



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

# **CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA V ZDRAVSTVENEM IN SOCIALNEM VARSTVU**

Zbornik prispevkov

HOLISTIC APPROACH TO THE PATIENT IN  
HEALTH AND SOCIAL CARE  
Conference Proceedings

Mednarodna znanstvena konferenca  
International Scientific Conference

Novo mesto, 14. november 2014

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

# **CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA V ZDRAVSTVENEM IN SOCIALNEM VARSTVU**

*HOLISTIC APPROACH TO THE PATIENT IN  
HEALTH AND SOCIAL CARE*

Zbornik prispevkov  
*Conference Proceedings*

Mednarodna znanstvena konferenca  
*International Scientific Conference*  
14. november 2014

Novo mesto 2015

CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA V ZDRAVSTVENEM IN SOCIALNEM VARSTVU  
*HOLISTIC APPROACH TO THE PATIENT IN HEALTH AND SOCIAL CARE*

*Izdala in založila/Publisher ©*

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

*Uredila/Editors*

Dr. Nevenka Kregar Velikonja, dr. Marjan Blažič

*Recenzirali/Peer Reviewers*

Dr. Ljiljana Leskovic, dr. Jasmina Starc

*Lektorirali/Proofread by*

Melanija Frankovič, Katja Kroke

*Naslovnica/Title page*

Bojan Nose

*Tehnična urednika/Tehcnical Editors*

Brigita Jugovič, Bojan Nose

CIP - Kataložni zapis o publikaciji  
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

614.2(082)(086.034.44)  
364(082)(086.034.44)

CELOSTNA obravnava pacienta v zdravstvenem in socialnem varstvu [Elektronski vir] : zbornik prispevkov : mednarodna znanstvena konferenca = Holistic approach to the patient in health and social care : conference proceedings : international scientific conference, 14. november 2014, Novo mesto / [uredila Nevenka Kregar Velikonja, Marjan Blažič]. - Novo mesto : Fakulteta za zdravstvene vede = Faculty of Health Sciences, 2015

ISBN 978-961-93575-5-2

1. Vzp. stv. nasl. 2. Kregar-Velikonja, Nevenka  
280515840

# VSEBINA / CONTENTS

## UVODNI REFERATI

|                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>Elwira Skierlak, MSc, Małgorzata Knap, PhD, Bożena Gorzkowicz, PhD</i><br>The Influence of 'Pain-Free Hospital' Certification on the Quality of Nursing Care in Poland<br>Kako certifikat programa »Bolnišnica brez bolečine« vpliva na kakovost zdravstvene oskrbe na Poljskem | 7  |
| <i>Dr. Marija Zaletel</i><br>Kultura varnosti v domovih starejših občanov<br>Safety Culture in Residential Care Homes for Elderly People                                                                                                                                           | 16 |
| <i>Dr. Marjan Bilban</i><br>Kakovost v medicini dela<br>Quality Assurance in Occupational Medicine                                                                                                                                                                                 | 24 |
| <i>Dr. Sonja Kalauz, Irena Kovačević</i><br>Prevenција moralnog distresa kod medicinskih sestara<br>Prevention of Moral Distress of Nurses                                                                                                                                         | 40 |
| <i>Zlata Rebolj, Robert Sotler</i><br>Zakon o pacientovih pravicah in celostna obravnava pacienta v zdravstvenem in socialnem varstvu<br>Patient Rights Act and Comprehensive Treatment in the Health and Social Care                                                              | 45 |
| <i>Mag. Biljana Prinčič, Marinka Purkart</i><br>Elektronsko podprta zdravstvena nega<br>Electronically Supported Health Care                                                                                                                                                       | 52 |

## REFERATI

|                                                                                                                                                                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>Sanja Arnautović, Nika Škrabl</i><br>Opolnomočenje medicinskih sester pri odprti komunikaciji<br>Nurses Empowerment with Open Communication                                                                  | 57 |
| <i>Mojca Blažič</i><br>Pomen načrtovanja kariere med študenti zdravstvene nege<br>Significance of Career Planning among Students of Nursing                                                                     | 68 |
| <i>Elvisa Čatak, Danica Mahnič, mag. Karmen Romih</i><br>Timska obravnava stanovalcev v domovih za starejše na osnovi njihove biografije<br>Team Treatment Based on Residential Care Homes Residents' Biography | 77 |

|                                                                                                                                                                                                                              |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>Peter Čepin Tovornik</i><br>Medgeneracijsko sodelovanje na področju računalništva<br>Intergenerational Cooperation in the Field of Computer Literacy                                                                      | 84  |
| <i>Peter Čepin Tovornik</i><br>Poznavanje društva Hospic<br>Understanding Hospic Society                                                                                                                                     | 90  |
| <i>Andreja Černoga, dr. Mojca Zvezdana Dernovšek, dr. Boštjan Gomišček</i><br>Dokumentiranje incidentov v psihiatrični zdravstveni negi<br>Recording Incidents in the Psychiatric Health Care                                | 97  |
| <i>Dr. Tatjana Devjak, dr. Sanja Berčnik</i><br>Primarno zdravstvo: preventivna dejavnost otrok in mladine v Sloveniji<br>Primary Health Care: Prevention Programmes for Children and Youth in Slovenia                      | 108 |
| <i>Dr. Sergej Gričar, dr. Štefan Bojnec</i><br>Zagotavljanje varne (pre)hrane pacienta<br>Assuring Safe Food in Patient Nutrition                                                                                            | 117 |
| <i>Mag. Malči Grivec</i><br>Pogled potrošnikov in zdravnikov na oglaševanje zdravil<br>The View of Consumers and Physicians on Medicine Advertising                                                                          | 125 |
| <i>Bojana Hočevar Posavec, dr. Marija Bohinc</i><br>Smernice za premeščanje pacientov kot dejavnik preprečevanja poškodb medicinskih sester<br>Guidelines for Patient Transfer as a Factor of Preventing Injuries in Nursing | 133 |
| <i>Dr. Anamarija Kejžar</i><br>Od kakovosti do upravljanja znanja v domovih za starejše<br>From Quality to Knowledge Management in Residential Care Homes                                                                    | 143 |
| <i>Kleopatra Kodrič</i><br>Sociološki pogled na znanje kot vrednoto in kulturni kapital družbe<br>The Sociological Aspect of Knowledge as a Value and Cultural Capital of Society                                            | 150 |
| <i>Dr. Iva Konda, dr. Petronije Jevtič</i><br>Zagotavljanje kakovosti zdravstvenih storitev<br>Assuring Quality of Health Care Services                                                                                      | 158 |
| <i>Blanka Koščak Tivadar, mag., dr. Bojana Filej</i><br>Pacient – enakopraven član zdravstvenega tima<br>Patient – an Equal Member of Health Care Team                                                                       | 168 |
| <i>Dr. Milena Kramar Zupan</i><br>Dostopnost do zdravstvenih storitev kot pomembna determinanta (ne)enakosti v zdravju<br>Accessibility of Health Services as an Important Determinant of (In)equality in Health Care        | 177 |
| <i>Dr. Nevenka Kregar Velikonja, David Martinčič, dr. Matej Drobnič</i><br>Vrednotenje kakovosti življenja bolnikov z metodo EQ-5D<br>Quality of Life Assessment with EQ-5D Method                                           | 187 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>Dr. Ljiljana Leskovic, mag. Barbara Rodica, dr. Jasmina Starc, dr. Bojana Filej</i><br>Raziskovanje življenjskega sloga in dejavnikov tveganja za visok krvni pritisk<br>Researching Lifestyle and High Blood Pressure Risk Factors                                                  | 194 |
| <i>Dr. Vladka Lešer, dr. Bojana Filej</i><br>Stališča študentov zdravstvene nege do higiene rok<br>Nursing Students Attitude to Hand Hygiene                                                                                                                                            | 202 |
| <i>Urban Mesec, Eva Dolenc, mag. Damjan Slabe, mag. Simon Herman</i><br>Poučevanje prve pomoči skozi okvir kakovosti (primer zloma ključnice)<br>Teaching First Aid in the Context of Quality (the case of the fracture of clavicle)                                                    | 209 |
| <i>Dr. Blaž Mlačak, Mira Brodarič, mag.</i><br>Doplerska ultrazvočna preiskava in fotopletizmografija pri diagnostiki boleznih<br>venskega sistema<br>Doppler Ultrasound and Photoplethysmography in the Diagnostic Work-Up of<br>Chronic Venous Diseases                               | 216 |
| <i>Marijana Neuberg, mag.</i><br>Utjecaj suživota mladih i starih te medija na razvoj predrasuda o starosti<br>The Effect of the Young and Elderly Coexistence and Media on the<br>Development of Prejudices About Age                                                                  | 223 |
| <i>Mag. Ana Podhostnik, Božena Gorzkowicz, PhD, dr. Nevenka Kregar Velikonja</i><br>Problematika izseljevanja medicinskih sester<br>The Issue of Emigration of Nurses                                                                                                                   | 235 |
| <i>Mag. Jožica Rešetič</i><br>Klinične poti v Splošni bolnišnici Novo mesto<br>Clinical Trails in the General Hospital Novo mesto                                                                                                                                                       | 244 |
| <i>Mag. Karmen Romih, Polona Moškon</i><br>Kakovost bivanja starejših ljudi v Domu Viharnik z vidika socialne<br>gerontologije<br>Life Quality of Elderly People in Viharnik Residential Care Home from the<br>Social Gerontology Aspect                                                | 252 |
| <i>Dr. Alenka Rožanec, dr. Sebastian Lahajnar, Dejan Perovič</i><br>Prenova in informatizacija procesa intervencije reševalnih ekip NRV<br>Renovation and Informatization of NRV Team Intervention Process                                                                              | 260 |
| <i>Darja Štruel</i><br>Sociološki pogled na nasilje v družini<br>Sociological Aspects of Family Violence                                                                                                                                                                                | 269 |
| <i>Živa Tavčar, MSc, Stéphane Armand, PhD, Stéphane Genevay</i><br>Unstable Shoes Can Reduce Chronic Low Back Pain among Employees of the<br>University Hospital<br>Čevlji z zaobljenim podplatom lahko zmanjšajo kronično bolečino v križu<br>med zaposlenimi na Univerzitetni kliniki | 275 |
| <i>Mag. Zdenka Tičar</i><br>Etična načela v zdravstveni dejavnosti<br>Ethical Principles in Health Care                                                                                                                                                                                 | 283 |

|                                                                                                                                                                                                              |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>Erna Zahirović, Suzana Matejčič</i>                                                                                                                                                                       | 291 |
| Zadovoljen pacient v domačem okolju kot cilj celostne obravnave pacienta v SBI<br>Satisfied Patient in the Home Environment as the Main Aim of the<br>Comprehensive Treatment in SBI (the Hospital of Izola) |     |
| <i>Dušanka Zaić, mag. Mirko Prosen</i>                                                                                                                                                                       | 295 |
| Čustveno doživljanje ginekološkega pregleda<br>Emotional Experience of a Gynaecological Examination                                                                                                          |     |
| <i>Dr. Zdenka Zalokar Divjak</i>                                                                                                                                                                             | 302 |
| Osebna odgovornost kot pogoj za kakovostno delo v zdravstvenem varstvu<br>Personal Responsibility as a Condition for Quality Work in Health Care                                                             |     |
| <i>Vesna Zupančič, mag.</i>                                                                                                                                                                                  | 308 |
| Indikatorji za vrednotenje celostne obravnave pacienta<br>Indicators for Evaluating Integrated Patient Treatment                                                                                             |     |
| <i>Andreja Žurga</i>                                                                                                                                                                                         | 317 |
| Celostna obravnava pacienta pri sprejemu v bolnišnico<br>Comprehensive Treatment of a Patient at Admission to Hospital                                                                                       |     |

# The Influence of “Pain-Free Hospital” Certification on the Quality of Nursing Care in Poland

UDC 616-083(438)

**KEY WORDS:** pain, postoperative, quality assurance, nursing care, patient satisfaction

**ABSTRACT** – The “Pain-Free Hospital” programme started in Poland in September 2008. The programme was created for improving the quality of care in postoperative pain management in Polish hospitals. Nurses play a key role in the therapeutic team. It is reflected in the quality of nursing care through certain actions. The aim of this paper was to evaluate the influence of the “Pain-Free Hospital” certification on the quality of nursing care. The study was conducted in the group of 208 patients treated on 4 surgical wards with various periods of functioning in the “Pain-Free Hospital” programme. A diagnostic poll method with the use of Polish version of the standardized “Clinical Quality Indicators of Postoperative Pain Management Scale” was applied. The Kolmogorov–Smirnov test was used for statistical analysis of the two independent samples. Conclusions are: The quality of nursing care is assessed higher in the hospitals with the “Pain-Free Hospital” certificate, and longer functioning within the framework of the procedure standards is important for effectiveness of the postoperative pain-relief.

UDK 616-083(438)

**KLJUČNE BESEDE:** bolečina, pooperativna nega, kakovost, zdravstvena nega, zadovoljstvo pacientov

**POVZETEK** – Program »Bolnišnica brez bolečine« so na Poljskem začeli izvajati septembra 2008. Njegov namen je bil izboljšati kakovost zdravstvene oskrbe v pooperativnem obvladovanju bolečine v bolnišnicah. Medicinske sestre imajo ključno vlogo v terapevtski skupini. To se kaže v kakovosti zdravstvene nege skozi nekatere dejavnosti. Cilj te raziskave je bil ovrednotiti vpliv certificiranja programa »Bolnišnica brez bolečine« na kakovost zdravstvene nege. Študija je bila izvedena s skupino 208 bolnikov, zdravljenih na 4 kirurških oddelkih z različnim obdobjem oskrbe v tem bolnišničnem programu. Diagnostična metoda je bila anketa z uporabo poljske različice standardizirane lestvice »Kazalnikov klinične kakovosti pri obravnavi pooperativne bolečine«. Za statistično analizo dveh neodvisnih vzorcev je bil uporabljen »Kolmogorov–Smirnov test«. Ugotovljeno je bilo, da je kakovost zdravstvene nege ocenjena višje pri bolnišnicah s certifikatom »Bolnišnica brez bolečine«. Pri čemer boljše rezultate dosegajo bolnišnice, ki imajo certifikat dlje.

## 1 Introduction

Dynamic organizational changes of the health care system, progress of medical knowledge and development of new technologies emphasize the importance of quality in health care as a priority and an up-to-date topic. Patients’ growing expectations and their knowledge of their rights are extremely important issues.

The concept of quality in medical services has been changing and broadening its meaning. The Hippocratic maxim, “primum non nocere”, says that a service cannot harm its recipient and thus it has to be characterised by a certain quality. According to the Code of Hammurabi, a medic who provided a patient with a treatment, paid a warrant to the patient’s family if the treatment was unsuccessful (Brzeziński, 2000). The interest in the issue of quality in health care can, paradoxically, be owed to a high morta-

lity rate in surgical wards; until 19th century, it had reached 75 per cent. At that time, Louis Pasteur and Florence Nightingale, among others, began the fight with infections. It was Nightingale who noticed a relation between cleanliness in hospitals and improvement of the patients' health condition. The methods of preventing infections implemented and the statistical analyses carried out at the time were a kind of prevention, an equivalent to quality and a standard of norms stipulated by the International Organization of Standardization (Brzeziński, 2000 and Nightingale, 1860).

In the middle of the 20th century, a concept of overall quality appeared and it broadened the previously used meaning on other domains and stages of management – from designing to providing services or selling end-products. Yet again, another very important aspect of quality appeared – identifying it with preventive actions, not only with remedial actions. One of the first researchers of health care quality was Donabedian (Donabedian, 1988).

The interest in measuring and assuring the quality of nursing care appeared in 1970's and 1980's. It was a result of nurses' growing professional identity and the following need of searching for new, scientifically based ways of nursing conduct. It also became an indispensable requirement of the institutions financing the provision of health care. Piątek defines the quality of nursing care as “the extent to which this care contributes to the achievement of desirable effects in people's (groups') health condition, increases the ability of self-management or self-care, and demonstrates accordance with the current professional knowledge and the official standards” (Piątek, 2004).

After having a surgery, patients expect that their pain will be successfully relieved by the medical staff. The quality of nursing care delivered in respect of pain management has a key influence on the result of patients' evaluation of the therapeutic and nursing management (Bączyk, 2009).

The “Pain-Free Hospital” programme was created in September 2008 by the Polish Chapter of IASP, the Polish Society of Anaesthesiology and Intensive Therapy, the Association of Polish Surgeons, the Polish Gynaecological Society and the Polish Society of Orthopaedics and Traumatology. It is about awarding the “Pain-Free Hospital” certificate to the institutions that meet the certain criteria and thus contribute to the improvement of the quality of postoperative pain relief in Polish hospitals. An interdisciplinary Group of Experts, which consists of the representatives of all scientific associations that created the “Pain-Free Hospital” programme, and a National Consultant in anaesthesiology and intensive therapy, oversee the substantive part of the project. Receiving the certificate and implementing procedures required for earning the certificate contributes to the reduction of hospitalisation costs due to fewer postoperative complications and earlier patient discharge from the hospital. Holding the certificate raises the prestige of the institution and provides its patients with direct and important information that the postoperative pain relief is in this hospital at the highest level, which leads to increased comfort and satisfaction with the whole treatment process (Misiólek, 2007 and [www.szpitalbezbolu.pl](http://www.szpitalbezbolu.pl)).

### *1.1 The aim of the paper*

The aim of the paper was to answer the following question: does the fact that an institution works within the standards of procedures important for receiving the “Pain-Free Hospital” accreditation influence the improvement of the quality of nursing care in the postoperative pain management?

## **2 Material and methods**

The study was conducted in four health institutions on 208 patients treated surgically. Most of the respondents were women – 121 (58 per cent). There were 87 men (42 per cent) among the respondents. The average age of the analysed patients was 48, with a standard deviation of  $\pm 15.6$  years. The youngest respondent was 15 years old and the oldest was 83 years old.

The hospitals chosen for the study were characterized by various periods of functioning within the standards of procedures important for receiving and maintaining the “Pain-Free Hospital” accreditation. The hospital marked as WSS, for the purpose of the analysis, had the longest period (over 2 years) of functioning within the accreditation. It must be emphasized that it is one of the pioneer hospitals which function with the certificate. The hospital marked as SPWSZ had a period of over 1 year of functioning within the accreditation. During the study, the hospital marked as SPSK was placed under the procedure of being awarded the certificate, which is preceded by an intensive preparatory process because of the procedural reasons. The only facility which did not hold the certification was the hospital marked as SPZOZ.

A diagnostic poll method, with the use of the Polish standardized version of the Scale of Clinical Quality Indicators in Postoperative Pain Management, was used in the research. The Swedish version – The Strategic and Clinical Quality Indicators in Postoperative Pain Management – was designed and published in 2001 by a team led by Ewa Idvall PhD, RNT (Department of Medicine and Care, Division of Nursing Science, Faculty of Health Sciences, Linköping University, Linköping and Västervik Hospital, Västervik, Sweden) (Idvall, Hamrin and Bjorn, 2004 and Idvall, Hamrin, Unosson, 2002). The cultural adaptation and establishing the psychometric properties of the scale were carried out by a team led by Krystyna Jaracz, PhD, Ass. Professor at the Poznan University of Medical Sciences (Jaracz, Wdowczyk, Górna, 2005). The scale allows to evaluate the quality of nursing care in the following subscales: communication, action, trust, environment and overall satisfaction with postoperative pain relief. Apart from that, current pain intensity after surgery as well as high and low intensity of postoperative pain according to NAS (Numerical Analog Scale) are also evaluated.

The respondents made the assessment according to a five-stage Likert scale, where one point means “strongly disagree” and five points mean “strongly agree”. In accordance with the assumptions of the scale authors, a high level of nursing care corresponds with obtaining at least 4.5 points in particular statements in the subscales. If

the score is lower than 4.5, it is believed that the level of nursing care in a particular aspect is far from desired and should be changed. The overall assessment of the quality of nursing care is between 14 to 70 points. However, according to the authors, the minimum score showing a proper level of nursing care should not be lower than 63 points. With respect to the “communication” subscale and the “environment” subscale the minimum score is 13.5 points, whereas for the “action” subscale and the “trust” subscale it is 18 points.

The adaptation author’s formal consent for using the scale for the purpose of the research project had been obtained. On 7th February 2011, the project’s assumptions were presented during the meeting of the Pomeranian Medical University Bioethics Commission which gave a positive opinion and an approval no KB–0012/05/11 for conducting the research.

The Kolmogorov-Smirnov nonparametric test and the Kruskal-Wallis rank test were used to confirm significant statistical differences between two groups of respondents in respect of the satisfaction with the quality of nursing care in postoperative pain relief. Statistical significance of 0.05 was assumed for the purpose of a statistical analysis. The gathered empirical material was entered into a Microsoft Excel 2007 Spreadsheet, where some necessary conversions and basic calculations were carried out. The statistical analysis was made with the use of appropriate Statistica 7.1 PL program modules.

### **3 Results**

The research analysis included the comparison of the determinants of the quality of nursing care in postoperative pain management between the hospitals within the “Pain-Free Hospital” certification process ( $n = 148$ ) and the unit without the certificate ( $n = 60$ ). The results indicate statistically significant differences ( $p < 0.05$ ) in terms of assessing the level of postoperative pain relief in specific extents of the quality of nursing care determinants.

The score of 13.5 points, which would suggest a satisfactory level of nursing care, was not achieved in the “communication” subscale, despite the statistical significance between the groups of respondents. A detailed analysis of the subscale showed a statistically significant difference in the scope of “nurses having the knowledge about patients’ pain” and an extremely significant difference in the scope of “cooperation of the medical staff”. In both cases, the staff at the units with the “Pain-Free Hospital” certificate got better evaluations in patients’ subjective assessment.

Similarly to the previously mentioned subscale, 18 points suggesting a satisfactory level of nursing care were not achieved in the “action” subscale. There were statistically significant differences in two particular determinants: “conversation with a nurse about pain treatment methods” and “staff questions about pain”. Interestingly, according to the respondents, nurses from the hospital without the “Pain-Free Hospital” certificate informed them about pain treatment methods more frequently. Nurses from the hospitals with the certificate used numerical scales in pain intensity assessment more often.

**Table 1:** Kolmogorow-Smirnow test’s results to assess the quality of nursing care in the postoperative pain treating

| <i>Determinants of the quality of nursing care</i>            | <i>Hospitals with the “Pain-Free Hospital” certification<br/>n=148</i> |           | <i>Hospitals without the “Pain-Free Hospital” certification<br/>n=60</i> |           | <i>p</i>    |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|
|                                                               | $\bar{x}$                                                              | <i>SD</i> | $\bar{x}$                                                                | <i>SD</i> |             |
| <i>COMMUNICATION</i>                                          | 11,85                                                                  | 2,39      | 12,0                                                                     | 1,25      | $p < 0,05$  |
| Information before operation about the type of pain treatment | 3,55                                                                   | 1,22      | 3,87                                                                     | 0,87      | $p > 0,10$  |
| Knowledge of nurses about the patient’s pain                  | 4,07                                                                   | 0,87      | 4,03                                                                     | 0,52      | $p < 0,05$  |
| Cooperation of the therapeutic team                           | 4,23                                                                   | 0,82      | 4,1                                                                      | 0,48      | $p < 0,005$ |
| <i>ACTION</i>                                                 | 14,68                                                                  | 3,76      | 14,62                                                                    | 2,17      | $p < 0,025$ |
| Conversation with the nurse on how to treat the pain          | 3,26                                                                   | 1,29      | 3,68                                                                     | 0,93      | $p < 0,025$ |
| Comfortable position in bed                                   | 3,89                                                                   | 1,04      | 3,95                                                                     | 0,7       | $p > 0,10$  |
| Staff questions about pain                                    | 4,09                                                                   | 1,02      | 3,9                                                                      | 0,7       | $p < 0,01$  |
| Questions about assessment of pain using the scale            | 3,44                                                                   | 1,31      | 3,08                                                                     | 0,76      | $p < 0,001$ |
| <i>TRUST</i>                                                  | 16,99                                                                  | 2,54      | 16,42                                                                    | 1,85      | $p < 0,025$ |
| Pain medication without asking                                | 4,17                                                                   | 0,86      | 4,08                                                                     | 0,83      | $p > 0,10$  |
| Nurses’ help in relieving of pain                             | 4,15                                                                   | 0,88      | 4,03                                                                     | 0,64      | $p > 0,10$  |
| Nurses’ knowledge about the relieving of pain                 | 4,33                                                                   | 0,7       | 4,15                                                                     | 0,48      | $p < 0,01$  |
| Credibility of patient                                        | 4,34                                                                   | 0,71      | 4,15                                                                     | 0,48      | $p < 0,025$ |
| <i>ENVIRONMENT</i>                                            | 11,97                                                                  | 2,56      | 12,17                                                                    | 1,47      | $p < 0,05$  |
| Peace and quiet, restful sleep                                | 4,04                                                                   | 1,05      | 4,02                                                                     | 0,83      | $p > 0,10$  |
| Nice, friendly room                                           | 4,03                                                                   | 1,0       | 4,13                                                                     | 0,53      | $p > 0,10$  |
| Enough number of nurses on duty                               | 3,9                                                                    | 1,09      | 4,07                                                                     | 0,62      | $p > 0,10$  |
| <i>GENERAL SATISFACTION</i>                                   | 55,49                                                                  | 9,85      | 55,2                                                                     | 5,6       | $p < 0,05$  |

In a detailed analysis of the units included in the study, the highest scores with a statistical significance based on the Kruskal-Wallis test was obtained by the hospital marked as WSS which has functioned in the “Pain-Free Hospital” system for two years.

The next domain in which 18 points suggesting an optimal level of nursing care were not achieved was the ‘trust’ subscale. A detailed analysis showed a statistically significant difference to the advantage of the units with the certificate in the scope of “nurses having the knowledge about the pain relief” and “regarding patients as reliable sources of information about their pain”.

In the “environment” subscale, similarly to the above-described cases, the 13.5 points required for conforming the quality of the environment, in which the patients had

stayed, were not achieved. In this case, the conditions in the hospitals without the certificate got a higher score.

There was a significant difference with a more positive evaluation of the units with the certificate in the overall assessment, despite the fact that the optimal score of 63 points was not achieved.

In the case of other scales and survey questions, there were no reasons for rejecting the null hypothesis concerning similar assessments of patients from all analysed units (other  $p > 0.05$ ).

## 4 Discussion

The fundamental purpose of treating postoperative pain is to create a subjective comfort for patients, to facilitate the recovery process and to decrease the risk of complications, thus lowering the costs of treatment and hospitalization (Błaszczuk, 2009). All of the mentioned purposes have a chance of being fulfilled more quickly in the units included in the “Pain-Free Hospital” program, therefore it is satisfactory that more and more hospitals apply for the certificate.

Postoperative pain is a significant problem for patients as well as for the whole medical staff in which nurses play an important role (Juszczak, 2009). This study attempted to evaluate the quality of nursing care. The comparison in the individual subscales was done based on mean values. The overall score for this care, expressed with mean values, was 55.49 for the unit with the ‘Pain-Free Hospital’ certificate and 55.2 for the hospital without the certificate. In Krystyna Jaracz’s study, the score was 58.51 and in Grażyna Bączyk’s study, it was 60.84 (Bączyk, Ochmańska, Stępień, 2009 and Jaracz, Wdowczyk, Górna, 2005).

Informing patients about pain and pain relief methods before operation, having a thorough knowledge of patients and their pain, as well as the cooperation of the medical staff in patient pain management are extremely important for nurses. All of these factors fall within the scope of communication in the Scale of Clinical Quality Indicators in Postoperative Pain Management. In this subscale, the study shows that the respondents’ score for the quality of nursing care was 11.85 points in the units included in the ‘Pain-Free Hospital’ program and 12 points in the hospital without the certificate. Such results suggest that nursing care is not sufficient in this respect. The lowest score in this subscale was given to ‘informing patients about pain and pain relief methods before operation’. In Krystyna Jaracz’s study, as much as 40 per cent of the respondents graded the level of this part of care as low, whereas in Grażyna Bączyk’s study, it was 24 per cent of the patients (Bączyk, Ochmańska, Stępień, 2009 and Jaracz, Wdowczyk, Górna, 2005). According to the PATHOS study (Postoperative Analgesic Therapy Observational Survey) on postoperative pain management in Europe (2005), 52 per cent of patients are not systematically informed about postoperative pain management (Benhamou, Berti, Brodner, Andres J. et al., 2008). Patients’ awareness and knowledge of this topic is vital. In Wiesława Kołodziej’s study, 80 per cent of the

respondents said that medical staff had thoroughly explained to them the essence of postoperative pain and had informed them about its duration and methods of relief (Kołodziej, Karpel, 2008). Reports on this subject were presented in the research that had been conducted under the auspices of the Polish Chapter of IASP in 2009, evaluating the quality of pain treatment in Polish hospitals. The research showed that 80 per cent of nurses from the hospitals taking part in the "Pain-Free Hospital" program provide patients with information about postoperative pain and methods of its relief prior to their operation ("Ból pooperacyjny w Polsce", 2009).

Monitoring pain is a very important factor without which the supervision of pain treatment effectiveness would be impossible (Misiólek, Kwosek, Kucia, Stoksik, Knapik, 2004). For this purpose, the pain intensity is measured with a scale from 1 to 10, at least in the morning, in the evening and at noon. This measurement is in the scope of the Scale of Clinical Quality Indicators in Postoperative Pain Management. In this study, the score for this particular subscale in the units having the "Pain-Free Hospital" certificate was only 14.68 points, whereas in the hospitals without the certificate, it was 14.61 points. Jaracz and Bączyk give somewhat higher scores for this subscale in their papers and they are 14.89 points and 15.05 points, respectively (Bączyk, Ochmańska, Stępień, 2009 and Jaracz, Wdowczyk, Górna, 2005). However, this study shows that the scores for pain intensity measurement are higher in the units with the certification. The mean value is 3.43, whereas in Jaracz's study and Bączyk's study it is much lower - 2.59 and 2.74, respectively (Bączyk, Ochmańska, Stępień, 2009 and Jaracz, Wdowczyk, Górna, 2005). According to Bączyk, 54 per cent of the respondents evaluated nurses' actions within the scope of assessing pain intensity after surgery with the use of VAS (Visual Analogue Scale) as poor (Bączyk, Ochmańska, Stępień, 2009). According to Jaracz, these results are not surprising because the everyday clinical practice shows that systematic pain assessment is very rare (Jaracz, Wdowczyk, Górna, 2005). The same conclusion prevails when looking at the PATHOS study results, which suggest that pain intensity in 34 per cent of patients is not assessed and only 49 per cent of patients have their pain intensity monitored in some way (Benhamou, Berti, Brodner, Andres et al., 2008). There are also different opinions about this, since in Błaszczuk's study monitoring postoperative pain was carried out in 75 per cent of patients. It is worth emphasizing that the assessment was mainly nurses' responsibility (Błaszczuk, 2009). The results of the Polish Chapter of IASP research are also satisfactory and show that regular measurements of pain intensity after surgery in the hospitals applying for the "Pain-Free Hospital" certificate are carried out in 72 per cent of the patients – in 25 per cent, they are taken every 4 hours, and in 41 per cent, they are taken at least four times a day ("Ból pooperacyjny w Polsce", 2009).

The research analysis shows that the cooperation between nurses and patients in the aspect of identifying pain, characterizing it and administering analgesics is highly desirable and valued by patients. It is proven by Elżbieta Przewoźnik's study which shows that the vast majority of patients (86 per cent) positively evaluate the nurses' interest in their pain and administering analgesics "on time" and thus give them the "good" mark (51 per cent) and "very good" mark (35 per cent) (Misiólek, Kwosek,

Kucia, Stoksik, Knapik, 2004). What patients expect from nurses is: help in pain relief, administering painkillers without the need of asking for them, having knowledge of pain relief and being reliable in respect of feeling pain. These elements are parts of the “trust” subscale. In Jaracz’s study, the level of care in the aspect of trusting nursing staff was high (mean value was 18.5), according to most patients (Jaracz, Wdowczyk, Górna, 2005). The results of Bączyk’s research also indicate a highly evaluated level of nursing care in the “trust” subscale, with a mean value of 18.99 points (Bączyk, Ochmańska, Stępień, 2009). This study, on the other hand, suggests that the “trust” subscale is one of the best evaluated subscales by patients. In hospitals with the certificate, the mean value was 16.99, whereas in the unit not involved in the ‘Pain-Free Hospital’ program, the score was very similar – 16.41 points.

In Bączyk’s study, patients expressed positive opinions regarding evaluation of the quality of care concerning the environment. Only 8 per cent of the respondents were unsatisfied with the lack of peace and quiet at night, 6 per cent claimed that there had not been enough nurses on duty who could quickly react to a pain relief request and 4 per cent complained about their hospital room not being hospitable enough. The overall score in this subscale was 13.64 points (Bączyk, Ochmańska, Stępień, 2009). Jaracz gives very similar results in the “environment” subscale - the mean value is 13.66 (Jaracz, Wdowczyk, Górna, 2005). This research, on the other hand, suggests that the level of the environment is graded low, especially, if it comes to the number of nursing staff on duty. In most hospitals, there are too few nurses which leads to prolonging the time of reaction to patients’ pain relief requests.

As a result of the study evaluating the quality of pain treatment in Polish hospitals, conducted under the auspices of the Polish Chapter of IASP in 50 Polish hospitals in 2009, it is assessed that the units which participate in the certification project provide a higher level of postoperative pain relief than the hospitals which are not included in the project (“Ból pooperacyjny w Polsce”, 2009). This study also suggests that the longer the institution has the certificate, the higher the postoperative pain relief quality.

## 5 Conclusions

The quality of nursing care is graded higher in the hospitals with the “Pain-Free Hospital” certificate. Holding the “Pain-Free Hospital” certificate improves the postoperative pain relief efficiency. The longer the institution functions within the framework of the procedure standards that are important for maintaining the accreditation, the higher the postoperative pain reduction efficacy.

## LITERATURE

1. Bączyk, G., Ochmańska, M. and Stępień, S. (2009). Subiektywna ocena jakości opieki pielęgniarskiej w zakresie bólu pooperacyjnego u chorych leczonych chirurgicznie. *Probl Pielęg*, 17 (3), 173-177.

2. Benhamou, D., Berti, M., Brodner, G. and Andres, J. et al. (2008). Postoperative Analgesic Therapy Observational Survey (PATHOS): A practice pattern study in 7 Central/Southern European countries. *PAIN*, 136, 134-141.
3. Błaszczyk, B. (2009). W poszukiwaniu rozwiązań optymalnych dla analgezji pooperacyjnej. *Ból*, 10 (2), 91-100.
4. Brzeziński, T. (2000). *Historia medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
5. Donabedian, A. (1988). The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *JAMA*, 260, (12), 1743-1748.
6. Gomuła, E. (2009). "Ból pooperacyjny w Polsce" – wyniki badania oceniającego jakość leczenia bólu w polskich szpitalach. *Biomedical*. Pridobljeno, 20. 5. 2011, s <http://www.biomedical.pl/aktualnosci/bol-pooperacyjny-w-polsce-wyniki-badania-oceniajacego-jakosc-leczenia-bolu-w-polskich-szpitalach-618.html>.
7. Idvall, E., Hamrin, E. and Bjorn, S. (2001). Quality of indicators in postoperative pain management: a validation study. *Scand. J. Caring Sci*, 15, 331-338.
8. Idvall, E., Hamrin, E. and Unosson, M. (2002). Development of an instrument to measure strategic and clinical quality indicators in postoperative pain management. *J. Adv. Nurs*, 37, 532-540.
9. Jaracz, K., Wdowczyk, K. and Górna, K. (2005). Ocena jakości opieki w aspekcie bólu pooperacyjnego z zastosowaniem polskiej wersji Skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym. *Pielęg Pol*, 1 (19), 9-14.
10. Juszcak, K. (2009). Rola pielęgniarstwa w zwalczaniu bólu pooperacyjnego. *Pielęg Chir Angiol*, 4, 131-134.
11. Kołodziej, W. and Karpel, E. (2008). Ból pooperacyjny na oddziale chirurgicznym w ocenie ankietowego badania z zastosowaniem kwestionariusza McGilla – Melzacka – doniesienia wstępne. *Probl Pielęg*, 16 (3), 231-236.
12. Misiulek, H. (2007). Jak funkcjonuje zespół leczenia ostrego bólu w warunkach polskiego szpitala?. 8 (special issue), 21-22.
13. Misiulek, H., Kwosek, A., Kucia, H., Stoksik, P. and Knapik, P. (2004). Czy zespoły leczenia ostrego bólu powinny zaistnieć w strukturach organizacyjnych naszych szpitali? *Anest Intens Ter*, 36, 214- 219.
14. Nightingale, F. (1860). *Notes on nursing. What it is and what is not*. New York: Appleton.
15. Piątek, A. (2004). Doskonalenie jakości opieki pielęgniarstwa. In A. Ksykiewicz-Dorota (eds.). *Podstawy organizacji opieki pielęgniarstwa* (pp. 162-173). Lublin: Wydawnictwo Czelej.
16. Przewoźnik, E. in Kapała, W. (2007). Słownik bólu, czyli najczęściej stosowane określenia bólu po różnego rodzaju zabiegach operacyjnych. *Piel Pol* 2007, 1 (23), 20-25.
17. Szpital bez bólu. Polskie Towarzystwo Badania Bólu (2008). Pridobljeno 20. 5. 2011 s <http://www.szpitalbezbolu.pl>.

# Kultura varnosti v domovih starejših občanov

UDK 364-54-053.9:614

**KLJUČNE BESEDE:** kultura varnosti, domovi za starejše, organizacijska kultura

**POVZETEK** - Leta 2005 je bila sprejeta Luksemburška deklaracija, v kateri je zapisano, da je dostop do kakovostne zdravstvene oskrbe osnovna človekova pravica, ki jo priznavajo in spoštujejo Evropska unija, vse njene institucije in državljani Evrope. Skladno s tem imajo pacienti pravico pričakovati, da jim bo vedno zagotovljena varna zdravstvena obravnava. V slovenskem prostoru so poleg Ministrstva za zdravje pomembni glasniki varne zdravstvene obravnave nekateri zdravniki in mnoge medicinske sestre, ki delujejo predvsem na področju bolnišnične zdravstvene nege. To sicer ne pomeni, da za varno zdravstveno nego in oskrbo v domovih starejših občanov ni poskrbljeno, vendar o tem ne zasledimo veliko objav. Zdravstveni delavec mora zavestno razmišljati o varnosti bolnika in poskrbeti zanj. To mora zahtevati tudi od oseb, ki z njim sodelujejo pri zdravstveni in socialni obravnavi stanovalcev domov starejših občanov. Iz pregleda slovenske in tuje literature je razvidno, da je kultura varnosti pomembna v institucijah skrbi za staro populacijo, a premalo raziskana in slabše predstavljena kot na področju sekundarne in terciarne ravni zdravstvene dejavnosti.

UDC 364-54-053.9:614

**KEY WORDS:** safety culture, residential care homes, organizational culture

**ABSTRACT** - In 2005, the Luxembourg declaration was adopted which states that access to quality healthcare is a basic human right that is recognized and respected by the European Union, its institutions and the citizens of Europe. Accordingly, the fact patients have a right to expect a safe health treatment. In the Slovenian area, in addition to the Ministry of Health, some doctors and many nurses who work in the field of hospital nursing are defenders of safe health treatment. This does not mean that safe nursing and social care are not in residential care homes for the elderly, but there is a lack of its publication. The health worker must consciously think about the safety of the patient and thus treat the patient in that manner. This is also required from persons who cooperate with them in the implementation of health and social care in residential care homes. The descriptive method of work was used with overview of foreign and Slovenian literature. Even in the foreign literature it is observed that organizational culture is an important factor of safety in institutions for the aged population, but under-researched and less well represented than in the secondary and tertiary levels of health care.

## 1 Uvod

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, 2005).

Isti vir poudarja, da je zdravstvena dejavnost področje z visokim tveganjem zaradi neželenih dogodkov, ki ne nastanejo zaradi bolezni, ampak so posledica procesa zdravljenja, kar lahko pripelje do smrti, resnih okvar, zapletov in bolnikovega trpljenja. Mnogi avtorji navajajo ugotovitve Ameriškega medicinskega inštituta (Institut of Medicine, 1999; Robida, 2009; Thomas, Hyer, Castle, Branch, Andel in Weech-Maldonado, 2012), ki je poročal o okoli 98.000 smrtih v ameriških bolnišnicah zaradi neželenih dogodkov. Zaradi tega so mnoge bolnišnice in druge zdravstvene ustano-

ve sprejele ukrepe in pripravile postopke, ki zagotavljajo bolnikovo varnost. Kljub temu pa zdravstvena dejavnost še vedno zaostaja za industrijskimi in storitvenimi dejavnostmi, ki so uvedle sistemske varnostne procese. Za domove starejših občanov takšnih ugotovitev v literaturi ne zasledimo.

Zavedanje pomena kulture varnosti, ki naj bi povečala varnost pacientov, se je v zdravstvenih zavodih pojavilo pred več kot desetletjem (Ginsburg, Tregunno, Norton, Mitchell in Howley, 2014), zato so v bolnišnicah in drugih zdravstvenih ustanovah organizirali posebne službe. Drugače pa je na področju zdravstvenega in socialnega varstva stare populacije, kjer so kadrovske tako podhranjeni, da temu področju ne morejo namenjati zadostne pozornosti.

Glede na rezultate analiz in raziskav mnogih raziskovalcev (Battles in Lilford, 2003; Ginsburg idr., 2014; Handler, Castle, Studenski, Perera, Fridsma, Nace in Hanlon, 2006; Kohn, Corrigan in Donaldson, 1999) je postalo jasno, da je prvi korak na poti k izgradnji varnosti za bolnike uveljavitev kulture varnosti v celotnem zdravstvenem sistemu. V celotni zdravstveni dejavnosti je treba uvesti upravljanje s tveganji kot rutinsko orodje (Luksemburška deklaracija, 2005).

Varnost starejših bolnikov in stanovalcev domov starejših občanov ogrožajo mnoge bolezni in poškodbe, ki so posledica starostnih sprememb (osteoporoza in z njo povezana krhkost kosti; počasnejši gibi, slabo ravnotežje in vrtoглаvica s hitrejšo utrujenostjo ter nepozornostjo, kar ima za posledico padce; slabšanje čutnih zaznav, ki lahko vodi v poškodbe ob padcih, opekline in omrzline), infekcije, poškodbe zaradi nevarnosti v okolju in slabše prilagajanje spremembam okolja ob hospitalizacijah ali namestitvi v dom starejših občanov. Pomembne so tudi hotene in nehotene samoposkodbe zaradi psihičnih, starostnih ali bolezenskih sprememb. Pri starostnikih je ogrožena tudi psihična in socialna varnost, ki je povezana z osamljenostjo, spremenjeno samopodobo, izgubo statusa, svojcev, prijateljev in zdravja ter pešanjem kognitivnih sposobnosti. Kapp (2007) med drugim poudarja ekonomski vidik, slabšo vključenost svojcev v skrb za starostnika in potrebo po 24-urni pomoči pri izvajanju dnevnih življenjskih aktivnosti, ki bi jo morali izvajati visoko specializirani strokovnjaki s področja zdravstvene nege, kar pa ni izvedljivo v zadostni meri. Tako kot pri nas, tudi v razvitem svetu za stare ljudi največkrat skrbijo slabše izobraženi zaposleni, zdravstveni tehniki in negovalci. Posledica slabše kadrovske zasedbe glede na izobrazbo in število izvajalcev je pogostejša uporaba fizičnega oviranja.

Stari ljudje prebolevajo mnoga akutna in kronična obolenja. Simčič (2013) navaja, da se včasih zgodi, da se zdravljenje ne konča tako, kot pričakujejo zdravniki, medicinske sestre in drugi zdravstveni strokovnjaki, ali tako, kot pričakujejo bolniki. Lahko pride do zapleta, ki je nenameren in neželen izid zdravljenja bolezni in se mu večkrat ne da popolnoma izogniti. Lahko pa pride tudi do napake, ki se konča s škodo za pacientovo zdravje. Napaka pomeni nenameren in nepričakovan dogodek, ki ne nastane kot zaplet bolezni. Nenameren dogodek se imenuje zato, ker napake nihče ni želel storiti, saj zdravniki, medicinske sestre in drugo osebje, ki dela v zdravstvu, ne želi škodovali pacientom. Nepričakovan dogodek se imenuje zato, ker ga nihče ne pričakuje. Če bi ga kdo pričakoval, bi ga raje preprečil. Napaka se zgodi, ko nekaj,

kar so zdravniki, medicinske sestre in drugi zdravstveni strokovnjaki načrtovali pri zdravstveni oskrbi, ne gre po načrtu, ali ko se uporabi neprimeren načrt. Na splošno so ljudje globoko prepričani, da se napake dogajajo »slabim« strokovnjakom. Vendar pa raziskave o napakah kažejo, da se napake lahko zgodijo v najboljših zdravstvenih ustanovah in najboljšim strokovnjakom.

## 2 Neželeni dogodki in varnost v domovih starejših občanov

V domovih starejših občanov so najpogostejši neželeni dogodki padci, razjede zaradi pritiska in infekcije. Vsi ti dogodki so preprečljivi, a kljub temu kar precej ogrožajo varnost stanovalcev. V preprečevanje razjed zaradi pritiska in infekcij medicinske sestre usmerjajo mnoge negovalne intervencije in pri tem tudi s pomočjo ustrezne terapije in sodobnih oblog ter rednim menjavanjem položaja in inkontinenčnih pripomočkov dosegajo velike uspehe. Težje je pri preprečevanju padcev, saj se njihovo število povečuje zaradi višanja življenjske dobe in s tem povezanimi starostnimi spremembami in bolezenskimi stanji, zlasti višjo stopnjo zbolevanja za Alzheimerjevo demenco. Padce zaposleni v domovih starejših občanov preprečujejo s pomočjo ustreznih zdravil, a tudi s fizičnim oviranjem. Oboje predpiše zdravnik, izvedba pa je v pristojnosti diplomiranih in srednjih medicinskih sester in pod njihovim nadzorom tudi negovalcev.

Padci spadajo med opozorilne neželene dogodke in predstavljajo vodilno kategorijo med prijavljenimi neželenimi dogodki (Robida, 2004). V Slovarju slovenskega knjižnega jezika je pod »padec« oz. pod »padati« zapisano: »1. zaradi izgube ravnotežja, opore priti a) iz pokončnega položaja na tla zlasti v ležeči položaj; padati na obraz, naprej, vznak« ter »2. premikati se v smeri navzdol zaradi lastne teže« (Bajec, 2000).

Padci so med staro populacijo tako pogosti, da jim je treba namenjati posebno pozornost. Ena od definicij padca je »pasti na tla ali pasti in se udariti v predmet npr. stol, ali stopnico«. V tuji literaturi navajajo, da je padec »nenadna nenamerna sprememba položaja telesa proti tlom in to z ali brez fizične poškodbe« (Falls prevention, 2003), »nenačrtovan spust na tla (ali na podaljšek tal, npr. smeti ali druga oprema) z ali brez poškodbe«. Vključene so vse vrste padcev, ne glede na to, ali se zgodijo iz fizioloških ali okoljskih razlogov (Currie, 2008). Padec je »dogodek, ki ima za posledico nenamerno »pristanek« osebe na tleh oz. na drugi nižji površini in ni posledica nasilnega potiskanja, izgube zavesti ali nenadnega pojava paralize (kot npr. pri kapi, epileptičnem napadu)« (Mahoney, Glychsh, Guilfoyle, Hale in Katcher, 2005).

Padec je vsak dogodek, ko se bolnik nenadoma neprostoovoljno znajde na tleh ali na neki drugi, nižji površini. Definicija padca vključuje bolnike, ki so zdrsnili na primer s stola na tla, bolnike, ki smo jih našli na tleh, čeprav jih nismo videli pasti in tako imenovane »prestrežene« padce, ko medicinska sestra ali spremljevalec bolnika zadrži in omili posledice padca, vendar ga kljub temu položi na tla (Kelly in Dowling, 2004; Morse, Morse in Tylko, 1989).

Frekvenca padcev se po raziskavah sodeč povečuje s starostjo in s tem z ravno krhkostjo kosti. Tudi starejši ljudje, ki živijo v domovih za starejše občane, padajo pogosteje od tistih, ki živijo v skupnosti. Približno 30–50 % ljudi, ki živijo dalj časa v raznih institucijah za dolgotrajno bivanje (bolnišnice, domovi za starejše občane), pade vsako leto, od tega jih 40 % doživi ponavljajoče padce (Svetovna zdravstvena organizacija – WHO, 2007). Rubenstein (1997) je ugotovil, da se v domovih starejših občanov zgodi 1,5 padcev na posteljo na leto. Njihova posledica so zlomi, nujna višja stopnja hospitalizacije in slabša kakovost življenja, lahko celo smrt. V Združenih državah Amerike umre vsako leto več kot 10 000 oseb, starejših od 65 let, zaradi nenamernih in nepričakovanih padcev (Centers for Disease control and Prevention, 2002). V raziskavah o padcih so ugotovili, da so tudi medicinske sestre psihično obremenjene s padci bolnikov, ki so v njihovi oskrbi. Pogosto ob tem doživljajo strah pred obtožbami, podaljšano zaskrbljenost, krivdo ali škodljivi stres (Kelly in Dowling, 2004).

### 3 Kultura varnosti in organizacijska klima

Kultura varnosti je del kulture zdravstvene ustanove, oddelka, zdravstvenega tima (Robida, 2011). To seveda velja tudi za področje skrbi za stanovalce domov starejših občanov, kjer ne prebivajo le osebe, ki zdrave uživajo zadnja leta življenja, ampak tudi mnogi bolniki, ki so posebna rizična skupina. Žal nekatere raziskave (Arnetz, Zhdanova, Elsouhag, Lichtenberg, Luborsky in Arnetz, 2011; Handler idr., 2006, Thomas idr., 2012) kažejo, da je kultura varnosti v domovih starejših občanov slabše razvita kot v bolnišnicah. To je posledica slabše kadrovske zasedbe, saj osebe z nižjo stopnjo izobrazbe nima znanja s področja organizacije dela, zagotavljanja kakovosti, varnosti bolnikov in tudi ne najsodobnejšega znanja s svojega strokovnega področja. Zaposleni s srednjo ali nižjo izobrazbo so tako obremenjeni z rutinskimi opravili, da znanja ne morejo nadgrajevati in slediti sodobnim trendom na ožjem strokovnem področju, kamor se vključujejo tudi prizadevanja za kakovost in varnost bolnikov ter njihovih negovalcev. Seveda pa morajo njihovi neposredno nadrejeni in menedžment domov starejših občanov slediti sodobnim trendom in poskrbeti za to, da se tudi ti zavodi presojujejo, dosegajo ustrezne standarde kakovosti ter skrbijo za kakovost in varnost stanovalcev in zaposlenih. Te aktivnosti potekajo v večini domov starejših občanov. Analizirajo in spreminjajo se vsi procesi, spreminja se organizacijska klima in organizacijska kultura. To pa je tudi pogoj za nenehno izboljševanje kakovosti in varnostno kulturo stanovalcev domov za starejše.

Ko govorimo o organizacijski klimi, govorimo o organizacijskem ozračju. To je vrsta značilnosti, ki izražajo zadovoljstvo s socialnimi vidiki dela. Gre za vse tiste značilnosti, ki vplivajo na vedenje ljudi v organizaciji in zaradi katerih se organizacije med seboj razlikujejo. Na ozračje v organizaciji vplivajo razni dejavniki iz preteklosti in sedanjosti, dejavniki iz okolja in ljudje sami s svojimi vedenjskimi vzorci (Lipičnik, 1998).

V organizacijski klimi se izraža, kako posameznik dojema in sprejema organizacijo. Zaposleni lahko doživljajo organizacijo kot prijazno, pravično, neformalno ali kot

zelo formalno in natančno strukturirano, utesnjujočo, neprijazno. V tem dojemanju so lahko posamezniki zelo dosledni ali pa sploh ne, tako da je doživljanje posameznikov znotraj iste organizacije lahko zelo različno. Saj se tudi zaposleni, ki vplivajo na to ozračje, med seboj zelo razlikujejo. Znotraj organizacije zaposleni doživljajo vzpone in padce, ker vzdušje v organizacijski klimi neprestano niha. Nad njo je treba stalno bedeti, jo opazovati, usmerjati, ker je živ proces. Če jo uspemo prilagoditi večini zaposlenih, nam lahko pomaga pri premagovanju težav in doseganju želenih ciljev.

Organizacijska kultura je širši pojem od organizacijske klime. Je sistem simbolov in interakcij, specifičnih (unikatnih) za vsako organizacijo. To je način mišljenja, obnašanja, zaupanja članov organizacije (Schneider, Ehrhart in Macey, 2013). Izhaja iz civilizacije, zgodovine, okolja, v katerem živimo, kulture, vere, jezika, sistema vrednot, vzorcev vedenja, nazorov, formalnih in neformalnih komunikacijskih povezav in podobno. Nanjo večinoma vplivajo osebnostne značilnosti posameznikov.

Thomas in sodelavci (2012) so raziskovali povezavo med varnostno kulturo stanovalcev domov starejših občanov, uporabo fizičnih ovirnic in posledično številom padcev stanovalcev. Prišli so do zanimivega rezultata, da višja stopnja varnostne kulture pomembno vpliva na zmanjšanje uporabe fizičnih ovirnic in na zmanjšanje števila padcev stanovalcev. Te ugotovitve kažejo na to, da bi s prizadevanji za višjo stopnjo varnosti bolnikov lahko zmanjšali število padcev in s tem izboljšali kakovost zdravstvene nege in obratno. Ugotovili so tudi, da bolj izobraženo osebje bolj skrbi za varnostno kulturo, uporablja manj fizičnih ovirnic, in so padci kljub temu manj pogosti. Zdravstveno nego prilagaja negovalnim potrebam posameznega stanovalca. Avtorji omenjajo mnoge študije in raziskave, ki potrjujejo tezo, da manjša uporaba fizičnih ovirnic zmanjša število padcev.

Arnetz in sodelavci (2011) so raziskovali dejavnike, ki vplivajo na organizacijsko klimo. Ugotovili so, da so učinkovitost pri delu, delovno ozračje in stres na delovnem mestu pomembno povezani s kulturo nekaznovanja. Učinkovitost je povezana z jasnimi cilji posameznika in institucije, zaposleni načrtujejo in izvajajo svoje aktivnosti. Če v delovnem okolju vladajo dobri medsebojni odnosi, to vpliva na zmanjševanje stresa, zato tu ni kaznovanja, zaposleni upoštevajo dogovorjene standarde, se med seboj podpirajo in imajo dovolj časa, da izvajajo delovne zadolžitve. Kadar zaposleni poznajo cilje organizacije, ki so jasno izraženi, se o njih pogovarjajo, čutijo odgovornost za njihovo uresničevanje, se tudi pogovarjajo o škodljivih dejanjih in iščejo rešitve, da bi se jim izognili. Odprta komunikacija o neželenih dogodkih in napakah v nekaznovalnem in neobtožujočem okolju je predpogoj za kulturo varnosti v domovih starejših občanov.

## 4 Razprava

Pojem varnosti v zdravstvu je še vedno včasih razumljen kot odgovornost posameznega zdravstvenega delavca, ki mora biti pri opravljanju nalog bolj pozoren, da ne bi naredil napake. Z razvojem zdravstvenih sistemov je varnost pacientov, tako kot

kakovost v zdravstvu, postopoma postala samostojna disciplina. Med raziskovalce tega področja danes štejemo svetovno znane strokovnjake. Klasifikacija na področju varnosti pacientov, ki jo je pripravilo Ministrstvo za zdravje, je še en pomemben korak k uveljavitvi varnosti pacientov kot pomembne znanstvene veje v zdravstvu (Marušič, 2009).

Varnostna kultura je osnovana na individualnih vrednotah, stališčih in vzorcih vedenja vsakogar v zdravstveni (socialni) ustanovi. Varnost moramo jemati resno na vseh ravneh zdravstvene (socialne) ustanove od čistilca do direktorja, meni Robida (2011). Če kdo od osebja ne sporoči padca bolnika, je to lahko zato, ker v ustanovi prevladuje kultura obtoževanja posameznika in se oseba boji sporočiti neželen dogodek, ali pa pokaže kulturo te osebe, saj ji je morda lažje stvar prikriti, ker je s poročanjem več dela - dodatno pisanje poročila ali ker oseba ni izvedla predhodne ocene tveganja za padeč, ker »ni bilo časa«, je še zapisal isti avtor. Ravno oceni tveganja v domovih starejših občanov (in še kje v zdravstvenem in socialnem varstvu) ne namenjajo dovolj pozornosti. Neodkrita ali sicer znana, a prezrta, ali neustrezno obvladana tveganja imajo navadno povečajo pojavljanje napak. Človeških napak ni možno v celoti odpraviti, vendar jih lahko s pravilnim pristopom predvidimo in pravočasno preprečimo neželene posledice (Prezelj, 2011). Zato se je o napakah treba odkrito pogovarjati, jih analizirati in pri vsakem stanovalcu pripraviti oceno tveganja za padce in druge neželene dogodke.

Na varnost bolnikov vpliva mnogo dejavnikov: zadovoljivo financiranje; zadostno število ustrezno usposobljenega osebja; primerne zgradbe; uporaba visoko kakovostnega materiala, tehnične opreme in zdravil; uveljavitev standardnih diagnostičnih in terapevtskih postopkov (klinične smernice); jasna opredelitev nalog in odgovornosti; primerna in neovirana povezava procesov; informacijski sistem; natančna dokumentacija in uspešna komunikacija med zdravstvenim osebjem in timi ter bolniki. Pomembno je ustvarjanje primernih delovnih razmer in delovnega vzdušja s pomočjo kakovostne organizacije dela, zmanjševanjem stresa in napetosti ter ustvarjanjem varnih delovnih pogojev za zdravstvene delavce. Povečana motivacija zmanjšuje vlogo »človeških dejavnikov« pri varnostnih zapletih. Ustvarjanje primernih delovnih razmer in delovnega vzdušja vključuje preprečevanje porekla vzrokov neželenih in možnih neželenih dogodkov (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2009).

## 5 Sklep

Zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege in oskrbe za vse bolj številno starajočo se populacijo je pomemben izziv za izvajalce zdravstvene nege in oskrbe, pa tudi za celotno družbo. V domovih starejših občanov se ne glede na to srečujejo s pomanjkanjem visoko kvalificirane delovne sile, finančnih in materialnih virov ter drugih možnosti za zagotavljanje kakovostne in varne zdravstvene ter socialne obravnave starostnikov.

Raziskave dokazujejo, da je sprememba varnostne kulture v domovih starejših občanov povezana s spremembami na organizacijski ravni. Jasni organizacijski cilji, usmerjenost na delovno učinkovitost, pozitivno delovno vzdušje in obvladljiv stres na delovnem mestu so ključni za kulturo varnosti v domovih starejših občanov. V takih razmerah bo vsak zaposleni vlagal velike napore za čim bolj varno oskrbo stanovalcev. Ob pojavu neželenih dogodkov pa bo pripravljen to prijaviti, se s sodelavci pogovoriti in v vzdušju neobsojanja in nekaznovanja sprejeti ukrepe za preprečevanje podobnih dogodkov v prihodnosti.

## LITERATURA

1. Arnetz, J. E., Zhdanova, L. S., Elsouhag, D., Lichtenberg, P., Luborsky, M. R. in Arnetz, B. B. (2011). Organizational climate determinants of resident safety culture in nursing homes. *The Gerontologist*, 51, 739-49.
2. Bajec, A. (2000). Slovar slovenskega knjižnega jezika. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
3. Battles, J. B. in Lilford, R. J. (2003). Organizing patient safety research to identify risks and hazards. *Qual Saf Health Care*, 12 (2), 2-7.
4. Centers for Disease Control and Prevention. (2002). WISQARS injury mortality reports. Atlanta: GA: Author.
5. Currie, L. (2008). Fall and injury prevention. V R. G. Hughes (ed.). *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services.
6. Falls prevention: best practice guidelines for public hospitals and state government residential aged care facilities incorporating a community integration supplement. Quality Improvement and Enhancement Program. (2003). Queensland: Queensland Government – Queensland Health.
7. Ginsburg, L. R., Tregunno, D., Norton, P. G., Mitchell, L. I. in Howley, H. (2014). Not another safety culture survey: using the Canadian patient safety climate survey (Can-PSCS) to measure provider perceptions of PSC across health settings. *BMJ Qual Saf*, 23, 162-170.
8. Handler, S. M., Castle, N. G., Studenski, S. A., Perera, S., Fridsma, D. B., Nace, D. A. idr. (2006). Patient safety culture assessment in the nursing home. *Quality and Safety in Health Care*, 15, 400-404.
9. Institut of Medicine (IOM). (1999). *To err is human: Building a safer health system*. Washington, D. C.: National Academies Press.
10. Kapp, M. B. (2007). Nursing home safety matters, but it's not an easy matter. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8, 417-8.
11. Kelly, A. in Dowling, M. (2004). Reducing the likelihood of falls in older people. *Nurs Stand*, 18 (49), 33-40.
12. Kohn, L. T., Corrigan, J. in Donaldson, M. S. (1999). *To err is human: building a safer health system*. Washington: DC: National Academies Press.
13. Lipičnik, B. (1998). *Ravnjanje z ljudmi pri delu*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
14. Luksemburška deklaracija o varnosti pacientov. (2005). Pridobljeno 20. 10. 2014, s <http://www.prosunt.si/varnost-pacientov/luksembur%C5%A1ka-deklaracija-o-varnosti-pacientov>.
15. Mahoney, J. E., Glycsh, R. L., Guilfoyle, S. M., Hale, L. J. in Katcher, M. L. (2005). Trends, risk factors and prevention of falls in older adults in Wisconsin. *WMJ*, 104 (1), 22-8.
16. Marušič, D. (2009). *Spremna beseda ministra*. V *Konceptualni okvir za mednarodno klasifikacijo za varnost pacientov*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
17. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. (2009). *Konceptualni okvir za mednarodno klasifikacijo za varnost pacientov*.
18. Morse, J. M., Morse, R. M. in Tylko, S. J. (1989). Development of a Scale to identify the fall-prone patient. *Can Journ Aging*, 8 (4), 366-7.

19. Prezelj, T. (2011). Obvladovanje tveganja in napak v varnostno kritičnih okoljih in primerjava z letalsko industrijo. V 4. dnevi Angele Boškin Varnost – rdeča nit celostne obravnave pacientov. Zbornik prispevkov. Gozd Martuljek.
20. Robida, A. (2004). Opozorilni neželeni dogodki. *Zdrav Vestn*, 73, 681-7.
21. Robida, A. (2009). Pot do odlične zdravstvene prakse: vodnik za izboljševanje kakovosti in presojo lastne zdravstvene prakse. Ljubljana: Planet GV.
22. Robida, A. (2011). Kultura varnosti pacientov – pilotna raziskava o bolnišnični kulturi varnosti pacientov. V 4. dnevi Angele Boškin Varnost – rdeča nit celostne obravnave pacientov. Zbornik prispevkov. Gozd Martuljek.
23. Rubenstein, L. Z. (1997). Preventing falls in the nursing home. *JAMA*, 278, 595-596.
24. Schneider, B., Ehrhart, M. G. in Macey, W. H. (2013). Organizational climate and culture. *Annu Rev Psychol*, 64, 361-88.
25. Simčič, B. (2013). Kakovost in varnost sistema zdravstvenega varstva. Ministrstvo za zdravje. Ljubljana. Pridobljeno 20. 10. 2014, s [http://www.stat.si/StatistichniDnevi/Docs/Radenci%202012/prispevki/Simcic\\_KVSZV\\_mit%20ali%20dejstvo\\_SURS2012.pdf](http://www.stat.si/StatistichniDnevi/Docs/Radenci%202012/prispevki/Simcic_KVSZV_mit%20ali%20dejstvo_SURS2012.pdf).
26. Thomas, K. S., Hyer, K., Castle, N. G., Branch, L. G., Anel, R. and Weech-Maldonado, R. (2012). Patient safety culture and the association with safe resident care in nursing homes. *The Gerontologist*, 52 (6), 802-11.
27. World Health Organization. (2007). WHO global Report on Falls Prevention in Older Age.

# Kakovost v medicini dela

UDK 616-057+364.69

**KLJUČNE BESEDE:** medicina dela, kakovost, nadzor

**POVZETEK** - Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije je kakovostna oskrba tista, ki zadošča dogovorjenim zahtevam in ob upoštevanju trenutnega znanja in razpoložljivih sredstev izpolnjuje pričakovanja za povečanje koristi in zmanjšanje tveganj za zdravje in dobro počutje bolnika. Gre za uporabo učinkovitih postopkov zdravstvene oskrbe pri pravih bolnikih v danih razmerah na učinkovit način. Zaradi specifičnosti, ki so posledica stroke, je tudi medicina dela eno izmed tistih področij, kjer je mogoče z ustreznim sistemom nadzora kakovosti izboljšati kakovost dela. Zdravniške napake je treba sprejeti kot vsakdanje spremljevalke našega dela in vir dragocenih izkušenj, s pomočjo katerih bomo zagotovili našim bolnikom in nam samim večjo varnost. Odkrivanje in odpravljanje odstopanj bi zato moralo postati predvsem eno izmed orodij izboljševanja kakovosti pri iskanju prednostnih nalog. Strokovni nadzor s svetovanjem je usmerjen na pregled pogojev dela, vključno z usposobljenostjo izvajalcev. Izvaja se lahko rutinsko po programu, kot to predvidevajo predpisi, ali kot izredni strokovni nadzor ob težavah, ki se pojavljajo pri nujenju oskrbe.

UDK 616-057+364.69

**KEY WORDS:** occupational medicine, quality, supervision

**ABSTRACT** - According to the World Health Organization's definition, quality healthcare is healthcare agreed-upon criteria, using all current knowledge and available funds to meet expectations regarding the well-being of a patient improvement and reducing health risks they are exposed to. Quality healthcare uses effective healthcare procedures by treating the right people and does so in an efficient manner, considering the circumstances, of course. Due to the specifics that arise in the field, occupational medicine is one of the fields where an appropriate implementation of a quality assurance system could greatly improve the quality of work. Medical errors should be accepted as everyday companions of our work and as a source of valuable experience, which will help us ensure greater safety for our patients as well as ourselves. Discovery and elimination of deviations should thus become primarily the means of quality improvement as we try to establish our priorities. Professional supervision and consulting are used to review working conditions, including providers' qualifications. They can be carried out regularly, according to a schedule as required by regulations, or as an extraordinary professional supervision in case of problems occurring with the provision of care.

## 1 Uvod

Še predobro se zavedamo, da je med našimi bolniki kar nekaj takih, ki trpijo zaradi napak, ki smo jih zagrešili. Na srečo je ogromna večina teh napak takih, da se njihovo zdravje ni bistveno poslabšalo, vendar je že sam občutek, da s svojim delom včasih povzročimo bolnikom škodo, ena največjih stisk našega poklica. Med kolegi je kar nekaj takih, ki so se zaradi tega že znašli v kolesju sodnega postopka. Marsikateri od teh postopkov pa bi bil lahko prihranjen, če bi se zdravniki na napake drugih odzvali drugače, kot smo vajeni, prav tako bi bila tudi marsikateremu bolniku škoda za njegovo zdravje prihranjena, če bi vedeli, kako ravnati ob zdravniški napaki (Švab, 2002). Zaradi specifičnosti, ki so posledica stroke, je tudi medicina dela eno izmed tistih področij, kjer lahko z ustrezno vzpostavitev sistema nadzora kakovosti izboljšamo kakovost dela. Zdravniške napake moramo sprejeti kot vsakdanje spremljevalke našega

dela in vir dragocenih izkušenj, s pomočjo katerih bomo zagotovili našim bolnikom in nam samim večjo varnost. Način, kjer je reševanje napak usmerjeno samo v disciplinske ukrepe zoper posameznega zdravnika, ne da bi napake uporabili tudi za dvig kakovosti zdravstvene oskrbe, je zanesljiva metoda, s pomočjo katere bomo še naprej zapletali situacijo (Švab, 2002).

Iz Zakona o zdravniški službi povzemamo, da je zdravnik pri sprejemanju strokovnih odločitev neodvisen. Pri svojem delu se mora ravnati po spoznanjih znanosti in strokovno preverjenih metodah. Bolnika mora seznaniti s predvidenimi diagnostičnimi postopki. Zdravnik pa ni odgovoren za potek zdravljenja, kadar bolnik zdravniku navaja neresnične podatke o svojem zdravstvenem počutju, se ne ravna po navodilih zdravnika in ne sodeluje pri varovanju, krepitvi in povrnitvi lastnega zdravja. Zdravnik, ki dela neposredno z bolniki, mora biti zavarovan za škodno odgovornost, ki bi lahko nastala pri njegovem delu. Iz Kodeksa medicinske deontologije Slovenije povzemam, da je zdravnik pri opravljanju svojega poklica v mejah svoje strokovne usposobljenosti samostojen in neodvisen ter za svoje delo odgovoren pred svojo vestjo, bolnikom in družbo. Zdravnik ni upravičen začeti postopkov, za katere nima ustreznih izkušenj. Svoj poklic mora opravljati odgovorno, strokovno, vestno in natančno pri slehernem bolniku. Pri delu mora dosledno upoštevati dosežke medicinske znanosti in načela strokovnega ravnanja.

Iz Zakona o zdravstveni dejavnosti izhaja, da ima vsakdo pod enakimi pogoji in v skladu z zakonom pravico do vpogleda v zdravstveno dokumentacijo, ki se nanaša na njegovo zdravstveno stanje, da ima pravico zahtevati, da zdravstveni delavci in sodelavci brez njegove izrecne privolitve nikomur ne posredujejo podatkov o njegovem zdravstvenem stanju, ima pravico do ugovora pri pristojnem organu nadzora, če meni, da niso bila uporabljena dovolj učinkovita sredstva za njegovo zdravljenje ali da so bila kršena etična načela, da se seznani s stroški zdravljenja in da zahteva povračilo škode zaradi neustreznega zdravljenja. Zdravstveni delavec lahko samostojno opravlja vsako delo, za katero ima ustrezno izobrazbo in je zanj usposobljen ter ima na razpolago ustrezno opremo. Za svoje delo prevzema etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost.

Iz kazenskega zakonika RS je razvidno, da se zdravnik, ki pri opravljanju zdravniške dejavnosti iz malomarnosti ravna v nasprotju s pravili zdravniške znanosti in stroke in tako povzroči, da se komu občutno poslabša zdravje, kaznuje z zaporom do enega leta.

Kako narediti dobro še boljše, je bistveno vprašanje medicine in sistemov zdravstvenega varstva prihodnosti. Javnost in zdravstvena politika zahtevajo vedno večjo odgovornost zdravstvenih ustanov, preverjanje dela izvajalcev, presojo zdravstvenih ustanov, posameznih postopkov in posameznikov, ocenjevanje učinkovitosti, ustreznosti in kakovostno nudene zdravstvene oskrbe.

## 2 Kakovost v medicini dela

Zdravstvo je zapletena storitvena dejavnost, ki deluje v spremenljivem okolju. Med temi dejavniki se poleg družbenoekonomskih sprememb čutita predvsem nasprotujoča

si vpliva razvoja medicinske znanosti in tehnologij, kar zahteva vedno več sredstev in pritiska zdravstvene politike, saj mora sistem zdravstvenega varstva upravljati z omejenimi sredstvi, ki jih je družba pripravljena nameniti za zdravstveno varstvo. Osrednji vpliv na izvajalca ima nenehni dotok novih informacij iz raziskav na medicinskih in drugih sorodnih področjih. Zunanje okolje preko predpisov ureja zdravstveno okolje. Določeni so obseg, nekatere prvine kakovosti, dostopnost, dosegljivost in presoja zdravstvenih storitev. Javnost in bolniki zaradi vse večje poučenosti in ozaveščenosti vedno pogosteje posegajo v odločitve v zvezi z zdravstveno oskrbo. Zmožnost gospodarskega okolja, predvsem pa pripravljenost politikov, koliko sredstev so pripravljene nameniti sistemu zdravstvenega varstva, imajo zagotovo največji vpliv na celoten sistem. Pomembne pa so tudi osebne odločitve izvajalca pri prevzemanju novosti in zagotavljanju ustrezne ravni kakovosti (Balažič, 2002).

Napaka je različek ali odstopanje, ki je zdravju škodljivo, je večje od pričakovanega, ki je povzročilo škodo in bi se mu bilo mogoče izogniti ob upoštevanju trenutnega medicinskega znanja. Nastala je namerna škoda ali škoda zaradi neutemeljeno večjega tveganja brez pristanka bolnika ali škoda zaradi odstopanja pri oskrbi zaradi neupoštevanja sedanjega znanja in je bilo dokazano, da obstaja vzročno-posledična povezava med različkom ali odstopanjem in nastalo škodo. Zdravstvena napaka je tako odstopanje od pričakovanega načina izvedbe zdravstvenega ukrepa in/ali izvedba napačnega ukrepa in/ali opustitev pričakovanega ukrepa in/ali izvedba ukrepa pri napačnem bolniku (na napačnem delu telesa) in/ali zamuda ali prehitevanje pri izvedbi ukrepa, katerega posledica je neželen izid z manjšo zdravstveno koristjo in/ali večjo škodo, in ki bolniku povzroči občutno škodo na zdravju in/ali premoženju. Zdravstvena napaka torej ni vsak odklon od norm strokovnega ukrepanja, temveč le tisto dejanje, ki bolniku povzroči bistveno škodo na zdravju ali premoženju in je v zakonu zaradi načina izvršitve opredeljeno kot napaka. Zdravstvene napake predstavljajo le del zdravstvenih ukrepov, ki odstopajo od pričakovane ravni kakovosti. Pri vseh ostalih odstopanjih, ki povzročajo občutno škodo, kjer take povezanosti ne ugotovimo in je zato do neugodnega izida prišlo po naključju, pa ne moremo govoriti o nesreči pri zdravljenju (zdravljenje v pomenu zdravstvene oskrbe). Poleg teh očitnih odstopanj pa se prikrita odstopanja dogajajo vsak dan vsem, ki so naredili eno samo usodno napako.

Zdravnikovo delo je povezano s stalnim odločanjem med različnimi možnostmi, ki ponujajo približno enake izide. Dogajanje pogosto poteka v posebnih okoliščinah, pod pritiskom pomanjkanja časa in nezadostnih podatkov o dejanskem bolnikovem stanju, kjer ni dostopa do dodatnega znanja, veččin ali opreme in pod velikim etičnim pritiskom. Napake, ki nastanejo na individualni ravni, lahko zmanjšamo ali celo preprečimo z manjšim zanašanjem na človeški spomin, z večjo uporabo in dostopnostjo informacij o bolniku in postopkih oskrbe, s standardizacijo delovnih postopkov, z izobraževanjem zaposlenih, z odkrivanjem najboljših in s sistematičnim omejevanjem tveganj in zagotavljanjem varnosti.

Lastnosti zdravstvene ustanove, ki prispevajo k njeni večji zanesljivosti, so ustrezna izbira in usposabljanje osebja, zadostne količine ustrezne opreme in drugega materiala, vzgajanje sodelavcev v kolegialnosti in stalnem dogovarjanju znotraj formalne

razdelitve odgovornosti in podpiranje ozračja sodelovanja ter predanosti kolektivnemu delu.

Varnostno kulturo organizacij lahko delimo na nezdravo, preračunljivo in napredno. V nezdravi vodstvo onemogoča ljudi, ki opozarjajo na odstopanja, neugodne izide pa banalizira ali celo prikriva. Napredne organizacije posameznike in skupine spodbujajo k zbiranju podatkov o izjemnih dogodkih, spodbujajo zanimanje za analizo neugodnih izidov in jih obveščajo o svojih izsledkih. Odmakniti se morajo od tradicionalnega iskanja krivcev in njihovega kaznovanja pri dokazani zdravstveni napaki in se lotiti sistematične analize vzrokov za določeno zdravstveno napako (Kersnik, 2002a; Robida, 2009; Robida, 2006).

Lastnosti zdravstvene organizacije, ki zagotavlja bolj varno delo oz. manjše število neželenih dogodkov, so (Kersnik, 2002a; Robida, 2009):

- čim manjše število zaposlenih, oddelkov ali služb, ki se ukvarjajo s posameznim bolnikom;
- poimenska identifikacija čim večjega števila sodelujočih pri oskrbi;
- natančni protokoli uporabe zahtevne medicinske tehnologije;
- protokoli za čim več vsakdanjih postopkov;
- izdelava kliničnih poti za čim več bolezni;
- določanje formalnih poti izmenjave informacij o oskrbi bolnika;
- spodbujanje neformalne komunikacije med poklicnimi skupinami, ki se ukvarjajo s posameznim bolnikom;
- delo z zaposlenimi: motiviranje, nagrajevanje za uspehe in spodbujanje poklicne kariere;
- zmanjševanje vplivov zunanjih dejavnikov na izpolnjevanje poslovnih ciljev;
- zagotavljanje stabilnega financiranja s strani plačnika in zdravstvene politike;
- zagotavljanje nenehnega izobraževanja oz. usposabljanja vseh zaposlenih;
- zagotavljanje brezhibnih meril in opreme;
- zagotavljanje varnosti, obvladovanje tveganj, odkrivanje izjemnih dogodkov in zagotavljanje pritožnega sistema kot dela kakovostne organizacije.

Odkrivanje in odpravljanje neskladnosti in odstopanj je zato del samopopravljalnih dejavnosti vseh sistemov kakovosti. Ker je to odkrivanje usmerjeno predvsem kaznovavno, vodi v oženje pomena različkov in odstopanj zgolj na tiste, ki povzročajo škodo bolniku in jo je bolnik tudi zaznal kot škodo, povzročeno zaradi odstopanj od pričakovane storitve. Navadno ne vemo, kolikšen del škodljivosti je moč pripisati naključju in koliko je gre na račun odstopanj od običajnih ravni izvedbe postopka. Sprotno odkrivanje, preprečevanje in odpravljanje številnih drobnih odstopanj prinaša uporabnikom zdravstvenih storitev večjo zdravstveno korist, kot je zgolj moralno in gmotno zadoščenje posameznika, ki je uspel dokazati, da je škoda pri tem nastala zaradi odstopanj v oskrbi.

Odkrivanje in odpravljanje odstopanj bi zato moralo postati predvsem eno izmed orodij izboljševanja kakovosti pri iskanju prednostnih nalog.

Sistem odkrivanja napak mora bolnikom zagotavljati, da bodo deležni moralnega in materialnega zadoščenja, ko se bo ugotovilo, da je bila škoda povzročena zaradi

odstopanj, ki so nastala zaradi pomanjkljivega znanja, neustrezne opreme, pomanjkljive organizacije dela ali drugega vzroka in ki bi se jim bilo moč ob upoštevanju trenutnega znanja v danih okoliščinah izogniti (Kersnik, 2010; Pajtnar et al., 2004; Robida, 2009; Robida, 2006; Šostar, 2000).

Kakovost je bistveni sestavni del zdravstvene oskrbe in mora prežemati vsak njen postopek, skupaj z upoštevanjem obsega dela in stroškov, ki pri tem nastajajo. Do kakovostne zdravstvene oskrbe ima pravico vsak bolnik in vsaka skupnost, ne glede na omejena sredstva, ki jih družba namenja za zdravstveno varstvo.

Po opredelitvi Svetovne zdravstvene organizacije je kakovostna oskrba tista, ki zadošča dogovorjenim zahtevam in ob upoštevanju trenutnega znanja in razpoložljivih sredstev izpolnjuje pričakovanja za povečanje koristi in zmanjšanje tveganj za zdravje in dobro počutje bolnika. Gre za uporabo učinkovitih postopkov zdravstvene oskrbe bolnikov v danih razmerah. To je izbor vseh lastnosti oskrbe, ki ji omogočajo zadovoljiti pričakovanja udeležencev.

Kazalec kakovosti je merljivi del (prvina) zdravstvene oskrbe, za katerega je znanstveno (z raziskavami) dokazano oz. je splošno pripoznano, da odraža kakovost pogojev ali postopkov oskrbe, zaradi česar ga lahko uporabimo za oceno kakovosti in s tem za oceno nastalih sprememb v kakovosti. Kazalec mora biti pomemben za izid oskrbe (prijaznost, izvajanje postopkov ...) ali pa je to zaželeni izid oskrbe sam po sebi (bolnikovo zadovoljstvo, zdravstveno stanje ...). Biti mora opredeljiv ali merljiv (delež zadovoljnih bolnikov, delež bolnikov z urejenim krvnim tlakom) in ga je možno z izboljšanjem kakovosti spreminjati (Kersnik, 2002a; Robida, 2009).

Kakovost je uporaba učinkovitih postopkov zdravstvene oskrbe pri pravih bolnikih v danih razmerah na učinkovit način (Kersnik, 2010; Kersnik, 2002a; Kersnik 2002b).

