministarstvu zdravstva Republike Hrvatske, koji je rezultirao ostavkom ministrice i pomoćnika kao etički opravdanog i moralno uvjetovanog čina. Gotovo desetljeće iza incidenta koji je imao za posljedicu nekoliko smrtnih slučajeva u pacijenata na dijalizi, te pokazao ne samo slabost zdravstvenog sustava nego i karakter ukupnog državnog strukturiranja službi, posebice na zaštiti, sigurnosti i kvaliteti djelatnosti čija je suštinska svrha dobrobit i korist građanima, dakle koje imaju javno korisno djelovanje, i dalje ne možemo odgovoriti na pitanje kolika je šansa da se slično ne ponovi i kakve su mjere poduzete na široj organizacijskoj razini u tom smislu.

Nepostojanje sustava kvalitete rada u zdravstvu, te posljedično i sigurnosti pacijenata, tromost i pretjerano administriranje u izgradnji tog sustava kroz akreditacijske standardizacije bolnica, svakako nameće pitanje u kojoj mjeri i na koji način sigurnosno funkcionira zdravstveni sustav u Hrvatskoj, a bez većih i značajnijih afera s incidentima koji bi bili pogubni za veći broj pacijenata na skrbi.

Komparacija europskih te anglosaksonskih zdravstvenih sustava sigurnosti pacijenata pokazuje očiglednu i iznenađujuću diskrepancu između uložених sredstava i truda u organizaciju sustava izvještavanja te potom korekcije nepravilnosti sustava, i pojavnosti nezgoda. (<https://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-06-09-00092.asp>). U svakom slučaju izgradnja sustava sigurnosti na temelju izvješća o nezgodama i potom institucionaliziranje procedura za razvoj sigurnosti na korekciji pogrešaka, u uvjetima visokopozicioniranog pravnog sustava, koji često nažalost pokazuje lice samo još jednog aktera u razvoju utilitarnog neoliberalnog društva, postaje gotovo nemoguće ili bar ozbiljno upitan.

U uvjetima postranzicije iz socijalističkog uređenja u okvire neoliberalnog modela društvenog uređenja odnosa, najznačajnije na razvoj sustava sigurnosti na temelju izvješća o nezgodama, utječe tradicionalno socijalističko negiranje mogućnosti objektiviziranja krivnje, tj. prebacivanja činjenice krivnje pojedinca na domenu objektivne odgovornosti.

Iz svega navedenog može se zaključiti kako su zdravstveni sustavi na rubu incidenta većih razmjera, i kako ukupno kliničko okružje bilo u Hrvatskoj ili u zemljama s razvijenom kulturom i institucionalizacijom sustava sigurnosti pacijenata, ne može odgovoriti na suvremene izazove sve tehnologiziranije medicine. Ipak, razmjerno je mali broj incidenata s teškim posljedicama po pacijente a i mali broj legalno potvrđenih grešaka na štetu pacijenata.

Kako je moguća ovakva situacija? Odgovor je donekle dokučiv kroz analizu i argumentaciju etički zasnovane zdravstvene djelatnosti, tj. analizu učinkovitosti činjenice profesionalne odgovornosti zgrastvenih djelatnika te analizu motivacije za odgovornost, u smislu ocjene pretežnosti moralne ili legalne motivacije za ispravno i savjesno djelovanje.

2 Razvoj kulture rizika

Dvadeseto stoljeće je u konačnici pokazalo svu nesreću i svu »raskoš« na materijalističkim filozofijama zasnovane civilizacije Zapada; znanost koja od razdoblja prosvjetiteljstva obećava prosperitet i izlazak iz »mraka« srednjovjekovlja, u prošlom stoljeću konačno pronalazi rješenje za implementaciju u svaki segment društva, tehnologijom primjenjena i oplodena započinje ostvarivati svoja obećanja. No to »ostvarenje« nije prošlo bez katasrofalnih posljedica po čovječanstvo, napose kroz užase dvaju svjetskih ratova, te na taj način pokazalo svu zabludu moderne i ranijih razdoblja humanističkih i romantičarskih nadanja i polaganja vjere upravo u znanost kao proizvod »svemoćnog« ljudskog uma. Postmoderna pokazuje nove tendencije istih starih karakteristika, pojava sve profinjenijih tehnologija i, priznati se mora, efikasnijih načina proizvodnje dobra (ali i pomoći samoj znanosti u krajnje redukcionističkim pokušajima prodora u najskrivenije tajne prirode), za neke još uvijek

predstavlja *conditio sine qua non* opstanku čovjeka na Zemlji. Takvi okorjeli zagovaratelji tehnološkog razvoja prije svega vjeruju u svemoć znanosti primjenjene kroz tehnologiju, do razine vjere u konačno rješenje svih ljudskih problema tehnološkim putem.

Površnim razmatranjem razdoblja nastanka filozofije racionalizma, te nešto kasnijeg razdoblja velikih društvenih previranja, napose francuske građanske revolucije, uočava se paralelizam vjere u ljudski razum i vjere u novu ljudsku narav koja bi trebala izroniti iz čuda novovjekovne znanosti nastale na uskrsnuću uma i čovjekove moći spoznaje.

Ipak će to dokidanje svake metafizike i antropocentrično ovladavanje svijetom i univerzumom rezultirati nesavršenim društvom, općom nesigurnošću i nepravdom. Civilizacijski je razvoj na krilima dostignuća znanosti očigledan, posebice na polju biologije i medicine, koliko god bio turbulentan i dvojben u moralnim i humanističkim aspektima. No ljudsko se društvo nije razvijalo samo u tehnološkom smislu, već je kroz niz teških i krvavih previranja mijenjao i temeljne obrasce društvenih odnosa. Uzajaman i često interpolirajući odnos ta dva paralelna procesa oduvijek je vodio prema kompliciranijim izgledima pojedinaca za snalaženje i preživljavanje u novim okolnostima. To je uzrok kolizije koja je uvjetovala problematiku središnje teme ove rasprave; povećanje tehnološke i spoznajne razine čovječanstva povećava se i nesigurnost opstanka čovjeka u novim okolnostima izmjenjene prirode i novonastalog stanja. Tako razvoj biotehnologije i biomedicinskih okvira medicine stvara jedan posve novi klinički realitet nesigurnosti, jer je upitna pozadina tzv. dobrobiti koje postiže suvremena zdravstvena skrb. Tu se naravno ističe razvoj medicinske tehnologije liječenja i skrbi u okolnostima utilitarizma neoliberalnih društava. Zašto je zakonitost procesa društvenog razvoja na krilima znanosti i tehnološkog napretka moralno dvojben, pa stoga i rezultira u relativnosti dobrobiti za čovjeka? Sociološki pristup tom problemu, a filozofski i još više, daleko nadmašuje okvire ove rasprave, no važno je započeti u samom središtu problema koji je ujedno i središnji akter navedenog procesa - u čovjeku i njegovim karakteristikama.

Iako je izvjesna nemoć dosadašnje znanosti da odredi bit i dokuči smisao čovjekovog života i pojave u univerzumu, jasno su određene pojedine pojavnosti koje prate čovjeka kao najutjecajnijeg živućeg entiteta na Zemlji.

Razvoj čovjeka u okviru suvremene kulture snažno je određen društvenim procesima koji kao najznačajnije posljedice imaju dva bitna preduvjeta za nastanak kulture rizika, s jedne strane to je pojava instrumentalizacije razuma te paralelna pojava alijenacije pojedinaca od javnog angažmana, individualizam u kojem sve civilizacijski promulgirane vrijednosti postaju upitne, relativne i blijede. Začetak je kulture rizika dakle u čovjekovom manipulaciji ali i vjeri u moć ljudske spoznaje kao bitnoj, te s druge strane, korelirajućim društvenim procesima koji će smjestiti čovjeka u samog sebe i izvući ga iz zajednice povezanih i međusobno osjetljivih entiteta u čisto egzistencijalno područje potrošačkog društva. U kojem će taj isti ljudski entitet postati sredstvo a ne cilj. I to gotovo dva stoljeća iza velebnih Kantovih otkrića.

Veliki njemački filozof i fizičar Werner Heisenberg tvrdi kako je začetak razvoja suvremene znanosti u promjeni stava prema prirodi koji nije više od razdoblja Descartesa kontemplativan već utilitaran. Naime postavlja se krucijalno pitanje, ne više kakva je priroda, već što je od nje moguće iskoristiti i što se s njom može učiniti. Tako se prirodna znanost metamorfirala u tehniku (Heisenberg, 1997, str 158).

Tehnika je zamjenila metafiziku i odčarala svijet, tako da se čovjekova prirodna povezanost s transcendentnim, potpuno izgubila u lažnoj vjeri u moć biotehnike kao uvodnice u apsolutne božanske sfere stvaranja i prekrajanja materije i ljudskog genoma. I upravo tu nastaje fundament koji će u konačnici profilirati kulturu rizika, jer će rizik kao sastavnica znanstvenih eksperimenata u tom procesu odčaravanja, i potom rizična tehnološka primjena tih dostignuća u okružju civilizacije, postati logičan i »normalan« pratitelj života u ljudskoj zajednici ali i svijetu uopće. Tragično nadanje čovjeka da će kroz te krajnje efekte svoje spoznajne moći, dosegnuti izlazak iz vlastite ograničenosti i nesavršenosti, dokazuje promjenu u načinu razmišljanja i zapravo svijesti »novog« čovjeka koji uistinu tek sad gubi vezu s bilo kakvom mogućnošću definiranja samog sebe u okviru univerzuma. Umjesto da se napredak zaista i dogodi, pojavljuje se opća nesigurnost uvjetovana pojavom tehničke i pogotovo biotehničke civilizacijske epohe. Danas više ne možemo sa sigurnošću tvrditi da će već iduće jutro naš okoliš ostati kvalitetan za život ili uopće u kondiciji za opstanak vrsta pa i čovjeka, a gotovo smo sigurni da taj isti okoliš nepovoljno utječe na naše zdravlje i predstavlja pozornicu izumiranja stotina biljnih i životinjskih vrsta. Krajnji cilj današnjeg razvoja čovjeka nije više društveni napredak ili pobjeda smrtnosti čovjeka, koji su se kao ciljevi znanosti, tog novog »kamena mudrosti«, nametali kao plemeniti porivi za uspostavljanje čovjeka u središte univerzuma, već je taj cilj završio u nemoći čovjekovoj. Pa možemo reći da je to danas cilj manipuliranja prirodom i drugim ljudima i živim entitetima za korist sumnjive manjine, često anonimne iza kulisa korporativne demokracije. Cilj je premješten u kapitulaciju političkog i pravnog sustava kako bi se za korist manjina ili čak pojedinaca ostvarila korist putem znanstveno tehnoloških potencijala.

U takvim okolnostima djeluje i razvija se cjelovita zdravstvena skrb za čovjeka, bilo da je riječ o snažnim sustavima Zapada, ili o posljedičnim uvjetima Trećeg svijeta. Na krilima dosadašnjih argumenata nastaju daljnje premise za razmišljanje o riziku u okviru te skrbi, te okviri za promatranje razvoja sustava sigurnosti u zdravstvenim institucijama. Razvoj tih sustava podsjeća na zadnji pokušaj spašavanja od potonuća u besmisao tehnokratskog organiziranja zdravstvene skrbi. Upravo se u Republici Hrvatskoj može uočiti (jer se sustav upravo preslikava po uzoru na europske akreditacijske programe), gotovo paradigmatički oblik tog razvoja; na nedostatke i nesavršenosti tehničke medicine odgovara se administrativnim metodama s aluzijom i intencijom prema juridičkom i pravnom sustavu koji se nekad jasno a nekad imaginarno postavlja kao motivator, arbitar ili(i) penalizator sustava (Zakon o zaštiti prava pacijenata). Pretjerano administriranje uvijek je bilo uzbuna i prvi znak da nešto negdje u društveno političkom osmišljavanju nije uredno, te da se na velike

probleme zapravo nema rješenje i da u nečemu, a onda svakako u administrativnom pokušaju razrješavanja problema, postoji potpuni besmisao.

3 Kritika procesa organizacije sustava sigurnosti

Sustav pacijentove sigurnosti u Republici Hrvatskoj se regulira nizom zakona države, odnosno akata ministarstva nadležnog za područje zdravstva i medicine (Zakonski u RH).

Kultura i svijest o potrebi organizacije sustava sigurnosti pacijenta, svoj razvoj započinju uključenjem Hrvatskog društva za poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite Hrvatskog liječničkog zbora u projekt PATH EU, 2003. g.

Redoslijed organizacijskih nastojanja započinje, naravno, izradom pravne podloge za razvoj sustava, no realnim početkom djelovanja na ovom području u Republici Hrvatskoj predstavlja donošenje zakonskog okvira za osnivanje vladine Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu 2007.g., te početak rada agencije 2009.g. To i nije toliko u zaostatku prema npr. istovjetnim nastojanjima u Velikoj Britaniji.

Organizacija sustava se hijerarhijski uvodi putem niza superordiniranih i koordiniranih tijela na razini države prema bolnicama i zdravstvenim ustanovama, redom od Agencije koja je rukovodeća institucija prema Bolničkim povjerenstvima za kontrolu kvalitete i pomoćnicima ravnatelja za kvalitetu, te potom prema odjelima u zdravstvenim ustanovama. No ono što je osnovna zamjerka je sporost uvođenja risk managera na razini bolnica pa i većih bolničkih podjedinica, slično kao u sustavu zaštite od i kontrole infekcija. Općenito govoreći, a budući je sustav sigurnosti pacijenta dio sustava za postizanje i kontrolu kvalitete zdravstvene zaštite, možemo reći da je taj nadređeni ili okvirni sustav kvalitete također vrlo teško zamisliti pa i ostvariti bez predviđanja nadležnih pojedinaca na razini bolničkih odjela, ne samo u području liječenja već i ukupne skrbi, dakle zdravstvene njege i ostalih strukturnih dijelova te skrbi. Središnji problem je nedostatak kvalitetne edukacije svih aktera u sustavu sigurnosti ali i svih aktera u sustavu ukupne skrbi o preduvjetima, načinima djelovanja, kao i o efektima istog sustava.

Načelno govoreći o kvaliteti zdravstvene zaštite ne možemo govoriti niti bez djelatnosti palijativne skrbi u nekom od povoljnih organizacijskih oblika, te bez uvođenja sustava pain managmenta u bolnice, što svakako u Hrvatskoj nije provedeno i nije niti u povojima, osim na razini inicijative etički motiviranih pojedinaca.

Subordinacija putem akata agencije i zakona, kao i nadzor kvalitete pa onda i sustava sigurnosti pacijenta na razini bolnica prilično je dobro razrađena (Pravilnik o akreditacijskim standardima za bolničke zdravstvene ustanove), a to se može ustvrditi i za istovjetne sustave u zapadnoeuropskim zemljama, te SAD-u u kojem se sustavi kvalitete i sigurnosti razvijaju još od razdoblja 80-tih godina dvadesetog stoljeća.

Temeljna kritika stoji u činjenici s jedne strane jakog administriranja sustava a s druge strane nedovoljno praktičnih rješenja na samim odjelima u neposrednom okružju pacijenata. Također i potpuno zatvaranje pogleda prema očiglednom i jasno određenom pravnom sustavu koji je u odnosu na rad zdravstvenih djelatnika u Republici Hrvatskoj, prilično restriktivan i isključivo zahtjevan, dakle potpuno protektivno orijentiran prema pacijentu, što i nije neopravdano. To stavlja djelatnike, posebice liječnike i medicinske sestre u nezavidan položaj, situaciju zaglavljenosti u procjepu između administrativno a ne praktično organiziranog sustava kvalitete, te pravnog sustava koji nije dovoljno rafiniran u zakonskom smislu. Stoga je potpuno razvidan teret krivnje koji apriori visi nad provoditeljima zdravstvene skrbi, umjesto da se sustav organizira na način uvođenja i respektiranja objektivne odgovornosti pojedinca davatelja skrbi ali i organizacije koja je odgovorna za uvjete u kojima se skrb provodi.

Povećanje tehnološke moći medicinske znanosti, logično povećava i rizik za djelatnike i pacijente kada se ta nova tehnologija konačno primjeni u realne kliničke uvjete. Pritisak korporacija za uvođenjem sve novijih tehnologija, uvijek i s interesom zarade, a pogotovo farmaceutskih kompanija, također vodi prema sve većoj nesigurnosti pacijenta u skrbi, jer se na taj način povećava i broj dijagnoza koje se dosad nisu mogle liječiti, posebice kirurškim putem. Tehnologizacija, kirurških i anestezioloških odjela omogućuje da se u obzir i okvir skrbi zahvate i oni pacijenti kojima to nikako nije bilo moguće uslijed činjenice rizičnog komorbiditeta koji takvim pacijentima dakle, nije dozvoljavao donekle siguran medicinsko tehnički postupak.

Istraživanja u SAD-u pokazuju da iako postoji sustav osiguranja sigurnosti pacijenta u brojnim zdravstvenim ustanovama, ipak dolazi do značajnog broja incidenata narušavanja sigurnosti pacijenata, odnosno nezgoda i nesreća povezanih s medicinskom uslugom ili postupkom. (<https://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-06-09-00092.asp>). Prema nacionalnom uredu za inspekcije u zdravstvu američke vlade, oko 60 % takvih incidenata se prijavi nadležnom uredu za izvješćivanje ako zdravstvene ustanove imaju organiziran takav sustav, što još uvijek nije dovoljan broj za ustvrditi kako je zdravstveni sustav siguran za pacijenta. Procjenjuje se da na saveznoj razini prijave tek 3 od 35 incidenata u skrbi, te da su najmanje 27 % pacijenata u skrbi žrtve tih incidenata i nesreća.

To govori u prilog činjenici postojanja nelagode i straha pa onda i zataškavanja te neprijavlivanja incidenata u sustav izvješćivanja o nezgodama. Naime temeljna organizacijska zamisao sustava osiguranja sigurnosti pacijenata je promjena načina rada, modificiranje kliničkog realiteta i postupaka a na temelju analize i procjene stanja koje se trebaju izvoditi iz podataka dobivenih putem izvješćivanja o nezgodama i nesrećama od strane samih davatelja zdravstvene skrbi. Taj u biti suštinski princip unaprijeđenja kvalitete (Quality Improvement), kao mehanizam upravljanja tvrtkama pa često i zdravstvenim sustavima i ustanovama, očigledno ostaje nedovoljno efikasan kad je osiguranje sigurnosti pacijenta u pitanju. Stoga treba uzeti u obzir činjenicu prethodno navedenog procjepa u kojeg se stavlja djelatnike i straha od pe-

nalizacije za nenamjernu štetu nanešenu pacijentima prilikom davanja zdravstvene usluge, odnosno provođenja medicinsko tehničkog zahvata ili postupaka suvremene zdravstvene njege. Kada analiziramo ovako nastalo stanje, važno je uočiti, a možda i poći u razmatranjima, što utječe i kakve su okolnosti kod onih drugih, dakle 70 % pacijenata koji kroz zdravstveni sustav prođu bez realizirane štete. Također mora se primjetiti činjenicu relativno malog broja zvučnih afera i smrtnih ishoda kao posljedica sve rizičnije zdravstvene skrbi u Hrvatskoj, u kojoj praktično dosad nije postojao ikakav sustav sigurnosti pacijenata, a i recentni je tek u organizacijskim povojima.

Iz toga možemo zaključiti da se i pri dosadašnjem načinu rada, bez organiziranog i administriranog sustava sigurnosti, usmjeravalo pažnju pitanju izbjegavanja incidenata. S jedne strane, također, uslijed straha od juridičkog sustava, ali mora se naglasiti, i zalaganju samih djelatnika zdravstvene skrbi na osiguranju takvih uvjeta koji će minimalizirati utjecaj rizika na klinički realitet i postupke suvremene medicine.

4 Zaključak

Etičko razmatranje pitanja sigurnosti pacijenta u sadašnjim okolnostima razvoja sustava kvalitete u zdravstvu Republike Hrvatske s jedne strane, te jačanja tehnologizirane medicine u okviru biomedicinskog modela pristupa zdravstvenim pitanjima, svakako valja započeti razmatranjem i istraživanjem etičke motivacije za osiguranjem sigurnosti pacijenta. Buduća istraživanja moraju potražiti argumentativni put prema realnom sagledavanju pitanja sigurnosti pacijenta prije postojanja, i u trenutku početnog utemeljenja, sustava kvalitete i pacijentove sigurnosti kao dijela tog šireg sustava. Upitna je i opravdanost očekivanja i polaganja velikih nada u efikasnost ali i efektivnost tih sustava. Prilikom organizacije sustava potpuno se zanemarila personalistička konotacija zdravstvene skrbi, i to u dva pravca; postavljaju se »magistrati i pretori« za koje je najblaže rečeno, upitna kvaliteta izobrazbe na području managementa kvalitete, a s druge strane se potpuno zanemaruje prirodna dinamika odnosa aktera ukupne zdravstvene skrbi. Ne uviđa se, i to zapravo jasno razotkriva birokratsku narav izumitelja i provoditelja akcije osiguranja kvalitete zdravstvene skrbi, profinjena struktura kliničke realnosti, koja je danas već narušena snažnim ritmom tehnologizacije medicine i zdravstvene njege. A s druge strane biva podvrgnuta krutoj kontroli i prijetnji, mogli bismo tako reći, od strane pravnog sustava kao oruđa državnog aparata koji vlastitu odgovornost za čovjeka u okolnostima biotehnološkog doba i korporativne demokracije, prebacuje na teret zdravstvenim djelatnicima. Ti su djelatnici ipak, još uvijek svjetlo u tami, tračak nade za posrnuli svijet instrumentaliziranog razuma i utilitarne ekonomije. Stga niti jedan administrativno- birokratski pokušaj »osiguranja« Svijeta, a ne samo zdravstvenih sustava neće uroditi plodom. Na djelatnicima samim i razini njihovog humanizma ostaje glavna zadaća i nadanje ne samo u bolji i sigurniji zdravstveni sustav, već i bolji Svijet u konačnici.

LITERATURA

1. Department of health and human services office of inspector general. Pridobljeno 19. 07. 2012 s spletne strani <https://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-06-09-00092.asp>.
2. Heisenberg, W. (1997). Fizika i filozofija.
3. Pravilnik o akreditacijskim standardima za bolničke zdravstvene ustanove (NN br. 31/11).
4. Zakon o zaštiti prava pacijenata, NN 169/2004.
5. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, NN 150/2008, NN 71/2010, NN 139/2010, NN 22/2011.
6. Zakonski propisi u RH:
7. Zakon o zaštiti prava pacijenata, NN 169/2004.
8. Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite, NN 107/2007.
9. Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi (NN 124/2011).
10. Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene (NN 79/2011).
11. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, NN 150/2008, NN 71/2010, NN 139/2010, NN 22/2011.
12. Plan i program mjera za osiguranje, unapređenje, promicanje i praćenje kvalitete zdravstvene zaštite, NN 114/2010 - utvrđuje što sve obuhvaća jednako visokokvalitetna, jednako dostupna zdravstvena zaštita.