Odstopanja na področju kakovosti se lahko pojavijo v treh različicah: v pretirani rabi, premajhni rabi in neustrezni rabi zdravstvene oskrbe. Pretirane so tiste storitve, kjer je tveganje (zavestno) večje od možnih koristi. V tem primeru lahko nastane škoda zaradi zavestno večjega tveganja ali zaradi opravljene oskrbe pri bolniku z večjim tveganjem. Premajhna raba je tista, kjer bi koristi presegle možna tveganja. Dosegljiva korist v tem primeru ni dosežena. Neustrezna raba pa se pokaže pri slabo opravljenih, čeprav pravilno izbranih storitvah tako, da bolnik ni deležen vseh možnih koristi storitve. Zaradi teh odstopanj ne moremo doseči pričakovane koristi zdravstvenih storitev in se lahko pojavljajo različne oblike škode.

Zakaj zanimanje za kakovost v zdravstvu narašča:

- številne raziskave so pokazale na velike razlike pri izvajanju oskrbe bolnikov, ki jih ni bilo mogoče pojasniti samo s težo zdravstvenega stanja in razlikami v sistemu zdravstvenega varstva;
- uporabniki zdravstvenih storitev so vedno bolj osveščeni, želijo sodelovati pri načrtovanju in neposrednih odločitvah pri zdravstveni oskrbi;
- javnost zahteva razvidnost in javnost zdravstvene službe;
- znanje in tehnične možnosti presegajo finančne možnosti sistemov zdravstvenega varstva, kar jih sili v obvladovanje stroškov;

- izvajalci želijo pokazati svojo strokovno usposobljenost in se primerjati z drugimi (v nekaterih sistemih zdravstvenega varstva je to predvsem prestižnega pomena, drugje pa poleg tega omogoča preživetje na trgu zdravstvenih storitev);
- vodilni v zdravstvenih ustanovah in plačnik zdravstvenih storitev želijo zagotoviti čim boljše kakovost za razpoložljiva sredstva. V nekaterih okoljih se pri sklepanju dogovorov poleg cene in količine storitev vedno bolj upošteva tudi kakovost oskrbe.

Kakovost pride vedno do izraza takrat, kadar je neko delo izvajalca izpostavljeno soočenju z uporabnikom. Kakovost se torej kaže ob vsakem prehodu med ljudmi in sistemi kjer koli v celotnem postopku oskrbe. Izvajalec mora svoje delo opraviti tako, da bo uporabnik svoj del opravil čim lažje. Na ta način zagotovi večje sodelovanje in zmanjša možnost odstopanj oziroma napak.

Izboljšanje kakovosti je dinamičen proces z naslednjimi nalogami (Kersnik, 1998; Kersnik 2002c; Leape, 1994): odkrivanje in uporaba najboljših izidov za doseganje odličnosti, povratni podatki, eksplicitna opredelitev ciljev kakovosti, izbira kazalcev kakovosti, neprestano izbiranje prednostnih nalog, ustrezni viri za kakovost, sistem spodbud, izobraževanje za kakovost, ustrezen informacijski sistem, stalno samooce-njevanje, nadzor znotraj stroke, naklonjeno vodstvo, vključevanje bolnikov.

Izboljševanje kakovosti je poklicna dolžnost, trajna dejavnost, obsega vse vidike skrbi za prebivalce, je sestavni del vsakodnevnega dela, obravnava bolnika celostno kot posameznika, delavca podjetja oz državljana, spodbuja smotno izrabo zdravstvene službe, upošteva posebnosti - npr. stroke MDPS, omogoča strokovno odločanje na podlagi smernic (doktrine), ne sme se uporabljati za nadzor in kaznovanje.

Pri izbiranju prednostnih nalog za izboljšanje kakovosti velja nekaj splošnih načel, ki pripomorejo k uspešnim izboljšavam.

S pomočjo vprašanj izluščimo morebitne pomanjkljivosti v oskrbi: kaj gre pri našem delu narobe ali slabo, kaj lahko izboljšamo, kaj delamo že sedaj dobro in je vredno ohraniti, kaj je na tem področju novega, kaj želimo doseči.

Prednost damo tistim težavam, ki so pogoste, vplivajo na nezadovoljstvo uporabnikov in izvajalcev ter prispevajo k slabšim izvidom (Kersnik, 2010; Kersnik, 2002b):

- težava mora biti sprejemljiva - zanimiva za vse sodelujoče;
- možno jo je opazovati, zbirati merljive podatke in ocenjevati na podlagi razpoložljivega znanja;
- težavo v zdravstveni oskrbi mora zaznati vsaj eden od udeležencev zdravstvene oskrbe;
- biti mora dovolj pogosta, da znatno vpliva na izide oskrbe večjega števila uporabnikov;
- ugotovljeno odstopanje je možno odpraviti s spremembo – izboljšanje postopka;
- možno je postaviti standarde oz cilje boljše kakovosti;
- katere spremembe bodo prinesle izboljšave;
- kako bomo vedeli, da je sprememba izboljšanje;
- opazovana težava naj bo čim bolj jasno opredeljena z merljivimi deli postopka in izida ter jasnimi cilji kakovosti ...

## 2.1 Kakovost je potovanje in ne cilj

Tudi po uvedbi sistema upravljanja celovite kakovosti oz nenehnega izboljševanja kakovosti, ne smemo zaspati, ker mora kakovost postati del našega poklicnega delovanja, kot so to preprečevanje, diagnostika, zdravljenje, rehabilitacija in krepitev zdravja, in tudi zato, ker se sami sistemi, kot so npr. akreditacija in standardi ISO, prilagajajo novim spoznanjem.

Področja kakovosti, ki jih je treba obravnavati, so zbrana v šestih načelih kakovosti (Kersnik, 2010; Kersnik, 1998; Kresnik, 2002c; Leape, 1994; Robida, 2006; Zwitter, 2012):

1. Uspešnost – uspešnost zdravstvene obravnave je doseganje zelenih izidov zdravljenja (ali naši posegi izboljšajo zdravstveno stanja pacienta?);
2. Varnost – zmanjševanje varnostnih zapletov pri pacientih med diagnostičnimi postopki, zdravljenjem, zaščito in rehabilitacijo ter izogibanje, preprečevanje ali popravljanje varnostnih zapletov (ali bomo škodili pacientu?);
3. Pravočasnost – pravočasno zdravljenje je primeren čas, ko je to dosegljivo glede na pacientove potrebe (koliko časa mora pacient čakati?);
4. Učinkovitost – učinkovita zdravstvena obravnava je razmerje med izidi zdravljenja in uporabljenimi viri (ali lahko to storimo ceneje z enakim izidom?);
5. Enakost – enakost zdravstvene obravnave je diskriminacijsko obravnavanje pacienta (ali prihaja do razlikovanja na podlagi spola, starosti, socialnega statusa ...);
6. Osredotočenje na pacienta – zagotavlja spoštovanje pacientovih vrednot, upoštevanje izraženih potreb in možnosti izbire, zdravljenje bolečine, usklajevanje, povezovanje in nepretrganost zdravstvene obravnave, obveščenost, udobno okolje, stik s svojci in prijatelji ter drugimi osebami, prostovoljno navzočnost izbrane osebe, če to ni proti interesom zdravstvene obravnave (ali zdravimo paciente tako, kot bi zdravili lastne starše, otroke?).

Celovito obvladovanje kakovosti kot najbolj celovito obliko izboljševanja kakovosti sestavlja pet načel (Kersnik, 2010, Kersnik, 2002a; Kersnik, 2002b; Leape, 1994).

1. Bistvo stalnega izboljševanja kakovosti je izkoriščanje najboljših uspehov oskrbe v nepretrganem postopku, ki obsega: postavljanje ciljev kakovosti, ocenjevanje kakovosti in odkrivanje najboljših izidov, izboljševanje kakovosti z analiziranjem in po načelu uporabe razpoložljivega znanja, da bi dosegli čim boljše uspehe in spremljanje - nepretrgano odvijanje postopka.
2. V postopku bi morali aktivno sodelovati tudi bolniki.
3. Dejavnosti na osnovni ravni so temelj stalnega izboljševanja kakovosti in morajo biti sestavni del vsakdanjega dela vseh zaposlenih.
4. Izvajalci imajo pri tem najpomembnejšo vlogo. Vsak posameznik, vpleten v oskrbo, je odgovoren za pravilno izvajanje svojega dela nalog, vendar imajo zadnjo skrb predvsem vodilni.
5. Uspešnost stalnega izboljševanja kakovosti je bolj odvisna predvsem od samooce-njevanja in lastnega postavljanja ciljev kot od nadzora in predpisov.

Celovito obvladovanje kakovosti zahteva pozorno in natančno načrtovanje, ker name-ravamo s kakovostjo spremeniti ozračje, organizacijo in sistem zdravstvene ustanove.

V celovito obvladovanje kakovosti je treba pritegniti tudi zunanje uporabnike in izvajalce.

Ključna področja nenehnega izboljševanja kakovosti (Kersnik, 2010; Kersnik, 2002b; Leape, 1994; Robida, 2006):

1. Kazalniki izidov in drugi kazalniki kakovosti, klinične smernice, klinične poti, standardi. Uporabljamo nenehni krog izboljšav: ugotovimo problem v kakovosti zdravstvene obravnave, zberemo podatke, načrtujemo spremembo na podlagi analize podatkov, izvedemo spremembo, preverimo, ali sprememba pripelje do izboljšave in če je sprememba pozitivna, jo uvedemo v proces (krog: načrtuj – izvedi – preveri – uvedi). Neprestano ugotavljamo, ali je obravnava pacienta skladna s standardi zdravstvene obravnave. Odločitve temeljijo na podatkih in ne na predpostavkah ali mnenju vodstvenih delavcev in drugih posameznikov ali poklicnih skupin.
2. Ocenjevanje zdravstvene tehnologije – za izboljšanje zdravstvenega varstva moramo uporabljati metode, ki slonijo na z dokazi podprti medicini. Oceniti je treba nove tehnologije in tiste, ki se že uporabljajo.
3. Informacijski sistem - vzpostaviti moramo tak zdravstveni informacijski sistem, ki temelji na uporabi ustreznih kazalnikov kakovosti zdravstvene obravnave in tekočih prikazih podatkov in povratnih informacij ter omogoča zanesljive primerjave podatkov. Za spremljanje in nenehno izboljševanje kakovosti uporabljamo podatke, ki se vsakodnevno zbirajo. Pri analizi moramo jasno opisati spremenljivost in ugotoviti njene splošne in posebne vzroke.
4. Pacientov pogled – podatke o potrebah, prednostnih nalogah, izkušnjah in pričakovanih pacientov na vseh ravneh zdravstvene oskrbe zbiramo z ustreznimi metodami, ki zagotavljajo njihovo dejavno sodelovanje. Pri anketah se osredotočamo na izkušnje in ne na zadovoljstvo pacientov – ne vprašamo, ali so bili zadovoljni z zdravnikom, pač pa, ali jim je zdravnik razložil pomen ugotovitev, preiskav, rezultatov ... Taki podatki nam dajo dobre iztočnice za izboljšave, saj z njimi natančneje ugotavljamo, kaj je narobe.
5. Upravljanje sprememb: sistem kakovosti mora vključevati uspešno zdravstveno obravnavo in strategije za načrtovano in vodeno izpeljavo potrebnih sprememb in vključevanje vseh nosilcev zdravstvene obravnave in odločanja, tudi pacientov. Načrtovanje sprememb skoraj vedno pripelje do odpora. Tisti, ki jih bodo spremembe doletele, morajo vedeti, zakaj so te potrebne in kakšne koristi bodo prinesle. Tiste, ki nasprotujejo spremembam, pritegnemo k načrtovanju, uvedbi in ocenjevanju učinka sprememb, tako da začutijo njihovo lastništvo. Strategija uvajanja sprememb torej zahteva načrtovanje, uvajanje, ocenjevanje in uspešno sporočanje.

Cilji uvajanja kakovosti (Kersnik, 2010; Kersnik, 2002a; Kersnik, 2002b; Kolšek, 2002):

1. Vzpostavitev struktur na ravni ustanov: direktor, odbor za kakovost z vodjem, predstojniki oddelkov ...
2. Vsebine na ravni izvajalcev zdravstvene dejavnosti:
  - razširjeni strokovni kolegij (strokovni svet): načrtuje kazalnike izidov in druge kazalnike kakovosti, oblikuje standarde za specifične bolezni, izbira prednostni vrstni red za oblikovanje kliničnih smernic in po potrditvi na Zdravstvenem

svetu ali drugem organu organizira skupine za pripravo kliničnih smernic ..., načrtuje druge dejavnosti kakovosti in varnosti pacientov, ki so nacionalnega pomena za stroko;

- izvajalci zdravstvene dejavnosti: uvedba upravljanja celovite kakovosti, nacionalnih in mednarodnih kliničnih smernic, oblikovanje kliničnih poti, zapis pomembnejših procesov in njihovo uvajanje v vsakodnevno delo, sodelovanje v nacionalnem programu kazalnikov kakovosti, uporaba kazalnikov za izboljšanje sistemov, kliničnih poti in procesov (kazalniki poslovanja, varnosti pacientov, klinični kazalniki, kazalniki izkušenj in zadovoljstva pacientov, drugih uporabnikov in zaposlenih ..., uporaba specifičnih standardov kakovosti za posamezne bolezni, temelječih na z dokazi podprti medicini in na podlagi sprejetih standardov RSK, samoocenjevanje na podlagi tistih splošnih standardov zdravstvene obravnave in kazalnikov kakovosti, ki jih pripravi nacionalna institucija za kakovost, in redni ter izredni notranji nadzori, ki jih zahteva zakonodaja, priprava na akreditacijo in sodelovanje pri njenem postopku, uvedba poročanja in učenja na podlagi varnostnih zapletov pri pacientih z osredotočanjem na analize sistemskih in procesnih vzrokov zapleta in ne na posameznika, razen če gre za sum kaznivega dejanja, proaktivni pristop k zmanjševanju varnostnih zapletov z upravljanjem tveganj, vodenje registra zapletov varnosti pri pacientih in opozorilnih nevarnih dogodkov, predlaganje in izvajanje ukrepov za izboljšave, redno notranje izobraževanje o kakovosti in varnosti pacientov, obvladovanje neskladnosti, pri čemer ne gre samo za retroaktivno analizo varnostnih zapletov pri pacientih in proaktivni pristop s pomočjo upravljanja tveganj na področju varnosti, ampak za obvladovanje tudi drugih neskladnosti, npr. odmikov od dogovorov, standardov, procesov ..., obveščanje strokovnjakov in javnosti o dosežkih pri kakovosti in varnosti pacientov, merjenje uspešnosti na področju kakovosti in varnosti za paciente in graditev odgovornih timov, posameznikov, oddelkov, dejavnosti in celotne ustanove na podlagi kazalnikov kakovosti;
- stanovska in strokovna združenja posvečajo pozornost izboljševanju kakovosti in varnosti pacientov, ugotavljajo prednostna področja, organizirajo izobraževanja, podpirajo sodelovanje med strokovnjaki, oblikujejo podatkovne baze ...; poleg tega dajejo predloge zdravstveni politiki in stroki za boljšo kakovost in varnost, predlagajo uporabne raziskave o kakovosti in varnosti pacientov, ustvarjalno sodelujejo pri oblikovanju kliničnih smernic in drugih strokovnih dokumentov o kakovosti in varnosti pacientov, skrbijo za multidisciplinarno in večpoklicno obravnavo težav, povezanih s kakovostjo in varnostjo pacientov ...;
- zdravstvene zavarovalnice vključujejo v pogodbe z izvajalci zahteve po kakovostni in varni zdravstveni obravnavi in finančno spodbujajo tiste izvajalce, ki dokažejo napredek pri nenehnem izboljševanju kakovosti in varnosti za paciente;
- izobraževalne ustanove v zdravstvu uvajajo v svoje programe izobraževanje o kakovosti zdravstvene obravnave, njenih metodah in orodjih; študijski programi obravnavajo varnost pacientov, način analize varnostnih zapletov in razvojno naravnane obravnave preprečevanja varnostnih zapletov z upravljanjem tveganj.

## 2.2 (Aktualni) nadzor kakovosti v zdravstvu

Nadzor kakovosti v zdravstvu (Kolšek, 2002) se naslanja na podmeno, da je z ustreznimi mehanizmi možno odkrivati odstopanja in različke ter jih odstranjevati. Posledica tega naj bi bila ustrezna kakovost. Nadzor je predpisan z zakonom. Možne so različne oblike nadzora: notranji nadzor, pregled med kolegi, krožek kakovosti, strokovni nadzor s svetovanjem ali komisijski nadzor ob sumu zdravstvene napake. Gre predvsem za naknadni nadzor nad kakovostjo dela – tj. nadzor po opravljeni oskrbi. Nadzor kakovosti lahko izvajamo trajno, obdobjno ali občasno.

Trajni nadzor ima tri oblike: samonadzor, skupinsko obvladovanje kakovosti in uporaba predpisov, pravil, norm, standardov idr. Samonadzor izhaja iz vrednost posameznega izvajalca, kulture ustanove in okolja. K učinkovitosti samonadzora prispevajo posameznikovo znanje, veščine in spretnosti. Skupinsko obvladovanje kakovosti se kaže v obliki skupinskega nadzora, tj. pritiska kolegov na konformnost vodenja. Najizrazitejši je ta vpliv znotraj kolektiva, v zdravstvu pa pogosto sega tudi preko meja ustanove. Različne oblike predpisov pod grožnjo kazenskih in disciplinskih sankcij vplivajo na posameznika, da se s svojim ravnanjem čim bolj približa standardom, ki jih predpisujemo. Odkloni, ki jih na ta način opazi posameznik sam ali nanje pokaže skupina, praviloma hitro vplivajo na spremembo sloga dela v želeni smeri.

Obdobjni nadzor predstavlja spremljanje dela z informacijskim sistemom (npr. bolniški stalež), notranji (vodstveni) nadzor in strokovni nadzor s svetovanjem. Obdobjni nadzor težje zajame vse nianse postopkov in je zato njegov namen predvsem odkriti področja, kjer prihaja do takšnega sloga dela, ki zahteva podrobnejšo analizo in eventualne spremembe.

Občasni nadzor se izvaja v obliki izrednega notranjega ali izrednega strokovnega nadzora s svetovanjem in z različnimi oblikami posameznikovega ali skupinskega obvladovanja kakovosti. Pomemben del k občasnemu nadzoru prispevajo vključevanje bolnikov, analiza izjemnih dogodkov in pritožni sistem.

Tudi pri pritožbah (in tožbah) bolnikov, ki jih dobimo po tem, ko je neustrezen zdravstveni ukrep že povzročil določeno škodo, gre le še za ugotavljanje, ali gre za nesrečo pri zdravljenju ali za zdravstveno napako. Marsikatera organizacija izpusti odlično priložnost za globljo analizo organizacije dela in se zadovolji z odkritjem krivca ali z umiritvijo problema.

Do nedavnega je prevladovala filozofija iskanja slabih izvajalcev, njihovo kaznovanje in izločanje. Veljala je obče sprejeta domneva, da bo kakovost zagotovljena z izločanjem tistih izvajalcev, ki so sodelovali pri ugotovljenih neustreznih izidih in jim je bilo dokazano odstopanje. Važneje je bilo najti »krivca«, kot pa ugotoviti vzroke, ki so prispevali k slabemu izidu.

Najboljši način za izboljšanje kakovosti lastnega dela je zagotovo zgledovanje po tistih izvajalcih, ki se na svojem področju lahko izkažejo z najboljšimi izidi. Ob uporabi povratnih podatkov in dodatnih spodbud si izvajalci prizadevajo, da bi dosegli čim boljše izide. S premikom celotne krivulje izidov v smeri boljših, imajo vsi bolniki

večjo korist od zdravstvene oskrbe, kot bi jo imeli le ob odstranitvi tistih, ki smo jih (enkrat) zalotili pri neustreznem postopku z neugodnim izidom.

Nadzor kakovosti se naslanja na podmeno, da je z ustreznimi mehanizmi možno odkrivati odstopanja in razlike ter jih odstranjevati (umerjen merilec krvnega tlaka – umerjanje po izdelanem pisnem navodilu - protokol).

Notranji nadzor kakovosti - kadar so podatki, pridobljeni med nadzorom, namenjeni izvajalcem samim, govorimo o notranjem nadzoru kakovosti. Tega opravlja izvajalec sam pri sebi v obliki samonadzora ali samoocenjevanja kakovosti, predpostavljeni v zdravstvenih ustanovah, sodelavci iste stroke v zdravstveni ustanovi ali kolegi iste stroke, ki prihajajo izven ustanove, kadar smo člani strokovnega združenja in ima to v svojem programu tudi tako obliko delovanja. Pomembno je, da rezultat te dejavnosti ostane znan samo izvajalcem samim in ni namenjen uporabi navzven. Med oblike notranjega nadzora lahko prištevamo samonadzor, samoocenjevanje kakovosti, pregled med kolegi oz. krožek kakovosti in vodstveni nadzor kakovosti. Z notranjim nadzorom se zagotavlja doseganje lastnih ciljev, ciljev zdravstvene ustanove ali kolegija zdravnikov, strokovnega združenja ...

Notranji nadzor se rutinsko izvaja za preverjanje izpolnjevanja dogovorjenih nalog. Največkrat je namenjen ugotavljanju ravni kakovosti oskrbe, kadar se pojavi pritožba v zvezi z delom in predstavlja eno glavnih orodij za odkrivanje področij, kjer so potrebne izboljšave.

Zunanji nadzor kakovosti izvajajo Zdravniška zbornica Slovenije, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Ministrstvo za zdravstvo, pa tudi nekateri inštituti, klinike, inšpekcijske službe in drugi po načrtu nadzorov ali po naročilu uradnih organov. Pri zunanjem nadzoru kakovosti je zbiranje podatkov o kakovosti dela namenjeno določeni javnosti izven kroga izvajalcev, ki jih je tak nadzor doletel.

Strokovni nadzor s svetovanjem je usmerjen na pregled pogojev dela, vključno z usposobljenostjo izvajalcev. Izvaja se lahko rutinsko po programu, kot to predvidevajo predpisi, ali kot izredni strokovni nadzor ob težavah, ki se pojavljajo pri nudenju oskrbe. Lahko ga smatramo kot metodo za odkrivanje področij v oskrbi, kjer bi bile potrebne spremembe. Pomemben namen nadzora s svetovanjem je namreč prav svetovanje zdravnikom, kako naj izboljšajo svoje delo. Odkrivanje razlik, odstopanj in škodljivosti je konservativen pristop k izboljšanju kakovosti, ki temelji na podmeni, da je mogoče z odkrivanjem in kaznovanjem (ali celo odstranjevanjem) slabih izvajalcev izboljšati kakovost (teorija gnilih jabolk). Teorija in praksa izboljšanja kakovosti je prerasla takšno zasnovo in poudarja odkrivanje najboljših in spodbujanje prevzema njihovega dela tudi s strani drugih izvajalcev (teorija zdravih jabolk). Kljub temu ima strokovni nadzor s svetovanjem svoj smisel predvsem zato, ker je to utečena oblika odkrivanja odstopanj z zagotovljenim financiranjem. Sistem kakovosti na ravni države ga lahko smiselno vključi v celovito obvladovanje kakovosti oskrbe na področju zdravstvenega varstva.

Presoja novih postopkov oskrbe (uvajanje nove tehnologije in novih načinov zdravljenja) – pooblaščenice institucije opravijo testiranje in oceno. Naročnik je praviloma Mi-

nistrstvo za zdravje. Potrjevanje postopka oskrbe omogoča izvajalcem, da uporabljajo preverjene metode dela. Bolniku daje gotovost, da bo deležen učinkovitih in varnih postopkov zdravstvene oskrbe.

Presoja (potrjevanje) zdravstvenih ustanov oz. verifikacija je uradni postopek za pridobitev dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti v določenih prostorih.

Upravni nadzor izvaja Ministrstvo za zdravje in je predvsem namenjen ugotavljanju nepravilnosti pri organizaciji zdravstvenega varstva in pravilnosti nudenja storitev državljanom. Gre za nadzor nad zakonitostjo dela zdravstvenih ustanov in zasebnih zdravstvenih delavcev. Nadzor je lahko reden ali izreden. Redni nadzor načrtuje minister za zdravje. Izredni nadzor pa se opravi na podlagi zahteve ali pobude bolnika, bolnikovega svojca ali skrbnika, zdravstvenega zavoda, delodajalca, pristojne zbornice, sodišča ali po lastni presoji (ministra).

Finančni nadzor izvaja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije oz. njegovi nadzorni zdravniki. Poudarek tega nadzora je na izpolnjevanju pogodbenih obveznosti in nepravilnosti v zvezi z izpolnjevanjem Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja.

#### *Strokovni nadzor s svetovanjem*

Besedilo pravilnika je bilo sprejeto na 33. redni seji skupščine Zdravniške zbornice Slovenije (v nadeljevanju Zbornica) dne 4. 4. 2000 (objavljeno v Uradnem listu RS, št. 35-1651/00).

Strokovni nadzor se opravlja z namenom, da:

- ☐ se nadzoruje strokovno delo ter uporaba strokovno preverjenih metod in dosežkov znanosti,
- ☐ se ugotavlja izvajanje navodil strokovnih kolegijev,
- ☐ se ugotavlja uporaba metod kakovosti pri zdravnikovem delu,
- ☐ se na temelju ugotovitev strokovnega nadzora svetuje zdravnikom.

Strokovni nadzor izvaja nadzorna komisija, ki je sestavljena iz dveh do petih članov – nadzornih zdravnikov.

Nadzorne zdravnike imenuje Izvršilni odbor Zbornice na predlog Odbora za strokovno-medicinska vprašanja.

Člane in predsednika nadzorne komisije za izvedbo posameznega strokovnega nadzora imenuje izmed nadzornih zdravnikov Izvršilni odbor Zbornice na predlog Odbora za strokovno-medicinska vprašanja.

Za nadzornega zdravnika je lahko imenovan zdravnik, ki izpolnjuje naslednje pogoje:

- ☐ za strokovni nadzor na področju osnovnega zdravstva 10 let izkušenj v stroki ali naziv primarij;
- ☐ za strokovni nadzor na področju bolnišničnega in specialističnega zdravstva 10 let izkušenj kot specialist ali naziv primarij, svetnik ali višji svetnik oziroma naziv visokošolski učitelj.

Člani nadzorne komisije morajo biti praviloma specialisti iste stroke, kot je nadzorovani zdravnik.

Redni strokovni nadzor se izvaja na podlagi letnega programa. Pripravi ga Odbor za strokovno-medicinska vprašanja v sodelovanju z drugimi odbori Izvršilnega odbora in Svetom za izobraževanje, sprejme pa Izvršilni odbor. K letnemu programu daje soglasje minister, pristojen za zdravstvo.

Redni strokovni nadzor se pri posameznem zdravniku praviloma opravlja enkrat v licenčnem obdobju. Sprejeti letni program se objavi v glasilu Zbornice.

Izredni strokovni nadzor se opravi izven sprejetega letnega programa.

Opravi ga Zbornica Slovenije na lastno pobudo, na predlog ministra, plačnika zdravstvenih storitev ali drugega naročnika.

Na podlagi sklepa predsednika Zbornice, Odbora za strokovno-medicinska vprašanja Zbornice, tožilca Zbornice ali predsednika razsodišča Zbornice se v okviru rednega letnega programa ali kot izredni strokovni nadzor lahko opravi tudi posebni nadzor (ekspertni nadzor z mnenjem), ki obravnava tudi konkretni primer.

Pri strokovnem nadzoru so navzoči: nadzorovani zdravnik, člani nadzorne komisije, vodja enote.

Pri strokovnem nadzoru so lahko navzoči tudi: zdravnik, ki ga predlaga zasebni zdravnik, odgovorna oseba za strokovna vprašanja ali zdravnik, ki ga določi direktor zdravstvene ustanove.

Nadzorna komisija se v postopku nadzora z zdravnikom pogovori o splošnih vprašanjih izvajanja zdravstvene dejavnosti, preveri podatke iz vprašalnika, preveri strokovnost dela zdravnika na osnovi pregledane medicinske dokumentacije, opravi razgovor o ugotovitvah in o spoštovanju Kodeksa medicinske deontologije, svetuje zdravniku, sestavi ugotovitveni zapisnik.

Če nadzorna komisija postopka ne more izvesti v enem dnevu, lahko posamezne zadeve opravi tudi kasneje, vendar najkasneje v roku 30 dni od začetka nadzora. Nadzorna komisija o vsebini in končanju teh opravil ustno seznani vse, ki so navzoči pri nadzoru.

Po opravljenem strokovnem nadzoru nadzorna komisija sestavi ugotovitveni zapisnik, ki vsebuje: pravni temelj za izvedbo strokovnega nadzora, kraj, čas in trajanje nadzora, podatke o članih komisije (ime, priimek, specialnost in nazivi), podatke o nadzorovanem zdravniku in zdravniškem delovnem mestu (ime, priimek, specialnost in nazivi zdravnika ter naziv zdravniškega delovnega mesta), imena drugih navzočih zdravnikov, ugotovitve in nasvete nadzorne komisije, mnenje pri posebnem nadzoru (ekspertni nadzor z mnenjem).

Zapisnik podpišejo predsednik in člani nadzorne komisije.

Ugotovitveni zapisnik se v roku 15 dni po končanem nadzoru posreduje nadzorovanemu zdravniku, njegovemu delodajalcu oziroma zasebnemu zdravniku ter ministrstvu za zdravstvo, kadar gre za izredni strokovni nadzor, pa se ugotovitve posredujejo tudi predlagatelju izrednega strokovnega nadzora.

Nadzorna komisija predloži ugotovitveni zapisnik tudi Odboru za strokovno-medicinska vprašanja.

Na zapisnik lahko nadzorovani zdravnik vloži pripombe v roku 15 dni od prejema ugotovitvenega zapisnika. O pripombah odloča Odbor za strokovno–medicinska vprašanja.

Na osnovi ugotovitvenega zapisnika nadzorne komisije Odbor za strokovno–medicinska vprašanja Zbornice oceni delo zdravnika.

V skladu z akti Zbornice lahko predlaga izrek ukrepov. Za večje strokovne pomanjkljivosti ali napake, ugotovljene pri zdravnikovem delu, lahko pristojni organ Zbornice izreče opomin, zahteva dodatno strokovno izpopolnjevanje, oziroma določi rok za odpravo ugotovljenih nepravilnosti, zdravniku začasno ali trajno odvzame licenco, predlaga druge ukrepe ministrstvu za zdravstvo, da predlog za obravnavo na razsodišču zbornice, če je obravnava teh nepravilnosti v njegovi pristojnosti, izreče druge ukrepe v skladu z akti Zbornice. Za manjše strokovne pomanjkljivosti ali napake se lahko zdravniku izda priporočilo ali obvezno navodilo. Pritožbo zoper izrečene ukrepe Odbora za strokovno medicinska vprašanja rešuje Izvršilni odbor zbornice.

### 3 Zaključek

Osnovni cilj rednega strokovnega nadzora naj bo izboljšanje kakovosti oskrbe bolnikov. Če s takšnimi nadzori iščemo le odstopanja v slabo, neustrezno ... ima to majhen vpliv na splošen dvig kakovosti. Bolje je, če nadzorni zdravniki ugotavljajo tudi dobre strani dela, ki jih potem spodbujajo pri nadzorovanem zdravniku in s svetovanjem prenašajo drugim zdravnikom. Pri vrednotenju zdravnikove strokovnosti morajo nadzorni zdravniki upoštevati veljavne predpise, sprejeta doktrinarna stališča in smernice ter izbrana merila za nadzor; čim bolj se morajo izogibati subjektivnih meril, ki jih uporabljajo na osnovi »lastnih« izkušenj. Merila morajo biti splošno znana in naj bodo podprta z dokazi, t. i. nujna (kaj in kako mora biti), nekatera pa so zaželena (kaj in kako naj bi bilo). Ker vemo, da idealnih ambulant in zdravnikov ni, je potreben dogovor v obliki smernic, kakšno oz. kolikšno izpolnjevanje meril je še sprejemljivo.

Nekateri zdravniki se bojijo strokovnega nadzora s svetovanjem, vendar cilj teh nadzorov ni ustrahovanje. Če se zdravnik pri svojem delu trudi biti strokoven in uspešen ter hkrati svojo dejavnost tudi ustrezno dokumentira, bodo to zagotovo lahko ugotovili tudi člani nadzorne komisije, zavedajoč se, da smo tudi zdravniki ljudje, ne pa idealni stroji. Kdor svojega dela ne poskuša izboljšati, naj mu bo morebitni strokovni nadzor bolj spodbuda (preventivni smisel nadzora), kot pa zavora ali ovira za samostojno delo.

Zdravnik vsak dan sprejme desetine odločitev. Zdravniške odločitve ne temeljijo na matematično jasnih postavkah, ampak so pogosto stvar ocene ali presoje. Tudi v najbolj idealnih okoliščinah je popolnoma nemogoče, da bi bile prav vse odločitve optimalne. Pogosto imamo srečo, da smo uganili prav ali pa da naša odločitev, četudi ni bila optimalna, ni imela slabih posledic. Zgodi pa se, da gredo stvari hudo narobe. Največkrat gre za splet okoliščin: netipičen potek bolezni, utrujenost in časovna stiska, slaba komunikacija z bolnikom ali s svojci, slaba predaja bolnika ob zamenjavi zdravniške ekipe. Idealiziranje zdravnikov, ki naj bi bili nezmotljivi, je ne le nerealno, tem-

več hudo škodljivo za vse: za zdravnike, za bolnike in za družbo v celoti. Mnogo bliže resnici je, če povzamemo po Svetem pismu: naj prvi vrže kamen tisti, ki je brez greha. Zdravnike takšno idealiziranje močno obremenjuje, ker jih ob razkritju napake javnost in celo kolegi obsojajo kot najbolj zavržene zločince. Zato je razumljivo, da je pri nas prijav zdravniških napak izjemno malo: težko bi našli zdravnika, ki se bo sam pribil na sramotilni steber. Dejstvo je, da večina zdravniških napak ostaja v zaprtem krogu in ne pride niti do strokovne obravnave, kje šele do opravičila bolniku ali javnega pojasnila. Prikrivanje napak pa seveda najbolj škodi bolnikom in družbi v celoti. Zdravnikove napačne odločitve nikakor ne smemo jemati kot nekaj samoumevnega. Vsako napako, še posebej tako z resnimi ali usodnimi posledicami, moramo resno strokovno in organizacijsko analizirati. Edino prav pa je, da napake ne povezujemo z obvezno kazensko odgovornostjo. Zavračamo pa prakso našega sodstva, ki podpira zavarovalnice v absurdnem pogoju, da bolniku izplačajo odškodnino le v primeru kazenske odgovornosti zdravnika. Takšna sodna praksa napeljuje zdravnika k prikrivanju napake. Manjši del zdravniških napak res sodi pod kazensko odgovornost, veliko večino pa bi morali rešiti s strokovno analizo, z opravičilom bolniku in s primerno odškodnino (Zwitter, 2012). Sočloveka ceniš v pozitivnem in ga opozoriš na negativno, pri čemer si konstruktiven in ne žaljiv. Spoštovanje potrebujemo tudi zato, da v sebi in drugih prepoznamo to, kar je dobrega in na tem gradimo. Toda, ne le, da je kritika na mnogih področjih nespoštljiva, ampak se dogaja še ena anomalija. Ko bi bilo treba opozoriti na izrojene pojave, je sploh ni. Nihče več se ni pripravljen izpostaviti in javno obsoditi napak kolegov, opozoriti na korupcijo in podobno. Mnogi razmišljajo: če bom zdaj jaz tiho, bodo tudi drugi tiho, ko bo prišel na plan indic o moji napaki in izkrivljenem načinu dela. Vsi smo nepopolni in če nekoga kritiziraš, če si zelo iskren, imaš vsaj malo slabo vest, saj si tudi sam pomanjkljiv in delaš mnoge napake. Težko sodiš druge, ne da bi prej zadeve uredil pri sebi. Če si kritičen na konstruktiven in korekten način, če kritike ne usmerjaš toliko v konkretne osebe, ampak bolj v sporna ravnanja, če spodbujaš k uresničevanju skupnih družbenih vrednot in vrlin ter kažeš poti, za katere verjameš, da so prave, potem lahko kljub lastnim pomanjkljivostim pripomoreš k boljšemu razvoju. Vendar le, če nisi sam v prevelikem neskladju s tem, kar govoriš. Nujno je treba ohranjati in razvijati moralo, človečnost, enostavno biti človek človeku. Vsi smo pomanjkljivi in delamo napake, ampak prizadevanje v to smer je ključno za našo individualno in kolektivno samorealizacijo. Naša življenja so v tem pogledu zelo pomembna in če delamo dobro drugim, delamo dobro tudi sebi (Drev, 2012).

## LITERATURA

1. Balažič, J. (2002). Obravnava zdravstvene napake skozi zgodovino. V J. Kersnik (ur.), *Zdravstvene napake* (str. 7-9). Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine.
2. Drev, A. (2012). V Sloveniji je premalo dobrih zgledov. *Polet*, 3.
3. Kazenski Zakonik Republike Slovenije (2008). Uradni list Republike Slovenije, št. 55 z dopolnitvami.
4. Kazenski Zakonik Republike Slovenije (2012). Uradni list Republike Slovenije, št. 50 z dopolnitvami.

5. Kersnik, J. (2002). Človeški dejavniki pri napakah. V J. Kersnik (ur.), Zdravstvene napake (str. 51-56). Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine.
6. Kersnik, J. (1998). Kakovost v splošni medicini. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine.
7. Kersnik, J. (2010). Kakovost v zdravstvu. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine.
8. Kersnik, J. (2002). Opredelitev in oblike zdravstvenih napak. V J. Kersnik (ur.), Zdravstvene napake (str. 11-16). Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine.
9. Kersnik, J. (2002). Zagotavljanje in izboljšanje kakovosti. V Družinska medicina (str. 724-730). Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD.
10. Kodeks medicinske deontologije (ISIS 1992, 1997).
11. Kolšek, M. (2002). Strokovni nadzor s svetovanjem. V J. Kersnik (ur.), Zdravstvene napake (str. 121-126). Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine.
12. Leape, L. L. (1994). Error in medicine. *Journal of the American Medical Association*, 272, 1851-1857.
13. Pajntar, M., Verdenik, I. in Leskošek, B. (2004). Projekt Kakovost v zdravstvu Slovenije, ISIS, 13, 42-47.
14. Pravilnik o strokovnem nadzoru s svetovanjem (1999). Uradni list Republike Slovenije, št. 35.
15. Robida, A. (2006). Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Ministrstvo za zdravje. Ljubljana.
16. Robida, A. (2009). Napake so kot dihanje, ne da se jih preprečiti. *Dnevnik*.
17. Šostar, A. (2000). Management kakovosti. Maribor: UM Fakulteta za strojništvo.
18. Švab, I. (2002). Značilnosti zdravstvenih napak v družinski medicini. V J. Kersnik (ur.), Zdravstvene napake (str. 43-50). Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD.
19. Zakon o zdravniški službi (1999). Uradni list Republike Slovenije, št. 98.
20. Zakon o zdravstveni dejavnosti (2005). Uradni list Republike Slovenije, št. 23 z dopolnitvami.
21. Zwitter, M. (2012). Kdo je zdravniškemu poklicu ukradel idealizem, Delo.

## Prevenција moralnog distresa kod medicinskih sestara

UDK 616-083:174

**KLJUČNE BESEDE:** moralni distres, prevencija, kultura sigurnosti

**POVZETEK** - Moralni distres je stanje psihološkog ekvilibrija koji se javlja u situacijama kada medicinska sestra jasno prepoznaje problem i ispravan način njegovog rješavanja, ali ne može djelovati zbog nedostatka vremena, nedostatne podrške upravljačke strukture, institucionalne politike i nejasne pravne regulative. Stanje moralnog distresa popraćeno je poremećajem fizičkog zdravlja, poremećajima emocionalnog stanja, poremećajima u ponašanja i duhovnom životu. U cilju prevencije potrebno je provoditi stalnu edukaciju osoblja (simulacija mogućih konfliktnih situacija, vježbanje ispravnog načina multiprofesionalnog komuniciranja, organizacija radionica, grupne diskusije ...). Kad je riječ o organizaciji rada ili institucionalnoj politici važno je uključiti sve medicinske sestre (one iz procesa rada /uz krevet bolesnika i medicinske sestre na rukovodećim mjestima) u proces planiranja organizacijske politike i donošenja odluka, uključujući jedan vrlo važan aspekt – promicanje kulture sigurnosti bolesnika i zdravstvenih djelatnika. Stoga zdravstvene radne organizacije moraju stvarati takvo etičko okruženje u kojem medicinske sestre mogu slobodno iznositi svoje mišljenje.

UDC 616-083:174

**KEY WORDS:** moral distress, prevention, cultural safety

**ABSTRACT** - Moral distress is a state of psychological equilibrium which occurs in situations when a nurse clearly recognizes the problem and the correct way to solve it, but cannot take action due to lack of time, insufficient support of the management structure, institutional policy and unclear legislation. Moral anxiety is manifested not only in the workplace, but also has a strong influence on all aspects of private life. For the purpose of prevention, it is necessary to carry out continuous staff training (simulations of potential conflict situations, practising proper way of multiprofessional communication, organization of workshops, group discussions, etc.). When it comes to work organization or institutional policy, it is important to include all the nurses (those in work processes / bedside nurses and nurses in management positions) in the planning process of organizational policies and decision-making, including one very important aspect - promoting the cultural safety of patients and nurses. Therefore, healthcare organizations have to create such ethical environment where nurses can freely express their opinion and their opinions are taken into account.

### 1 Uvod

Velikim napretkom tehnike i tehnologije te novih farmakoloških pristupa u zadnjih je trideset godina značajno porastao broj moralnih dilema koje se javljaju tijekom procesa liječenja bolesnika. Učestala i intenzivna pojavnost moralnih problema dovode do fizičkih (glavobolja, želučane i crijevne tegobe, bol u prsištu ...), psihičkih (depresija, nekontrolirani izljevi ljutne, frustracija, osjećaj krivnje ...) i emocionalnih poremećaja (razdražljivost, osjećaj besmislenosti i praznine ...) koje udružene izazivaju stanje – moralnog distresa. Jednostavnije rečeno, moralni distres je stanje psihološkog ekvilibrija koji se javlja u situacijama u kojima medicinska sestra jasno prepoznaje problem i ispravan način njegovog rješavanja, ali ne može djelovati bilo zbog nedostatka vremena, nedostatne podrške upravljačke strukture, institucionalne politike ili nejasne pravne regulative (Corley, 1995).

## 2 Moralni distres, uzroci i simptomi

Iako se moralni distres javlja kod svih zdravstvenih djelatnika, istraživanja su pokazala da su njegova učestalost i intenzitet puno izraženiji kod medicinskih sestara (Hamric et al., 2007). Primijećeno je također da se ovo stanje više manifestira kod medicinskih sestara koje rade na akutnim odjelima, koronarnim jedinicama i jedinicama intenzivnog liječenja (Schluter et al., 2008; Corlex et al., 2001; Sporrang et al., 2006). Prema recentnoj literaturi uzroci moralnog distresa mogu biti višeznačni (Schluter et al., 2008). Jessica Schluter i suradnici dijele ih u tri grupe: a) nekvalitetna, neorganizirana i »uzaludna« zdravstvena skrb, b) neuspješno zagovaranje najboljeg interesa bolesnika i c) podizanje »nerealne« nade bolesniku i članovima njegove obitelji (Schluter et al., 2008). Nedovoljna briga za kvalitetu skrbi bolesnika, loša organizacija rada, dodatno opterećenje zbog nedostatnog broja medicinskih sestara te manjkavi sustavi potpore dovode kod medicinskih sestara do razvoja osjećaja velikog psihološkog, fizičkog i emocionalnog opterećenja. Medicinske sestre su potpuno svjesne da u ovakvim okolnostima mogućnosti propusta i pogrešaka u radu postaju vrlo velike, što će ako se dogode imati veće ili manje posljedice za zdravlje bolesnika, ali i za njih same. Suočene sa situacijom i jasnom spoznajom problema, istovremeno nemoćne da bilo što promjene, postaju nezadovoljne i frustrirane. Također, sudjelovanje u procesu zdravstvene skrbi, u situacijama kada se primjenjuju nepotrebne invazivne metode liječenja kod »infaustnih prognoza bolesti« (bez ikakve koristi za bolesnika!) dodatni je uteg na teretu kojeg nose. Neuspješni pokušaji zagovaranja bolesnika i njegovog najboljeg interesa, neuspješni pokušaji da se i druge članove tima u to uvjeri, posebice ako oni pokazuju otvoreno nepoštovanje prema medicinskim sestrama i njihovom mišljenju sasvim sigurno ostavljaju duboki trag na emocionalno i psihičko stanje. Manjkavo ili netočno davanje informacija bolesniku ili članovima njegove obitelji koje im može pružati nerealnu ili lažnu nadu još je jedan faktor koji kod medicinskih sestara može izazvati osjećaj moralne ugroženosti i uznemirenosti.

Istraživanja su pokazala da medicinske sestre pokazuju najveći intenzitet stresa upravo u trenucima provođenja aktivnosti ili intervencija kod umirućih bolesnika, posebice u pitanjima zaštite njegovog najboljeg interesa. Bezizgledne i isprazne agresivne i invazivne metode liječenja dovode do pitanja smisla produžetka života (kada kvalitete života više nema, uz prisustvo boli i patnje!), a, onda posljedično do osjećaja ispraznosti, nemoći i emocionalne iscrpljenosti (Cavaliere et al., 2010). Upravo zbog takvih situacija, izrazito intenzivan moralni distres doživljavaju medicinske sestre koje rade u dječjim jedinicama za intenzivno liječenje (Cavaliere et al., 2010). Pokazalo se također da nema značajne razlike o doživljavanju moralnog distresa između liječnika i medicinskih sestara. I liječnici vrlo često ulaze u stanje moralnog distresa, posebice u situacijama pritiska da primjene agresivne metode liječenja kod "beznadnih" bolesnika. No, utvrđena je značajna rodno/spolna razlika u osjetljivosti za moralne dileme. Naime, puno veću osjetljivost za moralne dileme pokazuju studentice medicine nego studenti medicine (Wiggleton et al., 2010).

### 3 Moralna klima i moralni distres

Moralni distres je u korelaciji s moralnim okruženjem (moralnom klimom) u radnoj organizaciji. To i ne čudi s obzirom da su zdravstveni djelatnici često u situacijama da znaju što treba napraviti, a da zbog različitih formalnih i neformalnih pravila, različitih vrsta ograničenja - to ne smiju. Etička klima nije ništa drugo nego stanje ukupnih organizacijskih etičkih vrijednosti, vjerovanja i ponašanja unutar radne organizacije. Etička klima postaje vidljiva kroz pristup i način skrbi za bolesnike, sustave vrijednosti zdravstvenih i ostalih djelatnika, razine sigurnosti bolesnika, ciljeve, misiju i viziju zdravstvene radne organizacije. U suvremenim uvjetima poslovanja, okruženje je u pravilu dinamično što zahtijeva stalne promjene i prilagodbe, pa i moralnom poimanju (iako su univerzalne vrijednosti nepromjenjive). Jedan dio organizacijske kulture ili ono što neki organizacijski teoretičari nazivaju "moralna klima organizacije", vrlo se često percipira kao stabilnost koja proizlazi iz konzistentnosti u ponašanju upravo u skladu s univerzalnim moralnim vrijednostima. Moralna klima organizacije može se promatrati analogno karakteru pojedinca. Sama osoba/čovjek cjelina je koju čine relativno stabilne osobine povezane s njegovim praktičnim izborima i djelovanjima. Tako isto, moralna klima organizacije gotovo je uvijek zajednička percepcija – načina kako treba rješavati moralna pitanja te onoga što čini moralno (ispravno) ponašanje za radnu organizaciju (Anke, 2006). Baš kao što osobni moral utječe na ono što će pojedinac učiniti kada je suočen s moralnim dilemama, korporativna/organizacijska moralna klima ukazuje na ono što organizacija i njene sastavnice trebaju učiniti kada su suočeni s pitanjima sukobljenih vrijednosti. Dakle moralna klima uključuje zajedničku percepciju onoga što čini etičko promišljanje i djelovanje. Budući da su većina radnih organizacija »otvoreni sustavi«, na moralnu klimu unutar njih utječe vanjsko okruženje i unutarnji faktori utjecaja.

### 4 Prevencija moralnog distresa

Da bi se suzbila ili smanjila pojavnost ili intenzitet moralnog distresa potrebno je dobro poznavati uzroke koji do njega dovode. Jedan od značajnih faktora koji utječu na intenzitet moralnog distresa je razina edukacije i iskustva medicinskih sestara. Utvrđeno je da je razina obrazovanja i profesionalnog iskustva u korelaciji s razinom moralnog distresa (što je veća razina obrazovanja i profesionalnog iskustva to medicinske sestre intenzivnije doživljavaju moralne konflikte na radnom mjestu (Schluter et al., 2008).

Slijedeći problem mogu biti radne organizacije čija je moralna klima vezana uz neetično i nezakonito ponašanje, nepoštovanje temeljnih ljudskih sloboda, ponižavanja i podejnjivanje članova određenih profesija i same profesije kao takve (medicinske sestre). Medicinske sestre koje u ovakvim radnim organizacijama ipak otvoreno i argumentirano govore protiv neetičnog, nezakonitog i zastarjelog načina rada iskazuju veliku moralnu hrabrost. Brojne su situacije koje se pojavljuju tijekom procesa zdravstvene skrbi koje zahtijevaju hrabrost: loša prognoza bolesti (kako to reći bolesni-

ku), nekolegijalno i nemoralno ponašanje suradnika (kako utjecati na to da se više ne ponovi, kako reagirati, koga i kako obavijestiti), primjena neefikasne terapije ili medicinske procedure ... i sl. I naravno, uvijek se postavlja pitanje: koje su posljedice moralnog ponašanja za pojedinca? Medicinske sestre i drugi profesionalci koji se susreću s takvim pitanjima moraju razvijati vrlinu hrabrost kao intelektualnu vrlinu koja im omogućava spoznavanje pravih odgovora na strahove s kojima se susreću. Hrabrost je uz samilost i savjesnost stožerna vrlina u sestrinstvu, iako je ljudi najmanje primjećuju. Često nije priznata i podržana u profesionalnoj sestrinskoj praksi, a rijetko se spominje u stručnim tekstovima i drugoj literaturi. Prema Aristotelu moralni je karakter i inklinacija k njemu odgovornost svakog čovjeka ponaosob. To znači da medicinske sestre i ostali ljudi postaju hrabri obavljajući hrabre stvari, i na taj način stvaraju naviku da budu hrabri. Međutim, hrabrost je i reflektirajuća aktivnost koja zahtijeva samo-promatranje i učenje, te usvajanje ponašanja prema određenim modelima (uzorima). No, za djelovanje kroz vrlinu hrabrosti potrebno je znanje i mudrost. Biti sposoban etički promišljati i postupati znači biti etički kompetentan, a jednostavnije rečeno etičke kompetencije nisu ništa drugo nego sposobnost analize, emocionalne kontrole i preuzimanja rizika. Važno je napomenuti da se etičke odluke donose tek onda ako su razmotrene iz različitih perspektiva, što znači interdisciplinarno, a interdisciplinarno promišljanje i djelovanje neminovno dovodi do različitog dijaloga i sukoba mišljenja. Sukob mišljenja se događa, dijelom, zbog različitosti u obrazovanju i različitosti pogleda na moralni problem (medicinske su sestre u svojoj praksi usmjerene na promatranje bolesnika kao cjelovite ličnosti/holistički pristup, dok su liječnici orijentirani prema organu, organskom sustavu i postavljanju diferencijalne dijagnoze). Medicinske sestre uvijek trebaju nastojati zadržati svoj profesionalni moralni integritet za što je važno imati razvijene sposobnosti: moralne percepcije, moralne osjetljivosti i moralne refleksivnosti. Imati moralni integritet znači progovoriti i onda kada drugi neće, ne žele ili ne vide trenutak u kojem se prelazi granica koje dobro promišljanje i djelovanje dijeli od lošeg djelovanja i promišljanja. Spoznaja vlastitog moralnog integriteta može biti vrlo umirujuće iskustvo.

Osim individualne odgovornost, kao što je navedeno u tekstu, važna je organizacijska odgovornost, odnosno odgovornost za razvoj pozitivne moralne klime. Radna organizacija treba usvajati i njegovati vrline moralne hrabrosti, mudrosti i poštenja. Ona (ljudi u njoj) moraju njegovati kulturu dijaloga, procjenjivati potrebe bolesnika, članova njihove obitelji i osoblja koje u njoj radi. Moraju razvijati politiku eliminacije loše, nemoralne i neodgovorne prakse, a u slučaju takvih pojava treba reagirati brzo i profesionalno.

## LITERATURA

1. Anke, A. (2006). A New Theory and Measure of Ethical Work Climate: The Psychological Process Model (PPM) and the Ethical Climate Indeks (ECI). ProQuest, UMI Dissertations Publishing. Pridobljeno s [http://work.bepress.com/anke\\_arnaud/6](http://work.bepress.com/anke_arnaud/6).
2. Banks, S. and Gallagher, A. (2009). Ethics in professional life: Virtues for health and social care. Basingstoke: Palgrave MacMillan.

3. Cavaliere, T. A., Daly, B., Dowling, D. and Montgomery, K. (2010). Moral distress in neonatal intensive care unit RNs. *Advances in Neonatal Care*, 10 (3), 45-156.
4. Corley, C. M., Elswick, K. and Gorman M. at al. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *Adv Nurs*. 233 (2), 250-6.
5. Corley, C. M. (1995). Moral distress of critical care nurses. *American Journal of Critical Care*, 4 (4), 280-5.
6. Hamric, B., Blackhall, A. and Leslie, J. (2007). Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate. *Care Med*. 35 (2), 422-9.
7. Schluter, J., Winch, S., Holzhauser, K. and Henderson, A. (2008). Nurses Moral Sensitivity and Hospital Ethics Climate: a Literature Review. *Nursing Ethics*, 15 (3), 304-321.
8. Sporrang, S., Källemark, Höglund, A. T. and Arnetz, B. (2006). Measuring moral distress in pharmacy and clinical practice. *Nurs Ethics*, 13 (4), 416-27.
9. Wiggleton, C., Petrusa, E. and Loomis, K. at al. (2010). Medical Students' Experiences of Moral Distress: Development of a Web-based Survey. *Academic Medicine*, 85 (1), 111-117.

# **Zakon o pacientovih pravicah in celostna obravnava pacienta v zdravstvenem in socialnem varstvu**

UDK 614.253.83

**KLJUČNE BESEDE:** zakonodaja, pacientove pravice, varnost, kakovost, zdravstvena nega, dolžnosti

**POVZETEK** - Zakon o pacientovih pravicah govori o pravicah, ki morajo biti zagotovljene pacientu pri obravnavi v zdravstvenem in socialnem varstvu. Pomemben je za velik del prebivalstva, saj nudi uporabno podlago za zagotavljanje kakovostne, varne in strokovne obravnave pacienta, zdravstvenim delavcem pa pomaga izvajati ustrezne zdravstvene storitve. V prispevku predstavljamo nekaj posameznih pravic v povezavi s primeri kršitve pacientovih pravic, ki jih je reševal zastopnik/-ca pacientovih pravic za področje Dolenjske, Bele krajine in Posavja. Predstavljamo še dolžnosti pacienta, ki jih predpisuje Zakon o pacientovih pravicah in so prav tako pomembne za zagotavljanje kakovostne in varne oskrbe.

UDC 614.253.83

**KEY WORDS:** Patient Rights Act, safety, quality, safe treatment, rights, duties

**ABSTRACT** - The Patient Rights Act explains the rights which have to be arranged for every patient in the health and social care treatment. Not many acts are of such great importance for the majority of the population. The Act serves as a useful foundation for providing quality, safe and professional treatment of the patient, as well as an assistance to the providers of health care services in implementing the treatment in health and social care. In the paper we present a few individual rights in connection with the examples of the patient's rights violations, being dealt with by the patient's rights representative for the area of Lower Carniola (Dolenjska), White Carniola (Bela Krajina) and the Posavje region. In addition, the patient's duties as determined by the Patient Rights Act are presented, which are also important to ensure the quality and safe care.

## **1 Uvod**

Zrelost družbe se kaže tudi v zagotavljanju pravic državljanom na različnih področjih. Pomembno področje v življenju posameznika je prav gotovo zdravje. To je univerzalna pravica vsakega posameznika. Država mora zagotavljati in omogočati pogoje za doseg najvišjega možnega standarda zdravja. V okviru javnega zdravstva in socialnega varstva pa je država dolžna omogočati uživanje zdravstvenih in socialnih storitev vsem državljanom enako. Vedno pogosteje se srečujemo s težavami pri dostopnosti zdravstvenih in socialnih storitev zaradi domnevno premalo sredstev, ki jih država za to namenja.

Pri uresničevanju pravic iz Zakona o pacientovih pravicah, Uradni list RS, št.15/2008 (v nadaljevanju ZPacP), se upoštevajo zlasti naslednja načela: spoštovanje vsakogar kot človeka in spoštovanje njegovih moralnih, kulturnih, verskih, filozofskih in drugih osebnih prepričanj, spoštovanje telesne in duševne celovitosti ter varnosti, varstvo največje zdravstvene koristi za pacienta, zlasti otroka, spoštovanje zasebnosti, spoštovanje samostojnosti pri odločanju o zdravljenju in spoštovanje osebnosti in dostojanstva.

janstva, tako da nihče ni socialno zaznamovan zaradi svojega zdravstvenega stanja in vzrokov, posledic ter okoliščin tega stanja ali zdravstvene oskrbe, ki jo je bil zaradi tega deležen (Zakon o pacientovih pravicah, 2008).

Zdravniki, medicinske sestre (tehnik, zdravstveniki) in vsi ostali zdravstveni delavci, ki sodelujejo pri zagotavljanju zdravljenja in oskrbe pacienta naj bi bili ljudje z visokimi etičnimi in moralnimi normami. Žal so razmere, ki so, milo rečeno, zmedene, naklonjene ljudem, ki ne ljubijo resnice, ne priznavajo pravne države in sodišč, ne spoštujejo nikogar razen sebe, ne priznavajo drugače mislečih, ki jim je blizu samo kapital v državi, prenašajo to miselnost tudi v odnose pacient - zdravstveni delavci. Zaradi takšnih razmer je ZPacP in delovanje zastopnika pacientovih pravic (v nadaljevanju zastopnik) zelo pomembno. Naloga zastopnika ni samo zastopanje pacientov in vlaganje zahtev v imenu pacientov, ki jim je bila domnevno kršena pacientova pravica. Je lahko tudi pomoč zdravstveno socialnim ustanovam in izvajalcem zdravstvenih storitev (v nadaljevanju izvajalcem) pri oblikovanju načel in pravil za zagotavljanje kakovostne ter varne zdravstvene in socialne oskrbe pacientov. Zastopnik ne bo nikoli odrekel pomoči izvajalcem v okviru svojih pristojnosti, ki jih ima. Delovanje zastopnikov zagotavlja država, področje ureja Ministrstvo za zdravje in je za pacienta v celoti brezplačno.

## 2 Pacientove pravice

Pacientove pravice, ki jih ureja ZpacP, so:

- pravica do zdravstvene oskrbe in zagotavljanja preventivnih storitev,
- pravica do enakopravnega dostopa in obravnave v zdravstveni oskrbi,
- pravica do proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev,
- pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe,
- pravica do spoštovanja pacientovega časa,
- pravica do obveščenosti in sodelovanja,
- pravica do samostojnega odločanja o zdravljenju,
- pravica do upoštevanja vnaprej izražene volje,
- pravica do preprečevanja in lajšanja trpljenja,
- pravica do drugega mnenja,
- pravica do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo,
- pravica do varstva zasebnosti in varstva osebnih podatkov,
- pravica do obravnave kršitev pacientovih pravic,
- pravica do brezplačne pomoči pri uresničevanju pacientovih pravic.

ZPacP vsebuje dvanajst materialnih pravic in dve procesni pravici pacienta. Seznam pacientovih pravic ni novost, saj so določene že v drugih dokumentih, kot so npr.: Zakon o zdravstveni dejavnosti RS Slovenije, Amsterdamska deklaracija o promociji pacientovih pravic, Evropska listina pacientovih pravic iz leta 2002. ZPacP je ustrezno dopolnjen s področjem ustavnih pravic in svoboščin, ki zahtevajo določitev načina njihovega uresničevanja (Zakon o pacientovih pravicah, 2008).

ZPacP nekaterih področij ni uredil ali jih je uredil le deloma. Zelo skopo je uredil pravico do odškodnine, glede katere, razen v postopku prve obravnave kršitve pacientovih pravic (62. čl., dogovor o nepotrebnih stroških ali druge škode omejuje na 300 €), letega napotuje na sodno uveljavljanje odškodninskega zahtevka (Balažic et al., 2009).

### *2.1 Nekateri primeri kršenja pacientovih pravic iz prakse zastopnika*

Pogoste kršitve pacientovih pravic so posledica slabe komunikacije med pacientom in izvajalcem zdravstvene ali socialne storitve. Vzrok kršitev s strani izvajalca je tudi nepoznavanje ZPacP in drugih predpisov, razen predpisov s področja obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki jih predpisuje Zavod za zdravstveno varstvo Slovenije (v nadaljevanju ZZZS).

*Pravica dostopa do zdravstvene oskrbe in zagotavljanja preventivnih storitev, 6. čl., 2 odstavek, govori:*

Pacient ima pravico do nujne pomoči, ki je ni mogoče kakor koli pogojevati, še zlasti ne s plačilom ali napotnico (Zakon o pacientovih pravicah, 2008).

Otrok je preživel šolske počitnice pri babici izven njegovega stalnega prebivališča. Otrokov izbrani zdravnik je oddaljen 100 km. Otrok ima že tri dni vročino, ki kljub zdravilom ne pade. Zaskrbljena babica pelje vnuka v dežurno ambulanto ZD, kjer ju sprejme mlada zdravnica (še ni opravila specializacije). Med vrati in brez pregleda otroka je babico napotila k otrokovemu izbranemu zdravniku v oddaljen kraj z besedami, da pregleda ne more zaračunati. Zaskrbljena babica se je z vnučkom, ki je imel visoko vročino, napotila v oddaljen kraj k izbranemu pediatru, ki je po pregledu ugotovil, da otrok ni resno bolan, da potrebuje zdravila proti vročini in počitek. Oba sta bila po vrnitvi domov zelo utrujena, babica pa tudi razočarana nad ravnanjem mlade zdravnice.

Zdravnica je kršila že omenjeno pravico pacienta do zdravstvene oskrbe in zagotavljanja preventivnih storitev, pravico do nujne pomoči in še pravico do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe.

Zdravnica bi morala otroka pregledati. Če bi po pregledu ugotovila, da ni ogrožen in hudo bolan, bi lahko za storitev v urgentni ambulanti zavoda izstavili račun. Babici in otroku bi prihranila naporno pot v oddaljen kraj, nejevoljo, utrujenost in prizadetost in ne nazadnje stroške.

Babica je preko zastopnika vložila zahtevo za prvo obravnavo kršitve pacientovih pravic. Na ustni obravnavi je zdravnica obžalovala dogodek, se opravičila, pacientki so bili povrnjeni dejanski stroški potovanja v oddaljen kraj.

*Pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe (11. čl. ZPacP) je pravica, ki je pogosto kršena predvsem zaradi slabe komunikacije med izvajalcem in pacientom.*

Pacient ima pravico do oskrbe v skladu z medicinsko doktrino, do zdravstvene oskrbe, ki je skladna s pacientovimi potrebami ter zmožnostmi zdravstvenega sistema v Republiki Sloveniji, ki temelji na enostavnih administrativnih postopkih, do kakovostne zdravstvene oskrbe, ki dosledno dosega izide zdravljenja, ki so primerljivi s standardi

ali dobrimi praksami, do varne zdravstvene oskrbe, ki preprečuje škodo za pacienta z zdravljenjem in bivanjem pri izvajalcu zdravstvenih storitev (Zakon o pacientovih pravicah, 2008).

Pacientka je bila operirana zaradi karcinoma roditelja. Med operacijo je prišlo do zapleta zaradi obsežne krvavitve, tako da je moral posredovati žilni kirurg. Pacientka je med operacijo izgubila približno deset litrov krvi, ki so ji jo nadomeščali s transfuzijo. Kljub hudim zapletom je ob skrbnem zdravljenju in negi bolnišnico zapustila po štirinajstih dneh. Že v bolnišnici je opazila, da je z njeno desno nogo nekaj narobe. Pri hoji ni mogla dvigniti stopala, zato je imela hude težave pri rehabilitaciji. Edina, ki je že v intenzivni terapiji opazila, da je z desno nogo pacientke nekaj narobe, je bila fizioterapevtka, ki je opažanje vestno zapisala v dokument fizioterapije. V drugih dokumentih, odpustnici iz EIT, odpustnici iz bolnišnice ni bilo zapisano, da ima iatroge- no poškodbo živca desne noge. Težava z desno nogo je bila posledica medoperativne poškodbe živca. Razlag je več. Živec je bil lahko poškodovan zaradi operacije in ustavljanja obsežne krvavitve (kar je vedno zelo dramatično), zaradi zdravnikovega pritiska na nogo pacientke in zaradi dolgotrajnega pritiska pacientkine noge na trdo podlago (ginekološki položaj). Ker so med operacijo reševali pacientkino življenje, niso bili pozorni na dejstva, ki so pripeljala do škode. Pacientka je invalidsko upoko- jena kljub srednjim letom, ker zaradi posledic operacije in povzročene dodatne škode svojega poklica ni mogla več opravljati.

Pacientka se je obrnila po pomoč k zastopniku, ki je vložil zahtevo za prvo obravnavo zaradi kršitve pacientovih pravic. V zahtevi je poleg drugih ukrepov predlagal tudi izredni strokovni nadzor za področje zdravljenja. Izvajalec je ugodil zahtevi in opravil izredni strokovni nadzor. Ugotovil je, da je bila pacientkina dokumentacija vodena pomanjkljivo in uvedel je korektivni ukrep. Ugotovil je tudi, da je poškodba živca nas- tala v času operativnega posega in navedel možnosti poškodb. S svojimi ugotovitvami je pacientki omogočil lažjo pot do primerne odškodnine. Z ugotovitvami strokovnega nadzora in pisnim opravičilom je pacientka zelo zadovoljna.

Primer kaže na to, kako zelo pomembna je natančno vodena dokumentacija, dobra ko- munikacija med izvajalcem in pacientom. Z upoštevanjem pravil dobre komunikacije bi pacientki in izvajalcu prihranili obilo časa in sredstev.

*Pravica do obveščenosti in sodelovanja (20. čl., obveščenost in pojasnilna dolžnost), (Zakon o pacientovih pravicah, 2008).*

Pojasnilna dolžnost je pravica, ki je še vedno zelo pogosto kršena. Za kršitev je ved- no navedeno pomanjkanje časa zdravstvenih delavcev. Vse prepogosto se še vedno dogaja, da dobi pacient v podpis privolitveni obrazec tik pred operacijo ali drugim posegom. Lahko z opozorilom: če ne bo podpisal, ga ne bodo operirali. Razumljivo je, da vsak podpiše, ker si nihče ne želi preložiti operacije ali drugega posega.

*Pravica do drugega mnenja (40. čl., ZPacP, pridobitev drugega mnenja)*

Pravica je slabo urejena z ZPacP, ker je drugo mnenje možno pridobiti samo pri istem izvajalcu zdravstvene dejavnosti, pri katerem se je pacient zdravil. Pacient nima pra-

vice izbrati izvajalca zdravstvene dejavnosti iz pravic obveznega zavarovanja (Zakon, 2008).

Pacient, ki se zdravi pri izvajalcu z majhnim številom strokovnjakov s težavo zaupa drugemu mnenju, ki ga da tesni sodelavec prvega strokovnjaka.

*Pravica do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo (41. čl. ZPacP, način seznanitve z zdravstveno dokumentacijo), (Zakon o pacientovih pravicah, 2008).*

Ta pravica je pacientom tudi zelo pogosto kršena. Kršitve izhajajo skoraj izključno iz nepoznavanja pacientovih pravic, ki jih predpisuje ZPacP.

Pacient ima ob prisotnosti zdravnika ali drugega zdravstvenega delavca oziroma zdravstvenega sodelavca pravico do neoviranega vpogleda in prepisa zdravstvene dokumentacije, ki se nanaša nanj. Fotokopiranje ali drugo reprodukcijo zdravstvene dokumentacije mora zagotoviti izvajalec zdravstvene storitve. Izvajalec zdravstvene storitve mora pravico tega člena omogočiti takoj ali najpozneje pet delovnih dni po prejetju zahteve. Pacient lahko pri istem izvajalcu zdravstvenih storitev zahtevo vloži največ dvakrat na mesec. S kršenjem te pravice se pacienti pogosto srečujejo. ZPacP predvideva, da je pritožbeni organ za kršitve pravice do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo informacijski pooblaščenec, ki ima to pristojnost za vse upravljavce zbirk osebnih podatkov, se pa s tem ne posega v pristojnosti Komisije RS za varstvo pacientovih pravic, odgovorne za strokovna medicinska vprašanja. Izvajalec zdravstvenih storitev pa lahko zaračuna pacientu materialne stroške izdelave kopij njegove zdravstvene dokumentacije (Zakon o pacientovih pravicah, 2008).

Izvajalci zdravstvenih storitev se na posredovanje zastopnika praviloma nemudoma odzovejo in pacientu izročijo zahtevano zdravstveno dokumentacijo.

*Pravica do varstva zasebnosti in varstva osebnih podatkov (43. čl. ZPacP, zasebnost pri opravljanju zdravstvene storitve in 45. čl. ZPacP, varovanje poklicne skrivnosti, Zakon o pacientovih pravicah, 2008).*

Pravica do zasebnosti je zagotovo najpogostejše kršena pacientova pravica. Na žalost so pacienti še vedno neobčutljivi za kršitev te pravice, ker menijo, da tako mora biti. Vse prevečkrat se pregledi pacienta in nega vršijo ob odprtih vratih ali celo na hodniku. Še vedno se ne pridobi privoljenja posameznika, kadar je potrebna navzočnost oseb za potrebe zdravstvenega izobraževanja. Izvajalci zdravstvenih storitev si pridobijo univerzalno privolitev pacientov s tem, da objavijo obvestilo za paciente, s katerim jih obveščajo, da je izvajalec učna ustanova in jih prosijo za sodelovanje v učnem procesu.

Na žalost so pogoste tudi prijave kršenja pacientovih pravic v zvezi z varovanjem poklicne skrivnosti. Pacienti povedo, da v svojem okolju izvejo podrobnosti o svoji bolezni in o socialnih težavah. Čeprav vsi Kodeksi zdravstvenih delavcev govorijo o varovanju poklicnih skrivnosti, tudi ZPacP ne more preprečiti kršitve te pacientove pravice, če je vsi izvajalci ne bodo dosledno izvajali.

ZPacP natančno določa, kdaj je treba dobiti privolitev pacienta in kdaj tega ne potrebujemo (Zakon o pacientovih pravicah, 2008).

### 3 Pacientove dolžnosti

Pacientove dolžnosti so opisane v 54. čl. ZPacP. To je tudi edini člen, ki govori o pacientovih dolžnostih. Po mnenju nekaterih izvajalcev so pacientove dolžnosti preveč ohlapno opisane.

Za doseganje kakovostne in varne zdravstvene oskrbe mora pacient dejavno sodelovati pri varovanju, krepitvi in povrnitvi lastnega zdravja, v času bolezni ravnati v skladu s prejetimi strokovnimi navodili in načrti zdravljenja, v katere je ustno oziroma pisno privolil, dati pristojnemu zdravniku v zvezi s svojim zdravstvenim stanjem vse potrebne in resnične informacije, ki so mu znane in so pomembne za nadaljnjo zdravstveno oskrbo, obvestiti zdravstvene delavce o nenadnih spremembah zdravstvenega stanja, ki se pojavijo med zdravljenjem, biti obziren in spoštljiv do zasebnosti in pravic drugih pacientov ter zdravstvenih delavcev in sodelavcev, spoštovati objavljene urnike, hišni red, pravočasno obvestiti izvajalca zdravstvenih storitev o morebitnem izostanku na pregled ali zdravljenje (Balažic et al., 2009).

Ena od pomembnih dolžnosti je ravno pravočasno obvestiti izvajalca, da ne bomo prišli na pregled ali poseg. ZPacP govori, da moramo sporočiti odsotnost štirinajst dni po datumu pregleda. Menimo, da je to slaba rešitev, ker je na ta način termin izgubljen in se tudi na ta način ustvarjajo dolge čakalne dobe.

### 4 Postopek za zahtevo za obravnavo kršitve pacientovih pravic

V tem poglavju so natančno popisani postopki v primeru kršitve pacientovih pravic in roki, ki so pomembni za vložitev zahteve za obravnavo kršitve pacientove pravice. Pomemben člen je 58. člen, ki govori o obveznih objavah.

Vsak izvajalec zdravstvenih storitev mora imeti na vidnem mestu v čakalnici na primarni ravni in v specialistični ambulantni dejavnosti oziroma ob vhodu na oddelek ali običajnem oglasnem mestu bolnišnice objavljeno: osebno ime pristojne osebe, njeno telefonsko številko in delovno mesto, kjer se prva zahteva lahko vloži, podatke o načinu vložitve prve zahteve pri izvajalcu zdravstvene storitve in osebno ime, naslov, elektronski naslov, telefonsko številko in podatke o uradnih urah najbližjega zastopnika pacientovih pravic (Balažic et al., 2009).

Pomembno pri reševanju nesporazumov in domnevnem kršenju pacientovih pravic je, da se jih poskusi reševati na mestu nastanka in takoj. Če to ni mogoče ali če z načinom reševanja pacient ni zadovoljen, je treba vložiti zahtevo za prvo obravnavo. To lahko vloži pacient ali zastopnik pacientovih pravic po pooblastilu pacienta, ki so mu bile domnevno kršene pravice. Kadar ne dosežemo dogovora in poravnave na prvi obravnavi, imamo možnost v petnajstih dneh vložiti drugo zahtevo za varstvo pacientovih pravic pri Komisiji Republike Slovenije za varstvo pacientovih pravic (Zakon o pacientovih pravicah, 2008).

## 5 Poznavanje ZPacP

Raziskave, ki bi potrdila ali zavrgla domnevo, da pacienti zelo slabo poznajo pacientove pravice in ZpacP, nismo opravili. Trditev, da pacienti slabo poznajo svoje pravice, lahko potrdimo s podatki zastopnika in na osnovi raziskave, izvedene med naključno izbranimi prebivalci Dolenjske (Golob, 2014).

Na zastopnika pacientovih pravic se obračajo pacienti, ki so osveščeni o svojih pravicah in znajo sami na spletu poiskati naslov zastopnika.

Pacienti, ki bi potrebovali posredovanje zastopnika in spadajo v kategorijo ranljivih skupin, se ne zavedajo dobro vseh svojih pravic ali pa ne najdejo poti do zastopnika. Še vedno je preveč pacientov, ki so prepričani, da morajo biti med zdravstveno obravnavo zelo ponižni in potrpežljivi.

## 6 Zaključek

Za doseganje ciljev celostne obravnave pacienta v zdravstvenem in socialnem varstvu je pomembno širiti vedenje o pacientovih pravicah in dolžnostih. V procesu zdravstvene obravnave je pomemben dejavnik zaupanje in obveščenost pacienta. Če bo ta seznanjen s potekom zdravstvene obravnave, z njenimi možnostmi, če se bo strinjal s predlaganim zdravljenjem, bo uspeh zdravljenja zagotovo boljši in hitrejši. Posledično bomo imeli zadovoljnega pacienta in nižje stroške zdravljenja. Pomemben dejavnik pri zdravstveni in socialni obravnavi je tudi komunikacija med pacienti in izvajalci. Že v uvodu smo omenili, da je velika večina kršitev pacientovih pravic posledica slabe, nezadostne in celo neprimerne komunikacije med pacientom in izvajalci.

Izvajalci zdravstvene in socialne oskrbe morajo posvetiti več pozornosti poznavanju ZPacP in ostalih predpisov, ki zagotavljajo pacientom primerno, kakovostno in varno zdravstveno oskrbo. Posebno pa se morajo osredotočati na ustrezno in profesionalno komunikacijo s pacienti, zavedajoč se, da je pacient v boljšem so-govorniškem položaju. Komunikacija naj bo za paciente razumljiva in prilagojena dojemljivosti posameznika. Izvajalci bodo s tem bistveno povečali varnost ob zdravstvenih obravnavah, občutno manj bo pritožb, zagotovo pa se bo povečalo osebno zadovoljstvo pri opravljanju njihovega plemenitega poklica v zdravstvu.

## LITERATURA

1. Balažic, J., Korošec, D. in Ivanc, B. et al. (2009). Zakon o pacientovih pravicah s komentarjem. Ljubljana: GV založba,
2. Golob, M. (2014). Pacientovo soglasje. V Medsebojni odnosi v zdravstveni negi (str. 17-22). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.
3. Zakon o pacientovih pravicah (2008). Uradni list Republike Slovenije, št. 15.

# Elektronsko podprta zdravstvena nega

UDK 616-083:004

**KLJUČNE BESEDE:** zdravstvena nega, dokumentacija, elektronska dokumentacija, pacienti

**POVZETEK** - Dokumentacija zdravstvene nege je pomemben del celotne zdravstvene dokumentacije pacienta. Predstavlja dokumentacijo posameznih faz v procesu zdravstvene nege. Vpliva na zagotavljanje kontinuirane in kvalitetne zdravstvene nege in komunikacijo med člani zdravstvenega tima, hkrati pa je lahko osnova raziskovanju. Da bi zmanjšali napake in delovne preobremenitve medicinskih sester, se v zadnjem času, v dobi »eksplozije« tehnologije v medicinski stroki, vso informacijsko tehnologijo uporablja tudi na področju zdravstvene nege. Ta tehnologija vključuje elektronsko dokumentiranje pacientovega stanja in aktivnosti zdravstvene nege, odčitavanje črtne kode, sisteme za prepoznavanje govora, uporabo tabličnih računalnikov in uporabo medicinskih informacijskih standardov, vključno z openEHR, IHE in HL7/CDA, kar zagotavlja hitro in popolno integracijo zdravstvenih informacijskih sistemov in medicinskih naprav.

UDC 616-083:004

**KEY WORDS:** nursing, nursing documentation, nursing process, electronic nursing documentation, electronic patient record

**ABSTRACT** - Documentation of nursing care is an important part of an overall patient's health records. It represents various stages of documenting nursing processes. It has an impact on providing a continuous and quality health care, on communication between members of the medical team and it can also serve as a basis for research. In the era of "technology explosion" in medical professions, nurses use more and more information technology in the field of nursing, in order to reduce errors and work overload. These technologies include electronic documentation of patient status and nursing activities, reading bar codes, speech recognition systems, the use of tablet PCs and medical information standards, including the openEHR, IHE and HL7/CDA, ensuring rapid and complete integration of healthcare information systems and medical devices.

## 1 Uvod

Gospa Florence Nightingale, je splošno znana kot »Gospa dokumentacije zdravstvene nege«. Leta 1850 je bila pionirka na tem področju. Že v tistem času je za izboljšanje končnega stanja pacienta zagovarjala redno zbiranje podatkov o njegovem stanju, njihovo statistično obdelavo, prikazovanje le-teh v grafih ter ažurno pisanje pripomb oziroma ugotovitev osebja zdravstvene nege.

Dandanes, ko se ležalna doba pacienta krajša in ko so delovne obremenitve medicinskih sester večje in zahtevnejše, je medicinska sestra pod še večjim pritiskom. V zelo kratkem času mora beležiti in spremljati stanje pacienta v kompleksni dokumentaciji zdravstvene nege. Ta obvezna dokumentacija, ki jo predpisujejo različne strokovne regulative in državne usmeritve, od nje zahteva več energije, napora in pozornosti. Zaradi velikega pritiska lahko v taki situaciji hitro pride do pomanjkanja časa za kvalitetno obravnavo in nadzor nad stanjem pacienta. Leta 2008 je študija časa in gibanja »Kako medicinska sestra v kirurgiji preživlja čas?« razkrila zastrašujoče rezultate. 35 odstotkov časa medicinskih sester je bilo porabljenega za upravljanje s preobsežno dokumentacijo zdravstvene nege (<http://www.tigersummit.com/>).

Pri zdravljenju pacienta iz dneva v dan nastajajo ogromne količine podatkov, zato je treba te podatke voditi urejeno, na njihovi podlagi slediti postopkom in zagotavljati uporabnost zbranih podatkov. Dokumentacija zdravstvene nege je osrednji del pri oskrbi bolnikov. Bolnišnice se borijo za uvedbo novih tehnologij na področje zdravstvene nege s ciljem zmanjševanja dokumentacije, kar prinaša visoko dodano vrednost za medicinske sestre in za bolnike. Elektronsko dokumentiranje zdravstvene nege je sestavni del sodobnega kliničnega informacijskega sistema (KIS). Sodobni KIS Think!Med™ v celoti pooblašča zdravnika in medicinske sestre za zagotavljanje višje kakovosti, skrbi za bolnika, hkrati pa racionalizira in omogoča temeljito dokumentiranje kliničnih procesov. Zato je ena od njegovih ključnih nalog zagotovitev prenosa podatkov med uporabniki oziroma partnerji v zdravstvu – tako na nacionalni kot na internacionalni oziroma vsaj evropski ravni (interoperabilnost). Ti prenosi pa so mogoči le na podlagi enotnih definicij formatov in struktur podatkov, kot jih na primer definirajo mednarodno priznani standardi openEHR, IHE in HL7/CDA. HL7 standardizira način (protokol) izmenjave, strukturo in vsebino izmenjave zdravstvenih podatkov na aplikativnem nivoju. Določena te standardov so klinični in administrativni podatki. Osnovno poslanstvo standarda OpenEHR je interoperabilni, vseživljenjski elektronski zdravstveni zapis (EHR). OpenEHR je označen kot preprost pristop, ki dovoljuje kliničnim zdravstvenim delavcem, da kreirajo modele s specifičnimi vrstami kliničnih podatkov, ne da bi morali razumeti pojme informatike ali pravil načrtovanja informacijskih sistemov. Tak pristop je neodvisen od implementacijske tehnologije. Standard IHE omogoča hitro, varno in učinkovito povezljivost KIS-a z drugimi informacijskimi sistemi na področju zdravstva.

## 2 Proces zdravstvene nege

Proces zdravstvene nege vsebuje aktivnosti zdravstvene nege, ki se izvajajo med zdravljenjem pacienta, od sprejema na oddelek in opazovanja njegovega stanja do načrtovanja negovalnih aktivnosti, ko je pacient na oddelku, do izdelave zaključnih negovalnih poročil in analiz.

Z opazovanjem trenutnega stanja pacienta medicinska sestra na podlagi svojega znanja, izkušenj, dobrih praks, strokovnih navodil in smernic za področje zdravstvene nege vrednoti opazovano stanje pacienta. Na tej podlagi postavlja negovalne diagnoze, določa cilje in prioriteto delovnih nalog (navodila), ki so tako prilagojene prav opazovanemu pacientu v njegovem trenutnem bolezenskem stanju. Naloge imajo lahko eno ali več aktivnosti, ki jih bodo izvajale medicinske sestre prav za tega pacienta, s ciljem izboljšanja njegovega zdravstvenega stanja. Vse planirane in opravljene aktivnosti se beležijo v elektronski karton pacienta tako, da so vedno na razpolago zdravstvenemu osebju.

### 2.1 Elektronsko dokumentiranje podatkov, ki nastajajo v procesu zdravstvene nege

V okviru pristopov openEHR obstajajo številne novosti, zaradi katerih je razmeroma enostavno določiti in izmenjevati klinične vsebine. Vse izhaja iz modelov kliničnih podatkov, ki so sestavljeni iz arhetipov in predloge. Ti modeli zahtevajo terminolo-

gijo in morajo na koncu samodejno podpirati klinični proces, ki ponuja uporabnikom podporo pri odločanju in predlaga možnosti kakovostne oskrbe v obliki računalniških kliničnih poti.

Znotraj KIS Think!Med je elektronsko dokumentiranje zdravstvene nege podprto z modeli kliničnih podatkov, ki so zgrajeni na podlagi pristopov OpenEHR in zagotavlja orodja, ki omogočajo medicinskim sestram boljše upravljanje svojih delovnih obremenitev, olajšajo skrb za planiranje zdravstvene nege in se osredotočajo na sprejemanje pravih odločitev, kar zagotavlja več časa za interakcijo z bolniki. Podprta je ocena stanja bolnikov in njihovo spremljanje, vnos podatkov, skrb za načrtovanje in razporejanje nalog. Vgrajeni so mehanizmi za regulativno in upravno poročanje, kar medicinskim sestram pomaga, da se osredotočajo na izboljšanje varnosti in oskrbe bolnikov. Model kliničnih podatkov je zgrajen iz arhetipov (to so osnovni gradniki, »lego kocke«), predloge / templates (skupek agregiranih arhetipov) in poizvedb »queries« (natančno definirane navedbe informacij, ki jih lahko pridobimo iz podatkov v predlogah in v arhetipih).

Orodje OpenEHR Arhetip Editor omogoča izdelavo arhetipov, ki predstavljajo maksimalni nabor podatkov glede določenega kliničnega pojma.

Predloge se pripravljajo s pomočjo orodja OpenEHR Template Editor in so lahko sestavljene iz enega ali več arhetipov, ki so jim dodatne omejitve potrebne za uporabo teh arhetipov v določenem okolju. Tako se lahko uporabljajo arhetipi za krvni tlak, težo in srčni utrip, pri letnem pregledu osebe s kronično srčno boleznijo ali pri ugotavljanju zdravstvenega stanja nosečnice. To pomeni, da je treba oblikovati predloge, ki so specifične npr. v »kardiološkem pogledu« in v »nosečniškem pogledu«.

Uporaba pristopov OpenEHR omogoča, da zdravstveni delavci kreirajo podatkovne modele s kliničnimi podatki, ne da bi se ob tem ukvarjali z načrtovanjem informacijskega sistema. Takšen pristop omogoča popolno prilagajanje predlog učinkovitemu in strukturiranemu beleženju podatkov, vse od bolnikove zgodovine in trenutnega stanja, preko anamneze, rednih pregledov, zapisov o napredku zdravljenja do odpustnih pisem. Z uporabo temeljnih struktur je zagotovljena dosegljivost informacij, ki so tako na voljo, kjer koli so potrebne, ne da bi jih bilo treba pri tem zapisati več kot enkrat. Vsi podatki o pacientu, zbrani v procesu zdravstvene nege, so vidni v elektronskem zapisu o pacientu (Electronic Health Record, EHR) in so vedno na razpolago.

Zelo je pomembno, da KIS omogoča različne načine prikazovanja elektronsko vnešenih podatkov o zdravstveni negi. Podatki se lahko prikazujejo v obliki teksta, tabele ali grafa, odvisno od namena uporabe in želje medicinskih delavcev pri zdravljenju pacienta.

## *2.2 Elektronsko načrtovanje procesa zdravstvene nege*

Z opazovanjem trenutnega stanja pacienta medicinska sestra na podlagi svojega znanja, izkušenj, dobrih praks, strokovnih navodil in smernic za področje zdravstvene nege vrednoti opazovano stanje pacienta. Na podlagi tega vrednotenja postavlja negovalne diagnoze, določa prioriteto delovnih nalog (navodila), ki so tako prilagojene prav opazovanemu pacientu v njegovem trenutnem bolezenskem stanju. Negovalne

diagnoze so osnova za izbiro aktivnosti in za doseganje izidov zdravstvene nege, ki so v pristojnosti medicinske sestre (NANDA International, 2008). Negovalna diagnoza je izjava o aktualnem ali potencialnem negovalnem problemu subjekta ZN, ki jih je negovalni tim sposoben obravnavati v okviru samostojnih negovalnih intervencij (Potter in Griffin Perry, 2007). Od medicinske diagnoze se razlikuje predvsem po tem, da je namesto k bolezni usmerjena k subjektu obravnave zdravstvene nege (pacientu) in je zanj specifična (Potter in Griffin Perry, 2007). Vsaka negovalna diagnoza zajema vrsto, prioriteto, simptome in etiologijo. V fazi vrednotenja stanja pacienta medicinska sestra za postavljene negovalne diagnoze določi še negovalne cilje in naloge oziroma intervencije, ki jih mora izvesti zdravstvena nega pri zdravljenju pacienta. Vsak postavljeni cilj (ali intervencija) zdravstvene nege je tudi časovnodoločen.

Vse planirane in opravljene aktivnosti zdravstvene nege se beležijo v elektronski zapis o pacientu tako, da je vedno na razpolago zdravstvenemu osebju. Pri beleženju izvedbe se zabeleži tudi čas vnosa in čas izvedbe, morebitno razliko med njima, izvajalce, ki so sodelovali (kdo je odgovoren za izvedbo), porabljen čas in material. Vse sprotne opombe, ki so pomembne za kontinuirano izvajanje zdravstvene nege, vnašajo izvajalci kot sprotno beleženje rezultatov. Pri tem gre za pisno komunikacijo znotraj negovalnega tima v obliki sestrskih poročil, ki so del medicinske dokumentacije pacienta.

### 3 Zaključek

Uporaba sodobnih tehnologij pri izdelavi KIS omogoča varno elektronsko dokumentiranje in učinkovito obvladovanje zdravstvenih in z zdravstvom povezanih podatkov in informacij. Prav tako zagotavlja optimizacijo zdravstvenih procesov in povečanje njihove učinkovitosti ter učinkovito izmenjavo zdravstvene dokumentacije med različnimi izvajalci zdravstvenih storitev. Uporaba pristopov OpenEHR omogoča izgradnjo modelov kliničnih podatkov, ki zagotavljajo razvoj sodobnega KIS, kar izboljšuje medsebojno komunikacijo v negovalnem timu, povečuje razpoložljivost podatkov o pacientu, izboljšuje organizacijo dela, omogoča večji nadzor nad vsemi fazami zdravljenja pacienta, ponuja hitro in zanesljivo obdelavo podatkov ter visoko razpoložljivost statističnih poročil.

Medicinski pripomoček povezovalne tehnologije, ki ob postelji samodejno beleži življenjske znake pacienta in jih pošilja neopazno v elektronski zapis pacienta, odstrani medicinsko sestro s funkcije »most-u«, ki povezuje napravo s pacientom. Odčitavanje črtne kode se pogosto uporablja za zajemanje podatkov o zdravih in za zajemanje podatkov medicinskih naprav oziroma podatkov zdravstvenega osebja, ki ga oskrbuje. Na tak način je omogočena varna in hitra identifikacija pacienta, identifikacija porabljenega medicinskega materiala ter identifikacija negovalnega osebja in medicinskih naprav, ki so ob pacientu. S sistemi za prepoznavanje govora medicinska sestra vsa svoja opažanja zabeleži ob pacientovi postelji in ne izgublja časa s prepisovanjem opažanj v medicinsko dokumentacijo pacienta. Tablični računalniki se vse bolj uporabljajo za potrditev in vnos negovalnih podatkov na mestu oskrbe pacienta.

Lahko bi še naprej naštevati prednosti, ki jih prinaša sodobna informacijska tehnologija v proces zdravljenja pacienta, a čeprav je elektronska dokumentacija procesa zdravstvene nege zelo učinkovita, se zaradi specifičnih organizacijskih struktur, v katerih zdravstvene ustanove delujejo, končni rezultat uporabe novih tehnologij pogosto kaže v večjih obremenitvah in ne v razbremenitvah osebja zdravstvene nege.

## LITERATURA

1. Assaro, P. V. and Boexerman, S. B. (2008). Effects of computerized provider order entry and nursing documentation on workflow. *Academic Emergency Medicine*, 15 (10), 908-915.
2. Daniels, R., Grendell, R. N. and Wilkins, F. (2010). *Nursing fundamentals - caring & clinical decision making*. Delman Cengage Learning.
3. Desroches, C., Donelen, K., Buerhaus, P., Potter, V. and Zhonghe, Li. (2008). Registered nurse use of electronic health records: findings from a national survey. *Medscape J Med.*, 10 (7), 164. Pridobljeno s <http://www.medscape.com/viewarticle/574733>.
4. Laitinen, H., Kaunonrn, M. and Astedt-Kurki, P. (2010). Patient-focused nursing documentation expressed by nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 489-497.
5. Mnicoll, I. and Leslie, H. (2011). openEHR Templates in detail. Pridobljeno s [http://www.mz.gov.si/si/za\\_izvajalce\\_zdrav\\_storitev/ezdravje/gradiva\\_in\\_predstavitve\\_z\\_dogodkov/gradivo\\_iz\\_izobrazevanj\\_o\\_standardu\\_openehr/](http://www.mz.gov.si/si/za_izvajalce_zdrav_storitev/ezdravje/gradiva_in_predstavitve_z_dogodkov/gradivo_iz_izobrazevanj_o_standardu_openehr/).
6. Mnicoll, I. Clinical content models. Pridobljeno 20. 10. 2011, s <http://www.openehr.org/wiki/display/healthmod/Clinical+Content+Models>.
7. Mnicoll, I. and Leslie, H. (2011). openEHR Archetypes in detail. Pridobljeno s [http://www.mz.gov.si/si/za\\_izvajalce\\_zdrav\\_storitev/ezdravje/gradiva\\_in\\_predstavitve\\_z\\_dogodkov/gradivo\\_iz\\_izobrazevanj\\_o\\_standardu\\_openehr/](http://www.mz.gov.si/si/za_izvajalce_zdrav_storitev/ezdravje/gradiva_in_predstavitve_z_dogodkov/gradivo_iz_izobrazevanj_o_standardu_openehr/).
8. Mihovilovič, B. in Gornik, T. (2011). Dvonojni informacijski sistem po modelu openEHR za podporo kliničnemu zdravljenju. *Informatica Medica Slovenica*, 16 (2), 15-29.
9. NANDA International. (2008). *Nursing diagnosis submission Handbook*. Pridobljeno 19. 11. 2009, s [http://www.nanda.org/Portals/0/PDFs/Diagnosis%20Development/NANDA\\_I\\_Handbook2.pdf](http://www.nanda.org/Portals/0/PDFs/Diagnosis%20Development/NANDA_I_Handbook2.pdf).
10. Poissant, L., Pereira, J., Tambylin, R. and Kawasumi, Y. (2005). The impact of electronic health records on time efficiency of physicians and nurses: a systematic review. *J Am Med Inform Assoc*, 12 (5), 505-16.
11. Prijatelj, V. and Rajkovič, U. (2009). From e-Health to integrated health care: theory and practice. *Studies in Health Technology and Informatics*, 146, 74-78.
12. Rajkovič, U. (2010). *Sistemi pristop k oblikovanju e-dokumentacije zdravstvene nege*. Doktorska disertacija.
13. Stubenrauch, J. M. (2010). Report on the future of nursing. *American Journal of Nursing*, 110 (12), 21-22.
14. The technology informatics guiding education reform. (2009). The TIGER Initiative. Collaborating to integrate evidence and informatics in nursing practice and education: An executive summary. Pridobljeno marec 2011, s <http://www.tigersummit.com/>.
15. Projektna dokumentacija informacijskega sistema ISPEK, Funkcionalne specifikacije modula zdravstvena nega (2010). Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Pediatrična klinika.

# Opolnomočenje medicinskih sester pri odprti komunikaciji

UDK 316.77:616-083

**KLJUČNE BESEDE:** *opolnomočenje, medicinske sestre, supervizija, komunikacija*

**POVZETEK** - V zadnjem desetletju se je v temelju spremenilo dojemanje bolezni in zdravja, pa tudi odnosi med zdravstvenimi delavci in pacienti ter zdravstvenimi delavci med seboj. Brez medsebojnega usklajevanja zdravljenje ni mogoče: in to velja tako za odnose med zdravstvenimi delavci različnih poklicnih skupin kot tudi za odnose med pacienti in zdravstvenimi delavci. Ob podpori supervizije, ki počasi, a vztrajno prehaja na področje zdravstvene nege, lahko medicinska sestra razvija ustrezne spretnosti za strokovno in kakovostno delo. Opolnomočenje je večdimenzionalni družbeni proces, ki ljudem pomaga pridobiti nadzor v življenju. To je proces, ki veča posameznikovo moč, moč pa je sposobnost ravnanja na področjih, ki so zanj pomembna. Namen prispevka je pregled teoretičnih izhodišč, kaj je supervizija in kako jo predstaviti anonimni skupini medicinskih sester, kateri pogoji morajo biti zagotovljeni, da bo supervizija uspešna za supervizante in supervizorja. Predstavljena je analiza podatkov kvalitativne raziskave v anonimni supervizijski skupini medicinskih sester.

UDC 316.77:616-083

**KEY WORDS:** *empowerment, nurses, supervision, communication*

**ABSTRACT** - In the last decade, the understanding of disease and health and consequently the relationship between health professionals and patients, including the relationship among healthcare professionals as well, has fundamentally changed. Health care is a labour-intensive industry. Without mutual coordination treatment is not possible; it applies to relationships between health workers from different professional groups and also between patients and health professionals. With the support of supervision, which is slowly but steadily shifting to the health care area, nurses can develop appropriate skills for professional and quality work. Empowerment is a multidimensional social process, helping people to gain control of their lives. It is a process that increases an individual's power; power being defined as the ability of enforcement and implementation, to respond and conduct in areas the individual deems important. The purpose of this paper is to review the theoretical starting points, what the supervision is and how to present it to an anonymous group of nurses; which conditions must be provided for a successful supervision, both for the supervisee and the supervisor. The analysis of the qualitative research data in an anonymous supervision group of nurses is presented.

## 1 Uvod

Ukvarjanje z ljudmi ne more biti enako ukvarjanju z neživim svetom. Gre za interakcijo med dvema živima bitjema, ki prinašata s seboj vso svojo zgodovino, stališča, mnenja, predsodke. Ker so se poskusi »puščanja svoje osebnosti pred vrati« pokazali za nemogoče, nam ne preostane drugega, kot da se soočimo s tem, da smo vpleteni v vse, kar počnemo. To nam nalaga, da se zavedamo svojih mnenj, stališč in da se najprej ukvarjamo s seboj, kdo smo, in šele potem, kdo so drugi (Jeriček, 2004).

Ker dobro sodelovanje vpliva na izide zdravljenja, so ti tako zelo pomembni, da so že leta tudi predmet znanstvenega raziskovanja (Baggs, 1994; Larson, 1999; Kramer in Schmalenberg, 2003; Kaissi in sod., 2003), zato tvorno sodelovanje ni več le stvar

osebne izbire. Vsi zdravstveni delavci, ne le medicinske sestre, so tako vse bolj postavljeni pred moralno zahtevo, da se pri delu povezujejo in kakovostno sodelujejo (Irvine in sod. 2002, po Domajnko, 2006, str. 236). Baggs in Schmitt (Baggs, 1994) definirata štiri elemente sodelovanja, in sicer skupna odgovornost, skupno odločanje, odprta komunikacija in koordinacija.

Tschannen (2004) definira sodelovanje kot partnerstvo, v katerem so na poti k doseganju skupnih ciljev prepoznani in cenjeni moč, znanje in izkušnje vsakega posameznika. Definira ga tudi kot učinkovito nehierarhično medsebojno komunikacijo, ki poteka med strokovnjaki z različnim znanjem in izkušnjami.

Realna situacija na področju medsebojnih odnosov v slovenskem zdravstvu praviloma ne sledi zahtevam sodobnega časa. Ule (2003) navaja, da je strukturni položaj medicinskih sester v zdravstvenem sistemu podrejen zdravnikom, ker imajo v zahodni medicini samo zdravniki absolutno avtoriteto in odgovornost pri zdravljenju. Zdravniki tradicionalno uvrščajo medicinske sestre med podredljive »pomožne« moči in jih ne obravnavajo kot samostojne agente v medicinskem delu. Posegom zdravnikov, ki so visoko profesionalni, pa običajno kratkotrajni (npr. diagnostika, operativni posegi, pregledi, vizite) sledi časovno in tudi čustveno pogosto bolj obremenjujoča negovalna in svetovalna vloga medicinskih sester. Podrejen položaj pa vpliva in nehote ustvarja nadaljnje pritiske, delitve in hierarhijo znotraj poklica medicinskih sester. Delo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov pa ni umeščeno samo v medicinsko hierarhijo, ampak tudi samo razvija svojo hierarhijo. Medicinske sestre zasedajo bolj prestižna in bolje plačana delovna mesta, z več moči in avtoritete v specializaciji negovalnih poklicev od zdravstveni tehnikov (Ule, 2003).

## 2 Zagotavljanja kakovostnega – profesionalnega dela

Medicinska sestra mora znati učinkovito komunicirati in koordinirati delo v multidisciplinarnem timu. V praksi ves čas sodeluje z ostalimi člani tima in rešuje probleme, se pogaja, pospešuje dogajanje in seveda izpostavlja pacientove potrebe po zdravstveni negi. Pri tem načrtuje in razporeja druge zaposlene, da je zagotovljena zadostna in varna oskrba pacienta in proces dela nemoteno poteka 24 ur na dan, vse dni v tednu (Kramar, 2005). Zdravstvena nega je tako kot medicina vseskozi osredotočena na skrb za sočloveka. Danes ne želi biti več podrejena medicini, ker pacient ne potrebuje medicine in zdravstvene nege, ampak celostno oskrbo (Ovijač, 2007).

V zdravstveni negi se povečuje intenzivnost in kompleksnost dela. Možnost za preprečevanje, blaženje in odpravljanje težav pri delu in s tem povezanih posledic je uvedba supervizije neposredno v delovni proces. Supervizija v delovni skupini medicinskih sester ima pomembno vlogo, ker jim pomaga pri razvijanju strokovnih kompetenc, pa tudi pri učenju medosebnih interakcij, komunikacije in sodelovanja. Gre za uvid v svoje ravnanje, ki jih vodi do novih spoznanj o sebi in svojem poklicnem delovanju.

### 3 Supervizijski proces

V hitro spreminjajočih se razmerah, v katerih živimo, lahko preživimo le, če smo vse življenje vključeni v nenehni proces učenja in razvoja. To nam omogoča supervizija, ki je proces in metoda poklicnega spreminjanja, večanja kompetence in refleksije strokovnega dela ob vpetosti v organizacijske okvire, v katerih delo poteka. Supervizija upošteva dejstvo, da je razvoj v odraslosti močno povezan s posameznikovo lastno aktivnostjo (Schein, 1999). V nekaterih vzgojno-izobraževalnih ustanovah je supervizija že del tradicije, žal pa je v medicinskih ustanovah še vedno v domeni peščice razvojno usmerjenih posameznikov.

Strokovnjaki na področju supervizije, npr: Žorga (1997; 1999), Kobolt (1994; 2004), Arnold-Milošević (1999), Sergiovanni in Starratt (1993), Glatthorn (1994), ta pojem različno definirajo. Izvorno pomeni nadziranje, kontrolo in je izpeljanka iz besed *super* (nad) in *videre* (zreti). Pojem je bil sprva povezan z močjo in nadrejenimi kot kontrola nadrejenih. Danes se uporablja v oblikah in metodah spremljanja, vodenja in svetovanja strokovnjakom pri njihovem delu v smislu razvoja in večanja strokovnih kompetenc in bolj avtonomnega delovanja (Munih, 2006, str. 20).

Supervizija je proces razvoja strokovnjaka kot praksa, ki svoje delo reflektira. To je kreativen prostor, v katerem se strokovnjak v povezavi in sodelovanju s supervizorjem uči iz svojih izkušenj ter išče lastne rešitve problemov, s katerimi se srečuje pri svojem delu. Sem sodi tudi iskanje uspešnih načinov soočanja s stresom, spoznavanjem situacije uporabnika in njegovih virov, svojih misli, občutij in virov, seveda pa tudi odnos z uporabnikom iz različnih perspektiv. Ob integraciji vseh teh vidikov in okoliščin pri delovanju supervizant ustvarja možnosti za kompetentno strokovno delovanje (Milošević, 1999).

V zdravstveni negi, enem od tako imenovanih poklicev pomoči, bi lahko s pomočjo supervizije medicinska sestra pridobila boljši vpogled in razumevanje svojega delovanja in s tem večjo kompetentnost pri opravljanju svojega poklicnega dela. Poznavanje različnih metod in oblik dela bi medicinski sestre omogočalo, da s pomočjo svojih lastnih delovnih izkušenj prihaja do različnih novih spoznanj o svojem osebnem in strokovnem delovanju ter tako združuje svoje strokovno delo in znanje. Omeniti je treba tudi razbremenilni pomen supervizije, saj je znano, da pomaga pri zmanjševanju napetosti, stresa in drugih dejavnikov, ki zavirajo kvalitetno izvajanje delovnih nalog. Pomembna vloga supervizije je tudi izgradnja poklicne identitete (Thaler, 1997).

Za slovenski prostor je nedvomno pomembna definicija supervizije, kakršna se nahaja v svojem statutu Društva za supervizijo (Kobolt in Žorga, 1999):

- oblika profesionalne refleksije in svetovanja za zagotavljanje kvalitetnega opravljanja poklicnega dela in spodbujanje profesionalnega in osebnostnega razvoja strokovnih delavcev na različnih delovnih področjih, na katerih je delo z ljudmi pomembna značilnost,
- učni proces in specifična učna in podporna metoda, ki predstavlja izhodiščno točko za poklicno samorefleksijo,
- profesija, ki se ne omejuje na posamezna profesionalna področja in šole.

Supervizija ni nekaj, kar se »enostavno zgodi«, meni Caroll (1996) in opozarja, da je za učni proces ključnega pomena, kako so sporočila izražena. V supervizijskem odnosu morajo biti jasno postavljeni cilji, vloge in odgovornost udeležencev, ki jih med procesom neprestano spremljamo ter sproti preoblikujemo tako, da ostaja odnos smiseln in učenje učinkovito.

Supervizijski proces zajema vse vidike vzpostavljanja, ohranjanja in zaključevanja supervizijskega odnosa, zato tudi veljajo nekatere značilnosti, ki jih lahko opazujemo v večini odnosov. Supervizija mora potekati kot redna dejavnost v daljšem časovnem obdobju in mora postati kontinuiran proces (Žorga, 1999). Vsak supervizijski cikel lahko v grobem delimo na štiri faze oziroma obdobja in nobene faze ne moremo preskočiti brez posledic za celoten proces. Te so:

1. pripravljalna faza (pred začetkom supervizije), v kateri se supervizor in supervizant pripravita na začetek supervizije,
2. začetna oziroma uvodna faza z vmesno evalvacijo (po približno prvih 5-6 srečanjih), ki jo označuje uglasovanje udeležencev, vzpostavljanje supervizijskega odnosa in varnega vzdušja v skupini ter oblikovanje delovnega načrta,
3. osrednja oziroma delovna faza, ki predstavlja bistvo supervizije (intenzivna predelava posameznih primerov iz prakse ter v okviru tega prepoznavanje lastnih učnih tem in njihovo povezovanje s poklicnim ravnanjem),
4. zaključna faza z zaključno evalvacijo (predvsem zadnja 2-3 srečanja), v katerih zaokrožimo in zaključimo teme in primere, izpeljemo zaključno evalvacijo in se poslovimo (Žorga, 1999, str. 193).

Supervizijski proces poteka v okviru supervizijskega odnosa. Ne glede na to, kateri pristop in katero metodo uporablja supervizor, je za uspešno supervizijo osrednjega pomena kakovosten odnos med njim in strokovnim delavcem. Temelj učinkovitega supervizijskega odnosa pa sta medsebojno zaupanje in spoštovanje posameznikovega znanja in izkušenj. Supervizor dela preko odnosa, supervizant pa se v tem odnosu uči (Kobolt in Žorga, 1999b).

Če iščemo prednosti skupinske supervizije, bi lahko rekli, da se z učnim procesom prepletajo značilnosti skupinske dinamike, ki omogočajo učenje enega od drugega, bogatejšo komunikacijo, več alternativ, več pogledov na isto stvar. Med člani supervizijske skupine se ustvari razširjena mreža socialnega učenja in medsebojne podpore. Ponuja tudi več možnosti za aktivno rabo različnih supervizijskih metod in tehnik (Kobolt, 1994).

Kadar želimo organizirati profesionalno supervizijo, se običajno najdemo pred številnimi vsebinskimi, pa tudi organizacijskimi vprašanji, na katere si moramo še pred pričetkom supervizijskega procesa odgovoriti. Dileme, s katerimi se soočamo pri tem, so npr.: katere cilje naj bi supervizija dosegla, ali naj bo to prostovoljna delavčeva odločitev ali obveza, kdo naj bi bili člani supervizijske skupine in kako naj bo velika, kako pogosta naj bodo supervizijska srečanja in kako dolgo naj trajajo, kako izbrati primernega supervizorja in kakšna bo njegova vloga, kako naj bo sestavljen supervizijski dogovor, da bodo udeleženci čutili varnost v skupini, kakšna so pričakovanja udeležencev (Žorga, 1999).

### *3.1 Vloga supervizorja v supervizijskem procesu*

Supervizorji so kompetentni strokovnjaki, ki poleg dobrega poznavanja področja, na katerem delujejo, obvladajo tudi spretnost vodenja supervizijskega procesa. Poleg teoretičnega znanja in izkušenj pri delu morajo imeti tudi precej pedagoških sposobnosti, da znajo svoje znanje prenašati na druge, obvladati morajo komunikacijo in biti dovolj občutljivi za vsakršne stiske članov skupine (Žorga, 1997a). Sergiovanni in Starratt (1993) menita, da se uspešen supervizor fleksibilno prilagaja razmeram in trenutnim situacijam, s katerimi se srečuje znotraj organizacije in pri tem uporablja različne modele supervizije.

Supervizor je pri tem le moderator dogajanja, ki spremlja strokovnega delavca v procesu iskanja lastnih rešitev. Strokovnega delavca spremlja skozi učni proces in mu omogoča, da varno eksperimentira in preizkuša zanj nove poti. Pri tem uporabi delovne izkušnje kot učni material. Žorga (1999) meni, da je pomembna zlasti supervizorjeva odgovornost, da strokovnemu delavcu omogoči optimalne pogoje učenja, v katerih bo lahko sam avtonomno in odgovorno iskal in izbral rešitev, ki mu najbolj ustreza.

### *3.2 Vloga supervizanta v supervizijskem procesu*

Spoprijemanje s stresnimi dogodki v življenju zajema kompleksno interakcijo med nami samimi (našimi občutki, mislimi in vedenjem) ter pritiski, ki jih doživljamo v okolju. V življenju uporabljamo naučene vzorce vedenja, odvisne od okolja in od naše vloge v njem. Način našega reagiranja se ponavlja po nekem vzorcu. To imenujemo tudi tema ali problem, ki je značilen ne le za osebne, temveč tudi za profesionalne odnose in situacije. V poklicnem okolju upoštevamo pravila in vrednote, ki nam jih postavlja delovna organizacija (Training Youth, 2002).

Supervizant od supervizirja ne pričakuje le navodil in sugestij, pač pa tudi njegovo osebno mnenje, kritičen pogled, konfrontacijo in povratne informacije, ki pa niso več omejene le na poklicne spretnosti, temveč vse bolj na supervizantovo poklicno in osebno kompetenco. (Kobolt in Žorga, 1999). Stoltenberg in Delworth (1987, po Kobolt, Žorga, 1999) sta opozorila, da medtem, ko je bil supervizant na prvi stopnji popolnoma odvisen od supervizorja, se na drugi že kaže konflikt med odvisnostjo in avtonomijo, ki na tretji stopnji preraste v povečano samostojnost in občutek zaupanja vase.

### *3.3 Predstavitev skupine ter postavljenih dogovorov in ciljev*

Za boljše razumevanje bomo na kratko predstavili skupino medicinskih sester in vodjo skupine oziroma supervizorja ter dogovorjeni okvir skupinskega dela. V skupini so bile medicinske sestre. Vseh skupaj je bilo 6 in so bile vedno prisotne na srečanjih, ki so potekala vsakih štirinajst dni. V tem času smo se srečali desetkrat. Na osmem srečanju smo razdelili anketne vprašalnike v ovojnicah z mojim naslovom. Vse udeležence smo prosili, da jih izpolnijo in odpošljejo. Na zadnjem srečanju smo pregledali vse posredovane odgovore ter reflektirali dogajanja na srečanjih.

Skupina je bila stalna in se je dogovorila o delu v skupini, komunikaciji v skupini in zaupnosti. V supervizijskem dogovoru smo določile namen supervizije oziroma področje, s katerim naj bi se na supervizijskih srečanjih ukvarjali, to so bili konkretni

primeri iz delovnega področja. Da bi v skupini ohranili dobro klimo in sproščen odnos, smo si postavili tudi pravila oziroma dogovore, kakšna komunikacija naj bi med nami potekala, za katere dosledno izvajanje bo skrbel supervizor :

- vedno govorimo samo o svojih izkušnjah v prvi osebi edine – (jaz sporočila);
- drugim osebam ne delimo nasvetov, ne prepričujemo ljudi o najboljši rešitvi, ne poučujemo, ne posplošujemo;
- ne intelektualiziramo in ne razlagamo velikih teoretičnih konceptov;
- upoštevamo pravila povratnih informacij (poslušamo, zapišemo);
- spoštujemo dogovor o zaupnosti, skrbimo za varnost in negujemo ustrezno klimo v skupini;
- ne rešujemo problemov, ki so povezani z organizacijo, nadrejenimi, oziroma tistih, ki so nerešljivi;
- osebi, ki izpostavi problem, skupina nudi podporo, ne glede na to, kako posameznik »vidi problem«;
- resnični dogodek čim bolj osvetlimo, in to samo enega na enem srečanju (konkretna situacija);
- udeleženci postavljajo informativna vprašanja, da osvetlijo primer;
- pozorni smo na komunikacijo, če nas je sogovornik razumel;
- preverimo, ali sogovornik še vidi problem tam, kjer ga je navedel (ob osvetljevanju situacije se lahko izkaže, da problem ni tisto, kar se na zunaj kaže);
- tam, kjer oseba vidi problem, iščemo rešitev in odgovorimo le na postavljena vprašanja; mi lahko začutimo problem drugje in ji začnemo ponujati rešitev, vendar to zanjo ni realno, da bi sprejela naše videnje in rešitev;
- detektirani problem moramo zaključiti z uvidom, kako ga lahko prenesemo v prakso (oprijemljivo in uporabno - kaj od povedanega bi lahko uporabili pri svojem delu).

Ob koncu vsakega srečanja smo analizirali dogodek in preverili, če je vprašana oseba dobila kakšen konkreten in uporaben odgovor na zastavljeno vprašanje.

Medicinske sestre so bile motivirane za delo. Zelo pomembno je, da se vsak udeleženec v superviziji skozi ves proces počuti varnega in lahko odprto govori o vseh dvomih in stiskah pri svojem delu, ne da bi se bal, da bo zaradi tega doživel kakšne posledice. Morda je prav varnost, ki smo jo izpostavili in jo tudi dosledno upoštevali, eden izmed najpomembnejših pogojev za njeno uspešnost.

Prostor, v katerem supervizija poteka, je zelo pomemben. Naša skupina je imela stalen prostor, v katerem je lahko vsak član imel občutek varnosti. V času srečanj pri delu nismo bili moteni. Prav tako ne smemo pozabiti na ugodno počutje članov skupine v prostoru. Sedeli smo v manjši sobi na udobnih stolih, ki so bili postavljeni v krogu. Imeli pa smo tablo s papirjem, na katerega smo zapisovali vprašanja in odgovore. Liste smo po končanem srečanju odstranili.

## 4 Namen raziskave in raziskovalna metoda

V raziskavi želimo predstaviti doživljanje medicinskih sester, ki so bile vključene v supervizijsko skupino. Ocene smo dobile na podlagi odgovorov z anketnega vprašalnika in individualnih razgovorov. Raziskovalno vprašanje je bilo: ali so medicinske sestre videle smisel vključitve v supervizijsko skupino. Vprašanje smo razširili tudi na to, kaj jim skupina prinaša za njihovo poklicno delo pri vodenju tima in medsebojnih odnosov. Zanimalo nas je, ali je prišlo v tem kratkem času vključenosti v supervizijski proces do sprememb pri udeleženkah v poklicnem razvoju? Želeli smo raziskati, kako so medicinske sestre doživljale sebe v času, ko so bile vključene v skupino. Analizirali smo odgovore na vprašanja.

### 4.1 Raziskovalna metoda

Uporabljena je kvalitativna metoda raziskovanja. Analizo kvalitativnih podatkov sestavlja vrsta procesov in tehnik, s katero oblikujemo interpretacijo pojavov, situacij in ljudi. Iz podatkov skušamo izluščiti osnovne pojme, poglobiti njihovo razumevanje in razlagati pomenske odnose med njimi (Domajnko, 2006).

### 4.2 Zbiranje in urejanje gradiva in analiza podatkov

Podatke smo zbrali, ko smo na osmem srečanju razdelili anketni vprašalnik, ki je imel 7 vprašanj, vsem sedmim udeleženkam supervizijske skupine in jih prosili, da pisno odgovorijo na vprašanja. Ko smo prejeli odgovore, smo tekst prepisali. Vprašanja v anketi so bila zastavljena široko. Opravljen je bil dobesedni zapis odgovorov, ki so bili kodirani za vsako osebo s črkami (A do E), vsebina pa je bila analizirana po metodi konstantne komparacije (Mesec, 1998).

## 5 Rezultati

Rezultati, ki jih povzemamo v nadaljevanju, so podprti z anketnimi odgovori, ki so bili oštevilčeni. Ob prepisovanju odgovorov na vprašanja smo pridobili prvi splošni vtis. Vprašanja v anketi so bila zastavljena široko, pri analizi smo izhajali iz odgovorov in nismo merili vnaprej izbranih pojmov. Osnovni elementi definicije medicinske sestre so bili po zgledu utemeljene teorije pridobljeni z induktivno metodo (Strauss, 1996).

### 5.1 Strnjen zapis intervjuja

Medicinske sestre so zadovoljne z obiskovanjem supervizijske skupine, ker so videle, da lahko pridobivajo znanje in izkušnje. Med seboj so se vse poznale in sodelovale že na drugih srečanjih. Dileme so lahko izražale brez strahu. V supervizijski skupini so se počutile varne in sprejete, ker smo spoštovali dogovor o zaupnosti. Medicinske sestre so na supervizijski skupini obravnavale konkretne situacije, ki so se dogajale v njihovem delovnem okolju in se nanašajo na medsebojne odnose, komunikacijo in vodenje.

Medicinske sestre so na teh srečanjih pridobile občutek, da niso same v določeni situaciji in se lahko odkrito pogovarjajo. Želijo se izobraževati na področju vodenja letnih razgovorov, ki bi jih morale imeti z zaposlenimi. Od vodstva pričakujejo hitrejše reševanje v urgentnih situacijah. Izrazile so potrebo po boljšem sodelovanju med zaposlenimi. Postajale so bolj konkretne v svojih odločitvah pri vodenju tima. Pridobivale so na samozavesti, strah pred mnenji nadrejenih je bil manjši, pri soočanju z zaposlenimi so uporabljale argumente. V supervizijski skupini se vse medicinske sestre čutijo sprejete in enakovredne. S srečanji bi nadaljevale. Želijo si poenotiti svoje delo v delovnem okolju in v teh srečanjih vidijo to možnost.

### *5.2 Postopek kvalitativne analize vprašalnika*

Zbrano gradivo smo analizirali v skladu s kvalitativnim metodološkim pristopom (Mesec, 1998). Vse odgovore smo zapisali in kodirali (zapis je dosegljiv pri avtorjih).

### *5.3 Predstavitev dobljenih kategorij po posameznih vprašanjih*

*1. vprašanje:* Kako se v tej skupini počutite? Ali mislite, da lahko v skupini izrazite svoje dileme brez strahu?

Na prvo vprašanje se odgovori strnejo na pet pojmov - dobro počutje, dolžnost, pridobitev, varnost in zaupnost.

*2. vprašanje:* Kakšna so bila vaša pričakovanja in želje v zvezi s supervizijskimi srečanji? Katere probleme ste želeli izpostaviti na srečanjih?

Na drugo vprašanje je največ pojmov strnjenih na komunikacijo, ki ni enoznačno definirana, saj govorijo o odkriti komunikaciji, komunikaciji o problemih in želeni komunikaciji ter medsebojni komunikaciji. Tudi tukaj medicinske sestre menijo, da si med seboj zaupajo in s skupino pridobivajo.

*3. vprašanje:* V kolikšni meri so bila vaša pričakovanja izpolnjena?

Na vprašanje o izpolnjenih pričakovanjih je večina odgovorila trdilno, potrebovali pa bi več časa za odločanje.

*4. vprašanje:* Kaj konkretno ste do sedaj v skupini pridobili na poklicnem področju in kaj zase osebno?

V skupini so medicinske sestre pridobile nova spoznanja in znanje pri reševanju problemov, oporo v drugih, občutek varnosti, sprejetost, zaupanje, osvoboditev od pravil in svobodo v razmišljanju.

*5. vprašanje:* Kaj bi potrebovali v supervizijski skupini, da bi dosegli svoje cilje v še večji meri?

Pri izbiri potreb, ki bi še bolj optimalno dosegale željene cilje, so bili odgovori zelo različni, predvsem pa so se nanašali na sodelovanje v timu, profesionalno opravljanje dela, več znanja za reševanje problemov, manj zadolžitve, več časa in zbranosti pri delu ter boljše poznavanje zaposlenih in boljša organizacija.

*6. vprašanje:* Kaj bi predlagali za boljše sodelovanje in počutje?

Tudi pri predlogih za boljše sodelovanje ne moremo izpostaviti enega pojma, strnili pa bi lahko skupaj varnost, zaupanje ter osvoboditev strahu kot pogoje za boljše počutje. Za boljše sodelovanje pa moč pri odločanju, profesionalno rast ter strokovno avtonomnost in znanje za reševanje problemov.

*7. vprašanje:* Kakšen način dela bi si želeli za nadaljnjo poklicno in osebno rast?

Odgovorov na vprašanje o načinu dela za nadaljnjo poklicno rast ne moremo strniti v skupni pojem, ker so se medicinske sestre izrazile zelo različno. Izražena je bila potreba po večji možnosti za sprotno refleksijo in medsebojno pomoč pri reševanju problemov. Izkazale so tudi potrebo po medsebojnem poenotenju pri izvajanju dela.

#### *5.4 Definiranje pojmov*

Medicinske sestre povezuje nekaj skupina točk:

1. Profesionalna rast in moč pri odločanju ter znanje za reševanje problemov. Suverenost na svojem strokovnem področju, utemeljeno na znanju, bi omogočila bolj kakovostno delo v skladu s skupnim ciljem, ki so ga opredelili kot celostno zdravstveno oskrbo pacienta. Temelj skupnega dela vidijo v jasni opredelitvi dela in posledično odgovornosti. Na nivoju odločanja je bilo zaznati potrebo po bolj demokratskem partnerskem odnosu.
2. Komunikacija (o problemih, odkrita, možna ...). Medicinske sestre si želijo biti slišane, razumljene, sprejete in priznane. Pri druženju v supervizijski skupini so izražale svoje potrebe in želje ter dale duška svojim čustvom.
3. Varnost in osvoboditev strahu. Na ravni vrednot so medicinske sestre izpostavile varnost, zaupanje, iskrenost in odkritost, pa tudi samospoštovanje, ki ga doživljajo v supervizijski skupini. Med vsemi pojmi je najizraziteje izstopal pojem občutka varnosti.

Raziskovalna vprašanja, ki smo si jih postavili na začetku raziskave, smo v celoti analizirali in prišli do zaključkov, da je bil pri medicinskih sestrah občutek pripadnosti supervizijski skupini prisoten. Okrepile so si občutek varnosti, svoje mnenje so si upale izraziti brez strahu, predvsem so poudarjale odgovornost pri organizaciji dela ter pomanjkanje informacij. Poudarjale so težave v komunikaciji z drugimi sodelavci in slabim medosebnim odnosom med sodelavci drugih poklicnih skupin in tudi težave v komunikaciji z vodstvom. Malokrat pa so izpostavile težave s pacientom.

Če še pred časom niso vedele, kaj bi pripisovale superviziji - negativen ali pozitiven pomen, se zdi, da se bo ta oblika srečanj uveljavila in bo postaja stalnica v delovnem okolju. Rade bi imele tudi lep in sproščen odnos do sodelavcev, hkrati pa se zavedajo, da vse to zahteva svoj čas.

## **6 Zaključek**

Zdravstveni delavci se pogosto imajo za nekaj posebnega, predvsem zaradi »poslanstva«, ki jih navdihuje. Vendar se premalo zavedajo in si težko priznajo, da so tudi oni sami ter enako kot njihovi sodelavci samo ljudje, ujeti v čisto običajne človeške

dileme in omejitve. Od sebe zahtevajo preveč in so obremenjeni z likom popolnega zdravstvenega delavca, ki ga seveda nikoli ni mogoče doseči. S tem, da si priznajo lastno ranljivost in nepopolnost, tudi zmotljivost, je vse lažje. Lahko začnejo delovati v konkretnem okolju na realnih temeljih in brez iluzornih pričakovanj, tako do sebe kot do svojih sodelavcev. Samo tako se gradijo organizacijski sistemi, ki bodo v realnosti tudi delovali (Ovijač, 2007, str. 24).

Pri »superviziji« gre za izkustveno učenje, refleksije in raziskovanja lastne prakse, integracijo teorije in prakse, ne zato da bi preverjali veljavnost neke teorije, ampak zato, da bi prakso izboljšali v najširšem pomenu besede. Pri tem se plasti poklicnega in osebnega nujno prepletajo (Kobolt in Žorga, 1999).

Poklice, kjer je delo usmerjeno k drugim ljudem, radi imenujemo »poslanstvo«. Sodobna obravnava pacientov prinaša zahteve, ki presegajo znanje in veščine samo ene kategorije zaposlenih. Delo z ljudmi zahteva nenehno strokovno spopolnjevanje, pridobivanje novega znanja, pa tudi takšno poklicno refleksijo, kakršno omogoča supervizija. Proces supervizije bi lahko označili kot pot od »poklicnega k profesionalnemu« (Kobolt, Žorga, 1999).

Ljudje smo različni in prav je tako. Različnost bogati. Pomembno pa je, da znamo ljudi poslušati in slišati. Ni nujno, da smo tesni prijatelji, sposobni pa moramo biti korektni in spoštljivi, odprti do vseh ljudi. Opustiti moramo stereotipe in prisluhniti, kaj nam hočejo ljudje sporočiti. Argument moči je treba nadomestiti z močjo argumenta. Kar nikoli ni bilo lahko. Učiti se moramo iz napak, se o njih pogovoriti, brez obtoževanja, kdo je kriv, ampak kaj storiti, da se to ne bo ponovilo (Ovijač, 2006). Odnose soustvarjamo, dobre in slabe. Preseči moramo občutek, da smo žrtev in da se ne da nič storiti. Uporabniki zdravstvenih storitev bodo to od nas ne le pričakovali, ampak tudi zahtevali.

## LITERATURA

1. Baggs, J. G. (1994). Development of an instrument to measure collaboration and satisfaction about care decision. *Journal of advanced nursing*, 20 (1), 176-82.
2. Carroll, M. (1996). Training in the tasks of supervision. V E. Holloway, M. Carroll (ur.), *Training Counselling supervisors*. London: Sage Publications.
3. Domajnko, B. in sod. (2006). Živeta interprofesionalna razmerja: kvalitativni pogled. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljšanje kakovosti, 235-259. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.
4. Jeriček, H. (2004). Skupnost, izziv osamljenosti: (ne)trivialni socialni sistemi: raziskovanje in delovanje v skupnosti. Ljubljana: Jutro.
5. Kobolt, A. (1994). Skupinska supervizija in supervizija delovne skupine oziroma tima. *Socialno delo*, 489-493.
6. Kobolt, A. (2004). Metode in tehnike supervizije. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
7. Kobolt, A. in Žorga, S. (2000). Supervizija – beseda z več pomeni. V A. Kobolt (ur.) *Supervizija – proces razvoja in učenja v poklicu*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
8. Kobolt, A. in Žorga, S. (1999). Supervizija – beseda z več pomeni. V A. Kobolt, S. Žorga (ur.) *Supervizija - proces razvoja in učenja v poklicu* (str. 15-20). Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
9. Kobolt, A. in Žorga, S. (1999a). Modeli v superviziji. V A. Kobolt, S. Žorga (ur.) *Supervizija - proces razvoja in učenja v poklicu* (257-298). Ljubljana: Pedagoška fakulteta.

10. Kobolt, A. in Žorga, S. (1999b). Vloga supervizije pri poklicnem in osebnostnem razvoju strokovnega delavca. V A. Kobolt, S. Žorga (ur.). *Supervizija - proces razvoja in učenja v poklicu* (str. 119-144). Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
11. Kramar, Z., Lindič, H. in Rems, M. (2005). Uvajanje Case menedgerja – koordinatorja tipičnega primera v Splošni bolnišnici Jesenice. Skrb za človeka. Ljubljana. Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
12. Mesec, B. (1998). Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
13. Milošević, A. V. in Bonač Vodeb, M. (1999). Predstavitev supervizijske metode. V *Supervizija – znanje za ravnanje*. Ljubljana: Socialna zbornica Slovenije.
14. Munih, N. (2006). Vodenje šol in supervizija. Magistrsko delo. Koper. Fakulteta za menegment.
15. Ovičaj, D. (2007). Medpoklicno sodelovanje medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in zdravnikov. Magistrsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.
16. Ovičaj, D. in sod. (2006). Sodelovanje v slovenskem zdravstvu iz ptičje perspektive. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljšanje kakovosti (218-234). Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.
17. Schein, E. H. (1999). *Process consultation revisited: building the helping relationship*. USA: Addison-Wesley Publishing Company, Inc.
18. Sergiovanni, T. J. and Starratt, R. J. (1993). *Supervision: a redefinition*. 5th ed. Singapore: Mcgraw-Hill Book Co.
19. Strauss, L. A. (1996). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge, New York, Melburne: Cambrige University Press.
20. Thaler, D. (1997). Pomen supervizije za osebno rast in razvijanje poklicne identitete v zdravstveni negi. Ljubljana: ZZNS.
21. Training-Youth (2002). Concil of Europe and European Commission,
22. Tschannen, D. (2004). The effect of individual characteristics on perceptions of collaboration in the work environment. *Medsurg Nursing*, 13 (5), str. 312-318.
23. Ule, M. (2003). Spregledana razmerja o družbenih vidikih sodobne medicine. Maribor: Aristej.
24. Žorga, S. (1977). Vloga supervizije pri poklicnem in osebnem razvoju strokovnih delavcev. *Socialna pedagogika*, 1 (3), 9-26.
25. Žorga, S. (1977a). Supervizija in profesionalni razvoj pedagoških delavcev. Zbornik *Izobraževanje učiteljev ob vstopu v tretje tisočletje*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ministrstvo za šolstvo in šport.
26. Žorga, S. (2000). Supervizor kot ključni dejavnik pri oblikovanju supervizijskega odnosa. *Socialna pedagogika*, 4 (3), 219-236.
27. Žorga, S. (2002). Modeli in oblike supervizije. V *Metode in oblike supervizije*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, 9-48.
28. Žorga, S. (1999) Supervizijski proces. V A. Kobolt in S. Žorga (ur.). *Supervizija - proces razvoja in učenja v poklicu* (str. 165-213). Ljubljana: Pedagoška fakulteta.

# Pomen načrtovanja kariere med študenti zdravstvene nege

UDK 316.477:616-083

**KLJUČNE BESEDE:** kariera, medicinske sestre, kariernne kompetence, načrtovanje kariere

**POVZETEK** - Strokovna javnost na področju zdravstvene nege poudarja, da k napredku zdravstvenega in socialnega varstva bistveno prispeva karierni razvoj medicinskih sester. Stroka hkrati ugotavlja, da medicinske sestre ne poznajo pojma kariera in zato preveč odgovornosti glede načrtovanja kariere prepuščajo drugim. V prispevku preverjamo, koliko se študenti zdravstvene nege, ki so na začetku poklicne poti, zavedajo odgovornosti za lastni karierni razvoj. Da bo medicinska sestra lahko razvijala in upravljala svojo karierno pot, potrebuje nabor kariernih kompetenc za uspešno vodenje svoje kariernne poti. Govorimo o inteligentni karieri, ki izpostavlja sposobnosti posameznika pri uspešnem upravljanju z lastno kariero in označuje tri temeljne elemente za doseganje tega cilja: »vedeti zakaj«, »vedeti kako« in »vedeti komu«. Namen prispevka je preveriti prepoznavnost pojma kariera med študenti zdravstvene nege, ugotoviti, koliko študenti zdravstvene nege načrtujejo kariero in analizirati vsebino kariernih kompetenc za uspešno udejstvovanje na začrtani karierni poti. Predstavljena je analiza podatkov kvantitativne empirične raziskave.

UDC 316.477:616-083

**KEY WORDS:** career development for nurses, career competences, career planning

**ABSTRACT** - Professionals in the field of healthcare point out that career development of nurses contributes significantly to the advancement of healthcare and social care systems. The profession also notes that nurses are not familiar with the term career and therefore too much responsibility for planning their own career is left to others. In this paper we investigate to what extent are the nursing students, starting their career; aware of their responsibility for its development. To be able to manage and develop their own career, a nurse should possess a set of career competences to be successful. We are talking about the intelligent career, which highlights the ability of an individual in successfully managing his own career and identifies three fundamental elements to achieve this goal: "knowing why", "knowing how" and "knowing whom". The purpose of this paper is to examine the visibility of the term career among students of nursing, to determine the extent to which students of nursing plan a career and to analyze the content of career competences for a successful engagement of following the outlined career path. The data analysis of quantitative empirical research is presented.

## 1 Uvod

Področje dela medicinske sestre je zdravstvena nega, ki je pomemben del zdravstvenega sistema v vsaki družbi. Temeljni cilj delovanja medicinskih sester je zagotavljanje neprekinjene kakovostne in varne zdravstvene nege ter oskrbe za paciente. K napredku sistema zdravstvenega varstva in profesije zdravstvene nege bistveno prispeva tudi karierni razvoj medicinskih sester, kar vedno bolj poudarja tudi strokovna javnost s področja zdravstvene nege. Razvoj kariere, z zviševanjem poklicnih kompetenc in z napredovanjem zdravstvene nege, pomembno vpliva na uspešnost medicinskih sester in hkrati na zadovoljstvo pacientov, saj zaradi tega kakovost v zdravstveni negi dosega višji nivo. Vendar pa praksa govori, da se medicinske sestre ne ukvarjajo veliko s svojo kariero in zato preveč odgovornosti za njen razvoj prepuščajo drugim in se premalo udejstvujejo same. Hkrati se je treba zavedati, da je tradicionalni razvoj kariere v or-

ganizaciji vse bolj vprašljiv, saj postajajo posamezniki vse bolj dinamični pri iskanju novih izzivov. Govorimo o individualizaciji odgovornosti za karierni razvoj in tako ni mogoče pričakovati, da bodo organizacije poskrbele za razvoj kariere posameznika.

V prispevku se, zavedajoč opisanega problema, osredotočamo na mlade, na študente zdravstvene nege, ki šele vstopajo v sfero dela in so na začetku svoje karierni poti z zavedanjem, da se kariera 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 določen poklic. V prispevku preverjamo, koliko in s kakšno stopnjo odgovornosti študenti zdravstvene nege načrtujejo svojo kariero, pa tudi vsebino njihovih kariernih kompetenc za uspešno udejstvovanje na načrtani karierni poti.

## 2 Teoretična izhodišča

### 2.1 Opredelitev kariere

Trend individualizacije zaposlenih in ostali vplivi na delovanje organizacije postavljajo razvoj kariere pred nove izzive, zato lahko najdemo mnogo definicij kariere, ki so se pod različnimi vplivi spreminjale in se spreminjajo še danes. Tradicionalni karierni modeli so bili oblikovani za delovna mesta z značilnim vertikalnim napredovanjem znotraj posamezne organizacije, s poudarkom na razvojnih stopnjah, formalnemu izobraževanju, v razmeroma stabilnem okolju, osredotočeni na delovno kariero in podobno. Danes je pojmovanje kariere diametralno nasprotno.

Nekoč je 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 v posameznikovem življenju (Cvetko, 2002, str. 47). Uspešnost pri načrtovanju in razvoju kariere je med drugimi odvisna od osebnih vrednot, osebnostnih lastnosti, sposobnosti, spretnosti, znanja in veščin. Gre za proces, v katerem posameznik sam ali v sodelovanju z organizacijo analizira lastne sposobnosti, spretnosti, vrednote, prepričanja, znanje ..., pa tudi delovno okolje in si oblikuje realne cilje glede kariere in načrte za njihovo doseganje. Pri tem se osredotoči na razvoj tistega znanja in spretnosti, ki jih bo potreboval jutri, pri čemer je vseživljenjsko učenje temeljni instrument pri načrtovanju kariere (Brečko, 2006). Lipičnik (1998, str. 180) je zapisal, da je »doživljanje kariere posebne vrste motivacijsko sredstvo, ki človeka sili v ustrezne aktivnosti /.../ kariera je načrtovano ali nenačrtovano zaporedje del ali aktivnosti, ki vključuje elemente napredovanja (po subjektivnem občutku), samouresničevanja in osebnega razvoja v določenem definiranim času«.

Kariera je celostni poklicni razvoj zaposlenega, pri čemer moramo opozoriti, da to ni več napredovanje po lestvici (tradicionalno pojmovanje), ampak dejansko pomeni razvoj vsej potencialov posameznika skozi vse delovne postopke, na vseh delovnih mestih in v vseh delovnih okoljih, v katerih je posameznik deloval v preteklosti in deluje sedanj, vplivala pa bodo tudi 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).

Posameznik mora imeti določeno znanje, razviti določene spretnosti oziroma poseovati kompetence za uspešno vodenje lastne karijerne poti. Vsak zase mora znati poskrbeti za svojo uveljavitev in izpostavitev samega sebe s pridobljenim znanjem, spretnostmi in zmožnostmi ter s tem izkazovati interes za aktivno vlogo pri razvoju lastne kariere.

Načrtovanje lastne karijerne poti je proces, ki zahteva veliko energije, vztrajnosti in vizije. Je proces, ko se posameznik sam odloči za svojo poklicno pot, potek in razvoj v okviru določene dejavnosti ali znotraj posamezne organizacije. Načrtovanje kariere je moč razumeti kot kontinuiran proces, v katerem posameznik izvaja naslednje naloge (Greenhaus et al., 2009): sistematično zbira relevantne informacije o sebi in svojem okolju; oblikuje pravilno sliko o svojem znanju, sposobnostih, zmožnostih, interesih, vrednotah, pa tudi o alternativnih možnostih zaposlitve; razvija realne cilje o svoji kariери, zasnovane na zbranih informacijah in oblikovani podobi; razvije in implementira strategijo za doseganje kariernih ciljev; pridobiva povratne informacije o učinkovitosti izbrane strategije in o relevantnosti ciljev.

Da bo lahko razvijal in upravljal svojo karierno pot, potrebuje nabor kariernih kompetenc za uspešno vodenje svoje karijerne poti. Tako imenovane karierne kompetence so osebne kompetence, akumulirane v karierni kapital, ki pa lahko postanejo ključne kompetence organizacije (Brečko, 2006, str. 96).

## *2.2 Inteligentna kariera in karierne kompetence*

Vzorci kariere postajajo vse bolj pestri, tudi zaradi naslednjih prelomnic oziroma dejavnikov Greenhaus (2009), ki zagotovo vplivajo tudi na sistem zdravstvenega in socialnega varstva: globalizacija, deregulacija trga dela, privatizacija, tehnološki razvoj, spremenjene oblike zaposlitve, sprememba organizacijskih oblik/struktur, demografske spremembe in spremembe trga dela, sprememba ravnovesja med delom in ostalimi življenjskimi vlogami, sprememba psihološke pogodbe, povečana negotovost zaposlitve, spremembe v izobraževalnem sistemu ...

Kot odgovor na spreminjanje organizacije sta Parker in Arthur (2000, str. 101) razvila teorijo »inteligentne kariere«. Ta izpostavlja sposobnosti posameznika pri uspešnem upravljanju z lastno kariero in označuje tri temeljne elemente za doseganje tega cilja: vedeti zakaj, vedeti kako in vedeti komu, med vsemi tremi vedenji pa je tesna povezava oziroma medsebojni vpliv.

Prvi sklop predstavljajo kompetence »vedeti zakaj«, ki se nanašajo na osebne vrednote, nagnjenja, notranje potrebe, kot tudi na delovno motivacijo in identifikacijo s kulturo podjetja ter iščejo odgovor na vprašanje, zakaj delamo. Odgovor na to vprašanje je subjektivne narave in se navezuje na vrednote, prepričanja in motivacijo vsakega posameznika.

Drugo obliko vedenja predstavljajo kompetence »vedeti kako«. Tu so zajete vse relevantne karierne sposobnosti in razumevanje le-teh. Pridobimo jih z izobraževanjem, usposabljanjem in delom ter zajemajo spretnosti, strokovno znanje, tiho in eksplicitno znanje, ki so v kariери kopiči. V okviru te kompetence lahko ljudje razvijejo širok sklop spretnosti in znanja, ki je širši od zahteve trenutnega delovnega mesta, kar lahko

predstavlja razširitev ali spremembo delovne ureditve z namenom povečanja kariernih priložnosti in zaposljivosti.

Zadnji sklop kompetenc »vedeti komu« so sposobnosti navezovanja in vzdrževanja dobrih odnosov ter ustvarjanja socialnih mrež v organizaciji in zunaj nje.

Skrb za razvoj in upravljanje kariere postaja predvsem odgovornost posameznika, saj mora sam poskrbeti za svojo uveljavitev in izpostavitve samega sebe s pridobljenim znanjem, spretnostmi in zmožnostmi ter pri tem izkazovati interes za aktivno vlogo pri razvoju lastne kariere. Na drugi strani pa ne gre zanemariti vloge organizacije (Baruch, 2006), kjer je razvoj kariere pomemben mehanizem upravljanja s človeškimi viri za zagotavljanje konkurenčne prednosti.

Tako tudi Poulsen in Arthur (2005, str. 78) izpostavita koristi tako na strani posameznika kot na strani organizacije, saj koncept inteligentne kariere omogoča posamezniku razumevanje pomena in načina vodenja svoje kariere, organizaciji pa sočasno omogoča boljše razumevanje raznolikosti zaposlenih in poskrbi za karierno izobraževanje v skladu s filozofijo »prave ljudi na prava delovna mesta« za doseganje odličnosti posameznika, delovnega mesta in organizacije.

### *2.3 Kariera v zdravstveni negi*

Strokovna javnost na področju zdravstvene nege v Sloveniji poudarja, da karierni razvoj medicinskih sester bistveno prispeva k napredku sistemov zdravstvenega varstva in stroke zdravstvene vede ter je neposredno povezan z zagotavljanjem kakovosti oskrbe. Karierno napredovanje omogoča zdravstveni negi, da se odzove na znanstvene, tehnološke, družbene, politične in ekonomske spremembe s prilagoditvijo ali razširitvijo svojih vlog ter s sestavo in številom delavcev v zdravstveni negi.

Načrtovanje kariere zdravstvenih delavcev je specifično v primerjavi z drugimi poklici oziroma organizacijami, saj ne obstaja enotna pot oz. vzorec, kako naj se načrtuje kariera zdravstvenega delavca. Kakor ugotavlja Kralj (2008), kadrovske službe v organizacijah zdravstvene nege še vedno opravljajo zgolj funkcijo urejanja delovno-pravnega področja in vlogo koordinatorja pri finančni realizaciji določenega izobraževanja ali usposabljanja.

Ob pregledu definicij kariere medicinskih sester ugotavljamo, da vključujejo elemente tradicionalnega razumevanja kariere, se pa pogled na kariero približuje sodobnim teoretskim konceptom.

Požun (2008) definira razvoj kariere kot pomikanje 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, kariera pa 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, je zadovolj-

na sama s sabo in kakovostno opravlja svoje delo, motivirana in odprta za novosti. Takšna medicinska sestra prispeva h kakovostni zdravstveni negi in k zadovoljstvu bolnikov. To mnenje sledi sodobnim kariernim teorijam, kjer je vsaka medicinska sestra sama odgovorna za načrtovanje in razvijanje svoje kariere s stalnim strokovnim izobraževanjem na osnovi postavljenih ciljev.

Pri razvoju kariere so najpogostejše zaznani naslednji problemi, s katerimi se soočajo medicinske sestre pri svojem kariernem udejstvovanju (Kralj in sod, 2008; Ramšak Pajk, Rajkovič, 2004):

- nepoznavanje pojma načrtovanje kariere - posamezniki preveč odgovornosti glede kariere prepuščajo drugim in se premalo udeležujejo sami;
- nezavedanje lastnih sposobnosti, interesov ter nesistematičnost pri izbiri in načrtovanju kariere;
- nezavedanje procesa samoevalvacije, ki posredno povečuje zadovoljstvo in kakovost dela.

Ramšak-Pajk in Rajkovič (2004) ugotavljata, da največja ovira za uspešnost na karierni poti ni v pomanjkanju spretnosti in strokovnega znanja, ampak v subjektivnem zaznavanju, ko se zdi uresničitev pričakovanega (zastavljenih ciljev) nedosegljiva. Zato je pomembno, da se medicinska sestra zaveda svojih poklicnih sposobnosti in zaupa vanje.

### 3 Metodologija

#### 3.1 Namen in cilj raziskave

Namen prispevka je preveriti prepoznavnost pojma kariera med študenti zdravstvene nege, ugotoviti, koliko študenti zdravstvene nege načrtujejo kariero in analizirati vsebino kariernih kompetenc za uspešno udejstvovanje na načrtani karierni poti. Zanimalo nas je, katere karierne kompetence so najbolj prepoznane pri študentih zdravstvene nege glede na vsebinski sklop in posamično, ob opori na teorijo inteligentne kariere, pa tudi njihovo subjektivno mnenje o pomembnosti posamezne kompetence za uspešno kariero. Iskali smo tudi morebitne razlike med posameznimi letniki študija. Predstavljena je analiza podatkov kvantitativne empirične raziskave.

#### 3.2 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Uporabili smo deskriptivno neeksperimentalno metodo raziskovanja. S tehniko anketiranja smo zbrali podatke, informacije o kariernih kompetencah posameznika.

#### 3.3 Vzorec

K sodelovanju v raziskavi smo povabili študente Fakultete za zdravstveno nego Novo mesto, ki so v študijskem letu 2014/15 vpisani v redno obliko programa zdravstvena nega. Anketni vprašalnik je pravilno izpolnilo 60 anketirancev, od tega 7 moških in 53

žensk. 12 jih je vpisanih v 1. letnik, 16 v 2. letnik, 20 v 3. letnik in 12 je absolventov. Njihova povprečna starost je 21,1 let.

### 3.4 Potek zbiranja podatkov

Zbiranje podatkov je potekalo prvi in drugi teden oktobra 2014 z anonimnim spletnim vprašalnikom. Anketiranci so izbrani namensko, in sicer vsi študenti Fakultete za zdravstveno nego Novo mesto, ki so v študijskem letu 2014/15 vpisani v redno obliko študijskega programa zdravstvena nega.

### 3.5 Opis merskih instrumentov

Z anketnim vprašalnikom smo zbrali naslednje podatke: demografski podatki, informacije o prepoznavnosti pojma kariera, informacije o kariernih kompetencah »vedeti zakaj«, informacije o kariernih kompetencah »vedeti kako« in informacije o kariernih kompetencah »vedeti komu«. Vprašanja so bila zgrajena po modelu lestvice stališč Likertovega tipa, stopnje lestvice so bile razporejene od 0 do 4 ter razvrščene po pomembnosti.

## 4 Rezultati

V prvem sklopu vprašanj smo preverjali prepoznavnost pojma kariera, koliko študenti sploh načrtujejo svojo kariero, pa tudi, ali se zavedajo odgovornosti za lasten karierni razvoj. Posamezne trditve so ocenjevali na lestvici od 0 (se ne strinjam) do 4 (popolnoma se strinjam). Na podlagi rezultatov lahko rečemo, da se zavedajo lastne odgovornosti za razvoj svoje kariere ( $\bar{x} = 4,6$ ;  $\sigma = 0,57$ ), pojem kariera poznajo ( $\bar{x} = 4,6$ ;  $\sigma = 0,55$ ) in razmišljajo o svoji karieri in kariernih ciljih ( $\bar{x} = 4,7$ ;  $\sigma = 0,6$ ). Diplomirati nameravajo v predvidenem roku ( $\bar{x} = 4,6$ ;  $\sigma = 0,67$ ). Prav tako so se za realizacijo kariernih ciljev pripravljali dodatno izobraževati ( $\bar{x} = 4,6$ ;  $\sigma = 0,59$ ), pri načrtovanju kariere pa želijo imeti aktivno vlogo v sodelovanju z delodajalcem ( $\bar{x} = 4,4$ ;  $\sigma = 0,66$ ). Nekoliko slabše, a vseeno dobro ocenjujejo, da imajo potrebno znanje za uspešno načrtovanje kariere ( $\bar{x} = 3,8$ ;  $\sigma = 0,75$ ), kariero pa skrbno načrtujejo ( $\bar{x} = 3,8$ ;  $\sigma = 0,9$ ). Pri tem približno enak delež študentov razmišlja o zaposlitvi na točno določenem delovnem mestu oz. področju ( $\bar{x} = 3,6$ ;  $\sigma = 1,18$ ), ali pa si puščajo več možnih poti v nadaljnji karieri ( $\bar{x} = 3,6$ ;  $\sigma = 1,05$ ). Še vedno se pogosto strinjajo s trditvijo, da bo za njihovo kariero odgovorna organizacija, kjer bodo zaposleni ( $\bar{x} = 2,8$ ;  $\sigma = 1,09$ ). Med letniki ni večjih odstopanj pri razmišljanju o karieri.

Na podlagi predstavljene teorije in koncepta inteligentne kariere, ki govori o treh vsebinskih sklopih kariernih kompetenc, ki so nujne za posameznika in njegovo uspešno vodenje in upravljanje kariere, smo za posamezen vsebinski sklop pripravili nabor kompetenc. Z oceno od 0 do 4 so ocenili, koliko je posamezna kompetenca zastopana pri njih, pri čemer 0 pomeni, da te kompetence nimajo, 1 da imajo kompetenco slabo razvito, 2 da imajo to kompetenco srednje razvito, s 3 so ocenili dobro razvito kompetenco in s 4 zelo dobro razvito kompetenco. V nadaljevanju so anketiranci morali

izbrati še 3 njim najbolj pomembne kompetence znotraj posameznega sklopa ter jih razvrstili po pomembnosti.

Odgovori anketirancev nam sporočajo, da je bil nabor kompetenc »vedeti zakaj« na splošno dobro prepoznan. Anketiranci namreč ugotavljajo, da imajo te kompetence dobro ali zelo dobro razvite. Med zelo dobro razvite kompetence se uvrščajo pozitiven odnos do dela in z njim povezanih izzivov ( $\bar{x} = 4,6$ ;  $\sigma = 0,53$ ); stopnja odgovornosti pri svojem delu, pripravljenost za inovacije in tveganja ( $\bar{x} = 4,4$ ;  $\sigma = 0,67$ ) in sposobnost postavljanja ciljev za osebni razvoj ( $\bar{x} = 4,2$ ;  $\sigma = 0,7$ ). Kot tri ključne kompetence iz nabora kompetenc »vedeti zakaj« so na prvo mesto uvrstili kompetenco poznavanje svojih izkušenj, spretnosti, prednosti in slabosti ter njihov vpliv na karierno pot, na drugo mesto pa pozitiven odnos do dela in z njim povezanih izzivov ter poznavanje svojih vrednot, motivov in potreb ter njihov vpliv na karierno pot. Prepoznamo lahko razkorak med razvitimi in zanje ključnimi kompetencami.

Nabor kompetenc »vedeti kako« je bil že malo slabše ocenjen, večino kompetenc so sicer prepoznali kot dobro razvite, med zelo dobro razvite pa so uvrstili kompetenco razumevanje, kako učni dosežki in življenjske izkušnje vplivajo na zaposlitvene priložnosti ( $\bar{x} = 4,3$ ;  $\sigma = 0,73$ ) in kompetenco postavitev kratkoročnih in dolgoročnih načrtov za doseganje kariernih ciljev preko primernih izobraževalnih vsebin in usposabljanja ( $\bar{x} = 4$ ;  $\sigma = 0,72$ ). Na zadnje mesto so uvrstili kompetenco poznavanje informacij o načrtovanju kariere, samoocenjevanju, poklicu, organizacijski strukturi in pričakovanjih delodajalca ( $\bar{x} = 3,5$ ;  $\sigma = 0,79$ ). Tudi v tem sklopu so anketiranci izpostavili tri njim najbolj pomembne kompetence. Po njihovem mnenju so to: poznavanje informacij o načrtovanju kariere, samoocenjevanju, poklicu, organizacijski strukturi in pričakovanjih delodajalca, ki so jo drugače ocenili kot ne tako dobro razvito pri njih osebno, na drugem mestu je kompetenca postavitev kratkoročnih in dolgoročnih načrtov za doseg kariernih ciljev preko primernih izobraževalnih vsebin in usposabljanja, na tretje mesto pa se uvršča kompetenca razvoj individualnega kariernega načrtovanja, posodabljanje in prilagajanje kratkoročnih in dolgoročnih kariernih ciljev.

Iz seznama kompetenc »vedeti komu« so kot zelo dobro razvito anketiranci prepoznali kompetenco spretnost navezovanja in vzdrževanja dobrih medsebojnih odnosov ( $\bar{x} = 4,4$ ;  $\sigma = 0,63$ ), najslabše pa je razvita kompetenca sposobnost izgradnje medorganizacijskih mrež in timov ( $\bar{x} = 3,5$ ;  $\sigma = 0,93$ ). Kot tri ključne kompetence pa so prav tako izpostavili kompetenco spretnost navezovanja in vzdrževanja dobrih medsebojnih odnosov, kompetenco spretnost navezovanja stikov in oblikovanje socialne mreže prijateljev, kolegov in družine pri iskanju nove zaposlitve ter spretnost ustvarjanja in vzdrževanja socialnih mrež izven organizacije.

Za konec smo še preverili pravilnost njihove poklicne izbire. Polovica anketiranih (48 %) meni, da je njihova poklicna izbira popolnoma pravilna, 35 % študentov ocenjuje svojo poklicno izbiro kot razmeroma pravilno, 13 % (7) se jih ni moglo odločiti, 3 študenti pa menijo, da njihova poklicna izbira ni najbolj pravilna. Nihče ne misli, da njegova poklicna izbira sploh ni pravilna.

## 5 Razprava

Danes je načrtovanje kariere integralni del razvoja profesije, je del poklicnega in osebnega razvoja. S spreminjanjem razumevanja kariere se odgovornost za njen razvoj prenaša na posameznika, ki mora poskrbeti za razvoj lastnega življenjskega in poklicnega vzorca, torej za osebnostni in profesionalni razvoj. Z uspešno izbiro poklica predvidevamo, da bomo v njem lahko uresničili lastna pričakovanja in lastne vrednote. Zato je skrb zbujajoč podatek, da so med študenti zdravstvene nege tudi posamezniki, ki niso prepričani v pravilnost svoje izbire poklica. Namen prispevka ni iskati krivca za pravilne ali napačne odločitve o kariernih premikih, ampak opozoriti tako posameznike kot tudi zdravstvene inštitucije na pomen razvoja kariernih kompetenc, z naborom katerih se bo posameznik lažje in uspešneje odločal, načrtoval svojo karierno pot, si zastavil in uresničeval karierne cilje. Že na podlagi vzorca študentov zdravstvene nege, ki sicer na splošno ocenjujejo svoje karierne kompetence kot dobro razvite, so razvidne tendence po dodatnem razvoju posameznih kariernih kompetenc znotraj sklopov, pri čemer pa poudarjamo, da je med vsemi tremi vedenji tesna povezanost. Zato je pomembno, da se zavedamo medsebojnih vplivov in da razvoj in načrtovanje kariere poteka v dialogu med delovno organizacijo in posameznikom.

Odgovornosti za uspešen in učinkovit karierni menedžment in razvijanje kariernih kompetenc je torej tudi na strani organizacije, ki mora poskrbeti za sistematičen in načrtovan razvoj zaposlenih glede na potrebe delovnega mesta z izvajanjem sprotnega izobraževanja, izpopolnjevanja in usposabljanja vseh sodelavcev, za razvoj njihovih kompetenc, motiviranje, upravljanje njihove karierne poti, nagrajevanja, stimuliranja, usmerjanja, svetovanja, spodbujanja, za razvijanje njihovih potencialov, skratka, za doseganje odličnosti posameznika, delovnega mesta in organizacije. Premostitev ovir med obema poloma je ključ do uspeha; z nadgradnjo razvoja kadrovskih virov v zdravstvenih inštitucijah za zagotavljanje učinkovitosti organizacije ter kar najbolj zadovoljevati potrebe zaposlenih, pri čemer sta oba cilja vzajemna in medsebojno odvisna.

Rezultatov raziskave sicer ne moremo posploševati na širšo množico, zagotovo pa je naše priporočilo načrtno in sistematično spremljanje razvoja kariere medicinske sestre z vidika sodobnega razumevanja kariere, tudi z namenom miselnega preskoka s tradicionalnega na sodoben pogled na kariero, prevzemanjem odgovornosti za osebnostni in profesionalni razvoj in aktivno načrtovanje kariere, kar prispeva tudi k napredku in dvigu kakovosti zdravstvene nege.

## LITERATURA

1. Baruch, Y. (2006). Career development in organisations and beyond: Balancing tradicional and contemporary viewpoints. *Human Resource Management Review*, 16 (2), 125-138.
2. Brečko, D. (2006). Načrtovanje kariere kot dialog med organizacijo in posameznikom. Ljubljana: Planet GV.
3. Bukovec, N. (2008). Karierni razvoj medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Diplomsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru.

4. Cvetko, R. (2002). Razvijanje delovne kariere. Koper: Znanstveno-raziskovalno središče Republike Slovenije, Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
5. Greenhaus, J. H., Callanan, G. A. and Godshalk, V. A. (2009). Career management (4th ed.). Thousand Oaks: SAGE Publications.
6. Kralj, B., Rajkovič, V. in Kljajič-Borštnar, M. (2008). Vrednotenje dejavnikov razvoja kariere medicinskih sester in babic. *Organizacija*, 41 (1), 37-46.
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. in Gabrielčič, 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*. Zbornik prispevkov. Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
11. Parker, P. and Arthur, M. B. (2000). Careers, organizing and community. V: M. A. Peiperl, R. Arthur, et al. (ur.). *New Conceptions of Working Lives*. New York: Oxford University Press.
12. Poulsen, K. M. and Arthur, M. B. (2005). Intelligent career navigation. *T+D*, 59 (5), 77-79.
13. 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 in M. B. Kaučič (2004). *Jaz in moja kariera*. Zbornik predavanj z mednarodno udeležbo. Jesenice: Visoka šola za zdravstvo.
14. Ramšak-Pajk, J. in Rajkovič, R. (2004). Kariera medicinske sestre in samoevalvacijski model. *Obzornik zdravstvene nege*, 38 (1), 21-29.
15. Štular, S. (2008). Ali lahko v zdravstvu govorimo o kariernem razvoju zaposlenih? V B. Skela Savič, J. Ramšak Pajk in M. B. Kaučič, (2004). *Jaz in moja kariera: zbornik predavanj z mednarodno udeležbo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstvo.

# Timska obravnava stanovalcev v domovih za starejše na osnovi njihove biografije

UDK 364-783-053.9

**KLJUČNE BESEDE:** biografije, starejši ljudje, domovi za starejše, timsko delo, individualna obravnava

**POVZETEK** - Poznavanje biografije dementnih stanovalcev v domovih za starejše je nujno potrebno pri njihovi celostni obravnavi. Biografija stanovalca omogoča boljše prepoznavanje njegovih potreb in je temelj individualne obravnave s strani različnih profesij. Delo s stanovalci v domovih za starejše je na posameznih področjih še vedno usmerjeno v skupinske zaposlitvene aktivnosti, ki niso plod ugotovitev in raziskovanj, temveč so postale ustaljen način dela. Prepoznavanje potreb stanovalca s pomočjo njegove biografije pa nudi sodobno individualno obravnavo. Kvalitativna raziskava je bila podlaga za našo študijo, ki jo bomo predstavili kot primer dobrih izkušenj.

UDK 364-783-053.9

**KEY WORDS:** biography, elderly, residential care homes, team work, individual treatment

**ABSTRACT** - For a comprehensive treatment of residents with dementia in residential care homes it is extremely necessary to have the knowledge of their biographies. A resident's biography allows better recognition of his or her needs and is the foundation for individual treatment by various professions. Working with residential care home residents is in some areas still focused on group work activities that are not the result of observations and surveys, but of the established practice. Identifying the needs of residents with the help of their biography offers a modern individual treatment. Qualitative research, a combined case study was used, which we will demonstrate as an example of good practice.

## 1 Teoretična izhodišča

### 1.1 Domsko varstvo

Domovi za starejše ljudi se zelo spreminjajo, od hiralnic v zgodovini do domov 4. generacije, ki delujejo po principu gospodinjskih skupnosti. Imperl (2012) navaja, da bodo zaradi demografskih sprememb imeli domovi za starejše v prihodnosti pomembno vlogo pri oskrbi nege potrebnih in oseb z demenco. Vendar bodo zaradi naraščajočega števila dementnih oseb in težko negovalnih starejših ljudi, ki jih doma ne bo mogoče oskrbovati, konceptualne spremembe nujne.

Dementne osebe potrebujejo orientacijo in so se pri srednje razviti in napreduvali demenci še sposobni zgledovati po zdravih ljudeh – zlasti negovalcih (ibid.). V domovih, ki so veliki in ne delujejo v manjših skupinah oz. po konceptu gospodinjskih skupnosti, vidni stik z zaposlenimi ni vedno možen. Domovi 4. generacije prav z manjšimi skupinami, ki delujejo po principu domačnosti in normalizacije, omogočajo lažjo sledljivost ter stik med zaposlenimi in stanovalci. Imperl (2012) opisuje pomen gospodinje kot referenčne osebe, ki stanovalcem nudi oporo in občutek varnosti.