Branka Rimac, Hrvoje Premuž

Ethical aspects of ensuring patient safety in the Republic of Croatia

KEY WORDS: *ethics, patient safety, responsibility, motivation*

ABSTRACT - *The patient's safety is a new concept that serves as an answer to the generally low level of attention and knowledge about the frequency and importance of the prevention of unwanted events in providing health care. A more serious approach to this problem was taken in 1990 when reports of several countries pointed out a surprisingly high annual rise in complications and deaths due to the consequences of medical errors. The patient's safety received greater attention, whereby many definitions were formulated, of which the majority emphasised the reporting, analysis and prevention of medical errors and unwanted events, including near-miss events and the events of administrative and non-medical nature. The development of a quality system that is in fact the organisational milieu of patient safety, ensuring the selection of appropriate models and styles of management in health care, has a considerable influence on the effectiveness of protective measures for patient safety. Within the scope of consequences of the crisis of the new era, it is clear how weak legal systems and the standards regarding the motivation of people to follow moral and human patterns of functioning are. Despite the fact that the first attempts to develop the system and principles in corporations stressed the human nature as an important theme, in today's efforts to establish a quality system we often forget, especially in the Republic of Croatia, the multidimensional nature of a human being. Health workers and patients are not the subject of administration but above all human beings. Human beings are a priori the purpose of which the human subjectivity should never be neglected, neither in the management system nor the universal plan. Motivation to act in line with legal and ethical standards should be based on the moral views of people who have the possibility to establish quality management systems and, consequently, patient safety systems.*

Raziskovanje in razvoj zdravstvene nege

UDK 616-083:001.891

KLJUČNE BESEDE: raziskovanje, medicinske sestre, zdravstvena nega

POVZETEK - V zdravstveni negi nas želja, da bi dosegli izboljšanje njene kakovosti in preglednost učinkovitosti, vodi do spoznanja, da je treba vanjo uvesti spremembe. Te lahko uvajamo v strokovno delo, v medsebojno povezovanje zdravstvenega osebja idr. S tem zagotovimo, da imajo bolniki dostop do najboljšega razpoložljivega zdravljenja. Za uvajanje sprememb potrebujemo novo znanje, ki ga pridobimo s sistematičnim znanstvenim raziskovanjem. V ta namen je v teoretičnem delu predstavljeno raziskovanje v zdravstveni negi in njegov pomen s pregledom raziskovalnih prispevkov v Obzorniku zdravstvene nege. V empiričnem delu predstavimo rezultate raziskave, ki je bila izvedena med medicinskimi sestrami v Splošni bolnišnici Novo mesto v letu 2010. Zanimalo nas je, koliko in kako raziskujejo medicinske sestre v praksi in tudi njihovo mnenje o tem, kateri so najmočnejši razlogi v prid raziskovanju, prav tako pa tudi razlogi za njegove omejitve in onemogočanje. Raziskava je pokazala, da se medicinske sestre zavedajo pomena raziskovanja in nekatera spoznanja iz njihovih raziskav bi morali uporabiti tudi v praksi.

1 Uvod

Raziskovanje je sistematično preiskovanje, kjer raziskovalci uporabljajo različne metode, da bi odgovorili na vprašanja, ali rešili težave, katerih končni cilj je razviti, izboljšati in razširiti znanje. Raziskovanje v zdravstveni negi postaja področje, ki ga je in bo treba razvijati na različnih področjih zdravstvene nege zaradi želje po doseganju boljših rezultatov glede kakovosti in večje preglednosti glede učinkovitosti opravljenega dela. Treba je razvijati novo znanje medicinskih sester v klinični praksi, izobraževalnih procesih, praksi zdravstvene nege, upravljanju, informatiki in drugod. Z razvojem raziskovanja lahko prispevamo k nenehnemu izboljševanju kakovosti, varnosti, učinkovitosti, ugledu in izboljševanju klinične prakse na različnih področjih delovanja zdravstvene nege. Z raziskovanjem medicinske sestre vplivajo na prepoznavnost stroke, prispevajo k samoevalvaciji svojega dela. Na ta način se sprožajo spremembe, nova raziskovalna vprašanja in nadaljnje aktivnosti.

Kot pravita Moule in Goodman (2009), morajo medicinske sestre z raziskovanjem prispevati k razvoju zdravstvene nege. Raziskovanje mora vključevati dostopnost izvedbe, potekati mora kontrolirano, nadzorovano, pomembno pa je, da je implementirano v prakso in da je omogočeno in razširjeno med medicinske sestre, saj se na ta način samoizobražujejo in lahko nudijo najboljšo zdravstveno oskrbo. Da lahko medicinske sestre izvajajo raziskovanje, morajo imeti dovolj znanja o raziskovanju, o tem, kaj je raziskovanje, kako se raziskuje, in kako rezultate raziskovalnega dela analiziramo in interpretiramo. Njihovo lastno raziskovanje mora biti zato kakovostno in uporabno, ne pa da le pojasnjuje ali ponavlja tisto, kar je že napisano.

2 Pomen raziskovanja v zdravstveni negi

Doseganje novih spoznanj in težnja po izboljšanju rezultatov nam nenehno narekuje nove izzive. Da bi te izzive lahko rešili, si moramo določiti jasne cilje. Z rešitvijo negovalnih problemov s pomočjo raziskave, lahko razjasnimo potek zdravstvene nege in tako povečamo njeno varnost za paciente. Varnost je namreč zelo pomembna za zaposlene v zdravstvu in za paciente. Večjo varnosti je mogoče doseči z večjo kakovostjo zdravstvene nege. Pri tem moramo na pacienta gledati kot na celovito osebo. To pa nam nemalokrat lahko predstavlja oviro, ki jo moramo prestopiti s pomočjo spremenjenega načina dela. Za varnejšo zdravstveno nego moramo upoštevati tudi standarde. Pomembna sta predvsem standarda ISO 9001 in NIAHO, ki nam pomagata, pri izboljšanju kakovosti in varnosti. Uresničevanje teh izboljšav je glede na Nacionalno strategijo kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010-2015) zelo pomembno (Simčič, 2010). Spremljanje napredka je v tesni povezavi z raziskovanjem, saj moramo preučiti poročila o varnostnih zapletih, ki se lahko pojavijo pri zdravljenju pacienta. Raziskovanje nam omogoča, da spremljamo in raziščemo proces zdravstvene nege ter predvidimo vrzeli, ki bi se lahko pojavile. Z raziskovanjem tako preprečimo nastanek varnostnega zapleta, kot je npr. poškodba, padec ali bolečina.

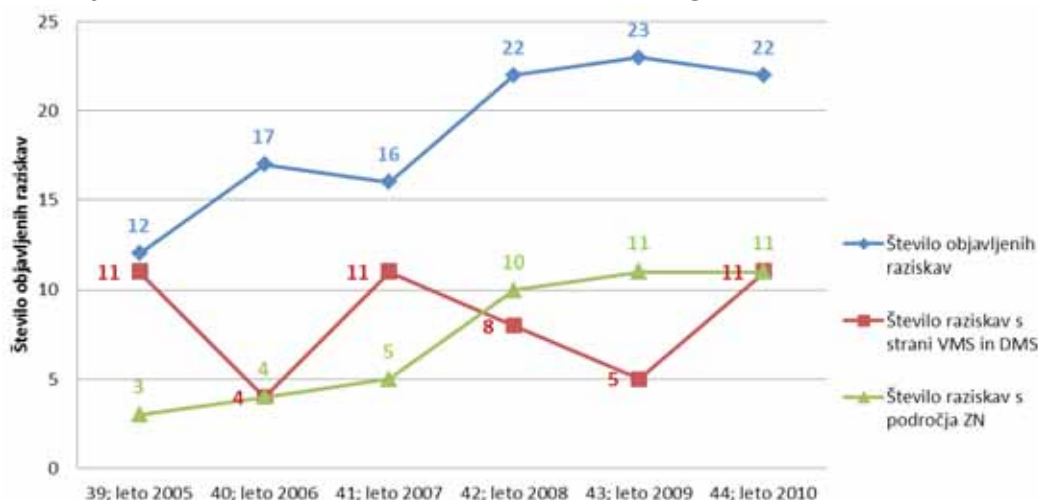
Pomen in uporabnost raziskovanja se lahko kaže na več področjih. Tako Polit in ost. (2008, v Skela Savič, 2010) delijo uporabnost raziskovalnega dela v posredno, ko dosežemo spremembe v razmišljanju zaposlenih, in v neposredno, ko uporabimo rezultate pri neposrednem delu s pacientom. Rezultati znanstvenoraziskovalnega dela pa so lahko tudi oprijemljiva sredstva za prepričevanje vodilnih delavcev, da podprejo investicije, ki bi prinesle izboljšave (Polit in ost., 2008, v Skela Savič, 2010).

Tudi na področju zdravstvene nege raziskovalci v svojih raziskavah uporabljajo različne vrste paradig in raziskovalnih pristopov. Pri kvantitativnih raziskavah poudarijo predvsem objektivnost pridobljenih rezultatov raziskave, ki so neodvisni od raziskovalca, in uporabno vrednost raziskave, ker so rezultati namenjeni širokemu krogu ljudi oz. določeni populaciji. Graham (2012) poudari, da mora biti v zdravstveni negi veliko kvalitativnega raziskovanja, ker s tem raziskujemo različna stališča pacientov, medicinskih sester, odkrivamo pomen in simboliko njihovih stališč. Iz takih podatkov lahko izluščimo osnovne pojme, poglobimo njihovo razumevanje in razlagamo pomenske odnose med njimi. V kvalitativnih raziskavah odgovarjamo na vprašanja, kako in zakaj. Vloga akcijskih raziskovalcev je namenjena izboljšanju dela, ki ga opravljajo v praksi. Akcijsko raziskovanje, ki združuje kvantitativno in kvalitativno paradigmo vključuje razmišljanje medicinskih sester o tem, kako izboljšati zdravstveno nego oz. delo v praksi, in kako vplivati na druge, da uvedejo spremembe. Pri tem raziskovalci ustvarjajo nove ideje o izboljšanju kakovosti dela v zdravstveni negi ter jih uvajajo v prakso. Akcijski raziskovalci se sprašujejo: Kaj počnem v procesu zdravstvene nege? Ali moram kaj izboljšati? Če je tako, kaj? Kako lahko izboljšamo? Zakaj bi izboljšali? Kot pravi McNiff (2012), so se rezultati praktično pridobljenih teorij akcijskega raziskovanja izkazali kot praktični primeri,

iz katerih se lahko drugi posamezniki učijo, če tako želijo. Čeprav, kot poudarijo Polit in ost. (2012), ni doseženega splošnega soglasja o tem, rezultati katerih raziskav so najbolj primerni za na dokazih temelječo prakso, obstaja splošno soglasje o tem, da natančno zasnovane raziskave zagotavljajo trdne dokaze za informiranje in ukrepanje medicinskih sester. Pomembno je, da se te vedno bolj ukvarjajo z raziskavami, od katerih imajo koristi zdravstvena nega in predvsem njeni uporabniki, to pa izboljšuje celotni zdravstveni sistem.

Da je raziskovanje pomembno za dvig varnosti v zdravstveni negi, nam dokazujejo tudi raziskave, ki jih izvedejo posamezniki. Prav z rezultati opravljenih raziskav pa lahko podpremo naše argumente in tako uveljavimo določene spremembe. Veliko raziskav se predstavi v okviru seminarjev, simpozijev in konferenc, kjer medicinske sestre dopolnjujejo in nadgrajujejo svoje znanje. Ker mora biti nenehno izobraževanje in nadgradnja obstoječega znanja vodilo vsaki medicinski sestri, je zelo pomembno širjenje novega znanja s pomočjo znanstvene in strokovne literature, saj je udeležba posameznika na različnih znanstvenih in strokovnih izobraževanjih omejena.

Graf 1: Objave raziskav v Obzornikih zdravstvene nege



Vir: Obzorniki zdravstvene nege, letnik 39–44, 2005–2010, v Golob, M. (2011). Raziskovanje na področju zdravstvene nege v Sloveniji. Diplomsko delo.

V raziskavi, s katero smo pregledali in statistično obdelali članke, objavljene v Obzorniku zdravstvene nege v letih od 2005 do 2010 na temo raziskovanja, smo ugotovili, da število objavljenih raziskav v preučevanem obdobju narašča, čeprav opazimo v letu 2010 rahel upad (graf 1). Hkrati narašča tudi število raziskav s področja zdravstvene nege, ki so v letih 2008, 2009, 2010 dosegle že skoraj polovico vseh objavljenih raziskav. V prvih letih so raziskave izvajale in objavljale pretežno višje medicinske sestre (VMS) in diplomirane medicinske sestre (DMS). Pozneje, po letu 2007, so začeli objavljati tudi prvi magistri in magistrice zdravstvene nege, saj do leta 2007 v Sloveniji ni bilo organiziranega magistrskega študija. V letih 2008 in 2009 je bilo opaziti zmanjšanje števila objavljenih raziskav, izvedenih s strani višjih in diplomiranih medicinskih sester, saj so glavnino objavljenih raziskav prispeva-

li magistrice in magistri. Na nižanje števila objavljenih raziskav lahko vpliva tudi tematika posameznih števil. V letnikih 42 in 43 so namreč objavljeni članki s področja menedžmenta, onkologije, babištva in fizioterapije, kjer se s predstavljenimi problemi srečujejo strokovnjaki z omenjenih področij.

Da je raziskovanje na področju zdravstvene nege pomembno za razvoj stroke, da je povezano z izobrazbo in da je treba izsledke raziskav uporabljati v praksi zdravstvene nege, potrjujejo izsledki raziskave, opravljene med medicinskimi sestrami v Splošni bolnišnici Novo mesto. Podrobneje so rezultati raziskave predstavljeni v nadaljevanju. Prav tako je raziskava Strojman in sod. (2012), kjer raziskujejo odnos medicinskih sester do raziskovanja v zdravstveni negi, pokazala, da se medicinske sestre z višjo ali visoko izobrazbo zavedajo pomena raziskovalnega dela.

3 Metode

V raziskavi, s katero smo pregledali in statistično obdelali članke, objavljene v Obzorniku zdravstvene nege v letih od 2005 do 2010 na temo raziskovanja, smo uporabili deskriptivno in kavzalno neeksperimentalno metodo dela. Namen raziskave je bil prikazati današnje stanje in razlike glede na predhodne raziskave, izvedene na področju zdravstvene nege. Raziskovalno vprašanje je bilo: »Ali je na področju raziskovanja v zdravstveni negi objavljenih več ali manj člankov in kdo so pisci člankov?«

V raziskavi, ki smo jo izvedli med medicinskimi sestrami v Splošni bolnišnici Novo mesto, smo uporabili deskriptivno in kavzalno neeksperimentalno metodo dela. Do podatkov smo prišli z anketiranjem. Anketni vprašalnik je bil sestavljen iz vprašanj odprtega in zaprtega tipa ter lestvic stališč. Za vzorec so bile izbrane medicinske sestre, zaposlene v Splošni bolnišnici Novo mesto, zato smo pred izvedbo raziskovanja zaprosili za soglasje zavoda. Anketiranje smo izvajali v juliju in avgustu 2011 na vseh oddelkih in v vseh ambulantah Splošne bolnišnice Novo mesto. Vrnjenih je bilo 106 anketnih vprašalnikov, ki predstavljajo vzorec raziskave. S pomočjo kvantitativne tehnike zbiranja podatkov smo želeli preučiti mnenje medicinskih sester v Splošni bolnišnici Novo mesto glede raziskovanja na področju zdravstvene nege in ugotoviti, ali so že opravljale raziskavo in s kakšnim namenom. Prav tako smo s pomočjo kvalitativne tehnike zbiranja podatkov analizirali in predstavili predloge medicinskih sester za raziskovanje na področju zdravstvene nege ter kakšne so bile teme oziroma naslovi raziskovalnih nalog in kako dolgo so izvajale določeno raziskavo. Naš cilj je bil ugotoviti, ali obstajajo razlike glede zanimanja za raziskovalno delo glede na starost in izobrazbo anketiranih medicinskih sester. Raziskovalno vprašanje, na katerega smo želeli dobiti odgovor, je: »Ali se izvajajo raziskave na področju zdravstvene nege med medicinskimi sestrami v Splošni bolnišnici Novo mesto in kakšen vpliv imata na raziskovanje njihova starost in izobrazba?«.

Za analizo in obdelavo kvantitativnih podatkov smo uporabili računalniški program Microsoft Office Excel. Za analizo in obdelavo kvalitativnih podatkov je bila uporabljena opisna metoda raziskovanja na osnovi analize kvalitativnih podatkov.

4 Rezultati

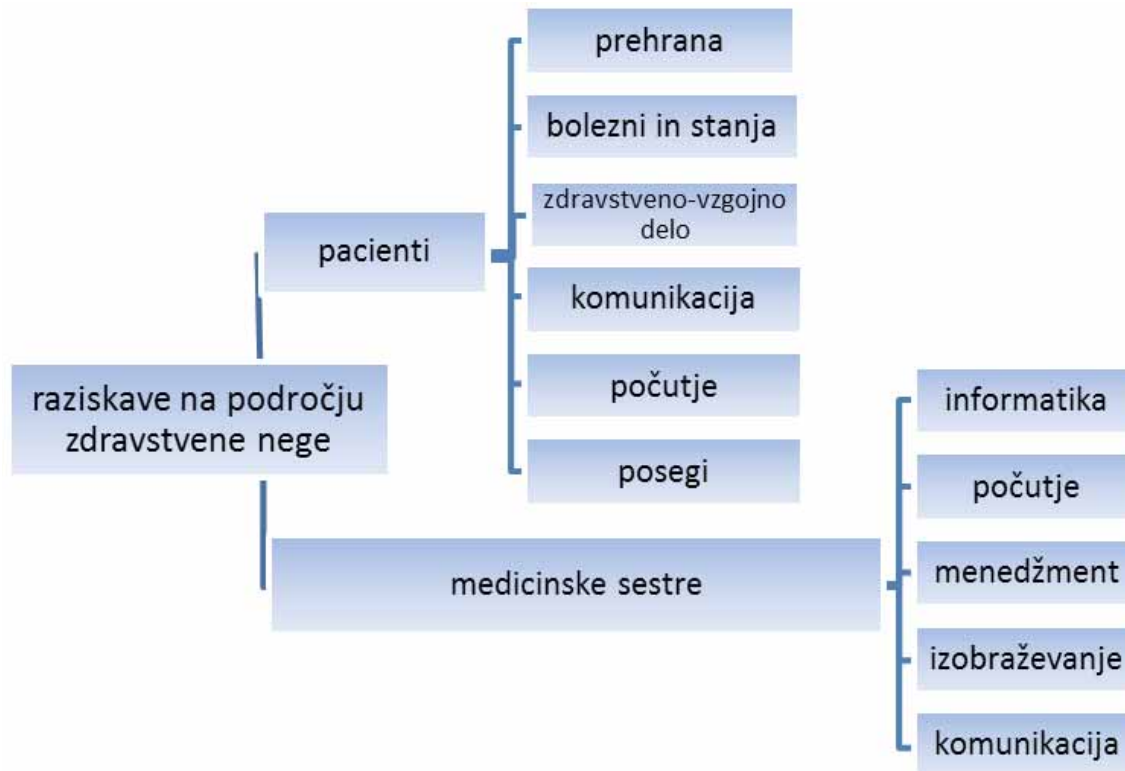
V raziskavi, ki smo jo izvedli med medicinskimi sestrami v Splošni bolnišnici Novo mesto, je bil v starostni strukturi anketiranih velik razpon. Najnižja zabeležena starost je bila 19, najvišja pa 53 let. Za lažjo statistično obdelavo smo podatke rangirali in izpeljali sedem starostnih razredov. Ker nas je zanimalo, ali starost anketirancev vpliva na sodelovanje pri izvedbi raziskav, smo za razjasnitev tega vprašanja analizirali število izvedenih raziskav glede na starostno strukturo anketirancev. Glede na dobljene podatke smo razbrali, da starost bistveno ne vpliva na sodelovanje v raziskavah ali na njihovo izvedbo. Zanimalo nas je tudi, ali so že izvedli kakšno raziskavo in s kakšnim namenom. Veliko anketiranih, 69 %, ni do zdaj izvedlo nobene raziskave ne v času študija in ne v času službovanja. Po pričakovanju je največ tistih, ki so izvedli po 1 raziskavo, in sicer 19 %. Le 5,5 % pa jih je izvedlo več kot 5 raziskav. Vprašanje o številu izvedenih raziskav je očitno zelo povezano s spremeljivko izobrazba, kar so nam pokazali prečiščeni podatki ankete, in sicer je bila vidna povezanost med stopnjo izobrazbe, deležem posamezne izobrazbe v preiskovanem vzorcu in številom opravljenih raziskav na področju zdravstvene nege. Ugotovili smo namreč, da je kar 76 % raziskav opravljenih s strani diplomiranih medicinskih sester. Razveseljiv je podatek, da niso vse medicinske sestre izvedle raziskave z namenom pisanja diplomske in magistrske naloge ali članka, ampak zaradi analize in ocene obstoječega stanja ter ugotavljanja potreb pred uvedbo novosti, praktične aplikacije izsledkov raziskav in pomoči bolnikom ter z željo po napredku stroke in varnosti pacientov.

Anketirance smo vprašali tudi po mnenju o razlogih za raziskovanje v zdravstveni negi ter o najpogostejših ovirah in omejevanju raziskav. Mnenja so anketiranci izrazili s strinjanjem ali nestrinjanjem s posameznimi trditvami. Uporabili smo pet-stopenjsko lestvico stališč, po kateri je pomenilo: 1 - se ne strinjam, 2 - delno se strinjam, 3 - moje mnenje je nevtrarno, 4 - večinoma se strinjam in 5 - popolnoma se strinjam. Na osnovi rangiranja, ki smo ga izvedli po aritmetični sredini, smo potem ugotovili, kateri so najmočnejši razlogi v prid raziskovanju v zdravstveni negi. Po mnenju anketirancev je to prva trditev o pridobitvi novih spoznanj iz stroke. Anketiranci so menili, da je najmočnejši razlog za omejevanje in onemogočanje raziskav na področju zdravstvene nege dejstvo, da si za raziskovanje ne vzamemo dovolj časa. Trditev je potrdila najvišja aritmetična sredina in s tem rang, modus in mediana pa sta pričakovana - na zgornjih vrednostih strinjanja s trditvijo. Sledile so trditve, da za te raziskave ni dovolj interesa, da je znanja o raziskovanju na področju zdravstvene

nege premalo in da s strani vodstvenih delavcev in delovne organizacije skoraj ni spodbud za njihovo izvedbo.

Anketiranci, ki so izvajali raziskave oziroma sodelovali v raziskovalnem procesu na področju zdravstvene nege, so navedli teme oziroma naslove izvedenih raziskav. Vsaka tema, področje in naslov predstavljajo del v procesu kodiranja. Anketiranci so izvedene raziskave razdelili na dve podkategoriji: pacienti in medicinske sestre. Na osnovi teh smo oblikovali glavno kategorijo - raziskave na področju zdravstvene nege, kar prikazujemo v shemi 1.

Shema 1: Prikaz določitve glavne kategorije, podkategorij in samostojnih kod



Vir: Golob, M. (2011). Raziskovanje na področju zdravstvene nege v Sloveniji. Diplomsko delo, str. 39.

Nekateri anketiranci so predstavili tudi svoje predloge in teme prihodnjih raziskav. Ko smo podatke uredili, smo za enote kodiranja izbrali tematiko raziskovalnih predlogov. Kodirnim enotam smo nato določili kode in podkategorije. Raziskave, ki so zajemale podkategorijo »medicinske sestre«, so vsebovale naslednje samostojne kode: »informatika«, »izobrazba« in »počutje«. Raziskave, ki so zajemale podkategorijo »pacienti«, pa so vsebovale naslednje samostojne kode: »bolezni in stanja«, »etika« in »počutje«.

Medicinske sestre:

- informatika (dežurstva; ali si predstavljamo bolnika kot računalniški ekran; kaj nam bo prinesel e-temperaturni list);

- ☐ izobrazba (kompetence v zdravstveni negi; usposobljenost diplomirane medicinske sestre za nujno medicinsko pomoč) in
- ☐ počutje (zadovoljstvo medicinskih sester na delovnem mestu).