## 1.2 Demenca

Po 10. mednarodni klasifikaciji bolezni je demenca sindrom, ki ga povzroča možganska bolezen, običajno kronične ali napredujoče narave. Označuje jo skupek bolezenskih znakov – od motenj spomina do zmanjšane sposobnosti orientacije in razumevanja; osiromašeni so mišljenje, računske zmožnosti, učne sposobnosti, govorno izražanje in presoja. Upad omenjenih sposobnosti prizadene dnevne dejavnosti in opazno zmanjša sposobnosti za obvladovanje čustev, socialnega vedenja ter motivacije (Kogoj, 2009).

Pri dementnih osebah so najpogostejši vedenjski problemi (Zuidema, Koopmans in Verhey, 2007). V preteklosti so se za zdravljenje vedenjskih problemov uporabljala zdravila, zadnje smernice pa priporočajo nemedikamentozno terapijo kot prvo izbiro (McGiton, Lever, Mowat, Parnell, Perivolaris in Biscardi, 2007). Nemedikamentozno terapijo predstavljajo razne tehnike, kot so inovativna validacija, orientacija v realnost, terapija spominjanja, načela normalizacije idr. Pri tem je pomembno strokovno znanje, dobro poznavanje stanovalca in timska obravnava.

Avtorji Cohen – Mansfield, Jensen, Resnick in Norris (2012) so z raziskavo ugotovili vloge posameznih članov tima, ki so ga sestavljali zdravnik, psiholog in medicinske sestre. Izpostavili so pomen poznavanja vlog posameznih članov tima, kar omogoča plodno sodelovanje, s tem pa celostno obravnavo dementne osebe. Multidisciplinarno obravnavo take osebe in njenih svojcev naj bi vodila ena oseba. Grout (2014) opisuje idealen model zdravstvene in socialne oskrbe oseb z demenco in njihovih svojcev. Tega vidi v ključni osebi, ki povezuje in usmerja kompleksno zdravstveno in socialno oskrbo.

Za celostno obravnavo dementnega stanovalca je treba prepoznati stanovalčeve individualne potrebe, ki jih včasih stanovalci ne morejo in ne znajo izraziti. Pri celostni obravnavi nam veliko pomagata avtobiografija in biografija stanovalca.

## 1.3 Pomen avtobiografije in biografije

Zurbuchen (2006) pravi, da biografija pomeni življenje, na katerem vzponi in padci pustijo svoj pečat. V njej so korenine naše istovetnosti in samozavesti. Poznavanje biografije pomaga upoštevati osebo kot celoto in jo bolje razumeti. »Z avtobiografskimi zapisi se nam odpre osebni pogled na to, kako posamezni ljudje doživljajo in osmišljajo določena stanja, situacije, statuse, in zlasti to, kako se z njimi spopadajo« (Urek, 2005, str. 26). Avtobiografije in biografije so izredno pomembne za poznavanje življenja stanovalca. Urek (2005) navaja, da biografija omogoči novo interpretacijo prekinitev in pomaga povezati preteklost in prihodnost, vzpostaviti nepretrgano stanje med nekdanjim, pozabljenim in današnjim jazom, tj. pomaga potisniti življenje s točke, kjer se je ustavilo.

Zbiranje biografskih podatkov tehnično in vsebinsko zajema posamezna življenjska obdobja, kot so otroštvo, mladost in odraslost, skupaj z obdobjem po 65. letu, s prostorom za aktualno fotografijo in tudi tisto iz preteklosti (Maurer, 2002 in Bartholomeyczik, 2006, v Kobentar, 2010).

Zurbuchen (2006, v Kobentar, 2010) pravi, da biografska metoda spodbuja ljudi, da govorijo o svojem življenju in tako izražajo samopotrjevanje. Izpolnjevanje biografije izboljša in zahteva sočuten odnos med stanovalci in svojci.

Stanovalci z napredovalo demenco večkrat niso sposobni narediti avtobiografije. Vlogo avtobiografije takrat lahko nadomestimo z biografijo, ki jo prispevajo njihovi ožji svojci.

## 2 Metoda

Uporabili smo kvalitativni pristop, kombinirano študijo primera, ki jo predstavlja biografija stanovalke z demenco. Biografija, ki jo je napisal njen sin, je bila sestavljena februarja 2014. Osnova zanjo je bilo štiriindvajset vprašanj, na katera je stanovalkin sin opisno odgovarjal. Vprašanja so se navezovala na njen življenjski tok pred boleznijo. Pri oblikovanju vprašanj smo upoštevali strokovno literaturo, ki se nanaša na bio-psiho-socialno obravnavo osebe z demenco.

Pred objavo biografije smo pridobili pisno privolitev stanovalkinega svojca.

## 3 Študija primera

### *Biografija stanovalke z demenco*

Ime in priimek vašega svojca: mama X. Y.

Datum rojstva: XX. XX. 1936

Kraj rojstva : XXXXXX

Število bratov, sester: Dva brata. Brat 1 je bil zobozdravnik in je že pokojni. Brat 2 pa je še živeči duhovnik.

Kraj, kjer je preživela otroštvo: XXXXXX

Zgodba iz otroštva (opišite zgodbo, ki jo je rada pripovedovala):

V zadnjem času zgodbe iz časa med drugo svetovno vojno, ko je hodila v osnovno šolo in pomagala učiteljici pri prevodih iz nemščine v slovenščino, kjer je bila nepogrešljiva.

Poroka, s kom:

Pri 21 letih z X. Y., ki pa se je pred 35 leti končala z ločitvijo. X. Y. je lani preminil.

Imena otrok/vnukov: 11 vnukov. XXXXXXXXXXXX

Zaposlitev:

Izšolala se je za šiviljo, prvih 15 let je delala v Gorenjskih oblačilih, kjer je šivala konfekcijo, nato je 15 let delala v pralnici, kjer je šivala po meri, zadnjih 10 let pa je zaradi zdravstvenih in osebnih težav do upokojitve delala v pralnici hotela kot perica.

Vzporedno je popoldne opravljala domačo dopolnilno dejavnost kot šivilja (njen bivši mož je bil krojač in do ločitve sta delala skupaj).

Hobiji (kaj je rada počela):

Šivanje (zase in za druge) in vzporedno spremljanje mode, nakupovanje, ličenje in urejanje frizure, zelo rada je hodila na morje in se sončila, nekaj časa je pela v pevskem zboru, v zadnjih letih pa je rada delala na vrtu in pometala dvorišče.

V mladosti je bila tipična ženska, rada urejena in modna. Kasneje je vse podredila otrokom in svoji bolezn-statusu. Danes ničesar od zgoraj omenjenega ne zmore več sama (!).

Ali je bila rada v družbi?

V mladosti je rada plesala in pela, bila je zelo družabna. Ko so otroci odšli od doma, je bila zelo osamljena in se počutila nekoristno, saj se je vse do tega trenutka okrog nje vrtelo polno ljudi. Za preživetje sebe in otrok je dodatno šivala popoldne in se tako družila s strankami.

Ali je ekstrovertirana ali introvertirana oseba ?

Nič izrazitega. Se je znala prilagoditi in preživeti v še tako težki situaciji.

Kako je reagirala v situacijah (strah, jeza)?

V mladih letih je bila trmasta. V kasnejših letih se je v stresnih situacijah pogovarjala sama s seboj in še danes zelo nejasno izraža svoje želje in potrebe (pričakuje, da bereš med vrsticami). Nasprotovala je vsemu novemu, čeprav je hitro sprejela/se navadila dobrega, novega.

V fazi demence, zadnjih par let, je manj trmasta, veliko bolj strpna in razumevajoča. Strahu in jeze je imela v vsakodnevem življenju veliko. Do ločitve je življenje delila z nasilnim možem (tudi nezdravljenim alkoholikom), po ločitvi pa sta (do njegove smrti lani) stanovala v isti hiši in je strah pred njim še vedno dnevno doživljala. V zadnjih 30 letih je bila z bivšim možem v več sodnih sporih, ki pa jih je (zaradi svojega karakterja in bolezni) po večini izgubila.

Ali je verna?

Starši in okolica so bili zelo verni, bila je versko vzgojena in tudi želi biti cerkveno pokopana. Verjame v katoliško cerkev, čeprav le občasno hodi k maši. Brata duhovnika spoštuje.

Najljubša hrana in pijača in česa ne mara:

Je vse. Rada ima čokolado. Pije vse. Rada pa piije tudi kak viski, liker ali kozarec vina.

Kakšne navade in razvade ima?

Nakupovanje na razprodajah, kasneje preko kataloške prodaje. Obiski pri frizerju. Modno oblačenje in urejanje, čeprav tega zadnje čase ne zmore več sama.

Ali ima rada živali?

Ja. Ne bi pa skrbela zanje.

Česa ne mara?

Nikoli se ni ukvarjala s športom. Ne mara žensk - konkurentk, ki niso po »njeni meri«. Težko prenaša krivice. Z nastopom demence je bolj tolerantna.

Stvari, ki ji nekaj pomenijo (navezanost):

Navezana je na spomin na svoje starše in oba brata (vse je zelo spoštovala).

Po 50. letu starosti je prijateljela z g. X., njuno prijateljstvo pa je po 10 letih ugasnilo. Po ločitvi je bila dolgo navezana na svojega sina 1, zadnjih 15 let pa je navezana na sina 2 in njegove otroke ter vnuke.

Ali je imela kakšno prav posebno željo/katero?

V mladosti se je želela izobraževati in študirati. Ker zanjo ni bilo denarja in je bila najmlajša, je postala le šivilja (brata sta se šolala).

Pomembna življenjska prelomnica :

Smrt mame in očeta, odhod najstarejše hčerke od doma, varanje njenega moža, njen duševni zlom pred ločitvijo in diagnoza paranoide shizofrenije. 10-letno zdravljenje v Begunjah na Gorenjskem, potem pa ponovno življenje v izolaciji, stigmatizirano in osamljeno.

Kateri praznik ji je najpomembnejši?

Božič in velika noč. Tudi obletnice rojstnih dni.

Zelo rada tudi obdaruje ob teh priložnostih in za Miklavža (vendar danes nakupa daril ne zmore več sama).

Kakšno zvrst glasbe rada posluša? Katera pesem ji je najljubša?

Slovenske popevke in narodno zabavna glasba, tudi zborovsko petje. Zelo rada poje/posluša slovenske čustvene pesmi, ki jih jemlje zelo čustveno in včasih tudi joka ob njih. Glasbo ima nasploh zelo rada (petje in instrumente).

Ostalo:

Prehojena pot je polna prelomnic, vendar je na svoj način kljubovala vsemu. Svoje zadnje bolezni, začetka demence, se močno zaveda in počasi sprejema ponujeno pomoč. Značajsko se je spremenila in postala bolj razumevajoča in umirjena. Če ne bi imela še nepojasnjenih vrtoglavic, bi lahko bila bolj koristna zase.

Izpolnil in dopolnil: sin 2 – materin pooblaščenec

## 4 Razprava

Biografija stanovalca omogoča vpogled v njegovo življenje in s tem boljše poznavanje. Pomembno je, da biografijo pozna tim, ki obravnava stanovalca. Informacije, ki jih pridobimo s pomočjo biografije, pripomorejo k načrtovanju nege in oskrbe. Z organizacijo aktivnosti, ki jih je stanovalec izvajal pred prihodom v dom, lahko stanovalca zaposlimo in mu s tem damo občutek koristnosti in vrednosti. Poznavanje hobijev, navad in razvad pripomore k preusmeritvi misli ob nastanku vedenjskih težav.

Odnos osebjja je s tem osredotočen na stanovalca kot človeka, kar vidijo in občutijo tudi njegovi svojci. Stanovalca z demenco na ta način približamo osebjju in svojcem. Zaradi pridobljenih informacij in znanja se pri vedenjskih težavah situaciji ne izogame, ampak konstruktivno sodelujejo. Za obravnavo starejših ljudi z demenco je pomembno sodelovanje med svojci, stanovalci in osebjem doma. Za uspešno obravnavo dementnih stanovalcev je predpogoj razumevanje dinamičnosti teh odnosov (Kellett, 2007). Avtorji Kellett, Moyle, McAllister, King in Gallagher (2010) navajajo, da je uporaba biografije eden izmed pristopov, ki to omogoča.

Biografski pristop vsebuje naslednje smotre: razumevanje stanovalca, pogled na diagnozo in razlago trenutnega vedenja, izboljšanje komunikacije in odnosov med osebjem, stanovalci in svojci (Kellett et al.). Moss in Bjorn (2006, v Kellett et al., 2010) navajata, da študije življenjskih zgodb obsegajo tri kategorije: tiste, ki izboljšajo samospoštovanje in samointegracijo, tiste, ki izboljšajo kvaliteto življenja, in tiste, ki spremenijo vedenje. Obravnava stanovalke z uporabo biografije je izboljšala kvaliteto njenega življenja v domu, preprečili smo vedenjske zaplete. Glavni cilj je prav zagotavljanje dobrega počutja in optimalne kvalitete življenja (Ettema, Droes, De Lange, Mellenbergh in Ribbe, 2005).

Biografijo stanovalke bi bilo smiselno dopolniti še z željami stanovalke glede nadaljnje obravnave ob poslabšanju bolezni. Željeno je, da osebe z demenco izrazijo svojo voljo in odločajo o nadaljnjem življenju ali »življenjskih željah«, predno izgubijo vso razsodnost (Woods in Pratt, 2005).

## 5 Zaključek

V obravnavo stanovalcev z demenco se vključuje multidisciplinarni tim. Poznavanje biografije je pomembno za učinkovito delovanje multidisciplinarnega tima in za celostno obravnavo stanovalcev z demenco. Biografija služi načrtovanju zdravstvene nege in oskrbe ter socialni in psihološki podpori stanovalca. Poznavanje biografije stanovalcev pripomore k večjemu povezovanju stanovalcev, svojcev in osebjja ter k medsebojnemu spoštovanju. Vse to prepreči marsikateri zaplet, ki nastane zaradi vedenjskih sprememb.

Zaradi vsega opisanega delo z dementnimi zahteva strokovno osebo s pokončno etično držo in skrbnim varovanjem njihovih osebnih podatkov.

## LITERATURA

1. Cohen-Mansfield, J., Jensen, B., Resnick, B. and Norris, M. (2012). Assessment and treatment of behavior problems in dementia in nursing home residents: a comparison of the approaches of physicians, psychologists, and nurse practitioners. *International journal of geriatric psychiatry*, 27, 135-145.
2. Ettema, T. P., Droes, R. M., De Lange, J., Mellenbergh, G. J. and Ribbe, M. W. (2005). A review of quality of life instruments used in dementia. *Quality of Life Research* 14, 675-686.

3. Grout, G. (2014). Tackling dementia: a new approach. *British Journal of Community Nursing*, 19, 298-299.
4. Imperl, F. (2012). Kakovost oskrbe starejših – izziv za prihodnost. Logatec: Firis Imperl & Co.: Seniorprojekt.
5. Kellett, U., Moyle, W., McAllister, M., King, C. and Gallagher, F. (2010). Life stories and biography: a means of connecting family and staff to people with dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1707-1715. Pridobljeno 10. 10. 2014, s <http://baze.vszn-je.si:2752/ehost/detail/detail?vid=26&sid=194edec4-59b9-44df-a680-ddab023c9580%40sessionmgr4004&hid=4101&bdata=Jmxhbm9c2wmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=c8h&AN=2010658731>.
6. Kobentar, R. (2010). Modeli obravnave oseb z demenco v domovih starejših občanov. Doktorska disertacija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.
7. Kogoj, A. (2009). Demenca in parkinsonizem. V V. Vodusek (ur.). Podpora in izobraževanje starejših bolnikov z nevrodegenerativnimi motnjami možganov in njihovih svojcev (10-11). Ljubljana: Spominčica, Trepetlika.
8. McGilton, K. S., Lever, J. A., Mowat, J., Parnell, L., Perivolaris, A. and Biscardi, M. (2007). Guideline recommendations to improve dementia care. *Alzheimer's Care Quart* 8, 109-115.
9. Urek, M. (2005). Zgodbe na delu: pripovedovanje, zapisovanje in poročanje v socialnem delu. Ljubljana: Založba cf.
10. Woods, B. and Pratt, R. (2005). Awareness in dementia: ethical and legal issues in relation to people with dementia. *Aging and Mental Health*, 9 (5), 423-429.
11. Zuidema, S., Koopmans, R. and Verhey, F. (2007). Prevalence and predictors of neuropsychiatric symptoms in cognitively impaired nursing home patients. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 20, 41-49.

# Medgeneracijsko sodelovanje na področju računalništva

UDK 316.4.051.63:004

**KLJUČNE BESEDE:** medgeneracijsko sodelovanje, stanovalci, računalništvo, domovi za ostarele

**POVZETEK** - V teoretičnem delu je v prispevku opisano sodelovanje na področju računalništva med različnimi generacijami, izpostavljeni pa so tudi pozitivni učinki takšnega sodelovanja. Uporabili smo anketni vprašalnik, ki so ga izpolnili stanovalci Doma ob Savinji Celje (13 anket) in direktorji domov po Sloveniji (20 anket). Rezultati so pokazali, da so se stanovalci v 46 % iz lastnega veselja udeležili krožka, 54 % udeležencev ni imelo nobenega predhodnega znanja s področja računalništva, 77 % jih ocenjuje, da so zelo dobro sodelovali s predavatelji in 61 % jih želi še nadgradnjo obstoječega znanja. To dejavnost ima 65 % domov po Sloveniji in so jo uvedli na pobudo direktorja (30 %) in zaradi želje kontaktirati z zunanjim svetom (40 %). V 15 % jo izvajajo kar njihovi zaposleni. V domovih za starejše obstaja še posebno velika potreba po načrtnem medgeneracijskem povezovanju in učenju. Zaposleni zaradi delovnih obveznosti hitijo mimo stanovalcev, mladih pa je v tem svetu malo. Ob tem je dom pravzaprav prostor, kjer je na enem mestu nakopičenih mnogo raznovrstnih in dragocenih življenjskih izkušenj, ki največkrat ostajajo neizkoriščene.

UDC 316.4.051.63:004

**KEY WORDS:** intergenerational cooperation, resident, computer science, residential care homes

**ABSTRACT** - The theoretical part of the article describes cooperation in the field of computer literacy among different generations, including the positive effects of such cooperation. For our research we used questionnaires that were answered by the residential care home residents at Dom ob Savinji Celje (13 surveys) and by the directors of residential care homes in Slovenia (20 surveys). The results showed that the 46 % of residents attended a club because of cheerfulness, 54 % of participants had no prior knowledge of computer science, 77 % estimated that they had very good cooperation with lecturers and 61 % of them want to improve their knowledge even further. The activity is held by 65 % of residential care homes around Slovenia; to 30 % it was introduced by the initiative of the director and to 40 % it was organised due to residents' demand to have contact with the outside world. The activity is mainly performed by the resident care home employees (15 %). There is also a particularly strong need for the systematic intergenerational integration and learning. Due to their work, the employees just pass the residents by, nevertheless, young people are not very common in the mentioned environment. Although the residential care home is a place filled with diverse and valuable life experiences, they unfortunately remain unexploited in most cases.

## 1 Uvod

Po merilih OZN je domsko varstvo namenjeno kakim 5 % populacije nad 65 let (Pečjak, 2007, str. 172). Čeprav pri nas institucionalna skrb za starejše prevladuje, jih je v domovih le nekaj manj kot 5 %, vsi ostali pa so doma (Mali, 2009, str. 249). V domovih za starejše torej živi relativno malo starejših ljudi. To pa nikakor ni razlog, da ne bi razmišljali o tem, kako kakovostno preživljajo svojo starost ljudje v teh institucijah.

Domovi za starejše so se do današnjih časov bistveno spremenili. Danes so to sodobne in lepe stavbe. Večinoma so bili na novo zgrajeni ali temeljito obnovljeni v zadnjih

dveh desetletjih in so zelo veliki, saj je v povprečju v enem nastanjenih čez 200 varovancev (Ramovš, 2003, str. 313).

Danes obstaja več različnih definicij medgeneracijskih programov. Ena izmed splošno sprejetih definicij je, da so kot »socialno kolesje, ki ustvarja smiselno in trajajočo izmenjavo virov in učenja med starejšimi in mlajšimi generacijami« (Kaplan, 2002, str. 306).

Sanchez in Diaz (2009, str. 7) menita, da ta opredelitev zajema vse tri elemente, ki po njunem mnenju običajno veljajo kot pogoj, da lahko govorimo o medgeneracijskem programu, in to so organiziranost, trajanje in cilji.

Med raznovrstnimi programi medgeneracijskega sodelovanja v domovih poteka tudi računalniška dejavnost (v nadaljevanju računalniški krožek), kjer se stanovalci lahko naučijo osnov računalništva in so tako preko spleta povezani z zunanjim okoljem.

V Domu ob Savinji Celje poteka veliko različnih oblik prostovoljstva oz. sodelovanja med starejšo in mlajšo generacijo. Ena od takšnih oblik medgeneracijskega sodelovanja poteka tudi na področju računalniške dejavnosti. Dom sodeluje z II. osnovno šolo Celje, od koder prihajajo učenci prostovoljci. Pobudo za takšno obliko sodelovanja je dal učenec te šole pred 8 leti in od takrat ta dejavnost poteka permanentno vsako leto. Odvija se v petek popoldne med 14. in 15. uro v večnamenskem prostoru doma.

## 2 Metodologija

### 2.1 Namen in cilj raziskave

Prvi namen prispevka je bil ugotoviti, zakaj so se stanovalci odločili za računalniško dejavnost, ali so imeli pred tem kaj znanja s tega področja in kje so ga pridobili, od koga so izvedeli za to dejavnost, kdaj je ta dejavnost potekala in kdaj se njim zdi najboljši čas izvedbe te dejavnosti, kakšno je njihovo sodelovanje z učenci/dijaki, ali bi želeli obstoječe znanje s tega področja še nadgraditi in ali imajo možnost dostopa do računalnika oz. če bi ga želeli imeti v svoji sobi. Drugi namen pa je bil ugotoviti, v katerih domovih po Sloveniji že imajo uvedeno računalniško dejavnost in če jo bodo tam, kjer le-ta še ne poteka, sedaj uvedli.

Cilj prispevka pa je predstaviti dijakom in širši okolici pomen medgeneracijskega sodelovanja po domovih za starejše na področju računalniške dejavnosti.

### 2.2 Hipoteze

Pred izdelavo anketnega vprašalnika smo si postavili 4 hipoteze, in sicer:

*H1:* Več kot polovica stanovalcev Doma ob Savinji Celje se je odločila za računalniško dejavnost zaradi sodelovanja z zunanjim svetom.

*H2:* Več kot četrtina anketiranih stanovalcev bi si želela nadgradnjo obstoječega znanja.

*H3:* Več kot polovica sodelujočih domov ima že uvedeno računalniško dejavnost.

*H4:* V več kot četrtini domov, ki sedaj nimajo te dejavnosti, bodo razmislili o takšnem medgeneracijskem sodelovanju.

### 2.3 Vzorec

Osnova za obdelavo podatkov je bilo 33 anketnih vprašalnikov, ki so jih izpolnili udeleženci računalniškega krožka v Domu ob Savinji Celje (13 anketnih vprašalnikov) in direktorji različnih domov upokojencev po Sloveniji (20 anketnih vprašalnikov). Anketiranje udeležencev računalniškega krožka v Domu ob Savinji Celje je potekalo osebno v času od 16. do 24. 12. 2011. Anketiranje direktorjev različnih domov upokojencev po Sloveniji pa je potekalo preko spleta decembra 2011 in januarja 2012.

## 3 Rezultati

Prva ciljna skupina ljudi so bili udeleženci računalniškega krožka v Domu ob Savinji Celje, ki so se te dejavnosti udeleževali vsaj eno leto, odkar dejavnost v domu poteka.

Največ stanovalcev, skoraj polovica, se je odločilo za računalniško dejavnost zaradi veselja do tega (46 %), 38 % pa jih je pod drugo napisalo, da so se tečaja računalništva udeležili iz radovednosti, zaradi družbe, razširitve svojega obzorja, nekatere pa so povabile medicinske sestre. 8 % se je te dejavnosti udeležilo zaradi obilice prostega časa in 8 % zaradi povezave z zunanjim svetom, zato prva hipoteza ni potrjena.

Največ stanovalcev, tj. 54 %, ni imelo čisto nič predhodnega znanja s področja računalništva, 46 % pa jih je povedalo, da so imeli že prej precej znanja s tega področja.

Največ anketiranih stanovalcev je predhodno znanje pridobilo na raznih tečajih ali pa so bili samouki. Le 15 % stanovalcev je znanje s področja računalništva pridobilo v šoli.

46 % stanovalcev so s to dejavnostjo seznanili zaposleni v domu, pod drugo pa so napisali, da so za izvajanje računalništva izvedeli na recepciji, v študijski knjižnici in da je bilo objavljeno v domu.

Večini stanovalcev, tj. 85 %, je čas izvedbe te dejavnosti primeren, le 15 % stanovalcev je odgovorilo, da je neprimeren.

Največ stanovalcev si želi, da bi se ta dejavnost odvijala popoldne v drugem terminu kot do sedaj. Pod drugo pa so napisali, da jim je vseeno, kdaj bi ta dejavnost potekala, ali pa da bi potekala popoldne po 15. uri.

85 % stanovalcev bi svetovalo, da bi se tudi drugi udeležili te dejavnosti. Pod drugo pa so navedli, da bi to svetovali tistim, ki imajo računalnik.

Večina stanovalcev, tj. 61 %, bi si želela nadgradnjo obstoječega znanja, 31 % pa svojega znanja ne bi želela nadgraditi, zato je druga hipoteza potrjena.

62 % stanovalcev nima možnosti dostopa do računalnika tam, kjer stanujejo. 69 % stanovalcev bi si želelo imeti računalnik v sobi, ostali pa ne.

Druga ciljna skupina pa so bili direktorji domov upokojencev po Sloveniji. V 65 % sodelujočih domov po Sloveniji imajo stanovalci organizirano računalniško dejavnost, v njej pa sodeluje od 5 do 28 članov, zato je tretja hipoteza potrjena. Ta dejavnost poteka v domovih od pol leta do 5 let.

V domovih, kjer imajo računalniško dejavnost, jo opravljajo v 25 % zaposleni v domu. Pod drugo so napisali, da to dejavnost največkrat opravljajo prostovoljci, 30 % domov pa te dejavnosti nima.

30 % domov se je za računalniško dejavnost odločilo na pobudo direktorja. Pod drugo pa so napisali, da je bil to timski dogovor.

40 % domov se je odločilo za računalniško dejavnost zato, da bi se stanovalci naučili kontaktirati z zunanjim svetom, samo 10 % stanovalcev je samih želelo imeti to dejavnost v njihovem domu. Pod drugo pa so napisali, da so to dejavnost uvedli zaradi dobrih izkušenj s tovrstno dejavnostjo drugod.

V polovici domov ta dejavnost poteka med tednom dopoldne. Pod drugo so napisali, da ta dejavnost glede na čas poteka po želji stanovalcev tudi ponoči v obliki videokonference, kjer sta se povezala dva domova in izmenjevala razne teme.

V 30 % domov imajo vsi stanovalci, ki se udeležujejo računalniškega krožka, možnost dostopa do računalnika, v 15 % domov pa imajo to možnost samo nekateri. Pod drugo pa so napisali, da tisti, ki želijo, imajo dostop do računalnika (ga imajo v sobi, preko info točke v knjižnici, v računalniškem kotičku ali na računalnikih, ki so namenjeni samo njim).

Od 6 domov, kjer ta dejavnost še ne poteka, jih 5 sedaj razmišlja o uvedbi računalniškega krožka, v enem pa so stanovalcem to dejavnost že ponudili, vendar ni bilo posebnega zanimanja. Zato je zadnja hipoteza potrjena.

## 4 Razprava

Pod vplivom sodobnih demografskih in družbenih sprememb postajajo medgeneracijski programi v svetu vse bolj pomembni, saj pomagajo krepiti stike, sodelovanje in sožitje med generacijami. Medgeneracijski programi se danes pojavljajo v raznih oblikah in v različnih institucijah, tudi v domovih za starejše.

V Domu ob Savinji Celje poteka veliko različnih oblik sodelovanja med starejšo in mlajšo generacijo. Ena izmed njih je tudi računalniško opismenjevanje, ki poteka v tem šolskem letu že 8. leto. Dom sodeluje z II. osnovno šolo Celje, od koder prihajajo učiti učenci prostovoljci.

Večina stanovalcev (46 %) se je računalniške dejavnosti udeležila zaradi veselja, nekateri pa so se je udeležili zaradi radovednosti, kaj jim bo prinesla, drugi pa so želeli priti le do novih spoznanj oz. obnoviti osnove iz računalništva, saj so se z njim srečali že v svoji službi. Takšnih je bilo več med moškimi (57 %), ki so povedali, da so imeli od prej že precej znanja. Največ so ga stanovalci pridobili na tečajih ali pa so bili samouki.

Da je sodelovanje med zaposlenimi in stanovalci v Domu ob Savinji Celje dobro, se vidi tudi po tem, kje so stanovalci dobili informacijo, da bo v domu potekala računalniška dejavnost. Največ (46 %) jih je odgovorilo, da so informacijo dobili v domu, nekateri so pod drugo natančno napisali, od koga so to izvedeli, in sicer na recepciji, ali pa so spremljali obvestila na oglasni tabli.

Večina (85 %) stanovalcev je bilo zadovoljnih s terminom izpeljave krožka. Ta dejavnost vsa leta v domu poteka ob petkih popoldne. Samo dva stanovalca sta napisala, da jima ta termin ni ustrežal. Tudi iz intervjuja z udeleženko tega krožka je razvidno, da ji ta termin ni ustrežal, ker je to čas počitka po kosilu, gospa pa sama ne more vstati, saj je na invalidskem vozičku. Stanovalca, ki sta bila nezadovoljna s terminom izpeljave krožka, bi rada, da bi se le-ta izvajal kasneje, po 15. uri, ker se do takrat lahko človek spočije po kosilu.

Možnost dostopa do računalnika ima samo 38 % stanovalcev v domu. Ker je bilo vprašanje široko zastavljeno, kje vse lahko pridejo do računalnika, ali imajo računalnik v sobi ali pa lahko do njega pridejo samo na računalniškem krožku, se nam zdi ta odstotek malo nizek. Ker je sedaj čas razvoja računalniške tehnologije, bi bilo pričakovati, da bi imeli stanovalci doma več lokacij dostopa do računalnikov.

Zanimivo je, da smo pri drugi vzorčni skupini dobili vrnjenih samo 20 izpolnjenih anketnih vprašalnikov, čeprav je domov v Sloveniji 96, kamor smo naslovili tudi vprašalnike. Dopuščamo možnost nesodelovanja z nami zaradi nepravilnih spletnih naslovov, preko katerih smo pošiljali vprašalnike, ter v zadnjem času vse pogostejšega anketiranja preko spleta, za kar direktorjem domov pri obilici drugega dela zmanjkuje časa za izpolnjevanje anketnih vprašalnikov.

Pozitiven je podatek, da ima računalniško dejavnost uvedenih že 65 % domov, ki so sodelovali v anketi. En direktor doma pa je napisal, da so to dejavnost že imeli v njihovem domu, vendar pa so jo ukinili zaradi nezainteresiranosti njihovih stanovalcev. Sodelujoči domovi imajo to dejavnost vpeljšano največ 5 let. Če to primerjamo z Domom ob Savinji Celje, je le-ta rekorder, saj dejavnost pri njih poteka že osmo leto. Glede na število članov je udeležba različna in v enem od domov, kjer je število udeležencev največje, znaša 28. Pri večini drugih domov je število udeležencev bistveno manjše in povprečno znaša do 10 stanovalcev, nekateri domovi pa to dejavnost izvajajo individualno, saj računalniški krožek obiskuje samo en stanovalec. Seveda je to z vidika časovne izvedbe te dejavnosti zelo dobro, saj se lahko »učitelj« prilagodi stanovalcu v zelo velikem odstotku.

Za razliko od Doma ob Savinji Celje, kjer ta dejavnost poteka popoldne, jo ima večina domov organizirano v dopoldanskem času. Svoje stanovalce o izvedbi obveščajo osebno ali pa preko oglasov v domu.

Zelo razveseljav pa je podatek, da bodo v vseh domovih, kjer ta dejavnost še ne poteka, sedaj razmislili o takšnem načinu medgeneracijskega sodelovanja.

## 5 Zaključek

Današnja družba postaja vse bolj »siva« in demografska slika kaže, da bo 21. stoletje stoletje starih ljudi. V neuravnoteženih razmerah, ki nas čakajo v naslednjih desetletjih, bo prav medgeneracijsko sožitje pogoj za preživetje družbe. Zato moramo graditi dobre medsebojne odnose med generacijami in ponovno razmisliti o našem odnosu do starosti in staranja.

Danes se že veliko govori o tem, kaj moramo in česa ne moremo narediti zaradi staranja prebivalstva. Programi in aktivnosti, ki povezujejo različne generacije, predstavljajo dobro pot za kvalitetnejše življenje v tretjem življenjskem obdobju. Ustvarjajo priložnosti za izmenjavo znanja in izkušenj med generacijami, ki je v današnjih družbenih razmerah nujno potrebna tako za mlade kot za starejše. Starejši ljudje težko dohajajo hitre spremembe na tehnološkem in družbenem področju, stik z mladimi pa jim omogoča, da sledijo sodobnim družbenim tokovom. Mlajši rodovi na drugi strani izgubljajo čut za zgodovino in s tem tudi istovetnost. Družba, ki zanemara preteklost, tvega, da bo ponovila napake.

Medgeneracijsko učenje pa omogoča tudi premagovanje starostnih stereotipov in spodbuja sodelovanje ter medsebojno pomoč med generacijami. Zato ni presenetljivo, da lahko danes v svetu zasledimo naraščanje števila medgeneracijskih iniciativ. Tudi domovi za starejše so storili korak k temu. Toda potenciali za medgeneracijsko učenje v domovih za starejše kot tudi v širši družbi so še veliki in v precejšnji meri še neizrabljeni. Kaže, da smo šele na začetku poti. Pomembno je spoznanje, da človeštvo ne more biti brez starih ljudi, kot ne more biti drevo brez korenin. Zato moramo narediti vse, kar lahko, da ostanejo starejši čim bolj čili in zdravi, mladi pa pri tem bolj dovtetni za težave, ki pestijo starejšo generacijo. Če bomo poslušali drug drugega in se drug od drugega učili, bomo v medgeneracijskem sodelovanju naredili največ.

## LITERATURA

1. Kaplan, M. S. (2002). Intergenerational programs in schools: considerations of form and function. *Intergenerational Review of Education*, 48 (5), 306.
2. Mali, J. (2009). Medgeneracijska solidarnost v obstoječih oblikah skrbi za stare ljudi. V V. Tašner (ur.). *Brez spopada: kultur, spolov, generacij* (244-256). Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
3. Pečjak, V. (2007). *Psihologija staranja*. Bled: Samozaložba.
4. Ramovš, J. (2003). *Kakovostna starost: socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka, 313, 416.
5. Sanchez, M. and Diaz, P. (2009). Components of an intergenerational programme. V *Intergenerational Programmes Evaluation*, 7.

## Poznavanje društva Hospic

UDK 616-036.8+364

KLJUČNE BESEDE: Hospic, prostovoljci, umiranje, smrt

**POVZETEK** - Namen prispevka je bil ugotoviti, koliko je slovensko društvo Hospic poznano med dijaki, zdravstvenimi delavci in med naključno izbranimi ljudmi. Cilj raziskovalne naloge pa je bil, da dijake in širšo javnost osvestimo o pomenu društva Hospic. Osnova za obdelavo podatkov je bilo 257 izpolnjenih anketnih vprašalnikov. 125 so jih izpolnili dijaki Srednje zdravstvene šole Celje, 107 zdravstveni delavci v domovih upokojencev in 25 je bilonaključno izbranih ljudi. Rezultati so pokazali, da se 46 % dijakov, 58 % zdravstvenih delavcev in 44 % naključno izbranih ljudi doma ne pogovarja o smrti ter da se umiranja in smrti boji povprečno 16 % anketirancev. 59 % dijakov, 74 % zdravstvenih delavcev in 44 % naključno izbranih meni, da bi bilo dobro, če bi pridobili še več informacij na temo umiranja. Slovensko društvo Hospic pozna 38 % dijakov, 89 % zdravstvenih delavcev in 48 % naključno izbranih, ki so za to društvo izvedeli večinoma preko časopisa, revij in brošur. K društvu bi pristopilo kot prostovoljci samo 18 % dijakov, 16 % zdravstvenih delavcev in 8 % naključno izbranih. Za boljše prepoznavnost društva med ljudmi bo treba še veliko narediti.

UDK 616-036.8+364

KEY WORDS: Hospic, a volunteer, dying, death

**ABSTRACT** - The purpose of the research entitled Understanding Hospic Society was to find out how the Slovenia's palliative care society Hospic is known among students, health professionals and among randomly selected people. The aim of the research was that students and general public become aware of the importance of the society. The basis for data processing have been 257 questionnaires, which were filled in by 125 students of Secondary School for Nurses Celje, 107 health workers in residential care homes and 25 randomly selected people. The results showed that 46 % of students, 58 % of health workers and 44 % of randomly selected people do not talk about death at home, and on average 16 % respondents are afraid of dying and death. 59 % students, 74 % health workers and 44 % randomly selected people think that it would be useful if people could be provided with more information about death. Slovenian society Hospic is known by 38 % of students, 89 % of health workers and 48 % of randomly selected people, who heard about it mainly from newspapers, magazines and brochures. Only 18 % of students, 16 % of health workers and 8 % of the randomly selected people would join the Hospic society as a volunteer. A lot will still have to be done for a better recognition of the Hospic society.

### 1 Uvod

Mnogo je vprašanj v življenju in na mnoga od njih je težko najti prave odgovore. Vprašanja se kar vrstijo eno za drugim in vsako od njih rojeva še več vprašanj in odgovorov, ki izgublajo svojo težo in moč. Njihovo vzajemno odkrivanje prinaša prazen prostor brez misli, ki pušča človeka samega pred vrati prihodnosti. Hrepenenje in radovednost nas silita, ne da bi se tega prav zavedali, v ubadanje z njim (Žnidaršič, 2006, str. 9).

Šele ko se s smrtjo srečamo od blizu, ko se dotakne naših prstov, začenjamo razumeti življenje. Začenjamo ceniti to, da je vse spremenljivo – vsaka misel, vsak odnos, vsaka ljubezen pride in mine. Ta izkušnja nam prinese sposobnost popuščanja, odpuščanja in nas vzpodbuja k dobroti. Čeprav se zdi čudno, je res, da nas razmišljanje o smrti naredi prijaznejše do soljudi (Ostaseski, 2004, str. 8).

Čas umiranja je za mnoge svojce in prijatelje čas krize, strahu in negotovosti, kajti vsak človek se približuje svoji smrti na njemu povsem lasten način, in tako v svojem umiranju izraža svojo enkratnost. Smrt je tako edinstvena, kot je edinstven vsak človek. Pot umiranja je za vsakega človeka zelo različna. Važno je, da umirajočemu pustimo čas, ki ga potrebuje, da gre po svoji lastni poti umiranja (Klevišar, 2001, str. 1).

Beseda hospic izvira iz latinščine – hospitium iz hospes gost in pomeni gostišče s prenočišči za tujce, npr. na alpskih prelazih (Tavzes, 2002, str. 473).

Po svetu je bilo ustanovljenih že veliko društev Hospica in njihovih podružnic, v Sloveniji pa tega še niso bili večši, oziroma je komaj kdo poznal kakšno tako društvo. In prva, ki se je poglobila v delo Hospica v Sloveniji, je bila gospa dr. Metka Klevišar. Ta onkologinja in radioterapevtka je s somišljeniki junija leta 1995 v Ljubljani ustanovila Slovensko društvo Hospic. Iz skupine za spremljanje hudo bolnih in umirajočih je kmalu zraslo društvo s podpornim članstvom po vsej Sloveniji. Številna predavanja Metke Klevišar na temo odnosa do smrti in umiranja ter kasneje šolanja prostovoljcev drugod po Sloveniji so dala osnovo za delovanje društva na širšem slovenskem področju. S širjenjem ideje prve tovrstne dejavnosti so se ustanovili novi območni odbori in povečala se je dostopnost tovrstne obravnave ljudem, ki jo potrebujejo (Žargi, 2005, str. 10).

## 2 Metode

### 2.1 Namen in cilj raziskave

Namen raziskave je bil ugotoviti, koliko je Slovensko društvo Hospic poznano med dijaki Srednje zdravstvene šole Celje, zdravstvenimi delavci po različnih domovih upokojencev v celjski regiji in med naključno izbranimi ljudmi. Cilj raziskave pa je bil, da dijake in širšo javnost osvestimo o pomenu tega društva.

### 2.2 Hipoteze

Preden smo sestavili anketni vprašalnik, smo postavili štiri hipoteze, in sicer:

*H1:* Več kot četrtina dijakov, zdravstvenih delavcev in naključno izbranih se doma pogovarja o smrti.

*H2:* Več kot polovica dijakov, zdravstvenih delavcev in naključno izbranih se umiranja in smrti boji.

*H3:* Več kot četrtina dijakov, zdravstvenih delavcev in naključno izbranih pozna društvo Hospic.

*H4:* Več kot četrtina dijakov, zdravstvenih delavcev in naključno izbranih bi pristopilo v društvo Hospic kot prostovoljec.

### 2.3 Vzorec

V raziskavi je sodelovalo 125 dijakov Srednje zdravstvene šole Celje (v nadaljevanju dijaki), 107 zdravstvenih delavcev v domovih upokojencev (v nadaljevanju ZD) in 25 naključno izbranih ljudi v zdravstvenem domu Šentjur in na ulici (v nadaljevanju NI).

### 3 Rezultati

Pogosto se o smrti doma največkrat pogovarjajo zdravstveni delavci (25 %), najmanj pa dijaki (13 %). Da se o smrti doma pogovarjajo, vendar redko, so največkrat odgovorili dijaki (41 %), najmanjkrat pa zdravstveni delavci (17 %). Prva hipoteza je zato potrjena.

Vsi anketirani ocenjujejo, da sta umiranje in smrt del naravnega ciklusa, tako so odgovorili dijaki v 67 %, zdravstveni delavci v 86 % in naključno izbrani ljudje v 64 %. Največ tistih, ki se bojijo umiranja in smrti, je med dijaki (22 %), najmanj pa pri zdravstvenih delavcih (12 %). Pod drugo so dijaki napisali, da jih to ne zanima. Ta hipoteza ni potrjena.

Ob umirajočem človeku je že bilo največ zdravstvenih delavcev (93 %), najmanj pa naključno izbranih (48 %).

Tisti anketirani, ki so že bili prisotni ob umirajočem človeku, so v največjem odstotku napisali, da jih je bilo strah (26 % zdravstvenih delavcev), da so umirajočega prijeli (41 % zdravstvenih delavcev) in da so bili zmedeni (24 % naključno izbranih).

Da bi bilo dobro, če bi pridobili še več informacij o umiranju, so največkrat menili zdravstveni delavci (74 %), najmanjkrat pa pri naključno izbrani (44 %). Prav tako jih je bilo največ (24 %) med naključno izbranimi, ki se do tega vprašanja niso mogli opredeliti.

Največ tistih, ki so menijo, da bi morali v srednješolski sistem vključiti vsebine s področja umiranja in smrti, je med zdravstvenimi delavci (84 %) in najmanj med dijaki (49 %). Tistih, ki se pri tem vprašanju niso mogli opredeliti, je največ med dijaki (25 %). Slovensko društvo Hospic pozna največ zdravstvenih delavcev (89 %), najmanj pa dijakov (38 %).

Dijaki so za društvo Hospic največkrat slišali preko časopisov in revij (6 %), zdravstveni delavci so za to društvo slišali prav tako največkrat preko časopisov in revij (39 %), naključno izbrani pa preko brošur (40 %). Tretja hipoteza je potrjena.

Da bi se ljudje z društvom Hospic še bolj seznanili, dijaki predlagajo, da bi vlogo posrednika prevzela televizija in radio (37 %) ter šola (32 %). Zdravstveni delavci predlagajo osveščanje o tem društvu preko izobraževanja (47 %), naključno izbrani pa prav tako preko televizije in radia (64 %). Pod drugo pa so napisali, da jih to ne zanima in da ničesar ne predlagajo.

Da bi kot svojec umirajočega poklicali in sodelovali z društvom Hospic, so največkrat odgovorili zdravstveni delavci (44 %), najmanjkrat pa naključno izbrani (12 %).

Največ tistih, ki bi bili pripravljeni poklicati in sodelovati s Hospicem, je med zdravstvenimi delavci 15 %, najmanj pa med naključno izbranimi 8 %. Največ tistih, ki o tem še niso razmišljali, je med zdravstvenimi delavci (37 %), najmanj pa med dijaki (31 %).

Največ (18 %) tistih, ki bi pristopili v društvo Hospic je med dijaki, najmanj (8 %) pa je med naključno izbranimi. Tistih, ki o tem še niso razmišljali, je največ med

zdravstvenimi delavci (41 %), najmanj pa med naključno izbranimi (20 %). Četrta hipoteza ni potrjena.

Da imamo v Ljubljani hišo Hospic je vedelo največ zdravstvenih delavcev (65 %), najmanj pa naključno izbranih (40 %).

## 4 Razprava

Čeprav je vsak človek unikat, nosi v sebi štiri temeljne duhovne potrebe, ki so skupne vsem ljudem. Te so biti ljubljen in ljubiti, biti razumljen in razumeti, biti izbran in izbirati in da ti je odpuščeno in odpustiti (Ahčin, 2009, str. 13). Da pa lahko zadovoljimo vse te potrebe v zadnjem stadiju bolezni, je velikokrat dobrodošlo društvo Hospic.

Hospic je društvo, ki se ukvarja z umirajočimi in njihovimi svojci. V Sloveniji deluje že 19 let. Društvo nudi oporo in pomoč vsem ljudem, ki to hočejo in želijo, in ne dela razlik v njihovi žalosti. Ker se ljudje v društvu ukvarjajo z umirajočimi, ne moremo mimo tega, da se moramo pogovarjati tudi o kvalitetnem življenju do smrti.

Smrt je v današnjem času še vedno tabu tema. Tabu je nekaj, o čemer se v družbi ne govori na glas ali pa se sploh ne govori. V vseh družbah in po vsem svetu pa to ni tabu tema. To nam pričajo naša literarna dela, običaji in ostanki obredij. Je smrt tabu tudi zaradi strahu pred neznanim? Ali lahko človek pričakuje kaj tudi onkraj življenja (Brumec, 2010, str. 5). Da je smrt še vedno tabu tema oz. da se o smrti doma nikoli ne pogovarjajo, je odgovorilo 46 % dijakov, 58 % zdravstvenih delavcev in 44 % naključno izbranih. Da se doma pogosto pogovarjajo o smrti, je odgovorilo 25 % zdravstvenih delavcev, ker se le-ti vsakodnevno srečujejo s smrtjo v domovih in svoje službene dogodke prenesejo tudi v družine. To je dobro, saj se na ta način njihovi otroci privajajo na to tematiko.

Večina anketiranih je že bila prisotna ob umirajočem človeku, vendar je na to vprašanje pritrdilno odgovorilo le 48 % naključno izbranih. Odstotek tistih dijakov, ki so že bili ob umirajočem človeku, se precej poveča v tretjem in četrtem letniku v primerjavi s prvim in drugim letnikom, saj dijaki v tretjem in četrtem letniku opravljajo praktični pouk in so tako v neposredni povezavi tudi s hudo bolnimi in umirajočimi. Ob umirajočem človeku pa je že bilo prisotnih kar 93 % zdravstvenih delavcev.

Da jih je bilo strah ob prvem stiku z umirajočim, je odgovorilo 6 % dijakov, 26 % zdravstvenih delavcev in 16 % naključno izbranih. Zanimivo pa je, da vsi anketiranci želijo pridobiti še več informacij na temo umiranja. Iz raziskave (Benkovič, 2011, str. 49-50) je bilo ugotovljeno, da je 28 % anketirancev (prostovoljcev) strahoma pristopilo k umirajočemu, 11 % jih je bilo zmedenih, 9 % s polno mero optimizma, 25 % so se takoj znašli in začeli pogovor z umirajočim in družino, v 27 % pa so pod drugo napisali, da so vstopili v svet neznanega, brez pričakovanj, navdihujoče, z odprtostjo, sočutjem, z bolečino in žalostjo, saj je šlo za osebo, ki je bila prostovoljki blizu.

Dobra polovica anketiranih meni, da bi bilo potrebno v srednješolski sistem vključiti vsebine s področja umiranja in smrti. Tako so zopet najpogosteje razmišljali zdra-

vstveni delavci (84 %), najmanj pa dijaki (49 %), čeprav te vsebine želi poslušati 55 % dijakov tretjega in četrtega letnika, 52 % dijakov prvega in le 30 % dijakov drugega letnika. Menimo, da je višji odstotek v tretjem in četrtem letniku ravno zato, ker se dijaki na praksi srečujejo s to tematiko. Da bi pridobili še več znanja in nasvetov, kako ravnati ob umirajočem in umrlem, pa nam lahko te informacije posreduje tudi Hospic oz. zaposleni v njem in njegovi prostovoljci.

Da je Slovensko društvo Hospic še precej nepoznano, se vidi iz anketnega vprašalnika, saj 38 % dijakov in 48 % naključno izbranih tega društva ne pozna. To društvo pa je zelo dobro znano med zdravstvenimi delavci, saj ga poznajo kar 89 %. Ta odstotek ni presenečenje, saj se ravno zdravstveni delavci pogosto srečujejo z umrlimi v domovih, zato se tudi Hospic povezuje z domovi, predvsem s tistimi v domovih, ki nimajo svojcev oz. če jih imajo, jih ti ne obiskujejo.

Anketirani predlagajo, da bi se ljudje še bolj seznanili z društvom Hospic preko televizije in radia, zdravstveni delavci pa preko izobraževanja (47 %).

Kot svojci umirajočega bi največkrat sodelovali s Hospicem zdravstveni delavci (44 %), saj imajo le-ti največ izkušenj z umiranjem, ter tudi svojci umirajočih, dijaki so na to vprašanje pritrdilno odgovorili v 17 %, naključno izbrani pa v 12 %.

Če bi bili anketiranci v fazi umiranja, bi se jih zelo malo odločilo, da bi poklicali Hospic. Največ med njimi bi bilo zdravstvenih delavcev (15 %). Za to bi se odločili, ker menijo, da bi jim društvo lahko pomagalo, da ne bi sami umrli. Tisti anketirani, ki so bili proti temu, so kot razlog navedli, da jih to ne zanima.

Vsako društvo dobro funkcioniра, če so med člani dobri medsebojni odnosi, če so vanj vključeni še prostovoljci, pa pomeni, da opravljajo plemenito delo. Anketiranci bi se včlanili v društvo Hospic kot prostovoljci pod 20 odstotki, dijaki v 15 %, zdravstveni delavci v 16 % in naključno izbrani v 8 %. Iz raziskave (Benkovič, 2011, str. 43-44), ki je bila opravljena med prostovoljci Slovenskega društva Hospic, so ti kot prostovoljci v društvo pristopili v 28 % zaradi osebne rasti, 12 % zaradi notranjega klica in osebnega zadovoljstva, 17 % zaradi svojega poklica v zdravstvu in dela s hudo bolnimi, 17 % z željo po pomoči ljudem in dobrotelosti, 3 % zaradi lastne izkušnje in 12 % na predlog prijateljev ali članov Hospica.

Da društvo Hospic lahko deluje, so zelo pomembni prostovoljci. Prostovoljstvo je lepo poslanstvo, a se kljub temu le malo ljudi odloči za prostovoljstvo prav v Slovenskem društvu Hospic. Iz raziskave (Benkovič, 2011, str. 53) je razvidno, da so v tem društvu predvsem starejši ljudje, čeprav je tudi nekaj mladih prostovoljcev. Starost prostovoljcev je verjetno povezana z življenjskimi izkušnjami, ki jih vsak posameznik pridobi skozi svoje življenje. In starejši kot je človek, več izkušenj ima, prav tako se lažje spopada z večjimi težavami, v tem primeru z žalovanjem in smrtjo. Druga stvar je strah pred smrtjo, ki v mladosti bolj buri duhove, kot v starejši dobi, saj je starejša generacija, gledano na normalen cikel življenja, bližje smrti in se z njo lažje sprijazni.

## 5 Zaključek

Človeško življenje je razpeto med rojstvom in smrtjo, dvema dogodkoma, ki sta tudi njegov pogoj. Rojstvo je začetek in smrt njegov zaključek.

Človeško življenje je nedotakljivo (Ustava RS, 17. člen) in je najpomembnejša človekova pravica. Njegova nedotakljivost pomeni, da je absolutno zavarovano. Pravica do življenja pa je povezana tudi z vprašanjem začetka življenja (z oploditvijo jajčeca ali z rojstvom in s tem povezanim vprašanjem dopustnosti umetne prekinitve nosečnosti) in konca življenja (v povezavi s problemi presajanja človeških organov in dopustnostjo evtanazije).

V obeh primerih, v zvezi z rojstvom in smrtjo, pa je človek lahko izpostavljen neustreznemu ravnanju. Ker sta to še posebej občutljivi obdobji v smislu nemoči, nebogljenosti in odvisnosti, je določitev človekovega bistva kot zmožnost napredka k »bolj-šemu«, popolnejšemu bitju zelo pomembna (Bajec, 1994, str. 921). Ta pomembnost se nanaša na ugotovitve, da so človekove pravice in dostojanstvo človeškega bitja pogosto resno kršeni prav v zadnjem obdobju življenja (Trontelj, 2003, str. 175).

Slovensko društvo Hospic deluje že 19 let, a še vedno med ljudmi ni zadosti prepoznavno in sprejeto. Nekateri menijo, da je še premalo poznano v Sloveniji in da še potrebuje svoj čas za razvoj. Tako imamo na voljo vedno več seminarjev, predavanj zaposlenih v Hospicu in posredovanih izkušenj njihovih prostovoljcev. Izvajajo tudi šolanje prostovoljcev in posamezne delavnice za umirajoče ter njihove svojce. Dobrodošla je tudi samopromocija, tako izdajajo glasilo tri-do štirikrat v letu. Društvo se pogosto pojavlja tudi v medijih (TV in radio), na ta način jih ljudje hitreje prepoznajo in sprejmejo njihovo delo, ki je zlata vredno. Na različnih koncih Slovenije se še odpirajo območni odbori, tako da imajo ljudje, ki potrebujejo pomoč, možnost le-to poiskati v svojem ali bližnjem kraju. Iz pogovora z nekaterimi člani je razvidno, da Slovensko društvo Hospic in njegovi prostovoljci delajo dobro za slovensko družbo in se pri svojem delu čutijo uspešne.

Iz naše raziskave je razvidno, da Slovensko društvo Hospic pozna manj kot polovica anketiranih, izjema so zdravstveni delavci po domovih, saj društvo sodeluje z domovi upokojencev, zato 89 % anketiranih zdravstvenih delavcev pozna to društvo. Anketirani so zanj izvedeli največkrat preko brošur, časopisov in revij. Na tem področju lahko naredimo še veliko, saj promocija lahko poteka tudi v šoli, tako preko učnega programa, razrednih ur ali pa z direktnim sodelovanjem med šolo in Hospicem, tako kot imajo to že urejeno v Mariboru med Srednjo zdravstveno in kozmetično šolo ter Območnim odborom Hospic.

V društvu Hospic se ne pogovarjajo samo o smrti, kot je večinsko mišljenje ljudi, ampak o kvalitetnem življenju do smrti, da umirajoči ne bi preveč trpeli bolečin zaradi bolezni ter da jim ne bi na silo podaljševali bolezni. Zato je pomembno, da v prihodnje naredimo čim več, kolikor je v naši moči, za promocijo tega društva, saj smo spoznale, da društvo Hospic pomaga umirajočim in njihovim svojcem, da lažje prebolijo izgubo domačega.

Vsi se moramo zavedati, da bo za vsakega od nas prišel vsaj en trenutek, ko bomo koga izgubili in če bomo na to »pripravljeni« in če bomo vedeli, na koga se lahko v takšnih trenutkih obrnemo, nam bo to pomenilo veliko, hkrati pa bomo izgubo tudi lažje sprejeli.

## LITERATURA

1. Ahčin, J. (2009). Etične dileme v paliativni oskrbi. Glasilo slovenskega društva Hospic, 14 (1), 13.
2. Benkovič, K. (2011). Pomen in delovanje slovenskega društva Hospic (Diplomsko naloga). Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
3. Brumec, M. (2010). Zakaj tabu? Glasilo slovenskega društva Hospic, 15 (1), 5.
4. Klevišar, M. (2001). Hospic v Sloveniji. Glasilo slovenskega društva Hospic, 6 (2), 1, 4.
5. Ostaseski, F. (2004). Prijateljstvo s smrtjo ali kako postati sočuten spremljevalec. Ljubljana: Slovensko društvo Hospic.
6. Tavzes, M. (2002). Veliki slovar tujk. Ljubljana: Cankarjeva založba.
7. Trontelj, J. (2003). Bolnikove pravice v zadnjem obdobju življenja. V D. Klemenc et al. (ur.). Zdravstvena nega v luči etike (str. 175). Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
8. Ustava Republike Slovenije (2011). Uradni list Republike Slovenije, št. 26.
9. Žargi, T. (2005). Po poti Hospica od začetkov do danes. Glasilo slovenskega društva Hospic, 10 (1), 10.
10. Žnidaršič, B. (2006). Govorica življenja. Postojna: Samozaložba.

Andreja Černoga, mag. zdr. - soc. manag.  
dr. Mojca Zvezdana Dernovšek, dr. Boštjan Gomišček

## Dokumentiranje incidentov v psihiatrični zdravstveni negi

UDK 616.89-056.24

**KLJUČNE BESEDE:** incidenti, dokumentiranje, na-  
silje, zaposleni, psihiatrija, zdravstvena nega

**POVZETEK** - Z raziskavo smo želeli ugotoviti, ali v psihiatričnih bolnišnicah po Sloveniji dokumentirajo incidente, do katerih je prišlo zaradi nasilnega vedenja pacienta, in ali jih analizirajo. Kontinuirano spremljanje in analiziranje incidentov ob agresivnem vedenju v zdravstveni negi predstavlja ključni člen pri zagotavljanju in izboljševanju kakovosti dela, saj omogočata oblikovanje ukrepov in smernic za delo na področju preventive ter kakovostnega strokovnega delovanja ob nastopu takega dogodka. K raziskavi smo povabili vse psihiatrične ustanove v Sloveniji. Odzvale so se Psihiatrična bolnišnica Ormož, Psihiatrična bolnišnica Begunje, Psihiatrična bolnišnica Idrija in Psihiatrična bolnišnica Vojnik. Vzorec je zajel 157 zaposlenih v zdravstveni negi. V drugem delu raziskave smo uporabili poizvedovanje, opravili smo standardizirani intervju z vodji zdravstvene nege oziroma z zaposlenimi, odgovornimi za kakovost glede dokumentiranja incidentov v bolnišnici. Ugotovili smo, da zaposleni v zdravstveni negi v psihiatričnih bolnišnicah na sekundarni ravni dokumentirajo incidente, in sicer incidente analizirajo v Psihiatrični bolnišnici Begunje in Psihiatrični bolnišnici Ormož.

UDC 616.89-056.24

**KEY WORDS:** incident, recording, violence, employees, psychiatric health care

**ABSTRACT** - The research was aimed to find out whether psychiatric hospitals in Slovenia record incidents which occur due to the violent behaviour of patients and if these incidents are analysed. Continuous monitoring and analysing of incidents incurred by violent behaviour represent the key factor for ensuring and improving the quality of work in health care, since in this way measures and guidelines can be established to prevent and professionally act when an incident does occur. All psychiatric institutions in Slovenia have been invited to take part in this research. The following hospitals accepted our invitation: Psychiatric Hospital Ormož, Psychiatric Hospital Begunje, Psychiatric Hospital Idrija and Psychiatric Hospital Vojnik. The sample covered 157 employees in health care in the participating psychiatric hospitals. The survey was conducted between 12th February 2013 and 14th March 2013. The second part of the research included inquiries and standardized interviews with heads of health care and employees regarding the quality of recording incidents in their hospitals. It was found that health care employees in psychiatric hospitals in Slovenia at a secondary level do record incidents which occur due to the violent behaviour of patients. Such incidents are analysed in the Psychiatric Hospital Begunje and Psychiatric Hospital Ormož.

### 1 Teoretična izhodišča

Zaradi vse bolj osveščene javnosti je v družbi kakovost s strani uporabnikov vedno bolj zaželen, s strani plačnikov pričakovana in zahtevana, z vidika stroke pa nujna. V razmerah konkurenčnosti je dobro in kakovostno delo edino in najboljše zagotovilo za obstoj in razvoj vsake dejavnosti oziroma organizacije in njene prepoznavnosti (Koban, 2003, v Magerl, 2010). Primerno uveden in vzdrževan pristop menedžmenta kakovosti omogoča, da lahko organizacija na učinkovit in uspešen način obvladuje široko področje kakovosti na ravni celotne organizacije. Izredno pomembno je,

da kakovost ves čas obvladujemo, torej vodimo, merimo, nadziramo, nadgrajujemo, primerjamo in izboljšujemo (Gomišček, 2006).

Zagotavljanje in izboljševanje varnosti zdravstvene oskrbe pomeni preprečevanje varnostnih zapletov in ustrezno ravnanje, ko do njih pride. Pomembno je ukrepanje za zmanjševanje posledic in vzpostavljanje sistemskih rešitev za preprečevanje ponovitev neželenih dogodkov (Kramar, 2013). Spremljanje neželenih dogodkov pri pacientih predstavlja pomemben del zagotavljanja varnosti in kakovosti zdravstvene nege v času bolnišnične zdravstvene oskrbe (Koban, 2006). Kontinuirano spremljanje in analiziranje incidentov ob agresivnem vedenju v zdravstveni negi predstavljata ključni člen pri zagotavljanju in izboljševanju kakovosti dela, saj omogočata oblikovanje ukrepov in smernic za delo na področju preventive ter kakovostnega strokovnega delovanja ob nastopu takega dogodka. Rezultati pomembno pripomorejo k načrtovanju dela v prihodnje, saj nam pokažejo, kje so kritične točke dela, kaj je dobro in vredno pohvale in kje so potrebne izboljšave (Lapanja, 2010).

Po nasilnem dogodku je obvezen pogovor osebja o vzrokih, poteku, pravilnosti ukrepanja in posledicah incidenta ter periodična analiza incidentov in oblikovanje ukrepov za njihovo zmanjševanje (Lapanja in Mohar, 2006, v Vohar, 2011).

Dokumentiranje nasilnega vedenja psihiatričnega bolnika je ključno za preprečevanje nadaljnjega nasilnega vedenja v psihiatričnih bolnišnicah (Vohar, 2011).

Namen prispevka je obravnavati dokumentiranje incidentov v zdravstveni negi s področja mentalnega zdravja, do katerih pride zaradi nasilnega vedenja pacienta. Cilj prispevka je ugotoviti, ali zaposleni sploh dokumentirajo incidente na delovnem mestu in jih analizirajo.

### *1.1 Kazalniki kakovosti*

Kazalniki kakovosti so nepogrešljivo orodje za nenehno izboljševanje kakovosti (Simčič, 2013). Je merilno orodje, ki kaže na izide obravnave bolnikov in drugih uporabnikov in ga uporabljamo kot vodilo za spremljanje, ocenjevanje in izboljševanje kakovosti obravnave bolnikov, kliničnih storitev, podpornih dejavnosti in delovanja ustanove. Merjenje in poročanje kazalnikov kakovosti predstavlja izziv timom in zdravstvenim ustanovam za izboljšanje zdravstvene oskrbe, saj osebju in timom pokaže sliko njihovih procesov. Pove, ali je delovanje zdravstvene ustanove uspešno in kje so priložnosti za izboljšave (Robida, 2006, v Čelan Bricelj, 2007).

V Sloveniji zdravstvene ustanove merijo kakovost in varnost obravnave pacientov s kazalniki kakovosti, ki večinoma temeljijo na neželenih dogodkih. Terminologija pojava neželenih dogodkov v slovenski zdravstveni negi ni dorečena, zato se v klinični praksi srečujemo z različnimi izrazi, kot so incident v zdravstveni negi, incident pri pacientu, napake v zdravstveni negi, tveganja v zdravstveni negi, nesrečni slučaj, nesrečni dogodki v zdravstveni negi, poškodbe v zdravstveni negi, neugodni ali neljubi dogodki v zdravstveni negi. Če želimo pojasniti neželen dogodek v zdravstveni negi, bi lahko rekli, da je to vsak nepričakovan dogodek, ki je ali bi lahko v času zdravstvene oskrbe oziroma zdravstvene nege pacientu povzročil škodo in ni posledica narave njegove bolezni. Pogosto se v vsakdanji praksi za neželen dogodek v zdravstveni negi

napačno uporabljata pojma napaka ali strokovna napaka, kar povzroči napačno tolmačenje pojava neželenega dogodka, obtoževanje posameznikov ter neustrezno reševanje vzrokov in preprečevanje ponovnega pojava neželenega dogodka (Robida, 2004, v Koban, 2006).

Nezaželen dogodek, ki se je zgodil v delovnem procesu, pomeni motnjo v učinkovitosti in nezgodo, ki lahko prizadene delavce, sodelavce, paciente in okolje (Molan, 2002, v Velikanje in Čuk, 2010). Delavci v zdravstveni oskrbi in v zdravstveni negi imajo tudi pomanjkljivo znanje o kakovosti in o namenu spremljanja neželenih dogodkov. Izkušnje kažejo, da se zaposleni zaradi strahu pred ukrepi in posledicami neradi odločijo za evidentiranje dogodkov (Čuk, 2006; Čuk, 2008).

### *1.2 Dokumentiranje in analiziranje neželenih dogodkov*

Spremljanje in analiza neželenih dogodkov v dejavnosti zdravstvene nege sta pomembna kazalnika kakovosti, vendar je zbranih in dostopnih podatkov malo in v bolnišnicah jih je večina le za interno uporabo. Interni zapisi pa so pomanjkljivi in za analizo manj uporabni (Čuk, 2008).

Filipovič in Velikanje (2013) poročata, da je bilo v Psihiatrični bolnišnici Idrija 75 vseh evidentiranih neželenih dogodkov in incidentov v letu 2012. Največ evidentiranih neželenih dogodkov (25) je bilo zaradi nasilnega vedenja, usmerjenega v druge s strani pacienta. Poleg materialne škode (4), so bili v 9 primerih poškodovani zdravstveni tehniki in medicinske sestre, v 7 primerih so bili poškodovani pacienti ter v 5 primerih ostali zaposleni v bolnišnici. Po opisu dogodkov beležimo največ (15) fizične agresije, fizične in verbalne agresije skupaj (7) ter (samo) verbalne agresije (3).

V psihiatrični bolnišnici Ormož je bilo v letu 2010 dokumentiranih največ incidentov, od tega jih je bilo 11 (14,47 %) povzročenih s strani bolnikov in so vplivali na varnost zdravstvenega osebja. Največ anketiranih oseb (91,67 %) je navedlo, da se po nasilnem incidentu izpolni Obrazec o incidentu in o tem obvesti pristojne. Da se po nasilnem incidentu pogovorijo z osebjem o vzrokih, poteku, pravilnosti ukrepanja, posledicah incidenta in analizirajo nasilni incident ter oblikujejo ukrepe za zmanjšanje takšnih dogodkov, meni manj kot polovica anketiranih oseb, kar ni ravno spodbuden podatek, kajti Lapanja in Mohar, (2006, v Vohar, 2011) menita, da so to postopki, ki so obvezni po nasilnem incidentu. Več kot polovica zdravstvenega osebja ne poroča o nasilju, ki ga je deležno s strani psihiatričnih bolnikov, na nasilno vedenje bolnikov se posebej ne odziva, saj ga obravnavajo kot »del službe« (Vohar, 2011).

Potrebno je natančno dokumentirati vse postopke in bolnikovo vedenje ob nasilnem incidentu. Tako dobimo evidenco, ki nam koristi ob kasnejši obravnavi bolnika, pisni dokument pa je nujen tudi v primeru pravnih zapletov (Živič, 2000, v Vohar, 2011).

V Psihiatričnih bolnišnicah Vojnik in Ormož analizirajo naslednje kazalnike kakovosti: razjeda zaradi pritiska, padci pacientov, kolonizacija MRSA, učinkovitost dela v operacijskem bloku, drugi kazalniki – čakalna doba na CT, pooperativna trombembolija, poškodbe z ostrimi predmeti, nenamerna punkcija (Psihiatrična bolnišnica Vojnik in Psihiatrična bolnišnica Ormož, 2013).

Na osnovi analize neželenih dogodkov pri pacientih Kobanova (2006) ugotovlja, da se izvajalci zdravstvene nege, ki evidentirajo neželene dogodke, zavedajo možnosti ponovnega pojava neželenih dogodkov in njihovih posledic, o njih glasno spregovorijo in iščejo možnosti za njihovo preprečevanje pogosteje kot izvajalci zdravstvene nege, ki neželenih dogodkov še ne evidentirajo ali evidentirajo le nekatere. O pojavu neželenih dogodkov pri pacientih in izvedenih ukrepih za njihovo preprečevanje so obveščeni vsi izvajalci zdravstvene nege bolnišnice, s čimer skušajo vzpodbuditi tudi druge izvajalce zdravstvene nege za doslednejše evidentiranje in preprečevanje neželenih dogodkov pri pacientih. V evidentiranje in preprečevanje neželenih dogodkov se vsako leto vključuje večje število oddelkov in izvajalcev zdravstvene nege, število evidentiranih neželenih dogodkov se z vsakim letom povečuje, evidentirani neželeni dogodki se arhivirajo v dokumentaciji pacientov ali v dokumentaciji oddelka in služijo tudi morebitnemu poznejšemu reševanju pritožb pacientov in njihovih svojcev (Koban, 2006).

### *1.3 Izvajanje ukrepov*

Varnostni sistem za obvladovanje varnostnih zapletov je namenjen prepoznavanju, ugotavljanju in analiziranju teh dogodkov ter na osnovi tako pridobljenih spoznanj poučevanju zdravstvenih delavcev in predlaganju izboljšav, da se podobni zapleti ne bi ponavljali. Večina varnostnih zapletov je posledica okoliščin, ki jih omogoča sistem dela. Poudariti je treba, da obravnava varnostnih zapletov ni naravnana na vpletene osebe, pač pa na dogodke. Vprašanje varnosti in skrb za varno zdravstveno oskrbo je povsod po svetu prepoznano kot prioriteta sistemov zdravstvenega varstva (Mlakar in Pleterski Rigler, 2011, v Mlakar in Pleterski Rigler, 2012). Varnostni sistem omogoča poročanje o varnostnih zapletih, spremljanje obravnav (analiza) varnostnih zapletov, ugotavljanje vzrokov in posledic, spremljanje odpravljanja vzrokov in okoliščin, ki dopuščajo zaplet, ter odpravljanje osnovnih vzrokov in spremljajočih dejavnikov, zmanjševanje varnostnih zapletov na najmanjšo možno mero (Mlakar in Pleterski Rigler, 2012).

Sistematičen in učinkovit pristop spremljanja varnostnih zapletov je v bolnišnicah še redek, nacionalni sistem poročanja o opozorilnih znakih nevarnih dogodkov pa potrebuje dopolnitve. V Sloveniji je opazno tudi nizko število strokovnjakov s področja analize osnovnih vzrokov varnostnih zapletov in posledično večšin oblikovanja uspešnih ukrepov za preprečevanje njihovih ponovitev (Kiauta et al., 2010).

Zagotoviti je treba zanesljiv in učinkovit sistem, ki zagotavlja beleženje in analiziranje zapletov ter pripravo ukrepov za njihovo preprečevanje. Kultura varnosti temelji na učenju in ne na iskanju krivde in kaznovanju. Vzpostaviti moramo čim bolj varno, odprto in kakovostno okolje, v katerem bomo udeleženi zaposleni, pacienti, obiskovalci in drugi. Tako bomo uspešnejši, učinkovitejši, varnejši in predvsem bolj zadovoljni (Mlakar in Pleterski Rigler, 2012).

Cilj preventivnih in korektivnih ukrepov je odpravljanje ugotovljenih nepravilnosti ali okoliščin, ki so privedle do zapleta. Izobraževanja vseh zaposlenih se izvajajo na podlagi primerov. Ukrepe izdelava in predlaga skupina, ki je opravila analizo varnostne-

ga zapleta. V tromesečnem poročilu so zajeti vsi varnostni incidenti ter predlagani in realizirani korektivni in preventivni ukrepi. Na podlagi podatkov se pripravijo končna letna poročila (Mlakar in Pleterski Rigler, 2012).

## 2 Metodologija

### 2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V raziskavi smo uporabili opisno ali deskriptivno metodo dela. Za instrument raziskovanja smo uporabili kvalitativno tehniko zbiranja podatkov, to je anketni vprašalnik za zaposlene v zdravstveni negi s področja mentalnega zdravja. Za drugi del instrumentarija smo uporabili poizvedovanje, opravili smo standardizirani intervju o dokumentiranju incidentov z vodji zdravstvene nege oziroma z zaposlenimi s področja kakovosti v bolnišnici. To je služilo kot ocena stanja in interpretacija odgovorov iz anket.

### 2.2 Vzorec

Uporabili smo neslučajnostni namenski vzorec. K sodelovanju smo povabili vse psihiatrične ustanove v Sloveniji. Povabilu so se odzvale Psihiatrična bolnišnica Ormož, Psihiatrična bolnišnica Begunje, Psihiatrična bolnišnica Idrija in Psihiatrična bolnišnica Vojnik. Vzorec je zajel zaposlene v zdravstveni negi, to so srednje medicinske sestre ali zdravstveni tehniki in diplomirane medicinske sestre ali diplomirani zdravstveniki v psihiatričnih bolnišnicah na sekundarni ravni v Sloveniji.

### 2.3 Postopek zbiranja podatkov

Raziskava ni etično sporna. Zaposleni so prostovoljno sodelovali v anketiranju, ki je bilo anonimno, in sicer v obdobju od 12. 2. 2013 do 14. 3. 2013. Pridobljene podatke smo obdelali s pomočjo računalniškega programa Excel in statističnega paketa SPSS.

### 2.4 Hipoteze

Za namen raziskave smo postavili naslednje hipoteze:

*Hipoteza 1:* Zaposleni v zdravstveni negi s področja mentalnega zdravja dokumentirajo incidente, do katerih je prišlo zaradi nasilnega vedenja pacienta.

*Hipoteza 2:* Zaposleni v zdravstveni negi s področja mentalnega zdravja analizirajo incidente, do katerih je prišlo zaradi nasilnega vedenja pacienta.

## 3 Rezultati

Bolnišnice, ki so sodelovale v raziskavi, so bile Psihiatrična bolnišnica Ormož (PBO), Psihiatrična bolnišnica Begunje (PBB), Psihiatrična bolnišnica Idrija (PBI) in Psihiatrična bolnišnica Vojnik (PBV). Skupno je bilo razdeljenih 257 vprašalnikov. Pravilno izpolnjenih in vrnjenih jih je bilo 157, to je 63,23 %. Neveljavni so bili trije vrnjeni vprašalniki.

Pri preverjanju hipoteze 1: »Zaposleni v zdravstveni negi na področju mentalnega zdravja dokumentirajo incidente, do katerih je prišlo zaradi nasilnega vedenja pacienta«, smo najprej uporabili analizo povprečja. Zaposleni so svoje trditve ocenjevali na lestvici od 1 do 5, pri tem je ocena 1 pomenila nikoli, ocena 5 pa vedno. Povprečje bolnišnic je 3,93 in preseže vrednost 3,5. Ta vrednost je bila izbrana kot prag, ker predstavlja povprečno vrednost na lestvici od 1 do 5 in hkrati prehod iz odklonilnega stališča v nevtralni položaj ali odobravanje. Incidente najbolj vestno dokumentirajo v PBB (PV 4,92), na drugem mestu glede dokumentiranja sledi PBO (PV 4,77), nato PBV (PV 4,62) in PBI (PV 4,31). V vseh štirih psihiatričnih bolnišnicah so zaposleni menili, da dokumentirajo incidente, do katerih je prišlo zaradi nasilnega vedenja pacienta, saj so povprečja povsod visoko nad 4.

V nadaljevanju smo preučevali povezanost med spremenljivkama s testom hi-kvadrat. Le-ta (hi-kvadrat = 8,083;  $p > 0,05$ ) nam pokaže, da ne obstaja statistično značilna povezanost med bolnišnicami in dokumentiranjem incidentov na delovnem mestu. Uporabili smo tudi natančno statistično značilnost (ang. Exact Sig. (2-sided)), ki je primerna za manjše vzorce in primere, ko ni izpolnjena predpostavka, da naj bi v kontingenčni tabeli imelo manj kot 20 % teoretično frekvenco manj kot 5. Natančni test neodvisnosti je statistično neznačilen ( $p > 0,05$ ). Na osnovi rezultatov hi-kvadrata lahko ugotovimo, da ne obstaja statistično značilna povezanost med bolnišnicami in dokumentiranjem incidentov na delovnem mestu. Pri preučevanju statističnih razlik med povprečnimi vrednostmi vprašanja »Ocenite ali dokumentirate incidente na delovnem mestu?« smo vključili tudi enojno analizo variance (ANOVA) in ugotovili, da obstajajo statistično značilne razlike med bolnišnicami glede dokumentiranja incidentov na delovnem mestu ( $F = 7,508$ ;  $p < 0,05$ ).

S t-testom smo tudi preverili, če so posamezne vrednosti aritmetičnih sredin večje od vrednosti testne statistike (mejna vrednost 3,5). Povprečno vrednost (4,65), ki smo jo dobili na celotnem vzorcu zaposlenih v vseh štirih bolnišnicah, smo preverili s t-testom in dobili vrednost  $p < 0,05$  (tabela 1).

Tabela 1: T-test - vsi zaposleni

| <i>t</i> | <i>Stopnje prostosti (df)</i> | <i>Stopnja značilnosti (dvostranski preizkus)</i> | <i>Razlika med aritmetičnima sredinama</i> | <i>95% interval zaupanja</i> |                     |
|----------|-------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------|---------------------|
|          |                               |                                                   |                                            | <i>Spodnja meja</i>          | <i>Zgornja meja</i> |
| 21,862   | 156                           | 0,000                                             | 1,150                                      | 1,05                         | 1,25                |

Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

Ker so razlike med bolnišnicami statistično značilne, smo naredili t-test še za vsako psihiatrično bolnišnico posebej, kar je prikazano v naslednji tabeli. Z rezultati t-testa (one sample t-test) za vsako bolnišnico posebej lahko potrdimo, da zaposleni v zdravstveni negi s področja mentalnega zdravja v vseh štirih psihiatričnih bolnišnicah (tabela 2) dokumentirajo incidente, do katerih je prišlo zaradi nasilnega vedenja pacienta ( $p = 0,000 < 0,05$ ).

Hipotezo »Zaposleni v zdravstveni negi s področja mentalnega zdravja dokumentirajo incidente, do katerih je prišlo zaradi nasilnega vedenja pacienta« lahko potrdimo.

Tabela 2: T-test za posamezno bolnišnico

| Bolnišnica | <i>t</i> | Stopinje prostosti ( <i>df</i> ) | Stopnja značilnosti (dvostranski preizkus) | Razlika med aritmetičnima sredinama | 95% interval zaupanja |              |
|------------|----------|----------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|--------------|
|            |          |                                  |                                            |                                     | Spodnja meja          | Zgornja meja |
| PBB        | 24,415   | 37                               | 0,000                                      | 1,421                               | 1,30                  | 1,54         |
| PBO        | 17,087   | 47                               | 0,000                                      | 1,271                               | 1,12                  | 1,42         |
| PBI        | 6,629    | 44                               | 0,000                                      | 0,811                               | 0,56                  | 1,06         |
| PBV        | 8,157    | 25                               | 0,000                                      | 1,115                               | 0,83                  | 1,40         |

Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

Pri preverjanju hipoteze 2: »Zaposleni v zdravstveni negi s področja mentalnega zdravja analizirajo incidente, do katerih je prišlo zaradi nasilnega vedenja pacienta« smo dobili naslednje rezultate. Uporabili smo analizo povprečja. Najbolj dosledni z analiziranjem incidentov so v PBB (PV 4,05) in v PBO (PV 4,04), najmanj pa v PBI (PV 3,27). Bolnišnice PBB, PBO in PBV po mnenju anketirancev analizirajo incidente, do katerih je prišlo zaradi nasilnega vedenja pacienta, saj povprečna vrednost preseže vrednost 3,5. Ugotavljali smo tudi povezanost med spremenljivkama s testom hi-kvadrat in dobili rezultate (hi-kvadrat = 15,885;  $p < 0,05$ ), kar kaže, da obstaja statistično značilna povezanost med bolnišnicami in analiziranjem incidentov na delovnem mestu.

Pri testu hi-kvadrat smo uporabili tudi natančno statistično značilnost (ang. Exact Sig. (2-sided) in je statistično značilen ( $p < 0,05$ ). Na osnovi rezultatov hi-kvadrata lahko ugotovimo, da obstaja statistično značilna povezanost med bolnišnicami in analiziranjem incidentov na delovnem mestu. Pri preučevanju statističnih razlik med povprečnimi vrednostmi vprašanja »Ocenite, ali incidente na delovnem mestu analizirate, na primer na letni ravni?« smo vključili tudi analizo variance (ANOVA) in dobili rezultate, da obstajajo statistično značilne razlike med posameznimi bolnišnicami glede analiziranja incidentov na delovnem mestu ( $F = 3,904$ ;  $p < 0,05$ ).

S t-testom smo nato preverili, če so posamezne vrednosti aritmetičnih sredin večje od vrednosti testne statistike (mejna vrednost 3,5).

Tabela 3: T-test - vsi zaposleni

| <i>t</i> | Stopinje prostosti ( <i>df</i> ) | Stopnja značilnosti (dvostranski preizkus) | Razlika med aritmetičnima sredinama | 95% interval zaupanja |              |
|----------|----------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|--------------|
|          |                                  |                                            |                                     | Spodnja meja          | Zgornja meja |
| 2,274    | 156                              | 0,024                                      | 0,239                               | 0,03                  | 0,45         |

Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

Povprečno vrednost (3,74), ki smo jo prejeli na celotnem vzorcu, smo preverili s t-testom in dobili rezultat sig. = 0,024 (tabela 3). Ker so razlike med bolnišnicami statistično značilne, smo naredili t-test še za vsako bolnišnico posebej, kar je vidno v naslednji tabeli.

Glede na to, da s programom SPSS ne moremo izvesti enostranskega preizkusa, moramo dobljeno vrednost dvostranskega preizkusa deliti z 2. Z rezultati t-testa (one

sample) lahko za vsako bolnišnico posebej potrdimo, da zaposleni v zdravstveni negi na področju mentalnega zdravja v PBO in PBB (tabela 4) analizirajo incidente, do katerih je prišlo zaradi nasilnega vedenja pacienta ( $p < 0,05$ ), kar pa za zaposlene v PBI ( $p = 0,307 / 2 = 0,153$ ) in PBV ( $p = 0,893 / 2 = 0,446$ ) ne moremo trditi. Tako za PBI in PBV t-test ni bil statistično značilen. Zgoraj navedene ugotovitve lahko še dodatno podkrepimo z rezultati intervala zaupanja in tako ugotovimo, da razlika med aritmetičnima sredinama lahko zavzame tudi vrednost 0, kar potrjuje, da ni statistično značilne razlike med aritmetično sredino za PBI in PBV in testno statistiko.

Tabela 4: T-test za posamezno bolnišnico

| Bolnišnica | <i>t</i> | Stopinje prostosti ( <i>df</i> ) | Stopnja značilnosti (dvostranski preizkus) | Razlika med aritmetičnima sredinama | 95 % interval zaupanja |              |
|------------|----------|----------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|--------------|
|            |          |                                  |                                            |                                     | Spodnja meja           | Zgornja meja |
| PBO        | 3,324    | 47                               | 0,002                                      | 0,542                               | 0,21                   | 0,87         |
| PBB        | 3,366    | 37                               | 0,002                                      | 0,553                               | 0,22                   | 0,89         |
| PBI        | -1,034   | 44                               | 0,307                                      | -0,233                              | -0,69                  | 0,22         |
| PBV        | 0,135    | 25                               | 0,893                                      | 0,038                               | -0,55                  | 0,62         |

*Vir:* Anketni vprašalnik, 2013.

Hipoteze »Zaposleni v zdravstveni negi na področju mentalnega zdravja analizirajo incidente, do katerih je prišlo zaradi nasilnega vedenja pacienta« ne moremo v celoti potrditi. Delno jo lahko potrdimo za PBB in PBO.

### 3.1 Predstavitev rezultatov poizvedovanja

Opravili smo poizvedovanje, standardizirani intervju o dokumentiranju in analiziranju incidentov z vodji zdravstvene nege oziroma z zaposlenimi na področju kakovosti v bolnišnici. Ugotovili smo, da vsi dokumentirajo incidente na delovnem mestu in jih analizirajo na letni ravni. Na podlagi analiz izvajajo preventivne in korektivne ukrepe.

## 4 Razprava

Menimo, da se je povečalo število fizično napadenih zaposlenih s strani pacienta, ker zaposleni v zdravstveni negi na področju mentalnega zdravja čedalje pogosteje dokumentirajo incidente na delovnem mestu in poročajo o njih. Potrebno je spodbujanje zaposlenih, da se o fizični agresiji na oddelku pogovarjajo in da uradno poročajo o dogodkih. Z raziskavo smo ugotovili, da zaposleni v zdravstveni negi na področju mentalnega zdravja dokumentirajo incidente, do katerih je prišlo zaradi nasilnega vedenja pacientov. Povprečna vrednost dokumentiranja incidentov na delovnem mestu je 4,65 (73,9 % zaposlenih vedno dokumentira incidente). Da se je dokumentiranje incidentov povečalo, kaže tudi podatek v Vohar (2011), ko več kot polovica zaposlenih v Psihiatrični bolnišnici Ormož ni poročala o nasilju na delovnem mestu s strani psihiatričnih pacientov. Zdaj je povprečna vrednost poročanja oziroma dokumentiranja incidentov v tej ustanovi 4,77. Kobanova (2006) ob analizi neželenih dogodkov s

strani pacientov ugotovlja, da se izvajalci zdravstvene nege, ki evidentirajo neželene dogodke, zavedajo možnosti ponovnega pojava teh dogodkov in njihovih posledic, o njih glasno spregovorijo in iščejo možnosti za njihovo preprečevanje pogosteje, kot izvajalci zdravstvene nege, ki neželenih dogodkov še ne evidentirajo ali evidentirajo le nekatere. Deleži poročanja bi bili lahko višji, zaposleni bi lahko več poročali o incidentih in jih dokumentirali, a kot navaja Čukova (2006) se nekateri zaposleni zaradi strahu pred ukrepi in posledicami neradi odločajo za evidentiranje dogodkov. Strinjamo se z njenimi navedbami (Čuk, 2008), da je spremljanje in analiza neželenih dogodkov v zdravstveni negi pomemben kazalnik kakovosti, vendar je zbranih in dostopnih podatkov malo in bolnišnice jih večinoma imajo za interno uporabo, interni zapisi pa so pomanjkljivi in za analizo manj uporabni. S spletnih strani psihiatričnih bolnišnic je razvidno, da objavljajo le analizo drugih kazalnikov kakovosti, analize podatkov o incidentih pa ni zabeležene.

Psihiatrična bolnišnica Begunje in Psihiatrična bolnišnica Ormož analizirata incidente, do katerih je prišlo zaradi nasilnega vedenja pacienta, marljivo in najbolj vestno v Psihiatrični bolnišnici Begunje. Rezultati raziskave o analiziranju incidentov v Psihiatrični bolnišnici Idrija se ne skladajo s pridobljenimi podatki, saj Filipovič in Velikanje (2013) navajata analizo neželenih dogodkov v zdravstveni negi in oskrbi v letu 2012. Vzrok, zakaj je prišlo do razlik med odgovori in dejansko prakso, je lahko v neznanju zaposlenih in nespremljanju kazalnikov kakovosti. Menimo, da je naloga vodilnih poleg analiziranja incidentov tudi predstavitev rezultatov zaposlenim in potem še pogovor z njimi o predlaganih ukrepih oziroma izboljšavah, kot navajata tudi Mlakar in Pleterski Rigler (2012), s tem pa možnost za izboljšanje kakovosti. Incidente je treba obravnavati ter jih natančno in dosledno beležiti. Nujno je še naprej spremljati oddane obrazce o incidentih, če so pravilno in dosledno izpolnjeni, kajti nepravilno in površno izpolnjeni pri analizi ne prinesejo zanesljivih in točnih rezultatov, zato ni mogoče oblikovati učinkovitih ukrepov in smernic za preprečevanje nasilnih incidentov (Vorih, 2011).

## 5 Zaključek

Namen prispevka je bil preučiti dokumentiranje incidentov v zdravstveni negi na področju mentalnega zdravja. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, ali v psihiatričnih bolnišnicah v Sloveniji dokumentirajo incidente, do katerih je prišlo zaradi nasilnega vedenja pacienta, in ali incidente analizirajo.

K sodelovanju smo povabili vse psihiatrične bolnišnice v Sloveniji. Povabilu so se odzvale Psihiatrična bolnišnica Ormož, Psihiatrična bolnišnica Begunje, Psihiatrična bolnišnica Idrija in Psihiatrična bolnišnica Vojnik. Vzorec je zajel 157 zdravstvenih delavcev v sodelujočih psihiatričnih bolnišnicah, anketiranje se je izvajalo v obdobju od 12. 2. 2013 do 14. 3. 2013. V drugem delu raziskave smo uporabili poizvedovanje, opravili smo standardizirani intervju glede dokumentiranja incidentov z vodji zdravstvene nege oziroma z zaposlenimi na področju kakovosti v bolnišnici.

Z raziskavo med zaposlenimi v zdravstveni negi na področju mentalnega zdravja v slovenskih psihiatričnih bolnišnicah - na sekundarni ravni - smo prišli do rezultatov, da dokumentirajo incidente, do katerih je prišlo zaradi nasilnega vedenja pacienta. Incidente analizirajo v Psihiatrični bolnišnici Begunje in Psihiatrični bolnišnici Ormož.

Zaposlene je treba bolj spodbujati k dokumentiranju incidentov na delovnem mestu, njihovemu analiziranju mesečno, kvartalno in na letni ravni ter na podlagi analiz izvajati preventivne in korektivne ukrepe. H kakovostnejšemu zbiranju, analizi in interpretaciji podatkov na področju incidentov bi bilo smiselno za področje psihiatrije na nacionalni ravni poenotiti proces dokumentiranja.

Ker je bila raziskava narejena v zdravstveni negi na področju mentalnega zdravja na sekundarni ravni, predlagamo izvedbo raziskave na državni ravni, torej še vključitev Psihiatrične klinike Ljubljana-Polje in Psihiatričnega oddelka UKC Maribor, ki tokrat nista želela sodelovati. S takšno raziskavo bi dobili realnejši prikaz stanja na področju dokumentiranja in obravnave nasilnega vedenja pacientov v psihiatričnih bolnišnicah po Sloveniji.

## LITERATURA

1. Čelan Bricelj, S. (2007). Smernice za dvig kakovosti zdravstvene nege v Splošni bolnišnici dr. Jožeta Potrča Ptuj (Diplomska naloga). Kranj: Fakulteta za organizacijske vede Kranj.
2. Čuk, V. (2008). Zasnova obvladovanja neželenih dogodkov v procesu zdravstvene nege v psihiatričnih bolnišnicah (Magistrsko delo). Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede Kranj.
3. Filipovič, Z. in Velikanje, N. (2013). Analiza neželenih dogodkov v zdravstveni negi in oskrbi v letu 2012. Kazalnik kakovosti. Interno gradivo. Idrija: Psihiatrična bolnišnica Idrija.
4. Gomišček, B. (2006). Pristopi managementa kakovosti. V Plače v konkurenčnem okolju/XXI. Kranj: Društvo za vrednotenje dela, organizacijski in kadrovski razvoj.
5. Kiauta, M., Poldrugovac, M., Rems, M., Robida, A. in Simčič, B. (2010). Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2012-2015). Ljubljana: RS, Ministrstvo za zdravje.
6. Koban, B. (2006). Neželeni dogodki v zdravstveni negi in njihov vpliv na kakovost dela. V Raziskovanje, izobraževanje in razvoj v psihiatrični zdravstveni negi. Maribor: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji.
7. Kramar, Z. (2013). Kakovost, vodenje in varnost v zdravstveni negi: kaj lahko pokažemo v klinični praksi – primer Splošne bolnišnice Jesenice & Šola za klinične mentorje. V Sodobna zdravstvena nega ali znanja, ki jih potrebujejo klinični mentorji za profesionalni karierni razvoj: teoretični koncepti delovanja stroke, na dokazih podprto delovanje, kakovost in vodenje (str. 157). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
8. Lapanja, A. (2010). Varnost in rehabilitacijska zdravstvena nega. Zdravstvena nega agresivnega pacienta (str. 18-26). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti.
9. Magerl, J. (2010). Ocena kakovosti obravnave z vidika stanovalcev v Domu starejših občanov Tezno. V Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi – na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege (str. 479). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
10. Mlakar, J. in Pleterski Rigler, D. (2012). Sporočanje in obravnava nevarnih varnostnih zapletov v zdravstveni obravnavi pacienta v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana. V Trajnostni razvoj na področju kakovosti in varnosti; povezava med akreditacijo in varno ter kakovostno obravnavo pacientov (str. 52-54). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, Splošna bolnišnica Jesenice.

11. Psihiatrična bolnišnica Vojnik (2013). Kazalniki kakovosti. Kazalniki kakovosti za obdobje 1. 1. 2012 do 31. 3. 2012. Pridobljeno 20. 9. 2014, s [http://www.pb-vojniki.si/index.php?option=com\\_content&view=article&id=99:kazalniki-kakovosti&catid=39:informacije-javnega-znaaja&Itemid=107](http://www.pb-vojniki.si/index.php?option=com_content&view=article&id=99:kazalniki-kakovosti&catid=39:informacije-javnega-znaaja&Itemid=107).
12. Psihiatrična bolnišnica Ormož. Kazalniki kakovosti. Arhiv. Kazalniki kakovosti za leto 2012. Pridobljeno 20. 9. 2014, s <http://www.pb-ormoz.si/kakovost.php>.
13. Simčič, B. (2013). Kakovost in varnost sistema zdravstvenega varstva: pogled Ministrstva za zdravje. V *Sodobna zdravstvena nega ali znanja, ki jih potrebujemo klinični mentorji za profesionalni karierni razvoj: teoretični koncepti delovanja stroke, na dokazih podprto delovanje, kakovost in vodenje* (str. 101). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
14. Velikanje, N. in Čuk, V. (2010). Analiza neželenih dogodkov v Psihiatrični bolnišnici Idrija. V *Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi – na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege* (str. 277). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
15. Vohar, A. (2011). Ogroženost zdravstvenega osebja v psihiatrični bolnišnici (Diplomska naloga). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede.
16. Živič, Z. (2000). Zdravstvena nega bolnika z nasilnim vedenjem. Priročnik zdravstvene nege in psihiatrije. (str. 161-168). Ljubljana: Psihiatrična klinika.

# Primarno zdravstvo: preventivna dejavnost otrok in mladine v Sloveniji

UDK 614.2+616-07

**KLJUČNE BESEDE:** primarno zdravstvo, preventivni programi, predšolski otroci, šolski otroci, mladina

**POVZETEK** - Avtorici se v prispevku osredotočata na analizo preventivnih programov otrok in mladine iz naslova primarnega zdravstva. Primarna preventiva se ukvarja z zdravimi ljudmi in odkriva dejavnike tveganja, ki vplivajo na nastanek bolezni. V teoretičnem delu avtorici prikažeta, katere pravice, rešitve prinaša pravno-formalni okvir in katere dileme praksa na tem področju. V empiričnem delu pa s pomočjo podatkov Zdravstvenega statističnega letopisa analizirata preventivne preglede predšolskih in šolskih otrok ter mladine v zadnjih petih letih in primerjata zdravstveno stanje otrok, ugotovljeno na preventivnih pregledih. Ugotavljata, da so preventivne storitve sicer sestavni del obveznega zdravstvenega zavarovanja, vendar v smislu, da je bolje preprečevati kot zdraviti, zato je pomembno ozaveščati in učiti otroke in mladino o zdravih temeljih življenja vsakega posameznika. Za doseganje tega cilja pa je potrebno sodelovanje med institucijami, kot so vrtci, šole, zdravstveni domovi, knjižnice, športni centri, društva, lokalna skupnost idr.

UDC 614.2+616-07

**KEY WORDS:** primary health care, prevention programmes, preschool children, school children and youth

**ABSTRACT** - Authors in this paper focus on the analysis of prevention programmes for children and youth from the primary health care. Primary prevention deals with healthy people and detects risk factors, which influence the formation of the disease. In the theoretical part, the authors show which rights, solutions come from formal legal framework and which are the dilemmas in this area's practice. In the empirical part, with the help of the data from Health Statistical Yearbook, the authors analyse preventive medical examinations of preschool and school children and youth in the last five years and compare children's health condition assessed on preventive medical examinations. They note that preventive services are an integral part of the compulsory health insurance, but in the sense that "prevention is better than cure", it is important to raise awareness and teach children and youth about healthy life foundations of each individual. The achievement of this goal requires cooperation between institutions such as kindergartens, schools, medical centres, libraries, sports centres, different associations, local community and others.

## 1 Uvod

Državljeni Republike Slovenije imamo v okviru javnega zdravstva zagotovljeno vso zdravstveno in strokovno pomoč, ki jo potrebujemo in jo bolj ali manj, nekateri več drugi manj, tudi koristimo. Zdravje je namreč ena od temeljnih pravic vsakega posameznika, je individualna in družbena vrednota. Zdravje in promocija zdravega življenja postaja vse bolj pomembno področje, kajti kakovost življenja vsakega izmed nas je najprej odvisna od zdravja. Ko govorimo o zdravju posameznika, pa moramo imeti v mislih pravno-formalni okvir delovanja oz. izvajanja zdravstvene dejavnosti, v našem primeru skrbi za zdravje otrok in mladine v Sloveniji. Avtorici v prispevku predstavljata področje preventivne zdravstvene dejavnosti za otroke in mladino v Sloveniji s pravno-formalnega vidika in s pomočjo podatkov Zdravstvenega statističnega letopisa analizirata preventivne preglede predšolskih, šolskih otrok in mladine v zad-

njih petih letih ter primerjata zdravstveno stanje otrok, ugotovljeno na preventivnih pregledih.

## 2 Preventivno zdravstveno varstvo otrok in mladine ter dejavniki tveganja

Zdravje je ena od temeljnih pravic vsakega posameznika. To je individualna in družbena vrednota. Zdravje in promocija zdravega življenja postaja vse bolj pomembno področje, s katerim se ukvarjajo strokovnjaki in tudi laiki (Nagelj, 2006; Devjak in Devjak, 2013a). Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je zdravje leta 1946 v svoji Ustanovni listini opredelila kot stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja in ne le kot odsotnost bolezni. Uživanje največje možne stopnje zdravja pa je osnovna pravica vsakega posameznika. Novejša definicija SZO pa definira zdravje kot celovit in dinamičen sistem, ki predstavlja za posameznika prilagoditveno funkcijo in mu omogoča opravljanje vse biološke, socialne in poklicne funkcije, obenem pa pomaga pri obrambi telesa pred boleznimi (imunski sistem), oslabeledostjo (fizična kondicija) in prehitro smrtjo. Kadarkoli govorimo o zdravju, moramo imeti v mislih zdravje posameznika kot zdravje družbe in če se pogovarjamo o odgovornosti, tudi to zadeva tako posameznika kot družbo (Voljč, 1990; Devjak in Devjak, 2013a).

Ustava Republike Slovenije (1991) zagotavlja državljanom pravico do zdravstvenega varstva pod pogoji, ki jih določa zakon. Zakon določa pravice do zdravstvenega varstva iz javnih sredstev (Devjak in dr., 2011). Zdravstveno varstvo pa je sistem, ki zagotavlja preventivo, kurativo in rehabilitacijo. Cilj vseh teh dejavnosti pa je po besedah K. Kobal Straus (2012) boljše zdravje posameznika in družbe. Zakon o zdravstveni dejavnosti (1992) natančno določa, kaj obsega zdravstvena dejavnost, kako in na kakšen način se izvaja in kdo jo izvaja. Slovenski zdravstveni sistem deli zdravstveno dejavnost na primarno, sekundarno in terciarno raven. Zdravstvena dejavnost na primarni ravni obsega osnovno zdravstveno in lekarniško dejavnost, sekundarna raven vključuje specialistične ambulate in bolnišnično zdravljenje in tako podpira primarno raven, terciarna raven pa obsega dejavnosti klinik, inštitutov in drugih pooblaščenih zdravstvenih zavodov (Devjak in Devjak, 2013a).

Preventiva pomeni preprečevanje nastanka bolezni oziroma njenega napredovanja. Avtorji Zaletel Kragelj in sod. (2008, str. 3) zapišejo, da je preventiva dejavnost »posseg v notranje (na primer telo) ali zunanje okolje človeka z namenom, da preprečimo bolezen ali kak drug negativen zdravstveni pojav (na primer trajne okvare kot posledico bolezni)«. V nadaljevanju menijo, da se preventiva izvaja z namenom (1) izkoreninjanja oziroma zatiranja (eradikacije) bolezni, (2) odstranitve (eliminacije) ali največjega možnega zmanjšanja (minimizacije) okvar zaradi bolezni in nezmožnosti oziroma invalidnosti po njej; (3) upočasnitve napredovanja bolezni oziroma okvar kot njene posledice, ko je bolezenski proces že toliko napredoval, da se njegovemu nadaljevanju ni več moč izogniti. Avtorji med cilje preventive uvrščajo dejavnosti, ki vzpostavljajo take splošne razmere, ki bi bile ugodne za ohranjanje in krepitev zdravja, in dejavnosti, ki čim bolj popolno povrnejo zdravstveno stanje posameznika

v stanje pred začetkom bolezenskega procesa, ali dejavnosti, ki zmanjšajo intenzivnost težav, povzročenih z boleznijo, ali dejavnosti, ki so usmerjene v upočasnitev nadaljnjega razvoja bolezenskega procesa (<http://www.mf.uni-lj.si/dokumenti/2de37f765c02d0c0c471ec887f174e01.pdf>).

Preventivo izvajamo na primarni, sekundarni in terciarni ravni. Na primarni ravni se preventiva ukvarja z zdravimi ljudmi in odkriva dejavnike tveganja, ki vplivajo na nastanek bolezni – gre za promocijo zdravja. Sekundarna preventiva v zdravi populaciji, z znanimi dejavniki tveganja, odkriva bolezni v zgodnji fazi, ko je zdravljenje bolj uspešno, torej preprečuje razvoj bolezni (presejalni testi), terciarna preventiva pa preprečuje napredovanje bolezni (Tomec, 2004). V Sloveniji ureja preventivno dejavnost Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Uradni list RS, št. 29/98). Kakovostno preventivno zdravstveno varstvo na primarni ravni za otroke in mladino zagotavljamo v Sloveniji na naslednjih področjih: a) zdravstveno varstvo dojenčkov in otrok do dopolnjenega 6. leta starosti (opravlja ga pediater), in sicer – sistematični preventivni pregledi, cepljenja in zdravstvenovzgojno delo; b) zdravstveno varstvo šolskih otrok in mladine do dopolnjenega 19. leta (opravlja šolski zdravnik); zdravstveno varstvo študentov, zobozdravstveno varstvo otrok in mladine (zobne ambulante). Poleg preventive za otroke in mladino imamo še t. i. reproduktivno zdravstveno varstvo, zdravstveno varstvo odraslih v dejavnosti splošne medicine, zdravstveno varstvo za varovance, obravnavane v patronažnem varstvu, in zdravstveno varstvo športnikov (<http://www.mf.uni-lj.si/dokumenti/2de37f765c02d0c0c471ec887f174e01.pdf>).

Skrb za zdravje otrok in mladine (dokler se obvezno šolajo) je zajeto v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja. Sistematični in drugi preventivni pregledi kot tudi zdravljenje, rehabilitacija in cepljenje so v celoti brezplačni. Skrb za zdravje otroka se začne še pred njegovim rojstvom. Pravice iz naslova »preventivni zdravstveni programi« vključujejo patronažne obiske na domu, sistematične preglede v posameznih starostnih obdobjih, preventivne preglede z določenim namenom, zdravstvenovzgojne vsebine za informiranje otrok, mladine in staršev ter pedagoškega osebja, cepljenje po programu in različne oblike svetovanja (Bracar, 2008). Šolski otroci in mladina do 19. leta imajo pravico do naslednjih preventivnih pregledov pri specialistu šolske medicine: (1) sistematskega preventivnega pregleda pred vstopom v šolo (šolski novinci); (2) v 1., 3., 6., in 8. razredu osnovne šole, ter v 1. in 3. letniku srednje šole; (3) mladi, ki ne nadaljujejo šolanja, imajo pravico do preventivnega pregleda v starosti 18. let; (4) sistematskega preventivnega pregleda v 1. in 3. letniku višje ali visoke šole; (5) namenskega pregleda, če je bila pri sistematskem pregledu najdena sprememba, ki potrebuje sledenje, (6) obveznega cepljenja po programu in (7) programirane zdravstvene vzgoje ob vsakem sistematskem pregledu (Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, Uradni list RS, št. 19/88).

V okviru javnega zdravstva imamo državljani Republike Slovenije zagotovljeno vso zdravstveno in strokovno pomoč, ki jo potrebujemo in jo bolj ali manj, nekateri več drugi manj, tudi koristimo. Zaradi preobremenjenosti javnega zdravstva in pomanjkanja denarja pa se državljani mnogokrat poslužujemo tudi zdravstvenih storitev pri-

vatnega sektorja. Javni zavodi na področju zdravstva, ki izvajajo preventivo, kurativo in svetovanje, so zdravstveni domovi, bolnišnice, lekarne, zavodi za zdravstveno varstvo, zdravilišča. Osnovno zdravstveno zavarovanje občanov vodi Zavod za zdravstveno zavarovanje, prostovoljno zavarovanje pa zavarovalnice. Osnovno primarno zdravstvo na področju lokalne skupnosti izvajajo zdravstveni domovi (prav tam), vendar pa lahko s kakovostnim izvajanjem zdravstvene vzgoje tudi po vrtcih in šolah, s tematskimi delavnicami o preventivi v zdravstvu na vseh ravneh in populacijah v šolah, v javnih knjižnicah in drugih zavodih in organizacijah ter društvih prispevamo k realizaciji cilja – da ne bi bolelo (odsotnost bolezni) ali, ko do bolezni pride, čim bolj kakovostno primarno, sekundarno in terciarno izvajanje zdravstvene dejavnosti (Devjak in Devjak, 2013b). Za zdravje je najprej odgovoren vsak posameznik, država pa je v sodelovanju s stroko in znanostjo pristojna in odgovorna za ustvarjanje pogojev za zdravo življenje (Sušanj, 2007).

### 3 Metodologija

#### 3.1. Namen in cilji raziskave

Namen in cilj raziskave je bil analizirati podatke Zdravstvenega statističnega letopisa o preventivnih pregledih predšolskih in šoloobveznih otrok in mladine v letu 2012 ter primerjati zdravstveno stanje otrok in mladine, ugotovljeno za preventivnih pregledih za obdobje petih let. V analizo smo vključili podatke Zdravstvenega statističnega letopisa iz leta 2008 in 2012, osredotočili pa smo se na preventivne preglede otrok, šolskih otrok in mladine v zdravstvenem varstvu na primarni ravni po zdravstvenih regijah ter na zdravstveno stanje otrok, šolskih otrok in mladine, ugotovljeno na sistematičnih pregledih.

### 4 Rezultati raziskave in interpretacija

#### 4.1 Preventivni pregledi otrok, šolskih otrok in mladine v zdravstvenem varstvu

Zanimalo nas je, koliko je opravljenih preventivnih pregledov otrok, šolskih otrok in mladine v zdravstvenem varstvu na primarni ravni po zdravstvenih regijah.

Kot vidimo v tabeli 1, je bilo leta 2008 in 2012 največ preventivnih pregledov opravljenih v starosti 15 do 19 let, v letih 2009–2011 pa v obdobju od 6 do 9 let. Analiza podatkov kaže, da je malo preventivnih pregledov opravljenih v predšolskem obdobju, čeprav so, glede na Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998, poglavje 2.1.8), predšolski otroci pri starosti 5 let s strani zdravstvenega zavoda ali zdravstvene ordinacije vabljeni na preventivni pregled, ki ga opravi predšolski zdravnik in logoped. Opravi se pregled pri logopedu in sistematični zdravstveni pregled, ki obsega pregled zdravstvene dokumentacije, osebno anamnezo, somatski status ter zaključek pregleda, ki vsebuje ovrednotenje ugotovljenega stanja, postavljanje diagnoz, pisanje receptov, pripravo napotnic za nadaljnjo obrav-

navo, posvet z logopedom, psihologom, morebitno obvestilo osebnemu zdravniku; in cepljenje po republiškem imunizacijskem programu (prav tam).

**Tabela 1:** Preventivni obiski v zdravstvenem varstvu otrok in mladine po starostnih skupinah za obdobje 5 let – 2008-2012

| SLO  | Preventivni pregledi po starostnih skupinah |       |          |      |               |      |                 |      |                 |      |            |      |
|------|---------------------------------------------|-------|----------|------|---------------|------|-----------------|------|-----------------|------|------------|------|
|      | Vsi                                         |       | Do 5 let |      | Od 6 do 9 let |      | Od 10 do 14 let |      | Od 15 do 19 let |      | Nad 20 let |      |
|      | f                                           | f%    | f        | f%   | f             | f%   | f               | f%   | f               | f%   | f          | f%   |
| 2008 | 180294                                      | 100,0 | 31667    | 17,6 | 38691         | 21,5 | 44626           | 24,8 | 47892           | 26,6 | 17418      | 9,7  |
| 2009 | 187930                                      | 100,0 | 28224    | 15,0 | 49749         | 26,5 | 42849           | 22,8 | 46751           | 24,9 | 20074      | 10,8 |
| 2010 | 205752                                      | 100,0 | 24542    | 11,9 | 64226         | 31,2 | 52289           | 25,4 | 48642           | 23,6 | 16071      | 7,8  |
| 2011 | 183504                                      | 100,0 | 20854    | 11,4 | 55000         | 30,0 | 51499           | 28,1 | 39692           | 21,6 | 16459      | 9,0  |
| 2012 | 415378                                      | 100,0 | 129513   | 31,2 | 773812        | 17,8 | 46804           | 11,3 | 149581          | 36,0 | 15668      | 3,8  |

*Vir:* Zdravstveni statistični letopis (2008-2012).

Pričakovali smo, da bo več preventivnih obiskov v obdobju obveznega (od 11,3 % do 31,2 %) in nadaljnega šolanja – se pravi od 15 do 19 let (21,6 % do 36,6 %), saj se v tem času izvajajo sistematični pregledi v sklopu šole, in sicer v prvem, tretjem, šestem in devetem razredu osnovne šole ter prvem in tretjem letniku srednje šole. Preventivno zdravstveno varstvo šolskih otrok in mladine je organizirano skupinsko za posamezne šole oziroma razrede in ni vezano na izbranega osebnega zdravnika (prav tam, poglavje 3). Na osnovi poimenskih seznamov učencev (ime in priimek učenca, naslov in razred), ki jih dispanzerjem in ordinacijam posredujejo šole, tim organizira in opravi sistematične preglede po razredih. Za preventivne aktivnosti, ki sodijo v programirano zdravstveno vzgojo, pripravi vsak imenovani zdravnik šole natančen vsebinsko-terminalski celoletni načrt dela za pripadajoče šole (predavanja, učne delavnice, delo posvetovalnice, posvete, medicinsko svetovanje zaradi zdravstvene, učne in vedenjske problematike ter obseg svetovalnega dela na šoli) na osnovi ocen iz predhodnega leta in v okviru specifične problematike. Mladi, ki se ne šolajo redno, pa so vabljeni na sistematični pregled v 18. letu starosti z osebnim vabilom zavarovancu na dom. Glede pridobivanja poimenskih seznamov mladih so dispanzerji vezani na lastne informacije in podatke iz kartotek. Mlade, ki so redno zaposleni, sistematično pregledajo specialisti medicine dela, prometa in športa v obratnih ambulantah (prav tam).

#### 4.2 Zdravstveno stanje otrok, ugotovljeno na preventivnih (sistematskih) pregledih

V nadaljevanju nas je zanimalo tudi, kakšno je zdravstveno stanje predšolskih in šolskih otrok, ugotovljeno na sistematskih pregledih.

V tabeli 2 vidimo, da je v Sloveniji na sistematičnih pregledih v predšolskem obdobju med leti 2008 do 2012 v povprečju največ ugotovljenih bolezenskih stanj povezanih s kariotičnim zobovjem ter motnjami vida. Težave s kariotičnim zobovjem se z leti si-

cer postopoma manjšajo (leta 2008: 5,5 %, leta 2012 4,0 %), a so, kot vidimo v spodnji preglednici (tabela 3), pogoste tudi še v šolskem obdobju.

*Tabela 2: Bolezensko stanje predšolskih otrok (do 5 let), ugotovljeno na sistematskih pregledih, za obdobje 5 let – 2008-2012*

|                                           |     | <i>SLOVENIJA – predšolski otroci</i> |   |       |   |       |   |       |   |       |   |
|-------------------------------------------|-----|--------------------------------------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|
|                                           |     | 2008                                 | R | 2009  | R | 2010  | R | 2011  | R | 2012  | R |
| Skupaj pregledani                         | f   | 19589                                |   | 20376 |   | 20556 |   | 20752 |   | 22798 |   |
|                                           | f % | 100,0                                |   | 100,0 |   | 100,0 |   | 100,0 |   | 100,0 |   |
| Nečistoča                                 | f   | 184                                  | 6 | 132   | 6 | 149   | 6 | 125   | 6 | 205   | 6 |
|                                           | f % | 0,9                                  |   | 0,6   |   | 0,7   |   | 0,6   |   | 0,9   |   |
| Deformacije okostja                       | f   | 614                                  | 3 | 995   | 2 | 592   | 3 | 497   | 3 | 616   | 3 |
|                                           | f % | 3,1                                  |   | 4,9   |   | 2,9   |   | 2,4   |   | 2,7   |   |
| Bolezni oči in motnje vida                | f   | 1010                                 | 2 | 892   | 3 | 1002  | 2 | 1044  | 1 | 1022  | 1 |
|                                           | f % | 5,1                                  |   | 4,3   |   | 4,9   |   | 5,1   |   | 4,4   |   |
| Bolezni ušes in motnje sluha              | f   | 273                                  | 4 | 274   | 5 | 231   | 4 | 385   | 4 | 334   | 4 |
|                                           | f % | 1,4                                  |   | 1,4   |   | 1,1   |   | 1,9   |   | 1,5   |   |
| Kariotično zobovje                        | f   | 1087                                 | 1 | 1058  | 1 | 1040  | 1 | 873   | 2 | 903   | 2 |
|                                           | f % | 5,5                                  |   | 5,2   |   | 5,1   |   | 4,2   |   | 4,0   |   |
| Bolezni srca + kongenitalne motnje - srce | f   | 211                                  | 5 | 366   | 4 | 207   | 5 | 299   | 5 | 226   | 5 |
|                                           | f % | 1,1                                  |   | 1,8   |   | 1,0   |   | 1,4   |   | 1,0   |   |

*Vir:* Zdravstveni statistični letopis (2008-2012).

Precej pogoste so tudi deformacije okostja; največ jih je bilo ugotovljenih leta 2009, sedaj pa te težave v predšolskem obdobju počasi upadajo. Najmanj pogosta med predšolskimi otroci je nečistoča.

V tabeli 3 vidimo, da je na sistematičnih pregledih šolskih otrok v povprečju največ ugotovljenih bolezenskih stanj povezanih z motnjami vida, deformacijami okostja ter kariotičnim zobovjem. Skozi vsa analizirana leta se na prvem mestu pojavljajo bolezni oči in motnje vida, delež teh bolezni z leti tudi rahlo narašča (leta 2008: 14,4 %, leta 2012: 17,4 %). Na drugem mestu po pogostosti med šolskimi otroci se pojavljajo deformacije okostja (bolezni udov in hrbtenice, kongenitalne motnje okostja), ki pa glede na trenutno statistiko, v upadanju (leta 2008: 14,4 %, leta 2012: 14,1 %). Na tretjem mestu se še vedno pojavljajo težave s kariotičnim zobovjem, ki pa so, vsaj v šolskem obdobju, postopoma v upadanju (leta 2008: 9,9 %, leta 2012: 7,7 %). Najmanj pogosta je tudi v šolskem obdobju nečistoča ter bolezni srca.

**Tabela 3:** Bolezensko stanje šolskih otrok, ugotovljeno na sistematičnih pregledih, za obdobje 5 let – 2008-2012

| Bolezensko stanje                         | SLOVENIJA - šolobvezni otroci |       |   |       |   |        |   |        |   |        |   |
|-------------------------------------------|-------------------------------|-------|---|-------|---|--------|---|--------|---|--------|---|
|                                           |                               | 2008  | R | 2009  | R | 2010   | R | 2011   | R | 2012   | R |
| Skupaj učencev                            | f                             | 76924 |   | 72402 |   | 101344 |   | 103686 |   | 107023 |   |
|                                           | f%                            | 100,0 |   | 100,0 |   | 100,0  |   | 100,0  |   | 100,0  |   |
| Skupaj pregledani                         | f                             | 75372 |   | 70605 |   | 99089  |   | 101738 |   | 104404 |   |
|                                           | f%                            | 98,0  |   | 97,5  |   | 97,8   |   | 98,1   |   | 97,6   |   |
| Nečistoča                                 | f                             | 517   | 6 | 698   | 5 | 846    | 5 | 872    | 6 | 918    | 5 |
|                                           | f%                            | 0,7   |   | 1,0   |   | 0,9    |   | 0,9    |   | 0,9    |   |
| Deformacije okostja                       | f                             | 10894 | 1 | 8178  | 2 | 15494  | 2 | 15306  | 2 | 14781  | 2 |
|                                           | f%                            | 14,4  |   | 11,6  |   | 15,7   |   | 15,0   |   | 14,1   |   |
| Bolezni oči in motnje vida                | f                             | 10794 | 1 | 9963  | 1 | 18256  | 1 | 17697  | 1 | 18150  | 1 |
|                                           | f%                            | 14,4  |   | 14,1  |   | 18,4   |   | 17,3   |   | 17,4   |   |
| Bolezni ušes in motnje sluha              | f                             | 1078  | 4 | 957   | 4 | 1378   | 4 | 1302   | 4 | 1388   | 4 |
|                                           | f%                            | 1,4   |   | 1,4   |   | 1,4    |   | 1,3    |   | 1,3    |   |
| Kariotično zobovje                        | f                             | 4489  | 3 | 6451  | 3 | 7755   | 3 | 6339   | 3 | 8013   | 3 |
|                                           | f%                            | 9,9   |   | 9,2   |   | 7,9    |   | 6,2    |   | 7,7    |   |
| Bolezni srca + kongenitalne motnje - srce | f                             | 725   | 5 | 617   | 6 | 860    | 5 | 1015   | 5 | 955    | 5 |
|                                           | f%                            | 1,0   |   | 0,9   |   | 0,9    |   | 1,0    |   | 0,9    |   |

*Vir:* Zdravstveni statistični letopis (2008-2012).

## 5 Zaključek

Analiza preventivnih programov otrok in mladine iz naslova primarnega zdravstva je pokazala, da je bilo leta 2008 in 2012 največ preventivnih pregledov opravljenih v starostnem obdobju od 15 do 19 let, leta 2009 in 2011 pa v obdobju 6 do 9 let. Malo preventivnih pregledov je opravljenih v predšolskem obdobju, čeprav so, glede na Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998), (vsaj) vsi 5letniki vabljeni na preventivni pregled, ki pa ni obvezen. Zdravstveno stanje, ugotovljeno na sistematičnih pregledih, kaže, da je bilo v predšolskem obdobju med letoma 2008 in 2012 največ ugotovljenih bolezenskih stanj povezanih s kariotič-

nim zobovjem ter motnjami vida, podobno tudi v obdobju šolanja, le da se v tem obdobju pogosteje pojavljajo tudi deformacije okostja. Ugotavljamo, da so preventivne storitve sicer sestavni del pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, vendar v smislu, da je bolje preprečevati kot zdraviti. Pomembno je ozaveščati in učiti otroke in mladino o zdravih temeljih življenja vsakega posameznika, saj le-to postaja vse bolj pomembno področje, ki vpliva na kakovost življenja vsakega izmed nas. Primer dobre prakse preventivnega delovanja je Priročnik za izvajalce vzgoje za zdravje v okviru primarnega zdravstvenega varstva – Za boljše zdravje otrok in mladostnikov (2014), ki za vsak razred v osnovni šoli predlaga določene delavnice na temo zdravja, vendar menimo, da je za doseganje cilja - zdrav način življenja - treba vključiti tudi intenzivno sodelovanje z institucijami, kot so vrtci, šole, zdravstveni domovi, knjižnice, športni centri, razna društva, lokalne skupnosti idr.

## LITERATURA

1. Brcar, P. (2008). Vodnik po zdravstvenih pravicah otrok, mladostnic in mladostnikov: priročnik za starše, mladostnice in mladostnike. Ljubljana: UNICEF Slovenija.
2. Devjak, T. in Devjak, S. (2013a). Primarno zdravstveno varstvo občanov: partnerstvo med lokalno skupnostjo in zdravstvenimi domovi. *Revija za zdravstvene vede*, 1 (1), 106-117.
3. Devjak, T. in Devjak, S. (2013b). Pravo na primarno zdravstveno zaščito dece i omladine u Sloveniji. V S. Perović (ur.). *Pravo i dostojanstvo*. Petrovaradin: Futura.
4. Kaj je zdravje – moderna definicija zdravja. Pridobljeno 25. 9. 2014 s <http://www.zimbio.com/Fitness/articles/UPoYDHqj4mW/Kaj+Je+Zdravje+Moderna+Definicija+Zdravja>.
5. Kenda, B. (2006). Program »zdrava šola« v luči sodobnega pogleda na zdravje. Ljubljana: Filozofska fakulteta Univerze v Ljubljani.
6. Kobal Straus, K. (2012). Organiziranost zdravstvenega varstva, pridobljeno 25. 10. 2014 s <http://www.najblog.com/media/5991/20090310-Odgovori%20na%20izpitna%20vpra%C5%A1anja.pdf>.
7. Nagelj, G. (2006). Organizacija osnovne zdravstvene dejavnosti v EU in Sloveniji. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
8. Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998). Uradni list Republike Slovenije, št. 29.
9. Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (2007). Uradni list Republike Slovenije, št. 83.
10. Sušanj, D. (2007). Promocija zdravja v lokalni skupnosti – vpliv na spremembe vedenja občanov. Koper: Fakulteta za management Univerze na Primorskem.
11. Toth, M. (2003). Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
12. Tomec, U. (2004). Preventivni programi, pridobljeno 25.10.2014 s <http://www.google.si/url?>
13. Voljč, B. (1990). Kaj je odgovornost za zdravje? *Zdravstveno varstvo*, 11 (12), 301-302.
14. Za boljše zdravje otrok in mladostnikov: primer dobre prakse preventivnega delovanja je Priročnik za izvajalce vzgoje za zdravje v okviru primarnega zdravstvenega varstva – (2014). Pridobljeno 1. 11. 2014 s <http://img.ivz.si/janez/2012-7696.pdf>.
15. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (2005). Uradni list Republike Slovenije, št. 100.
16. Zakon o zdravstveni dejavnosti (2005). Uradni list Republike Slovenije, št. 23.
17. Zaletel Kragelj, L., Artnik, B., Farkaš, J. in Bigec, M. (2008). Preventivno zdravstveno varstvo. Pridobljeno 25. 10. 2014 s <http://www.mf.uni-lj.si/dokumenti/2de37f765c02d0c0c471ec887f174e01.pdf>.

18. Zdravstveni statistični letopis (2008). Pridobljeno 1. 11. 2014 s [http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=202&pi=18&\\_18\\_view=item&\\_18\\_newsId=407&pl=202-18.0](http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=202&pi=18&_18_view=item&_18_newsId=407&pl=202-18.0).
19. Zdravstveni statistični letopis (2009). Pridobljeno 1. 11. 2014 s [http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=202&pi=18&\\_18\\_view=item&\\_18\\_newsId=1339&pl=202-18.0](http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=202&pi=18&_18_view=item&_18_newsId=1339&pl=202-18.0).
20. Zdravstveni statistični letopis (2010). Pridobljeno 1. 11. 2014 s [http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=202&pi=18&\\_18\\_view=item&\\_18\\_newsId=1863&pl=202-18.0](http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=202&pi=18&_18_view=item&_18_newsId=1863&pl=202-18.0).
21. Zdravstveni statistični letopis (2011). Pridobljeno 1. 11. 2014 s [http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=202&pi=18&\\_18\\_view=item&\\_18\\_newsId=2154&pl=202-18.0](http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=202&pi=18&_18_view=item&_18_newsId=2154&pl=202-18.0).
22. Zdravstveni statistični letopis (2012). Pridobljeno 1. 11. 2014 s [http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=202&pi=18&\\_18\\_view=item&\\_18\\_newsId=2326&pl=202-18.0](http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=202&pi=18&_18_view=item&_18_newsId=2326&pl=202-18.0).

# Zagotavljanje varne (pre)hrane pacienta

UDK 616-052+614.31

**KLJUČNE BESEDE:** varna hrana, BDP, pacienti, Slovenija

**POVZETEK** - V raziskavi preučujemo statistične podatke – spremenljivke o bruto domačem proizvodu, številu ljudi, ki so se zastupili s hrano, in znesku sredstev, porabljenih za hrano. Podatke smo dobili s Statističnega urada Republike Slovenije in z Nacionalnega inštituta za javno zdravje. Preučujemo jih z enostavno metodo opisne statistike in z regresijsko analizo. Opisna statistika prikazuje povezavo med povečanjem zastupitev s hrano in istočasnim zmanjšanju bruto domačega proizvoda v Sloveniji od leta 2008. V času krize je upadel za 7,8 % v letu 2009, 2,6 % v letu 2012 in 1,0 % v letu 2013; merjeno v tekočih cenah. Slovenci v času krize vsako leto potrošimo več denarja za hrano. In sicer: v letu 2008 smo porabili 13,81 % denarja za hrano od celotne potrošnje, v letu 2009 16,6 %, leta 2010 14,0 % in v letu 2012 pa smo dali 14,29 % za hrano od celotne skupne potrošnje. Multipla regresijska analiza potrjuje povezanost bruto domačega proizvoda z višino porabljenih sredstev za hrano. Pridobljene rezultate raziskave primerjamo s podatki o zagotavljanju varne hrane v prehrani pacientov. Prispevek izhaja iz vedenja, da večina bolezni izvira iz človekove prehrane. Poudarki so na čistoči rok, prevozu hrane, temperaturi hrane in na odpadkih.

UDC 616-052+614.31

**KEY WORDS:** food safety, GDP, patient, Slovenia

**ABSTRACT** - In the survey we study statistical data – variables of gross domestic product, number of people who suffered from the food poisoning and the amount of funds spent on food. The data were collected from the Statistical Office of the Republic of Slovenia and from the National Institute for Public Health. We use the simple method of descriptive statistics and bivariate regression analysis. The descriptive statistics has shown an increase in food poisoning associated with decrease of gross domestic product during the crisis period in Slovenia since 2008. In Slovenia, gross domestic product declined by 7.8 % in 2009, 2.6 % in 2012 and 1.0 % in 2013, as measured in current prices. Slovenians spend more money on food each year during the crisis. As follows: in 2008, 13.81 of overall consumption was spent on food, in 2009 -16.6 %, in 2010 - 14.0 % and in 2012, Slovenians spent 14.29 % of overall consumption money on food. The multiple regression analysis confirms the association between gross domestic product and amount of funds spent on food. The results from our research are compared to data about the assurance of safe food in patient nutrition. The knowledge that most of illnesses are caused by the nutrition has been taken into account. Highlights are on hand cleanliness, food transportation, temperature of food and waste.

## 1 Uvod

Veliko bolezni izvira iz prehrane človeka ali posameznika (Merljak, in sod., 2010). Z zdravim prehranjevanjem varujemo zdravje in sočasno preprečujemo dejavnike tveganja za nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni in bolezni same. V Sloveniji pojemo premalo sestavljenih ogljikovih hidratov, premalo sadja in zelenjave in premalo belastnih snovi (SURS, 2014). Pomembno je, da jemo večkrat po malem in redno, vsako jutro, opoldne in zvečer, ter da imamo vmes vsaj dve malici (Pokorn in Mrevlje, 2011). Vir večine zdravstvenih težav je lahko prehrana. A sprememba prehranjevalnih navad je nasvet, s katerim pacient ne bo zadovoljen (Vouk Grbac in Viler, 2014). Navaje ni smo na obvezen recept za zdravilo, kajti sprememba prehranjevanja zahteva od pacienta več časa in napora. Le iskrena želja po ozdravitvi in boljšem počutju ter sprememba prehranjevalnih navad in življenjskega sloga lahko dolgoročno vodita v

uspeh (Merljak in Koman, 2009). Zdravstvena vzgoja je nujna sestava zdravstvene nege pacienta, ki ima težave z zagotavljanjem varne hrane. Medicinska sestra v okviru zdravstvene vzgoje obravnava področja, na katerih se pojavljajo težave, in spodbuja pacienta k samopomoči. Pacient je dejaven član pri zdravstvenovzgojnem delu medicinske sestre. Ta ga mora v pogovoru motivirati, spodbujati, razbremenjevati, mu pomagati in ga spodbuditi k spremembi prehranjevalnih navad in tudi načina življenja (Ahčin in Žalar, 2007).

Bruto domači proizvod (BDP) je ekonomsko-gospodarski izraz velikosti gospodarstva, ki označuje najpomembnejši agregat nacionalnih računov in najboljše merilo celotne ekonomske dejavnosti v državi. Je tržna vrednost vseh končnih proizvodov in storitev, ki jih je ustvarilo gospodarstvo neke države v enem letu. BDP po proizvodni metodi je enak dodani vrednosti v osnovnih cenah, povečani za davke na proizvode in zmanjšani za subvencije na proizvode. BDP je tako enak vsoti dodane vrednosti v osnovnih cenah vseh domačih (rezidenčnih) proizvodnih enot in neto davkov na proizvode (davki na proizvode, zmanjšani za subvencije po proizvodih). Dodana vrednost v osnovnih cenah je enaka proizvodnji v osnovnih cenah, zmanjšani za vmesno potrošnjo v cenah kupcev. Dodana vrednost v osnovnih cenah je tudi enaka vsoti sredstev za zaposlene, plačanim drugim davkom na proizvodnjo, zmanjšanim za prejete druge subvencije za proizvodnjo, ter vsoti bruto poslovnega presežka in bruto raznovrstnega dohodka (SURs, 2013).

Materialni položaj prebivalstva se med drugim odraža v potrošnji oz. v strukturi potrošnje dohodka. Sredstva, ki so jih slovenska gospodinjstva v obdobju 2004–2012 porabila za hrano, so pomenila povprečno 12 % vseh njihovih izdatkov; v letu 2012 je ta delež znašal 13 %, to je povprečno 2.472 EUR na gospodinjstvo ali 985 EUR na člana gospodinjstva.

Če razvrstimo gospodinjstva glede na višino dohodka v pet razredov in jih primerjamo, lahko opazimo, da so gospodinjstva z najnižjim dohodkom potrošila za hrano in brezalkoholne pijače največji delež skupaj potrošenih sredstev med vsemi razredi: v povprečju nad 20 % ali okoli 1.500 EUR letno. Gospodinjstva v najvišjem dohodkovnem razredu so za hrano in brezalkoholne pijače potrošila na leto povprečno okoli 3.500 EUR, vendar je bil to med vsemi razredi gospodinjstev v povprečju najmanjši delež vseh potrošenih sredstev, ki je bil porabljen za hrano, in sicer med 10 % in 11 % vseh njihovih izdatkov v letu 2012 (SURs, 2014).

V raziskavi preučujemo statistične podatke, in sicer spremenljivke o BDP, številu prebivalcev, ki so se zastrupili s hrano, in delež izdatkov gospodinjstev, porabljenih za hrano. Raziskovalno vprašanje, ki ga želimo preučiti, je, ali se z nižanjem nacionalnega BDP realno povečuje delež izdatkov gospodinjstev za (pre)hrano in istočasno pa tudi število zastrupitev s hrano. Prebivalstvo torej deluje kurativno in ne preventivno v skrbi za lastno zdravje. Tako imamo tudi vse več pacientov, ki se zdravijo zaradi nevarne hrane.

## 2 Metodologija in uporabljeni podatki

Za izdelavo prispevka smo uporabili deskriptivno metodo analize, pri kateri sta nam bili v pomoč domača in tuja literatura ter statistični podatkovni viri. Raziskava temelji na kvantitativni metodologiji, in sicer: preučujemo statistične podatke za spremenljivke o BDP, številu ljudi, ki so se zastrupili s hrano, in deležu izdatkov gospodinjstev, porabljenih za hrano. Podatki so zbrani s spletnih strani Statističnega urada Republike Slovenije (SURS) in Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) od leta 2008 do leta 2012. Podatke preučujemo z enostavno metodo opisne statistike in z enostavno regresijsko analizo.

Za prikaz dobljenih rezultatov smo uporabili statistične opisne parametre, kot so aritmetična sredina (AS), najnižja vrednost (min), najvišja vrednost (max), standardni odklon (SD) in koeficient variacije (KV).

V zvezi s preučevanjem odvisnosti za numerične znake, kot je regresijska analiza, je za izračunavanje ustreznih kazalcev odvisnosti pomembno, ali je zveza med opazovanima pojavoma linearna. Postopek je enostavnejši za linearno odvisnost že zato, ker je v nasprotnem primeru treba določiti tudi ustrezno obliko odvisnosti. Postopki izračunavanja kazalcev povezanosti so enostavnejši pri bivariatni kot pri večkratni (multipli) povezanosti. S pomočjo regresijske analize testiramo zastavljeno vprašanje, s katerim ugotavljamo povezanost odvisne z neodvisnimi spremenljivkami. Regresijska analiza temelji na regresijskem modelu. Model multiple linearne regresije se glasi:

$$y_i = \alpha + \beta_1 \cdot x_1 + \beta_2 \cdot x_2 + \beta_3 \cdot x_3 + \varepsilon,$$

kjer oznake pomenijo:

$y_i$  – odvisna spremenljivka,

$x_i$  – neodvisne oz. pojasnjevalne spremenljivke,

$\alpha$  – regresijska konstanta,

$\beta_i$  – regresijski koeficienti in

$\varepsilon$  – slučajni odkloni.

Z analizo variance preizkušamo domnevo o enakosti regresijskih koeficientov ( $H_0 \equiv \beta_1 = \beta_2 = \beta_3 = 0$ ) in s t-testom preverjamo povezanost odvisne spremenljivke s posamezno neodvisno spremenljivko ( $H_0 \equiv \beta_i = 0$ ). Če pri stopnji tveganja ( $\alpha \leq 0,05$ ) zavrnilo ničelno domnevo, lahko sklepamo o povezanosti odvisne spremenljivke s posamezno neodvisno spremenljivko. Za regresijsko analizo so pomembne tudi vrednosti regresijskega koeficienta ( $\beta_i$ ) ( $\beta_i$  nam pove, za koliko enot se poveča (oziroma zmanjša, če je  $\beta_i$  negativen) odvisna spremenljivka ( $y_i$ ), če se vrednost neodvisne spremenljivke ( $x_i$ ) poveča za eno enoto) in popravljenega determinacijskega koeficienta ( $R^2$ ) ( $R^2$  nam pove, kakšen delež variance odvisne spremenljivke lahko pojasnimo z linearno odvisnostjo od neodvisne spremenljivke).

### 3 Rezultati

#### 3.1 Opisna Statistika

Na osnovi zbranih podatkov iz SURS (2014) in NIJZ (2014) smo oblikovali tabelo 1, iz katere razberemo podatke o preučenih spremenljivkah, in sicer o deležu porabe gospodinjstev za hrano in brezalkoholne pijače. Iz tabele 1 in slike 1 lahko vidimo, da so bili najnižji izdatki za hrano in pijačo v letu 2009 in najvišji v letu 2014. Delež izdatkov za hrano in pijačo v celotnih izdatkih gospodinjstva je znašal 13,97 % (SURs, 2014).

*Tabela 1: Statistični podatki za preučevane spremenljivke in opisna statistika*

| <i>Leto</i> | <i>Delež izdatkov gospodinjstev hrano in pijača (verižni indeksi)</i> | <i>Zastrupitve hrana (število prebivalcev)</i> | <i>BDP (verižni indeksi)</i> |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------|
| 2007        | 113,94                                                                | 19093                                          | 106,90                       |
| 2008        | 113,81                                                                | 19093                                          | 103,30                       |
| 2009        | 113,60                                                                | 17808                                          | 92,20                        |
| 2010        | 114,00                                                                | 19079                                          | 101,20                       |
| 2011        | 114,15                                                                | 20721                                          | 100,60                       |
| 2012        | 114,29                                                                | 19304                                          | 97,40                        |
| $\mu$       | 113,97                                                                | 19183                                          | 100,27                       |
| <i>min</i>  | 113,60                                                                | 17808                                          | 92,20                        |
| <i>max</i>  | 114,29                                                                | 20721                                          | 106,90                       |
| $\sigma$    | 0,24                                                                  | 1036                                           | 5,05                         |

*Vir:* SURS, 2014 in NIJZ, 2014.

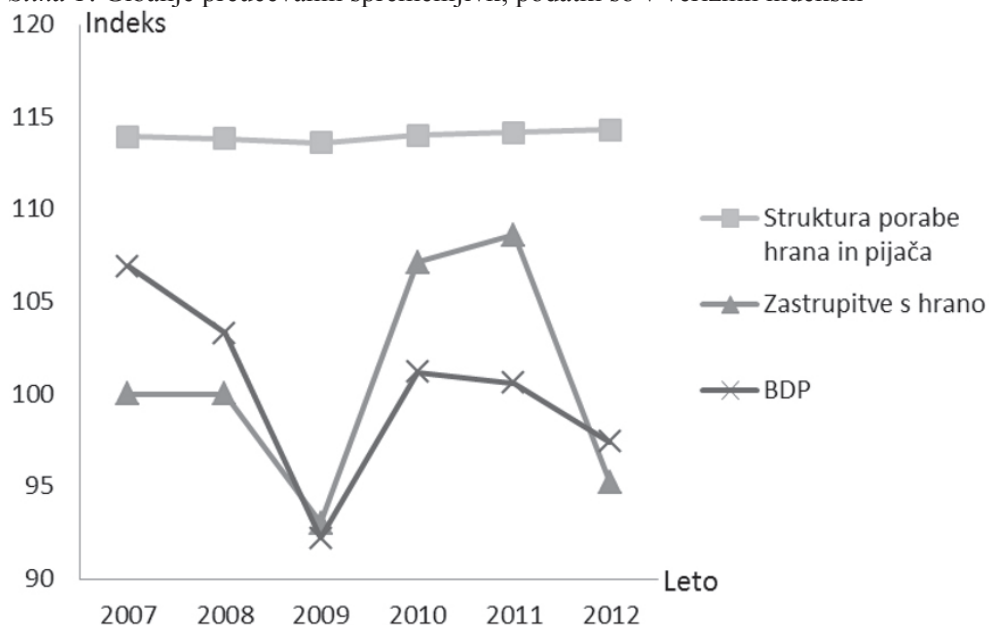
Opombe:  $\mu$  – povprečje (aritmetična sredina);  $\sigma$  – standardni odklon.

Analiziramo tudi spremenljivko zastrupitve s hrano, v katero smo vključili število zastrupitev z bakterijami in virusi: salmonelo, E. coli, kampilobaktrom, vsemi vrstami klostridijev, Bacillus cereus, listerijo, streptokoki, stafilokoki, enterokoki, hepatitisom A, legionelo ter z drugimi črevesnimi infekcijami in neopredeljene zastrupitve s hrano. Iz tabele 1 razberemo, da vrhunec zastrupitev s hrano predstavlja leto 2011, medtem ko je bilo najmanj zastrupitev leta 2009. V povprečju v Sloveniji zboleva zaradi zastrupitev s hrano 19.183 prebivalcev letno. Vendar so to le registrirani primeri, brez samozdravljenih, saj ljudje pogosto ne verjamejo, da so se lahko zastrupili s hrano.

Slika 1 nam prikazuje, da se spremenljivki zastrupitve s hrano in BDP gibljeta v podobni smeri rasti/padanja. Iz slike 1 tudi opazujemo, da se delež izdatkov za hrano in pijačo v celotnih izdatkih gospodinjstev povečuje, ko je BDP v upadu.

V preučevanem obdobju smo v Sloveniji imeli najvišjo rast BDP leta 2007, in sicer 6,9 %. Najnižja stopnja rasti oziroma padec BDP je bil leta 2009, ko je verižni indeks za BDP znašal 92,2 v primerjavi s predhodnim letom 2008. V obdobju od leta 2007 do leta 2012 je v Sloveniji BDP povprečno narasel za 0,27 %.

Slika 1: Gibanje preučevanih spremenljivk; podatki so v verižnih indeksih



Vir: SURS, 2014 in NIJZ, 2014.

### 3.2 Regresijska analiza

Enostavno, bivariatno regresijsko analizo računamo v programu JMulTi. Četudi so to spremenljivke časovnih serij, jih lahko izračunavamo v regresijski analizi po metodi najmanjših kvadratov (OLS), saj smo predhodno ugotovili, da so stacionarne prvega reda.

Pri regresijski analizi želimo ugotoviti, ali sta dve spremenljivki v vzročno-posledičnem medsebojnem razmerju in v kakšnem razmerju sta, pozitivnem ali negativnem. V prvem primeru, kjer računamo enačbo odvisnosti BDP od deleža izdatkov gospodinjstev za hrano in pijačo, ugotovimo, da spremenljivki nista statistično značilno povezani. Njuna stopnja značilnosti je večja kot 10 % in je varianca pojasnjena s 6 %, kar nam pove popravljen determinacijski koeficient. Izračunana regresijska enačba je:

$$BDP_t = -460,5_{\alpha} + 4,92 \cdot \text{Delež izdatkov}_{hrane\ in\ pijače}$$

kjer je vrednost t-statistike zapisana v oklepaju in  $R^2 = 0,06$ . Iz navedenega sklepamo, da spremenljivki BDP kot odvisna spremenljivka in delež izdatkov za hrano in pijačo kot neodvisna spremenljivka nista vzročno-posledično povezani. V naslednjem primeru želimo funkcijsko odvisnost spremenljivk obrniti. Pridemo do regresijske enačbe:

$$\text{Delež izdatkov}_{hrane\ in\ pijače} = -112,80_{\alpha} + 0,01 \cdot BDP_t$$

ki nam predstavi, da statistično značilna vzročna povezanost ni potrjena. Za razliko od predhodnega primera pa sedaj opazimo statistično značilno konstanto. Lahko sklene-

mo, da višji kot bo BDP, nižji delež izdatkov gospodinjstev bo namenjen za hrano in pijačo in več za druge namene.

Nasprotno kot v predhodni analizi z veliko verjetnostjo lahko trdimo, da sta spremenljivki BDP in zastрупitve s hrano vzročno-posledično pozitivno povezani. Z njima je model pojasnjen kar v 26 %. Tudi konstanta prikazuje, da višji kot je BDP, večja je obolevnost prebivalstva tudi za drugimi boleznimi. Regresijski model je:

$$BDP_t = 58,94_{\alpha} + 0,41 \cdot Zastrupitve_{s\ hrano},$$

kar ocenjujemo s 5 % stopnjo značilnosti, kjer je BDP odvisna spremenljivka in zastрупitve s hrano neodvisna spremenljivka. Če funkcijsko odvisnost spremenljivk obrnemo, pridemo do zelo podobnega rezultata in ugotovitve. Največja sprememba je, da v primeru, ko je odvisna spremenljivka zastрупitev s hrano konstanta, ni statistično značilna. To pomeni, da se zastрупitve s hrano višajo ali manjšajo z rastjo ali padanjem BDP, kjer je regresijska enačba:

$$Zastrupitve_{s\ hrano} = 37,99_{\alpha} + 0,63 \cdot BDP_t,$$

s standardnim odklonom 6.

V nadaljevanju ocenjujemo vzročno-posledično povezanost deleža izdatkov gospodinjstev za hrano in pijačo ter zastрупitve s hrano:

$$Delež\ izdatkov_{hrane\ in\ pijače} = -112,48_{\alpha} + 0,01 \cdot Zastrupitve_{s\ hrano},$$

kjer je zastрупitev s hrano kot neodvisna spremenljivka. Ugotovimo, da statistično značilne povezanosti ni. Vseeno pa konstanta nakazuje, da na strukturo porabe denarja za hrano in pijačo statistično značilno pozitivno vplivajo nadomestki. Medtem ko spremenljivki funkcijsko obrnemo, pridemo do naslednje regresijske enačbe:

$$Zastrupitve_{s\ hrano} = -984,15_{\alpha} + 9,52 \cdot Delež\ izdatkov_{hrane\ in\ pijače},$$

in ne najdemo nobene statistično značilne funkcijske in vzročno-posledične povezanosti, niti s konstanto ne. Iz navedenega sklepamo, da na zastрупitve s hrano ne vpliva delež izdatkov za hrano in pijačo ter tudi ostali izdatki gospodinjstev ne.

## 4 Razprava

Pridobljene rezultate raziskave primerjamo s podatki o zagotavljanju varne hrane v prehrani pacientov. Razprava izhaja iz vedenja, da veliko bolezni izvira iz prehrane človeka. Poudarki so na čistoči rok, prevozu hrane in njeni temperaturi.

Salmonela je prisotna celo leto, medtem ko zastрупitev s hrano postane najbolj aktualna poleti, ko visoke temperature pospešujejo razmnoževanje bakterij. Simptomi zastрупitev se pojavijo 12 do 24 ur po zaužitju hrane, ki je okužena s salmonelo. Najnevarnejša hrana so sladice, ki vsebujejo surova jajca, in mesni izdelki. Povišana temperatura nad 38 stopinj Celzija, glavobol, bolečine v trebuhu, driska in bruhanje so najpogostejši znaki zastрупitve. Pri zastрупitvah s hrano moramo biti pozorni na simptome zastрупitev tudi do nekaj tednov po zaužitju določenega živila. Namreč bakterija listerija razvije simptome bolezni v povprečju 31. dan po zaužitju. Bolezni sta lahko

zelo nevarni, včasih sta smrtonosni pri otrocih, starih in tistih z oslabljeim imunskim sistemom. Listerija lahko povzroči tudi spontani splav. Če se pojavijo simptomi, značilni za okužbo s salmonelo in listerijo, je pomembno preprečiti dehidracijo s pitjem vode v majhnih požirkih, da ne bi prišlo do bruhanja (Stražišar in sod., 2012).

Najpogostejša dejavnika pri zastrupitvi s hrano sta pomanjkljivo umivanje rok in neprimerna temperatura pri shranjevanju živil. Umivanje rok je higienski ukrep za odstranjevanje nečistoč in škodljivih mikroorganizmov z rok. Najosnovnejše sredstvo za umivanje je voda, učinkovitost pa je mnogo večja z dodatkom mila ali detergenta. Umivanje rok je eden najosnovnejših in najučinkovitejših ukrepov za preprečevanje širjenja patogenov, ki se širijo po oralni ali fekalno-oralni poti in povzročajo različne zdravstvene težave, kot sta prehlad in driska. Prehlad se širi tudi kapljično in s stiki. Zato je še posebej pomembno umivanje rok po uporabi stranišča, pred pripravo hrane in v zdravstvenem okolju. V splošnem se priporoča naslednji postopek (Stražišar in sod., 2012): namočiti roke pod tekočo vodo, nanesti milo, drgniti nekaj sekund po vseh površinah, posebej med prsti in na konicah prstov, sprati milo z vodo, osušiti roke s papirnato brisačo za enkratno uporabo, zapreti pipo, po možnosti z brisačo.

Za zamrzovanje in hlajenje živil je pogosto uporabljena fizikalna metoda konzerviranja hitro pokvarljivih živil (Gričar, 1999). Proizvodnja zamrznjenih živil in živil, ki morajo biti hranjena pri nizkih temperaturah, sta, med drugim tudi zaradi časovne stiske posameznika v vsakdanjem življenju, med najhitreje rastočimi sektorji v živilski industriji. Vendar pa nepravilna izvedba postopkov pri konzerviranju povečuje mikrobiološko tveganje za potrošnika in lahko vodi do bolezni, ki so posledica okužb s hrano (Stražišar in sod., 2012). Zato je upoštevanje načel hladne verige kot pomembnega faktorja svetovne trgovine še kako pomembno, kajti v dobi globalizacije nekatera živila potujejo preko celega planeta, preden pridejo do mize potrošnika (Bojnec in Gričar, 2014). Istočasno je pomembno osveščanje posameznikov o pravilnem hranjenju hlajenih živil v domačem hladilniku na primerno nizkih temperaturah tudi preko ambulant družinske medicine.

## 5 Sklep

Iz raziskave izhaja, da je število registriranih zastrupitev s hrano do leta 2011 v porastu. Vsako leto v Sloveniji zbolijo povprečno 19.183 prebivalcev zaradi zastrupitve s hrano. Zdravstvena vzgoja je pomembna že v zgodnjih letih življenja. Višji kot je BDP, več je bolezni oziroma prihaja do sprememb v strukturi bolezni.

## LITERATURA

1. Ahčin, J. in Žalar, A. (2007). Zdravstvenovzgojno delo. Zbornik prispevkov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
2. Bojnec, Š. in Gričar, S. (2014). Metode logistike: kako dolgo še bo lokalno nepomembno? V P. Raspor (ur.). Koliko hrane zavržemo? Hrana in prehrana za zdravje. Izola, Koper : Založba Univerze na Primorskem, str. 113-124.

3. Gričar, S. (1999). Vpliv zamrzovanja na kakovost polnjene paprike. Ljubljana: Biotehniška fakulteta.
4. Merljak, M. in Koman, M. (2009). Zdravje je naša odločitev. Ljubljana: Prešernova družba.
5. Merljak, M., Komar, M. in Pokorn, D. (2010). Zdravje je naša odločitev. Ljubljana: Prešernova družba.
6. NIJZ. (22. oktober 2014). Podatkovni portal. Nacionalni inštitut za javno zdravje: Pridobljeno 22. 10. 2014, s [http://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal/NIJZ%20podatkovni%20portal\\_\\_3%20Zdravstveno%20stanje%20prebivalstva\\_\\_3d%20Nalezljive%20bolezni/2NB-meseci.px/?rxid=dc561c9e-f20e-4e46-85e8-96561e344b76](http://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal/NIJZ%20podatkovni%20portal__3%20Zdravstveno%20stanje%20prebivalstva__3d%20Nalezljive%20bolezni/2NB-meseci.px/?rxid=dc561c9e-f20e-4e46-85e8-96561e344b76).
7. Pokorn, D. in Mrevlje, Ž. (2011). Priporočena prehrana. *Interna medicina*, 32, (4), str. 734-738.
8. Stražiščar, S., Baler, D. in Gričar, S. (2012). HACCP študija v Spar Slovenija d.o.o. za restavracije Interspar. Ljubljana: Spar Slovenija.
9. SURS. (2013). Metodološka pojasnila. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije. Pridobljeno 22. 10. 2014 s [http://www.stat.si/doc/metod\\_pojasnila/03-002-MP.pdf](http://www.stat.si/doc/metod_pojasnila/03-002-MP.pdf).
10. SURS. (2014). Statistični portal. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije. Pridobljeno 22. 10. 2014 s [http://www.stat.si/novica\\_prikazi.aspx?id=6578](http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=6578).
11. Vouk Grbac, L. in Viler, D. (2014). Kako ovrednotiti potrebe bolnikov, da ne bodo zavračali ponujene prehrane in hrane metali stran? V P. Raspor (ur.). *Koliko hrane zavržemo? Hrana in prehrana za zdravje*. Izola, Koper : Založba Univerze na Primorskem, str. 165-176.

# Pogled potrošnikov in zdravnikov na oglaševanje zdravil

UDK 615.2+659.1

**KLJUČNE BESEDE:** zdravila, recepti, trženjsko komuniciranje, oglaševanje, oglaševanje zdravil, Slovenija

**POVZETEK** - Tržno komuniciranje, in s tem oglaševanje kot eno izmed najpomembnejših orodij poslovnega sporazumevanja na trgu končnih potrošnikov, postaja pomembna komponenta uspešnosti podjetij. Danes ni več dovolj, da podjetje ponuja samo kakovosten proizvod, vedno pomembneje je, da lahko o kakovosti svojega proizvoda obvešča ciljni trg. Vedno pogostejše pa se to dogaja tudi na trgu zdravil in prehranskih dodatkov. Oglaševanje zdravil je v Sloveniji zelo regulirano. Tako je za končnega potrošnika dovoljeno le oglaševanje zdravil brez recepta, medtem ko se o zdravilih na recept lahko obvešča le strokovno javnost, torej osebe, ki so pooblaščenke za predpisovanje ali izdajanje zdravil, ter po novem tudi zdravstvene delavce, ki opravljajo zdravstveno nego, in tiste, ki usposabljajo pacienta za pravilno uporabo zdravila. Ne glede na strogo zakonsko ureditev oglaševanja zdravil in tudi različno samoregulativo pa so mnenja o primernosti oglaševanja zdravil deljena. Prav soočenje mnenj o oglaševanju zdravil brez recepta med potrošniki in pacienti je tema tega prispevka. V njem najprej teoretično predstavimo pojma oglaševanje nasploh in oglaševanje zdravil. Potem pa so prikazani rezultati raziskave med potrošniki in zdravniki, s pomočjo katere smo želeli preučiti (ne)naklonjenost obeh skupin oglaševanju zdravil.

UDC 615.2+659.1

**KEY WORDS:** non-prescription medicine, marketing communications, advertising, medicine advertising, Slovenia

**ABSTRACT** - Marketing communication along with advertising, one of the most important tools of marketing communication on the market of end consumers, is becoming an important component of success on the market. Nowadays, it is not enough that a company offers only quality product, more and more important is the fact that the quality of the product communicates with the target market. However, this is increasingly happening on the medicine market and on the market of dietary supplements. Medicine advertising in Slovenia is highly regulated. Thus, the end consumer is permitted to advertise only non-prescription medicines, while prescription drugs can be advertised only to professionals, that is, persons who are authorized to prescribe or supply medicine products. Moreover, the recent new law has enabled prescription writing to professionals engaged in nursing and to those who are training patients for the proper use of medicine. Although there is the strict regulation of medicine advertising and a different self-regulation, opinions on the appropriateness of medicine advertising differ. The very confrontation of views on the advertising of the non-prescription medicines among consumers and patients is the subject of the article. The article firstly represents the theoretical concept of advertising in general and medicine advertising. The rest of the article portrays the results of our research among consumers and physicians, which helped us to consider (dis)affection of both groups with the medicine advertising.

## 1 Uvod

V preteklosti so ljudje pri ohranjanju zdravja oz. preprečevanju bolezni prisegali na naravo. Zdravilne rastline pa so bila prva izbira tudi pri nastopu bolezni. Šele če te niso pomagale, so se zatekli k zdravniku. Ta je v njihovih očeh veljal za strokovnjaka, ki mu je bilo treba v celoti zaupati. Zdravnik je predpisal zdravilo, ki je obstajalo, in pacient je navodila upošteval. Danes ne moremo reči, da je vedno tako. Poleg zdravilnih rastlin, po katerih nekateri še vedno oz. čedalje pogostejše posegajo, je danes na

izbiro tudi veliko zdravil za samozdravljenje, t.j. zdravil brez recepta. Zaradi množičnega oglaševanja je potrošnik lahko v dilemi, katero zdravilo brez recepta izbrati.

Ker vsa zdravila pomembno vplivajo na naše zdravje, je priprava informacij o zdravilih, kamor lahko uvrščamo tudi informacije v oglasnih sporočilih, natančno regulirana. To področje namreč urejajo zakoni, pravilniki in tudi etični kodeksi.

## 2 Zdravila brez recepta in oglaševanje

Zakon o zdravilih (ZZdr-2, Uradni list RS, št. 17/2014) kot zdravilo definira vsako snov ali kombinacijo snovi, ki so predstavljene z lastnostmi za zdravljenje ali preprečevanje bolezni pri ljudeh ali živalih. Tako se za zdravilo šteje tudi vsaka snov ali kombinacija snovi, ki se lahko uporablja pri ljudeh ali živalih, da bi se ponovno vzpostavile, izboljšale ali spremenile fiziološke funkcije prek farmakološkega, imunološkega ali presnovnega delovanja ali da bi se določila diagnoza bolezni. V grobem zdravila delimo na tista, ki jih dobimo brez recepta, in tista, ki jih dobimo na recept. Ker je narava teh zdravil različna, je tudi pravna ureditev na tem področju različna. To velja, kot bomo videli v nadaljevanju, tudi za oglaševanje zdravil.

Oglaševanje zdravil je po svetu zelo različno urejeno. Danes tako potrošnikom v vseh družbah poznamo oglaševanje zdravil brez recepta, medtem ko je oglaševanje zdravil na recept neposredno potrošnikom dovoljeno samo v ZDA in na Novi Zelandiji (od leta 1991). A je ostali trg, zlasti trg Evropske unije, kjer se utvari 1/3 vse svetovne prodaje zdravil, za farmacevtska podjetja z vidika oglaševanja zanimiv. Tako so mnoga farmacevtska podjetja kljub omejitvam začela že tržno komunikacijo usmerjati neposredno na potrošnike (Diehl et al., 2008). Vse to z namenom, da obveščajo potrošnike o proizvodu, sprožijo nakup ali strinjanje z nečim, ustvarijo pozitivno mnenje o proizvodu in/ali dajo slednjemu simboličen pomen oz. pokažejo, kako lahko posamezen proizvod reši potrošnikov problem bolje kot proizvod konkurence (Schiffman et al., 2008).

Oglaševanje zdravil lahko definiramo kot sporočila farmacevtskih podjetij, s katerimi si prizadevajo obveščati, prepričevati in celo zabavati ciljno publiko. Vse s ciljem vplivati na mnenje in obnašanje naslovnika. Slednje je za farmacevtska podjetja ključno (Diehl et al., 2008). Pri tem oglaševanje razumemo kot oglaševanje na TV, v tiskanih medijih, na spletu in celo kot navodila za uporabo v škatlicah zdravil. V Sloveniji zakonodaja pod pojmom oglaševanje zdravil razume vse aktivnosti farmacevtskih podjetij, s katerimi obveščajo strokovno ali laično javnost o zdravilih.

### 2.1 Oglaševanje zdravil brez recepta v Sloveniji

V Sloveniji je oglaševanje zdravil urejeno v 14. poglavju Zakona o zdravilih (Uradni list RS št. 17/2014), dodatno pa tudi s Pravilnikom o oglaševanju zdravil (Uradni list RS, št. 105/2008; Uradni list RS, 105/2010), v katerem so določeni podrobnejši pogoji in načini oglaševanja. Glede na to pa ločimo dve ciljni skupini za oglaševanje zdravil (Pravilnik o oglaševanju zdravil, Uradni list RS št. 105/2008):

- oglaševanje v širši javnosti – laične skupine in posamezniki ter

- oglaševanje v strokovni javnosti – osebe, pooblaščenice za predpisovanje in izdajanje zdravil.

Laični javnosti oz. potrošnikom se v Sloveniji sme oglaševati le zdravila brez recepta, torej zdravila, ki so po mnenju stroke varna in učinkovita za uporabo tudi brez nadzora zdravnika ([http://www.wsmi.org/pdf/wsmi\\_brochureadvertising.pdf](http://www.wsmi.org/pdf/wsmi_brochureadvertising.pdf)) in so torej prosto dostopna v lekarnah.

14. člen Pravilnika o oglaševanju zdravil (Uradni list RS, št. 105/2008) sicer pod pojmom oglaševanje v širši javnosti razume vse promocijske oblike in načine obveščanja laičnih skupin in posameznikov. Pri tem zahteva, da je oglaševanje izvedeno tako, da je oglaševalni značaj sporočila jasno prepoznaven in da je izdelek nedvoumno predstavljen kot zdravilo. Oglaševanje vsakega zdravila brez recepta v širši javnosti mora tako vsebovati najmanj:

- ime zdravila in splošno ime, če zdravilo vsebuje le eno učinkovino;
- podatki, ki so nujni za smotno, pravilno in racionalno uporabo zdravila;
- 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«.

Kot vidimo iz spodnje tabele, farmacevtska podjetja kljub zakonskim omejitvam in gospodarski krizi za oglaševanje zdravil brez recepta neposredno potrošnikom namenijo iz leta v leto več sredstev.

*Tabela 1:* Izdatki za oglaševanje zdravil brez recepta v Sloveniji od 2011 do 2013 po medijih in skupaj

| medij/leto | 2011       | 2012       | 2013       |           |
|------------|------------|------------|------------|-----------|
| televizija | 23.034.358 | 23.921.438 | 30.048.999 | ↑ 25,62 % |
| tisk       | 4.644.159  | 5.566.751  | 6.098.384  |           |
| radio      | 0          | 1.621.939  | 1.744.940  |           |
| internet   | 605.710    | 449.751    | 905.667    |           |
| plakati    | 46.678     | 113.124    | 118.533    | ↑ 22,99 % |
| ostalo     | 0          | 7.985      | 59.871     |           |
| mobitel    | 1.750      | 1.500      | 3.750      |           |
| kino       | 22.064     | 11.811     | 0          |           |
| skupaj     | 28.354.720 | 31.694.298 | 38.980.144 |           |

Vir: Interni podatki Mediane, 2014.