Pacienti:

- ☐ bolezni in stanja (razvoj nevrologije; delo z nevrološkimi bolniki in bolniki z multiplo sklerozo; kronične rane in dekubitus; zdravje in njegov pomen za posameznika);
- ☐ etika (kako najbolj etično in sprejemljivo ovirati bolnika?; humana in učinkovita fiksacija nemirnega in agresivnega bolnika) in
- ☐ počutje (bolečina pri otroku; zadovoljstvo pacientov; kako pacientu na oddelku popestriti bivanje v bolnišnici?).

Z anketo smo želeli pridobiti tudi mnenje anketirancev o pomembnosti raziskav na področju zdravstvene nege in uporabi izsledkov teh raziskav v praksi. Da je raziskovanje pomembno, je menila večina, tj. 101 vprašani ali kar 95 %. Le 1 % vprašanih je menil, da raziskovanje za razvoj zdravstvene nege ni pomembno. 4 % vprašanih pa se glede pomembnosti ni moglo odločiti in so se vzdržali. Tudi pri vprašanju, kjer smo medicinske sestre spraševali, ali menijo, da je treba izsledke raziskav uporabiti v praksi zdravstvene nege, so si bile medicinske sestre skoraj enotne. Kar 93 % anketiranih je namreč menilo, da jih je treba uporabiti v praksi. Le 6 % anketiranih se o tem vprašanju ni moglo izjasniti in le 1 % je menil, da praktična aplikacija izsledkov raziskav ni pomembna.

5 Razprava

Analiza člankov, objavljenih v Obzorniku zdravstvene nege v letih od 2005 do 2010, potrjuje rezultate dozdajšnjih raziskav, v katerih je bilo ugotovljeno, da medicinske sestre raziskujejo na svojem področju in da se število objavljenih raziskav večja. Rezultati ankete, izvedene med medicinskimi sestrami v Splošni bolnišnici Novo mesto, so pokazali, da se raziskave pri njih izvajajo, da starost raziskovancev ne vpliva na raziskovanje, močno pa vpliva nanj stopnja izobrazbe posameznikov.

6 Sklep

Raziskovanje je pomembno, če želimo izboljšati kakovost zdravstvene nege. Z večanjem kakovosti se večja tudi varnost zdravstvene nege, tako na strani pacientov, kot na strani zdravstvenih delavcev. Čeprav medicinske sestre raziskujejo na področju zdravstvene nege in se zavedajo pomena raziskovanja, je še vedno opravljenih premalo raziskav, ki bi bile neposredno aplicirane v prakso zdravstvene nege. V Sloveniji lahko zasledimo posamezne raziskovalke, ki zelo aktivno sodelujejo v raziska-

vah na področju zdravstvene nege. Kljub temu pa je to premalo za uspešen razvoj in njeno profesionalizacijo. Z uspešnim izobraževanjem na vseh stopnjah šolanja medicinskih sester in z aplikacijo dobljenih rezultatov raziskav v prakso zdravstvene nege lahko pripomoremo k hitrejšemu razvoju, večji kakovosti in s tem večji varnosti v zdravstveni negi.

LITERATURA

1. Golob, M. (2011). Raziskovanje na področju zdravstvene nege v Sloveniji. Diplomsko delo. Novo mesto: Visoka šola za zdravstvo Novo mesto.
2. Graham, R., Bellman, L. (2012). Action research in nursing and healthcare. Los Angeles: Sage.
3. McNiff, J. (2012). All you need to know about action research. Los Angeles: Sage.
4. Moule, P., Goodman, M. (2009). Nursing research: an introduction. Los Angeles: Sage.
5. Polit, D. F., Beck C. T. (2012). Resource manual for Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
6. Simčič, B. (2010). Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
7. Skela Savič, B. (2010). Zakaj potrebujemo raziskovanje in na dokazih podprto prakso v zdravstveni negi. V B. Skela Savič, idr. (ur.), Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege (str. 28-40). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
8. Strojan, N., Zorc, J., Skela Savič, B. (2012). Odnos medicinskih sester do raziskovanja v zdravstveni negi. Obzornik zdravstvene nege, 46 (1), 47-55.

Barbara Rodica, MSc, Martina Golob

Research and development of nursing care

KEY WORDS: research, nurses, nursing care

ABSTRACT - In nursing care, a desire to achieve the outcomes for improving quality and transparency of the effectiveness of nursing care leads to the conclusion that it is necessary to make changes in nursing care. Changes may be introduced to the work of health professionals and the way health professionals are mutually connected. This ensure that patients have access to the best treatments available. In order to introduce these changes, we need new knowledge that is obtained through a process of systematic scientific research. For this purpose, the theoretical part presents research in nursing and its importance by reviewing research papers in the Slovene Nursing Review. The empirical part presents a survey conducted among nurses in the Novo mesto General Hospital in 2010. In the research, we were interested in the extent and methods of research by nurses in practice. We were interested in the opinion of nurses regarding the strongest reasons in favor of research in nursing as well as the reasons for the limitations and lack of research in nursing. The study has shown that nurses are aware of the importance of research. Some nurses have more interest in conducting research and have already conducted research that could be well applied to nursing care.

Prvi karierni koraki v zdravstveni negi

UDK 658.3:616-083

KLJUČNE BESEDE: kariera, poklic, osebnost, profesionalni razvoj

POVZETEK - K napredku sistema zdravstvenega varstva in profesije zdravstvene nege z zviševanjem poklicnih kompetenc bistveno prispeva karierni razvoj medicinskih sester. To pomembno vpliva na uspešnost medicinskih sester in hkrati na zadovoljstvo pacientov, saj zaradi tega kakovost v zdravstveni negi dosega višji nivo. Kariera pa se ne prične šele z vstopom na delovno mesto, ampak že mnogo prej, ko si v otroštvu ustvarjamo prve predstave o poklicu, in kasneje, ko se odločamo za poklic. Prispevek obravnava problem idealiziranih predstav o izbiri poklica in bodočem delovnem mestu. Študentje imajo pogosto zelo idealizirano predstavo o tem, kaj bodo z doseženo stopnjo izobrazbe sploh pridobili. Vendar je razkol med to sliko in resničnostjo lahko prevelik, mladi zaposleni si šele s prvimi delovnimi izkušnjami pridobijo izkušnje, ki pripomorejo k boljši predstavi o lastnem osebnem in profesionalnem razvoju. Namen prispevka je analizirati predstave o poklicu (diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik), ki jih imajo študentje, pri čemer si postavljamo vprašanje, kakšno vlogo ima predstava o poklicu pri lastnem kariernem razvoju.

1 Uvod

Učeca se družba je izziv za vse tiste, ki se zavedajo, da je učenje za osebnostni razvoj in uspešno poklicno kariero osrednja naloga, ki nas spremlja vse življenje. Temeljni cilj delovanja medicinskih sester je zagotavljanje neprekinjene kakovostne in varne zdravstvene nege oz. oskrbe pacientov. K napredku sistema zdravstvenega varstva in profesije zdravstvene nege bistveno prispeva tudi karierni razvoj medicinskih sester. Razvoj kariere z zviševanjem poklicnih kompetenc in napredovanjem, pomembno vpliva na uspešnost medicinskih sester in hkrati na zadovoljstvo pacientov, saj se zaradi tega izboljša tudi kakovost v zdravstveni negi.

Razvoj organizacije in kakovost njenih storitev sta najbolj odvisni od učenja in razvoja njenega osebja. Tako se je tudi pogled razvoj zaposlenih v zadnjih desetletjih bistveno spremenil. Tradicionalni razvoj kariere v organizaciji je vse bolj vprašljiv, saj postajajo posamezniki bolj dinamični pri iskanju novih izzivov. Danes je pomembna fleksibilnost posameznika. Načrtovanje kariere je proces, kjer se posameznik odloči za svojo poklicno pot, njen potek in razvoj. Govorimo o individualni odgovornosti za karierni razvoj in tako ni mogoče pričakovati, da bodo organizacije poskrbele za razvoj posameznikove kariere.

Kariera se ne prične šele z vstopom na delovno mesto, ampak že mnogo prej, ko si v otroštvu ustvarjamo prve predstave o poklicu, in kasneje, ko se odločamo za poklic. Posameznikova zaposlitev predstavlja enega izmed ključnih elementov za oblikovanje njegove identitete. S pomočjo poklicne socializacije se usposobi za opravljanje določenega dela, razvija lastnosti, vedenja in stališča, ki sovpadajo z njegovo poklicno vlo-

go, pridobiva nove spretnosti in znanje, uči se ustreznega vedenja, sprejema skupinske norme in vrednote ter oblikuje svojo identiteto. V prispevku se osredotočamo na začetno obdobje kariere, ko se oblikuje poklicna identiteta. Namen raziskave je ugotoviti predstave študentov zdravstvene nege o njihovi karieri, pri čemer si postavljamo vprašanje, kakšno vlogo ima predstava o poklicu pri lastnem kariernem razvoju.

2 Razvoj kariere medicinske sestre

Sodobne teorije kariere poudarjajo, da danes vsak sam nosi odgovornost za razvoj kariere, med njimi tudi medicinske sestre. Velja, da pojem kariere danes, poleg poklicne poti, vključuje tudi zasebno življenje, družino in čas brezposelnosti. Vzorci kariere tako postajajo vse bolj pestri, pri čemer pa je nujno izpostaviti osebni razvoj posameznika. V strokovni literaturi zasledimo mnogo definicij kariere, ki so se pod različnimi vplivi spreminjale in se spreminjajo še danes. Požun (2008) definira razvoj kariere kot premik medicinske sestre na višji strokovni nivo, na različna področja prakse zdravstvene in babiške nege ali na položaj, kjer so prevladujoče različne funkcije, ki vključujejo podjetniško, neodvisno in avtonomno profesionalno vlogo medicinskih sester. Vendar Požunova definicija vključuje le elemente delovne oziroma strokovne kariere, toda kariera je več kot samo to. Po mnenju Štularjeve (2008) se razvoj kariere na področju zdravstvene nege deli na vertikalno in horizontalno pot, kar pomeni, da se kariera gradi na vzpenjanju proti vodstvenim položajem ali pa s specializacijo na posameznem strokovnem področju. Bukovčeva (2008) meni, da je medicinska sestra, ki načrtuje kariero sistematično, zadovoljna sama s sabo pri delu, ga kakovostno opravlja, je motivirana in odprta za novosti. Takšna medicinska sestra prispeva h kakovostni zdravstveni negi in k zadovoljstvu bolnikov. To mnenje sledi sodobnim teorijam kariere, kjer je vsaka medicinska sestra odgovorna za načrtovanje in razvijanje svoje kariere s stalnim strokovnim izobraževanjem na osnovi postavljenih ciljev. Razvojne teorije temeljijo na osnovni predpostavki, da je karierni razvoj dolgotrajen proces, ki se odvija preko celotnega poklicnega obdobja posameznika, pri čemer bi izpostavili Ginzbergovo teorijo zaposlitvenih možnosti, ki omenja različna obdobja oz. stopnje zaposlitvenih možnosti: domišljjsko, poskusno in realistično obdobje. Domišljjsko obdobje (otročstvo) se konča z igro, ki je bolj orientirana v delo in že odraža prednosti določenih vrst aktivnosti. V poskusnem obdobju (zgodnje obdobje odraščanja) pride do ponovnega prepoznavanja interesov, sposobnosti, delovnih navad, vrednot in perspektiv. V realističnem obdobju (srednje obdobje odraščanja) pride do združitve zmožnosti in interesov, nadaljnjega razvoja vrednot, določitve zaposlitvenih izbir in jasnitve zaposlitvenih vzorcev (Cvetko, 2002).

Tudi slovenska teoretika, J. Florjančič in S. Možina, menita, da moramo pri načrtovanju razvoja posameznika poudariti celovitost posameznikovega osebnega razvoja, ki je rezultat razvoja osebnosti, strokovnega razvoja in delovnega razvoja (Možina, Florjančič in Gabrijelčič, 1984, str. 89). Izpostavita tri komponente razvoja kariere: strokovni, osebni in delovni razvoj. Komponenta strokovnosti vključuje

posameznikov razvoj na podlagi izobraževanja, usposabljanja in strokovnega izpopolnjevanja. Osebnostni razvoj označuje razvoj osebnostnih lastnosti posameznika (lastnosti, vrednot, motivov, interesov), ki skupaj s sposobnostmi in delovnimi dosežki tvorijo celovito osebnost. Delovni razvoj pomeni uspeh osebe na določenem delovnem področju in ga Možina definira kot delovno kariero. Brečkova (2006, str. 33) koncept kariere opredeljuje širše: »Kariera v širšem smislu zajema aktivnosti, ki izvirajo iz posameznikovega biosocialnega, družinskega in delovnega cikla, se med seboj tesno prepletajo in vplivajo na smer, intenziteto in hitrost njegovega osebnega razvoja«, pri čemer posebej definira delovno kariero kot »izobraževalno [...] posameznika, pri čemer se ta izobražuje, usposablja in izpopolnjuje za organizacijske vloge, ki mu dajejo občutek osebnega napredovanja in uspešnosti pri delu« (Brečko, 2006, str. 33). Karierne spremembe povzema Greenhaus z ugotovitvijo, da je nekoč kariera odražala napredek v delovnem življenju ter visoko mero truda, vloženega v ta napredek, sedaj pa jo vse bolj dojemamo kot vzorec delovnih izkušenj, ki določajo smernice posameznikovemu življenju (Greenhaus 1989, v: Brečko, 2006). Greenhaus je kariero pojasnjeval s posameznikovo visoko stopnjo delovne zavzetosti in njegovim razvojnem napredkom v delovni vlogi. Razlaga, da ta definicija združuje objektivne sestavine (delo) in subjektiven pogled posameznika (stališča, vrednote in pričakovanja) tako, da so zaposlitvene aktivnosti in posameznikove reakcije sestavine v karieri. Ta definicija je skladna s predstavo, da je »kariera proces, v katerem vsak posameznik doživlja kariero, ne oziraje se na poklic, nivo napredovanja ali stabilnost delovnega mesta« (Cvetko, 2002, str. 47).

Tradicionalni modeli so bili oblikovani za delovna mesta z značilnim vertikalnim napredovanjem znotraj posamezne organizacije, s poudarkom na razvojnih stopnjah, formalnem izobraževanju, zaposljivosti in vseživljenjskem učenju. Tradicionalni modeli torej izpostavljajo enodimenzionalno oziroma linearno smer načrtanega napredovanja (Baruch, 2004, 2006). Današnje, sodobno razumevanje kariere je diametralno nasprotno. Sedanji modeli so oblikovani za delovna mesta, za katera je značilno: medorganizacijska mobilnost, fleksibilna razporeditev dela, timsko delo, tehnologija ... Ker pa skrb za razvoj in upravljanje kariere postaja predvsem odgovornost posameznika, mora znati vsak sam poskrbeti za svojo uveljavitev in izpostavitev samega sebe s pridobljenim znanjem, spretnostmi in zmožnostmi ter pri tem izkazovati interes za aktivno vlogo pri razvoju lastne kariere. Da bo lahko razvijal in upravljal svojo karierno pot, potrebuje nabor kariernih kompetenc za uspešno vodenje te poti. Karierne kompetence so pravzaprav osebne kompetence, akumulirane v karierni kapital, ki pa lahko postanejo ključne kompetence organizacije (Brečko, 2006, str. 96). Karierna pot oziroma kariera je celostni razvoj zaposlenega, pri čemer moramo opozoriti, da kariera ni več samo napredovanje (tradicionalno pojmovanje), ampak dejansko pomeni razvoj vseh potencialov posameznika skozi vse delovne stopnje, na vseh delovnih mestih in v vsakem delovnem okolju, v katerem je posameznik deloval v preteklosti, v katerem deluje v sedanjosti in bodo vplivali na karierno pot posameznika v prihodnosti, v skladu s subjektivnim občutkom doživljanja napredka, samouresničevanja in osebnega razvoja v določenem času (Clark, 1992, v Mihalič, 2006).

3 Poklicna identiteta medicinske sestre

Za razvoj samopodobe do konca formalnega izobraževanja so pomembni vsi dejavniki primarne socializacije (vzgojni vpliv staršev, pomembni drugi, šola, ožje socialno okolje). Ta samopodoba z vstopom v delovno okolje doživi šok realnosti delovnega sveta, kjer stvari večinoma potekajo drugače kot v naših idealnih predstavah o poklicu. Ta proces je pogosto boleč in poln presenečenj. Fieldman (1988, v Brečko, 2006, str. 243) ugotavlja, da posameznik ne razvije delovne samopodobe, dokler nima dovolj konkretnih poklicnih izkušenj, ob katerih spoznava svoje sposobnosti, motive in vrednote. Za takšen samovpogled pa posameznik potrebuje deset let konkretnih delovnih izkušenj (Shein, 1978, v Brečko, 2006).

Tako kot za vsako družbeno vlogo veljajo tudi za vlogo medicinske sestre določena pravila, norme vedenja, nanjo se vežejo posebna pričakovanja in predstave, kakšen naj bo posameznik, ki je sprejel vlogo medicinske sestre. Tako imajo bodoči študentje že pred študijem izoblikovane predstave in pričakovanja v zvezi s poklicem. V času študija se identifikacija s poklicem v resnici šele začne, imaginarne predstave in pričakovanja se lahko še okrepijo ali pa študent ugotovi razkorak med svojimi predstavami o poklicu, med lastnimi pričakovanji in profesionalnimi možnostmi ter zahtevami, in razreši ta »konflikt« ali pa se oklene svojega mnenja. Soočenje z razkorakom v individualnih predstavah in funkcijo poklica je nujna in se zgodi, če ne prej, ko se mlad teoretično podkovan strokovnjak zaposli. Študent mora nujno prepoznati in poznati motive, ki so vplivali na odločitev za študij, se z njimi soočiti in jih predelati (Bizjan, 2004). Pri tem je pomembno, da si posameznik pridobiva znanje, spretnosti in navade na podlagi lastnega prepričanja, želja in interesov, da ima uresničevanje njegovih učnih ciljev zanj poseben pomen, saj si tako z lastno zavestjo oblikuje take učne navade in pristope, ki so v skladu z njegovimi osebnostnimi nagnjenji in mu omogočajo stalno učenje in izobraževanje (Pahor, 2004).

Medicinska sestra predstavlja svojo poklicno skupino najprej s svojo samopodobo (identiteto), predstavo, ki jo ima o sami sebi; del le-te je profesionalna samopodoba, s svojo osebnostjo, s prirojenimi in pridobljenimi človeškimi lastnostmi, čustveno zrelostjo in humanostjo ter profesionalizmom, kjer se izkazuje kot strokovnjakinja s preverjenim teoretičnim in praktičnim znanjem, z vseživljenjskim učenjem, podkrepjenim z znanstvenimi in pedagoškimi osnovami. Na oblikovanje poklicne identitete močno vpliva prvi stik z delovnim okoljem že v času šolanja. V času študija se vzpostavijo temelji poklicne identitete. Gre za formalno poklicno socializacijo, ki temelji na napisanih vrednotah poklica in študijskih programih ter za neformalno socializacijo, ki izhaja iz stikov z učitelji in pripadniki poklica, predvsem skozi praktični pouk v inštitucijah zdravstvenega varstva. Del usposabljanja se odvija v delovnem okolju na posebej organiziranih učnih delovnih mestih. Prve izkušnje, vtise dopolni kot pripravnik med poklicnim usposabljanjem. Neskladja, ki nastanejo med šolsko in delovno sfero, povzročajo škodo na obeh koncih, pri posamezniku (v svet dela pa stopa s pomanjkljivo poklicno usposobljenostjo) in zdravstvenem zavodu (že na

začetku mora vložiti veliko časa in sredstev v poklicno socializacijo in adaptacijo novo zaposlenega). Zato je pomembno, da razvoj in načrtovanje kariere poteka v dialogu med delovno organizacijo in posameznikom. Organizacija se mora zavedati, da so njena potreba človeški viri. Po drugi strani se mora posameznik zavedati, da je njegova kariera tako pomembna za kakovost njegovega življenja, da skrbi zanjo ne more v celoti prenesti na organizacijo.

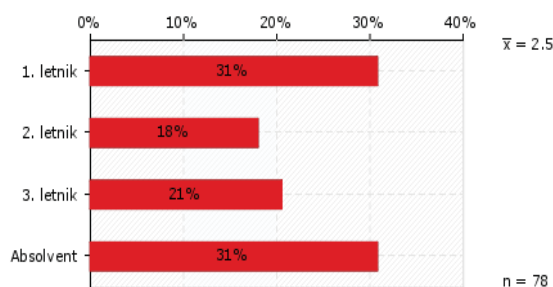
4 Raziskava

Predstave o poklicu, ki jih bo medicinska sestra po zaključenem študiju pridobila, in o delu, ki ga bo na podlagi pridobljene izobrazbe opravljala, se velikokrat ne ujemajo, so idealizirane, stik z realnostjo pa pogosto dokaj krut. S kvantitativno empirično raziskavo smo želeli ugotoviti, ali ima predstava o poklicu vlogo pri razvoju kariere, pri čemer želimo izpostaviti problem nerealističnih in idealiziranih predstav o poklicu in delovnem mestu pri študentih zdravstvene nege. Zanima nas, kako vpliva predstava o poklicu na razvoj lastne kariere. Zastavljena hipoteza se glasi: Med študenti zdravstvene nege, ki različno ocenjujejo posamezne elemente razvoja kariere, se pojavljajo razlike glede predstav o tem poklicu. Pri tem nas je zanimalo tudi, kakšne predstave in pričakovanja o poklicu diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik imajo študentje. Za izvedbo raziskave smo uporabili anketni vprašalnik na vzorcu, v katerega so bili zajeti redni študentje Visoke šole za zdravstvo Novo mesto.

5 Rezultati in razprava

Anketni vprašalnik je izpolnilo 78 študentov, ki so v študijskem letu 2012/13 vpisani v redno obliko študijskega programa zdravstvena nega, od tega 24 študentov 1. letnika, 14 študentov 2. letnika, 16 študentov 3. letnika in 24 absolventov (graf 1).

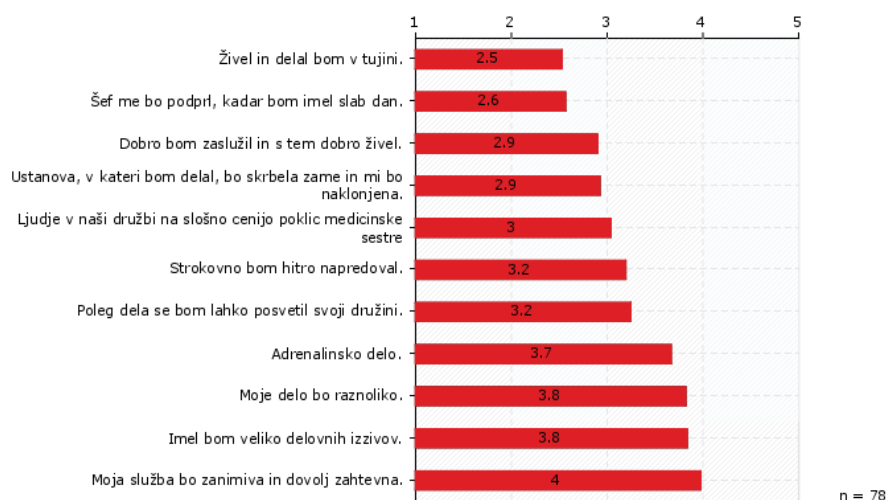
Graf 1: Število študentov po letnikih



Vir: Anketni vprašalnik, 2012.

V iskanju možnih predstav, ki jih študentje zdravstvene nege gojijo do svojega bodočega poklica, ugotavljamo (graf 2), da je večina ponujenih predstav pogosto in zelo pogosto prisotna pri študentih zdravstvene nege. Še posebej izstopa dejstvo, da študentje pričakujejo zanimivo in zahtevno delo, z veliko delovnimi izzivi, ki bo raznoliko in adrenalinsko. V ospredju je tudi predstava, da se bodo poleg dela lahko posvetili svoji družini, dobili pa naj bi tudi možnost hitrega strokovnega napredovanja. Večina anketirancev je mlajših od 22 let, njihove predstave o bodočem poklicu so idealizirane s predstavo, da bodo imeli adrenalinsko delo, ki bo hkrati raznoliko, imeli bodo veliko delovnih izzivov, služba pa bo zanimiva in še vedno dovolj zahtevna.

Graf 2: Možne predstave o svojem (bodočem) poklicu



Vir: Anketni vprašalnik, 2012.

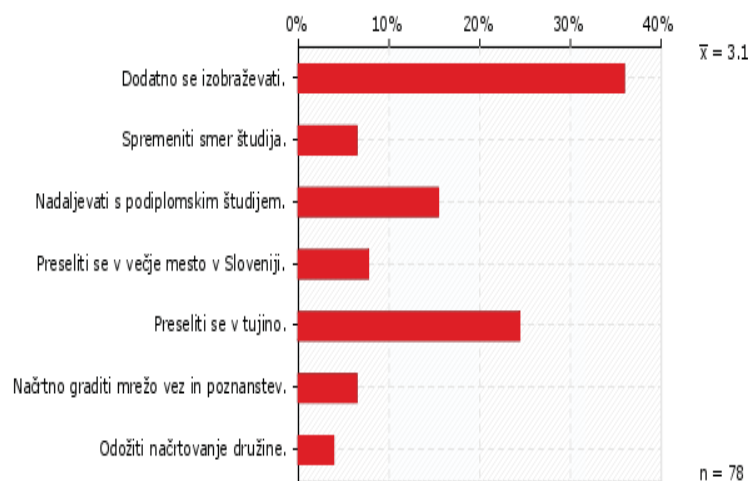
Kljub visokim predstavam o poklicu študentje obratno pričakujejo, da bodo imeli težave pri iskanju zaposlitve, ko bodo diplomirali, ker ni povpraševanja po tovrstnem kadru (21 %), oziroma ker nimajo zvez, poznanstev, ki bi jim pomagale pri vzpostavljanju kontakta z bodočimi delodajalci (26 %), skoraj tretjina pa na to vprašanje ne pozna odgovora. Le manjši delež meni, da bodo zaposlitev dobili zaradi poznanstev (10 %) oz. da je poklic iskan (13 %). V raziskavi iz leta 2000 (Dornik, 2000) je bil rezultat obraten, študentje niso pričakovali težav pri zaposlovanju, saj so svoj poklic ocenjevali kot iskan.

V iskanju odgovora, zakaj želijo postati diplomirane medicinske sestre ali diplomirani zdravstveniki, so bili odgovori enotni. Večina kot osnovno vodilo pri svoji odločitvi navaja željo po pomoči ljudem, ker želijo pomagati bolnim in pomoči potrebnim, pri čemer čutijo veselje do takega dela.

Navajajo tudi, da so pripravljeni sprejeti dodatne ukrepe (graf 3), da bi si izboljšali karijerne možnosti v zdravstveni negi. Na prvo mesto postavljajo potrebo po dodatnem izobraževanju (36 %), nekaj je takih, ki nameravajo nadaljevati s podiplomskim študijem, kar četrtina anketiranih študentov pa se je pripravljena preseliti v tujino (24 %). Ta rezultat se ne sklada s predstavo študentov o bodočem poklicu, kjer

je predstava o življenju in delu v tujini slabo prepoznana, pri zavedanju, da bodo pri iskanju zaposlitve imeli težave.

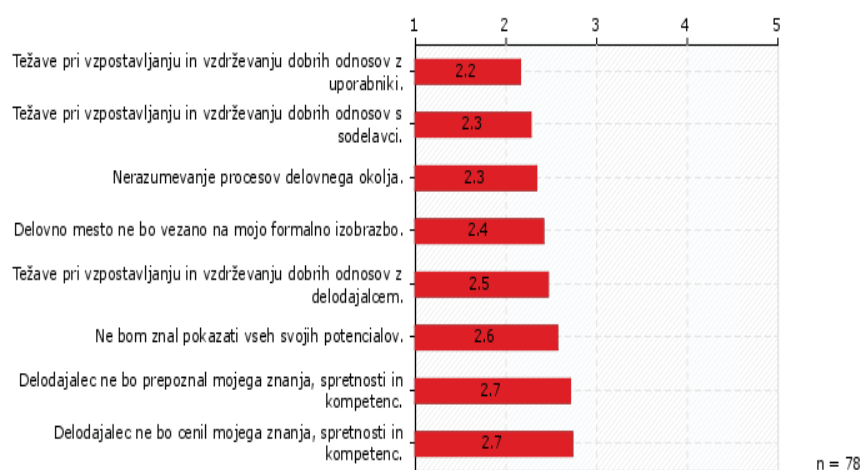
Graf 3: Ukrepi za izboljšanje kariernih možnosti



Vir: Anketni vprašalnik, 2012.

Pri ugotavljanju možnih ovir pri delodajalcih večina meni, da dane predstave ne predstavljajo ovir, ki se lahko pojavijo pri bodočem delodajalcu. Kot največje možne ovire (graf 4) so izpostavili možnost, da delodajalec ne bo prepoznal in cenil njihovega znanja, spretnosti in kompetenc, ter možnost, da ne bodo znali pokazati vseh svojih potencialov. Najmanjšo oviro jim predstavljajo ovire pri vzpostavljanju in vzdrževanju dobrih odnosov s pacienti.

Graf 4: Možne ovire pri delodajalcu



Vir: Anketni vprašalnik, 2012.

Preverili smo tudi pravilnost njihove odločitve poklicne izbire. Večina (88 %) jih meni, da je njihova poklicna izbira pravilna ali zelo pravilna. So pa tudi posamezniki, ki ne vedo, ali so se pravilno odločili (10 %), eden od anketiranih pa meni, da je njegova odločitev napačna.

Čeprav $\frac{3}{4}$ anketiranih meni, da bodo imeli težave pri zaposlitvi, in da jih $\frac{1}{4}$ meni, da se bodo morali preseliti v tujino, jih slabih 90 % ocenjuje, da so pravilno izbrali svoj bodoči poklic. Čeprav ima večina dobro predstavo o hitrem strokovnem napredovanju in se tudi tretjina želi dodatno izobraževati, jih samo 15 % razmišlja, da bi z izobraževanjem nadaljevali na podiplomskem študijskem programu. Možna razlaga tega pojava je lahko tudi, da ne prepoznajo možnih ovir, kjer njihovo bodoče delovno mesto ne bo primerno njihovi formalno doseženi stopnji izobrazbe.

6 Zaključek

V zdravstveni negi je težko govoriti, da ta omogoča uspešno in hitro kariero, še posebej, ker se razvoj kariere večinoma razume kot vertikalna ali horizontalna rast, v skladu s tradicionalnimi opisi kariere. Danes je načrtovanje kariere integralni del razvoja profesije, zajema poklicni in osebni razvoj. S spreminjanjem koncepta kariere se odgovornost za njen razvoj prenaša na posameznika, ki mora skrbeti za razvoj lastnega življenjskega in poklicnega vzorca ter osebnostni in profesionalni razvoj. Uspešna preliminarne izbira vodi k poklicu, v katerem bo lahko uresničil lastna pričakovanja in aktualiziral lastne vrednote. Medicinska sestra, ki pristopa k razvoju kariere sistematično in je zadovoljna sama s sabo, bolj kakovostno opravlja svoje delo, je motivirana in odprta za novosti (Ramšak-Pajk, Rajkovič, 2004). Razvoj kariere izpostavlja primarno vlogo posameznika, vendar vloga organizacije v tem procesu ni zanemarljiva. Z vidika organizacije to pomeni, da se mora zavedati pluralnosti predstav o poklicu in posamezniku ob vstopu v organizacijo omogočiti taka delovna mesta, ki bodo zanj privlačna in jim bo lahko sledil, ob tem pa zagotoviti več možnosti za vseživljenjsko izobraževanje, izpopolnjevanje, večjo avtonomnost in odgovornost pri delu. V procesu poklicne socializacije ne smemo zanemariti vloge izobraževalnega sistema, ki lahko s spodbujanjem pridobivanja kompetenc pomaga k izgradnji jasne in realnejše slike o poklicu.

Z raziskavo smo osvetlili en košček v mozaiku dejavnikov, ki vplivajo na posameznikovo razumevanje kariere pri namensko izbrani skupini študentov. V prihodnje bi bilo smotno podrobneje raziskati vpliv predstav na razvoj karierni poti v zdravstveni negi v povezavi s še drugimi vplivi.

LITERATURA

1. Baruch, Y. (2006). Career development in organisations and beyond: balancing traditional and contemporary viewpoints. *Human Resource Management Review*, 16 (2), 125-138.
2. Bizjan, B. (2004). Na profesionalno pot neobremenjeni s prtljago. *Socialna pedagogika*, 38 (3), 295-314.
3. Brečko, D. (2006). Načrtovanje kariere kot dialog med organizacijo in posameznikom. Ljubljana: Planet GV.

4. Bukovec, N. (2008). Karierni razvoj medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Diplomsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru.
5. Cvetko, R. (2002). Razvijanje delovne kariere. Koper: Znanstveno raziskovalno središče Republike Slovenije. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
6. Dornik, E. (2000). Poklicna orientacija študentov zdravstvene nege in zdravstvene vzgoje. Obzornik zdravstvene nege, 34 (3-4), 135-141.
7. Lipičnik, S. (1998). Ravnanje z ljudmi pri delu. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
8. Mihalič, R. (2006). Management človeškega kapitala. Priročnik za celostno upravljanje človeškega kapitala in človeških virov v praksi sodobnih organizacij znanja. Škofja Loka: Mihalič in Partner.
9. Možina, S., Florjančič, J., Gabrijelčič, J. (1984). Osebni, skupinski in organizacijski razvoj. Kranj: Moderna organizacija.
10. Pahor, M. (2004). Poklicna identiteta medicinskih sester kot vseživljenjski projekt. V Kakovost zdravstvene nege: kako jo prenesti v prakso. Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
11. Požun, P. (2008). Razvoj zaposlenih v zdravstveni in babiški negi v očeh Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. V B. Skela Savič, J. Ramšak Pajk, B. M. Kaučič (ur.). Jaz in moja kariera. Jesenice: Visoka šola za zdravstvo.
12. Ramšak-Pajk, J., Rajkovič, R. (2004). Kariera medicinske sestre in samoevalvacijski model. Obzornik zdravstvene nege, 38 (1), 21-29.
13. Štular, S. (2008). Ali lahko v zdravstvu govorimo o kariernem razvoju zaposlenih? V B. Skela Savič, J. Ramšak Pajk, B. M. Kaučič (ur.). Jaz in moja kariera. Jesenice: Visoka šola za zdravstvo.

Mojca Sitar

The first steps in a nursing career

KEY WORDS: *career development, professional identity, idea about profession, personal and professional development*

ABSTRACT - *the career development of nurses significantly contributes to the progress of the health care system and the nursing profession by increasing their professional competences. Career development and the progress nursing care significantly affect the performance of nurses and the satisfaction of patients, which consequently improves the quality of nursing care. A career does not begin by getting a job but already in childhood, when we create the first conceptions of occupation and later, when we choose a particular profession. The problem of unrealistic and idealised conceptions about the selection of a profession is emphasised in this article. Students often have an idealised idea of what they can achieve with their education. Unfortunately, there is a great differences between the idea and the reality; young employees can gain experience only through work and thus improve their conception of the career, personal and professional development. The aim of this paper is to analyse the idea about the profession of a nurse from the viewpoint of students on career development and the actual field of work.*

Multidisciplinarni pristup pacijentu nakon spinalne ozljede

UDK 615.82/.84+612.83:616-001

KLJUČNE RIJEČI: multidisciplinarni pristup pacijentu, osoba s ozljedom kralježnične moždine, rehabilitacija

POVZETEK - Ozljede kralježnične moždine se zbog multiorganskog oštećenja uvrstavaju među najteže. Pogađaju čovjeka u bilo kojem životnom razdoblju, najčešće mlađe, radno sposobne kao i na svim razinama funkcioniranja. Od tjelesnog, mentalnog, socijalnog i ekonomskog. Neophodan je multidisciplinarni pristup u medicinskoj rehabilitaciji koji bi uključivao psiho-socijalnu pomoć i edukaciju osoba sa OKM za uključivanje u život u zajednici i učenje aktivnosti dnevnog življenja. U povijesti je vladalo mišljenje da posljedice spinalne ozljede ne treba liječiti jer nema nikakvih rezultata. Danas smatramo da je to ozljeda koja u momentu uzrokuje dugoročne fiziološke, emocionalne, socijalne i ekonomske promjene, ozljeda koja ugrožava pacijenta kao i njegovu obitelj, ozljeda koja uvijek donosi paralizu, spinalnu nestabilnost, bojazan od daljnjih neuroloških pogoršanja, sepse, dekubitusa i drugih u nedogled medicinskih komplikacija kao i moguće skraćanje životnog vijeka, ali i ozljeda koja se dobrim rehabilitacijskim programom može ublažiti. Smatra se da je potrebno od 3 do 6 mjeseci, ovisno o razini i težini ozljede, za oporavak i uključivanje osobe sa OKM u zajednicu, pri čemu treba imati na umu da je psihološka rehabilitacija daleko kompleksnija i kod ovakvih osoba zahtjeva dulje vrijeme od same multisistemske rehabilitacije. Procesu rehabilitacije kod ovakvih pacijenata pristupa se multidisciplinarno, stoga rehabilitacijski tim čine stručnjaci s posebnim znanjima i specifičnim vještinama: liječnik fizijatar, medicinska sestra, fizioterapeut, okupacijski ili radni terapeut, psiholog, socijalni radnik, a središte procesa rehabilitacije kao i najodgovornija osoba u procesu je sam pacijent.

1 Uvod

Ozljeda kralježnične moždine (dalje u tekstu OKM) rezultira promjenom motornih, senzornih i autonomnih funkcija. OKM danas podjednako nastaju u prometu, pri padovima na radu i/ili u sportu, a manjim dijelom su posljedica ranjavanja u mirnodopskim uvjetima. Zbog multiorganskog oštećenja uvrstavaju se među najteže. Pogađaju čovjeka u bilo kojem životnom razdoblju, najčešće mlađe, radno sposobne, stare do trideset godina. Godišnje strada oko stotinjak osoba koje su u najvećem postotku (oko 70 %) mlade osobe u životnoj dobi od 14 do 34 godine. Prevalencija i frekvencija OKM je različita s obzirom na države pa je tako u SAD visok broj OKM posljedica ranjavanja vatrenim oružjem dok je u Hrvatskoj OKM posljedica automobilske nesreće i skokova u vodu koji zauzimaju visoko mjesto s obzirom na turizam vezan uz more. Uzroci su još i sportske aktivnosti, razne vrste nasilja, degenerativne bolesti kralježnice i druge.

Ozljede kralježnice prema patomorfološkim promjenama koje su nastale posljedično ozljeđivanju dijelimo na: komociju kralježnične moždine, edem kralježnične moždine, kontuzija kralježnične moždine, hematomijelija, mijelomalacija, hematomi (epiduralni, subduralni i intramedularni), hemisekcija i transekcija kralježnične moždine.

Niz simptoma čine kliničku sliku bolesnika koja dalje određuje smjer dijagnostike, liječenja i definira dijagnozu.

Transekcija je cjelovita poprečna lezija moždine, koja dovodi do potpunog gubitka motorike i osjeta distalno od mjesta lezije, kao i voljne kontrole nad mokrenjem i defekacijom. To je kompletna senzomotorička kljenut svih mišića tijela (a ne samo udova) pa ukoliko takva ozljeda nastane na nivou prsne kralješnice bolesnik će biti paraplegičan, a ukoliko nastane u vratnom dijelu moždine bolesnik će biti tetraplegičan. Kod tetraplegičnog bolesnika izvan funkcije su i međurebreni mišići te je nedostatan disanje, jer bolesnik diše samo dijafragmalno (n.phrenicus - C4).

Lezija KM dovodi do različitih stupnjeva ispada funkcija:

- ☐ gubitak bilo kakve voljne kretnje ispod nivoa ozljeđivanja,
- ☐ gubitak osjeta za sve kvalitete
- ☐ ispad vegetativnih funkcija
- ☐ plućne komplikacije; hipoventilacija, bronhijalna hipersekrecija
- ☐ vazomotorički i termoregulacijski ispadi; pad tlaka, porast temperature, termoregulacijska anhidroza
- ☐ rani abdominalni sindrom; paralitički ileus, meteorizam, opstipacija,
- ☐ gubitak kontrole sfinktera, mokraćni mjehur i rektalna funkcija, retencija, inkontinencija, priapizam
- ☐ metabolički i endokrini poremećaj; proteinski katabolizam, anemija
- ☐ kožne trofičke promjene; ulceracije, dekubitusi.

Visoka lezija moždine od C3 ili više, dovodi do bulbo-cervikalne disocijacije, rezultat čega je često pulmonalni i/ili kardijalni arrest i smrt. Bolesnici su kvadriplegični i ovisni o respiratoru.

Klasifikacija OKM

Pri klasifikaciji OKM koristi se ASIA (American Spinal Cord Injury Association) tablica (slika 1) iz koje se dobiva radna dijagnoza, a koja se može mijenjati s vremenom, ovisno o tome da li nastupaju poboljšanja ili ne. Ozljede kralježnične moždine klasificiraju se kao potpune ili nepotpune. Potpuna ozljeda uključuje potpunu odsutnost osjeta i motorike ispod razine ozljede; dok kod nepotpune ozljede postoji očuvanost nekih funkcija motorike ili osjeta.

Pomoću manualnog mišićnog testa (MMT) procjenjuje se motorička funkcija ključnih mišića ruku i nogu i dodjeljuje im se ocjena 0 - 5 (0-bez pokreta, 5-normalan pokret) te se dobije motorni SCI score, a ispitivanjem osjeta za dodir i bol (0-bez osjeta, 1-smanjen osjet, 2-uredan osjet) dobije se osjetni score (Moslavac, 2002).

- ☐ SIA A: bez osjetne funkcije i bez pokretljivosti
- ☐ ASIA B: dijelom očuvan osjet, bez pokretljivosti
- ☐ ASIA C: djelomično očuvan osjet i pokretljivost - ispituje se funkcija točno određenih mišića ispod nivoa lezije, a više od polovice ispitanih mišića ima stupanj funkcionalnosti manje od 3 (0-5).

- ASIA D: djelomično očuvan osjet i pokretljivost - ispituje se funkcija
- točno određenih mišića ispod nivoa lezije, a više od polovice ispitanih
- mišića ima stupanj funkcionalnosti veći od 3 (0-5)
- ASIA E: normalna funkcija osjeta i pokretljiv.

Slika 1: ASIA (American Spinal Cord Injury Association) tablica

ASIA

STANDARD NEUROLOGICAL CLASSIFICATION OF SPINAL CORD INJURY

MOTOR
KEY MUSCLES

	R	L
C2		
C3		
C4		
C5		
C6		
C7		
C8		
T1		
T2		
T3		
T4		
T5		
T6		
T7		
T8		
T9		
T10		
T11		
T12		
L1		
L2		
L3		
L4		
L5		
S1		
S2		
S3		
S4-5		

Elbow flexors
Wrist extensors
Elbow extensors
Finger flexors (distal phalanx of middle finger)
Finger abductors (little finger)

0 = total paralysis
1 = palpable or visible contraction
2 = active movement, gravity eliminated
3 = active movement, against gravity
4 = active movement, against some resistance
5 = active movement, against full resistance
NT = not testable

Hip flexors
Knee extensors
Ankle dorsiflexors
Long toe extensors
Ankle plantar flexors

Voluntary anal contraction (Yes/No) ☐

TOTALS + = **MOTOR SCORE**
(MAXIMUM) (50) (50) (100)

SENSORY
KEY SENSORY POINTS

	R	L
C2		
C3		
C4		
C5		
C6		
C7		
C8		
T1		
T2		
T3		
T4		
T5		
T6		
T7		
T8		
T9		
T10		
T11		
T12		
L1		
L2		
L3		
L4		
L5		
S1		
S2		
S3		
S4-5		

0 = absent
1 = impaired
2 = normal
NT = not testable

Any anal sensation (Yes/No) ☐

TOTALS + = **PIN PRICK SCORE**
(MAXIMUM) (56) (56) (56) (56) (max: 112)

= **LIGHT TOUCH SCORE** (max: 112)

NEUROLOGICAL LEVEL
The most caudal segment with normal function

SENSORY

MOTOR

COMPLETE OR INCOMPLETE? ☐

Incomplete = Any sensory or motor function in S4-S5

ASIA IMPAIRMENT SCALE

ZONE OF PARTIAL PRESERVATION
Caudal extent of partially innervated segments

SENSORY

MOTOR

This form may be copied freely but should not be altered without permission from the American Spinal Injury Association. 2000 Rev.

2 Rehabilitacija osoba s OKM

Rehabilitacija osoba sa OKM počinje neposredno nakon ozljede. Glavni zadatak nakon povrede je očuvanje vitalnih funkcija, stabilizacija kralježnice i sprječavanje daljnjih oštećenja. Timski rehabilitacijski pristup počinje po dostizanju medicinske stabilnosti pacijenta. Prvo se utvrđuje točan klinički status osobe sa spinalnom lezijom, a potom postavlja individualno prilagođeni plan rehabilitacije.

Uz uključenost stručnog medicinskog osoblja, važni segmenti rehabilitacijskog plana su podrška obitelji, društvene zajednice i motiviranost pacijenta da se brine o sebi.

Zadaci multidisciplinarnog tima u okviru rehabilitacijskog procesa su osposobljavanje svih funkcija i vraćanje oboljele osobe u normalan život, njeno socijalno i emotivno prilagođavanje, te uspostavljanje radnih navika i razvoj samostalnosti u aktivnostima samozbrinjavanja i svakodnevnog života.

Liječenje kod OKM u početku je vezano za sam uzrok oštećenja. U prvom periodu, od oko mjesec dana, poremećaji funkcije kralježnične moždine značajno su izraženi i pacijent je u teškom općem stanju - faza spinalnog šoka. Karakteristično za ovaj stadij, naročito kod povrjeđivanja, jesu poremećaji svih funkcija organizma, sa mogućom pojavom velikog broja komplikacija.

Period oporavka je duži ukoliko je nivo oštećenja kralježnične moždine viši. Po završetku prve faze liječenja, te stabilizaciji općeg stanja pacijenta, počinje tretman rehabilitacije. Oporavak funkcije lokomotornog sustava ograničen je nivoom oštećenja koje određuje očuvanu aktivnu muskulaturu, stupnjem oporavka onih mišića koji su ispod nivoa oštećenja, brojem, prisustvom i trajanjem liječenja komplikacija, prisutnim drugim ranijim oboljenjima, godinama života, psihičkim stanjem.

2.1 Rana medicinska rehabilitacija

Važan dio rehabilitacijskog tretmana je rana medicinska rehabilitacija, koja se provodi odmah nakon oštećenja u namjeri sprječavanja komplikacija (disajne, probavne, cirkulacijske, kožne, urinarne), te što skorijeg mobiliziranja pacijenta.

Respiratorne smetnje: što je ozljeda na višem nivou češći su problemi, zbog ispada interkostalne i trbušne muskulature. Dolazi do nakupljanja sekreta u plućima što dovodi do kongestije, infekcije i mogućeg bronhitisa i pneumonije. Potrebno je poučiti pacijenta da diše duboko, potpuno širi pluća i iskašljava prilikom izdisaja. Ako je donji dio abdomena paraliziran pacijent će morati stabilizirati to područje rukama kako bi se mogao nakašljati. Ponekad je potrebno primijeniti tehniku asistiranog kašlja (kod osoba s oslabljenim ošitom, interkostalnom i trbušnom muskulaturom). U svrhu sprječavanja respiratornih komplikacija, pacijentu savjetujemo redovito mijenjanje položaja u krevetu te položajnu drenažu.