Kot vidimo, so se izdatki za oglaševanje zdravil brez recepta v Sloveniji v letu 2013 glede na predhodno leto povečali za slabih 23 %, pri čemer so se še posebno močno povečali izdatki za oglaševanje na internetu, ki so se več kot podvojili, ter izdatki za oglaševanje na televiziji (25,62 % povečanje glede na predhodno leto). Prav izdatki za televizijsko oglaševanje predstavljajo kar 77,09 % celotnega proračuna, namenjenega oglaševanju zdravil brez recepta v Sloveniji.

### 3 Metodologija

#### 3.1 Namen in cilji raziskave

Glede na predstavljene zneske, ki jih farmacevtska podjetja samo v Sloveniji namenijo za oglaševanje zdravil brez recepta, nas je v nadaljevanju zanimalo, kako na oglaševanje zdravil brez recepta gledajo zdravniki in kako potrošniki. Zanimalo nas je, ali med obema skupinama obstajajo statistično značilne razlike v odnosu do oglaševanja zdravil brez recepta.

#### 3.2 Raziskovalna metoda in postopek zbiranja podatkov

Za empirični del smo uporabili neeksperimentalno kvantitativno metodo raziskovanja. Tehnika zbiranja podatkov je bila anketiranje. Kot instrument raziskovanja smo uporabili strukturiran vprašalnik. In sicer je šlo za spletno anketo, ki smo jo izvedli s pomočjo portala [www.lka.si](http://www.lka.si). Vprašanja so bila v glavnem zaprtega tipa, so pa imeli anketiranci pri posameznih vprašanjih možnost dopisati svoj pogled na posamezno tematiko, kar pomeni, da smo uporabili tudi polodprti tip vprašanj.

Raziskava je potekala od 1. aprila do 9. maja 2014. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno, vsem anketirancem pa je bila zagotovljena anonimnost.

#### 3.3 Vzorec

Za potrebe raziskave smo vzeli dva vzorca.

Prvi vzorec zajema 995 potrošnikov, med katerimi je bilo 71 % žensk (706 oseb). Največ anketirancev je starih od 30 do 39 let (27 %), sledijo jim stari od 20 do 29 let (26 %), stari od 40 do 49 let (24 %), stari od 50 do 59 let (15 %). Najmanj anketiranih je starih pod 20 in nad 69 let (1 %).

Osebe v vzorcu so prihajale iz vseh delov Slovenije, pri čemer jih je bilo največ, in sicer 42 %, iz jugovzhodne Slovenije, 27 % anketirancev je bilo iz osrednjeslovenske regije, 7 % iz spodnjeposavske regije in 6 % iz podravske regije. Ostale regije pa so bile zastopane s 5 % anketirancev ali manj.

Anketiranci so se razlikovali tudi po izobrazbeni strukturi. In sicer je 31 % anketirancev imelo zaključeno štiriletno srednjo šolo, sledili so anketiranci z zaključeno visoko šolo oz. prvo bolonjsko stopnjo (30 % anketirancev), univerzitetni študij oz. drugo bolonjsko stopnjo je imelo 18 % anketirancev. Po 3 % oseb, zajetih v vzorec pa je imelo končano triletno srednjo šolo, znanstveni magisterij ali doktorski študij. Le 1 % anketirancev je imelo samo osnovno šolo ali manj.

Drugi vzorec so predstavljali 104 zdravniki, od tega je bilo 66,34 % žensk (69 oseb). Ne glede na spol je bila struktura anketirancev glede na dopolnjeno delovno dobo raznolika.

Največ anketirancev je imelo do 10 let delovne dobe (24 %), najmanj anketirancev, in sicer 16 %, pa je imelo že več kot 40 let delovne dobe.

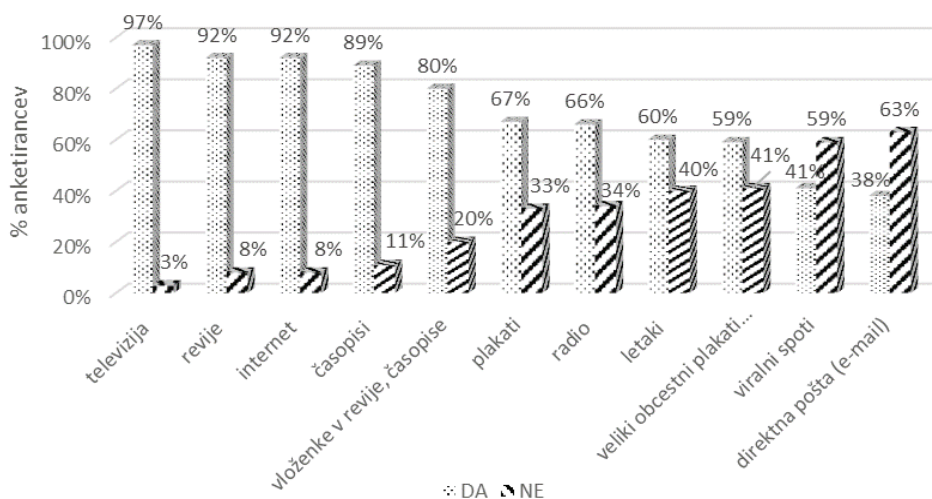
Anketirani zdravniki so prihajali iz vseh delov Slovenije, pri čemer jih je največ, in sicer 30 %, bilo iz jugovzhodne Slovenije, 28 % anketirancev je bilo iz osrednjeslovenske regije, 8 % iz savinjske in gorenjske regije ter po 6 % iz podravske in obalno-kraške regije. Ostale regije pa so bile zastopane s 5 % anketirancev ali manj.

## 4 Rezultati

Na podlagi rezultatov raziskave smo ugotovili, da je bilo med anketiranimi potrošniki 99 % takih, ki so že kupili zdravilo brez recepta. Pri tem smo tudi ugotovili, da 96 % anketirancev na mesec v povprečju za tovrstna zdravila nameni do 30 €, 3 % pa od 30 do 60 €. Nekateri anketiranci pa so navedli, da v mesecu v povprečju za zdravila brez recepta namenijo tudi več kot 90 €.

Ker nas je zanimal odnos do oglaševanja zdravil brez recepta, smo naprej anketirance vprašali, ali so oglase že zasledili in v katerih medijih (graf 1).

Graf 1: Mediji, v katerih so anketiranci zasledili oglase za zdravila brez recepta



Vir: Anketni vprašalnik, 2014.

Rezultati so pokazali, da je 48 % anketirancev v zadnjem mesecu oglas za zdravila brez recepta zasledilo vsaj enkrat na dan (od tega 22 % večkrat na dan). 43 % anketirancev je te oglase zasledilo občasno, medtem ko jih 9 % v zadnjem mesecu ni opazilo. Nadaljnja raziskava je pokazala, da je večina (97 %) anketirancev oglase že zasledila na televiziji, v revijah, na internetu (92 % anketirancev) ter v časopisih (89 % anketirancev). Manjši delež anketirancev pa je oglase zasledilo v direktni pošti (38 % anketirancev) in kot viralne spote (41 % anketirancev).

Bistvo raziskave se je nanašalo na odnos zdravnikov in potrošnikov do oglasov za zdravila brez recepta. V ta namen so anketiranci, tako potrošniki kot zdravniki, na 5-stopenjski lestvici označili, koliko se strinjajo s posameznimi trditvami (tabela 2).

*Tabela 2: Odnos potrošnikov in zdravnikov do oglaševanja zdravil brez recepta*

| Trditve                                                                                 | Potrošniki |      | Zdravniki |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|-----------|------|
|                                                                                         | $\bar{x}$  | SD   | $\bar{x}$ | SD   |
| Oglasi za zdravila, bi morali dati več informacij o tveganjih in/ali stranskih učinkih. | 4,2        | 0,80 | 4,2       | 0,78 |
| Oglasi zdravil bi morali dati več informacij o koristih njihovega jemanja.              | 3,8        | 0,84 | 3,5       | 0,93 |
| Oglasi zdravil predstavljajo zdravila boljša kot v resnici so.                          | 3,8        | 0,99 | 4,1       | 0,77 |
| Oglaševanje zdravil seznanja potrošnika o novih zdravilih.                              | 3,6        | 0,82 | 3,5       | 0,93 |
| Oglaševanje zdravil je odgovorno.                                                       | 3,4        | 1,17 | 3,2       | 1,19 |
| Oglaševanje zdravil pomaga ljudem sprejemati boljše odločitve v povezavi z zdravjem.    | 3          | 0,92 | 2,7       | 0,94 |
| Oglaševanje zdravil je po mojem mnenju koristno.                                        | 3          | 0,93 | 2,9       | 0,89 |
| Menim, da so oglaševana samo zdravila, ki so varna za uporabo.                          | 2,7        | 1,06 | 2,5       | 0,95 |
| Zaupam informacijam iz oglasov.                                                         | 2,5        | 0,86 | 2,3       | 0,8  |

*Vir:* Anketni vprašalnik, 2014.

Iz tabele zgoraj vidimo, da ne glede na to, koga smo spraševali, se vsi v povprečju najbolj strinjajo s trditvama, da bi morali oglasi za zdravila dati več informacij o tveganjih in/ali stranskih učinkih ( $\bar{x} = 4,2$ ) ter da oglasi predstavljajo zdravila boljša, kot v resnici so (potrošniki:  $\bar{x} = 3,8$ ; zdravniki:  $\bar{x} = 4,1$ ). Na drugi strani pa se obe skupini anketirancev najmanj strinjata s trditvama, da zaupajo informacijam iz oglasov (potrošniki:  $\bar{x} = 2,5$ ; zdravniki:  $\bar{x} = 2,3$ ), in menita, da so oglaševana samo zdravila, ki so varna za uporabo (potrošniki:  $\bar{x} = 2,7$ ; zdravniki:  $\bar{x} = 2,5$ ).

V nadaljevanju smo s pomočjo t-testa primerjali strinjanje s trditvami o oglaševanju zdravil brez recepta, in sicer glede na obe skupini anketirancev. Ugotovili smo, da se pojavljajo statistično pomembne razlike med obema skupinama anketiranih pri trditvah:

- Oglaševanje zdravil pomaga ljudem sprejemati boljše odločitve v povezavi z zdravjem ( $t = 2,745$ ;  $p = 0,006$ );
- Oglasi zdravil bi morali dati več informacij o koristih njihovega jemanja ( $t = 3,492$ ;  $p = 0,001$ );
- Oglasi zdravil predstavljajo zdravila boljša kot v resnici so ( $t = -2,427$ ;  $p = 0,017$ ).

Na podlagi t-testa lahko sklenemo, da so zdravniki do oglaševanja zdravil brez recepta bolj kritični kot potrošniki.

## 5 Razprava

Na podlagi teoretičnih predvidevanj in tudi praktičnih spoznanj o obsegu izdatkov za oglaševanje ugotavljamo, da oglaševanje zdravil deluje.

V raziskavi nas je zanimalo, ali potrošniki in zdravniki zaupajo informacijam v oglasih za zdravila brez recepta ter ali med skupinama obstajajo statistično značilne razlike. Ne glede na to, katero skupino smo spraševali, se vsi najbolj strinjajo s tem, da bi morali oglasi za zdravila dati več informacij o tveganjih in/ali stranskih učinkih ter da so zdravila predstavljena boljša, kot v resnici so in da bi v oglasih moralo biti več informacij o koristih jemanja le-teh. Ne glede na dobljene rezultate moramo vzeti v ozir dejstvo, da primarni namen oglaševanja farmacevtov ni informirati, ampak vplivati na preference potrošnika do blagovne znamke (Diehl et al., 2008). Še posebej oz. nasploh pa je vprašljiva kakovost informacij in sposobnost potrošnikov za njihovo razumevanje. Po raziskavi Diehla in sodelavcev (2008) sodeč naj bi bilo kar 61 % anketirancev zmedenih glede prednosti in slabosti oglaševanih zdravil. Raziskovalci hkrati tudi omenjajo, da oglasi opisujejo samo koristi izdelka in prikrivajo morebitna tveganja oz. stranske učinke (Diehl et al., 2008, str. 104). Pri tem opozarjajo, da potrošniki lahko mislijo, da je oglaševanje zdravil bolj kontrolirano, kot v resnici je, kar lahko vodi do tega, da precenijo zaščito oz. varnost.

Raziskava pa je ne glede na to pokazala tudi, da potrošniki menijo, da oglasi za zdravila pomagajo ljudem, da se bolje odločajo v zvezi s svojim zdravjem. O tem pričajo tudi tuje raziskave, ki dokazujejo, da oglasi potrošnike opolnomočijo (Mintzes et al., 2003). Oglase kot koristen vir z zdravjem povezanih informacij ocenjuje tudi Diehl s sodelavci (2008). Do podobnih ugotovitev je prišel tudi Handlin s sodelavci (2003), ki meni, da oglasi za zdravila potrošnikom omogočajo večjo vpletenost v skrb za zdravje. O koristnostih oglaševanja poroča tudi An (2008). Slednja je z raziskavo tudi ugotovila, da oglasi naredijo zdravstvene težave bolj splošno znane in vidne, kar lahko posledično privede do odkritja morebitne bolezni v zgodnji fazi in s tem izognitev komplikacijam ter bolnišničnemu zdravljenju (Mintzes et al., 2003).

## 6 Sklep

Na podlagi predstavljenih rezultatov lahko sklenemo, da v Sloveniji potrošniki oglasom za zdravila brez recepta zaupajo bolj kot zdravniki. Kljub temu pa farmacevtska podjetja ocenjujejo, da oglaševanje deluje, saj, kot smo videli, izdatki za oglaševanje zdravil brez recepta neposredno potrošnikom rastejo iz leta v leto. Čeprav nas oglasi seznanjajo z zdravili brez recepta, pa se moramo zavedati, da potrošniki iz oglaševanja ne dobimo (vedno) dovolj informacij za samozdravljenje. Zato je previdnost pri potrošnji zdravil nujna.

## LITERATURA

1. Advertising of nonprescription medicines to the public. A significant contributor to healthcare. (2008). Ferney-Voltaire: The World Self-Medication Industry. Pridobljeno: 15. 10. 2014, s [http://www.wsmi.org/pdf/wsmi\\_brochureadvertising.pdf](http://www.wsmi.org/pdf/wsmi_brochureadvertising.pdf).
2. An, S. (2008). Antidepressant Direct-to-Consumer Advertising and Social Perception of the Prevalence of Depression: Application of the Availability Heuristic. *Health Communication*, 23, 499-505.

3. 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.
4. Handlin, A. et al. (2003). DTC pharmaceutical advertising: the debate's not over. *Journal of Consumer Marketing*, 20 (3), 227-237.
5. 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.
6. Pravilnik o oglaševanju zdravil (2010). Uradni list Republike Slovenije št. 105.
7. Schiffman, L. G. et al. (2008). *Consumer Behaviour: A European Outlook*. Harlow: FT Prentice Hall.
8. Zakona o zdravilih (2014). Uradni list Republike Slovenije, št. 17.

# Smernice za premeščanje pacientov kot dejavnik preprečevanja poškodb medicinskih sester

UDK 616-083+613.6

**KLJUČNE BESEDE:** varnost, pacienti, medicinske sestre, premeščanje, ergonomija, prosto stoječa dvigala

**POVZETEK** - Zdravstvena nega je fizično naporna dejavnost in zaposleni v zdravstveni negi imajo več mišično-skeletnih obolenj kot številne druge poklicne skupine. Temeljni namen je bil na podlagi pregleda dostopne domače in tuje strokovne literature ter izkušenj iz klinične prakse preučiti, katere tehnike in ergonomsko-tehnični pripomočki olajšajo delo zdravstvenega osebja pri premeščanju pacienta na invalidski voziček. Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela. Pregledane so bile smernice, izdelane s strani American Nurses Association (ANA), Occupational Health and Safety (OHS), WorkSafe Victoria, Avstralija, Accident Compensation Corporation (ACC) Nova Zelandija, Canadian Centre for Occupational Health and Safety (CCOHS), OSHA Evropa, in druge. Pojavnost mišično-skeletne bolečine v slovenskem prostoru je zelo visoka (nad 90 %). Ob pregledu literature ugotavljamo, da je zelo malo strokovnih in znanstvenih prispevkov, ki bi obravnavali smernice za varno premeščanje pacienta v slovenskem prostoru. Glede na rezultate raziskav moramo bolj varovati zdravje zaposlenih. V ta namen pripravljamo okvirne smernice, ki bi to omogočile.

UDK 616-083+613.6

**KEY WORDS:** patient safety, nursing safety, patient handling, transferring, ergonomic principles, ambu lift

**ABSTRACT** - Nursing care is physically demanding therefore individuals working in the health care environment suffer more from musculoskeletal disorders than many other professionals. The main objective is that by using available literature and clinical experience to examine which techniques and ergonomic technical aids would ameliorate the effort of the nursing staff when transferring the patient to a wheelchair. A literature review of the available domestic and foreign database was performed as a stand-alone form of qualitative research. The guidelines from American Nurses Association (ANA), Occupational Health and Safety (OHS), WorkSafe Victoria, Australia, Accident Compensation Corporation (ACC) New Zealand, Canadian Centre for Occupational Health and Safety (CCOHS) Canada, OSHA Europe and others were evaluated. The incidence of musculoskeletal pain in Slovenian area is very high (over 90 %). According to our overview of the available scientific literature on safe transfer of the patient in Slovenia, we found out that there is very little available literature on the topic. The results of studies show that the health of the employees in health care has to be more preserved. Therefore, we are preparing guidelines that would enable a more secure work.

## 1 Uvod

Pri pregledu predvsem tuje literature zasledimo, da si Anglija, Nova Zelandija, Avstralija, Skandinavske dežele in del Evrope prizadevajo za varne delovne pogoje in znižanje poškodb pri delu. V drugih državah članicah EU izhajajo iz dejstva, da je obremenitev zaposlenih odvisna od številnih drugih dejavnikov in da je teža bremena samo en kazalec v analizi obremenitev zaposlenih. Oceno tveganja prepuščajo presoji pristojnih strokovnjakov. Delodajalci se zavedajo, da bi morali pri okvari zdravja zaposlenemu plačati visoko odškodnino, zato si prizadevajo, da le-te preprečijo. Za-

varovalnice spodbujajo te ukrepe, ker pogostost poškodb pri delu vpliva na višino prispevne stopnje (Teržan, 2014).

Različni dejavniki vplivajo na to, zaradi katerih aktivnosti so premeščanja pacientov nevarna in povečajo tveganje za nastanek poškodb pri medicinskih sestrah (MS). Le-ti so povezani z različnimi vidiki premeščanja.

Tveganja, povezana z opraviлом (EU-OSHA, 2008):

- sila: količina fizične sile, ki je potrebna za izvajanje določenega opravila (kot je dviganje, vlečenje in potiskanje težkih bremen) ali ohranjanje nadzora nad opremo in orodjem;
- ponavljanje: neprekinjeno ali pogosto izvajanje istega giba ali zaporedja gibov čez dan;
- prisilna drža: zavzemanje položajev, ki povzročajo telesni stres, kot so nagibanje prek postelje, sklanjanje ali zasuk trupa med dvigovanjem.

Tveganje, povezano s pacientom (ANA, 2006):

- pacientov ne moremo dvigovati kot običajnih bremen;
- pacientov ne moremo držati privitih ob svoje telo;
- pacienti nimajo ročajev za držanje;
- dogodkov med ravnanjem s pacienti ne moremo predvideti;
- pacienti, ki potrebujejo pomoč, so lahko okorni.

Tveganje, povezano z okoljem (EU-OSHA, 2008):

- nevarnost zdrsov, spotikov in padcev;
- nevarne delovne površine;
- prostorske omejitve (majhna soba, veliko opreme).

Druga tveganja (EU-OSHA, 2008):

- pomoč ni na voljo;
- neprimerna oprema;
- neprimerna obutev in obleka;
- pomanjkanje znanja in usposabljanja.

Zaposleni v zdravstveni negi spadajo med rizično skupino delavcev glede poškodbe hrbtenice (Goldman idr., 2000). V rehabilitacijski ustanovi kot je URI - Soča so hospitalizirani najtežje gibalno ovirani pacienti, kar kaže podatek iz raziskave Petkovšek-Gregorin in Vidmar (2014), da je prisotnost kakršne koli skeletno-mišične bolečine zelo pogosta 93,1 %. Bolečino v hrbtenici opisujejo številni avtorji (Van Tulder, Koes, Bouter, 1995; Ramšak, 2000; Nelson, 2005; Markovič, 2007; Nelson idr., 2007; Workers' Compensation Board of British Columbia, 2012) kot najbolj pogosto bolečino zaposlenih v zdravstveni negi. Izvedena raziskava v URI Soča je dokazala, da je bolečina v hrbtu najbolj pogosta bolečina (76,4 %). Ugotovitve kažejo, da so poškodbe pri delu utrpeli številni zaposleni (55,6 %) ali 20,8 na 100 delavcev, zaposlenih v tej ustanovi. Ti rezultati so bistveno višji, kot jih navajajo D'Arcy, Sasai, Stearns, 2011 (15,8 poškodb na 100 zaposlenih v Kanadi) oziroma Ramšak (2000), ki navaja 40 % poškodb med delom. Workers' Compensation Board of British Columbia (2012) navaja 60,1 dni bolniške odsotnosti z delovnega mesta. Ugotovitve podobne raziskave

Petkovšek-Gregorin, Vidmar (2014) so višje, saj je bolniška odsotnost z delovnega mesta kar 91,5 dni. Rezultat je zaskrbljujoč, ker dolga odsotnost predstavlja veliko finančno breme za zdravstvo. Spodbudno je, da se je za bolniški stalež odločilo manj zaposlenih (20,8 %), kot je navedeno število zaposlenih, ki so utrpeli poškodbo.

Ročno dvigovanje pacientov je potrebno zmanjšati in odpraviti. Zato je potrebno spodbujati uporabo pripomočkov za premeščanje, le-ti so v veliko pomoč. Tradicionalno se pri presedanju ali vstajanju pacienta ne uporabljajo pripomočki, če pa se namesti pas z ročkami, je poseg izveden bolj varno in udobno. Z uporabo pripomočkov se zmanjšajo poškodbe rok (Nelson, Baptiste, 2004). Stričević (2010) je ugotovila, da imajo zaposleni na oddelkih, kjer se pogosteje uporabljajo ergonomski tehnični pripomočki, statistično pomembno manj težav s hrbtenico. Ugotovila je, da se pripomočki, če so na voljo, uporabljajo. Podobno sta v svoji raziskavi ugotovili Petkovšek-Gregorin in Vidmar (2014). Zaposleni v zdravstveni negi nimajo odklonilnega stališča do uporabe pripomočkov za lažje premeščanje pacientov in jih velikokrat uporabljajo, predvsem desko za presedanje inambu lift.

## 2 Varna biomehanična načela

Pri premeščanju pacienta se upoštevajo varna biomehanska načela, da je hrbtenica v nevtralnem položaju. S tem se pri obremenitvi zmanjša sila, ki deluje na vretenca in sklepe (ACC, 2005; EU-OSHA, 2008).

- Kadar ima pacient posteljo, ki se lahko dvigne (električno, hidravlično), se jo prilagodi glede na našo višino (delovno površino), zato se ne sklanjamo nad pacientom.
- Pred začetkom vsakega premeščanja stojimo čim bližje pacientu. Noge naj bodo razmaknjene za širino ramen, z eno nogo rahlo pomaknjeno naprej - za boljše ravnotežje.
- Pozorni bodimo, da so rame in medenica v ravni liniji in da se izogibamo zasukom ter ukrivljanju hrbta.
- Rahlo upognimo kolena in ohranjamo naravno krivuljo hrbtenice.
- Komolci so ob sebi in izogibamo se stegovanju. Bolj ko je breme oddaljeno od telesa in se stegujemo, večja je verjetnost, da se poškodujemo.
- Pacienta vedno primemo s celo roko, ne le s prsti. Primemo ga za mesta, ki omogočajo dober prijem, npr. okoli medeničnega predela, pasu, lopatic. Včasih ga moramo prijeti tudi za hlače pižame, še bolje pa je, da uporabimo poseben pas z ročaji.
- Pred naporom napnemo trebušne mišice in s tem podpremo hrbtenico.
- Med premeščanjem imamo glavo dvignjeno. Uporabljamo mišice nog in bokov tako, da kolena med dvigovanjem počasi iztegujemo. S kolena se naslonimo na rob postelje.
- Pozorni smo, da se gibljemo gladko in prenašamo svojo težo vedno v smeri giba, ki ga izvajamo.
- Zelo je pomembna obutev z dobrim oprijemom ter primerna obleka, ki ne ovira naših premikov.

Različni so načini premeščanja pacienta na invalidski voziček, le-te izberemo glede na zdravstveno stanje in sposobnosti pacienta. Tehnike premeščanja, predstavljene v tem prispevku, so v skladu z mednarodno priznano prakso, zbrane s pregledom tuje in domače literature ter osnovane na primerih dobre prakse in osebnih izkušnjah iz klinične prakse. Za kakovostno in varno premeščanje pacienta le smernice niso dovolj, izvajalci potrebujejo dodatno izobraževanje in usposabljanje v praksi.

### *2.1 Naloge medicinske sestre pred premeščanjem*

Medicinska sestra preveri medicinsko in negovalno dokumentacijo, posebnosti in zdravnikova navodila, ki lahko vplivajo na potek premeščanja: zdravila, rane, dreni, okvare idr. Oцени, če so potrebni posebni ukrepi glede pacientovega položaja in obračanja ter oceni potrebe osebja, ki bo poseg izvajalo (ali lahko pacienta premesti ena oseba ali jih je potrebno več, kateri pripomočki so potrebni) (Jeruc Tanšek idr., 2010). Pripravi dovolj prostora za postopek, odstrani vse ovire ter v doseg pripravi pravne pripomočke in invalidski voziček.

Pred začetkom vsakega premeščanja MS razloži pacientu postopek, da pridobi njegovo soglasje, zaupanje in sodelovanje. Spodbuja ga k čim večjemu sodelovanju, da pridobiva na moči in spretnosti, MS pa z usmerjanjem vodi gibanje. Oцени se pacientova odvisnost, raven neugodja, zmožnost dojetanja, gibljivost, starost. Pacient pove, če ima kakršne koli težave s kožo ali bolečine (Stričević, 2010).

Miselno je treba osvežiti potek premeščanja. Ko pacienta premešča več oseb, se določi, kdo je vodja. Namesto premeščanja na ena, dva, tri, je bolj priporočljivo (ACC, 2005), da se opisno pove pripravljeni, pozor, zdaj. Nekdo lahko že pri dva začne premeščanje, drugi pa šele po tri, opisno pa jasno pove »zdaj« (Moving and handling people, 2012).

## **3 Smernice za premeščanje pacienta s postelje na invalidski voziček**

Tehnike premeščanja s pomočjo ene ali dveh oseb so primerne za paciente, ki lahko stopijo vsaj na eno nogo. Če pacient tega ni sposoben, je treba uporabiti dvigalo za premeščanje. Pacient, ki ima prizadeto polovico telesa ali ohromelo nogo, se vedno premešča proti zdravi strani (Waters idr., 2009). Površina, kamor se premešča, naj bo malce nižja ali vsaj enako visoka. Če je le možno, se ne premešča na višjo površino.

Vrtljivi krožnik se uporablja za premikanje pacienta z zasukom na invalidski voziček, stol ali posteljo. Pomembno je, da pacient lahko stoji, čeprav težje premika noge. Za večjo stabilnost se lahko uporabi tudi pas z ročaji. Pogosto se uporabi deska za premeščanje, ki je ravna ali ukrivljena ter jo varno namestimo pod zadnjico pacienta in na površino, kamor se premešča. Pacient se pri tem z zgornjim delom telesa nagne naprej, se opre na noge, medenica gre tako lažje od podlage in zdrsi po deski.

Med posameznimi fazami premeščanja smo pozorni na pacientovo počutje, možen je pojav vrtoглаvice, zato potrebuje čas, da spet vzpostavi ravnotežje. Če mora MS med katero koli fazo premeščanja dvigniti več kot 16 kg, mora uporabiti pripomoček

in pacienta obravnavati kot odvisnega pri premeščanju (Waters, 2007). Pacientov ne dvigujemo, temveč drsamo po podlagi!

### *3.1 Premeščanje delno pokretnega pacienta s postelje na invalidski voziček s pomočjo ene osebe*

- Pacientovo posteljo naravnamo na višino bokov MS, tako da se s palcem roke sproščeno dotika nogjaja.
- Stojimo na strani, kamor se bo pacient obrnil.
- Pacient obrne glavo v smer, kamor se bo obrnil, notranjo roko (je na strani MS) odmakne od sebe ali jo prekriža čez prsi, da se ne uleže nanjo.
- Zunanjo nogo pokrči v kolenu, če tega ne zmore, naj prekriža nogi pri gležnju.
- Pacienta primemo pod pazduhami in kolki (pomemben je položaj MS), rečemo pripravljeno, pozor, obrat in svojo težo prenesemo iz sprednje noge na zadnjo. Pozorni smo, da pacienta ne obračamo s silo rok, pač pa s pomočjo spodnjega dela telesa.
- Pacient je na boku, na robu postelje. Zunanjo roko položi z dlanjo na posteljo ob komolec notranje roke in se odriva od podlage, odriva se tudi s komolcem notranje roke. Pokrčene noge pa premika proti robu postelje in jih spušča proti tlom - sila teže nog potiska zgornji del telesa k dvigovanju.
- Pacientu pomagamo, da se dvigne v sedeči položaj, s tem da mu noge spuščamo na tla (Work Safe Victoria, 2009). V primeru električne postelje, nam pri tem pomaga dvignjeno vzglavje, saj se pacient lažje odrine z rokami od podlage.
- Nato se premakne tako, da s stopali doseže tla, posteljo spustimo na višino invalidskega vozička.
- Invalidski voziček namestimo v višino zgornje 1/3 postelje, tako da s posteljo oklepa kot 450. Pritrdimo zavore, dvignemo podnožnika in odstranimo stranico, ki je ob postelji.
- Pod zadnjico namestimo desko, pod noge lahko namestimo vrtljiv krožnik.
- Z ustreznim prijemom (kratka ročica ali s pomočjo pasu) ga nagnemo naprej, tako, da je zgornji del telesa pred nogami.
- Vodilno nogo položi pacient v smer premeščanja.
- Z roko se prime za stranico vozička, s potiskom in drsenjem se prestavi na invalidski voziček.
- Odstranimo pripomočke, podnožnika namestimo v prvotni položaj in pacientu nanj namestimo noge (Križanec idr., 2008; Moving and handling people, 2012; Hočevnar Posavec, 2014).

\* Če pacientu namestimo pas za dvigovanje, se nas prime pod lopaticama, primemo ga za ročaja in dvignemo ter zasukamo proti invalidskemu vozičku (Fink, Kobilšek, 2013).

\* Za presedanje je potrebna dobra stabilizacija trupa, ki je pri pacientih z okvaro hrbtenjače okrnjena (Koontz idr., 2011), zato moramo biti še bolj pozorni.

### *3.2 Premeščanje delno pokretnega pacienta s postelje na invalidski voziček s pomočjo dveh oseb*

- Pacienta pripravimo za obračanje na bok na rob postelje. Glavo obrne v smer obračanja.

- Notranjo roko odmakne od telesa, lahko jo dvigne nad glavo in položi na vzglavnik ali pa jo položi na prsi, da se med obračanjem ne uleže nanjo.
- Zunanjo nogo pokrči v kolenu (lahko tudi obe) in jo pokrčeno obrača v smeri obrata. Če nog ne more pokrčiti, mu jih lahko prekrižamo nad gležnjem.
- Zunanjo roko pacientu položimo na prsi. Z odprto dlanjo ga primemo pod ramo in z drugo roko za bok.
- Pomočnik prime komolec in koleno, da ju bo nežno vodil med obratom.
- Glasno povemo: pripravljeni, pozor, obrat, ter ga zasukamo proti sebi. Pozorni smo na pravilni položaj našega telesa, kot je predhodno opisano.
- Vodja stoji ob postelji v višini pacientove prsnice z nogami, razmaknjenimi za širino ramen.
- Pacient se z rokami odrija od podlage, kot je že opisano, in pri tem mu pomagamo tudi tako, da mu noge premestimo proti robu postelje in nato proti tlom.
- Invalidski voziček namestimo ob vzglavju.
- Z ustreznim prijemom (Rautkov prijem) dveh oseb, ga prestavimo na invalidski voziček (ACC, 2005; Križanec idr., 2008; WSV, 2009; Moving and handling people, 2012; Hočevar Posavec, 2014). Lahko si pomagamo s pripomočki, kot so: drseča deska, pas za dvigovanje, trak iz rjuhe ipd.

### *3.3 Premeščanje nepokretnega pacienta s postelje na invalidski voziček s pomočjo prostostoječega sobnega dvigala*

- K postelji pripeljemo prostostoječe sobno dvigalo in fiksiramo zavore.
- K postelji pripeljemo invalidski voziček in fiksiramo zavore.
- Posteljo pacienta naravnamo na višino, ki nam ustreza, da lahko namestimo mrežo pod pacienta.
- Mrežo lahko namestimo pod pacienta z enim obratom, tako da leži na robu postelje na boku. Mrežo prepognemo na pol, da so nalepke in zanke na zunanji strani. Namestimo jo pod celo hrbtenico proti glavi. Mreža naj zajame le 1/2 zadnjice, da pacient med dvigovanjem ne omahne še globje v mrežo, kar je lahko nevarno. Če ima oporo za vrat, jo namestimo pod vrat.
- Zgornji del mreže spodvijemo pod pacienta, pozorni smo, da imamo zgornjo in spodnjo zanko pravilno spodvito. Pacientova hrbtenica je na sredini mreže, ko ga obrnemo na hrbet.
- Zgornjo zanko potegnemo izpod pacientovega vratu.
- Pacienta obrnemo na hrbet in mrežo povlečemo izpod hrbta s pomočjo zank za noge in roke. Pacienta obrnemo na drugi bok, kot je že opisano zgoraj, in tako lažje poravnamo mrežo pod pacientom. MS mrežo potegneta proti sebi, ko je pacient na hrbtu. Mreža pod pacientom mora biti pravilno nameščena (preverimo položaj glave) in raztegnjena.
- Ročico dvigala spustimo nad pacientovo prsnico, ves čas jo držimo, da pacienta z njo ne udarimo.
- Zanki mreže pri nogah prekrižamo ter nato pritrdimo na prostostoječe premično dvigalo in preverimo stabilnost.
- Pacient ima roke ob telesu ali pa naj se oprime mreže.

- Pacienta malo dvignemo in ga dobro namestimo. S tem pridobi zaupanje v poseg in preverimo, če so zanke pravilno nameščene in ali je dvigalo stabilno. Če pacient potrebuje fiksacijo glave, je potrebna pomoč sodelavca. Uporabljamo električno stikalo sobnega dvigala in postelje.
- Primemo pacientove noge in jih usmerimo iz postelje (da ne omahnejo same).
- Pacienta lahko tudi z rokami potisnemo za kolena in gre z zadnjico nazaj, s tem pa določimo smer gibanja in pravilne namestitve.
- Pacienta premestimo nad invalidski voziček.
- Ko ga spuščamo proti vozičku, vedno držimo ročico dvigala. Če se pacient ne more sam namestiti na voziček, nam pomaga pomočnik, tako da mrežo potegne v pravilni položaj nad voziček, medtem ko ga spuščamo.
- Ko že sedi, preverimo, ali sedi pravilno, in če ne, ga z dvigalom rahlo dvignemo, popravimo položaj in ga ponovno preverimo.
- Mrežo odpnemo iz dvigala in jo odstranimo izpod pacienta v obratnem vrstnem redu, kot jo nameščamo na invalidskem vozičku (predstavljeno v nadaljevanju) (Stričević, 2010; Moving and handling people, 2012; Fink, Kobilšek, 2013; Hočvar Posavec, 2014).

### 3.4 Nameščanje mreže pacientu, ki sedi na invalidskem vozičku

Po vsakem premeščanju praviloma odstranimo mrežo (izjema so lahko zelo težki pacienti) oziroma to storimo po dogovoru z zdravnikom.

- Na invalidskem vozičku fiksiramo zavore. Pacient naj se nagne naprej.
- Mrežo spustimo za hrbtom tako, da so zanke obrnjene proti naslonu vozička.
- Če se pacient ne more nagniti naprej ali je v počivalniku, mu pod hrbet namestimo rjuho in nato pod rjuho potisnemo mrežo. S tem zmanjšamo trenje in preprečimo poškodbe kože, ki bi lahko nastale.
- Preverimo, da je rob mreže na koncu hrbtenice. Ko je mreža nameščena, odstranimo rjuho. Pacient ne sme sedeti na mreži, drugače bo pri dviganju padel nižje v mrežo, kar je lahko nevarno in zastrašujoče.
- Zanki za noge namestimo eno za drugo pod nogo. Če pacient ne more dvigniti noge, ena oseba poklekne in dvigne nogo, druga pa namesti zanko.
- Prostostoječe premično dvigalo pripeljemo do pacienta tako, da s podvozjem objamemo voziček. Fiksiramo zavore. Zanke pritrdimo na dvigalo v višini prsnice. Pazimo, da pacienta ne udarijo v obraz.
- Pacienta malo dvignemo in preverimo, če zanke držijo in je dvigalo stabilno. Pacient se lahko malo premakne in s tem dobi zaupanje v varnost posega.

### 3.5 Premeščanje iz invalidskega vozička v avto

Za premeščanje MS potrebuje desko za premeščanje in invalidski voziček v bližini. Tetraplegikom lahko daljša pripravljalna faza zmanjša utrujenost in poveča zaupanje v varno premeščanje.

- Avtomobilski sedež pomaknemo nazaj, kolikor je možno, in s tem pridobimo več prostora za premikanje nog. Naslon avtomobilskega sedeža naj bo popolnoma dvignjen.

- Odstranimo podnožke, invalidski voziček namestimo čim bliže, paralelno glede na avto in pričvrstimo zavore. Kot med avtom naj bo manj kot 400 kota.
- Če je pacient sposoben, naj vstane, se prestopi in se pri tem drži za avtomobilski sedež ali vrata.
- Če to ni možno, se nagne s trupom naprej, prime za avtomobilski sedež, notranjo nogo pomakne naprej proti avtu, se dvigne, zasuče in sede. Pri tem ni treba, da stopi na tla in se popolnoma izravna.
- Nekateri paraplegiki se zaradi oslabelosti mišic trupa in slabše moči težje nagnejo naprej, zato se raje premestijo z zasukom. Glavo obrnejo v nasprotno stran, kot premaknejo zadnjico.
- Lahko pa si pomagamo tudi z desko za premeščanje, ki jo namestimo na invalidski voziček in avtomobilski sedež pod pacientovo zadnjico (Moving and handling people, 2012; Kataoka, Yasuda, Kataoka, Ueda, Yonetsu in Okuda, 2012; Hočevar Posavec, 2014)..

### 3.6 Po vsakem premeščanju

Popravimo svojo držo in stojimo vzravnano. Ugotovimo, ali smo postopek varno izvedli, ali bi lahko kaj spremenili, izboljšali. Vedno vprašajmo pacienta, kakšno se mu je zdelo premeščanje, kaj bi spremenil in ali se je počutil varnega. Primerjamo, ali je v negovalni dokumentaciji pravilno ocenjena stopnja odvisnosti (Moving and handling people, 2012). O morebitnih odstopanjih ali poslabšanju pacientovega zdravstvenega stanja poročamo kolegom, obvestimo zdravnika in jih zabeležimo v negovalno dokumentacijo. Pacient mora biti po končanem premeščanju nameščen tako, da ima pravilno držo, da je prizadeti ud v pravilnem položaju (preprečevanje kontraktur, pravilen položaj za spastični ali flacidni ud) (Ivanuša, Železnik, 2008).

## 4 Zaključek

Ugotovitve raziskav in izkušnje iz prakse so pokazale, da je premalo zavedanja in poznavanja vpliva teže bremena pacientov na zdravje in poškodbe MS, ki nastanejo z vlečenjem in dvigovanjem pacienta na nepravilen način. Vodje morajo spodbujati MS, da pripomočke uporabljajo in da organizirajo učenje novih tehnik, ki zahtevajo praktično znanje in usposabljanje. Za varno premeščanje pacientov je potrebno zadostno število osebja glede na zahtevnost pacientov.

Opisane smernice bodo MS pomagale olajšati delo. V Sloveniji je v veljavi Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1), ki v Pravilniku o zagotavljanju varnosti in zdravja pri ročnem premeščanju bremen dovoljuje ženskam, starim od 19 do 45 let, dvigovanje do 30 kg in moškim do 55 kg. Regulativ ne upošteva zaposlenih na tem področju, ki je specifično v zdravstveni negi, in pomanjkanja MS. MS opravijo svoje delo pravočasno, dvignejo in premestijo veliko pacientov, kar izvajajo vsak dan, pogosto sedem dni v tednu, delovna doba se daljša, zato bo vpliv na zdravje negativen. Ob prisilni drži in težkem bremenu pride do okvar zdravja in prepogosto postanejo same pacientke. Podobno kot v drugih državah je treba spremeniti Pravilnik iz leta

2005 in znižati dvigovanje teže na največ 16 kg za ženske in 25 kg za moške in da breme posameznik lahko dvigne le 18-krat v enem delovnem dnevu, v ugodnih delovnih pogojih in počasi.

Potrebno je spodbujanje izobraževanja zaposlenih v obliki učnih delavnic in uvajati sodobno, z dokazi podprto zdravstveno nego, ki bo varna za paciente in za MS.

## LITERATURA

1. Accident Compensation Corporation (ACC). The New Zealand Patient Handling Guidelines; 2005. Pridobljeno 18. 12. 2013 s [http://www.acc.co.nz/PRD\\_EXT\\_CSMP/groups/external\\_ip/documents/guide/pi00212.pdf](http://www.acc.co.nz/PRD_EXT_CSMP/groups/external_ip/documents/guide/pi00212.pdf).
2. American Nurses Association (ANA) »Handle with care« campaign. Safe patient handling and movement; 2006. Pridobljeno 16. 12. 2013 s <http://www.cdc.gov/niosh/review/public/safe-patient/patienthandling2.html>.
3. D'Arcy, L. P., Sasai, Y. and Stearns, S. C. (2011). Do assistive devices, training and workload affect injury incidence? Prevention efforts by nursing homes and back injuries among nursing assistants. *Journal of Advanced Nursing*, 68 (4), 836-45.
4. EU-OSHA. Tehnike ravnanja z bolniki za preprečevanje kostno-mišičnih obolenj v zdravstvu. Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti; 2008. Pridobljeno 14. 12. 2013 s [http://www.osha.mddsz.gov.si/resources/files/pdf/28\\_patient\\_handling\\_msdsl.pdf](http://www.osha.mddsz.gov.si/resources/files/pdf/28_patient_handling_msdsl.pdf).
5. Fink, A. in Kobilšek, P. V. (2013). Zdravstvena nega pacienta pri življenjskih aktivnostih. Ljubljana: Grafenauer.
6. Goldman, R. H., Jarrard, M. R., Kim, R., Loomis, S. in Atkins, E. H. (2000). Prioritizing back injury risk in hospital employees: application and comparison of different injury rates. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*; 42 (6), 645-652.
7. Hočevar Posavec, B. (2014). Smernice za premeščanje na invalidski voziček. V R. Petkovšek Gregorin, V. Vidmar (ur.). *Premeščanje pacienta* (str. 23-33). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti.
8. Ivanuša, A. in Železnik, D. (2008). Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
9. Jeruc Tanšek, M., Murnik Gregorin, M. in Radon, E. V. (2010). Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
10. Kataoka, M., Yasuda, T., Kataoka, T., Ueda, E., Yonetsu, R. and Okuda, K. (2012). Movement strategies during car transfers in individuals with tetraplegia: a preliminary study. *Spinal Cord*, 50 (6), 440-445.
11. Koontz, A. M., Lin, Y. S., Kankipati, P., Boningre, M. L. and Cooper, R. A. (2011). Development of custom system for biomechanical evaluation of independent wheelchair transfers. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 48 (8), 1015-1028.
12. Križanec, S., Par, L. in Pavrič – Konušek, K. (2008). *Ergonomija v zdravstveni negi*. RS Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. Pridobljeno 13. 12. 2013 s <http://www.zdravstvena-nega.mddsz.gov.si/index.php>.
13. Markovič, A., Radić, D. in Slemenšek, A. (2007). *Ergonomija in fizične obremenitve zdravstvenih delavcev v domovih starejših občanov*. Celje: Srednja zdravstvena šola Celje.
14. Moving and Handling People: The New Zealand guidelines 2012. Pridobljeno 14. 12. 2013 s <http://www.acc.co.nz/preventing-injuries/at-work/industry-specific-safety/moving-and-handling-people-nz-guidelines/index.htm>.
15. Nelson, A. (2005). Patient care ergonomics resource guide: Safe patient handling and movement. Patient Safety Center of Inquiry. Pridobljeno s <http://www.vsn8.va.gov/patientsafetycenter/resguide/ErgoGuidePtOne.pdf>.

16. Nelson, A. and Baptiste, A. S. (2004). Evidence-Based Practices for Safe Patient Handling and Movement. Online Journal of Issues in Nursing, 9 (3). Pridobljeno 15. 12. 2013 s <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume92004/No3Sept04/EvidenceBasedPractices.html>.
17. Nelson, A., Collins, J., Knibbe, H., Cookson, K., De Castro, A. and Whipple, K. (2007). Safe patient handling. Nursing Management 38 (3), 26-32.
18. Petkovšek Gregorin, R. in Vidmar, V. (2014). Poškodbe pri delu med izvajalci zdravstvene nege v URI - Soča. V R. Petkovšek Gregorin, V. Vidmar (ur.). Premeščanje pacienta (str. 11-21). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti.
19. Pravilnik o zagotavljanju varnosti in zdravja pri ročnem premeščanju bremen (2005). Uradni list Republike Slovenije, št. 73.
20. Ramšak, C. (2000). Izpostavljenost zdravstvenih delavcev. Zbornik predavanj strokovnega srečanja medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Celje.
21. Stričević, J. (2010). Oblikovanje standardov v zdravstveni negi z upoštevanjem ergonomskih načel za zmanjševanje biomehaničnih obremenitev hrbtenice. Doktorska naloga. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.
22. Teržan, M. (2014). Varno premeščanje bremen v zdravstveni dejavnosti. V R. Petkovšek Gregorin, V. Vidmar (ur.). Premeščanje pacienta (str. 1-9). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti.
23. Van Tulder, M. V., Koes, B. W. and Bouter, L. M. (1995). A cost of illness study of low back pain in the Netherland. Pain 62, 233-240.
24. Waters, T. R. (2007). When is it safe to manually lift a patient? American Journal of Nursing, 107 (8), 53-59.
25. Waters, T. R., Nelson, A., Hughes, N. and Menzel, N. (2009). Safe patient handling training for schools of nursing. Atlanta: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and prevention, National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), 12.
26. Work Safe Victoria. Transferring people safely. A handbook for workplaces; 2009: Edition No. 3. Pridobljeno 16. 2. 2014 s [http://www.worksafe.vic.gov.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/12224/Transferring\\_People\\_Safely\\_-\\_Web.pdf](http://www.worksafe.vic.gov.au/_data/assets/pdf_file/0011/12224/Transferring_People_Safely_-_Web.pdf).
27. Workers' Compensation Board of British Columbia. Back Pain Statistics. Pridobljeno 14. 9. 2014 s [http://worksafebc.com/publications/reports/statistics\\_reports/assets/pdf/stats2012.pdf](http://worksafebc.com/publications/reports/statistics_reports/assets/pdf/stats2012.pdf).

## Od kakovosti do upravljanja znanja v domovih za starejše

UDC 364-54-053.9

**KLJUČNE BESEDE:** kakovost, znanje, domovi za starejše

**POVZETEK** - Organizacija, kot je dom starejših občanov, se mora ves čas prilagajati novim zahtevam, potrebam in pričakovanjem s strani uporabnika, ta cilj pa lahko dosega le z organizacijo, ki deluje po principu »ba« učnega prostora (model Nonaka in Takeuchi), kjer je nujna medsebojna izmenjava idej in izkušenj. Samozadostnost ob strokovnem znanju je premalo, da bi lahko zadostili pričakovanjem uporabnika. Ravno ta pa je tisti, ki določa kakovost. Kako uskladiti zakonske zahteve, nova pričakovanja in nove potrebe, skladno s tendenco po vse bolj »vitki« organizaciji, manjši kadrovski zasedbi, z nestimulativnimi orodji. Odgovor lahko najdemo v upravljanju znanja s podarkom na upravljanju s talenti in vodenjem v stilu coachinga – treba je čim bolj usposobiti zaposlene. Njihov razvoj, dobri medsebojni odnosi in stimulatívno vodenje omogoča učni prostor znotraj organizacije. Samozadostnost strokovnega znanja brez zavedanja, da je treba uporabnika obravnavati celostno in ga upoštevati, postaja slepa ulica obravnave. Primerjava upravljanja kakovosti z modelom upravljanja znanja omogoča vodjem spodbuditi zaposlene k polni zavzetosti in usmerjenosti k uporabniku.

UDC 364-54-053.9

**KEY WORDS:** quality, knowledge, residential care homes

**ABSTRACT** - An organization, such as a residential care home needs to be constantly adjusted to new requirements, needs and expectations of the users, however, this objective can only be achieved by the organization, which operates on the principle of "ba" learning space (Nonaka and Takeuchi model), where mutual exchange of ideas and experiences is necessary. Self-sufficiency and the expertise is not enough to satisfy the user's expectations. The user is namely the one who determines the quality. We have to balance regulatory requirements, new expectations and new needs in accordance with tendency towards increasingly "lean" organization, staffing and less stimulative tools. The answer can be found in knowledge management with a focus on talent management and leadership style of coaching – to recruit the employees. Personal and professional development, good interpersonal relations and management provides a stimulating learning environment within the organization, which is a necessary condition for the long-term sustainable development. Self-sufficiency skills without awareness to comprehensively consider the user become a dead end treatment. Comparison of the quality management with the model of knowledge management enables managers to encourage their employees to full commitment and orientation towards the user.

### 1 Upravljanje znanja v organizaciji

Znanje na srečo nima omejitev. Če posameznik prispeva k razvoju organizacije s svojim znanjem, zaradi tega ni šibkejši, na ta način ima priložnost preizkusiti svoje znanje, ga nadgraditi; ko dobi povratno informacijo, se znova uči in je tako »bogatejši«. Potrebna pa je odprtost razmišljanja za drugačne ideje, pripravljenost na spremembe, pripravljenost na sodelovanje in predanost svojemu delu in organizaciji.

Tri značilnosti znanja, ki otežujejo proces upravljanja znanja, so: tacitnost, kompleksnost in specifičnost (Dierickx in Cool, 1989; Reed in DeFillippi, 1990; Doz, Santos in Williamson, 2001; McEvilly v Chakravorthy, 2002). Te značilnosti povečujejo t. i.

lepljivost – strošek prenosa znanja med organizacijskimi mejami in stopnjo, ki preprečuje identifikacijo znanja (Zander in Kogut, 1995; Szulanski, 1996; von Hippel, 1998 v Chakravarty in drugi, 2008, str. 310).

Osnovni pogoji, ki jih mora organizacija izgraditi za klimo, ki bo omogočala učenje in prenos znanja, so (ob predpostavki, da imamo kolektiv zaposlenih, ki s svojim znanjem uspešno opravlja naloge, ter izpolnjene potrebne materialne pogoje):

- zaupanje med zaposlenimi in v vodstvo,
- sodelovanje, teamsko ali projektno delo in
- uspešna komunikacija med zaposlenimi.

Aktivnosti, ki se odvijajo v okviru upravljanja znanja, so: (1) akumulacija znanja, (2) zaščita in (3) uporaba znanja. Kot navaja Nonaka (1994, str. 15): »Čeprav se pojma informacija in znanje pojavljata izmenoma, obstaja jasna razlika med pojmom ... informacija je tok sporočil, medtem ko je znanje ustvarjeno in organizirano s tokom informacij, zasidranih na zavezi in prepričanjih njegovega lastnika«. »Znanje je akumulirano, ko oddelki znotraj organizacije kot celota pridobijo novo razumevanje oz. vedenje« (Chakravarty, 2008, str. 307) oz.: »Znanje je razvito, ko je prisotna kognitivna asociacija, ki poteka med akcijo in posledicami« (Hedberg, 1981).

Upravljanje znanja predstavlja sistem v organizaciji, ki omogoča prenos, artikulacijo in zajetje znanja z namenom:

- prenosa tihega znanja posameznika v artikulirano, skupno (eksplicitno) znanje organizacije (iz človeškega v strukturni kapital) in
- spodbuditi ustvarjanje novega znanja.

### *1.1 Odnos med upravljanjem znanja in upravljanjem za obvladovanje kakovosti (TQM)*

»Isti ljudje, ki niso bili uspešni pri Total Quality Managementu, tudi ne bodo uspešni pri upravljanju znanja« (Gamble in Blackwell, 2001, str. 50).

Korenine upravljanja znanja izhajajo iz filozofije Total Quality Management (TQM), zato si bomo pogledali razliko med obema načinoma:

- Upravljanje znanja se ukvarja s tem, kako organizacija lahko razvija svojo prakso tega, kar dela, da lahko razvije razumevanje, zakaj je bilo narejeno.
- TQM se je usmeril v organizacijo z vidika izboljševanja kakovosti ali učinkovitosti praks, zato je bila pozornost usmerjena ne toliko v to, kar je organizacija vedela, temveč v to, kako je naredila tisto, kar je delala. TQM se je osredotočal predvsem na vprašanje kakovosti, zmanjševanja/odpravljanja napak, pritožb – ne pa v vprašanje smiselnosti procesa, končnega cilja. Pri tem ne pozabimo, da: »Preveč fokusa na kakovost lahko povzroči, da organizacija izgubi širšo sliko« (Gamble in Blackwell, 2001).

### *1.2 Ustvarjanje znanja v organizaciji*

Skorajda aksiom že predstavlja, da ustvarjanje znanja leži v srcu konkurenčne prednosti (Nonaka in Takeuchi, 1995, von Krogh in drugi, 2000). Izrazi, kot so »podjetja se učijo« ali »podjetja vedo« so postali fraze, ki se uporabljajo zelo pogosto, tudi če na

praktični ravni ni prisotne posebne strategije za spodbujanje, spremljanje in zavedanje o pomenu znanja.

Proces ustvarjanja znanja je nedokončan proces, ki zahteva nenehno inovacijo. Če želimo spodbuditi ustvarjanje znanja, moramo tudi že vnaprej vedeti, kaj bomo naredili z novim znanjem, kako bomo poskrbeli za prenos obstoječega in novonastajajočega znanja med ostale zaposlene. Velik problem pri upravljanju znanja velikokrat predstavlja ravno količina vsega (eksplicitnega) znanja, ki ga je treba smiselno urediti in omogočiti zaposlenim dostop do njega. Kot je proces ustvarjanja znanja večno nedokončan proces, so tudi razmere v zunanjem okolju, v katerem deluje organizacija, ves čas spremenljive, enako tudi pričakovanja, želje in zahteve uporabnikov in potrošnikov.

Organizacija se mora zato zavedati dveh virov ustvarjanja znanja, ki sta med seboj neposredno povezana:

- obstoječega tihega znanja zaposlenih in organizacijskega znanja,
- nenehne sposobnosti ustvarjalnosti, veščin, lastnosti zaposlenih, ki omogočajo ustvarjanje novega znanja.

»Tisto, kar loči organizacijo, ki ustvarja znanje, od drugih, je sistematično upravljanje procesa upravljanja znanja« (Nonaka, 1995, str. 125).

Organizacijo, ki temelji na znanju, sestavljajo različne skupine ljudi, ki so razvile entuziazem do učenja, kar se neposredno povezuje s skladnostjo individualnih in organizacijskih pričakovanj, visoke zaveze zaposlenih in sodelovalno klimo. Ni pa pričakovati, da bomo do takšne situacije prišli kar slučajno. V sklopu strateškega vodenja moramo zgraditi koncept takšne organizacije in omogočiti, da znanje prične krožiti znotraj organizacije. Pri tem se srečamo z dominantno logiko organizacije, ki je sicer poslovni pojem, povezan predvsem z diverzifikacijo dejavnosti podjetij, v našem primeru pa pomeni dominantna logika pot do cilja organizacije, ki ve, kaj delati z znanjem zaposlenih in ki spodbuja inovativnost pri zaposlenih.

Dominantna logika predstavlja skupno kognitivno mapo (Prahalad in Bettis, 1986) in strateški miselni vzorec vrhnjega menedžmenta ali dominantne koalicije ter je tesno povezana s procesi in orodji, ki jih uporablja vrhnji menedžment; kot taka ima vpliv tako na obnašanje kot na razmišljanje in delovanje posameznika. Koncept dominantne logike odraža, koliko je vodstvo v resnici pripravljeno vložiti v prenos in razvoj znanja, kakšne aktivnosti sproža z namenom aktivacije znanja, koliko zares verjame v sodobne izjave o družbi znanja, predvsem pa, koliko vodstvo dejansko upošteva zaposlene kot »korenine svoje organizacije« (oz. koliko jih ima zgolj kot (nadomestljiv) strošek).

Modernizacija javnega sektorja poteka v primerjavi z zasebnim sektorjem počasneje, a z uvedbo, miselnostjo novega javnega managementa, konkurenco v delih javnega sektorja, zanesljivo vodi k spremembam v načinu delovanja organizacij in njihovega sodelovanja z okoljem. V tej poti so primorane spreminjati in prilagajati se tudi ustanove, kot so domovi za starejše.

Na področju upravljanja in vodenja domov za starejše se – tako pod vplivom sodobnih vodstvenih trendov kot tudi krize – pojavljajo spremembe, ki v precejšnji meri vplivajo tudi na strategijo in stil upravljanja. Več je pritiskov, večja so pričakovanja,

zaposlovanje se zaustavlja že nekaj let, pa tudi vse več znanja se pričakuje od zaposlenih in tudi vse večja prilagodljivost organizacij glede na novo nastale razmere oz. na spremembe v okolju.

Prilagajanje domov za starejše kot organizacije v javnem sektorju z aktivacijo tihega znanja zaposlenih je logično nadaljevanje razvoja in prilagajanja potrebam družbe po procesih »upravne reforme«: uvajanja kakovosti, novega javnega menedžmenta in evalvacij znotraj javnega sektorja.

## 2 Metodologija

### 2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Teoretično preučevanje je temeljilo predvsem na metodi analize pisnih virov. S študijem relevantne literature in virov smo poskušali opredeliti pomembnejša teoretična izhodišča, za katera menimo, da so relevantna glede na namen prispevka. S pomočjo sekundarne analize smo uredili in ovrednotili podatke o kompetencah in socialnem povezovanju zaposlenih v organizacijah javnega sektorja. V raziskavi je bila uporabljena deskriptivna, factorska in korelacijska analiza ter analiza variance.

### 2.2 Vzorec

V vzorec udeležencev raziskave smo zajeli 1351 oseb, od tega 441 moških in 905 žensk. Starostna struktura vzorca je naslednja: 503 udeleženci raziskave so mlajši od 30 let, med 31 in 40 let starosti jih je 609, med 41 in 50 let 188 in starejših od 50 let 51 udeležencev raziskave. Glede na sektor zaposlitve je vzorec udeležencev raziskave naslednji: v javnem sektorju jih je zaposlenih 811, v zasebnem neprofitnem sektorju 37, zasebnem sektorju pa 476 udeležencev raziskave (kot drugo je navedlo 9 anketiranih). Glede na poklicne skupine je struktura vzorca naslednja: skupina inženirji in arhitekti 282, skupina zdravniki 132, skupina VŠ profesorji, SŠ predavatelji in OŠ učitelji 382, poslovneži 347, pravniki 103 in uradniki 106 udeležencev raziskave.

*Tabela 1: Deskriptivna statistika za vzorec udeležencev raziskave*

| <i>Variabla</i>    | <i>Kategorija</i> | <i>Opis</i>               | <i>n</i> |
|--------------------|-------------------|---------------------------|----------|
| Starost (n = 1351) | 1                 | < 30                      | 503      |
|                    | 2                 | 31-40                     | 609      |
|                    | 3                 | 41-50                     | 188      |
|                    | 4                 | > 50                      | 51       |
| Spol (n = 1346)    | 1                 | Moški                     | 441      |
|                    | 2                 | Ženska                    | 905      |
| Sektor (n = 1333)  | 1                 | Javni sektor              | 811      |
|                    | 2                 | Zasebni neprofitni sektor | 37       |
|                    | 3                 | Zasebni sektor            | 476      |
|                    | 4                 | Drugo                     | 9        |

|                             |   |                                               |     |
|-----------------------------|---|-----------------------------------------------|-----|
| Poklicna skupina (n = 1352) | 1 | Inženirji in arhitekti                        | 282 |
|                             | 2 | Zdravniki                                     | 132 |
|                             | 3 | VŠ profesorji, SŠ predavatelji in OŠ učitelji | 382 |
|                             | 4 | Poslovneži                                    | 347 |
|                             | 5 | Pravniki                                      | 103 |
|                             | 6 | Uradniki                                      | 106 |

Uporabljeni vprašalnik je nastal v okviru mednarodnega projekta »Visokošolsko izobraževanje kot generator ključnih kompetenc« (Higher Education as a Generator of Strategic Competences oz. HEGESCO) in je potekal pod koordinatorstvom Univerze v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede. Vprašalnik je bil anonimen in ni bil ozko omejen zgolj na področje domov za starejše, temveč je bil fokusiran na razlike med organizacijami v javnem in v zasebnem sektorju.

### 3 Rezultati

*Hipoteza:* Med različnimi poklicnimi skupinami znotraj javnega sektorja obstajajo statistično pomembne razlike glede na stopnjo inovativnosti.

Pri preverjanju hipoteze smo upoštevali odgovore o ravni inovativnosti v organizaciji glede na področje izdelkov in storitev izbranih poklicnih skupin: učitelji, zdravniki, uradniki v javni upravi ter inženirji in arhitekti, poslovneži in pravni strokovnjaki.

Glede na dobljene rezultate smo ugotovili, da obstajajo statistično pomembne razlike in da hipotezo lahko potrdimo. Ugotovili smo, da so najnižje ocenili stopnjo inovativnosti uradniki, medtem ko so učitelji in zdravniki ocenili stopnjo inovativnosti višje. Glede na opravljanje funkcije, ki je pri učiteljih in zdravnikih strokovna in zahteva prilagajanje spremembam, je pričakovana višja stopnja inovativnosti glede na uradniško funkcijo.

*Hipoteza:* Med različnimi poklicnimi skupinami znotraj javnega sektorja obstajajo statistično pomembne razlike glede na obseg družbenih interakcij.

Med različnimi poklicnimi skupinami znotraj javnega sektorja obstajajo statistično pomembne razlike ( $F = 29.45$ ;  $p = <0.0001$ ) glede na obseg družbenih interakcij. Hipotezo lahko sprejmemo.

Ugotovili smo, da učitelji najnižje ocenjujejo obseg družbenih interakcij – zdravniki ocenjujejo (glede na ostale poklicne skupine) obseg družbenih interakcij višje.

### 4 Razprava

Sklenemo lahko, da obseg družbenih interakcij ni pomembno povezan s stopnjo inovativnosti organizacije. Če je namen vodstva spodbuditi inovativnost v domovih

(kakršna je tudi trenutno zastavljena strategija ministrstva za javno upravo za organizacije javnega sektorja), spoznavamo, da družbene interakcije niso tisti ključni dejavnik, ki bi lahko pomembno vplival na povečanje inovativnosti v organizaciji. Ob tem pa ne smemo pozabiti vloge družbenih interakcij pri delu za prenos in aktivacijo tihega znanja: obsegu družbenih interakcij se namreč priključijo posledično tudi drugi dejavniki, ki vplivajo na aktivacijo tihega znanja: zaupanje, počutje in medosebni odnosi v kolektivu, skupno iskanje rešitev, timsko delo ipd.

Možnost nadaljevanja preučevanja pomeni iskanje povezave med obsegom družbenih interakcij, sodelovalno klimo v organizaciji in inovativnostjo organizacije. Sveiby (2002) je ugotovil, da ocenjujejo zaposleni v javnem sektorju sodelovalno klimo nižje kot kolegi v zasebnem sektorju – ob tem zastavlja vprašanje o pomenu znanja v javnem sektorju: javni sektor zaposluje veliko število umskih delavcev in nima manjše potrebe po prenosu znanju v primerjavi z zasebnim sektorjem. Avtor na podlagi izvedene raziskave predvideva, da obstaja v javnem sektorju velik potencial za izboljšanje učinkovitosti umskega dela.

## 5 Sklep

Pričetek upravljanja znanja v organizacijah javnega sektorja, kot so domovi za starejše, zaenkrat postaja popolnoma avtonomno vprašanje za vodstvo posamezne organizacije in od njega je odvisno, ali bo naklonjeno razvoju človeških virov in razvoju znanja znotraj posamezne organizacije ali ne. Kot ugotavlja Svetlik (2004, str. 12), se management morda zaveda strateške vloge človeških virov in še posebej pomena izobraževanja in usposabljanja zaposlenih, hkrati pa naivno pričakuje, da bodo zaposleni sprostili svoje znanje z uporabo nespremenjenih avtokratskih in neparticipativnih metod vodenja. Temu moramo posvetiti pri izbiri ustreznega vodenja tudi pozornost, saj lahko na ta način omogočimo pretok idej, znanja in izkušenj in ustvarimo pogoje za ustvarjanje znanja znotraj domače organizacije.

## LITERATURA

1. Burton-Jones, A. (1999). *Knowledge capitalism*. New York: Oxford University Press.
2. Chakravarthy, B. et al. (2008). *Knowledge management and competitive advantage*. In M. Easterby-Smith and Lyles, M. (ed.). *Handbook of Organizational Learning and Knowledge Management*. Oxford: Blackwell Publishing.
3. Ferfila, B. (2002). *Ekonomski vidiki javne uprave*. Ljubljana: UL FDV.
4. Gamble, P. R. and Blackwell, J. (2001). *Knowledge management: a state of the art guide*. London: Kogan Page.
5. Hofstede, G. (1997). *Cultures and organizations: software of the mind*. London: McGraw Hill.
6. Huczynski, A. and Buchanan, A. D. (2007). *Organizational behaviour*. London: Prentice Hall.
7. Ichijo, K. and Nonaka, I. (2007). *Knowledge creation and management: new challenges for managers*. Oxford: Oxford University Press.
8. Ichiyo, K. (2007). *Knowledge creation and management, new challenges for managers*. New York: Oxford University Press.

9. Leonard, D. and Sensiper, S. (1998). The role of tacit knowledge in group innovation. *California Management Review*, 40 (3), 40-54.
10. Leonard-Burton, D. (1995). *Wellsprings of knowledge*. Cambridge: Harvard Business Press.
11. Nonaka, I. (1994). A dynamic theory of organizational knowledge creation. *Organization Science*, 5, 14-37.
12. Nonaka, I. and Konno, N. (1998). The concept of »BA« – building a foundation for knowledge creation. *California Management Review*, 40 (3), 40-54.
13. Nonaka, I. and Takeuchi, H. (1995). *The knowledge – creating company*. New York: Oxford University Press.
14. Scarbrough, H. and Carter, C. (2000). *Investigating knowledge management*. London: CIPD.
15. Stewart, T. A. (1997). *Intellectual capital, The New Wealth of Organization*. London: Nicholas Brealey Publishing.
16. Sveiby, K. E. (2002). Collaborative climate and effectiveness of knowledge work – an empirical study. *Journal of Knowledge Management*, 6 (5).
17. Svetlik, I. et al. (2004). *Razpoke v zgodbi o uspehu*. Ljubljana: Sophia.
18. Von Krogh, G., Ichijo, K. and Nonaka, T. (2000). *Enabling knowledge creation: how to unlock the mystery of tacit knowledge and release the power of innovation*. Oxford: Oxford University Press.
19. Wittgenstein, L. (1958). *Philosophical investigations*. Oxford: Blackwell.

# Sociološki pogled na znanje kot vrednoto in kulturni kapital družbe

UDK 613+316.344

**KLJUČNE BESEDE:** kulturni kapital, znanje, vrednote, zdravje, družbeni status

**PRISPEVEK** - Prispevek obravnava sociološki pristop razumevanja pomena znanja za kakovostnejše razumevanje vrednot in hkrati zdravja kot najvišje vrednote družbe in posameznika. V sociološki koncept razumevanja znanja v odnosu do družbene pozicije posameznika je nedvomno največ prispeval Pierre Bourdieu, francoski sociolog, ki izpostavlja status privilegiranih družbenih razredov v odnosu do izobraževanja in izobraževalnega sistema. Eden izmed njih, zagotovo funkcionalno pomemben za delovanje družbe, je (tudi) zdravje. Zdravje je vrednota in »privilegij postmoderne družbe«. Analiza prispevka Sistematični pregled razmerja med socialnim kapitalom in socio-ekonomskimi neenakostmi v zdravju: prispevek k boljšemu razumevanju psiho-sociološke neenakosti v zdravju (Uphoff, Pickett, Cabieses, Small in Wright, 2013) in primerjava podatkov, pridobljenih na Statističnem Uradu RS (Kakovost življenja, 2012), omogočata kritično analizo družbe oz. njenega odnosa do zdravja posameznikov, ki izhajajo iz sociološke determinante, torej socialnega in kulturnega kapitala družbe.

UDC 613+316.344

**KEY WORDS:** cultural capital, knowledge, values, health, social status

**ABSTRACT** - The article discusses the sociological approach of understanding the meaning of knowledge for a more qualitative comprehension of values and at the same time health as the utmost value of both, the society and the individual. Pierre Bourdieu, a French sociologist, was the one who without doubt contributed the most to the sociological concept of understanding knowledge in correlation towards the social position of the individual. He exposed the status of privileged social classes in correlation to education and education system. The culture of the leading class also presents the culture of values and privileges as well. The analysis of the article "A systematic review of the relationships between social capital and socioeconomic inequalities in health: a contribution to understanding the pathway of health inequalities" (Uphoff, Pickett, Cabieses, Small and Wright, 2013) and a comparison of data obtained at the Statistical Office of the Republic of Slovenia (Quality of life, 2012) introduce a critical analysis of the society towards the health of individuals, which originate in the sociological determinant of both, the social and the cultural capital of the society.

## 1 Uvod

Pomen izoraževanja in hkrati prenos vrednot ter kopičenje kulturnega kapitala predstavlja tudi danes enega ključnih raziskovalnih področij sociologije in tudi sociologije medicine.

Pierre Bourdieu je s svojimi sodelavci na Centru za evropsko sociologijo v Parizu razvil lastni koncept oziroma kulturno razlago izobraževanja (posledično tudi izobrazbe) ter dosežkov na področju le-tega. Teorija o kulturni deprivaciji je bila deležna številnih kritik, kot navajata Haralambos in Holborn (1999, str. 764), saj so po tej teoriji kulture višjega sloja (razreda) superiorne kulturam delavskega razreda, nižjemu družbenemu razredu in statusu posameznika. Kritika se navezuje predvsem na dejstvo, da naj bi bili po teoriji o kulturni prikrajšanosti pripadniki delavskega razreda sami krivi za neuspehe svojih otrok v izobraževalnem sistemu.

## 2 Pierre Bourdieu ter koncept kulturnega dosežka v korelaciji z znanjem

Bourdieu je trdil, da je za neuspeh delavskega razreda v izobraževanju, kriv sam izobraževalni sistem in ne kultura delavskega razreda, saj je izobraževalni sistem sistematično povezan s kulturo vladajočega razreda. Pri tej »prevladi« tudi razvrednoti znanje in sposobnosti delavskega razreda, navajata Haralambos in Holborn (1999, str. 764), pri tem tudi opozarjata na pomen marksističnega stališča do teorije kulturnega kapitala, saj kot teoretična smer ne predpostavlja, da bi bila kultura višje pozicioniranih družbenih razredov boljša od kulture delavskega razreda (Haralambos, Holborn, 1999, str. 764).

Kamin in Tivadar (2011) navajata, da je po Bourdieuju ekonomski kapital kot vir možno zamenjati neposredno za denar, le-ta pa se institucionalizira v pravicah posameznikov. Tu gre seveda za vse prihodke posameznika, njegovo premoženje, nepremičnine, vrednostne papirje itd. Tu gre za transformacijo ene oblike kapitala v drugo, se pravi ekonomskega kapitala v socialni kapital. Avtorici navajata, da denar sicer omogoči lažjo pot do izobrazbe posameznika, a je izobraževanje zahtevno, vendar pa so koristi, ki jih posameznik ima od te »poti izobraževanja«, tudi prežete s socialnim kapitalom, saj so vezi in interakcije, ki jih oblikujejo posamezniki v času izobraževanja, produkt socialnega kapitala (Kamin in Tivadar, 2011, str. 48).

Bourdieu v delu *Praktični čut I* ugotavlja, da so strukture, ki definirajo eksistenco določenega razreda, tiste, ki preko ekonomskih in družbenih nujnostih pritiskajo na domačo ekonomijo, proizvajajo strukture habitusa. Habitus, izdelek zgodovine, kot ga imenuje Bourdieu (2002, str. 93), proizvaja kolektivne prakse, ki so posledično zgodovinske. Habitus je organizem, ki »si ga je polastila skupina in ki je vnaprej usklajen z zahtevami skupine, funkcionira kot materializacija kolektivnega spomina, ki v naslednikih reproducira dosežek predhodnikov. Težnja skupine po ohranjanju svoje biti, ki je tako zagotovljena, deluje na dosti globlji ravni, kot je raven »družinskih tradicij«, katerih stalnost predpostavlja zavestno vzdrževano zvestobo in tudi njene varuhe« (Bourdieu, 2002, str. 93).

Habitus, ki ga Bourdieu reflektira tudi na proizvodjanje misli, dejanj, ima zelo pomembno vlogo pri transformaciji kolektivne miselnosti, znanja in je hkrati temelj vsake družbene formacije.

Pomembna je razlaga vzpostavitve okoliščin med različnimi družbenimi formacijami, med katerimi se je zasnoval habitus, pogoji in okliščine, v katerih deluje (Bourdieu, 2002, str. 96).

Bourdieu v prispevku »Šola kot konzervativna sila: kulturne in sholastične neenakosti« govori o verjetnosti, da je kulturna inercija kriva za to, da vzgojo in izobraževanje gledamo kot osvobajajočo silo in sredstvo za povečanje socialne mobilnosti. Četudi vsi indici kažejo, da je prav izobraževanje eno od najbolj učinkovitih sredstev za ohranjanje obstoječega socialnega vzorca, ker zagotavlja opravičilo za socialne neenakosti, hkrati priznava kulturno dediščino kot naravni socialni dar (Bourdieu, v Eggleston, 1974, str. 32).

Pri vzgoji in izobraževanju se pojavlja tudi eliminiranje, ki zadeva tudi najvišje stopnje sistema. Možnosti za vstop v višje stopnje izobraževanja so odvisne od direktne ali indirektne selekcije, ki odstopa v strogosti pri različnih družbenih razredih v času njihovega šolskega življenja. Sin »managerja« bo 80-krat bolj verjetno šel na univerzo kot pa sin kmečkega delavca, 40-krat bolj verjetno kot sin tovarniškega delavca in dvakrat bolj verjetno kot sin očeta, ki je zaposlen v poklicu nižjega plačilnega razreda. Osupljivo je, da kolikor višja je stopnja izobraževalne institucije, toliko bolj aristokratska je njena socialna struktura učencev.

Vendar pa samo navajanje dejstev o izobraževalni neenakosti ni dovolj. Potrebujemo opis objektivnih procesov, ki nenehno izključujejo otroke iz najmanj privilegiranih družbenih razredov. Bourdieu navaja, da lahko sociološka obrazložitev potrjuje neenak dosežek, ki se običajno vloži v »neenako« zmožnost. Večinoma se učinki kulturnega privilegija opazujejo samo v njihovih najbolj primitivnih, nedodelanih oblikah – dobronamerna beseda, pravi kontakti, pomoč pri študiju, dodatno poučevanje, informacije o vzgojno-izobraževalnem sistemu, trgu delovnih mest. Dejansko vsaka družina svojim otrokom prenese, bolj indirektno kot direktno, določen kulturni kapital in določen etos. Slednji je sistem implicitnih in globoko ponotranjenih vrednot, ki med drugim pomaga definirati odnose do kulturnega kapitala in vzgojno-izobraževalnih institucij. Kulturna dediščina, ki se razlikuje od obeh pogledov glede na družbeni razred, je razlog za začetno neenakost otrok, ko se ti soočajo z izpiti in testi, in posledično z neenakimi dosežki (Bourdieu, v Eggleston, 1974, str. 32-33).

### 3 Izbira možnosti

Bourdieu se pri problemu »izbire možnosti« osredotoči na problem posameznika in družbenega razreda, iz katerega izhaja. Pristopi članov različnih družbenih razredov, staršev in otrok in predvsem njihovih mnenj o šoli, kulturi šole, prihodnosti, v katero vodijo različne vrste študijev, so v veliki meri izraz sistema eksplicitnih in implicitnih vrednot, ki jih imajo kot rezultat pripadnosti danemu družbenemu razredu. Dejstvo, da različni družbeni razredi vpišejo (kljub enakemu dosežku) različno število svojih otrok na gimnazije, se pogosto razlaga z izrazom »starševska izbira«. Obstaja dvom, če je možno smiselno uporabiti takšen izraz (razen metaforično), ker so ankete pokazale, da »na splošno obstaja velika korelacija med starševsko izbiro in izbiro možnosti« – z drugimi besedami, starševska izbira je v večini primerov določena z realnimi možnostmi. Dejansko se vse zgodi tako, kot da so bili starševski pristopi do vzgoje ali izobraževanja svojih otrok – prikazano v izbiri glede tega, da jih pošljejo na višjo šolo ali jih pustijo v višjih razredih osnovne šole, oziroma vključijo v izobraževalni proces v gimnazijo (in s tem sprejmejo proces podaljšanih študijev, vsaj do mature) ali pa na fakulteto (in s tem sprejmejo krajše obdobje izobraževanja, do diplome) – primarno interiorizacija usode, ki je objektivno dodeljena (in statistično kvantificirana) kot celota družbeni kategoriji, v katero spadajo. Nenehno jih njihova »usoda« opozarja s strani direktnega ali indirektnega pristopa, s strani statistike neuspehov ali

delnih uspehov otrok v istem izobraževalnem sistemu, kot tudi manj direktno, s strani evalvacije (ovrednotenja) osnovnošolskega učitelja, ki v svoji vlogi kot svetovalec zavestno ali nezavestno upošteva družbeni izvor svojih učencev in tako nenamerno in neprostovoljno uravnoveša prekomerno teoretično naravo napovedi, ki temelji zgolj na uspehu učenca. Po Bourdieuju (1986/1987, str. 47, str. 53-54, v Kamin in Tivadar, 2011, str. 1007) je ekonomski kapital tisti vir, ki je takoj zamenljiv za denar, kar se seveda institucionalizira tudi v lastnino (vrednostni papirji, prihranki, nepremičnine ipd.). Ravno zato je ekonomski kapital vir drugih kapitalov, vendar pa transformacija ene oblike kapitala v drugo ni brez dodatnih stroškov, kar seveda lahko opazimo pri dostopu do izobraževanja. Denar sicer omogoči lažji dostop do formalne izobrazbe, je pa v tem segmentu vključena tudi veriga socialnega kapitala.

Če člani nižjih srednjih in delovnih razredov jemljejo realnost kot ekvivalent njihovim željam, je to zato, ker so na tem področju, kot tudi drugje, aspiracije in zahteve definirane tako glede oblike kot tudi vsebine s strani objektivnih pogojev, ki izključujejo možnost upanja na nedosegljivo. Enaki objektivni pogoji kot tisti, ki določajo starševske pristope in dominirajo v večini izbire pri šolski karieri otroka, prav tako vodijo pristop otrok do enakih izbir in posledično njihov celoten pristop do šole (Bourdieu, v Eggleston, 1974, str. 33-34).

Bourdieu (1966) navaja, da sta kulturni kapital in etos oblikovana, se dopolnjujeta, da bi določala vedenje v šoli in v odnosu do šole, kar tvori diferencialno načelo izključevanja, to pa vpliva na otroke iz različnih družbenih razredov. Čeprav je uspeh v šoli neposredno povezan s kulturnim kapitalom, ki ga posreduje družinsko okolje, igra pomembno vlogo tudi pri izbiri izvajanih opcij, nakazuje pa tudi na dejstvo, da je glavna determinanta učenja odnos družine do šole, ki je sama po sebi, kot smo že videli, v funkciji objektivnega upanja o uspehu v šoli, ki določa vsako družbeno kategorijo (Bourdieu, v Eggleston, 1974, str. 35).

#### **4 Primerjava vsebine kulturnega kapitala v povezavi z zdravjem posameznikov**

Sistematični pregled razmerja med socialnim kapitalom in socio-ekonomskimi neenakostmi v zdravju: prispevek k boljšemu razumevanju psiho-socialne neenakosti v zdravju ([//www.equityhealthj.com/content/12/1/54](http://www.equityhealthj.com/content/12/1/54) prikazuje neenakosti v zdravju).