Dekubitus je jedna od mogućih komplikacija, ne samo zbog pritiska već i gubitka osjeta i loše cirkulacije. Prevencija je ovdje od iznimne važnosti a uključuje redovite promjene položaja u krevetu, medicinsku gimnastiku, pregled kože barem dvaput dnevno, pravilnu upotrebu antidekubitalnih pomagala. Savjetuje se nošenje prikladne odjeće i obuće, te pravilna njega stopala.

Tromboza i embolija mogu nastati zbog slabog protoka krvi, smanjenog mišićnog tonusa i rada. Sprječava se poticanjem na aktivnost, pasivnim i aktivnim vježbama ekstremiteta, prikladnom odjećom i obućom, nošenjem elastičnih čarapa.

Urinarne smetnje: Kako bi spriječili urinarne smetnje važan dio rane medicinske rehabilitacije je trening mokraćnog mjehura. Adekvatnim pristupom u vrijeme spinalnog šoka sprječava se distenzija mjehura i ozljeda detruzora i omogućuje se pacijentu da je u kasnijim fazama suh, bez katetera i s očuvanim funkcionalnim kapacitetom mjehura.

2.2 Psihosocijalni aspekt rehabilitacije pacijenta s OKM

Ostati nepokretan i završiti u kolicima je problem s kojim se nose osobe s OKM. U tijelu osobe stvara se niz procesa koji će zauvijek promijeniti njihov dotadašnji način života. Predstavljaju veliki zdravstveno-socijalni problem jer posljedice njihova djelovanja uključuju osim fizičkih i psihičkih trauma svake osobe i stradanje cijele obitelji što u krajnosti rezultira brojnim socijalnim problemima.

Kako je pacijent sa spinalnom ozljedom suočen s naglim promjenama u osobnom životu koja uključuje emocionalne, međuljudske i profesionalne odnose, potrebna mu je pomoć u različitim segmentima prilagodbe na novonastale situacije. Rad s pacijentom uključuje sučeljavanje s promjenama na njegovom tijelu, sučeljavanje, racionaliziranje i upravljanje emocijama reakcije na stres, odnos prema ovisnostima, ovladavanje raznim vještinama u samozbrinjavanju i aktivnostima svakodnevnog života (Uvodić – Vranić, 2007).

Aдекватnim rehabilitacijskim pristupom potrebno je osobu sa OKM što prije osposobiti za samostalni život u okviru njegovih preostalih mogućnosti. Nadalje, kroz proces rehabilitacije potrebno je određene napore usmjeriti u prihvaćanje novonastale situacije te preusmjeravanje interesa na nova područja.

Rehabilitacijski proces uključuje nekoliko faza:

- ☐ Traumatska faza, rana posttraumatska faza, stabilizacija somatskog sustava, rana psihološka pomoć.
- ☐ Rani rehabilitacijski tretman, psihološka pomoć, okupaciona terapija.
- ☐ Osposobljavanje za svakodnevne aktivnosti, mobilnost, samopomoć.
- ☐ Prilagodba za život u kući i s obitelji.
- ☐ Integracija u zajednicu.
- ☐ Povratak na radno mjesto.

Multidisciplinarni tim koji skrbi o osobama nakon OKM u svim fazama rehabilitacije čine stručnjaci s posebnim znanjima i specifičnim vještinama: liječnik fizijatar, medicinska sestra, fizioterapeut, okupacijski ili radni terapeut, psiholog, socijalni radnik ...

U skrbi za pacijenta sudjeluje svatko u svojem djelokrugu, iako je u timskom radu evidentno preklapanje. Pa tako na primjer, poduku o osobnoj higijeni, hranjenju i odijevanju počinju davati radni terapeuti, a sa svakodnevnom skrbi nastavljaju medicinske sestre, potom asistirani kašalj podučavaju i izvode medicinske sestre i fizioterapeuti, transferne tehnike podučavaju fizioterapeuti i radni terapeuti i sl.

Po završetku rehabilitacijskog programa počinje faza socijalne rehabilitacije, koja podrazumijeva vraćanje osobe u obitelj i širu lokalnu zajednicu kao aktivnog člana. U tom periodu smjenjuju se faze negiranja situacije, depresije, agresije, čekanja da se sve vrati na stanje prije ozljede.

Osim profesionalne i obiteljske podrške značajna je što ranija socijalizacija i uključenost u sve društvene sadržaje u skladu s dostupnim mogućnostima.

Socijalna integracija i sudjelovanje u društvu smatraju se najvažnijim ciljevima rehabilitacije osoba s ozljedom kralježnice. Osviještenost zajednice od neprocjenjivog je značenja a ona ne uključuje samo prihvatanje osobe već i pružanje mogućnosti funkcioniranja u zajednici, što podrazumijeva uklanjanje prostornih barijera.

Stradavanje odnosno oštećenje jedne osobe uvijek ima za posljedicu oštećenja cijele obitelji i svih onih iz najbližeg okruženja. Spekter emocionalnih reakcija od ozljeđivanja do kraja rehabilitacijskog procesa vrlo je složen. Osoba s OKM često biva lišena emocionalne, psihološke i socijalne interakcije s okolinom u kojoj se nalazio prije ozljede, a kako je nemogućnost kretanja nespojiva s čovjekovim poimanjem života, emocionalna stabilnost biva narušena. Usamljenost, beznadnost, bespomoćnost, gubitak osobnosti najčešći su termini kojima pacijenti opisuju vlastito stanje (Barone, Waters 2012).

Neposredno nakon pojave nesreće i ozljede za koje se može razumno pretpostaviti da će ostaviti trajne i vidljive posljedice, pojedinac neovisno koje je dobi, nijeće, odnosno negira mogućnost trajnog oštećenja. To nijekanje ima u početku zaštitnu funkciju, jer štiti osobu od naglog suočavanja s cijelim opsegom nevolje koja ju je snašla. Naglo suočavanje moglo bi pojedinca psihološki pogoditi do stadija da se uopće ne bi mogao ni pokušati nositi sa svime što ga čeka. Tako nada, pa makar i nerazumna, da će s vremenom, tijekom liječenja ili rehabilitacije, sve to proći otvara put prema postupnoj prilagodbi na ono što se više ne može promijeniti.

Iako članovi tima koji skrbe za osobu s OKM često znaju pravo stanje stvari, bilo bi dobro da ga u prvim danima ne priopćuju ni pogođenoj osobi, ni njezinoj obitelji. Svima je njima potrebno ostaviti barem tračak nade da će se stanje pogođene osobe poboljšati, a da im pri tome ne jamčimo ni trajno izliječenje ni nestanak svih posljedica. Kažemo li odmah potpunu i predvidivu istinu članovima obitelji, neki će se od njih pod tim teretom slomiti, pokazati svom pogođenom članu obitelji da nema nade i vlastitim mu očajem još više otežati oporavak. Dakle, uvijek ima vremena za vijeći koje nužno znače dugotrajan i mukotrpan oporavak, te tešku i bolnu prilagodbu (Salter, Smith, Ethans, 2012).

3 Zaključak

Stupanj medicinske skrbi, svjesnosti o osobama sa OKM te njihova integracija pokazatelj je kulturološkog, socijalnog i ekonomskog stanja određene države. Uz adekvatnu medicinsku rehabilitaciju, kod ovih pacijenata potrebno je iskoristiti potencijale kojima osoba raspolaže i usmjeriti ih na ostvarivanje što samostalnijeg i produktivnijeg života. Nakon OKM procesu rehabilitacije pristupa se multidisciplinarno ali središte procesa rehabilitacije i najodgovornija osoba u procesu je sam pacijent. Osoba sa spinalnom ozljedom mora zauzeti aktivnu ulogu kako u svim fazama procesa rehabilitacije tako i u određivanju svoje daljnje aktivnosti i kvalitete života.

Podrška obitelji i adekvatna ortopedska pomagala, kao i arhitektonski prilagođen prostor, olakšati će i minimizirati teškoće i izazove svakodnevnog života osobama nakon OKM.

Socijalna integracija i sudjelovanje u društvu smatraju se najvažnijim ciljevima rehabilitacije osoba s ozljedom kralježnice. Osviještenost zajednice od neprocjenjivog je značenja a ona ne uključuje samo prihvaćanje osobe već i pružanje mogućnosti funkcioniranja u zajednici.

LITERATURA

1. American Spinal Injury Association. International Standards for Neurologic Classification of SCI, revised 2000. Chicago: IL.
2. Barone, S., Waters, K. (2012). Coping and adaptation in adults living with spinal cord injury. *Journal of Neuroscience Nursing*, 44 (5), 271-83.
3. Moslavac, S. (2002). Hrvatska inačica standardizirane neurološke klasifikacije ozljede kralježnične moždine. *Fizikalna Medicina i Rehabilitacija* 19(3-4), 135-40.
4. Salter, J., Smith, S., Ethans, K. (2012). Positive and negative affect in individuals with spinal cord injuries. *Spinal Cord*.
5. Uvodić-Vranić, Lj. (2007). Kako se pomiriti: sa samim sobom, s drugima, s mladima: primjeri iz prakse. Zagreb: Alineja.

Jurica Veronek

A multidisciplinary approach to patient after spinal cord injuries

KEY WORDS: *multidisciplinary approach to the patient, people with spinal cord injuries, rehabilitation*

ABSTRACT - *Spinal cord injuries (SCI) are among the most serious injuries due to specific multiple organ damage. They affect people at any age, mostly young people, working people, and at all the levels of functioning, such as physical, mental, social and economic functions. A multidisciplinary approach to medical rehabilitation is required, including psycho-social support and education for people with SCI, in order to include them in the community and teach them daily life activities. In history, it was considered that the effects of spinal injury should not be treated because there are no results. Today, we believe that this injury causes long-term physiological, emotional, social and economic changes, threatens the patient and his family, causes paralysis, spinal instability, fear of further neurological deterioration, sepsis, decubitus and other complications as well as possible shortening of life span. However, the injury can be reduced by a good rehabilitation programme. It is believed that it takes 3-6 months, depending on the level and severity of the injury, for people with SCI to recover and be integrated in the community, while keeping in mind that the psychological rehabilitation is far more complex and requires more time than the multisystem rehabilitation. The process of rehabilitation of these patients is a multidisciplinary approach. Therefore, the rehabilitation team consists of experts with special knowledge and specific skills: physiatrist, nurse, physiotherapist, occupational therapist, psychologist and social worker, whereas the centre of the rehabilitation process and the most responsible person in this process is the patient himself.*

Osebnostna zrelost zdravstvenega osebja kot pogoj za delo s pacienti

UDK 614.253:159.922.62

KLJUČNE BESEDE: osebnostna zrelost, smisel, pacienti, svojci, varnost

POVZETEK - Zdravstveni delavci so v nenehni interakciji s pacienti, njihovimi svojci in tudi s sodelavci v svojih delovnih timih. Strokovno znanje, ki ga pridobi zdravstveni delavec s formalnim izobraževanjem, je gotovo pomembno, še bolj pa je pomembno, kakšna je njegova osebnost. Izobraževanje za izboljšanje strokovne usposobljenosti je večinoma usmerjeno na doktrino zdravstvene nege. Prispevek pa bo usmerjen v prikaz možnosti izobraževanja za osebnostno rast zdravstvenih delavcev. Delo s pacienti in psihološka podpora svojcem zahtevata osebnostno zrele ljudi, ki si prizadevajo za veliko spoštljivosti v medosebnih odnosih, predvsem v najpomembnejših usodnih življenjskih situacijah, kot so: smrt, prizadetost, starost, izgube. Logoterapija uči, da je življenje v vseh življenjskih situacijah smiselno. Od posameznikove osebnostne zrelosti pa je odvisno, ali uporabi svoje duhovne potenciale za pozitivno naravnost in pomoč ljudem ali pa ga vsakodnevno delo izčrpa in povečuje možnosti za ogrožanje varnosti pacientov.

1 Uvod

Človekova osebnost (Musek, 1995) ima biološko, družbeno in duhovno razsežnost. Je celota vseh telesnih, duševnih in vedenjskih značilnosti posameznika. Osebnost se ne more razviti, če ne zajema tudi tretje dimenzije, dimenzije duhovnega prostora in duhovne kulture. To je prostor naših duhovnih ciljev, vrednot in idealov, prostor naše kulture, morale in etike.

Raziskave, lastno doživljanje in življenje samo nam kažejo pomembnost teh treh razsežnosti. Naše težnje, želje in motivi delujejo v vseh treh dimenzijah. Prvo dimenzijo sestavljajo človekovi nagonski motivi, ki zadevajo življenje in njegovo ohranjanje. Ti motivi večinoma regulirajo človeški organizem. Njihovi glavni zastopniki pa so biološko in nagonsko delujoče potrebe. Drugo dimenzijo predstavljajo motivi, ki uravnavajo posameznikove odnose z drugimi, medosebne odnose in socialno sožitje. Njihovi glavni predstavniki pa so socialni motivi in družbena morala. Tretjo dimenzijo pa zastopajo motivi, ki urejajo posameznikovo osebnostno in duhovno rast, njegovo samouresničevanje in iskanje smisla. Predstavniki te ravni pa so duhovni ideali in vrednote. V tej dimenziji doživljamo sebe, svet in druge v luči naših vrednot, naših ciljev in idealov. Šele s to dimenzijo je izpolnjena naša človeška narava – naše človeško dostojanstvo.

Vsak posameznik (Frankl, 2006) mora v življenju zadovoljiti telesne in biološke potrebe, uresničiti pa mora tudi potrebe po zbliževanju in uveljavljanju. Še najbolj pa moramo uresničevati duhovne cilje, od moralnih načel, vrhunskih vrednot, ljubezni

in izpolnjevanja transcendentnih slutenj in intuicij. Šele takrat dobi doživljanje sebe, sveta in drugih globlji smisel. Doživljanje smiselnosti življenja pa je predpostavka posameznikove sreče.

2 Samovzgoja in osebnostna zrelost

Musek (1995) definira psihosomatske, socialne, čustvene in duhovne ravni človeka, ki so tudi ravni posameznikove samovzgoje. Človek postaja oseba ob vzajemnem delovanju posameznih dejavnikov in izhaja iz njihove psihofiziološke osnove genske danosti, ki jo v določeni meri posamezniki z medsebojnim delovanjem sami pogojujejo, razgrajujejo in transformirajo.

Če je osebnost odprta integracijska enota, se integrira vedno znova. Zelo pomembno pa je prepričanje, ali odrasli verjamemo v svoj lastni osebnostni razvoj oz. v svojo rast. Če se odrasli ne spreminjamo zavestno, nas nujne spremembe prepričajo, da nas začne življenje obračati po svoje. Vedno več literature obstaja o tem, da vsakdo lahko nekaj napravi za svojo osebnostno rast, ne glede na to, kako velika je naša odvisnost od genske zasnove in od okolja, v katerem živimo.

Knjige o osebnostnem razvoju ponujajo splošno metodo, tuje izkušnje in sugestije za osvojitev novih vzorcev osebnostnega razvoja, ki ga potem sami izvajamo po institucijah, vizijah, premisleku, načrtovanju in evalvaciji ciljev. Seveda pa ne gre brez predstave o lastnih vrednotah in identiteti, saj sta zaupanje in zvestoba sebi najpomembnejši v življenju. Na njih sloni pozitivna samopodoba. Pozitivna samopodoba je funkcija občutka sposobnosti, da obvladujemo situacijo ali problem in tudi cilje motiviranosti za to obvladovanje. Čim bolje nam to uspeva, tem bolje smo motivirani za nadaljnje dosežke naše dejavnosti, in čim manj obvladujemo, tem nižja je tudi raven ciljne motiviranosti.

Petrovič Erah (2004) prav tako poudarja, da je samopodoba ključni dejavnik osebne sreče in zadovoljstva v medosebnih odnosih. Pomeni zavedanje o lastnih vrlinah, spretnostih, znanju in posebnostih. Če želimo ustvariti dober odnos, moramo najprej spoštovati sebe, šele nato lahko sprejmemo druge ljudi takšne, kot so, in tako izpolnimo pogoj za komunikacijo, ki bo temeljila na spoštovanju sogovornika.

Vsak od nas (Frankl, 2010) je osebnost, ki je po svojem izvoru, sposobnostih in osebnostnih lastnostih enkratno in nenadomestljivo bitje.

V svojem osebnostnem razvoju si torej posameznik oblikuje zavest o sebi in oblikuje svojo samopodobo in identiteto. To je notranji kriterij, ki uravnava naše delovanje. Temeljno načelo tega uravnavanja je težnja po vzdrževanju relativno visoke ravni samovrednotenja.

Ta proces pa ne poteka v osamljenosti, ampak v bolj ali manj tesnih stikih, povezavah in interakcijah z drugimi. Človekov osebnostni razvoj je tako na eni strani razvoj lastne individualnosti, na drugi pa sobivanja in interakcije z drugimi.

Prva naloga vzgoje je spoštovanje in sprejemanje sebe v celoti z vsemi prednostmi in pomanjkljivostmi, ker je to tudi pogoj za enako stališče do drugih. Brečko (1998) prav tako poudarja, da je socialno učenje pogoj za osebni razvoj. Predstava o sebi je dvosmeren proces med jazom in drugimi, zato se naslanja na pomembnega drugega. Naša predstava o drugih je precej odvisna od pozitivne ali negativne samopodobe, ki jo imamo o sebi. Socialno se učimo s sprejemanjem in igranjem vlog. Te vloge igramo po pričakovanjih ali v nasprotju z njimi. Neizpolnjena pričakovanja se slej ko prej pokažejo v regresiji osebnosti.

Odraslost je obdobje, v katerem lahko posamezniki največ napravimo zase v smislu osebnostne rasti. V prvi socializaciji smo odvisni od volje staršev, v drugi od šole, v tretji pa od ustanove, v kateri smo zaposleni, in od družine, če smo si jo ustvarili.

3 Osebnostno zorenje

Izhajamo iz predpostavke, da se samo z nenehnim učenjem in osebnostnim zorenjem posameznik poklicno in duhovno dviguje.

Naučiti pa se moramo prepoznavati naravne zakonitosti, objektivne vrednote, ki so v skladu s stvarnostjo, in znotraj teh iskati naše smiselne možnosti za uresničevanje življenjskih in delovnih nalog. Gre za poznavanje zakonitosti, medsebojnih odnosov, problemov sodobnega časa in samega sebe.

Življenjski cilji, ideali in vrednote so med najbolj trajnimi in nespremenljivimi pojavi, kar jih pozna psihologija. So nekakšne stalnice v našem življenju. A to še ne pomeni, da se popolnoma nič ne spremenijo. Tudi vrednostni svet vsakega posameznika se spreminja in oblikuje. Avtorji navajajo, da se v življenju posameznikov dogajajo nekateri zakoniti premiki. Musek (1993) je v svojih raziskavah potrdil, da smo v mlajšem obdobju bolj usmerjeni k čutnim – hedonskim vrednotam, nato pridejo na vrsto v ospredje vrednote doseganja, uspešnosti in moči (statusne vrednote), potem vrednote dolžnosti in odgovornosti (moralne in etične vrednote) in nazadnje še vrednote ustvarjalnega uresničevanja, osebnostne rasti in izpolnitve.

Zalokar Divjakova (2001) pravi, da napredujemo v svoji osebnostni zrelosti takrat, kadar znamo reševati vsakodnevne naloge, dileme, stiske in ovire, ki nam jih postavlja življenje. Pri osebnostni zrelosti ne gre za neka velika razsvetljenja, ampak za uresničevanje vsakodnevnih smislov. Na osebnostni lestvici torej napredujemo, če prepoznamo in znamo odgovarjati na izzive življenja. Ti so za vsakega posameznika drugačni, zato jih mora tudi reševati vsak sam. Gre za zavedanje, da je vsak odgovoren za to, da najde odgovor na svoj življenjski položaj. Vsi poznamo občutke, ko se v svoji koži dobro počutimo, saj smo takrat opremljeni s pravo mero samospoštovanja

in samozavedanja o lastni vrednosti. Seveda nam ta podoba ne pade z neba, ampak jo je treba graditi s primernimi življenjskimi vsebinami.

Te vsebine pa so odvisne od naše izbire, ki se nanašajo na dela, ki jih opravljamo, ali na odnose, ki jih ustvarjamo. Ko smo s svojimi odnosi zadovoljni in pri svojem delu uspešni, rastejo tudi naše samospoštovanje in vse druge pozitivne lastnosti, ki prispevajo k razvoju naše osebnosti. Na duhovnem področju pa so naše sposobnosti sploh neskončne. Človekova ustvarjalnost je neizmerljiva, pravzaprav sploh ne vemo, kaj vse smo kot posamezniki sposobni narediti, ustvariti in pretrpeti. Osebnostno se namreč krepimo tudi tako, da znamo prenesti poraze, videti nove rešitve, zavreči navidezno lažnejše življenje in ostati na realnih tleh. Velikokrat prepozno ugotovimo, da bi se »splacalo« nekaj žrtvovati za dosego drugega, dolgoročnejšega cilja. Toda praviloma je tako, da lahko neke dragocene cilje uresničimo v zameno za veliko odpovedovanja, skrbnega načrtovanja časa, sredstev in razvedrila.

Za sodobni čas pa je tudi značilno, da bolj ko se dviga življenjski standard ali raven udobja, bolj izginja pomen človekove osebnosti.

Trpimo za pomanjkanjem časa, v katerega spada tudi preverjanje svojega osebnega življenja in dela. Za ohranjanje osebnega življenjskega ravnotežja je nujno sprotno obračunavanje svojih dejanj. Tega procesa je v svojem vsakdanu sposoben tisti, ki mu ni vseeno, kako se počuti on sam in kako ga doživljajo tisti, ki so z njim v nekem odnosu.

Človek je tisto, kar od sebe oddaja. Naše delovanje poteka v skladu z našo bitjo. Kdor je sovražen, bo širil okrog sebe sovraštvo, kdor je nejevoljen, oddaja od sebe slabo voljo, kdor je miren, širi okrog sebe varnost itd.

Samospoštovanje je temelj, na katerem sta zgrajeni resnična in trajajoča samozavest ter osebno dostojanstvo. Kadar se dobro počutimo, lahko tudi dobro delamo.

Življenje je prelepo, vendar le takrat, ko smo svobodni in se lahko notranje razvijamo. Ko so ugotavljali lastnosti srečnih ljudi, so ugotovili, da izžarevajo:

- ☐ veliko preprostost
- ☐ spontano veselje nad drobnimi stvarmi
- ☐ globok občutek varnosti.

Ali se ne obnašamo vedno bolj v stilu – vsak ve zase, kako naj dela, mene drugi ne zanimajo. Ogroženost je tako visoka, da je treba izbirati izraze, ker so vsi postali zelo »občutljivi« na vse povedano. Pripravljeni so analizirati vsako misel, vsako dejanje, vendar takšno analiziranje ničesar ne razodeva, temveč samo razkosava stvarne danosti, ki potem pripeljejo do dlakocepljenja in mlatenja prazne slame.

Najprej moramo razčistiti sami s sabo in hitro bomo spoznali, da sami sebi nismo zadosti. Vsak človek potrebuje drugega, da lahko uresniči svoja hotenja, potenciale in da lahko tudi preveri svoja dejanja.

Zato tudi govorimo o »nemirnem duhu«, ker dejansko je duhovna dimenzija tista, ki kar naprej išče nove izzive. Človek potrebuje določeno, zdravo odmerjeno količino napetosti, saj danes avtorji ne govorijo več o patologiji stresa, temveč o patologiji razbremenitve, kar pomeni, da nismo preveč, temveč premalo obremenjeni z vsebinami, ki delajo življenje smiselno.

Vsak posameznik lahko ta smisel ali nalogo odkrije le sam. Pri tem pa mora svojo nalogo tudi pravočasno odkriti, drugače gre uresničitev mimo njega. V danem trenutku je najbolj smiselna samo ena rešitev. Zato se je treba poglobiti v situacijo, da bomo izbrali pravo.

Če nam je vse enako pomembno, potem izgubimo orientacijo kako izbrati pravo rešitev. Lahko se zgodi, da izberemo vedno tiste, ki so nam najbolj všeč, ki so najbolj privlačne, najbolj družbeno zaželenje, najlažje dosegljive itd. Toda to niso najboljše rešitve, ker niso v skladu s potrebami realnosti oziroma z našo trenutno pravo izbiro.

Veliko posameznikov se tudi obnaša, kot da bodo živeli večno. Različne možnosti gredo mimo njih in če jih ne prepoznajo kot svoje smisle, pomeni, da so izgubili možnost za njihovo uresničitev. V naslednjem trenutku je na potezi že druga možnost in ponavadi se zavedo šele, ko se znajdejo brez prijateljev, dela, zdravja itd.

V sodobnem času se je namesto k odkrivanju smiselnih nalog težilo k iskanju užitkov. Ti naj bi prinesli srečo. Toda užitki so res tisto, kar so – kratkotrajne zadovoljitve nekih potreb. Končni rezultat pa je razočaranje, obup, resignacija na celi črti, kar se kaže v polomljenih zakonih, alkoholizmu, samomorih, duševnih boleznih, izgubi identitete itd.

Psihologija pozna termin »kriza avtonomije človeka«, iz katere se posameznik poskuša rešiti na različne načine, npr. z divjim iskanjem čutnih užitkov, ki jih danes res ne primanjkuje, z izpadi nasilja kot načinom samopotrditve, s psihozami kot odgovorom na grožnjo izgube identitete, z begom v osebno izolacijo.

Namesto skupnega življenja med ljudmi, se današnji človek prisili v vedno več omejitev, ki si jih določi z različnimi termini, dogovori, srečanji itd. Vse je podrejeno taktu minut, sam pa hlepi po novih podatkih, ekstremnih hitrostih, čim bolj zapletenih sistemih. Postajamo »umetni bogovi«, kar je že Freud natančno opisal, priključeni na tehniko, mikroelektroniko, ki že presega meje razumljivega.

Utapljamo se v tehničnem okolju, ki je brez duše. Medčloveške odnose pa gradimo na tekmovanju in zavisti. Ljubezen do sočloveka smo zamenjali z ekstremno zagledanostjo vase.

Krčevita gonja za navideznim samouresničenjem se steka v osamljenost in bivanjsko praznino. Drug ob drugem se izgubljam kot ljudje.

Vzroki za vse te pojave ležijo v obliki današnjega doživljanja sveta oz. realnosti. To doživljanje namreč določa tudi osebno izkušnjo - če človek ne more izkusiti sveta kot nekaj realnega, tudi samega sebe ne more tako doživeti.

4 Odločitev za osebnostno rast

Odločitev o svoji osebnostni rasti izhaja iz duhovne ravni naše notranjosti. Duhovna plat namreč nadzira, preseže in tudi uravnava predvsem naša čustva, velikokrat pa tudi naše misli. Čustvom dostikrat pripisujemo prevelik pomen, kar pomeni, da so ona tista, ki vodijo in usmerjajo naša življenje.

Za zdravstvene delavce pa je pomembno, da znajo bolnikom pokazati, od kod lahko črpajo moč za svoje izboljšanje bolezni ali rešitve ob hudih usodnih stanjih – neozdravljivi bolezni, nenadni invalidnosti, smrti bližnjih, hudih doživetjih. Predvsem je pomembno, da znajo uvrstiti upanje na duhovno raven naše notranjosti in ne na telesno ali duševno. Na duhovni ravni pa se moramo za upanje odločiti in vanj tudi verjeti. Gre za brezpogojno vero v smisel upanja, ki ga ne more nič omajati. Tudi izkušnje ljudi, ki so preživeli težka usodna stanja, to potrjujejo, saj so najbolj poudarjali, da so imeli vedno upanje, pred očmi pa pozitivne možnosti, čeprav jih realno sploh ni bilo. Z našo odločitvijo za pozitivno naravnost povečujemo upanje, gotovo pa to ne more biti stoodstotno jamstvo, da bo izid res dober. Toda brez pozitivne naravnosti se avtomatično odločimo za stran brez upanja.

Tako opevane težnje k uspehu torej niso v direktni zvezi s smislom. Tudi raziskave (Frankl, 1981) so pokazale, da zelo uspešni posamezniki (z dobro službo, denarjem, dobro izobrazbo) svoje življenje doživljajo kot nesmiselno. In obratno, tisti, ki živijo v slabih življenjskih pogojih ali pa so celo na smrt bolni, doživljajo svoje življenje kot smiselno, vredno vsakodnevnih skrbi, dela, trpljenja itd.

Notranje zadovoljstvo ni nujno povezano z uspehom in obup ne obstaja samo zaradi neuspeha. Obup pomeni slabo obvladovanje usode, ki pa se lahko spremeni, če se uspemo z njo soočiti, poiskati druge možnosti. Problem je v tem, da človek v stiski ne vidi drugih možnosti, ponavadi se vrti v začaranem krogu neuspešnih rešitev, kar mu samo še dodatno potrjuje, da je stanje brezizhodno.

Najbolj pogosti znaki, ki so značilni za današnji čas in kažejo, da posameznik ne uspe uresničevati svojih življenjskih nalog, so naslednji: dolgčas, brezcilnost, brezvoljnost, občutki naveličanosti, nesmiselnosti, praznote in nejasnega obupa.

To so simptomi, ki lahko pomenijo opozorilo, da je treba pri uresničevanju življenjskih nalog nekaj spremeniti. Posameznika moramo usmeriti k tistim nalogam, kjer se je pokazala največja pomanjkljivost, npr. k prijateljstvu, ljubezni, smiselnim ciljem, predani nalogi itd.

Gre za življenjska področja, ki poskušajo zajeti čim bolj celostno podobo o posameznikovih odnosih in njegovem doživljanju samega sebe. Zato je tudi razumljivo, da moramo za razvoj posameznikovega zorenja in učenja delati ravno na teh življenjskih področjih.

Poznavanje samega sebe je nujno zaradi razumevanja samega sebe, iz česar izhaja tudi razumevanje pojavov v svetu okoli nas. Poznati moramo svoje psihološke in

sociološke posebnosti. Če poznamo svoje prednosti, lahko z njimi tudi prepričamo druge, če poznamo svoje slabosti, vemo, kaj moramo izboljšati. Na ta način lahko načrtujemo svoj osebnostni razvoj, ki zajema vse elemente, od poklicnih (zmožnosti sodelovanja, vodenja, priprav ...) do odnosnih nalog v osebnih, prijateljskih in vseh drugih odnosih.

Pri vsakem delu z ljudmi, posebno v medsebojnih odnosih, ko smo odrasli v poziciji moči, si je vedno treba postavljati tudi lastno ogledalo: »Ali sem tako ravnala, kot želim, da bi drugi ravnali z menoj?«

Dosledno ravnanje do ljudi se resnično zato tako težko realizira, ker je najtežje biti dosleden do sebe. To zahteva veliko samodiscipline in urejenosti na celotnem življenjskem področju, drugače naše ravnanje ni v skladu z našo osebnostjo, to pa ljudje takoj prepoznajo.

Kako obvladovati svoj bogati notranji čustveni svet, ki je vedno na preizkušnji. Človek razpolaga s svojo duhovno razsežnostjo tudi zato, da se lahko odloči, ali bo popustil čustvom ali ne. Če si kot posamezniki prizadevamo biti prijazni, vljudni, pozorni, trdni pri svojih odločitvah, bodo tudi odzivi drugih do nas podobni.

Problem je ponavadi v tem, da se najprej oziramo na druge in če vidimo, da so na primer nevljudni, mislimo, da se nam več ne »izplača« truditi za prijaznost. Toda, če izhajamo iz sebe in najprej sami naredimo, kar se nam zdi pravilno, potem na ta način povečujemo možnosti, da se tudi drugi začno odzivati podobno. V prvem primeru pa so možnosti za spremembo zelo majhne.

S tako osredotočenostjo na samega sebe dosežemo neko stopnjo zavedanja, ki nam omogoča, da izboljšamo komunikacijo in odnose z drugimi. To je proces in vodilo, ki poteka skozi vse življenje. Ob takem razmišljanju smo nenehno pripravljeni oceniti svoje izkušnje in podoživljati svojo vlogo v socialnih odnosih in moralnih presojah.

Poznavanje samega sebe je proces, ki zahteva ponovno ocenjevanje našega sveta in obzorja delovanja, novih smeri in ocen. Biti zvest samemu sebi ne pomeni, kljub nasprotnim izkušnjam, slepo vztrajati na nečem, v kar verjamemo. Pomeni, da ne pristanemo na spremembe zaradi enih ali drugih vplivov, pritiskov ali zaradi socialne zaželenosti.

Pomeni tudi videti, da je naše delo in ravnanje v nas samih potrjeno z nekimi splošno veljavnimi vrednotami, ki se ne obračajo po vetru. Pri vztrajanju na nivoju notranjega zadoščenja to zahteva pristop, ki je odprt do pozitivnih in dobronamernih vplivov drugih ljudi. Biti odprt in nenehno izprašujoč. Imeti lastno identiteto, moč, pomeni biti oborožen s samozavedanjem.

Delo na sebi je torej predpogoj za dobre odnose z drugimi v vseh življenjskih situacijah. Kadar ima posameznik odgovorne naloge, pa to hkrati pomeni tudi več dela in odgovornosti do sebe. Pomeni smiselno razporejanje svoje življenjske moči za naloge in odnose, ki so v danem trenutku najbolj potrebni.

5 Zaključek

Osebnostne vrednote zdravstvenega delavca so rezultat osebne izbire in odločitve. Vsak posameznik je odgovoren za to, da so njegovi odzivi na življenjske izzive čim bolj v skladu z zahtevami etičnih in moralnih zakonov. Ne gre samo za to, da je zdravstveni delavec uspešen pri svojem delu v smislu zahtev delovnega mesta, ampak predvsem v iskanju smiselnih nalog, ki »čakajo« na vsakega posameznika in bodo tudi največ prispevale k zadovoljstvu tistih, ki bodo deležni njihovih del, pa tudi k osebnemu zadovoljstvu.

LITERATURA

1. Brečko, D. (1998). Kako se odrasli spreminjamo. Radovljica: Didakta.
2. Frankl, V. E. (1981). The will to meaning: foundations and applications of logotherapy. New York: New American Library.
3. Frankl, V. E. (2006). Človek pred vprašanjem o smislu. Izbor iz izbranega dela. Ljubljana: Pasadena.
4. Frankl, V. E. (2010). Biti človek pomeni najti smisel. Ljubljana: Novi svet.
5. Musek, J. (1993). Osebnost in vrednote. Ljubljana: Educy.
6. Musek, J. (1995). Ljubezen, družina, vrednote. Ljubljana: Educy.
7. Petrovič Erah, P. (2004). Asertivnost; zakaj jo potrebujemo in kako jo pridobimo. Nazorje: Argos.
8. Zalokar Divjak, Z. (2001). Jaz in ti – medosebni odnosi v sodobnem času. Krško: Gora.

Zdenka Zalokar Divjak, PhD

The personal maturity of health workers as a condition to work with patients

KEY WORDS: *personality maturity, meaning, patients, family, safety*

ABSTRACT - *Health professionals are in constant interaction with patients, their relatives and even co-workers in work teams. The expertise acquired by a health professional in formal education is certainly important, but what is his personality is more important. Training to improve the professional competence is largely focused on the doctrine of nursing. The article points out the educational opportunities for the personal growth of health workers. Work with patients and psychological support to families require personally mature individuals who strive for a high degree of courtesy in interpersonal relations, especially in life-threatening situations such as death, disability, age and loss. Logotherapy teaches that life makes sense in all life situations. It depends on the individual's personality and maturity whether he uses his spiritual potential for a positive attitude and to help people, or gets exhausted by daily work, which increases the chances of compromising patient's safety.*

Absentizem med medicinskimi sestrami v intenzivni terapiji

UDK 331.316:614.253.5

KLJUČNE BESEDE: absentizem, medicinske sestre, intenzivna terapija

POVZETEK - Zdravstveni absentizem (začasna zadržanost z dela zaradi bolezenskih razlogov oz. t. i. bolniški stalež) predstavlja v Sloveniji resen družbeni, organizacijski in pravni problem, ki ima tudi občutne ekonomske posledice za delavce, delodajalce, narodno gospodarstvo in področje obveznega zdravstvenega zavarovanja. Delo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov (MS/ZT) je fizično in psihično zelo naporno. Še posebej se to odraža na oddelkih intenzivne terapije. Bolniki so zelo zahtevni in največkrat se svojega stanja ne zavedajo. Veliko je dejavnikov, ki vplivajo na delo MS/ZT. Med najbolj splošnimi so delo v izmenah, odgovornost pri delu, pomanjkanje časa za opravljanje dela, pomanjkanje osebja, vse to povzroča psihično in telesno izčrpanost. Namen prispevka je pokazati, kolikšen je pravzaprav absentizem medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v enoti intenzivne terapije. V raziskavo je bilo vključenih 30 medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, razdeljenih je bilo 30 anketnih vprašalnikov. Podatke smo kvantitativno obdelali s pomočjo računalniškega programa Excel in s pomočjo tabel prikazali pridobljene rezultate. Večini se zdi delo v intenzivni terapiji stresno in jih pogosto izčrpa. Večina medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov pri sebi opaža več znakov stresa, predvsem: utrujenost, razdražljivost in izčrpanost.

1 Uvod

Zdravstveni absentizem (začasna zadržanost z dela zaradi bolezenskih razlogov oz. t. i. bolniški stalež) predstavlja v Sloveniji resen družbeni, organizacijski in pravni problem, ki ima tudi občutne ekonomske posledice za delavce, delodajalce, narodno gospodarstvo in področje obveznega zdravstvenega zavarovanja. Obstajajo številni dejavniki, ki vplivajo na višino zdravstvenega absentizma (www.gzs.si). Delo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov (MS/ZT) je fizično in psihično zelo naporno. Še posebej se to odraža na oddelkih intenzivne terapije. Bolniki so zelo zahtevni in največkrat se svojega stanja ne zavedajo. Veliko je dejavnikov, ki vplivajo na delo MS/ZT. Med najbolj splošnimi so delo v izmenah, odgovornost pri delu, pomanjkanje časa za opravljanje dela, pomanjkanje osebja, vse to povzroča psihično in telesno izčrpanost.

2 Absentizem

2.1 Definicija absentizma

Pojem absentizem izhaja iz latinske besede »absens«, kar pomeni odsotnost ali izostanek. Definicije za absentizem so zelo različne. Običajno pomeni celotno nepriso-

tnost na delovnem mestu. Sem štejemo izostanke, zamude, izhode, odsotnost z dela na delu. Ker nimamo vseh ustreznih podatkov o spremljanju absentizma, največkrat v podjetju govorimo le o tistem absentizmu, ki je omejen na celodnevne izostanke. Za absentizem lahko rečemo, da je bolj reakcija na določeno nezadovoljstvo kot pa navada (Florjančič, Ferjan, Bernik, 1999). Absentizem imenujemo odsotnost zaposlenih z dela oz. začasno zadržanost z dela zaradi bolezenskih vzrokov (bolezen, poškodba, nega svojca in drugi razlogi, ki jih omenja zakon). Pod pojmom zdravstveni absentizem razumemo izgubljene delovne dneve oz. čas, ko zaposleni začasno ne more delati zaradi bolezni ali poškodbe. To ga loči od invalidnosti, ki je trajna zadržanost z dela zaradi bolezenskih razlogov. Imata pa veliko skupnega, saj se invalidnost začne z boleznijo oz. poškodbo in začasno nezmožnostjo za delo. Odsotnost z dela zaradi bolezni delodajalce v povprečju stane nekaj manj kot pet odstotkov mase plač na leto. Za srednje veliko podjetje je to lahko tudi okoli 50 tisoč evrov na mesec oziroma skoraj pol milijona evrov na leto. Na ravni države je vsak dan na bolniškem dopustu v povprečju 35 tisoč zaposlenih, kar nas vse stane dva odstotka BDP.

2.2 Vrste absentizma

Absentizem lahko delimo glede na trajanje in glede na frekvenco. Problemi, ki jih povzroča absentizem, se kažejo predvsem takrat, ko se poveča frekvenca, in ne toliko, ko se poveča trajanje absentizma v podjetju (Florjančič, Ferjan, Bernik, 1999).

Možina (1975) pri absentizmu loči naslednje informacijske podatke:

- oblika ali kategorija absentizma - različni izostanki, ki so lahko opravičeni oziroma neopravičeni; ti pa so: bolniški, študijski, službeni izostanki,
- frekvenca absentizma - izostanki, ki so pri nekaterih ljudeh in vrstah aktivnosti bolj ali manj pogosti,
 - trajanje absentizma, ki lahko sestoji iz: krajših zamud (prihajanje, odhajanje), nekajurnih do enodnevnih izostankov, izostankov, ki trajajo več dni,
 - distribuiranost izostankov: v teku leta (tedna, meseca) pri različnih kategorijah zaposlenih.

2.3 Vzroki za absentizem

Na absentizem vplivajo:

1. zdravje in življenjski slog

- dedne bolezni/slabo zdravje,
- kajenje,
- prekomerno uživanje alkohola,
- pomanjkanje gibanja,
- prekomerna telesna teža;

2. odnos do dela in stres

- nezadovoljstvo pri delu,
- karierno nezadovoljstvo,

- ☐ izguba službe v prihodnosti,
- ☐ organizacijske obveznosti (sestanki),
- ☐ stress;

3. delovno mesto

- ☐ delovni vzorci (disciplina, medsebojni odnosi),
- ☐ zdravje in varnost (pri delu),
- ☐ oddaljenost od dela,
- ☐ nadure;

4. domači in sorodstvo

- ☐ spol,
- ☐ število otrok, mlajših od 16 let,
- ☐ pomanjkanje fleksibilnosti delovnega časa.

Slovenija sodi v skupino držav, ugodnih za zavarovance v bolniškem staležu. Višina nadomestil je med najvišjimi, čakalnih dni ni, poleg tega smo ena od redkih držav, kjer celo ni zakonske omejitve glede trajanja bolniškega staleža. Če upoštevamo vse elemente normativne ureditve, bi jo po nerestriktivnosti celo lahko uvrstili v vrh evropskih držav (povzeto po Vučkovič, 2008).

3 Metode

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela, s katero je opisan pomen absentizma, njegovi znaki in njegovo preprečevanje. Prav tako je uporabljena kvalitativno-kvantitativna metoda dela, kjer smo s pomočjo anketnega vprašalnika pridobili potrebne podatke za razumevanje vpliva absentizma na MS in ZT v enoti intenzivne terapije na kliničnem oddelku za kirurgijo srca in ožilja. Anketa je bila izvedena oktobra 2011. V raziskavo je bilo vključenih 30 medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, razdeljenih je bilo 30 anketnih vprašalnikov. Uporabili smo anketni vprašalnik, ki je vseboval vprašanja zaprtega tipa. Tako smo pridobili potrebne podatke, ki smo jih kvantitativno obdelali s pomočjo računalniškega programa Excel in s pomočjo tabel prikazali pridobljene rezultate.

4 Rezultati in razprava

V raziskavo je bilo vključenih 30 medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, od tega je 86,7 % zaposlenih na Kliničnem oddelku za kirurgijo srca in ožilja v enoti intenzivne terapije in nege žensk, 13,3 % pa moških. Večina (60 %) anketirancev je starih med 26 in 40 let, kar je razvidno iz tabele 1.

Tabela 1: Starost anketirancev

Starost	F	F%
18-25	5	16,7
26-40	18	60
41 in več	7	23,3

Vir: Anketni vprašalnik, 2011.

Večino zaposlenih v intenzivni terapiji in negi predstavlja mlad kader (26-40 let). Največ zaposlenih ima srednješolsko izobrazbo, kar je 53,2 % vseh zaposlenih, sledijo pa zaposleni z visokošolsko izobrazbo (40 %), kar je razvidno iz tabele 2. Še vedno je povečana potreba po zaposlovanju kadra z visokošolsko izobrazbo ter izrednem izobraževanju srednješolskega kadra.

Tabela 2: Stopnja izobrazbe anketirancev

Stopnja izobrazbe	F	F%
srednješolska	16	53,2
višje šolska	1	3,4
visokošolska	12	40
univerzitetna	1	3,4

Vir: Anketni vprašalnik, 2011.

Tabela 3: Vzroki odsotnosti v zadnjih 5 letih.

Odgovori	Zelo pogosto	Pogosto	Občasno	Redko	Nikoli
	F/F%	F/F%	F/F%	F/F%	F/F%
Bolezen do 30 dni	0/0	2/6,6	5/16,7	13/43,4	10/33,3
Bolezen nad 30 dni	0/0	1/3,4	2/6,6	6/20	21/70
Poškodba pri delu	0/0	0/0	0/0	3/10	27/90
Poškodba izven dela	0/0	0/0	2/6,6	7/23,4	21/70
Porodniška	0/0	3/10	2/6,6	1/3,4	24/80
Koriščenje ur	0/0	3/10	8/26,7	8/26,7	11/36,6
Bolniška zaradi otrok	0/0	2/6,6	4/13,4	2/6,6	22/73,4

Vir: Anketni vprašalnik, 2011.

Iz tabele 3 je razvidno, da je pri večini anketirancev najpogostejši vzrok odsotnosti z dela v zadnjih 5 letih: bolezen do 30 dni, bolezen nad 30 dni, poškodba izven dela ter koriščenje ur. Na bolniško odsotnost medicinskih sester vplivajo poleg objektivnega zdravstvenega stanja številni drugi dejavniki iz domačega, delovnega in širšega življenjskega okolja.

Raziskave po Evropi kažejo, da Evropejci svoje zdravstvene težave povezujejo predvsem z delovnim mestom in razmerami, v katerih delajo. Kar dve tretjini Slovencev meni, da delo vpliva na njihovo zdravje. Za zdravstvene težave najbolj krivijo službo delavci iz vzhodnoevropskih držav, medtem ko tako meni le četrtnina Britancev, Nemcev in Francozov. Raziskava ugotavlja, da so zdravstvenemu tveganju najbolj izpostavljeni delavci, ki delajo v kmetijstvu, gradbeništvu, proizvodnji, prometu in zdravstvu. Med zdravstvenimi težavami, povezanimi z delom, ki največkrat pestijo delavce, so bolečine v ramenih in vratu, utrujenost, stres, glavobol, razdražljivost, težave s spanjem, vidom in sluhom.

5 Sklep

Za uspešno zmanjševanje absentizma na delovnem mestu morajo skrbeti vsi, tako država kot institucije, ki izvajajo zdravstveno zavarovanje, združenja delodajalcev, sindikati. Veliko vlogo imajo tudi zdravstvene institucije in zaposleni. Ti bi morali na prvo mesto postaviti svoje zdravje, ki je temeljna človekova pravica in globalni socialni cilj. Delodajalci pa bi morali ponuditi svojim zaposlenim ergonomsko delovna mesta in nagrade za popolno navzočnost, pogovore v obliki letnih pogovorov z zaposlenimi, pogovor vodje z odsotnim delavcem po vrnitvi na delo po dolgotrajnejši bolniški odsotnosti. Obvladovanje absentizma bi moralo postati del organizacijskega procesa v zdravstveni negi, saj njegovo uravnavanje pripomore k večji učinkovitosti pri delu in k zadovoljstvu zaposlenih.