Raziskava razkriva pomen neenakosti v zdravju in hkrati prikazuje in postavlja v ospredje pomembnost psiho-socioloških faktorjev za zdravje, kar omogoča podrobnejšo razlago specifičnih psiho-socioloških smernic. Socialni kapital zajema vpliv socialnega okolja na zdravje in tudi potencialne negativne učinke, ki izhajajo iz socialne neenakosti in izključevanja. Ta sistematski pregled ocenjuje trenutne dokaze in razkriva pomanjkljivosti v znanju, v interakciji med socialnim kapitalom in socio-ekonomskimi neenakostmi v zdravju (<http://www.equityhealthj.com/content/12/1/54>).

Med sistematičnim metodološkim pregledom so v raziskavi identificirali študije o interakcijah med socialnim kapitalom in socio-ekonomskimi neenakostmi v zdravju.

Vključenih je bilo 618 raziskav, od tega je bilo 60 uporabljenih za analizo. Večinoma so bila uporabljena samoporočanja v kombinaciji z različnimi povezavami socialnega kapitala. Večina študij je potrdila korelacijo med socialnim kapitalom in socio-ekonomskimi neenakostmi v zdravju. Nekatere študije so pokazale, da socialni kapital lahko sproži negativne učinke na zdravje ljudi z nizkim socio-ekonomskim statusom, nekatere študije pa so tudi dognale, da ima socialni kapital močnejši pozitiven učinek na zdravje za ljudi nižjega socio-ekonomskega statusa.

Dokazi obstajajo za sprožilni učinek in tudi za učinek od odvisnosti socialnega kapitala na socio-ekonomske neenakosti v zdravju, čeprav je malo študij, ki te interakcije ocenjujejo. Potrebno je več dokazov, ker imajo preverjene hipoteze učinke na delovanje družbe in na delovanje strukturnih vzrokov za socialne neenakosti.

Kljub potencialu, da pojasni izvor neenakosti v zdravju, uporaba socialnega kapitala ni dosegla konsenza pri njegovi definiciji in njegovem merjenju. Sociologi, ekonomisti in politologi so veliko prispevali k teoriji. Putnam (<http://www.equityhealthj.com/content/12/1/54>) vidi socialni kapital kot atribut družbe. Njegova vrednota pa leži v družbenih mrežah in v normah recipročnosti in verodostojnosti, ki iz le-teh izhajata. Spremembe v socialnem kapitalu so povezane s strukturnimi družbenimi spremembami namesto individualnih vplivov. Bourdieu (<http://www.equityhealthj.com/content/12/1/54>), ki poudarja način, na katerega socialni kapital reproducira neenakost, in sicer tako, da nekaterim ljudem omogoča mobilizirati kapital svoje družine, športnega kluba, šole ali drugih združenj v lastno korist. Bourdieu definira socialni kapital kot »agregat aktualnih ali potencialnih virov, ki so povezani z imetjem trajne mreže bolj ali manj institucionaliziranih odnosov medsebojnega spoznavanja in priznavanja«. Namesto Putnamove ideje o socialnem kapitalu, ki je svobodno dostopen družbeni vir, Bourdieu trdi, da pomanjkanje ekonomskega in kulturnega kapitala tvori ovire za podskupine v družbi, da pridobi in uporablja socialni kapital. Coleman (<http://www.equityhealthj.com/content/12/1/54>) je pristopil k socialnemu kapitalu kot načinu integriranja socialne teorije z ekonomsko ob uporabi »teorije racionalnega delovanja«. Trdil je, da socialni kapital zajema pričakovanje recipročnosti znotraj mrež, karakteriziran pa je z visoko stopnjo zaupanja z deljenimi vrednotami. Po Colemanu družbeni kapital tvori javno dobro, ki je v korist vsem (<http://www.equityhealthj.com/content/12/1/54>).

V primerjalni analizi podatkov, pridobljenih v našem družbenem prostoru o razporeditvi kulturnega kapitala v povezavi s kvaliteto življenja posameznikov, ugotovimo, da so po podatkih Slovenskega javnega mnenja (2011) na vprašanje »Ali je pravično ali ni pravično – je prav ali ni prav – da si ljudje z višjimi dohodki lahko kupijo oziroma plačajo boljše zdravstveno oskrbo kot ljudje z nizkimi dohodki?« bili dani naslednji odgovori:

Tabela 1: SJM091 - Slovensko javno mnenje 2009/1

| <i>Vrednost</i> |                                                | <i>Frekvenca</i> |
|-----------------|------------------------------------------------|------------------|
| 1               | zelo pravično, zagotovo prav                   | 11               |
| 2               | deloma pravično, prav                          | 79               |
| 3               | nití pravično, nití nepravíčno, mešani občutki | 167              |
| 4               | deloma nepravíčno, narobe                      | 148              |
| 5               | zelo nepravíčno, zagotovo narobe               | 626              |
| 8               | ne vem, ne morem izbrati                       | 27               |
| 9               | b. o.                                          | 7                |
|                 | Vrednosti spremenljivk od 1 do 5               |                  |

| <i>Veljavni odgovori</i> | <i>Neveljavni odgovori</i> | <i>Minimum</i> | <i>Maksimum</i> | <i>Aritmetična sredina</i> | <i>Standardni odklon</i> |
|--------------------------|----------------------------|----------------|-----------------|----------------------------|--------------------------|
| 1031                     | 34                         | 1              | 5               | 4,26                       |                          |

Vir: <http://www.adp.fdv.uni-lj.si/podatki/sjm/sjm091-vp.pdf>.

Na vprašanje »Ali je pravično ali ni pravično - je prav ali ni prav - da ljudje z višjimi dohodki lahko kupijo oziroma plačajo boljšo izobrazbo svojim otrokom kot ljudje z nižjimi dohodki?« pa naslednji:

Tabela 2: SJM091 - Slovensko javno mnenje 2009/1

| <i>Vrednost</i> |                                                | <i>Frekvenca</i> |
|-----------------|------------------------------------------------|------------------|
| 1               | zelo pravično, zagotovo prav                   | 16               |
| 2               | deloma pravično, prav                          | 82               |
| 3               | nití pravično, nití nepravíčno, mešani občutki | 143              |
| 4               | deloma nepravíčno, narobe                      | 167              |
| 5               | zelo nepravíčno, zagotovo narobe               | 624              |
| 8               | ne vem, ne morem izbrati                       | 23               |
| 9               | b.o.                                           | 10               |
|                 | Vrednosti spremenljivk od 1 do 5               |                  |

| <i>Veljavni odgovori</i> | <i>Neveljavni odgovori</i> | <i>Minimum</i> | <i>Maksimum</i> | <i>Aritmetična sredina</i> | <i>Standardni odklon</i> |
|--------------------------|----------------------------|----------------|-----------------|----------------------------|--------------------------|
| 1032                     | 33                         | 1              | 5               | 4.261                      |                          |

Vir: <http://www.adp.fdv.uni-lj.si/podatki/sjm/sjm091-vp.pdf>.

Ker kulturni kapital vsebuje področje izobraževanja, kar smo lahko v predhodni Bourdieujevi analizi in priloženi raziskavi zasledili, predstavljamo podatke za Slovenijo za formalno izobraževanje. Iz pridobljenih raziskav lahko sklepamo, da je v Sloveniji (Statistični urad RS, 24. 6. 2014) namenjenih največ sredstev za področje osnovnošolskega izobraževanja, kar 42,7 %, sledi srednješolsko izobraževanje, 20,4 %, terciarno

19,7 % ter predšolsko 17,2 %. Se pravi, da je bila glavnina kulturnega kapitala v korelaciji z vloženimi sredstvi fokusirana v osnovnošolsko izobraževanje. Seveda pa ne gre zanemariti dejstva, da se kulturni kapital transformira (ima lastnost pretvorbe), še posebno v izobraževalnem procesu. Pri obravnavi kulturnega kapitala naj omenimo še razredno pripadnost, za katero pa lahko danes trdimo, da je, tudi v korelaciji s kulturnim kapitalom, vezana na pojav revščine. Po podatkih Statističnega urada RS (2014) je zaradi nje kar 20,4 % prebivalcev izpostavljeno visokemu tveganju socialne izključenosti. Podatki kažejo, da se je stopnja tveganja za revščino kljub nižjemu pragu le-te zvišala.

## 5 Zaključek

Iz pričujoče analize lahko sklepamo, da je znanje in izobraževanje posameznikov kulturni kapital, ki se odraža na različne načine. Kot ugotavlja Bourdieu, je kulturni kapital močno povezan s kulturo vladajočega razreda. Tu opozarja predvsem na možnosti in hkrati »nezmožnosti« posameznika, ki izhaja iz nižjega družbenega sloja. Po njegovih ugotovitvah imajo le-ti posamezniki že v začetni fazi izobraževanja bistveno nižje možnosti, da se v prihodnosti potegujejo za »višje družbene pozicije«. Tu seveda igra pomembno vlogo možnost različnih oblik, ki jih kulturni kapital ponuja. Ena izmed teh je tudi socialni kapital, ki v kasnejšem izobraževalnem sistemu določa in vrši socialne interakcije, ki posameznika (lahko) uvrstijo v željeni družbeni razred. Kulturni kapital v korelaciji z zdravjem zagotavlja skupaj z izobraževanjem najpomembnejšo vrednoto posameznika v družbi. Postmoderna družba stremi k visoko izobraženemu in »zdravemu« populacijskemu povprečju. Kljub visokim težnjam po tovrstni prevladi v postmoderni, nam podatki o stopnji revščine in družbeni neenakosti kažejo popolnoma drugačno sliko.

## LITERATURA

1. Bourdieu, P. (1966). »L'école conservatrice«. *Revue française de sociologie*, 7, pp. 225-226, pp. 330-342, pp. 346-347.
2. Bourdieu, P. (2002). *Praktični čut*. Ljubljana: Studia humanitatis.
3. Eggleston, J. (1974). *Contemporary research in the sociology of education. A selection of contemporary research papers together with some of the formative writings of the recent past*. Cambridge: Great Britain at the University Printing House.
4. Fink Hafner, M., Štebe, J., Malnar, B., Uhan, S. in Kurdija, S. Slovensko javno mnenje 2009/1. Pridobljeno s <http://www.adp.fdv.uni-lj.si/opisi/sjm091/>.
5. Haralambos, M. in Holborn, M. (1999). *Sociologija, teme in pogledi*. Ljubljana: DZS.
6. Kamin, T. in Tivadar, B. (2011). Kapitali in zdravje. *Teorija in praksa*, 48 (4), str. 1004-1023.
7. Slovensko javno mnenje (2009/1). *Mednarodna raziskava*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakultete za družbene vede – Inštitut za družbene vede. Center za raziskovanje javnega mnenja in množičnih komunikacij. Pridobljeno s <http://www.adp.fdv.uni-lj.si/podatki/sjm/sjm091-vp.pdf>.
8. Statistični urad RS (2014). *Izdatki za formalno izobraževanje, Slovenija, 2012 – začasni podatki*. Pridobljeno, s [http://www.stat.si/novica\\_prikazi.aspx?id=6375](http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=6375).

9. Statistični urad RS (2014). Kazalniki dohodka in revščine, Slovenija, 2013 – končni podatki. Pridobljeno (datum!) s [http://www.stat.si/novica\\_prikazi.aspx?id=6490](http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=6490).
10. Uphoff, E. P., Pickett, E. K., Cabieses, B., Small, N. and Wright, J. (2013). A systematic review of the relationships between social capital and socioeconomic inequalities in health: a contribution to understanding the psychosocial pathway of health inequalities, *International Journal for Equity*. Pridobljeno s <http://www.equityhealthj.com/content/12/1/54>.

# Zagotavljanje kakovosti zdravstvenih storitev

UDK 614.2+005.336.3

**KLJUČNE BESEDE:** kakovost, zdravstvene storitve, zagotavljanje kakovosti, menedžment celovite kakovosti

**POVZETEK** - Pooblaščenice institucije za merjenje kakovosti v zdravstvu so v številnih državah razvile raznolike metodološke pripomočke in orodja, s katerimi izbiramo ustrezne kazalnike za oceno kakovosti zdravstvene storitve in parametre za njihovo vrednotenje. Slovenija je s sprejetjem Nacionalne strategije za kakovost in varnost v zdravstvu (2010-2015) pospešila sprejem ukrepov na področju zagotavljanja kakovostnih zdravstvenih storitev. V prispevku predstavljamo mednarodna izhodišča za razvoj kakovosti v zdravstvu in zadnje merjenje Evropskega indeksa uporabnikov zdravstvenega varstva za Slovenijo. Izpostavimo investiranje v ohranjanje in izboljševanje zdravja ter se osredotočamo na pristope za zagotavljanje kakovosti. Posebno pozornost namenjamo menedžmentu celovite kakovosti. Ugotavljamo, da kakovost zajema vrsto dejavnosti, ki pa v grobem pomenijo kakovostno izvedbo storitev oz. izdelkov. Le-ta se doseže s sistematičnim izboljševanjem znanja izvajalcev, organiziranostjo zdravstvene oskrbe in delovnega okolja ter vodenja, kar se kaže v dvigu uspešnosti zdravljenja, povečani dostopnosti zdravljenja, bistveno boljših delovnih pogojih ter predvsem v večji varnosti in zadovoljstvu uporabnikov.

UDK 614.2+005.336.3

**KEY WORDS:** quality of health services, quality assurance, total quality management

**ABSTRACT** - For measuring the health care quality in various countries all over the world, authorized institutions developed number of methodological accessories and tools for selection of more or less appropriately defined criteria and indicators of quality health care performance. Slovenia has accelerated adoption of measures in the field of quality assurance of health services by the National Strategy for Quality and Safety in Health Care (2010 – 2015). In this paper, we present international starting points for the development of quality in health care and the last measurement of European Health Consumer Index for Slovenia. We expose investments in maintaining and improving health, and focus on approaches to quality assurance. Particular attention is paid to the total quality management. We find that the quality covers a range of activities, which roughly means the quality of performance of services or products. This is achieved by systematically improving the skills of operators, organization of processes in health care and working environment, as well as management. Improvements in all these fields result in higher treatment success, increased availability of treatment, significantly better working conditions, and especially in the greater security and user satisfaction.

## 1 Uvod

Pojem »kakovost zdravstvene storitve« nam odpira vrsto vprašanj: kdo je odgovoren za kakovost, kakšna le-ta je (dobra, slaba), kaj se lahko še stori, da bi se izboljšala, ali je za stanje kakovosti odgovoren posamezni subjekt (zdravnik, zdravstvena ustanova, država) ali pa kaj drugega. Kakovost storitve lahko obravnavamo s tehničnega in funkcionalnega vidika (Grönroos, 1984). Na podlagi obojega se v okviru pristopov in standardov načrtujejo, pregledujejo, ocenjujejo in izvajajo aktivnosti za zagotavljanje in izboljševanje kakovosti. V zdravstvu se tehnična kakovost nanaša na natančnost diagnoz in postopkov zdravljenja, funkcionalna kakovost pa obsega oskrbo pacienta in njegovo osebno percepcijo storitev. Dobra tehnična kakovost še ne pomeni, da uporabniki zaznavajo kakovost storitve kot dobro, dobra mora biti tudi funkcionalna kakovost.

Zadovoljstvo uporabnika je rezultat primerjave med pričakovano in zaznano kakovostjo storitve. Z razliko od izdelkov, za katere je značilna izkazana kakovost, pri storitvah prevladujejo izkustvene značilnosti in tiste, v katerih obstoj kupec zgolj verjame. Porabniki storitev pričakovanja oblikujejo na podlagi preteklih izkušenj, ustnih priporočil in se pri presojanju kakovosti največkrat opirajo na ceno zdravstvene storitve, osebje in fizične znake (Kotler, 2004, str. 451–452). Pričakovanja so pravzaprav odraz vrednot posameznika in družbe v odnosu do svobode, enakopravnosti, zdravja ljudi, varovanja okolja, učinkovitosti in uspešnosti poslovanja organizacije. Končni razsodnik o kakovosti storitve je njen uporabnik.

Opravljanje storitev kakovostno torej pomeni delovati v skladu s pričakovanju uporabnika. Po Ovretveitu (2009, str. 5) je kakovost storitev v zdravstvu popolno zadovoljevanje potreb tistih, ki zdravstvene storitve najbolj potrebujejo, pri najbolj učinkoviti in produktivni porabi virov v okviru meja in smernic, ki jih določajo vlada in uporabniki. Zeithaml, Parasuraman in Berry (1990, str. 7) trdijo, da kakovost pomeni narediti nekaj pravilno že prvič in vsakič naslednjič ter da samo uporabniki ocenjujejo kakovost, vse druge ocene so pravzaprav nepomembne.

S sistemom kakovosti v zdravstvu se želi ljudem omogočiti dostop do kakovostne in varne zdravstvene obravnave. Za doseg tega cilja je potrebno sodelovanje vseh udeležencev, ki so vključeni v delovanje zdravstvenega sistema (Robida, 2006, str. 21). V zdravstveni dejavnosti pomeni kakovost takšno zdravstveno obravnavo, ki daje njenim uporabnikom vse tisto, kar potrebujejo in pričakujejo glede na zdravstveno stanje in počutje. Cilj izboljševanja kakovosti zdravstvene storitve ni samo v doseganju standardov kakovosti in krepitvi zadovoljstva uporabnikov, temveč je cilj tudi celovita kakovost zdravstvene dejavnosti.

V članku se osredotočamo na pomen celovitega obvladovanja kakovosti, predstavimo možne pristope za zagotavljanje kakovosti zdravstvenih storitev. Najprej pa, po uvodnem delu pojasnimo mednarodna izhodišča za razvoj kakovosti v zdravstvu in predstavimo rezultate raziskave Evropskega indeksa uporabnikov zdravstvenega varstva za leto 2013 za Slovenijo. V nadaljevanju se dotaknemo financiranja zdravstvenih sistemov, govorimo o investiranju v ohranjanje in izboljševanje zdravja. Povemo, kateri dokumenti urejajo izboljševanje kakovosti zdravstvenih storitev v Sloveniji.

## 2 Mednarodna izhodišča za razvoj kakovosti v zdravstvu

V različnih evropskih državah obstaja različna dostopnost do kakovostnih zdravstvenih storitev. Evropska Komisija si prizadeva na vseh področjih, da bi odpravila nesprejemljive razlike med kakovostjo zdravstvene oskrbe v EU. Zahteve po zagotavljanju in nenehnem izboljševanju kakovosti in varnosti v zdravstvu so zato v državah EU obravnavane kot prednostne, še zlasti ob omejenih virih in zmanjšanih proračunih.

Mednarodna in evropsko sprejeta načela kakovosti so: pravočasnost zdravstvene oskrbe, uspešnost zdravstvenih posegov, učinkovitost in enakost v obravnavi ter varnost pacientov (Simčič in sod., 2010, str. 7). Ta načela postavljajo v ospredje pacienta, zato

moramo nenehno sistematično izboljševati znanje izvajalcev zdravstvenih storitev, delovno okolje, organizacijo procesov in vodenje. Navedene izboljšave se izkazujejo v večji varnosti, večji uspešnosti zdravljenja in izboljšanih delovnih pogojih.

Države članice Svetovne zdravstvene organizacije so sprejele dokument Zdravje 21 – zdravje za vse v 21. stoletju (WHO, 1998), v katerem je izmed navedenih 21-ih ciljev 16-ti cilj Menedžment kakovosti zdravstvene oskrbe. Osredotoča se na zdravstvene izide kot končno merilo kakovosti zdravstvene oskrbe. Države naj bi imele nacionalne mehanizme za nenehno spremljanje in oblikovanje kakovosti zdravstvene oskrbe, vključno z merjenjem vpliva na zdravje, stroškovno učinkovitost in zadovoljstvo pacientov. Družba upravičeno pričakuje sistematično in natančno ocenjevanje zdravstvenega varstva, ki naj pokaže, ali se zdravstvena sredstva uporabljajo ustrezno in za doseganje najboljših možnih kakovosti oskrbe.

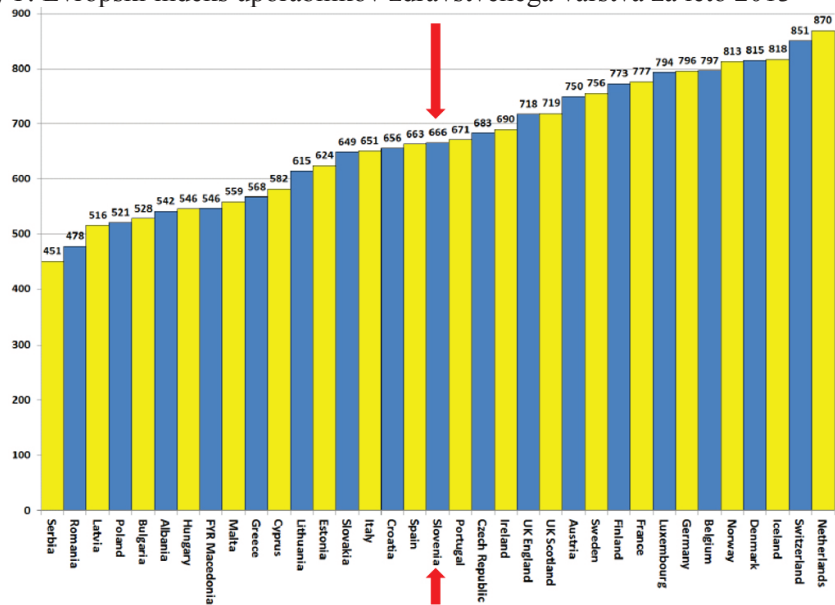
Svet Evrope ob upoštevanju Pogodbe o ustanovitvi Evropske skupnosti in ostalih organov EU določa, da mora biti dejavnost Skupnosti, ki dopolnjuje nacionalne politike, usmerjena k izboljševanju javnega zdravja, preprečevanju človekovih obolenj in odpravljanju vzrokov za ogrožanje človekovega zdravja. Svet Evrope (2001) je sprejel priporočila zdravstvenih ministrov državam članicam o razvoju in izvajanju sistemov izboljševanja kakovosti v zdravstvenem varstvu. Najpomembnejše sporočilo je, da države ustvarijo tak poslovno-organizacijski sistem in strukture, ki bodo podpirale oblikovanje in uvajanje modelov za nenehno izboljševanje kakovosti zdravstvenega varstva na vseh ravneh organiziranosti. Osnova priporočil je spoznanje, da je pravica vsakega posameznika in vsake skupnosti dostop do kakovostnih zdravstvenih storitev.

V zadnjem desetletju so evropski zdravstveni sistemi soočeni z vedno večjimi skupnimi izzivi: povečanje stroškov zdravstvenega varstva, staranje prebivalstva, pomanjkanje in neenakomerna porazdelitev zdravstvenih delavcev, neenakost na področju zdravja ter neenakost pri dostopu do zdravstvenega varstva. Zaradi gospodarske krize je prišlo do zmanjšanja razpoložljivih finančnih sredstev, kar je še dodatno otežilo položaj držav članic pri zagotavljanju vzdržnosti svojih zdravstvenih sistemov. Ogroženo je zagotavljanje univerzalnega dostopa do kakovostnega zdravstvenega varstva. Evropska komisija spodbuja povezovanje zdravstvene politike in zdravstvenih sistemov v EU, saj je pacientom zdravstveno varstvo dostopno v vsej EU, zdravstveni delavci se lahko zaposlujejo v različnih državah EU, pričakovanja glede zdravstvenih storitev so vse večja in razvijajo se nove zdravstvene tehnologije. Zdravstvena politika naj bi in mora temeljiti na evropskih vrednotah, kot so univerzalnost, enakost, solidarnost in kakovosten dostop do zdravstvenih storitev (EC, 2014, str. 2).

Organizacija Health Consumer Powerhouse vsako leto predstavi rezultate raziskave Evropskega indeksa uporabnikov zdravstvenega varstva (EHCI) od leta 2005. Indeks EHCI se določa na podlagi javne statistike, anket pacientov in neodvisnih raziskav. Glede na šest ključnih področij, znotraj vsakega pa skupaj 48 pripadajočih kazalnikov (v letu 2013), razvršča evropske nacionalne sisteme zdravstvenega varstva. V zadnjem poročilu EHCI (2013) Slovenija zaseda 17. mesto na lestvici uporabniku najprijaznejšega sistema zdravstvenega varstva v Evropi izmed 35 vključenih držav. Dobila je 666 točk od največ možnih 1000, kar je izboljšanje v primerjavi z letom 2012, ko se

je s 638 točkami uvrstila na 19. mesto. S tem rezultatom Slovenija predstavlja vodilno državo med srednje in vzhodnoevropskimi državami. Na vrhu z 870 točkami ostaja Nizozemska, sledijo Švica, Islandija, Danska in Norveška (graf 1).

Graf 1: Evropski indeks uporabnikov zdravstvenega varstva za leto 2013



Vir: EHCI (2013). Health Consumer Powerhouse Euro Health Consumer Index 2013 Report, str. 23.

Po ugotovitvah dr. Arneja Björnberga, predsednika in vodje raziskovanja pri Health Consumer Powerhouse, ima Slovenija, ki je imela izmed bivših jugoslovanskih republik vedno najbolj razvito zdravstveno varstvo, v indeksu EHCI stabilen položaj nekje na sredini in je v času finančne krize celo pridobila nekaj mest. Slovenijo, ki ji gre dobro, lahko primerjamo s Hrvaško, ki ima nekaj težav. Kot navaja, je uvedba indikatorjev na področju preprečevanja bolezni, podobno kot v drugih državah s srednjim prihodkom, pokazala negativno stanje. Slabosti, npr. poraba alkohola, visok krvni pritisk in nediagnosticirana sladkorna bolezen v populaciji, zahtevajo ukrepe in obenem kažejo, kako je mogoče izboljšati splošno zdravje. Sicer pa so dolge čakalne dobe v Sloveniji madež, ki ga je treba resno obravnavati (EHCI, 2013).

Ravno slednje predstavlja upad zdravstvenih standardov kakovosti. Cilj EU je postaviti v ospredje pacienta in neprestano delovati v njegovo dobrobit. Dolge čakalne dobe so v nasprotju s tem ciljem. Pacient potrebuje zdravstveno storitev, a je ne dobi v kratkem času (v razumnem roku). V Sloveniji smo sicer leta 2008 sprejeli Pravilnik o čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o vodenju čakalnih seznamov (Uradni list RS, št. 91/2008), a glede na ugotovitve raziskave in dejansko stanje pravilnik v našem zdravstvenem sistemu ni dosegel zelenega izida.

V EU so za načrtovanje, financiranje in upravljanje zdravstvenih sistemov odgovorne države članice. V praksi to pomeni, da je za ustrezno kakovost sistema zdravstvenega varstva s postavitvijo sistema odgovorna vlada vsake države. Za kakovostno izvajanje zdravstvenih storitev pa so odgovorni izvajalci storitev.

### 3 Investiranje v ohranjanje in izboljševanje zdravja

Zdravje ni le vrednota sama po sebi, pripisuje se mu tudi ekonomske razsežnosti. Zdravje ljudi vpliva na gospodarstvo v smislu produktivnosti, ponudbe delovne sile, človeških virov in javne porabe. Zdravstveni sektor temelji predvsem na inovacijah in ima velik pomen za gospodarstvo, saj pomeni 10 % BDP-ja Evropske unije. Poleg tega gre za visoko delovno intenzivno dejavnost in enega najobsežnejših sektorjev v EU, saj je bilo leta 2010 v zdravstvenem sektorju 8 % vseh delovnih mest v EU (EC, 2014, str. 3).

Investiranje v ohranjanje in izboljševanje zdravja postaja sinonim za investiranje v gospodarski in splošni družbeni razvoj. To vse bolj poudarja tudi Evropska komisija (EC, 2013), saj zavzema stališče, da je zdravo prebivalstvo predpogoj za ekonomsko produktivnost in blaginjo, z učinkovito porabo sredstev za zdravstvo pa lahko spodbudimo gospodarsko rast. Evropa potrebuje pametne naložbe v zdravje, in sicer (EC, 2013):

- pametnejšo porabo sredstev za vzdržne zdravstvene sisteme, kar ne pomeni nujno tudi več sredstev,
- vlaganje v zdravje ljudi, zlasti s programi promocije zdravja,
- vlaganje v zdravstveno zavarovanje, da bi zmanjšali neenakosti in odpravili socialno izključenost.

Sistem zdravstvenih računov zajema izdatke za javno in zasebno zdravstvo. Skupaj ga razvijajo in uvajajo Organizacija za ekonomsko sodelovanje in razvoj, Svetovna zdravstvena organizacija in Evropska komisija. Sistem omogoča primerljivost nacionalnih podatkov o izdatkih za zdravstvo po vsej EU. Prikaže uporabo sredstev in omogoča spremljanje učinkov zdravstvenih politik. Po OECD statistiki (OECD Health Statistics, 2014) so izdatki za zdravstvo spet začeli naraščati, med krizo so stagnirali ali celo padali v mnogih državah OECD. Vendar pa tempo rasti ostaja precej pod predkriznimi stopnjami, še posebej v Evropi (graf 2). Skupna poraba za zdravje v državah OECD v letu 2012 znaša povprečno 9,3 % BDP in je od leta poprej višja le za 0,1 %.

V povprečju evropske države namenjajo vse večji delež bruto domačega proizvoda za zdravstvo, vendar imajo še vedno omejene možnosti za zagotavljanje dobre kakovosti in za trajno izboljševanje medicinske tehnologije. Vire morajo uporabljati gospodarno.

V osnutku strategije razvoja dejavnosti javnega zdravstva 2013–2023 so v okviru razvojne prioritete ‚vključujoča družba‘ zastavljeni cilji in ukrepi na področju vlaganja v zdravje kot vlaganja v človeški kapital, zmanjševanje neenakosti v zdravju in zagotavljanje bolj odzivnega sistema zdravstvenega varstva na primarni ravni. V finančni perspektivi 2014–2017 bo Slovenija namenila razvojna sredstva med drugim tudi za

razvoj dejavnosti javnega zdravstva, krepitev zdravja in zgodnje odkrivanje bolezni, zmanjševanje neenakosti v zdravju in za optimizacijo oz. boljšo odzivnosti sistema javnega zdravstva (MZ, 2014).

*Tabela 1: Izdatki za zdravstvo v izbranih državah OECD v % BDP*

|                     | 2000  | 2001  | 2002  | 2003  | 2004  | 2005  | 2006  | 2007  | 2008  | 2009  | 2010  | 2011  | 2012  |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Avstralija          | 8,1%  | 8,2%  | 8,4%  | 8,3%  | 8,6%  | 8,5%  | 8,5%  | 8,5%  | 8,7%  | 9,0%  | 8,9%  | 9,1%  |       |
| Češka               | 6,3%  | 6,4%  | 6,8%  | 7,1%  | 6,9%  | 6,9%  | 6,7%  | 6,5%  | 6,8%  | 7,8%  | 7,4%  | 7,5%  | 7,5%  |
| Finska              | 7,2%  | 7,4%  | 7,8%  | 8,2%  | 8,2%  | 8,4%  | 8,3%  | 8,0%  | 8,3%  | 9,2%  | 9,0%  | 8,9%  | 9,1%  |
| Francija            | 10,1% | 10,2% | 10,6% | 10,8% | 10,9% | 10,9% | 10,9% | 10,8% | 10,9% | 11,6% | 11,6% | 11,5% | 11,6% |
| Nemčija             | 10,4% | 10,5% | 10,7% | 10,9% | 10,7% | 10,8% | 10,6% | 10,5% | 10,7% | 11,8% | 11,6% | 11,2% | 11,3% |
| Grčija              | 8,0%  | 8,9%  | 9,2%  | 9,0%  | 8,8%  | 9,7%  | 9,7%  | 9,8%  | 10,1% | 10,2% | 9,5%  | 9,8%  | 9,3%  |
| Madžarska           | 7,2%  | 7,2%  | 7,6%  | 8,6%  | 8,2%  | 8,4%  | 8,3%  | 7,7%  | 7,5%  | 7,7%  | 8,1%  | 8,0%  | 8,0%  |
| Italija             | 7,9%  | 8,1%  | 8,2%  | 8,2%  | 8,5%  | 8,7%  | 8,8%  | 8,5%  | 8,9%  | 9,4%  | 9,4%  | 9,2%  | 9,2%  |
| Koreja              | 4,4%  | 5,0%  | 4,9%  | 5,2%  | 5,2%  | 5,7%  | 6,1%  | 6,4%  | 6,6%  | 7,2%  | 7,3%  | 7,4%  | 7,6%  |
| Poljska             | 5,5%  | 5,9%  | 6,3%  | 6,2%  | 6,2%  | 6,2%  | 6,3%  | 6,9%  | 7,2%  | 7,0%  | 6,9%  | 6,8%  |       |
| Slovaška            | 5,5%  | 5,5%  | 5,6%  | 5,8%  | 7,2%  | 7,0%  | 7,3%  | 7,8%  | 8,0%  | 9,2%  | 8,5%  | 8,0%  | 8,1%  |
| Slovenija           | 8,3%  | 8,6%  | 8,6%  | 8,8%  | 8,5%  | 8,5%  | 8,4%  | 8,0%  | 8,5%  | 9,4%  | 9,1%  | 9,1%  | 9,4%  |
| Španija             | 7,2%  | 7,2%  | 7,3%  | 8,2%  | 8,2%  | 8,3%  | 8,4%  | 8,5%  | 8,9%  | 9,6%  | 9,6%  | 9,4%  |       |
| Turčija             | 4,9%  | 5,2%  | 5,4%  | 5,3%  | 5,4%  | 5,4%  | 5,8%  | 6,0%  | 6,1%  | 6,1%  | 5,6%  | 5,3%  | 5,4%  |
| Združeno kraljestvo | 6,9%  | 7,2%  | 7,5%  | 7,8%  | 7,9%  | 8,1%  | 8,3%  | 8,4%  | 8,8%  | 9,7%  | 9,4%  | 9,2%  | 9,3%  |
| ZDA                 | 13,1% | 13,8% | 14,6% | 15,1% | 15,2% | 15,2% | 15,3% | 15,6% | 16,1% | 17,1% | 17,0% | 17,0% | 16,9% |

Vir: [http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT#](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#), 2014.

## 4 Slovenija in zagotavljanje kakovosti zdravstvenih storitev

S sprejetjem Nacionalne strategije za kakovost in varnost v zdravstvu (2010-2015) je Slovenija pospešila sprejem ukrepov na področju zagotavljanja kakovosti oskrbe in varnosti pacientov. Namen strategije je učinkovit razvoj sistematičnosti in strokovnosti, nenehno izboljševanje zdravstvene obravnave in varnosti pacientov ob upoštevanju šestih načel kakovosti v zdravstvu: varnost, uspešnost, pravočasnost, učinkovitost, enakopravnost in osredotočenost na pacienta in ob upoštevanju načel vodenja kakovosti (<http://www.mz.gov.si/si/>). Ključnega pomena za uresničevanje nacionalne strategije kakovosti je sodelovanje vseh – izvajalcev zdravstvenih storitev, upravljalcev zdravstvenega varstva, zdravstvenih ustanov, zavarovalnic, izobraževalnih ustanov s področja zdravstva, pa tudi pacientov ter drugih uporabnikov in deležnikov v zdravstvu.

Poleg Nacionalne strategije nenehno izboljševanje kakovosti zdravstvenih storitev urejajo še naslednji dokumenti:

- Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice (Robida, 2006), predvsem skozi merjenje in spremljanje kakovosti, povratno informacijo, strokovno presojo, samocenjevanje in akreditacijo ter javno objavo kazalnikov kakovosti.
- Priročnik za oblikovanje kliničnih poti (Hajnrh in sod., 2009), kjer klinična pot predstavlja velik potencial za izboljšanje kakovosti in učinkovitosti dela zdravnikov ter drugih zdravstvenih delavcev in sodelavcev, saj predstavlja natančen, vnaprej zapisan protokol vseh aktivnosti med obravnavo določenega zdravstvenega stanja.
- Priročnik o kazalnikih kakovosti (Pribaković Brinovec in sod., 2010), v katerem sta nabor kazalnikov in metodologija izbrana na podlagi izkušenj in priporočil

dobre prakse. Kazalniki kakovosti so razdeljeni v naslednje kategorije: osredotočenost na pacienta; promocija, preventiva, primarno zdravje; učinkovitost zdravstvene oskrbe ter varnost pacientov in osebja.

- Strategija razvoja dejavnosti javnega zdravja 2013–2023 (MZ, 2014), ki med krovne cilje strategije razvoja na področju zdravstva uvršča tudi cilj »okrepiti upravljanje, zagotoviti učinkovito organizacijsko strukturo, vzpostaviti sistem celovite kakovosti in zagotoviti zdržno financiranje dejavnosti javnega zdravja« (str. 22).

Dejstvo je, da se prebivalstvo v Sloveniji stara in zato imajo številni bolniki različne kombinacije kroničnih bolezni. Stroški zdravljenja naraščajo, viri so omejeni, potrebe po enotnih standardih v praksi naraščajo. Zdravstvena tehnologija postaja vse kompleksnejša. Zaradi navedenih razlogov je zagotavljanje kakovosti zdravstvenih storitev in spremljanje kakovosti zdravstvenih procesov in izidov čedalje pomembnejše.

## 5 Zagotavljanje kakovosti zdravstvenih storitev

Uspešnost zdravstvenih organizacij je odvisna od postavljenih strateških ciljev glede izvajanja kakovostne zdravstvene storitve, od tega, kako se znajo približati potrebam uporabnikov in zadovoljstvu notranjih in zunanjih poslovnih partnerjev ob upoštevanju področne zakonodaje. Obenem je odločilno tudi kakovostno znanje s področja menedžmenta in večja zahteva po moralno-družbeni odgovornosti. Zagotavljanje kakovosti je proces, ki zajema opisovanje, merjenje, vrednotenje in izvajanje ukrepov za izboljševanje kakovosti. Za zagotavljanje učinkovitih in uspešnih zdravstvenih storitev so na voljo različna orodja in tehnike, ki menedžmentu v zdravstvu pomagajo razumeti vzroke za nastalo situacijo in pripomorejo k boljšim odločitvam.

### 5.1 Pristopi za zagotavljanje kakovosti

Zagotavljanje kakovosti je eden ključnih dejavnikov za uspešnost poslovanja organizacije. V zadnjem desetletju v Sloveniji organizacije uvajajo več novih ali nadgrajenih pristopov k zagotavljanju kakovosti, kot so npr.: uporaba standardov ISO, celovito obvladovanje kakovosti TQM, model uravnoteženih kazalnikov, metoda dvajsetih ključev, program alternativnih odločitev PDCA, evropski model odličnosti EFQM, šest sigma, vitka organizacija ter razne druge oblike zagotavljanja stalnih izboljšav in njihove kombinacije.

Sistemi nenehnih izboljšav vključujejo (Robida, 2009, v Kadivec in sod., 2011, str. 24):

- standardizacijo delovnih procesov in zdravstvenih storitev,
- redno merjenje kazalnikov kakovosti,
- identifikacijo vzrokov odstopanja,
- sistemsko in sistematično odpravljanje vzrokov,
- upravljanje s tveganji – risk menedžment.

Sistem vodenja kakovosti v zdravstvu lahko temelji na različnih mednarodno priznanih sistemih vodenja kakovosti, kot so ISO 9001 z aplikacijama za področje zdravstva

IWA1 in/ali CEN/TS 15224, ISO 14001, ISO 22000, OHSAS 18001, ISO 15189, SA 8000, model odličnosti (EFQM), JCI in drugi (Simčič in sod., 2010; Kadivec, 2011). Menedžment v zdravstvu se glede na potrebe odloča še za izvedbo certifikacijskih in akreditacijskih postopkov na osnovi teh standardov.

Kakovost storitev lahko presojamo s pomočjo različnih modelov (SERVQUAL, CAF, 4Q, SERVPERF, EP, QUALITOMETRO), modelom odličnosti (Baldrigeva nagrada, EFQM idr.), benchmarkinga, večdimenzionalnih tehnik in drugih (Marolt in Gomišček, 2005). V literaturi je pogosto citiran model SERVQUAL ali model petih vrzeli. Razvili so ga Zeithaml, Parasuraman in Berry (1990) z namenom, da bi uporabniki storitev lahko merili zaznane kakovosti storitev v primerjavi z njihovimi pričakovanji. Kakovost storitev se meri prek petih kriterijev oz. razsežnosti kakovosti: zanesljivost, odzivnost, zaupanje, usmerjenost k odjemalcu in vidnost (fizični dokazi).

Vsaka organizacija v zdravstvu, ki sprejme odgovornost za spremljanje in izboljševanje kakovosti svojega dela, se odloči za program zagotavljanja kakovosti. Med osnovne pristope za izboljševanje kakovosti zdravstvenih storitev dodajamo še: spremljanje kazalnikov kakovosti, poročanje o neželenih dogodkih in varnostnih zapletih, posnetek obstoječih stanj, procesov dela na posameznih oddelkih organizacije ipd.

### 5.2 Celovito obvladovanje kakovosti (TQM)

Sodobne teorije o kakovosti v zdravstvu obravnavajo kakovost zdravstvene dejavnosti kot integralno celoto kakovosti stroke, izvajalcev in menedžmenta. Dosedanje študije in raziskave menedžmenta v zdravstvu so bile osredotočene predvsem na kakovost medicinske stroke in na kakovost izvajalcev, manj pa na merjenje kakovosti zdravstvenih storitev in na merjenje zadovoljstva uporabnikov. To se z uvajanjem celovitega obvladovanja kakovosti – TQM (Total Quality Management) spreminja. TQM poudarja pomen merjenja zadovoljstva uporabnikov. Organizacije v zdravstvu so se začele zavedati, da je pomembna predvsem uporabnikova zaznana kakovost storitev, na drugi strani pa so tudi uporabniki postali bolj izobraženi in zahtevni, ocenjujejo kakovost in zamenjajo ponudnike, če z dostavljeno kakovostjo niso zadovoljni.

Na tem mestu izpostavljamo klinično pot, ki temelji na ljudeh, ob dobro oblikovanih procesih na dokazih podprte medicine. Klinična pot (Hajnrh in sod., 2009, str. 6) je najprimernejše orodje, ki lahko pomembno prispeva k doseganju večjega zadovoljstva uporabnikov in izvajalcev, saj:

- omogoča posodabljanje zdravstvene oskrbe,
- olajša usposabljanje novih zdravstvenih delavcev,
- oblikuje celoten zdravstveni tim, osredotočen na pacienta in proces,
- izboljšuje komunikacijo, sodelovanje, povezovanje in preglednost opravljenega dela,
- s spremljanjem odklonov in primerjavo s standardi ter dobrimi praksami spodbuja izboljševanje dela na podlagi merjenj,
- spodbuja sodelovanje pacienta pri zdravstveni obravnavi, saj mu nudi opis poteka obravnave, olajša sledenje zdravljenju in aktivno sodelovanje pri njem.

Tako kot medicina, je tudi celovito obvladovanje kakovosti zdravstvenih storitev pristop, ki temelji na dokazih oz. konkretnih meritvah, pri čemer je osredotočen na uporabnika. To pomeni, da je klinična pot nujna sestavina TQM v zdravstvu, saj pomaga pri ugotavljanju izidov zdravljenja (kazalniki izidov) in drugih kazalnikov kakovosti (več o klinični poti glej v Hajnrih in sod., 2009).

Za TQM je značilna večja decentralizacija na operativni ravni in večje sodelovanje pri odločitvah delavcev na nižjih ravneh. Gre za uveljavljanje nenehnih izboljšav in inovacij, ki vključujejo in predvidevajo sodelovanje vsakega posameznika. Osnovni princip koncepta inovativnih izboljševanj temelji na Demingovem krogu: načrtuj – stori – preveri – uvedi (Plan – Do – Check – Act). TQM je sistematičen in znanstven pristop k izboljševanju kakovosti in temelji na poučevanju in spodbujanju vseh zaposlenih, da trajno uporabljajo metode kakovosti za izboljšanje kakovosti v delovnih odnosih, procesih in rezultatih (Ovretveit, 2009). Osnovni principi TQM-a so usmeritev h kupcu, sodelovanje in timsko delo ter neprestane izboljšave in učenje. Osnovni elementi, ki podirajo te principe, pa so vodenje, strateško načrtovanje, upravljanje s človeškimi viri ter upravljanje z informacijami in podatki. Marolt in Gomišček (2005, str. 32) ugotavljata, da organizacija s celovitim obvladovanjem kakovosti izboljšuje svojo učinkovitost, uspešnost in fleksibilnost ter s tem povečuje svojo konkurenčno prednost na trgu.

Zagotavljanje celovite kakovosti v zdravstveni dejavnosti je ključni element upravljanja in vodenja (MZ, 2014, str. 52). Vključuje spremljanje učinkovitosti in stroškovne učinkovitosti ukrepov; dostopnosti v časovnih in geografskih okvirih ter v smislu zadovoljevanja potreb različnih skupin prebivalstva; sprejemljivosti glede na potrebe uporabnikov storitev; pravičnosti v smislu, da se storitve ne razlikujejo zaradi osebnih lastnosti uporabnikov; ter varnosti z zmanjševanjem vseh tveganj.

## 6 Zaključek

Kakovost je sama po sebi širok pojem in zajema vrsto dejavnosti, ki pa v grobem pomenijo kakovostno izvedbo storitev oz. izdelkov. Le-ta se doseže s sistematičnim izboljševanjem znanja izvajalcev, organiziranostjo procesa zdravstvene obravnave in delovnega okolja in tudi vodenja, kar se kaže v dvigu uspešnosti zdravljenja, njegovi povečani dostopnosti, bistveno boljših delovnih pogojih ter predvsem v večji varnosti in zadovoljstvu uporabnikov.

Kakovost zdravstvene storitve ne sme temeljiti na odkrivanju napak, ampak mora delovati tako, da napake preprečuje. Zagotavljanje kakovosti pomeni sistematično opisovanje, merjenje, vrednotenje in izvajanje ukrepov za izboljšanje kakovosti. Razvoj celovitega obvladovanja kakovosti zahteva poleg strokovnih standardov in kliničnih poti predvsem dobro kulturo komuniciranja v odnosu s pacienti in sodelavci. Vodstvo organizacije je odgovorno za doseganje kakovosti. Vzpodbujati mora stalne izboljšave, inovativnost in zavedanje vseh v organizaciji, da so soodgovorni za kakovost zdravstvene storitve in zadovoljstvo uporabnikov.

Zagotavljanje in nenehno izboljševanje kakovosti zdravstvene oskrbe in zdravstvenih storitev je ključna prioriteta vseh razvitih držav, skupaj z zagotavljanjem dostopnosti do storitev in finančne vzdržnosti zdravstvenega sistema.

## LITERATURA

1. EC (2013). Investing in health, SWD (2013). Pridobljeno s [http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd\\_investing\\_in\\_health.pdf](http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf).
2. EC (2014). Communication from the commission On effective, accessible and resilient health systems, COM (2014). Pridobljeno s [http://ec.europa.eu/health/healthcare/docs/com2014\\_215\\_final\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/healthcare/docs/com2014_215_final_en.pdf).
3. EHCI (2013). Health Consumer Powerhouse Euro Health Consumer Index 2013 Report. Pridobljeno s <http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-report.pdf>.
4. Grönroos, C. (1984). A Service Quality Model and its Marketing Implications. *European Journal of Marketing*, 18 (4), 36-44.
5. Hajnrih, B. in sod. (2009). Priročnik za oblikovanje kliničnih poti. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
6. Kadivec, S. in sod. (2011). Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v RS za obdobje od 2011 do 2020. Pridobljeno s [http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc\\_attachments/strategija\\_razvoja\\_zn\\_2011-2020\\_okt\\_2011.pdf](http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/strategija_razvoja_zn_2011-2020_okt_2011.pdf).
7. Kotler, P. (2004). Management trženja. Ljubljana: GV Založba.
8. Marolt, J. in Bomišček, B. (2005). Management kakovosti. Kranj: Moderna organizacija.
9. MZ (2014). Strategija razvoja dejavnosti javnega zdravja 2013 – 2023, osnutek. Pridobljeno s [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno\\_zdravje\\_2013/-javna\\_obravnavna.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno_zdravje_2013/-javna_obravnavna.pdf).
10. Ovreteit, J. (2009). Does improving quality save money? A review of evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers. London: The Health Foundation.
11. Pribaković Brinovec, R. in sod. (2010). Priročnik o kazalnikih kakovosti. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
12. Robida, A. (2006). Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
13. Simčič, B. in sod. (2010). Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010 – 2015). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
14. Svet Evrope. (2001). Razvoj in izvajanje sistemov izboljševanja kakovosti v zdravstvenem varstvu. Priporočilo št. R (97) 17 in pojasnjevalni memorandum Zdravje in družba. Ljubljana: Tiskarna Povše.
15. WHO (1998). Health 21 – health for all in 21st century: introduction. Copenhagen: Regional Office for Europe. Pridobljeno s <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/health21-health-for-all-in-the-21st-century>.
16. Zeithaml, V. A., Parasuraman, A. in Berry, L. L. (1990). Delivering quality service: balancing customer perceptions and expectations. New York, London: The Free Press Macmillan.

# Pacient – enakopraven član zdravstvenega tima

UDK 614.253

**KLJUČNE BESEDE:** pacienti, zdravstveni timi, zdravstvena obravnava

**POVZETEK** - Zdravje je temeljni pogoj za kakovostno življenje posameznika in družbe. Skladno z definicijo Svetovne zdravstvene organizacije je pomembna vključitev pacienta v proces zdravstvene obravnave, saj tako tudi sam prevzame del odgovornosti za svoje zdravje. Pozornost mora biti usmerjena na proces mobilizacije pacientovih življenjskih sposobnosti in njihovega vpliva na socialno-ekonomsko okolje. Aktivna vključitev pacienta v zdravstveni tim kot tudi v proces zdravstvene obravnave močno vpliva na dvig kakovosti zdravstvene obravnave. Pomembno je zavedanje, da s prenosom odgovornosti oziroma z delitvijo odgovornosti pridobijo vsi udeleženci v procesu zdravstvene obravnave pacienta. Partnerski odnos, ki upošteva principe vključevanja pacienta in njegovo soodgovornost za zdravstveno obravnavo, je mogoče vzpostaviti s pomočjo komunikacije, motivacije in z vključitvijo v zdravstveni tim. Pacienti za aktivno vključitev potrebujejo dovolj znanja, sposobnosti, želja in samozavedanja o potrebi po izboljšanju kvalitete življenja. Poleg izvajanja strokovnih del je naloga zdravstvenega osebja, da pacienta poduči, mu nudi strokovno pomoč in enakopravno partnerstvo v timu.

UDC 614.253

**KEY WORDS:** patient, health team, involvement, health treatment

**ABSTRACT** - Health is a fundamental prerequisite of a quality life of an individual and the society. Pursuant to the definition of the World Health Organization the patient's involvement into the process of health treatment is of great importance, since by doing so the patient takes over the responsibility for his or her own health. The focus should be on the process of mobilization of the patient's life skills as well as his or her impact on the socio-economic environment. An active cooperation of the patient with the health team as well as his or her involvement into the process of health treatment plays a key role in raising the quality of health treatment. It is important to recognize that by transferring responsibility respectively and by sharing responsibility all participants gain something in the process of health treatment of the patient. A partner relationship, taking into account the principles of patient's involvement and his or her co-responsibility for the health treatment, can be achieved through communication, motivation and integration into the health team. In order to be involved actively, patients need sufficient knowledge, skills, wishes and self-awareness on the need to improve the quality of life. In addition to performing professional work, one of the tasks of health staff is to instruct the patient, to provide for professional assistance and equal partnership in the team.

## 1 Uvod

Uspešen tim presega dosežke, strokovnost in sposobnosti posameznega člana. Je ustvarjalen, vanj je vredno vlagati, je učinkovit in uspešen (Brajša, 1996). Enako velja v zdravstvu, kjer je prav tako pomembno, da se člani tima med seboj spoštujejo in da so vsi člani enakopravni, saj bo le tako njihovo delo uspešno in učinkovito. Sodelovanje v timu mora temeljiti na zaupanju, medsebojni pomoči, odkritosti in asertivnem delovanju. Ob upoštevanju vseh navedenih dejstev so tudi člani tima bolj motivirani za delo (Grbec, 1989). Za pacienta je najboljši multidisciplinarni tim, saj je v tem primeru vsak član strokovnjak na svojem področju (Babšek, 2009), s čimer sta zagotovljeni kakovost in varnost obravnave pacienta. Za dobro timsko delo so potrebni jasno definirani cilji, h katerim so usmerjene naloge članov tima, prav tako pa je pomembna tudi dobra

komunikacija, upravljanje s časom, medsebojno spodbujanje in dober vodja (Škofic Kranjc, 2013). Pacient je enakovreden in pomemben član tima, še zlasti ob upoštevanju dejstva, da je tim močan toliko, kot je močan njegov najšibkejši člen.

Člani tima imajo težko nalogo, da motivirajo posamezne paciente tako, da bodo sprejemali norme in priporočeno vedenje, hkrati pa imeli občutek, da delujejo prostovoljno in opolnomočeno (Kamin, 2011). Pozornost mora biti usmerjena na mobilizacijo pacientovih življenjskih sposobnosti in njihov vpliv na socialno-ekonomsko okolje (Bandura, 1998). Aktiven odnos pacienta do lastnega zdravja in počutja je v interesu pacienta, zdravstva in družbe (Rakovec Felser, 1997), kar je odločilno za uspeh zdravstvene obravnave in izid bolezenskega stanja. Pacient in zdravstveni delavec skupaj poiščeta vzrok za bolezen in naredita načrt zdravstvene obravnave (Greco, 2000). Pacient potrebuje konkretne funkcionalne in praktične cilje znanja (Strmčnik, 2001, v Štefanc, 2011), ki jih postavlja zdravstveni delavec le na podlagi vseh treh komponent znanja, kot so upravičenje, resnica in verjetje (Štefanc, 2011). Najpomembnejša vloga zdravstvenih delavcev je pomagati pacientom prepoznati probleme, jim pomagati poiskati lastne potenciale za reševanje problemov in poiskati pot in strategije za sistematično reševanje problemov (Groleger, 2009). Pri tem je nujno razlikovati med informiranjem pacienta, kjer so posredovane informacije, in svetovanjem, kjer so dani nasveti. Informiranje torej pomeni le posredovanje informacij, svetovanje pa vključuje še dodatno razlago in po potrebi tudi pojasnila (Jelenc Krašovec, Jelenc, 2003).

Pacient kot enakopraven član zdravstvenega tima mora biti seznanjen in informiran o svoji bolezni, prevzeti mora odgovornost za svoje zdravje in biti vključen v sprejemanje zdravstvenih odločitev glede svojega zdravja. Pomembni sta hierarhija reševanja težav in določitev ter reševanje ciljev po vrstnem redu in pomembnosti in ne vseh naenkrat (Groleger, 2009). Cilji, ki jih postavljajo zdravstveni delavci, in cilji, ki si jih postavlja pacient sam (Kobal Grum in Musek, 2009), niso vedno enaki, zato je nujno usklajevanje in približevanje realnim ciljem.

Spreminjanje pacienta poteka v več stopnjah. Pacient mora zaznati tveganje, ga prepoznati kot pomembnega zase, se pripraviti na spremembo, jo skladno s priporočili izvesti, ohraniti in spremeniti v navado (Kamin, 2011). Nacionalno zdravstveno združenje v Veliki Britaniji (NHS, 2010) je izdalo smernice, ki postavljajo pacienta na prvo mesto, in celo izbralo slogan »nothing about me without me« (nič o meni brez mene), ki poudarja pomen enakopravne vključenosti pacienta v zdravstveno obravnavo. Za doseganje navedenega je pomemben odnos med pacientom in zdravstvenim osebjem, ki bo to omogočal.

## 2 Vzajemni odnos

Vzajemni odnos in soodgovornost pacienta sta temelj njegove kakovostne zdravstvene obravnave. Odnos med zdravstvenim osebjem in pacientom se prične z ekstraspekcijsko, torej opazovanjem pacienta, ki se dopolnjuje z introspekcijo, v kateri pacient opisuje zavedanje lastnih pojavov in procesov (Babšek, 2009). V medsebojnem odno-

su zdravstveno osebe in pacient pridobita vsak svojo vlogo. Zdravstveni delavec je opazovalec (Montessori, 2009), pacient pa opazovanec (Pesjak, 2007). V nadaljevanju zdravstveno osebe in pacient vzpostavljata vzajemni odnos.

Za ustvarjanje vzajemnega odnosa je pomemben dober strateški pogovor, ki je sestavljen iz odprtega komuniciranja, aktivnega poslušanja, opažanja in razlikovanja ter dialoga (Kramar Zupan, 2009), pri tem pa je zelo pomembno zaupanje. Odnos pa je ranljiv, saj zaupanje med pacientom in zdravstvenim osebjem ni vedno vzajemno.

Pri ustvarjanju dobrega vzajemnega odnosa med pacientom in zdravstvenim osebjem so v pomoč: a) dober stik, b) uporaba vseh čutov pri komunikaciji, c) zbiranje natančnih vprašanj, d) prispevek pacienta k zdravljenju, e) povečanje motivacije, f) ponavljanje in spomin ter g) povrnitev sporočila in zaveza (Planinec, 2007).

Odnose med zdravstvenim osebjem in pacienti je mogoče deliti na več modelov. Pesjak (2007) navaja tri modele odnosov, in sicer: paternalistični, pogodbeni in partnerski, ki je najbolj zaželen. V partnerskem odnosu oba partnerja – pacient in zdravstveni delavec sodelujeta pri doseganju končnega cilja. Pacient ob pomoči zdravstvenega strokovnjaka »zdravi« samega sebe.

### 3 Metodologija

#### 3.1 Namen raziskave

Temeljni namen raziskave je bil ugotoviti in preučiti naloge pacienta in zdravstvenega osebja v procesu zdravstvene obravnave.

Cilji raziskave so bili:

- ☐ ugotoviti odgovornost za zdravje pacienta po poklicih, ki sodelujejo v zdravstvenem timu,
- ☐ preučiti sodelujočo in povečano vlogo pacienta v procesu zdravstvene obravnave,
- ☐ ugotoviti, kako povečana vloga pacienta vpliva na vlogo zdravstvenega osebja.

#### 3.2 Raziskovana metoda

Zbiranje podatkov je temeljilo na kvantitativnem raziskovalnem pristopu. Uporabili smo deskriptivno neeksperimentalno metodo empiričnega raziskovanja.

#### 3.3 Vzorec

Osnovno populacijo vzorca predstavlja 143 anketirancev, ki jim je bila po elektronski pošti posredovana spletna anketa. V raziskavo je bilo vključenih 100 oseb (69,9 %), od tega 25 zdravnikov, 25 medicinskih sester (srednje medicinske sestre, zdravstveni tehniki, diplomirane medicinske sestre), 25 patronažnih medicinskih sester in 25 fizioterapevtov (višji in diplomirani fizioterapevti). Med anketiranimi je bilo 93 (93 %) žensk in 7 (7 %) moških, 37 jih je bilo starih več kot 51 let, 31 jih je bilo starih od 41 do 50 let in 21 jih je bilo starih od 21 do 30 let.

### 3.4 Postopek zbiranja podatkov

Zbiranje podatkov je potekalo v juniju 2014 z anonimnim spletnim vprašalnikom. Vsem sodelujočim je bila zagotovljena anonimnost in dana možnost, da prekinajo izpolnjevanje anketnega vprašalnika.

## 4 Rezultati

V raziskavi nas je zanimalo, kdo je odgovoren za zdravje pacienta.

*Tabela 1: Odgovornost za zdravje pacienta*

|                              | <i>Pacient</i> |          | <i>Zdravstveni tim</i> |          | <i>zdravnik</i> |          | <i>Nihče</i> |          |
|------------------------------|----------------|----------|------------------------|----------|-----------------|----------|--------------|----------|
|                              | <i>N</i>       | <i>%</i> | <i>N</i>               | <i>%</i> | <i>N</i>        | <i>%</i> | <i>N</i>     | <i>%</i> |
| Zdravniki                    | 8              | 32       | 6                      | 24       | 8               | 32       | 3            | 12       |
| Medicinske sestre            | 14             | 56       | 6                      | 24       | 0               | 0        | 5            | 20       |
| Patronažne medicinske sestre | 10             | 40       | 12                     | 48       | 0               | 0        | 3            | 12       |
| Fizioterapevti               | 15             | 60       | 5                      | 20       | 1               | 4        | 4            | 16       |
| Skupaj                       | 47             | 47       | 29                     | 29       | 9               | 9        | 15           | 15       |

*Vir:* Anketni vprašalnik, 2014.

Po mnenju anketiranih je za zdravje odgovoren pacient sam (47–47 %) oziroma so odgovorni člani zdravstvenega tima (29–29 %). 15 (15 %) anketiranih jih meni, da ni nihče odgovoren za zdravje in da se bolezen zgodi, 9 (9 %) pa jih meni, da je odgovoren zdravnik. 15 (60 %) fizioterapevtov, 14 (56 %) medicinskih sester, 10 (40 %) patronažnih medicinskih sester in 8 (32 %) zdravnikov meni, da je za zdravje odgovoren pacient sam. 12 (48 %) patronažnih medicinskih sester, 6 (24 %) zdravnikov, 6 medicinskih sester ter 5 (20 %) fizioterapevtov meni, da so za zdravje pacienta odgovorni člani zdravstvenega tima.

Za ugotavljanje mnenja o nalogah pacienta v procesu zdravstvene obravnave smo zaprosili anketirane zdravstvene delavce.

*Tabela 2: Naloge pacienta v procesu zdravstvene obravnave*

|                              | <i>Navodila zdravstvenega osebja</i> |          | <i>Navodila zdravstvenega osebja in iskanje alternativnih oblik zdravljenja</i> |          | <i>Samostojno odločanje</i> |          |
|------------------------------|--------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------|----------|
|                              | <i>N</i>                             | <i>%</i> | <i>N</i>                                                                        | <i>%</i> | <i>N</i>                    | <i>%</i> |
| Zdravniki                    | 2                                    | 8        | 14                                                                              | 56       | 9                           | 36       |
| Medicinske sestre            | 1                                    | 4        | 14                                                                              | 56       | 10                          | 40       |
| Patronažne medicinske sestre | 1                                    | 4        | 10                                                                              | 40       | 14                          | 56       |
| Fizioterapevti               | 0                                    | 0        | 16                                                                              | 64       | 9                           | 36       |
| Skupaj                       | 4                                    | 4        | 54                                                                              | 54       | 42                          | 42       |

*Vir:* Anketni vprašalnik, 2014.

54 (54 %) anketiranih je odgovorilo, da je naloga pacienta, da se ravna po navodilih zdravstvenega osebja in išče alternativne oblike zdravljenja ter da se samostojno

odloča o načinih in sprejemanju zdravljenja (42–42 %). 4 (4 %) zdravstveni delavci menijo, da se mora pacient ravnati le po navodilih zdravstvenega osebja. V odgovorih smo opazili manjše razlike z ozirom na poklic. 14 (56 %) zdravnikov in medicinskih sester, 10 (40 %) patronažnih medicinskih sester in 16 (64 %) fizioterapevtov meni, da je naloga pacientov, da se ravna po navodilih zdravstvenega osebja in iščejo alternativne oblike zdravljenja v dogovoru z zdravstvenim osebjem. 1 (4 %) patronažna medicinska sestra, 1 (4 %) medicinska sestra in 2 (8 %) zdravnika so odgovorili, da se mora pacient ravnati izključno le po navodilih zdravstvenega osebja. 9 (36 %) zdravnikov, 9 (36 %) fizioterapevtov, 10 (40 %) medicinskih sester in 14 (56 %) patronažnih medicinskih sester meni, da pacient samostojno odloča o načinih in sprejemanju zdravljenja.

V nadaljevanju nas je tudi zanimalo, katere so najpomembnejše naloge zdravstvenega osebja pri zdravstveni obravnavi.

*Tabela 3: Naloge zdravstvenega osebja pri zdravstveni obravnavi*

|                              | motivacija |    | odgovornost za zdravje |    | odgovornost za terapijo |   | cilj |    |
|------------------------------|------------|----|------------------------|----|-------------------------|---|------|----|
|                              | N          | %  | N                      | %  | N                       | % | N    | %  |
| Zdravniki                    | 0          | 0  | 7                      | 28 | 1                       | 4 | 17   | 68 |
| Medicinske sestre            | 0          | 0  | 4                      | 16 | 0                       | 0 | 21   | 84 |
| Patronažne medicinske sestre | 6          | 24 | 0                      | 0  | 0                       | 0 | 19   | 76 |
| Fizioterapevti               | 1          | 4  | 0                      | 0  | 1                       | 4 | 23   | 92 |
| Skupaj                       | 7          | 28 | 11                     | 44 | 2                       | 8 | 80   | 80 |

*Vir:* Anketni vprašalnik, 2014.

Ugotovili smo, da je najpomembnejša naloga zdravstvenega osebja, da skupaj s pacientom določijo merljiv, dosegljiv in konkreten cilj (80–80 %), tako meni 23 (92 %) fizioterapevtov, 21 (84 %) medicinskih sester, 19 (76 %) patronažnih medicinskih sester in 17 (68 %) zdravnikov. Najmanj pomembna naloga zdravstvenega osebja v procesu zdravstvene obravnave je prevzemanje odgovornosti za terapijo (2–8 %). Zdravniki in medicinske sestre smatrajo, da je najmanj pomembna naloga motivacija, patronažne medicinske sestre, da sta najmanj pomembni nalogi prevzemanje odgovornosti za zdravje in za terapijo, fizioterapevti pa menijo, da je najmanj pomembna naloga prevzemanje odgovornosti za zdravje.

V raziskavi smo preučevali tudi pogostost povezovanja zdravstvenih delavcev v zdravstvene in multidisciplinarne time, kar smo preverjali s t-testom z ozirom na majhne vzorce, saj smo postavili hipotezo, da se zdravstveni delavci pri svojem delu pogosteje povezujejo v zdravstvene kot pa v multidisciplinarne time.

Ugotovili smo, da se zdravstveni delavci pogosteje povezujejo v zdravstvene kot pa v multidisciplinarne time in da obstaja statistično pomembna razlika ( $p = 0,000$ ) v pogostosti povezovanja.

Stopnjo enakopravnosti pacienta v zdravstvenem timu smo ugotavljali še s prisotnostjo njegove sodelujoče vloge v zdravstveni obravnavi ter z vplivom povečane vloge na vlogo zdravstvenega osebja.

**Tabela 4:** Pogostost povezovanja zdravstvenih delavcev v zdravstvene in multidisciplinarne time

|                                       | <i>N</i> | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>t-test</i> | <i>p</i> |
|---------------------------------------|----------|----------|-----------|---------------|----------|
| Povezovanje v zdravstvene time        | 4,5      | 100      | 0,70      | 20,719        | 0,000*   |
| Povezovanje v multidisciplinarne time | 2,2      | 100      | 1,01      |               |          |

\* razlike so statistično pomembne pri stopnji 0,05

*Vir:* Anketni vprašalnik, 2014.

**Tabela 5:** Prisotnost sodelujoče vloge pacienta v zdravstveni obravnavi in vpliv povečane vloge pacienta na vlogo zdravstvenega osebja

|                              | <i>Sodelujoča vloga pacienta</i> |          | <i>Vpliv sodelujoče vloge pacienta na zmanjšanje vloge zdravstvenega osebja</i> |          |
|------------------------------|----------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------------------------|----------|
|                              | <i>N</i>                         | <i>%</i> | <i>N</i>                                                                        | <i>%</i> |
| Zdravniki                    | 18                               | 72       | 22                                                                              | 88       |
| Medicinske sestre            | 17                               | 68       | 22                                                                              | 88       |
| Patronažne medicinske sestre | 20                               | 80       | 16                                                                              | 64       |
| Fizioterapevti               | 21                               | 84       | 21                                                                              | 84       |
| Skupaj                       | 76                               | 76       | 81                                                                              | 81       |

*Vir:* Anketni vprašalnik, 2014

76 (76 %) anketiranih meni, da imajo pacienti v procesu zdravstvene obravnave sodelujočo vlogo, 81 (81 %) zdravstvenih delavcev pa meni, da se s sodelujočo vlogo pacienta v zdravstveni obravnavi njihova vloga ne bo zmanjšala.

## 5 Razprava

Skoraj polovica anketiranih pripisuje odgovornost za zdravje pacientom in tretjina zdravstvenemu timu. Med poklici so manjše razlike, večina medicinskih sester in fizioterapevtov pripisuje odgovornost za zdravje pacientom, patronažne medicinske sestre pa menijo, da je za zdravje pacienta najbolj odgovoren zdravstveni tim. Zdravniki menijo, da je odgovornost za zdravje v enakem deležu na njihovi strani kot na strani pacienta. Prevzem odgovornosti vseh članov zdravstvenega tima je toliko pomembnejši ob predpostavki, da odgovornost v vseh oblikah, širini in pomenu izginja tako na osebni kot na poklicnem nivoju (Rebolj, 2012). Ne glede na zapisano je uspeh pri zdravstveni obravnavi v rokah pacienta (Kadivec in Košnik, 2006). Tega se dobro zavedajo vsi zdravstveni delavci, medicinske sestre pa potrebo po prevzemu odgovornosti pacienta zaznavajo celo bolj kot zdravniki.

Naloge pacientov in naloge zdravstvenega osebja se močno prepletajo (Medved, 2013). Po mnenju anketiranih sta najpomembnejša predvsem ravnanje po navodilih zdravstvenega osebja in iskanje alternativnih oblik v sodelovanju z zdravstvenim osebjem oziroma samostojno odločanje o načinih in sprejemanju zdravljenja. Več kot

polovica patronažnih medicinskih sester meni, da se pacienti samostojno odločajo o načinih in sprejemanju zdravljenja, kar je mogoče razumeti tudi kot ponujeno avtonomijo pacientom, ki poleg pravic pacientov in njihovih bližnjih sodi v enega izmed treh modelov odnosov med medicinsko sestro in pacientom, ki zagovarja pacientove interese (Klemenc, 2009, v Podhostnik, 2012).

Kot najpomembnejšo nalogo zdravstvenega osebja so anketirani prepoznali določitev ciljev zdravstvene obravnave v sodelovanju s pacientom. Pri tem je pomembno, da so cilji realistični (Fras in Maučec Zakotnik, 2009). Več kot četrtnina zdravnikov meni, da je pomembna naloga zdravstvenega osebja v zdravstveni obravnavi tudi odgovornost za pacientovo zdravje, kar delno temelji že na zakonskih osnovah, saj je zdravnik odškodninsko odgovoren, kadar zdravstvenega posega ne opravi z dolžno skrbnostjo (Butala, 2001). Tudi medicinske sestre se zavedajo odgovornosti za zdravje pacienta, čeprav je njihova odgovornost v zdravstveni obravnavi skladno s kompetencami drugačna kot zdravnikova. Patronažne medicinske sestre svojo nalogo vidijo tudi v ustrezni motivaciji pacientov, kar sodi med pomemben del edukacije pacienta (Lesar, 2011; Jošar, 2010).

Zavedanje o potrebnosti timskega dela je zadovoljivo, a povezovanje ostaja le v zdravstvenemu timu. Redkeje se zdravstveni delavci povezujejo v multidisciplinarne time. Znotraj tima je pomembna individualna odgovornost vseh članov. V timu moramo upoštevati tudi odgovornost pacienta kot enakopravnega člana, ki mora biti sposoben sprejemanja in izražanja individualne kritike in pohvale (Jakšič in Virag, 2010). Pacienti lahko odgovornost sprejemajo le, če so dobro seznanjeni z diagnozo in terapijo. Pri tem stališče zdravnikov v primerjavi z ostalimi zdravstvenimi delavci odstopa, saj v primerjavi s slednjimi menijo, da je za dober izid zdravstvene obravnave manj pomembno, da pacient pridobi znanje o bolezni, se jo nauči obvladovati in zanjo prevzame odgovornost. Znanje pacientu omogoča pravilno in pravočasno ukrepanje ali preprečevanje zapletov (Mori Lukančič, 2013). Kot enakovreden partner mora biti pacient seznanjen z boleznijo, potekom, zapleti in načini zdravljenja. Imeti mora tudi možnost izraziti skrb, pomisleke in sodelovati pri načrtovanju in izvajanju zdravstvene obravnave (Medved, 2013). Anketirani se strinjajo, da je treba pomagati pacientu prepoznati probleme in mu pomagati poiskati lastne potencialne. Med najpomembnejše dejavnike sodi kakovosten partnerski odnos, ki temelji na zaupanju (Tušek Bunc, 2007). Pri tem se zavedajo dejstva, da pacienti potrebujejo čas za sprejem svoje bolezni. Pozornost je usmerjena v oblikovanje cilja skupaj s pacientom, določanje prvega koraka pri zdravstveni obravnavi ob hkratnem povezovanju v zdravstvene time.

Velika večina anketiranih meni, da imajo pacienti pri zdravstveni obravnavi sodelujočo vlogo, saj morajo aktivno sodelovati z zdravstvenim osebjem, kar določa tudi zakon o pacientovih pravicah. Odgovornost je pravica posameznika, da izbira med različnimi in zanj ustreznimi zdravstvenimi obravnavami (Erpe in Pacek, 2012).

Pri anketiranih smo preverjali, ali menijo, da se lahko s povečano vlogo pacienta pri zdravstveni obravnavi zmanjša vloga zdravstvenih delavcev. Nekateri anketirani so kot razlago za zmanjšanje vloge zdravstvenih delavcev zapisali dvom o njihovi strokovnosti in se strinjajo, da pacienti lahko odklonijo karkoli, ni pa prav, da lahko

zahtevajo vse, kar želijo. Obstajajo določene meje, ki zdravstveno osebje pri zdravstveni obravnavi moralno in zakonsko omejujejo. Pomembno vlogo v postavljanju meje ima tudi strokovno znanje zdravstvenih delavcev (Tengland, 2012). Skrb, da se pri zdravstveni obravnavi zmanjša vloga zdravstvenega osebja zaradi povečane vloge pacienta, bi tako morala biti odveč. Tega se anketirani večinoma zavedajo. Nekatere anketirane patronažne medicinske sestre pa menijo, da se bo njihova vloga s povečano vlogo pacienta v zdravstvenem timu zmanjšala. Gre za odgovore, kjer so patronažne medicinske sestre svojo vlogo povezale s pomenom motiviranja pacienta. Ob dejstvu, da je za zdravstveno obravnavo najučinkovitejša notranja motivacija (Kvas, 2011), ki jo pacient najpogosteje ima, lahko predpostavljamo, da patronažne medicinske sestre tako razumejo zmanjšanje svoje vloge. Nasprotno pa se po mnenju anketiranih ne zmanjša njihova vloga, saj ostajajo kot strokovno osebje z znanjem in izkušnjami, s čimer se poveča kakovost in varnost obravnave.

## 6 Sklep

S prenosom odgovornosti oziroma, bolje rečeno, z delitvijo odgovornosti pridobijo vsi udeleženci procesa. Pacient ima možnost vplivati na zdravstveno obravnavo, zdravstveno osebje dobi pacienta, ki je visoko notranje motiviran in pri obravnavi dobro sodeluje. Pacient prevzame odgovornost za svoje zdravje in življenje, zdravstveni delavec pa za strokovno obravnavo in edukacijo pacienta.

## LITERATURA

1. Babšek, B. (2009). Osnove psihologije: skrivnosti sveta v nas. Celje: Celjska Mohorjeva družba.
2. Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*, (13), 623-649.
3. Brajša, P. (1996). Sedem skrivnosti uspešnega managementa. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
4. Equily and excellence: liberating the NHS. Pridobljeno 5. 5. 2014 s [http://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/213823/dh\\_117794.pdf](http://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213823/dh_117794.pdf).
5. Erpe, P. in Pacek, T (2012). Odgovornost posameznika za svoje zdravje. V M. Berkopec (ur.), *Odgovornost v zdravstveni negi* (str. 68-79). Novo mesto: Splošna bolnišnica Novo mesto v sodelovanju z Društvom medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Novo mesto in Visoko šolo za zdravstvo Novo mesto.
6. Fras, Z. in Maučec Zakotnik, J. (2009). Vplivi in načini spreminjanja življenjskega sloga na srčno-žilno ogroženost. V P. Dolenc (ur.), XVIII. Strokovni sestanek Sekcije za arterijsko hipertenzijo (str. 37- 60). Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, sekcija za arterijsko hipertenzijo.
7. Grbec, V. (1989). Timsko delo v procesu zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 23 (5-6), 123-127.
8. Grecs, I. (2000). Biti in ostati zdrav. Ljubljana: Družina.
9. Groleger, U. (2009). »Problem solving« ali strategije reševanja problemov. V A. Žmitek (ur.), *Psihoterapevtski ukrepi za vsakdanjo rabo* (str. 21-44). Begunje: Psihiatrična bolnišnica.
10. Jakšič, E. in Virag, G. (2010). Kakovostni izobraževalni sistem lahko da kakovostne dijake, ki bodo nekoč kakovostni zdravstveni delavci. V E. Kavaš, M. Zrim, Z. Lebar in I. Šumak (ur.), *Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji* (str. 19-20). Murska Sobota: Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja.

11. Jelenc Krašovec, S. in Jelenc, Z. (2003). Andragoško svetovalno delo. Ljubljana: Filozofska fakulteta, Oddelek za pedagogiko in andragogiko.
12. Jošar, D. (2010). Patronažna zdravstvena nega pacienta z vensko golensko razjedo. V E. Kavaš, M. Zrim, Z. Lebar in I. Šumak (ur.), *Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji* (str. 34-38). Murska Sobota: Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja.
13. Kadivec, S. in Košnik, M. (2006). Kako doseči partnersko sodelovanje s pacientom z astmo. *Obzornik Zdravstvene nege*, 40 (4), 215-222.
14. Kamin, T. (2011). Promocija zdravja. V A. Kvas (ur.), *Zdravstvena vzgoja - moč medicinskih sester* (str. 1-31). Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.
15. Kopal Grum, D. in Musek, J. (2009). *Perspektive motivacije*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.
16. Kramar Zupan, M. (2009). *Menedžment vs. vodenje*. Novo mesto: Fakulteta za poslovne in upravne vede.
17. Kvas, A. (2011). Medicinske sestre na področju promocije zdravja in zdravstvene vzgoje: kje smo, kam gremo? V A. Kvas (ur.), *Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester* (str. 33-45). Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.
18. Medved, N. (2013). Pacient s sladkorno boleznijo v referenčni ambulanti. V V. Vilar, T. Planinšek Ručigaj (ur.), *Izziv ali problem pri oskrbi ran* (str. 77-94). Ljubljana: Društvo za oskrbo ran Slovenije.
19. Montessori, M. (2009). *Skrivnost otroštva*. Ljubljana: Uršulinski zavod za vzgojo, izobraževanje in kulturo.
20. Mori Lukančič, M. (2013). Preventiva nastanka diabetičnega stopala. V V. Vilar, T. Planinšek Ručigaj (ur.), *Izziv ali problem pri oskrbi ran* (str. 37-45). Ljubljana: Društvo za oskrbo ran Slovenije.
21. Pesjak, K. (2007). Komunikacija bolnika in zdravnika. V M. Bulc, H. Turk in J. Kersnik (ur.), *Vključevanje bolnika v zdravljenje. Družinska medicina 2007* (str. 38-43). Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine.
22. Planinec, K. (2007). Učinkovito sporazumevanje – uspešno zdravljenje z manj dela in več zadovoljstva. V M. Bulc, H. Turk in J. Kersnik (ur.), *Vključevanje bolnika v zdravljenje. Družinska medicina 2007* (str. 33-37). Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine.
23. Podhostnik, A. (2012). Osebna odgovornost izvajalcev v zdravstveni negi. V M. Berkopec (ur.), *Odgovornost v zdravstveni negi* (18-24). Novo mesto: Splošna bolnišnica Novo mesto v sodelovanju z Društvom medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Novo mesto in Visoko šolo za zdravstvo Novo mesto.
24. Rakovec Felser, Z. (1997). *Medicinska psihologija*. Maribor: Visoka zdravstvena šola.
25. Rebolj, Z. (2012). Odgovornost v zdravstveni negi. V M. Berkopec (ur.), *Odgovornost v zdravstveni negi* (str. 5-7). Novo mesto: Splošna bolnišnica Novo mesto v sodelovanju z Društvom medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Novo mesto in Visoko šolo za zdravstvo Novo mesto.
26. Škofic Kranjc, N. (2013). Značilnosti kakovostnega sporazumevanja in posredovanje povratnih informacij. V *Uspostabljanje kandidatov za člane komisij za preverjanje in potrjevanje nacionalnih poklicnih kvalifikacij za pridobitev licenc* (str. 1-2). Ljubljana: Andragoški center Republike Slovenije.
27. Štefanc, D. (2011). Pojmovanje znanja v pedagoškem diskurzu: Nekateri problemi. *Sodobna pedagogika*, 62/128 (1), 100-119.
28. Tenglund, P-A. (2012). Behavior Change or Empowerment: On the Ethics of Health-Promotion Strategies. *Public Health Ethics*, 5 (2), 140-153.
29. Tušek-Bunc, K. (2007). Spoštovanje partnerskega odnosa bolnik - zdravnik zaupnost v partnerskem odnosu. V M. Bulc, H. Turk in J. Kersnik (ur.), *Vključevanje bolnika v zdravljenje. Družinska medicina 2007* (str. 4-9). Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine.