LITERATURA

1. Čuk, A. K. (1996). Psiho-socialni aspekti absentizma v industriji. Ljubljana: Inštitut za sociologijo in filozofijo pri Univerzi v Ljubljani.
2. Fakin, S. (2010). Zdravstveni absentizem v Sloveniji. Pridobljeno, 20. 10. 2011 s <http://www.gzs/>.
3. Florjančič, J., Ferjan, M., Bernik, M. (1999). Planiranje in razvoj kadrov. Kranj: Moderna organizacija.
4. Možina, S. (1975). Kadrovska politika v pogojih samoupravljanja. Kranj: Moderna organizacija.
5. Vučkovič, R. (2008). Obvladovanje zdravstvenega absentizma. Ljubljana: Projekt ZZZS.

Zoran Zarič

Absenteeism among nurses in intensive therapy

KEY WORDS: *absenteeism, nurses, intensive therapy*

ABSTRACT - In Slovenia, medical absenteeism (temporary inability to work because of a disease) is a serious social, organisational and legal problem, which also has significant economic consequences for workers, employers, the national economy and the compulsory health insurance. The work of nurses and health technicians is especially physically and mentally exhausting. This is, above all, reflected in the intensive therapy departments. Patients are very demanding and often unaware of their condition. There are many factors that influence the work of nurses in the intensive therapy unit. The most common are work in shifts, responsibility at work, lack of time to perform work and personnel shortages, which leads to mental and physical exhaustion. The aim of this paper is to show the actual degree of work-related absenteeism of nurses and health technicians in the intensive therapy unit. The study included 30 nurses and health technicians and 30 questionnaires were distributed. The data were quantitatively analysed by the Excel program and the tables were used to show the results obtained. The majority feels that the work in intensive therapy is stressful and often exhausting. Most nurses and health technicians notice and feel more signs of stress, especially tiredness, irritability and exhaustion.

Varna predoperativna priprava pacienta

UDK 617-089:616-083

KLJUČNE BESEDE: pacienti, varnost, perioperativa, zdravstvena nega, predoperativni strah, predoperativni stres

POVZETEK - Dostop do kakovostne zdravstvene oskrbe je osnovna človekova pravica. V skladu s tem dejstvom imajo bolniki pravico pričakovati, da bo ves trud vložen v zagotovitev varnosti njih kot uporabnikov zdravstvenih storitev. Določena je v Zakonu o pacientovih pravicah kot pravica bolnikov do varstva pred nepotrebnimi škodljivimi posledicami in morebitnim tveganjem v zvezi z zdravstvenim varstvom. Varnost bolnikov je zelo pomembna tudi v predoperativni pripravi pacienta. Dobro vemo, da se pacienti v tem obdobju soočajo s strahom, ki posledično povzroča stres. Zdravstveni delavci jih moramo dobro psihično in tudi fizično pripraviti, kar lahko dosežemo s predoperativno informiranostjo pacientov. Dokazano je, da bolniki z nižjo stopnjo strahu lažje in hitreje okrevajo, kar vodi k njihovem večjemu zadovoljstvu z operativnim posegom in okrevanjem po njem. Posledica lažjega in hitrejšega okrevanja bolnikov je zmanjšanje stroškov. Predstavili bomo pomanjkljivosti v predoperativni obravnavi, poudarili pomen predoperativne informiranosti za dobro fizično in psihično pripravo pacienta z vidika njegove varnosti, v grobem predstavili klinične poti in predoperativno šolo, ki jo izvajamo v novomeški bolnišnici pri pacientih pred operacijo za vstavev kolčne in kolenske endoproteze. Tako jih želimo o tem čim bolj poučiti že pred operativnim posegom, odgovoriti na njihova vprašanja, zmanjšati njihov strah in predoperativni stres ter zagotoviti čim bolj varno obravnavo.

1 Uvod

Pacienti, predvideni za operativni poseg, so pod stresom, zato je potrebna dobra psihična in fizična priprava le-teh, da se ta stres zmanjša. To se lahko doseže z dobro predoperativno pripravo pacientov, predpogoj tega pa je dobra komunikacija med zdravstvenimi delavci v timu, pa tudi med posameznim zdravstvenim delavcem in pacientom. Na ta način pride pacient do željenih informacij, zato mu nudimo varnejšo zdravstveno oskrbo, saj si lahko z določenim predznanjem veliko pomaga tudi sam, da do možnih zapletov po operaciji ne bi prišlo.

2 Operativni poseg

Operativni poseg je invazivna oblika zdravljenja, ki prizadene človekovo duševnost in spremeni notranje ravnovesje. Priprava bolnika na anestezijo in operativni poseg je odvisna od tega, ali gre za nujno ali načrtovano operacijo.

2.1 Nujni operativni poseg

Pri nujni operaciji nam primanjkuje časa, zato pred operacijskim posegom opravimo le najnujnejše preiskave, kot so: določanje krvne skupine in Rh-faktorja, pregled

srca in pljuč, pomembnejše biokemične preiskave krvi. O nujni operaciji govorimo takrat, ko bi vsako odlašanje operacijskega posega ogrozilo bolnikovo življenje. To so hujše krvavitve, zapore dihalnih poti, črevesa ali hujše infekcije, ki jih ne moremo odvladati s konzervativnim zdravljenjem (Miksić et al., 2003).

2.2 Načrtovan operativni poseg

Načrtovano ali elektivno operacijo opravimo zaradi bolezni, ki neposredno ne ogroža bolnikovega življenja, je pa najboljša metoda zdravljenja. Pri teh operacijah je več časa za bolj zapletene predoperativne preiskave in s tem bolj varno pripravo, ki jo delimo na:

- psihično,
- fizično in
- administrativno pripravo (Miksić et al., 2003).

2.3 Pomanjkljivosti v predoperativni obravnavi:

- neopravljen obisk pacienta pred operativnim posegom (pomanjkljiva psihična in fizična priprava),
- pomanjkljiva zdravstvena in negovalna dokumentacija (nepravilna ali pomanjkljiva diagnoza ali indikacija za operativni poseg, neopredeljena stran posega – pri parnih organih, opravljeni predhodni operativni posegi, vsadki, alergije, bolezni ...),
- neustrezna identifikacija pacienta (zamenjava pacienta),
- napake pri namestitvi pacienta na operacijsko mizo (nepripravljena operacijska miza, lega preko roba, stik kože z operacijsko mizo, napačna priprava strani operativnega polja ...),
- zaposleni se obnašajo kot solisti in ne kot člani tima,
- neupoštevanje aseptične metode dela,
- nepripravljena operacijska soba, aparature, operacijska ekipa.

2.4 Nameni predoperativne priprave:

- seznaniti se z zahtevnostjo in obsegom operativnega posega,
- ugotoviti bolnikovo zdravstveno stanje na osnovi anamneze, pregleda, laboratorijskih testov, poprejšnje medicinske dokumentacije in predvideti okoliščine, ki lahko vplivajo na perioperativne zaplete,
- če je potrebno, dobiti mnenja drugih specialistov za zmanjšanje nevarnosti razvoja perioperativnih zapletov,
- načrtovati predoperativne medikacije, anestezijske tehnike in način anestezije ter pooperativni nadzor,
- seznaniti bolnika z operativnim posegom, načinom anestezije, možnostmi zapletov in pooperativne analgezije,
- komunikacija anesteziologa v predoperativni pripravi na eni strani z bolnikom, na drugi s kirurgom, splošnim zdravnikom in anestezijsko skupino,

- natančno vodenje medicinske dokumentacije o predoperativni pripravi (Zupančič et al., 2010).

2.5 Psihična priprava bolnika na operativni poseg

Psihična priprava bolnika na anestezijo in operacijo se začne takrat, ko se zdravnik operater odloči za operativni poseg. Potrebna je pri vseh operativnih posegih, pa čeprav jo zelo radi zanemarjamo. Osnova psihične priprave je dobra informiranost. To je težko delo in od človeka zahteva veliko znanja, izkušenj, empatičnega odnosa in splošne človeške zrelosti, da zadosti vsem njegovim zahtevam in željam, pa tudi željam njegovih svojcev. Na osnovi dobre informiranosti pacienta zmanjšamo bolnikov strah, stres in bolečino (Seničar, 2006).

Bolnika moramo obravnavati celostno. Vedeti moramo, da bolnik ni predmet, ki ima zaradi bolezni ali poškodbe motene funkcije, ampak je človek, na katerega vplivajo telesni, duševni, socialni in kulturni stiki. Uspeh operacije je velikokrat odvisen od tega, kako znamo pri bolniku spodbuditi voljo do življenja in ga prepričati, da bo operacija uspela (Seničar, 2006).

Vsaka anestezija in operativni poseg predstavljata stres pri pacientu, ki ga strah v predoperativnem obdobju še potencira, posledica tega pa so negativni patofiziološki učinki na ves organizem. Veliko strahu nastaja pri sumu na maligno obolenje. Strah pred bolečino, spremembo telesne podobe, invalidnostjo je lahko realen ali pa namišljen, velikokrat zaradi slabih informacij ali zastrašujočih pripovedi znancev. Pogosto so ljudje zaskrbljeni tudi zaradi morebitne izgube delovnega mesta, finančnih težav in s tem težav, povezanih z družino (Ivanuša, Železnik, 2000). Pri nekaterih je strah pred operacijo tako velik, da ne morejo niti govoriti o njem, zato jih ta težava spremlja tudi v postoperativnem obdobju (Brdnik, 2009). Lahko se kaže kot jeza, zamerljivost, zmedenost, depresija, lahko pa se kaže tudi kot umikanje pogleda, grizenje ustnic, kot avtomanipulacije in podobno, kar pri odraslih osebah običajno interpretiramo kot izraz velike napetosti (Kovačev, 1995). Taki bolniki so tudi bolj občutljivi kot tisti z manjšim strahom pred operacijo. Bolnik, ki je ustrezno poučen in se lahko pogovarja o vzrokih za bojazen, bo po operaciji lažje sodeloval in tudi obvladal neprijetnosti in neugodja (Brdnik, 2009).

V raziskavi, ki je bila narejena v eni izmed slovenskih bolnišnic, so rezultati prikazali stopnjo strahu pred operacijo in prisotnost strahu po prejetih informacijah. Na vprašanje, ali je bilo anketirane strah operativnega posega, jih je pritrdilo, da jih je bilo zelo strah 24 (25,5 %) anketiranih, 56 (59,6 %) jih je menilo, da jih je bilo malo strah, 14 (15 %) pa jih je odgovorilo, da jih ni bilo strah.

V raziskavi je bilo ugotovljeno, da je bilo anketirane, kljub pridobljenim informacijam s strani zdravstvenih delavcev, še vedno strah operacije. Z »Da« je odgovorilo 24 (25,5 %), z »Ne« 33 (35,1 %), z »Delno« pa 37 anketiranih (39,4 %).

Strah po prejetih informacijah je pri anketiranih za 20,2 % manjši, zato lahko trdimo, da komunikacija med bolnikom in zdravstvenimi delavci močno vpliva na zmanj-

šanje predoperativnega stresa. Še vedno pa je delež strahu pri pacientih po prejetih informacijah precej visok.

Zdravstveni delavci se glede na strah srečujemo z dvema skupinama bolnikov. Prva so bolniki z visoko ravno strahu, o katerem govorijo naglas, vtisnejo si ga v zavest, kasneje pa se stresna raven zelo težko zniža. Ti bolniki zahtevajo, da se veliko ukvarjamo z njimi, da jih imamo ves čas pod nadzorom in si ne morejo predstavljati, da bi bili sami. Druga skupina strah zataji, o njem ne govorijo, čeprav so v hudem stresnem stanju. Zavestno se trudijo, da strahu ne pokažejo. Tudi ti bolniki zahtevajo veliko našega truda in časa, da jim strah omilimo (Anderson, Wallen in Mark, 1987).

Osnovo za dobre medsebojne odnose predstavljata učinkovita besedna in nebesedna komunikacija, ki sta vselej rezultat medicinske sestre in pacienta. Vsak v ta proces vstopa s svojim znanjem, prepričanju in vrednotami. Za uspešno komunikacijo je pomembno le to, da se tega ves čas zavedamo in sprejemamo kot obliko drugačnosti. Naš cilj v procesu komuniciranja naj ne bi bil strinjanje, temveč razumevanje sogovornika (Jankovec, 2006).

2.6 Informiranje pacienta in pojasnilna dolžnost

Informiranje je splošno gledano opisovanje in razlaganje pretežno v smislu enosmerne komunikacije, medtem ko je učenje interaktiven proces. Pomembno je, da zdravstveni delavci za vsakega bolnika posebej ocenijo, kako mu bodo posredovali informacije. Trije od štirih bolnikov slabo razumejo predlagane načine zdravljenja raka, njihovo razumevanje pa je povezano z inteligenco, starostjo in življenjskim slogom, kar kaže na to, da moramo pri vsakem bolniku oceniti stopnjo razumevanja in temu prilagoditi način informiranja in učenja (Klemenc, 2004).

Mednarodni svet medicinskih sester je objavil izjavo o stališčih v zvezi z informiranimi pacienti, ki je zasnovana na čedalje obsežnejši strokovni literaturi v prid mnenju, da imajo obveščeni pacienti več možnosti, da bodo dosegali boljše rezultate zdravljenja, raje sprejeli in upoštevali preventivne ukrepe, sami sebi uspešneje postavili diagnozo in odpravili manjše zdravstvene težave, poznali svarilne znake resnih bolezni ter prej poiskali pomoč zdravstvenih služb, bolj upoštevali navodila in ne bodo napačno uporabljali zdravil ali pa jih zlorabljali (Klemenc, 2004).

Z uvajanjem pojasnilne dolžnosti se normalen odnos med zdravstvenimi delavci in bolnikom šele prične in pomeni temelj vzpostavitve zaupanja. Bolnik mora vedeti, v kaj se pri določenem načinu zdravljenja podaja, obveščen mora biti o svojem stanju in možnostih, kajti šele to mu zagotavlja pravico do resničnega odločanja. Način pojasnila mora biti prilagojen stopnji starostne zrelosti, izobrazbe in siceršnje inteligence ob upoštevanju lastnosti posameznika in stanja bolezni ali poškodbe. Informacija mora biti prilagojena posamičnemu bolniku, predstavljena na razumljiv način, vključevati mora običajna tveganja predlaganega zdravljenja ter nujnost posega oziroma posledice njegove opustitve. Bolnik mora imeti na voljo čas za premislek in odločitev ter ne sme biti zaveden ali izpostavljen prisili odločanja (Klemenc, 2004).

2.7 Privolitev pacienta na operativni poseg

Privolitev je izraz posameznikove volje, ki ji sodobna pravna teorija pripisuje odločilno vlogo, saj poudarja pomen človekove svobodne volje oziroma bolnikovega pristanka, kar daje privolitvi nove razsežnosti (Buček Hajdarević, 2001). Povezana je s predhodno opravljenimi dejanji, kot je pojasnilo oziroma pojasnilna dolžnost. Privolitev je neoporečna, če je celovita tako v strokovnem kot v zaupnem pogledu. Bolnik mora biti z vsem seznanjen predhodno, ne pa šele med posegom. Brez predhodnega soglasja se poseg lahko opravi le, če bolnik zaradi svojega zdravstvenega stanja o tem ne more odločati. Za otroke do petnajstega leta starosti in osebe pod skrbništvom uveljavljajo pravice njihovi starši oz. skrbniki. Ob privolitvi bolnika pa je treba upoštevati tudi objektivni interes bolnika do zdravljenja in njegovo trenutno psihično stanje v izrednih okoliščinah, kot sta npr. poskus samomora in evtanazija, ko bolnikove volje, ki je podvržena čustvenim reakcijam, zaradi etične maksime vzdrževanja življenja, ni mogoče upoštevati (Klemenc, 2004).

Če imamo pacienta, ki je predviden za določen operativni poseg, imamo zdravstveni delavci dovolj časa, da ga dobro informiramo in da ga kar se da tudi dobro fizično in psihično pripravimo za sprejem v bolnišnico in na operacijo. Priprava bolnika na ambulantni operativni poseg prav tako zahteva psihično in fizično pripravo. Bolnik ob pregledu v specialistični ambulanti dobi datum in uro posega ter navodila glede priprave. Operativni poseg lahko operater opravi, ko pacient na posebnem obrazcu s svojim podpisom potrdi, da se s posegom strinja. Ena izmed možnosti za boljšo fizično in psihično pripravo pacienta na operativni poseg so klinične poti, ki jih v slovenskih bolnišnicah izvajamo za sprejem pacientov na nekatere predvidene operacije, ponekod pa se izvajajo tudi predoperativne šole pacientov, kjer imajo možnost seznanitve s celotnim pred-, med- in pooperativnim dogajanjem. Rizični pacienti, ki bi jim njihovo trenutno zdravstveno stanje lahko ogrozilo stanje med in po operaciji, so pred operacijo napoteni še v preanesteziološko ambulanto.

V fazi priprave pacienta na operativni poseg, je pomemben timski pristop k delu različnih strokovnjakov v zdravstvu. Sestavljajo ga:

- ☐ osebni zdravnik in medicinska sestra v splošni ambulanti, patronažna medicinska sestra, sestra iz socialnovarstvenih zavodov,
- ☐ zdravnik operater,
- ☐ zdravnik anesteziolog,
- ☐ oddelčna medicinska sestra,
- ☐ operacijska medicinska sestra,
- ☐ anestezijska medicinska sestra,
- ☐ psiholog,
- ☐ duhovnik,
- ☐ svojci,
- ☐ socialni delavec in
- ☐ tisti, ki jih bolnik še posebej želi za pomoč pri obvladovanju strahu pred operacijo, posledicami in morebitno invalidnostjo (Seničar, 2006).

2.8 Pregled pri osebnem zdravniku

Bolniki se za pregled pri izbranem osebnem zdravniku naročajo po telefonu. Akutno poškodovani pa so pregledani tudi brez predhodnega naročila pri urgentnem zdravniku, če je osebni zdravnik odsoten, ali ga ne more pregledati. Če pacient toži o težavah, za katere meni osebni zdravnik, da jih mora predstaviti specialistu, ga le-ta napoti s posebno napotnico k njemu. Če je potreben operativni poseg, je najbolje, da mu izda napotnico, ki bo veljavna dalj časa. Napotnica je listina, s katero osebni ali napotni zdravnik prenaša pooblastila za ugotavljanje ali zdravljenje bolezni na druge zdravnike na isti ali višji ravni zdravstvene dejavnosti. Ker je ta pomemben dokument vezan na zdravstveno zavarovanje, omogoča zavarovancem brezplačno zdravstveno varstvo v skladu s pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja. Formalno je napotnica veljavna takrat, ko je pravilno izpolnjena. Izpolni jo lahko le zdravnik, s katerim ima zdravstvena zavarovalnica posredno ali neposredno sklenjeno pogodbo. Časovna omejitev napotnice začne teči z dnem, ko specialist, h kateremu jo je splošni zdravnik napotil, sprejme zavarovano osebo - pacienta na pregled, zdravljenje ali v obravnavo (Ambrožič, 2011).

2.9 Pregled pri specialistu

K specialistu je napoten pacient s specifičnimi zdravstvenimi težavami. V specialistični ambulanti ga specialist pregleda, mu razloži potek operacijskega posega, morebitna tveganja in komplikacije, ki so povezane s tem, in določi datum posega. Ponavadi ga operira ta isti specialist.

V specialistični ambulanti pacient običajno dobi:

- ☐ ambulantni izvid, ki vsebuje tudi način obravnave, vrsto in datum operativnega posega, telefonsko številko,
- ☐ navodilo za sprejem v bolnišnico,
- ☐ pisno soglasje za anestezijo, operativni poseg in morebitno transfuzijo,
- ☐ izjavo o posredovanju podatkov o njegovem zdravstvenem stanju,
- ☐ pisno informacijo o operativnem posegu in anesteziji,
- ☐ napotnico za pregled pri transfuziologu za dogovor o avtotransfuziji za večje operacije, kot so npr.: ortopedske,
- ☐ rizični pacienti dobijo napotnico in datum za pregled v preanesteziološki ambulanti 7–10 dni pred posegom,
- ☐ obvestilo osebnemu zdravniku (Rešetič in Bojanc, 2010).

2.10 Pregled v preanesteziološki ambulanti

Običajno pred pregledom v preanesteziološki ambulanti pacient opravi pri osebnem zdravniku vse potrebne preiskave in pride na pregled k anesteziologu, ki se z njim pogovori o predhodnih hospitalizacijah in anestezijah, o zdravilih, ki jih jemlje, o morebitni antikoagulantni terapiji in preobčutljivosti na zdravila, o kajenju in pitju alkohola. Pregleda izvide, ki jih prinaša s sabo, ter mu da potrebna predoperativna

navodila in napiše izvid z mnenjem o sposobnosti pacienta za operacijo. Za določanje količine zdravil je anesteziologu zelo pomembno razmerje med bolnikovo telesno težo in višino (Rešetič in Bojanc, 2010).

Če pacienti niso predvideni za v preanesteziološko ambulantno, se srečajo z anesteziologom šele dan pred operacijo ali celo na dan operacije. Ta pregleda vso pacientovo dokumentacijo in njega samega. Pogovori se z njim, mu predstavi možnosti anestezije ter upošteva morebitne želje v zvezi z vrsto anestezije.

2.11 Predoperativna fizioterapija

Pred operativnim posegom se pacient običajno sreča tudi s fizioterapevtom. Ali se srečata že v predoperativni šoli, če jo ustanova izvaja, ali pa se srečata dan pred operacijo, je odvisno tudi od vrste operacije. Fizioterapevt bolniku razloži pomen pravilnega dihanja po operativnem posegu. Nauči ga pravilnega dihanja z izvajanjem dihalnih vaj, pokaže mu vaje za mišično moč posameznih delov telesa, hojo z berglami, opravi ustrezne predoperativne meritve za morebitne opornice, seznanja ga tudi s postopkom pooperativne rehabilitacije. Skratka, fizioterapevt skuša s predhodnim srečanjem ustrezno fizično in psihično pripraviti pacienta na poseg in na lažje izvajanje fizioterapije po posegu, saj dobra priprava lahko bistveno pripomore k ugodnemu izidu operacije (Rešetič in Bojanc, 2010).

2.12 Fizična priprava pacienta dan pred operativnim posegom s strani različnih strokovnjakov

Fizična priprava bolnika na operacijski poseg pomeni doseganje čim boljše fizične kondicije za predvideni operacijski poseg in anestezijo. Z izboljšanjem fizične kondicije lahko zmanjšamo pooperativne komplikacije.

Bolnikom lahko že pred operacijo dovajamo tekočino in elektrolite, ki jih predpiše zdravnik, saj priprava na operativni poseg in sam poseg predstavljata stres za organizem, kar lahko privede do izsušitve. Bolniki, ki so slabše hranjeni, imajo predpisano dieto, ki je obogatena z beljakovinami, ogljikovimi hidrati in vitamini. Če tako hrano slabo prenašajo, dobivajo popolno parenteralno prehrano. Čas pred operacijo izkoristimo tudi za ureditev morebitnih drugih obolenj, kot so srčna, pljučna, endokrinološka obolenja, sladkorna bolezen, nastajanje strdkov v žilah ..., ki bi lahko vplivale na nastanek zapletov med in po operaciji.

Fizična priprava na operativni poseg na oddelku

- Predoperativne diagnostične in laboratorijske preiskave, ki jih bolnik ponavadi opravi že pri osebem zdravniku. Če so bila v izvidih odstopanja, izvide na dan pred operativnim posegom ponovimo. Zdravnik lahko s pomočjo patoloških ugotovitev v rutinskih preiskavah ali zaradi narave bolnikove bolezni odredi še posebne preiskave in ostalo diagnostiko. Ponovno se srečata dan pred operativnim posegom tudi zdravnik – operater in pacient za pojasnitev morebitnih vprašanj, ki so se pojavila v času čakanja na operacijo.

- Pred operacijskim posegom pregleda bolnika in njegovo dokumentacijo še anesteziolog, ki ga seznani s potekom anestezije in mu predpiše tudi večerno in jutranje pomirjevalo.
- Pri vsakem bolniku naredimo rutinske preiskave, kot so meritve krvnega tlaka, pulza in temperature. Bolnika stehtamo in zmerimo njegovo višino. Higijenska oskrba bolnika je tudi zelo pomembna. Dan pred operativnim posegom se bolnik okopa, umije lasišče in uredi nohte - odstrani lak. Medicinska sestra skrbi za pravilno in uspešno izvedbo postopkov. Bolniku, ki potrebuje pomoč pri higijenski oskrbi, tudi pomaga. Po higijenski oskrbi se bolnik preobleče v sveže perilo, preoblečemo pa tudi bolniško posteljo.
- Priprava prebavnega trakta je odvisna od vrste in lokacije operativnega posega. Za operacije, ki niso na prebavilih, je dovolj, da je bolnik teščaj 6 ur, pred posegom pa sprazni mehur in črevo. Pri operacijah na prebavilih pa je potrebno čiščenje prebavnega trakta. S tem zmanjšamo pooperativne nevšečnosti, kot so: slabost, bruhanje, napenjanje (Mežek in Martelj, 2009).
- Ustrezno pripravimo tudi bolnikovo kožo. Namen tega je zmanjšati število mikroorganizmov na operativnem polju. Običajno je dovolj čiščenje operativnega polja z umivanjem ali tuširanjem kože z milom. Priprava vključuje tudi odstranjevanje dlak in las. Določen predel je treba obriti. Pri britju je možno, da ranimo kožno površino, to pa lahko povzroči infekcijo; dlake je zato bolj primerno briti neposredno pred posegom ali eno uro pred njim, saj imajo bakterije manj časa za razvoj v ranjeni koži. Brijemo vedno v smeri njihove rasti, in sicer le tiste predele, ki jih operater posebej določi.
- Zvečer pred operativnim posegom dobi bolnik po naročilu anesteziologa pomirjevalo, da se naspri in spočije (Brdnik, 2009).

2.13 Fizična priprava na dan operacije in vloga oddelčne medicinske sestre

Na dan operacije ocenimo bolnikovo stanje. Medicinska sestra dokumentira in obvesti zdravnika o morebitnih odstopanjih pri bolniku, kot so: povišana telesna temperatura, krvni tlak ali srčni utrip, menstruacija, spremembe na koži, slabo psihično počutje bolnika ... Operacija je v takih primerih lahko prestavljena, seveda, če bolnik ni življenjsko ogrožen. Bolnik mora biti tudi na dan operacije higijensko oskrbljen. Pomičen se stušira, si umije zobe, nepomičnemu pa naredimo posteljno kopel, ustno nego ter ga preoblečemo v čisto perilo. Medicinska sestra pripravi tudi operativno polje pacienta po dogovorjenem standardu, izmeri in dokumentira vitalne funkcije in opravi še dodatne naročene intervencije po naročilu zdravnika. Pomembno je, da preveri, če je bolnik podpisal soglasje za operacijo in anestezijo ter soglasje za dovljenje zdravljenja s transfuzijskimi tekočinami, in da poskrbi za zagotovitev njegove varnosti z ukrepi za zaščito pred morebitno zamenjavo ali poškodbo. Ti ukrepi so:

- namestitev identifikacijskega traku na bolnikovo zapestje,
- odstranitev lasulje,
- odstranitev in shranjevanje nakita,
- odstranitev laka in umetnih nohtov,

- odstranitev in varno odstranjevanje očal in kontaktnih leč,
- slušni aparat naj ostane v ušesu, da lahko bolnik sliši navodila, o tem obvestimo operacijsko medicinsko sestro,
- skrb, da bolnik izprazni mehur (Brdnik, 2009).

Seveda je zelo pomembno, da medicinska sestra vse narejeno tudi zabeleži na negovalni list. Ti podatki so v veliko pomoč zdravstveni ekipi v operacijski dvorani, pri nadaljnji pripravi pacienta na operativni poseg. V operacijsko sobo ga peljemo z ležečim vozičkom ali na postelji. Vedno ga mora spremljati sobna medicinska sestra in ga predati operacijski medicinski sestri (Ivanuša in Železnik, 2000).

2.14 Pogovor z medicinsko sestro na oddelku

Medicinska sestra preživi med pripravo na operacijo z bolnikom največ časa. V tem času bolnik doživlja velik strah pred anestezijo in operacijo. Če je pomanjkljivo informiran glede operativnega posega in je zato še bolj prestrašen, je njena naloga, da o tem obvesti zdravnika operaterja ali anesteziologa, da se z njim pogovori. Pogosto je raven strahu bolj izražena kot sam zdravstveni problem in ni nujno, da je pogojena z obsežnostjo zdravstvenega problema. Dokazano je, da raven strahu pomembno vpliva na nadaljnje zdravljenje in da strah vodi k slabšemu fizičnemu okrevanju oz. zdravljenju. Medicinska sestra mora s primernim pristopom že ob prvem stiku z bolnikom v ambulantni ali na oddelku zmanjšati strah in negotovost ter mu pomagati, da bo sprejel svojo bolezen in vse potrebno za operativno terapijo.

Strah lahko do neke mere zmanjša:

- pogovor z bolnikom in svojci,
- pojasnilo in razlaga nejasnosti glede posegov, postopkov in pripomočkov,
- poučevanje o pravilnem dihanju, izkašljevanju in gibanju po operaciji,
- zagotavljanje varnosti in dobrega počutja (Brdnik, 2009).

V komunikacijo in pripravo na operacijo so velikokrat vpleteni tudi bolnikovi svojci, saj mnoge spremljajo že ob sprejemu v bolnišnico. Medicinska sestra mora bolniku in svojcem omogočiti, da lahko govorijo o svojih skrbih in strahovih, ki jih povzroča predvidena operacija – pri tem ugotavlja bolnikovo psihično pripravljenost na operacijo in tako dobiva podatke o vzrokih za strah in zaskrbljenost pri bolniku in svojcih. Bolniki pogosto potrebujejo le priložnost, da izrazijo svoje strahove in skrbi razumevajoči osebi. Člani bolnikove družine mu pogosto niso zmožni nuditi zado- stne opore, saj so sami pod velikim stresom. Za pogovor si moramo izbrati primeren čas in prostor ter tako bolniku in svojcem omogočiti zasebnost. Pomembno je, da na začetku komunikacije dosežemo zaupanje, saj bolniki, ki vzpostavijo zaupljiv odnos z zdravstvenim osebjem, lažje spregovorijo o svojih občutkih. Pri pogovoru se moramo nujno držati svojih pristojnosti (Seničar, 2006).

Bolnika je manj strah, če je dobro pripravljen na razne postopke in posege, ki jih bo morala medicinska sestra pri njem izvajati že pred operacijo. Zato mora razložiti bolniku vse nejasnosti glede posegov, ki jih bo izvajala v okviru zdravstvene nege.

Prav tako ga je manj strah, če ga seznani s pripomočki, kot so: infuzija, kisik, urinski kateter ..., ki jih bo moral imeti po operaciji – kako dolgo, zakaj, ali ga bodo ovirali pri gibanju, higieni in drugih aktivnostih. Obseg informacij je odvisen od prejšnjih izkušenj, zanimanja in prizadetosti bolnika ter svojcev. Najbolje je, da bolnika vprašamo, kaj želi vedeti o operaciji. Tistim, ki so hudo prizadeti zaradi operacije ali jih zelo boli, dajemo čim bolj preprosta pojasnila. Tudi če doživljajo velik strah, informacije običajno preslišijo ali pa si jih ne zapomnijo (Ivanuša in Železnik, 2000).

Bolnika moramo že prej poučiti o aktivnostih, kot so: dihanje, izkašljevanje in gibanje po operaciji. Če s tem začnemo pravočasno, ne izgubljammo časa pri učinkovitosti poučevanja. Najbolje je, če bolnik dobi pojasnila o operaciji in aktivnostih po operaciji že pred sprejemom v bolnišnico. Tako jih lahko doma prebere in tudi že izvaja vaje. Po sprejemu s pomočjo medicinske sestre ali fizioterapevta vaje ponovi. Dobro oblikovan program preoperativnega učenja poveča bolnikovo fizično delovanje, bolnik se psihično bolje počuti, to pa lahko skrajša njegovo ležalno dobo v bolnišnici. Poučevanje bolnika dan pred operacijo ni koristno, ker ga je preveč strah in ne sledi navodilom (Brdnik, 2009). Nekateri bolniki so v veliki nevarnosti, da se pri njih razvijejo pooperativne pljučne komplikacije, zato jih mora fizioterapevt naučiti pravičnega dihanja in izkašljevanja že pred operacijo.

To je predvsem pomembno za bolnike:

- ☐ z inhalacijsko anestezijo,
- ☐ s torakalno operacijo,
- ☐ z operacijo zgornjega abdomna,
- ☐ kadike,
- ☐ s kroničnim pljučnim obolenjem,
- ☐ s tesno povitimi obvezami v predelu abdomna,
- ☐ z mavcem toraksa,
- ☐ s prekomerno težo,
- ☐ v visoki starosti (Ivanuša in Železnik, 2000).

Strah pred operacijo pri bolnikih pogosto povzroča nespečnost in vznemirjenost, zato bolniki v takšnih primerih dobijo sredstva za pomirjanje, in sicer 1 do 2 dni pred operacijo. Če bolniku zdravstveno stanje dopušča, da hodi in se giblje, ga pri tem vzpodbujamo, saj to pospešuje cirkulacijo, izboljšuje predihanost pljuč, krepi mišično moč in izboljšuje psihično počutje. Izogibati pa se mora naporom, ki ga utrujajo. Pri bolnikih, ki imajo kronična obolenja, moramo načrtovati tudi počitek.

2.15 Vloga anestezijske medicinske sestre in predoperativna vizita

Perioperativna zdravstvena nega v anesteziji je protokol priprave bolnika na anestezijo. Medicinska sestra pri anesteziji sodeluje z ostalim osebjem v multidisciplinarnem timu. Pri tem upošteva celostni pristop k obravnavi bolnika, zagotavlja njegovo varnost in sodeluje pri uvajanju standardov kakovosti. Pomemben element v psihični pripravi bolnika na operativni poseg je predoperativna vizita anestezijske medicinske

ske sestre, ki pa se žal zaradi pomanjkanja kadra in preobilice dela ne izvaja vedno dan pred operacijo na oddelkih, zato se pacient velikokrat sreča z zdravnikom anesteziologom šele v operacijski dvorani tik pred operacijo. Če bi se ti pogovori izvajali dan pred operativnim posegom, bi bil strah pri pacientih manjši. Vsaka anestezija in operativni poseg predstavljata stres, ki ga strah še potencira, posledica tega pa so negativni patofiziološki učinki na ves organizem. Predoperativna vizita medicinske sestre pri anesteziji, omogoča vzpostavitev pozitivne komunikacije in ugotavljanje potreb ter pričakovanj bolnika (Repinc in Novak, 2010).

Izvajanje predoperativne vizite anestezijske medicinske sestre pri bolniku na oddelku predstavlja ključen in pomemben del njegove psihične in fizične priprave na operativni poseg in anestezijo. Bolniku daje možnost, da izrazi svojo zaskrbljenost, strah, tesnobo in bojazen pred neznanim, da pove, kakšna so njegova pričakovanja, in da zastavi vprašanja, ki so povezana z anestezijo in si jih sam ne zna razložiti. Med vizito bo medicinska sestra pri anesteziji z dobro komunikacijo ugotovila bolnikove potrebe in pričakovanja ter ga pomirila. Osnovni namen tega obiska en dan pred anestezijo in operacijo je zmanjšanje bolnikovega strahu, neugodja in zaskrbljenosti. Na ta način se bistveno izboljša psihofizično počutje bolnika, kar pripomore k varnejši izvedbi anestezije in operacije z ugodnejšim pozitivnim izidom. Po pregledu dokumentacije in po razgovoru lahko predvidi morebitne zaplete oziroma dejavnike tveganja, na katere se lahko pripravi ali jih celo prepreči. Nova kakovost zdravstvene nege pri anesteziji prinese izboljšano razmerje med stroški in koristmi za bolnika, ki se mu zaradi uspešnih in pozitivnih psihosocialnih učinkov skrajša zdravljenje (Repinc in Novak, 2010).

2.16 Neposredna priprava bolnika v operacijski dvorani in vloga anestezijske medicinske sestre

V predoperacijskem prostoru bolnika sprejme medicinska sestra pri anesteziji. Skupaj z oddelčno medicinsko sestro preverita identiteto bolnika in ustreznost dokumentacije. Bolniku pomagamo pri namestitvi na transportni voziček, pri tem skrbimo za njegovo varnost. Na glavo mu damo kapo in ga s transportnim vozom odpeljemo v indukcijski prostor, ki je namenjen končni pripravi bolnika na operativni poseg in anestezijo. Tukaj se še enkrat preveri njegova identiteta, predvideni operativni poseg in pisna soglasja za anestezijo in operativni poseg. Bolnika povprašamo, ali je tešč, ali ima odstranjeno zobno protezo in nakit, pozanimamo se o znanih alergijah in spremljajočih boleznih, o zdravilih, ki jih prejema, ter mu odgovorimo na vsa morebitna vprašanja. Neposredna fizična priprava vključuje namestitev bolnika na operativno mizo v ustrezen položaj, namestitev osnovnega monitoringa in vzpostavitev periferne intravenske poti za infundiranje infuzijskih tekočin med operativnim posegom. Ob tem mora medicinska sestra upoštevati zbrane podatke o bolniku, upoštevati značilnosti v zvezi z anestezijo in predvidenim operativnim posegom. Po ustrezni fizični pripravi bolnika anestezijska medicinska sestra sodeluje pri uvajanju bolnika v anestezijo (Repinc in Novak, 2010).

Vsak bolnik, skoraj brez izjeme, vstopi v operacijske prostore z določenimi strahovi in pričakovanji. Že dolgo je znano, da človek ni samo fizično ampak tudi duševno, socialno in duhovno bitje. Sočuten pristop, empatija lahko povzroči čudež pri prestrašenih bolnikih. To je ena izmed pomembnih nalog medicinske sestre pri anesteziji, ki prva pride v stik z bolnikom (Repinc in Novak, 2010).

3 Klinične poti

Klinična pot je orodje, ki zdravstvenemu timu omogoča racionalno in na znanstvenih dokazih utemeljeno obravnavo pacienta, spremljanje opravljenega dela ter kazalnikov kakovosti, natančnejše dokumentiranje in lažjo notranjo presojo zdravstvene prakse. Pomaga pa tudi pri seznanjanju pacienta s predvidenim potekom njegove zdravstvene obravnave in je dober pripomoček za izračun stroškov (Klemenc, 2006).

Klinična pot opiše proces posameznih elementov obravnave pacienta od pregleda pri osebnem zdravniku, preko sprejema v bolnišnico in akutne obravnave do rehabilitacije. Posamezni deli KP skupaj tvorijo celoto, ki temelji na potrebi pacienta, temelječi na strokovni presoji zdravstvenega tima. KP je primer dobre prakse in služi zdravstvenim delavcem in tudi pacientom kot opomnik, saj nas vse skupaj vodi po korakih od enega strokovnjaka do naslednjega in ni nevarnosti, da bi kaj izpustili. Za paciente pa je to idealna priložnost srečanja s posameznimi strokovnjaki in možnost, da si pridobijo čim več informacij.

Cilj klinične poti je izboljšati kakovost zdravstvene obravnave z izboljševanjem izidov za paciente, poudarjanjem njihove varnosti, izboljšanjem njihove informiranosti in zadovoljstva ob čim bolj optimalni izkoriščenosti danih virov. V praksi predstavlja klinična pot sodobno medicinsko dokumentacijo posameznega bolnika (Klemenc, 2006).

4 Predoperativna šola

Program predoperativne šole je namenjen pacientom po vstavitvi kolenske in kolčne endoproteze, izvajamo pa jo na Ortopedskem odseku kirurgije v Splošni bolnišnici Novo mesto. Pomembno je vzpodbujanje pacienta k okrevanju, seznanjanje z boleznijo, pozitiven pristop k trenutnemu zdravstvenemu stanju, kontrola bolečine in skrb za pacienta po odpustu oziroma skrb za njegovo vrnitev v domače okolje k normalnim aktivnostim.

Glavni principi programa so:

- ☐ večja učinkovitost in kakovost zdravljenja,
- ☐ učenje pacienta,
- ☐ doseganje zastavljenih ciljev,

- ☐ kontrola bolečine,
- ☐ zgodnja mobilizacija/rehabilitacija,
- ☐ načrtovanje odpusta iz bolnišnice,
- ☐ primerne kirurške tehnike in implantanti, ki omogočajo zgodnjo mobilizacijo.

Prednosti programa za paciente:

- ☐ predoperativno pridobijo informacije glede njihove operacije in rehabilitacije, vključno z možnimi zapleti,
- ☐ doseganje zastavljenih ciljev, ki so zapisani v dnevniku pacienta,
- ☐ krajša ležalna doba,
- ☐ manjše bolečine,
- ☐ boljša pripravljenost pacienta na celotno obravnavo, od predoperativne priprave do pozne rehabilitacije.

Tim predoperativne šole sestavljajo različni strokovnjaki zdravstvenih strok in si z medsebojnim sodelovanjem, ki temelji na spoštovanju in zaupanju, prizadevajo ustvariti nek skupni cilj osveščenosti bolnika, ki bi pripomogel k njegovi boljši psihični in fizični pripravljenosti na celotno obravnavo od predoperativne priprave do pozne rehabilitacije. S timskim pristopom omogočajo h kakovosti usmerjeno zdravstveno varstvo, kar pomeni večjo učinkovitost in kakovost zdravljenja, skrajšanje ležalne dobe, hitrejšo rehabilitacijo in ekonomsko učinkovitost (Medved in Bojanc, 2011).

V tim so vključeni:

- ☐ pacient in spremljevalec, ki ga vzpodbuja, mu pomaga, skupaj se udeležita predoperativne šole, spremlja ga ves čas rehabilitacije,
- ☐ ortoped,
- ☐ anesteziolog,
- ☐ medicinska sestra,
- ☐ fizioterapevt.

V predoperativni šoli se pacienti srečajo z vsemi člani tima, spoznajo anatomsko zgradbo sklepa, možnosti anestezije, naučijo se vaj, dobijo napotke za ureditev doma in za nakup kompresijskih nogavic, navodila o medikamentozni terapiji ... Večja informiranost pacientov pripomore k manjšemu strahu pred operacijo, s tem pa tudi manjšo bolečino po operaciji (Rešetič in Bojanc, 2010).

5 Zaključek

Da bi povečali varnost bolnikov, je zelo pomembno medsebojno sodelovanje zdravstvenih delavcev in bolnikov. Komunikacija igra osrednjo vlogo v njihovih odnosih. Z njo pridejo bolniki do želenih informacij, ki so pred operacijo še posebej pomembne za zmanjševanje strahu in posledičnega stresa. Rezultati ankete so pokazali, da je stopnja strahu po prejetih informacijah s strani zdravstvenih delavcev za

20,2 % manjša, vendar kljub temu še vedno visoka. Z različnimi metodami predoperativnih dejavnosti lahko bolnika varno pripravimo na operativni poseg.

LITERATURA

1. Ambrožič, B (2011). Zdravniška napotnica – čudežna listina na poti k ozdravitvi. Pridobljeno 10. 6. 2012 s <http://www.nasa-lekarna.si/clanki/clanek/zdravniska-napotnica-cudezna-listina-na-poti-k-ozdravitvi/>.
2. Anderson, E. A, Wallen, B. G, Mark, A. L. (1987). Dissociation of sympathetic nerve activity to arm and leg during mental stress. *Hypertension*, 3, 114-119.
3. Brdnik, B. (2009). Priprava bolnika na anestezijo in operacijo. Diplomsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru.
4. Buček, H. I. (2001). Naloge medicinske sestre pri anesteziji. Diplomsko delo. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
5. http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/kongres_zbn/pdf/332D.pdf. [Citirano 22. 6. 2012].
6. Ivanuša, A., Železnik, D. (2000). Osnove zdravstvene nege kirurškega bolnika. Maribor: Visoka zdravstvena šola.
7. Jankovec, C. (2006). Učinkovita komunikacija kot dejavnik za zmanjševanje stresa pri medicinskih sestrah. Diplomsko delo. Ljubljana: Filozofska fakulteta.
8. Klemenc, D. (2004). Medicinska sestra - zagovornica pacientovih pravic. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 38 (4) 287-296.
9. Klemenc, D. (2006). Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenem timu med medicinskimi sestrami in zdravniki – priložnost za nenehno izboljševanje kakovosti. *Zdravstveni vestnik*, 76 (7), 55-59.
10. Medved, H., Bojanc, S. (2011). Predoperativna šola. *Vizita*, 9 (54), 16-18.
11. Mežek, M., Martelj, O. (2009). MedOverNet. Pridobljeno 14. 6. 2012 s http://med.over.net/zdravje_bolezni/prva_pomoc/.
12. Miksić, K., Bergauer, A., Cof, A., Flis, A., Vojko, F., Crnjac, D. et al. (2003). Izbrana poglavja iz kirurgije: učbenik za kirurgijo na visokih zdravstvenih šolah. Maribor: Obzorja.
13. Repinc, M., Novak, S. (2010). Vloga medicinske sestre pri anesteziji pri pripravi bolnika na operativni poseg. *Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice*.
14. Rešetič, J., Bojanc, S. (2010). Učimo se varnosti od najboljših - prikaz dobrih praks. V *Zbornik prispevkov* (str. 100-120). *Jesenice: Splošna bolnišnica*.
15. Seničar, A. (2006). Zagotovimo varnost pacienta – psihična priprava pacienta na operativni poseg. V *Zbornik XXI*, (str. 7–18). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije - Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti.
16. Zupančič, S., Kasnik, D., Rus-Vaupot, V. (2010). Preanesteziološka ambulanta v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec. Pridobljeno 13. 6. 2012 s http://www.szd.si/user_files/vsebina/Zdravniski_Vestnik/vestnik/st2-1/st2-1-43-44.htm.

Irena Žagar

Safe preoperative preparation of the patient

KEY WORDS: patient, safety, perioperative nursing care, preoperative anxiety, preoperative stress

ABSTRACT - Access to a quality health care is a basic human right. In this regard, patients have the right to expect that every effort is made to ensure their safety as users of health services. This is defined in the Patient Rights Act as the right of patients to be protected from unnecessary harm and potential risks to their health. Patient safety is also very important in the preoperative preparation of the patient. We know that patients in the preoperative period face fear, which causes stress. Health professionals need to prepare patients mentally and physically, which can be achieved by providing information to patients in the preoperative stage. It has been demonstrated that patients with lower levels of fear make an easier and quicker recovery, which leads to greater patient satisfaction with the surgery and its recovery. Due to an easier and quicker recovery of patients, the costs are lower. The aim of this paper is to present deficiencies in the preoperative treatment, emphasise the importance of preoperative information good physical and mental preparation of patients with regard to their safety, present general clinical pathways and preoperative education provided in the Novo mesto hospital for patients who undergo surgery involving the insertion of hip and knee prosthesis. Thus, we wish to provide as much information as possible to patients before the actual procedure, answer their questions, reduce the preoperative anxiety and stress and ensure the safest possible patients treatment.

SPONZORJA

Mestna občina Novo mesto



Zavarovalnica Tilia, d. d., Novo mesto