# Dostopnost do zdravstvenih storitev kot pomembna determinanta (ne)enakosti v zdravju

UDK 614.2+316.344

**KLJUČNE BESEDE:** neenakost, zdravje, dostopnost, zdravstveno varstvo

**POVZETEK** - Vpliv socialno-ekonomskih determinant na dostopnost zdravstvenega varstva je kompleksen in je odraz različnih dejavnikov. Takšna dejavnika sta neenakomerna dostopnost zdravstvenih storitev, tako geografska, finančna in kakovostna kot neenakost pri uporabi zdravstvenih storitev. Na dostopnost in uporabo zdravstvenih storitev naj bi vplivala tudi razdelitev zdravstvenih stroškov med javna in zasebna sredstva. Neenakosti so večje v državah, kjer je delež neposrednih plačil višji. Tako sistem oziroma model zdravstvenega varstva pomembno vpliva na dostopnost zdravstvenih storitev. Žal v Sloveniji (pre)dolge čakalne dobe za posamezne zdravstvene storitve nujno vodijo v plačevanje iz zasebnih sredstev (plačevanje iz žepa) in s tem do ekonomsko-socialne neenakosti v dostopnosti zdravstvenih storitev. Prost dostop do primarnega zdravstvenega varstva je v Sloveniji geografsko formalno zagotovljen vsem zavarovancem, pri tem pa obstajajo med regijami pomembne razlike.

UDC 614.2+316.344

**KEY WORDS:** inequality, health, accessibility, health care

**ABSTRACT** - The impact of socioeconomic determinants on access to health care is complex and reflects a variety of factors. Such factors are unequal access to health services, geographic, financial, quality factor and inequalities in the use of health services. The distribution of health care costs between public and private funds should also affect the use of health services. Inequalities are greater in countries where the share of direct payments is higher. Therefore the health care system has a significant impact on access to health services. Unfortunately, in Slovenia (too) long waiting periods for individual health services necessarily lead to payments from private funds and paying out of pocket and cause economic and social inequalities in access to such health care services. Free access to primary health care in Slovenia is geographically provided formally to all people, while there are significant differences between regions.

## 1 Uvod

Zdravo prebivalstvo je nujni pogoj za zdravo gospodarstvo. Je strukturni indikator razvoja gospodarstva in blaginje držav, kot je zapisano v Lizbonski strategiji. Samo zdravi državljani bodo lahko ustvarjali, ohranjali in iskali prepotrebna delovna mesta in se lažje spoprijemali z negotovostjo in stresom vse zahtevnejšega globalnega trga. Povezavo med zdravjem in blagostanjem so dokazale številne strokovne študije. Zastoji in ovire pri dostopnosti do zdravstvenih storitev ter nižja kakovost in standard zdravstvenih storitev pomenijo podaljšanje trajanja zdravljenja in zmanjšujejo varnost pacientov, posledica tega so manj zdravi ljudje. Po drugi strani zdravstveni sektor tvori kar 10 % evropskega BDP in tako postaja pomembna narodnogospodarska kategorija vsake države. Zdravstvene storitve in z njimi povezane institucije so med največjimi delodajalci v EU. Preprečevanje bolezni, skupaj s pravočasno dostopnostjo do učinkovitega zdravljenja in zdravstvenih storitev, je ključna ekonomska komponenta

vsake družbe. Javni izdatki za socialno varnost v zadnjih desetletjih vse bolj ogrožajo uravnoteženost in skladnost ekonomskega in socialnega razvoja držav. Visoki stroški dela, skupaj s prispevki in davki za socialno varnost v razvitih evropskih državah, kamor spada tudi Slovenija, grozijo z zniževanjem konkurenčne sposobnosti njihovih narodnih gospodarstev na mednarodnih trgih. Temu se je v zadnjih letih pridružila še velika vsesplošna finančna in gospodarska kriza ter kriza vrednot.

Neenakosti na področju zdravja je eden najbolj perečih problemov današnjega časa. Čeprav se zdravje evropske populacije kot celote izboljšuje, se zdravje ljudi iz višjih socialno-ekonomskih skupin izboljšuje hitreje, prav tako pa položaj ranljivih skupin ostaja še naprej enak, s čimer se povečujejo razlike na področju zdravja. Vse to se dogaja v vseh državah, tudi visoko razvitih, kar poraja vprašanje o učinkovitosti zdravstvenega sistema.

Dostopnost do zdravstvenih storitev je kompleksen pojem z različno obširnimi definicijami. V manj razvitih državah se dostopnost nanaša na razpoložljivost osnovnih zdravstvenih služb, kot sta možnost obiska zdravnika ali možnost uporabe zdravstvene službe v času nosečnosti. V premožnejših državah, kjer so zdravstvene službe večinoma dostopne, pa se vprašanje dostopnosti nanaša na stopnjo celovitosti zdravstvene obravnave, ki jo sistem lahko nudi v svojih finančnih zmožnostih, glede na pravočasnost in dobre izide zdravljenja. Za ocenjevanje dostopnosti do zdravstvenega varstva ni jasno postavljenih kriterijev. Kljub temu pa obstaja Raziskava o kakovosti zdravstvenih sistemov držav Evropskih skupnosti (Euro Health Consumer Index, 2012), ki vsebuje šest ocenjevalnih skupin: pacientove pravice in informiranost, informacijska tehnologija v zdravstvu, čakalne dobe, rezultati zdravljenja, vrsta in obseg zdravstvenih storitev ter farmacija. Poleg držav članic Evropske unije raziskava vključuje tudi Švico in Norveško ter Albanijo, Hrvaško, Makedonijo, Srbijo in Islandijo. Slovenija je leta 2012 na tej lestvici zasedla 19. mesto. Pred nami sta med drugim Hrvaška in Estonija. Prvo mesto zaseda Nizozemska.

Vpliv socialno-ekonomskih determinant na dostopnost zdravstvenega varstva je kompleksen in je odraz različnih dejavnikov. Takšna dejavnika sta neenakomerna dostopnost zdravstvenih storitev, tako geografska, finančna in kakovostna kot neenakost pri uporabi zdravstvenih storitev. Vpliv socialno-ekonomskih determinant na dostopnost zdravstvenega varstva se odraža v neenakosti zdravstvenih izidov. Tuje raziskave kažejo, da sta socialna varnost in univerzalni sistem javnega zdravstva nujna, a ne zadostna pogoja za zmanjševanje neenakosti v zdravju (Mackenbach et al., 2008; Strand et al., 2010). Del neenakosti v zdravju lahko pripišemo tudi dostopnosti do zdravstvene oskrbe (Mackenbach et al., 2008). Kljub univerzalnim zdravstvenim sistemom obstajajo v Evropi pomembne razlike pri uporabi zdravstvenih storitev glede na socialno-ekonomski položaj posameznika (Hanratty et al., 2007). Poleg finančnih in geografskih ovir so med pomembnimi razlogi za manjšo uporabo zdravstvenih storitev s strani manj premožnih tudi kulturne in informacijske ovire ter pomanjkanje lastne pobude (Couffinhal, et al., 2005).

Sistem zdravstva mora zmanjševati neenakosti v zdravju, hkrati pa mora postati konkurenčen in razvojni naravnani tudi zaradi izzivov, ki jih predenj postavlja prost pre-

tok pacientov znotraj Evropske unije. Zato so pomembne determinante (ne)enakosti v zdravju:

1. zagotavljanje finančne dostopnosti,
2. zagotavljanje geografske dostopnosti do zdravstvenih storitev,
3. zagotavljanje dostopnosti do kakovostnih in varnih zdravstvenih storitev.

## 2 Zagotavljanje finančne dostopnosti

Na dostopnost in uporabo zdravstvenih storitev naj bi vplivala tudi razdelitev zdravstvenih stroškov med javna in zasebna sredstva. Neenakosti so večje v državah, kjer je delež neposrednih plačil višji (Or et al., 2008). Tako sistem oziroma model zdravstvenega varstva pomembno vpliva na dostopnost do zdravstvenih storitev. V svetu obstajajo štirje najpomembnejši sistemi zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, ki se med seboj razlikujejo po načinu zagotavljanja sredstev za financiranje sistema, po načinu upravljanja sistema in po tem, ali temeljijo na solidarnosti in vzajemnosti ali na pridobitnosti. Beveridgeov model ali državno vodeni model je prva uvedla Velika Britanija in pozneje še skandinavske države. Prva predstavnica Bismarckovega modela oziroma modela socialnega zdravstvenega zavarovanja je bila Nemčija. V Združenih državah Amerike se je uveljavil tržni model zdravstvenega zavarovanja. V prvi polovici 20. stoletja pa je v Sovjetski zvezi nastal Semaškov oziroma socialistični model, ki pa se v današnjem času v svoji čisti obliki ne pojavlja več.

V Sloveniji uporabljamo tudi v Evropi najbolj razširjen model zdravstvenega varstva, Bismarckov model. Ta model poleg Slovenije uporablja oziroma se mu približuje 16 od skupno 27 držav Evropske unije, med drugim tudi Nemčija, Francija, Nizozemska, Avstrija, Češka, Madžarska itd. Ostalih 11 držav uporablja Beveridgeov model zdravstvenega varstva. Semaškov model zdravstvenega varstva in tržni model (ZDA) se v Evropi ne pojavljata. Vsaka država ima v modelih svoje značilnosti. Žal sistemska ureditev v posameznih državah ni tista, ki določa kakovost zdravstva in večjo dostopnost zdravstvenih storitev. Velik vpliv ima gospodarska moč države. Več denarja pomeni tudi več možnosti za raziskave, tehnološki razvoj in napredek medicine, vse to pa vpliva na rezultate zdravljenja.

V Sloveniji imamo zelo široko definirano košarico zdravstvenih storitev, v kateri je del vsake storitve (le nekatere pa tudi v celoti) krit iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ker večino zdravstvenih storitev, ki so ključnega pomena za državljane, delno financiramo iz zasebnih virov – dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, je bilo to zavarovanje razglašeno za zavarovanje v javnem interesu. To je pripeljalo do visoke stopnje regulacije tržnega zavarovanja, ki ga kljub opozorilom Evropske komisije ne opustimo, saj gre za varovanje dostopnosti do ključnih zdravstvenih storitev, čeprav omejuje konkurenčnost in svobodo pretoka blaga in storitev ter ovira vstop tujih zavarovalnic na slovenski trg.

Ker za kritje široko definirane košarice pravic nimamo zadostnih sredstev, se je v preteklih letih primanjkljaj sredstev v javni blagajni pokrival s prenosom financiranja

zdravstvenih storitev na zasebna sredstva predvsem s pomočjo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, kar je v nasprotju z načelom zagotavljanja osnovne skrbi za zdravje iz javnih sredstev. Tako je Slovenija postala socialna država s sicer visoko prispevno stopnjo za zdravstvo, ki pa v celoti financira le malo storitev. Dostopnost do storitev je namreč omejena oziroma pogojena s tako visokimi doplačili, da se zanje zavaruje blizu 95 odstotkov prebivalstva. To pomeni, da gre dejansko za prisilno zavarovanje. Kljub delnemu prenosu financiranja storitev na »formalno prostovoljno« dopolnilno zavarovanje pa široko opredeljene košarice zdravstvenih storitev vseeno ni bilo moč zagotavljati v celoti, zato so se v praksi pojavile nedopustno dolge čakalne dobe za potrebne zdravstvene storitve.

Slovinci si dostopnost do zdravstvenih storitev v vedno večji meri zagotavljamo žal z izdatki iz lastnega žepa. Delež skupnih zasebnih sredstev v celotnih izdatkih za zdravstvo je v letu 2009 znašal že 28,1 % (SURS, 2010), kar je nad povprečjem Evropske unije, kjer je v letu 2008 delež znašal 23,44% (WHO, HFA, 2010) in presega mejo 25 %, ki jo nekateri avtorji postavljajo za neuradno še sprejemljivo (Albreht, Klazinga, 2009). V obdobju 2000–2008 so se med vsemi izdatki najbolj povečali prav neposredni izdatki gospodinjstev iz žepa (5,5 % realno na leto), tako da je njihov delež v celotnih izdatkih za zdravstvo v letu 2008 znašal že 12,7 % in je bil že višji od deleža izdatkov iz naslova prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj (12,4 %). Dodatno skrb zbujajo dejstva, da se je delež izdatkov za zdravje v zadnjih letih najbolj povečal prav v gospodinjstvih z najnižjimi dohodki. Finančna dostopnost do zdravstvenih storitev in dobrin se je tako poslabšala prav gospodinjstvom z najnižjimi dohodki, kar lahko še poslabša neenakosti v zdravju glede na socialno-ekonomski položaj.

Največji delež celotnih izdatkov smo porabili za zdravila (23 %), medicinsko tehnične pripomočke (20 %), razne storitve drugih zdravstvenih delavcev (fizioterapija) in specialistične ambulantne storitve (9 %). Najbolj pa so se v obdobju 2003–2008 povečali izdatki iz žepa za specialistične ambulantne dejavnosti, rehabilitacijo, dolgotrajno zdravstveno oskrbo, diagnostična slikanja ter za storitve in diagnostiko v osnovni zdravstveni dejavnosti. Čeprav povprečna neposredna plačila niso visoka, lahko celokupna doplačila pri posameznem zahtevnejšem zdravljenju dosežejo relativno velike zneske (Albreht et al., 2009).

Podatki dosedanjih oziroma obstoječih raziskav nam ne dajejo celovite informacije o dostopnosti do zdravstvenih storitev pri nas. Sistem že po svoji zasnovi zagotavlja in varuje prvi stik z zdravstvenim varstvom, tako da za vstop v sistem niso potrebna nikakršna doplačila. S tem je na formalni ravni zagotovljena ekonomska pravičnost glede dostopnosti zdravstvenih storitev. Žal (pre)dolge čakalne dobe za posamezne zdravstvene storitve nujno vodijo v plačevanje iz zasebnih sredstev in plačevanje iz žepa in s tem do ekonomsko-socialne neenakosti v dostopnosti do teh zdravstvenih storitev.

### 3 Zagotavljanje geografske dostopnosti

V državah z zdravstvenimi sistemi, ki imajo dobro organizirano primarno zdravstveno varstvo, naj bi bile razlike v uporabi zdravstvenih storitev manjše (Starfield et al., 2005). Predvsem pri nižjih socialno-ekonomskih razredih na razlike pomembno vpliva geografska dostopnost. V večini evropskih držav naj bi bila uporaba storitev na primarni ravni zdravstvenega varstva med socialno-ekonomskimi razredi relativno enakomerno razporejena (Or, 2008).

Mesto in vloga primarnega zdravstvenega varstva izhaja iz deklaracije Svetovne zdravstvene organizacije, sprejete na njeni skupščini v Alma Ati leta 1987, kjer so bila med drugim sprejeta tudi naslednja temeljna načela primarnega - osnovnega zdravstvenega varstva:

- Primarno zdravstveno varstvo rešuje zdravstvene probleme posameznikov, družin in skupnosti.
- Primarno zdravstveno varstvo se izvaja v lokalni skupnosti, kjer ljudje živijo in delajo ter mora biti za vse ljudi enako.
- Pri načrtovanju in odločanju o vsebini, obsegu, delu in razvoju primarnega zdravstvenega varstva, kakor tudi pri odločanju o zanj potrebnih sredstvih je udeležba javnosti nujni in obvezni pogoj.
- Načelo enotnosti zdravstvenega varstva (integrirano reševanje zdravstvenih problemov s preventivnega, kurativnega in socialnega vidika) je mogoče le s pomočjo primarnega zdravstvenega varstva.

Ta načela so rezultat širšega spoznanja, da je vsak zdravstveni problem potrebno rešiti na najenostavnejši način in na čim »nižjem« nivoju ter hkrati izražajo razvejanost in večplastnost primarnega zdravstvenega varstva. V tem kontekstu moramo primarno zdravstveno varstvo razumeti kot zamisel, ki se nanaša na celoten sistem zdravstvenega varstva kot tudi na dejavnosti in organiziranost primarne ravni varstva. Že dejstvo, da so zamisel sprejele vse države članice Svetovne zdravstvene organizacije, daje primarnemu zdravstvenemu varstvu izjemen družbeni pomen, ki pa se lahko učinkovito izkaže le, če je na določenem območju neposredno politično podprt in družbeno sprejemljiv. Poleg sociopolitičnega vidika pa moramo primarno zdravstveno varstvo obravnavati tudi z vidika ustreznosti tehnologij, metod dela in organizacije, vse s ciljem čim bolj učinkovite celovite obravnave pacienta.

Družbeni pomen primarnega zdravstvenega varstva je v uresničevanju izenačevanja pravic oziroma v odpravljanju preprek pri uporabi ljudem približanega zdravstvenega varstva ter prispevku primarnega zdravstvenega varstva k splošnemu razvoju skupnosti, vzpodbujanju izrabe lokalnih možnosti ter humanizaciji dela v medicini in zdravstvu.

Zdravstvena dejavnost na primarni ravni je tako tudi v Sloveniji dostopna vsem ljudem v lokalnem okolju brez predhodnih napotitev ali posredovanja drugih zdravstvenih zavodov oziroma posameznikov. Zato je osnovno zdravstvo za ljudi najbolj dostopno, za državo pa najcenejše. Kar 80 % vseh zdravstvenih težav se odpravi na

primarni ravni, torej v osnovnem zdravstvenem varstvu in le 20 % vseh zdravstvenih težav odpravi sekundarna – bolnišnična raven. Sredstva, namenjena zdravstvenemu varstvu v Sloveniji, pa so žal obratno sorazmerna. Za osnovno zdravstvo na primarni ravni je namenjeno manj kot 20 % vseh sredstev zdravstvenega varstva, za bolnišnično - sekundarno in terciarno dejavnost pa več kot 80 % vseh sredstev, namenjenih zdravstvenemu varstvu. V svetu in Evropi je situacija popolnoma drugačna, saj je razmerje sredstev za primarno in sekundarno zdravstvo uravnoteženo. Še več. Nosilci fondov za zdravstveno varstvo zahtevajo hitrejši razvoj primarnega zdravstvenega varstva oziroma osnovnega varstva in niso tako naklonjeni dražjim oblikam varstva na sekundarni ravni. Na primarni ravni je vzpostavljena mreža čim bliže prebivalstvu, da se omogoča hitro in enostavno dostopnost, pri čemer je upoštevana geografska razporeditev, razporeditev osnovnih dejavnosti primarnega zdravstvenega varstva in ustrezna časovna dostopnost zdravstvene službe.

Prost dostop do primarnega zdravstvenega varstva je v Sloveniji formalno zagotovljen vsem zavarovancem, tako geografsko kot ekonomsko. Prost dostop pomeni, da je dostop do prvega stika z zdravstvenim delavcem na primarni ravni neposreden, to je brez napotitev in naročanja ter brez dodatnih stroškov za bolnike. Zdravstveni sistem s tako imenovanimi »vratarji«, kakršnega imamo tudi v Sloveniji, naj bi zagotavljal manjše neenakosti v dostopnosti do zdravstvenih storitev. Zdravniki na primarni ravni naj bi namreč bolj uspešno in učinkovito prepoznavali potrebe bolnikov in jim zato zagotavljali enostavnejši dostop do zdravstvenih storitev ter boljše vodenje (Or, 2008). Podatki raziskav, v katerih so preučevali ciljne skupine (npr. projekt The European Patient of the Future), kažejo, da so bolniki zadovoljni tako z dostopnostjo do osebnega izbranega zdravnika kot tudi s konceptom izbranega osebnega zdravnika (Coulter in Magee, 2003).

V Sloveniji pa med regijami obstajajo pomembne razlike. Razporeditev števila oseb na zdravstveni tim na primarni ravni zdravstvenega varstva je namreč slabša v bolj odročnih vaških okoljih, kjer občasno primanjkuje zdravnikov (Albreht in dr., 2009) in je zato obremenitev delujočih zdravnikov večja. Manj učinkovita pa je tudi dostopnost hitrih storitev, ki je v nekaterih vaških predelih celo za 40 % slabša kot v dobro oskrbljenih mestnih središčih in je večinoma posledica neustreznega podeljevanja koncesij. Težave se kažejo pri zagotavljanju določenih zdravstvenih storitev, predvsem preventivnih pregledov, ter pri zagotavljanju fizioterapije in dežurstev na primarni ravni. Pereče je tudi vprašanje nadaljnjega delovanja zdravstvenih domov, ki na nekaterih območjih niso sposobni zagotavljati celovite oskrbe prebivalstva (Zver, 2010).

Večina anket in raziskav v Sloveniji ugotavlja, da je zobozdravstvena oskrba enako pomembna kot ostale oblike zdravstvene oskrbe. Raziskava Slovensko javno mnenje in izsledki evropskega zdravstvenega vprašalnika pa kažejo, da so prebivalci precej nezadovoljni z dostopnostjo do zobozdravstvenih storitev. V Sloveniji tudi zobozdravstvo uvrščamo med dejavnosti, ki so dostopne na primarni ravni. Za otroke in mladostnike je v celoti krito iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, pri odraslih pa so večinoma za zdravljenje potrebna doplačila, ki se gibljejo med 10 in 60 % (Albreht et

al., 2009). V zobozdravstvu je tudi veliko zasebnikov; v letu 2008 je bilo po podatkih Zdravniške zbornice Slovenije v zobozdravstvu že skoraj 50 % zasebnikov s koncesijo in 12 % čistih zasebnikov, ki so opravljali izključno samoplačniške storitve (ZZS, 2010). Podatki o obiskih pri zobozdravniku kažejo, da so v preteklih 12 mesecih vsaj enkrat obiskale zobozdravnika večinoma višje izobražene osebe. Največje so razlike v starostni skupini 65-74 let; zobozdravnika je v preteklem letu obiskalo za kar 60 % več višje izobraženih oseb kot oseb z osnovno izobrazbo.

V Sloveniji obstajajo za številne posege in postopke na sekundarni ravni čakalne dobe, ki ovirajo dejansko dostopnost teh storitev. Do skrajševanja čakalnih dob tipično prihaja ob dovajanju dodatnih sredstev v sistem, na primer ob dodelitvi dodatnih sredstev za operacije sive mreže in za operacije na odprtem srcu med letoma 2003 in 2008. V letu 2009 zaradi finančnih razmer to ni bilo mogoče, vendar pa je ZZS, da bi povečal dostopnost do izbranih zdravstvenih storitev in skrajšal čakalne dobe, prvič izvedel nacionalni razpis za izbrane programe. Ministrstvo za zdravje je v skladu z Zakonom o pacientovih pravicah in s Pravilnikom o čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve določilo, da je še sprejemljiva čakalna doba šest mesecev, če ne gre za nujni primer. Da bi skrajšali čakalne dobe, se v Sloveniji pojavljajo tudi dodatna zavarovanja in neposredna plačila iz žepa pacientov, ki povzročajo razlike v dostopnosti do zdravstvenega varstva na osnovi socialno-ekonomskega položaja.

#### **4 Zagotavljanje kakovostne dostopnosti preko zagotavljanja kakovostnih in varnih zdravstvenih storitev**

V Sloveniji si prizadevamo upoštevati mednarodno in evropsko sprejeta načela kakovosti ter širše cilje, ki imajo večji vpliv na celotno družbo. To so uspešnost, varnost, pravočasnost, učinkovitost, enakopravnost in osredotočenost na pacienta. Poglavitni cilji na področju kakovosti in varnosti v zdravstvu so:

- ☐ razvoj sistematičnega vodenja kakovosti in varnosti,
- ☐ razvoj kulture kakovosti in varnosti,
- ☐ vzpostavitev sistema izobraževanja in usposabljanja s področja kakovosti in varnosti,
- ☐ razvoj sistemov za izboljšanje učinkovitosti kliničnega dela.

Razširjen nabor kazalnikov kakovosti, ki jih spremljajo izvajalci specialistične dejavnosti, je bil objavljen v Priročniku o kazalnikih kakovosti v letu 2010. Med kazalniki je vključeno tudi merjenje kulture varnosti v bolnišnicah. Številne aktivnosti bodo namenjene tudi povečanju varnosti pacientov, zlasti z nadaljnjim razvojem sistema poročanja o opozorilnih nevarnih dogodkih. Sistem spremljanja opozorilnih nevarnih dogodkov, torej obravnavo najhujših varnostnih zapletov pri pacientih, je Ministrstvo za zdravje RS vzpostavilo sicer že leta 2002, vendar pa so predpisi na tem področju pomanjkljivi. Sistematičen in učinkovit pristop k spremljanju varnostnih zapletov je v bolnišnicah še redek, nacionalni sistem poročanja o opozorilnih znakih nevarnih do-

godkov pa potrebuje dopolnitve. Stalno, dolgoročno in sistematično spodbujanje tega procesa je ključni pogoj za spreminjanje organizacijske kulture.

K izboljšanju kakovosti in varnosti v sistemu zdravstvenega varstva pomembno prispeva akreditacija zdravstvenih zavodov (zaenkrat predvsem bolnišnic), ki ga vodijo zdravstveni zavodi sami v obliki samoocenjevanja ali notranje presoje ali kot zunanjo presojo s pomočjo zunanje organizacije. Zunanja presoja kakovosti je pomagala pri uvajanju celovitega spremljanja kakovosti in varnosti v zdravstvene zavode, z namenom, da deluje kot spodbujevalec in ne kot sredstvo nadzora. Akreditacija kot način zunanje kakovosti in varnosti zdravstvenih obravnav v Sloveniji je nujna tudi zaradi vključitve v širši evropski prostor, ki ga je odprla Direktiva o čezmejnem prostem pretoku pacientov. Največjo nevarnost pri tem predstavlja posledično prelivanje finančnih sredstev med nacionalnimi zdravstvenimi zavarovalnicami, kar lahko v naslednjih letih dodatno negativno vpliva na finančno vzdržnost slovenskega zdravstvenega sistema oziroma dostopnost do zdravstvenih storitev.

## 5 Zaključek

Neenakost na področju zdravljenja ljudi je eden najbolj perečih problemov današnjega časa. Čeprav se zdravje evropske populacije kot celote izboljšuje, se zdravje ljudi iz višjih socialno-ekonomskih skupin izboljšuje hitreje, položaj ranljivih skupin pa ostaja še naprej enak, s čimer se še povečujejo razlike. Vse to se dogaja v vseh državah, tudi v visoko razvitih, kar poraja vprašanje o učinkovitosti zdravstvenega sistema.

Dostopnost do zdravstvenih storitev je kompleksen pojav z različno obširnimi definicijami. Za ocenjevanje dostopnosti do zdravstvenega varstva ni jasno postavljenih kriterijev. Kljub temu pa obstaja Raziskava o kakovosti zdravstvenih sistemov držav Evropske skupnosti (Euro Health Consumer Index 2012, WHO, 2012), ki vsebuje šest ocenjevalnih skupin: pacientove pravice in informiranost, informacijska tehnologija v zdravstvu, čakalne dobe, rezultati zdravljenja, vrsta in obseg zdravstvenih storitev ter farmacija. Del neenakosti v zdravju lahko pripišemo tudi dostopnosti do zdravstvene oskrbe (Mackenbach et al., 2008).

Pomembne determinante (ne)enakosti v zdravju so: zagotavljanje finančne dostopnosti, zagotavljanje geografske dostopnosti do zdravstvenih storitev in zagotavljanje dostopnosti do kakovostnih in varnih zdravstvenih storitev.

Na dostopnost in uporabo zdravstvenih storitev naj bi vplivala tudi razdelitev zdravstvenih stroškov med javna in zasebna sredstva. Neenakosti so večje v državah, kjer je delež neposrednih plačil višji (Or et al., 2008). Tako sistem oziroma model zdravstvenega varstva pomembno vpliva na dostopnost do zdravstvenih storitev.

V Sloveniji imamo zelo široko definirano košarico zdravstvenih storitev, v kateri je del vsake storitve (le nekatere pa so tudi v celoti) krit iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ker za kritje široko definirane košarice pravic nimamo zadostnih sredstev, se je v preteklih letih primanjkljaj sredstev v javni blagajni pokrival s prenosom finan-

ciranja zdravstvenih storitev na zasebna sredstva predvsem s pomočjo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Slovenci si dostopnost do zdravstvenih storitev v vedno večji meri zagotavljamo žal z izdatki iz lastnega žepa. Delež skupnih zasebnih sredstev v celotnih izdatkih za zdravstvo je v letu 2009 znašal že 28,1 % (SURS, 2010), kar je nad povprečjem Evropske unije. Žal (pre)dolge čakalne dobe za posamezne zdravstvene storitve nujno vodijo v plačevanje iz zasebnih sredstev in plačevanje iz žepa in s tem do ekonomsko-socialne neenakosti v dostopnosti do teh zdravstvenih storitev.

V državah z zdravstvenimi sistemi, ki imajo dobro organizirano primarno zdravstveno varstvo, naj bi bile razlike v uporabi zdravstvenih storitev manjše (Starfield et al., 2005). Prost dostop do primarnega zdravstvenega varstva je v Sloveniji geografsko formalno zagotovljen vsem zavarovancem, pri tem pa obstajajo med regijami pomembne razlike. Raziskava Slovensko javno mnenje in izsledki evropskega zdravstvenega vprašalnika pa kažejo, da so prebivalci precej nezadovoljni z dostopnostjo do zobozdravstvenih storitev. V Sloveniji na sekundarni ravni obstajajo za številne posege in postopke čakalne dobe, ki ovirajo dejansko dostopnost teh storitev.

V Sloveniji si prizadevamo upoštevati mednarodno in evropsko sprejeta načela kakovosti ter širše cilje, ki imajo večji vpliv na celotno družbo. To so uspešnost, varnost, pravočasnost, učinkovitost, enakopravnost in osredotočenost na pacienta. Sistematičen in učinkovit pristop k spremljanju varnostnih zapletov je v bolnišnicah še redek, nacionalni sistem poročanja o opozorilnih znakih nevarnih dogodkov pa potrebuje dopolnitve. K izboljšanju kakovosti in varnosti v sistemu zdravstvenega varstva pomembno prispeva akreditacija zdravstvenih zavodov.

## LITERATURA

1. Albrecht, T. et al. (2009). Slovenia: health system review. *Health Systems in Transition*. 1-168. Geographical determinants.
2. Albrecht, T. and Klazinga, N. (2009). Privatisation of health care in Slovenia in the period 1992-2008. *Health policy*.
3. Buzeti, T. et al. (2011). Neenakosti v zdravju v Sloveniji. Ljubljana. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
4. Couffinhal, A. et al. (2005). Policies for reducing inequalities in health, what role can the health system play? A European perspective. Part I: Determinants of social inequalities in health and the role of the healthcare system. *Issues in health economics IRDES*, 92.
5. Coulter, A. in Magee, H. (2003). *The European patient of the future*. Philadelphia, PA, Open University Press.
6. Hanratty, B. et al. (2007). How close have universal health systems come to achieving equity in use of curative services? A systematic review. *Int J Health Serv*, 37 (1), 89-109.
7. Kramar Zupan, M. (2011). Izzivi primarnega zdravstvenega varstva v luči celostne obravnave pacienta. Novo mesto: Visoka šola za zdravstvo Novo mesto.
8. Mackenbach, J. P. et al. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New Engl J Med*.
9. Ministrstvo za zdravje (2011). *Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020*. Ljubljana.
10. Or, Z. et al. (2008). Impact of health care system on socioeconomic inequalities in doctor use for the European Union working group on socioeconomic inequalities in health. Working paper. Paris: Institut de recherche et documentation en économie de la santé.

11. Starfield, B. et al. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.*
12. Strand, B. H. et al. (2010). Education inequalities in mortality over four decades in Norway: prospective study of middle-aged men and women followed for cause-specific mortality. *BMJ*, 340-654.
13. SURS (2010). Izdatki in viri financiranja za zdravstvo 2003-2008. Ljubljana. Statistični urad RS.
14. WHO Regional Office for Europe (2010). European health for all database (HFA-DB) (online database). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
15. World Health Organization (2012). European health for all database. Geneva.
16. Zver, E. (2010). Dostopnost do zdravstvenih storitev. V T. Čelebič (ur.), *Socialni razgledi* (41-45). Ljubljana: Urad za makroekonomske analize in razvoj.

## Vrednotenje kakovosti življenja bolnikov z metodo EQ-5D

UDK 616-052:316.728

**KLJUČNE BESEDE:** kakovost življenja, EQ-5D, bolniki, sklepni hrustanec, avtologni hondrociti

**POVZETEK** - Nove medicinske tehnologije je treba pred uvedbo v redno klinično prakso ustrezno ovrednotiti. Pri tem se upoštevajo vidiki klinične učinkovitosti, varnosti, tehnične in organizacijske vzdržnosti, pa tudi etični, pravni in ekonomski ter njihov prispevek glede na obstoječe tehnologije. Eden od pomembnih vidikov je spremljanje kakovosti življenja bolnikov. Za to se uporabljajo različna standardizirana orodja, ki so splošna ali prilagojena za določeno skupino bolnikov. Tisti, pri katerih smo spremljali uspešnost zdravljenja sklepnega hrustanca po vsaditvi avtoloških hondrocitov, so izpolnili tudi vprašalnik EQ-5D, ki se uporablja za splošno oceno kakovosti življenja. Bolniki so vprašalnik izpolnili pred operacijo in ob kliničnih pregledih po enem, dveh in petih letih. V raziskavi je zajetih 120 bolnikov, ki so bili po operaciji vsaj na enem pregledu, kjer so izpolnili tudi navedeni vprašalnik. Rezultati kažejo, da bolniki večinoma ocenjujejo kvaliteto življenja po operaciji bolje kot pred operacijo, kar je pri posameznem bolniku povezano s kliničnim uspehom zdravljenja. Za namen vrednotenja zdravstvene tehnologije je treba oceno kvalitete življenja obravnavati v širšem kontekstu zdravstvenega stanja bolnika.

UDC 616-052:316.728

**KEY WORDS:** Quality of life; EQ-5D; articular chondrocyte implantation

**ABSTRACT** - New medical technology should be properly evaluated before introduction into regular clinical practice. The aspects of the clinical efficacy, safety, technical and organizational sustainability, ethical, legal and economic issues as well as the contribution in relation to the existing technology should be considered. One of the important aspects is the monitoring of the quality of life of patients. This uses various standardized tools that are either general or adapted for a particular group of patients. The efficacy of the treatment of articular cartilage was evaluated in patients after implantation of autologous chondrocytes. These patients also filled in a questionnaire EQ-5D that is used for an overall assessment of quality of life. Patients completed the questionnaire before surgery and at clinical examinations after one, two and five years. The study included 120 patients that had at least one post-operative examination where they filled the specified questionnaire. The results show that patients in most cases assess the quality of life after the operation better than before the surgery. This is in high correlation with clinical results of the treatment in individual patient. For the purpose of health technology assessment it is necessary to consider these estimations in context of patient's health status.

### 1 Teoretična izhodišča

Dvig kakovosti življenja bolnikov je primarni cilj vsake zdravstvene obravnave. Razvoj na področju farmacije, biotehnologije, elektronike in drugih ved ponuja številne nove tehnologije na področju zdravstva. Nove tehnologije je treba ustrezno ovrednotiti glede na učinkovitost njihove uporabe pri različnih postopkih zdravljenja, preden se začnejo uporabljati v redni klinični praksi. Pri tem moramo upoštevati vidike klinične učinkovitosti, varnosti, tehnične in organizacijske vzdržnosti, pa tudi etične, pravne in ekonomske vidike ter doprinos glede na obstoječe tehnologije. Vrednotenje zdravstvenih tehnologij predstavlja pomembno orodje za odločanje v zdravstvenih sistemih in za ustvarjanje zdravstvene politike na vseh ravneh (Prevolnik in Turk, 2010).

Eden od pomembnih vidikov je spremljanje kakovosti življenja bolnikov. Za to se uporabljajo različna standardizirana orodja (npr. vprašalnik EQ-5D) (Philips, 2009, Obradovič, Lal in Liedgens, 2013).

Vrednotenje kakovosti življenja uporabljamo kot merilo stanja posameznika, merilo uspešnosti zdravljenja, predstavlja pa tudi podlago za izračune ekonomske upravičenosti postopkov v zdravstvu.

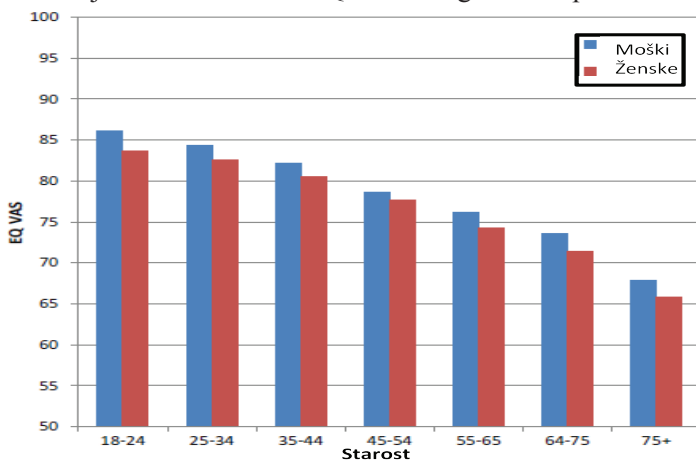
### 1.1 Metoda EQ-5D

EQ-5D je standardiziran vprašalnik o kakovosti življenja v povezavi z zdravjem, ki ga je razvila skupina EuroQoL z namenom enostavnega vrednotenja zdravja za raziskave kliničnih in ekonomskih učinkov zdravljenja. Vprašalnik je uporaben pri širokem spektru zdravstvenih stanj in zdravljenja, z njim od posameznika pridobimo preprosto opisni profil njegovega zdravstvenega stanja, samooceno zdravstvenega stanja s pomočjo analogne lestvice in indeksno vrednost zdravstvenega statusa, ki jo lahko uporabimo pri vrednotenju klinične in ekonomske učinkovitosti v zdravstvu kot tudi v populacijskih študijah (Cabases in Rabin, 2014).

EQ-5D je sestavljen iz dveh strani - EQ-5D opisni sistem petih vprašanj in EQ VAS (analogna skala). Opisni sistem EQ-5D obsega pet področij: mobilnost, samooskrba, običajne aktivnosti, bolečina/neugodje in tesnoba/depresije. Vprašalnik EQ-5D anketiranci izpolnjujejo sami, primeren pa je za anketiranje po pošti, za internetne aplikacije in tudi za intervju. Je zelo preprost in zahteva le nekaj minut za izpolnjevanje. Navodila za izpolnjevanje so vključena v vprašalnik (Cabases in Rabin, 2014).

Indeksne vrednosti EQ-5D se lahko uporabljajo v izračunih QALY vrednosti, ki je pogosto osnova za ekonomsko vrednotenje in postavljanje prioritet v zdravstvenem sistemu. Poleg tega pa je EQ-5D uporaben kot samostojni indeks v kliničnih študijah in študijah zdravstvenega stanja v populaciji (Cabases in Rabin, 2014).

Graf 1: Prikaz srednjih vrednosti ocen EQ-5D VAS glede na spol in starost



Vir: Janssen in Szende, 2014.

Narodi oz. populacije se med sabo razlikujejo po ocenjevanju kakovosti življenja, zato so izračuni pripravljeni za vsako posamezno državo. Razlike obstajajo tudi med moškimi in ženskami. Ocena kakovosti življenja pada tudi s starostjo vprašanih (graf 1) (Janssen in Szende, 2014).

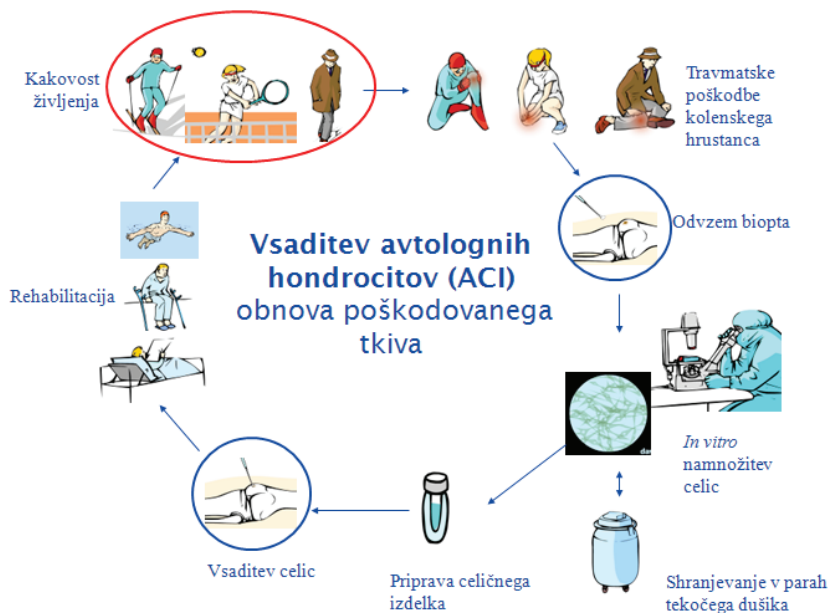
Tudi v Sloveniji je bila narejena validacijska študija populacije (Szende, Jansen in Cabases, 2014).

### 1.2 Zdravljenje sklepnega hrustanca z vsaditvijo gojenih avtolognih hondrocitov

Za prikaz vrednotenja zdravstvene tehnologije z vidika kakovosti življenja je v tem prispevku analiziran primer spremljanja bolnikov po vsaditvi avtolognih gojenih hondrocitov.

Metoda vsaditve gojenih hrustančnih celic za zdravljenje sklepnega hrustanca se v Sloveniji uporablja od leta 1996 (Bonaca, Kregar Velikonja, 2008). Cilj metode je trajna obnova hrustančnega tkiva, ki bolnikom omogoča, da se po ustrezni rehabilitaciji vrnejo k izvajanju življenjskih in tudi športnih aktivnosti, ki so jih izvajali pred poškodbo in si s tem povrnejo kakovost življenja, kot so jo imeli pred poškodbo. Za doseg tega cilja je potrebna priprava kakovostnega celičnega produkta, uspešno izveden kirurški postopek vsaditve celic ter ustrezna rehabilitacija (slika 1). Da bi lahko spremljali uspešnost zdravljenja bolnikov, so le-ti morali priti na pregled po enem, dveh, petih in desetih letih. Desetletne klinične izkušnje in vrednotenje uspešnosti zdravljenja z radiološkimi in kliničnimi preiskavami so že objavljene (Martinčič, Radosavljevič, Drobnič, 2014).

Slika 1: Postopek zdravljenja z avtolognimi hrustančnimi celicami



Vir: Prirejeno po: Bonaca, Kregar Velikonja, 2007.

## 2 Metoda

Bolniki, pri katerih smo spremljali uspešnost zdravljenja sklepnega hrustanca po vsaditvi avtolognih hondrocitov, so izpolnili tudi vprašalnik EQ-5D, ki se uporablja za splošno oceno kakovosti življenja. Vprašalnik so izpolnili pred operacijo in ob kliničnih pregledih po enem, dveh in petih letih.

Podatki kliničnih pregledov so zbrani v registru »Slovenska hondrocitna baza«. Ob pregledu je bilo vpisanih 211 operiranih bolnikov; od teh je vprašalnik EQ-5D pred operacijo izpolnilo 72 bolnikov, vsi bolniki tudi niso prišli na obdobje preglede, zato so v izračunih uporabljeni le podatki tistih bolnikov, ki so prišli na posamezni obdobji pregled.

Za uporabo vprašalnika EQ-5D smo pridobili soglasje nosilca pravic EuroQoL. Podatke EQ-5D posameznega bolnika smo pretvorili v vrednosti EQ-5D VAS s pomočjo tabele »Vrednostni set Slovencev iz leta 2005 po VAS in TTO metodologiji«. Za analizo podatkov smo s programom Excel izračunali aritmetične sredine in standardne odklone meritev v posameznih časovnih točkah. Pomembnost razlik med ocenami pred in po operaciji smo testirali s testom razlik aritmetičnih sredin.

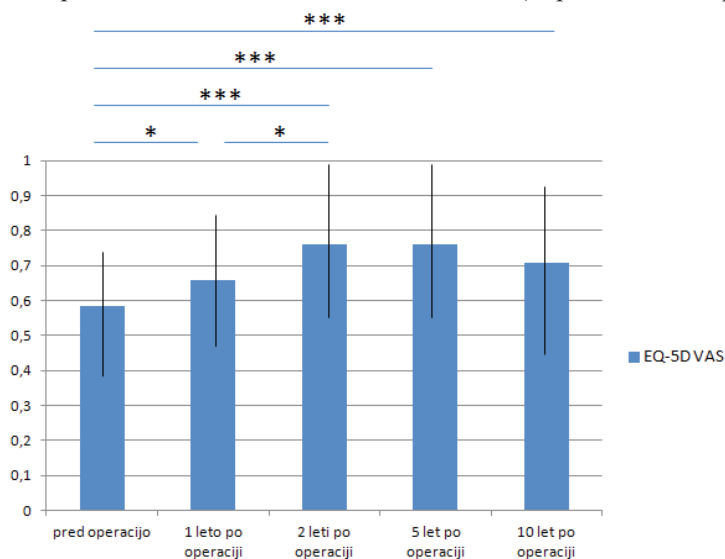
## 3 Rezultati

Vprašalnik je ob pregledih izpolnilo naslednje število bolnikov:

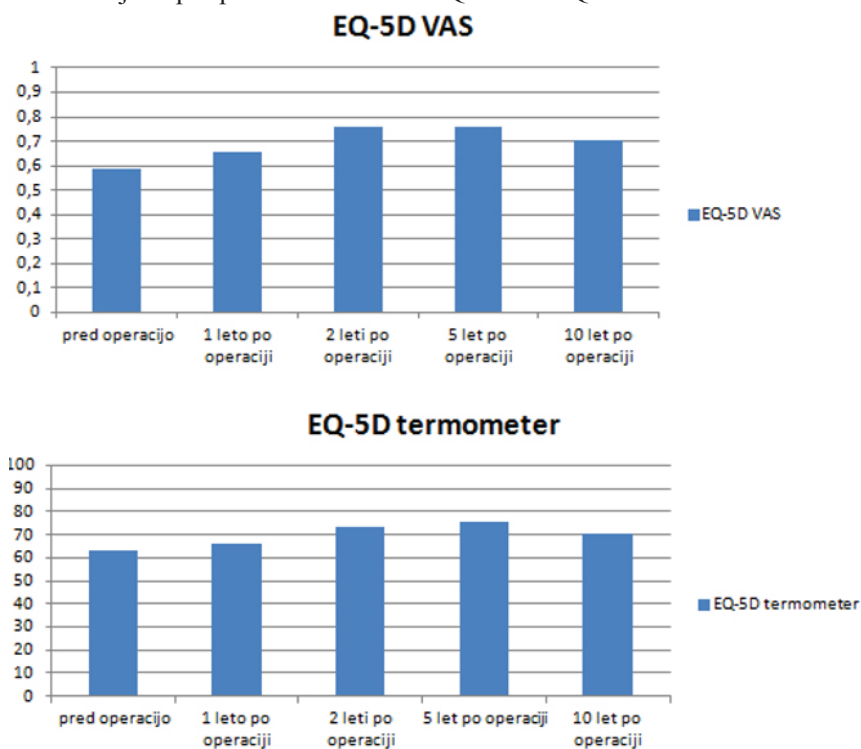
- ☐ ob operaciji: pri 72 bolnikih izpolnjen EQ-5D
- ☐ po enem letu: 42 pregledov z izpolnjenim EQ-5D
- ☐ po 2 letih: 22 pregledov z izpolnjenim EQ-5D
- ☐ po 5 letih: 71 pregledov z izpolnjenim EQ-5D
- ☐ po 10 letih: 58 pregledov z izpolnjenim EQ-5D

Povprečne vrednosti izračunov EQ-VAS so prikazane v grafu 2. Rezultati kažejo, da bolniki ocenjujejo kvaliteto življenja ob vseh časovnih točkah spremljanja bolnikov po operaciji statistično značilno bolje kot pred operacijo (graf 2). Statistična pomembnost povečanja povprečne ocene kakovosti življenja se kaže tudi med ocenami po enem in ocenami po dveh letih. Ob nadaljnjih pregledih razlike v oceni kakovosti življenja glede na predhodni pregled niso statistično pomembne.

**Graf 2:** Povprečje EQ-5D VAS pri bolnikih po vsaditvi avtolognih hondrocitov s prikazom statistične pomembnosti razlik aritmetičnih sredin (\*:  $p < 0,05$ ; \*\*\*:  $p < 0,005$ )



**Graf 3:** Primerjava povprečnih vrednosti EQ-vas in EQ-termo.



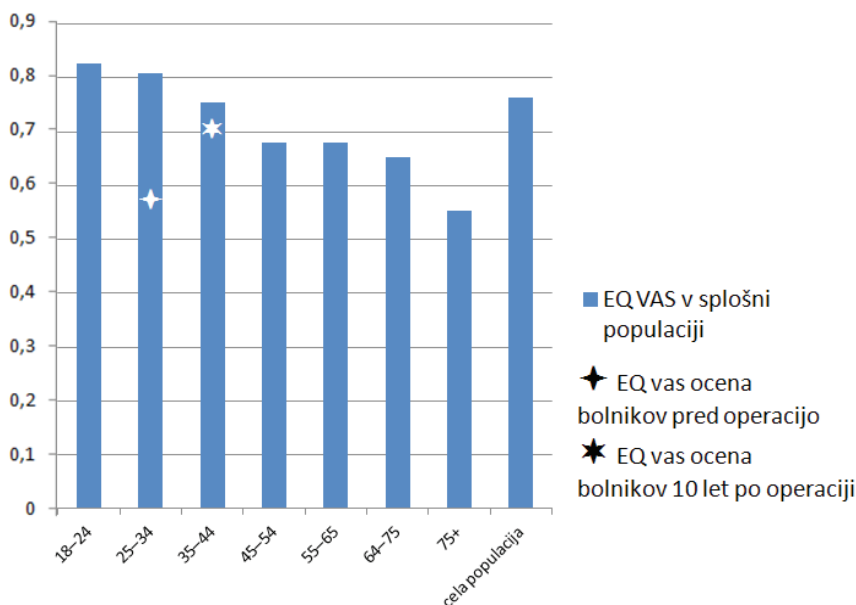
Povprečne vrednosti EQ-5D VAS in termometra pri bolnikih po vsaditvi avtolognih hondrocitov kažejo podoben profil v posameznih časovnih točkah (graf 3).

## 4 Razprava

Primer spremljanja bolnikov po vsaditvi avtolognih hondrocitov omogoča lep prikaz pozitivne spremembe v kvaliteti življenja bolnikov po zdravljenju bolezni, ki bistveno vpliva na kakovost življenja. Poškodbe sklepnega hrustanca namreč povzročajo pri mnogih bolnikih omejeno gibljivost in bolečine. Ocene kvalitete življenja, ki jih pridobimo s pomočjo vprašalnika EQ-5D, so odraz samoocene zdravstvenega stanja anketiranih bolnikov, torej so odraz subjektivnega doživljanja počutja posameznika.

Rezultati kažejo, da se ocena kakovosti življenja statistično pomembno povečuje v prvih dveh letih po operaciji, kasneje pa ostanejo vrednosti na podobnem nivoju in vedno statistično pomembno višje kot pred operacijo. Oceno kvalitete življenja bolnikov smo primerjali s splošno populacijo glede na povprečno starost bolnikov ob operaciji, ki znaša med 24 in 37 let pri različnih podskupinah bolnikov (Martinčič idr., 2013) (torej so bolniki najbolj primerljivi s skupino 25-34 let v splošni populaciji) in 10 let po operaciji (takrat jih primerjamo z naslednjo starostno skupino v splošni populaciji – 35-44 let). Če umestimo povprečne vrednosti ocen kvalitete življenja v diagram splošne populacije Slovencev (graf 4), lahko rečemo, da je učinek zdravljenja tak, da je po 10 letih kvaliteta življenja operiranih primerljiva s splošno populacijo.

*Graf 4:* EQ-vas ocena bolnikov pred operacijo in po operaciji v primerjavi s splošno populacijo iste starostne skupine.



Kvaliteta življenja je eden od vidikov za vrednotenje uspešnosti postopka zdravljenja oziroma tehnologije, ki se pri tem uporablja. Oceno kakovosti življenja moramo obravnavati v širšem kontekstu stanja bolnika in, kot poudarja Zwitter (1999), indeksi, izračunani na podlagi ocen kakovosti življenja (npr. QALY, ki je sicer dobro merilo za primerjavo zdravstvenih programov), nikakor ne morejo predstavljati edinega kriterija za razporejanje finančnih sredstev in potreb po kadrih, prostorih in izobraževanju. Zato se razvijajo kompleksni sistemi za vrednotenje zdravstvenih tehnologij, ki upoštevajo številne druge vidike (Turk in Rupel, 2009).

Tudi našo študijo bomo nadgradili z analizo povezanosti ocen kvalitete življenja s podatki o kliničnem stanju bolnikov in drugimi razpoložljivimi podatki, da bomo izluščili tiste parametre, povezane z zdravljenjem bolnikov, ki najbolj vplivajo na zadovoljstvo bolnikov in njihovo kvaliteto življenja.

## LITERATURA

1. Bonaca, O. in Kregar Velikonja, N. (2007). In vitro chondrocyte cultivation and preparation of ChondroArtTM product for ACI. V M. Gorenšek, N. Kregar Velikonja (ur.), *Tissue engineering and cartilage repair: from basic science to clinical application* (str. 68-72). Ljubljana: Educell: Cell and Tissue Engineering Society of Slovenia: Orthopaedic Clinic, Clinical Centre.
2. Cabase's, J. in Rabin, R. (2014). Introduction. V A. Szende, B. Janssen in J. Cabase's (ur.), *Self-Reported Population Health: An International Perspective based on EQ-5D* (str. 1-6). Dordrecht, Heidelberg, New York, London: Springer.
3. Janssen, B. in Szende, A. (2014). Population Norms for the EQ-5D. V A. Szende, B. Janssen, J. Cabase's (ur.), *Self-Reported Population Health: An International Perspective based on EQ-5D* (str. 19-30). Dordrecht, Heidelberg, New York, London: Springer.
4. Martinčič, D., Radosavljevič, D. in Drobnič, M. (2014). Ten-year clinical and radiographic outcomes after autologous chondrocyte implantation of femoral condyles Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc., 22 (6), 1277-83.
5. Obradovic, M., Lal, A. in Liedgens, H. (2013). Validity and responsiveness of EuroQol-5 dimension (EQ-5D) versus Short Form-6 dimension (SF-6D) questionnaire in chronic pain. *Health Qual Life Outcomes*. 2013 Jul 1;11:110.
6. Phillips, C. (2009). What is a QALY? Pridobljeno 16. 9. 2013, s <http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/painres/download/whatis/QALY.pdf>.
7. Szende, A., Janssen, B. in Cabase's, J. (ur.) (2014). *Self-Reported Population Health: An International Perspective based on EQ-5D*. Dordrecht, Heidelberg, New York, London: Springer.
8. Turk, V. in Prevolnik Rupel, V. (2010). Vrednotenje zdravstvenih tehnologij (HTA) v Sloveniji – status quo, izzivi, predlogi. *Bilt-ekon organ inform zdrav* 1 (26), 3-13.
9. Zwitter, M. (1999). Prioritete v zdravstvu in utilitarna etika. Pridobljeno 16. 9. 2013, s <http://ibmi3.mf.uni-lj.si/isis/isis99-04/html/zwitter44.html>.

# Raziskovanje življenjskega sloga in dejavnikov tveganja za visok krvni pritisk

UDK 613:616.12

**KLJUČNE BESEDE:** raziskovanje, življenjski slogi, dejavniki tveganja

**POVZETEK** - Z zgodnjim prepoznavanjem dejavnikov tveganja in ustreznimi ukrepi lahko zmanjšamo nastanek simptomov in obolenj, ki so za družbo velik ekonomski strošek, posamezniku pa onemogočajo kakovostno življenje. Težišče raziskave je usmerjeno v prepoznavanje dejavnikov tveganja za nezdrav življenjski slog 135-ih študentov in 17 zaposlenih na Visokošolskem središču Novo mesto. Ugotovili smo, da ima skoraj polovica anketiranih sistolični krvni pritisk optimalen, istočasno pa ugotavljamo, da ima več kot deset odstotkov anketiranih previsokega. Čeprav jih je s kakovostjo svoje prehrane zadovoljna manj kot četrtina, se jih večina zaveda pomena ustreznega načina prehranjevanja in pripravljanja zdrave hrane. Anketirani poznajo načela zdravega življenjskega sloga, a jih to le deset odstotkov v vsakdanjem življenju upošteva. Glede na rezultate naše raziskave lahko trdimo, da je za vsakega posameznika zelo pomemben primeren življenjski slog, urejen krvni pritisk, primerna telesna teža, primerna prehrana in način prehranjevanja ter telesna aktivnost.

UDC 613:616.12

**KEY WORDS:** research, lifestyle, risk factors

**ABSTRACT** - With early recognition of the risk factors and appropriate measures we can reduce the occurrence of symptoms and disorders, representing a big economic cost to society and affecting the quality of life of the individual. The focus of the research is oriented towards identifying risk factors of an unhealthy lifestyle with 141 students and 18 employees at the Higher Education Centre Novo mesto. We found out that almost half of the respondents have systolic blood pressure optimal, but at the same time more than ten percent of the respondents have high blood pressure. Although less than a quarter of respondents is satisfied with the quality of their diet, most of them are aware of the importance of eating and preparing healthy food. Respondents are familiar with the principles of healthy lifestyle, but only 10 percent take this into account in their daily lives. According to the results of our research, we can claim that for each individual it is very important to live a convenient way of life, to have a clutter-free blood pressure, ideal body weight, a suitable diet and eating routine and physical activity.

## 1 Uvod

O zdravju v sodobni družbi, zlasti o promociji zdravja in raziskovanju je nemogoče razpravljati brez upoštevanja tveganja. Vse sodobne razprave o zdravju in zdravem življenjskem slogu življenja se naslanjajo na tveganski diskurz. Lupton (1999) tveganje povezuje s posameznikovim zdravjem in z njegovim življenjskim pristopom. Temeljni raziskovalni pristopi v okviru »modela prepričanj o zdravju« so vezani na identificiranje tveganj in vprašanj, kako z njimi najučinkoviteje upravljati. Ti pristopi spreminjanja vedenja, npr. sprememba v načinu prehranjevanja, opustitev kajenja, spodbujanje telesne aktivnosti itd., temeljijo na prepričanju o neposrednem linearnem odnosu med informiranostjo, prepričanju in vedenjem (Kamin, 2006). Naloge in pristopi v javnem zdravju so usmerjeni v razvijanje odgovornosti posameznika za lastno zdravje in sistematično spremljanje družbenega sektorja v izvrševanju svoje vloge pri varovanju javnega zdravja (Zaletel-Kragelj, Eržen in Premik, 2007).

## 2 Dejavniki tveganja za visok krvni pritisk

### 2.1 Arterijska hipertenzija

Arterijska hipertenzija je eden najpogostejših dejavnikov tveganja za bolezni srca in žilja, saj ima skoraj vsak drugi odrasli prebivalec povišan krvni pritisk (Petek-Šter, 2013). Slovenski podatki za leto 2010 kažejo 64,2 % prevalence (Kovačič, 2013). O arterijski hipertenziji govorimo kot o svetovni epidemiji, saj za posledicami le-te vsako leto umre 7,1 milijona ljudi (Erhatič, 2012). Po ocenah Svetovne zdravstvene organizacije ima zvišan krvni pritisk ena milijarda ljudi in vsak osmi umre za posledicami hipertenzije, ki jo tako uvrščamo med velike javnozdravstvene probleme (Accetto in Salobir, 2010). V Sloveniji umre zaradi posledic arterijske hipertenzije vsako leto 2400 do 4500 ljudi (Accetto, 2013). Dejavniki nezdravega življenjskega sloga, kot so nepravilna prehrana in nezadostna telesna dejavnost ter kajenje in uživanje alkoholnih pijač, sodijo med ključne v procesih nastanka, napredovanja in pojavljanja zapletov najpomembnejših kroničnih nenalezljivih bolezni, med katere štejemo bolezni srca in žilja, sladkorno bolezen, debelost (Sternad, 2012).

### 2.2 Prehrana

Model nezdravega prehranjevanja se povezuje s povišanim krvnim pritiskom in arterijsko hipertenzijo. Med znane dejavnike tveganja za KT in AH uvrščamo tudi prekomeren vnos kuhinjske soli. Dosoljevanje, posebej avtomatično, brez predhodnega preskušanja slanosti hrane, je nezdrava navada, ki vodi v hipertenzijo (Zaletel-Kregelj, Fras, Maučec, 2006). Da se slovensko prebivalstvo nezdravo prehranjuje, pove podatek, da se (28,1 %) slovenske populacije nezdravo prehranjuje (CINDI, 2004). Ocena opozarja na splošno ogroženost prebivalstva Slovenije zaradi nezdravega prehranjevanja, povezanega s povišanim krvnim pritiskom in hipertenzijo (0,28068). Istočasno ugotavljajo, da je najvišji odstotek tega prisoten pri starostni skupini 25-29 let in 30-39 let, potem začne rahlo upadati (CINDI, 2004).

### 2.3 Telesna aktivnost

Neaktiven način življenja povečuje možnosti za visok krvni pritisk, bolezni srca, bolezni krvnih žil in kapi. Prekomerna teža povečuje pritisk na srce, dviguje krvni pritisk, ravni holesterola in trigliceridov, ter znižuje raven HDL, dobrega holesterola v krvi. To lahko vodi v razvoj diabetesa. Izguba telesne teže od 10 % do 20 % lahko vpliva na zniževanje krvnega pritiska in zmanjša tveganje za bolezni srca (CINDI, 2004).

### 2.4 Nedovoljene substance

Redno uživanje alkohola lahko dramatično poveča krvni pritisk. Lahko povzroči tudi srčno popuščanje, privede do kapi in nepravilnega bitja srca. Uživanje alkohola v velikih količinah lahko prispeva k visokim vrednostim trigliceridov in pojavu raka, debelosti, alkoholizma, samomorilnosti, nesreč (CINDI, 2004).

## 2.5 Stres

Stresne razmere lahko vplivajo na začasno povečan krvni pritisk, a znanost ni dokazala, da stres res povzroča visok krvni pritisk. Nekateri znanstveniki so ugotovili razmerje med tveganjem koronarne bolezni srca in stresa v življenju posameznika. Ljudje pod stresom jedo manj zdravo hrano, so telesno nedejavni, uživajo alkohol, kadijo ali se zatekajo k drogam, iščejo hitre načine za zmanjšanje stresa (CINDI, 2004).

## 3 Metodologija

### 3.1 Namen in cilji raziskave

Namen raziskave je bil, da s pomočjo primarnih podatkov, zbranih s kvantitativno tehniko, preučimo navade in mnenja študentov in zaposlenih na Visokošolskem središču Novo mesto glede življenjskega sloga in dejavnikov, ki vplivajo na visok krvni pritisk. Cilji raziskave so bili ugotoviti, kakšno mnenje imajo študenti in zaposleni na Visokošolskem središču Novo mesto o svoji prehrani in prehranjevalnih navadah in kakšno je njihovo mnenje o vplivih različnih navad in razvad na naraščanje krvnega pritiska.

### 3.2 Raziskovalna metoda, vzorec in potek zbiranja podatkov

Uporabili smo deskriptivno neeksperimentalno metodo empiričnega raziskovanja.

Da bi analizirali raziskovalni problem, smo pregledali aktualno literaturo s področja raziskovanja nezdravega življenjskega sloga in z njim povezanimi dejavniki tveganja za visok krvni pritisk. Pri iskanju literature pa so bili uporabljeni tudi internetni viri iz različnih podatkovnih baz (COBISS in drugih). Primarni podatki so bili statistično obdelani s pomočjo računalniškega programa Microsoft Office Excel in SPSS.

Za analiziranje smo uporabili podatke kvantitativne raziskave, ki je bila izvedena leta 2013 med študenti in zaposlenimi na Visokošolskem središču Novo mesto. Anketiranci so izpolnili anketni vprašalnik, ki ga je pripravila Katedra za zdravstveno nego na Fakulteti za zdravstvene vede Novo mesto, da bi se ugotovila stopnja ogroženosti za visok krvni pritisk. Vprašalnik je sestavljen iz štirih vsebinsko povezanih delov.

Izmed 172 izpolnjenih anketnih vprašalnikov smo izločili 20 nepravilno izpolnjenih. Pravilno izpolnjenih 152 anketnih vprašalnikov predstavlja vzorec raziskave (135 študentov in 17 zaposlenih).

Z anketnim vprašalnikom smo zbrali naslednje podatke: splošne podatke o anketirancih, podatke o telesnih in prehrabnih aktivnostih/pogostosti izvajanja teh, podatke o aktivnosti/pogostosti uživanja neprimernih substanc, stališča o uživanju teh substanc in vplivu na naraščanje krvnega pritiska, stališča o življenjskem slogu.

V anketnem vprašalniku so vprašanja izbirnega tipa. Pri vprašanjih, zgrajenih po modelu lestvice stališč Likertovega tipa, so stopnje lestvic pri vprašanjih razporejene od 1 do 5, v logičnem kontinuumu od minimalnega do maksimalnega sprejemanja stališč. Anketiranci so lahko izbrali tudi stališče ne vem (0).

Na osnovi uporabe teh podatkov smo pripravili lastne izračune in jih analizirali. V poglavju 4 predstavljamo rezultate izvedene raziskave. V raziskavi je sodelovalo 85,4 % žensk in 14,6 % moških. Največ anketiranih je bilo starih med 15 in 24 let, najmanj pa iz starostnega obdobja od 55 do 64 let.

## 4 Rezultati raziskave in razprava

Iz podatkov ugotovimo, da ima 42,76 % anketirancev optimalen sistolični krvni pritisk, kar 11,84 % anketirancev pa ima sistolični krvni pritisk nad visoko normalnim. Ker nas je zanimala stopnja ogroženosti za visok krvni pritisk, smo želeli preučiti življenjski slog anketirancev tudi z vidika vsakodnevnih aktivnosti, namenjenih gibanju. V ta namen smo preučili, s kakšno telesno aktivnostjo se ukvarjajo ter kolikokrat to izvajajo v izbranem časovnem obdobju. Telesne aktivnosti, ki jih izvaja vsaj 5 % anketiranih večkrat dnevno, redno, 1x tedensko, občasno ali nikoli, so naslednje: hoja, vsaj pol ure dnevno: večkrat dnevno (20,7 %), redno (1x dnevno 24,7 %), 2-3x tedensko (27,3 %), 1x tedensko (13,3 %), občasno (1-3x mesečno, 10,0 %); tek: redno (1x dnevno 5,3 %), 1x tedensko (11,3 %), občasno (1-3x mesečno, 43,3 %), nikoli (28,7 %); fitness: 2-3x tedensko (6,8 %), občasno (1-3x mesečno, 21,6 %), nikoli (68,9 %); pohodništvo: 1x tedensko (9,6 %), občasno (1-3x mesečno, 54,8 %), nikoli (30,1 %); telesne vaje: redno (1x dnevno 9,4 %), 2-3x tedensko (22,1 %), 1x tedensko (19,5 %), občasno (1-3x mesečno, 32,2 %), nikoli (16,1 %); kolesarjenje, vsaj 5 km: 2-3x tedensko (11,3 %), 1x tedensko (13,9 %), občasno (1-3x mesečno, 37,1 %); nikoli (31,8 %); gospodinjstva opravila: večkrat dnevno (56,4 %), redno (1x dnevno 24,2 %), 2-3x tedensko (9,4 %). Iz podatkov ugotovimo, da se več kot dve tretjini anketirancev ne ukvarja z gibanjem v obliki teka, fitnesa, pohodništva, kolesarjenja vsaj 5 km, občasno (1-3x mesečno) ali nikoli. Skoraj tretjina anketirancev nikoli ne teče, se ne ukvarja s pohodništvom, ne kolesari vsaj 5 km. Večkrat dnevno ali vsaj enkrat dnevno je telesno aktivna polovica anketirancev, ki svojo aktivnost namenja hoji in gospodinjstvom. Neaktiven način življenja povečuje možnosti za visok krvni pritisk, bolezni srca, bolezni krvnih žil in kapi. Redna telesna vadba vpliva na zmanjšanje pojavnosti srčno-žilnih in drugih bolezni, človek se bolje odziva na stres, povečajo pa se tudi umske sposobnosti (Fabjan, 2010). Z redno telesno vadbo se krvni pritisk zniža za 3,0/2,4 mm Hg, pri osebah s hipertenzijo pa za 6,9/4,9 mm Hg. Priporočljiva je najmanj 30-minutna vsakodnevna aerobna vadba zmerne stopnje, npr. tek, hoja, kolesarjenje, plavanje, gospodinjstva opravila (Smernice, 2013)

V raziskavi smo želeli ugotoviti stopnjo strinjanja anketirancev s trditvami o prehrani oziroma načinu prehranjevanja in vplivu tega na naraščanje krvnega pritiska. V ta namen smo uporabili lestvico 10 trditev (lestvica Likertovega tipa: 1 – se ne strinjam, 2 – se delno ne strinjam, 3 – se niti ne strinjam niti strinjam, 4 – se delno strinjam 5 – se strinjam, ter 0 – ne vem). V tabeli 1 prikazujemo deleže strinjanja s posamezno trditvijo, povprečno oceno o strinjanju s posamezno trditvijo ( $\bar{x}$ ) in standardni odklon (SD).

Anketiranci se v več kot 40 % strinjajo s trditvami, da uživanje zelo slane hrane vpliva na naraščanje krvnega pritiska, da pri pripravi hrane uporabijo čim manj maščobe ter da se v svoji prehrani izogibajo dodatnim količinam soli. Da se strinjajo ali delno strinjajo s trditvijo, da uživanje zelo slane hrane vpliva na naraščanje krvnega pritiska, se je odločilo skoraj 86 % anketirancev. Hkrati jih skoraj 40 % meni, da uživanje maščob živalskega izvora vpliva na naraščanje krvnega pritiska. V 37,1 % se anketiranci strinjajo s trditvijo, da pri pripravi hrane pazijo na to, katero vrsto maščob uporabljajo ( $\bar{x} = 3,87$ ). Med anketiranci je bil najvišji delež popolnega nestrinjanja glede trditve, da si ne morejo privoščiti kakovostnejše prehrane (20 %). V povprečju so bili anketiranci neopredeljeni glede te trditve ( $\bar{x} = 2,99$ ). 10,6 % anketirancev pa se ne strinja s trditvijo, da se v svoji prehrani izogibajo dodatnim količinam soli. Iz rezultatov ugotovimo, da je večina anketirancev meni, da način prehranjevanja vpliva na naraščanje krvnega pritiska. Anketiranci namenjajo pozornost prehrani in prehranjevalnim navadam. Anketiranci menijo, da uživanje zelo slane hrane vpliva na naraščanje krvnega pritiska. V povprečju se anketiranci najbolj strinjajo s to trditvijo ( $\bar{x} = 4,65$ ). Večina jih pri pripravi hrane uporabi čim manj maščob ( $\bar{x} = 4,04$ ) in se v svoji prehrani izogiba dodatnim količinam soli ( $\bar{x} = 3,79$ ).

V raziskavi ugotovimo tudi, da se največ anketirancev delno strinja s trditvijo, da so pozorni na to, da ne zaužijejo velike količine hrane (33,8 %). Zajtrk uživa redno vsakodnevno 57,7 % anketirancev, 2-3x tedensko 22,1 %, 1x tedensko 8,1 %, občasno, 1-3x mesečno 4,0 % in nikoli 6,7 %. Dopoldansko malico jih uživa 3,9 % večkrat tedensko in redno 52,0 %. 9,2 % anketirancev dopoldanske malice ne uživa nikoli. Večerja uživa redno 53,9 %, občasno ali nikoli pa skoraj 10 % anketirancev. Skoraj tretjina anketirancev uživa hrano redno med obroki 2-3x tedensko. Da se krvni pritisk lahko ob pravilni prehrani zniža, so dokazali v raziskavi DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), v kateri so 456 zdravih oseb 8 tednov testirali pri različnih oblikah prehranjevanja. V skupini, ki je uživala več sadja, zelenjave, in polnozrnatih izdelkov ter manj maščob, je prišlo do pomembnega znižanja pritiska za 6/3 mm Hg pri ljudeh z normalnim pritiskom in celo za 11/6 mm Hg pri hipertoničnih ([http://www.zzv-go.si/fileadmin/pdfdoc2012/50\\_HIPERTENZIJA.pdf](http://www.zzv-go.si/fileadmin/pdfdoc2012/50_HIPERTENZIJA.pdf)). Nedavna metaanaliza je pokazala, da je uživanje vegetarijanske hrane povezano z nižjim krvnim pritiskom. Iz metaanalize so ugotovili, da je bilo v 7 kontroliranih preizkusih uživanje vegetarijanske hrane povezano z zmanjšanjem sistoličnega KT 4,8/2,2 mm Hg v primerjavi z vsejedci. V opazovalnih študijah, ki so vključevale 21.604 oseb, pa je bilo znižanje sistoličnega KT za 6,9 mm Hg in diastoličnega KT za 4,7 mm Hg v primerjavi z uživanjem vsejede prehrane. Vegetarijanske diete so torej lahko nefarmakološko sredstvo za zmanjševanje krvnega pritiska (<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1832195>).

Pri spremljanju razvad anketirancev smo raziskali aktivnosti in pogostost uživanja različnih substanc. Razvade, ki jih izvaja najmanj 5 % anketiranih, so naslednje: pitje piva: 1x tedensko (9,2 %), občasno (36,8 %), nikoli (55,9 %); pitje žganih pijač: 1x tedensko (5,3 %), občasno (36,8 %), nikoli (55,9 %); pitje vina: 2-3x tedensko (5,9 %); 1x tedensko (11,2 %), občasno (48,0 %), nikoli (32,9 %); pitje kave: večkrat dnevno

(39,5 %), redno, 1x dnevno (19,7 %), 2-3x tedensko (5,9 %); občasno (9,9 %), nikoli (21,7 %); kajenje cigaret, tobaka: večkrat dnevno (24,3 %), nikoli (69,1 %); kajenje marihuane: nikoli (95,4 %); uživanje trdih drog: nikoli (97,4 %); uživanje energijskih napitkov: občasno (34,2 %), nikoli (57,9 %); uživanje pravih čajev: 2-3x tedensko (6,6 %); 1x tedensko (7,9 %), občasno (34,2 %), nikoli (46,1 %). Iz rezultatov ugotovimo, da več kot 50 % anketirancev večkrat dnevno ali redno, 1x dnevno pije kavo, 24,3 % jih večkrat dnevno kadi cigarete, tobak.

V nadaljevanju raziskave so anketiranci označevali stopnjo strinjanja s posamezno trditvijo o vplivu uživanja različnih substanc (pitje alkoholnih pijač, pitje kave, kajenje tobaka, kajenje marihuane, uživanje trdih drog, uživanje energijskih napitkov, uživanje pravih čajev) na naraščanje krvnega pritiska. Tudi pri tem vprašanju je bila uporabljena petstopenjska lestvica Likertovega tipa. Anketiranci se v več kot 70 % strinjajo ali delno strinjajo s trditvami, da prekomerno uživanje alkoholnih pijač vpliva na naraščanje krvnega pritiska ( $\bar{x} = 4,56$ ), da uživanje kave in kofeinskih izdelkov vpliva na naraščanje krvnega pritiska ( $\bar{x} = 4,21$ ). Več kot tretjina anketirancev se je strinjalo s trditvijo, da jemanje trdih drog vpliva na naraščanje krvnega pritiska, medtem ko jih skoraj tretjina ne ve, ali jemanje trdih drog vpliva na krvni pritisk. Podobno tretjina anketirancev meni, da kajenje marihuane vpliva na naraščanje krvnega pritiska, hkrati pa tretjina anketirancev ne ve, ali kajenje marihuane vpliva na naraščanje krvnega pritiska. Med anketiranci je bil najvišji delež popolnega nestrinjanja glede trditve, da dnevno spijejo en do dva decilitra vina ali šilce žganja ali malo pivo (79,3 %). Razmerje med uživanjem alkohola, višino krvnega pritiska in prevalenco arterijske hipertenzije v populaciji je linearno (Bulc, 2004 FD). Upoštevati moramo, da pri tistih, ki spijejo 5 ali več standardnih napitkov dnevno (velja tudi za osebe, ki pijejo le ob koncih tedna), krvni pritisk lahko naraste zaradi odtegnitve alkohola (Salobir, 2003). Kajenje povzroči stimulacijo simpatičnega živčnega sistema, zato naraste krvni pritisk in srčna frekvenca, učinek po eni pokajeni cigareti vztraja več kot 15 minut (Salobir, 2013). Med najpomembnejšimi posledicami uporabe konoplje je treba navesti; kronični kašelj in bronhitis, kardiovaskularne motnje v delovanju srca in ožilja.

V raziskavi ugotavljamo, da se 33,6 % anketirancev strinja s trditvijo, da si želi živeti bolj zdravo, vendar trenutno nima te možnosti. Verjetno lahko te rezultate povežemo tudi z dejstvom, da se velika večina ljudi v njihovi bližnji okolici ne zaveda pomena skrbi za zdravje. S trditvijo, da njihovi bližnji zelo skrbijo za svoje zdravje se jih skoraj dve tretjini (62,3 %) ne strinja, se delno ne strinja ali se niti ne strinja – niti strinja. Neopredeljenih pa je pri tej trditvi skoraj polovica anketirancev (47,7 %). Glede trditve, da že sedaj čutijo posledice življenjskega sloga na zdravje, se skoraj tretjina anketirancev ni mogla opredeliti (30,9 %). S trditvijo, da so seznanjeni z dejavniki tveganja za visok pritisk, se strinja (54,7 %) ali delno strinja (25,3 %) večina anketirancev. Skoraj 10 % anketirancev pa se s to trditvijo ne strinja ali se delno ne strinja. 12,6 % anketirancev meni, da so debeli, 16 % anketirancev meni, da so debeli njihovi starši, 29,1 % širše sorodstvo in več kot tretjina (37,1 %) jih meni, da ni debel nihče. Pravilna prehrana, zadostna telesna dejavnost, ustrezno izbrana zdravila in redno merjenje KT so temelji vsakega zdravljenja visokega krvnega pritiska, brez katerih ni

uspeha. S temi ukrepi lahko varno in učinkovito preprečimo ali odložimo razvoj hipertenzije, učinkovito nadziramo krvni pritisk pri hipertenziji 1. stopnje, pri težjih oblikah pa učinkovito nadziramo krvni pritisk z nižjimi odmerki antihipertenzijskih zdravil. Pomembno je, da pri ogroženih bolnikih zaradi uvajanja zdravljenja brez zdravil ne odlašamo z začetkom farmakološkega zdravljenja. Poleg učinkovitega znižanja krvnega pritiska pripomore primeren življenjski slog tudi k izboljšanju drugih srčno-žilnih dejavnikov tveganja in kliničnih stanj. Ima pa žal eno samo slabo lastnost: bolniki ne vztrajajo pri izvajanju sprememb v načinu življenja (Salobir, 2013). Z doslednim zdravljenjem bolezni poteka brez zapletov in bolniki živijo normalno. Zmožnost za delo je slabša le v času velikih nihanj krvnega pritiska (Kapš, 2009).

## 5 Sklep

S strokovnim in znanstvenim pristopom lahko širimo in ozaveščamo ciljno populacijo o pomenu zdravega življenjskega sloga. Ugotovitev iz raziskave pa ne moremo posplošiti na celotno populacijo Visokošolskega središča Novo mesto. Da bi svoje ugotovitve lahko posplošili na študente in vse zaposlene, bi morali v raziskavo zajeti več anketirancev. Med ugotovitvami raziskave je treba poudariti, da anketiranci večinoma menijo, da način prehranjevanja vpliva na naraščanje krvnega pritiska. Iz rezultatov raziskave je razvidno, da anketiranci namenjajo pozornost prehrani in prehranjevalnim navadam. V povprečju se anketiranci strinjajo s trditvijo ( $\bar{x} = 4,65$ ), da uživanje zelo slane hrane vpliva na naraščanje krvnega pritiska. Večina jih uporabi pri pripravi hrane čim manj maščob ter se v svoji prehrani izogiba dodatnim količinam soli. Prehranjevalne navade velikega števila Slovencev so slabe, kar velja za vse starostne skupine. V Sloveniji se zdravo prehranjuje le 23 % ljudi. Energijska vrednost povprečnega obroka je previsoka, v povprečju še vedno zaužijemo preveč soli (12–13 g/dan) in preveč maščob, od teh preveč nasičenih, in premalo sadja, predvsem pa premalo zelenjave.

Čeprav se anketiranci zavedajo pomena zdravega življenjskega sloga, ugotavljamo, da 33,6 % trenutno nima možnosti takega prehranjevanja in upoštevanja ostalih argumentov pri ohranjanju zdravja. Tako sklepamo, da je prehranjevanje anketirancev neustrezno in da so prisotni dejavniki tveganja za nastanek visokega krvnega pritiska.

## LITERATURA

1. Accetto, R. (2013). Arterijska hipertenzija. 6. razširjena in dopolnjena izd. El. knjiga. Ljubljana: Lek d. d.
2. Accetto, R. in Salobir, B. (2010). Epidemiologija arterijske hipertenzije-regionalne razlike. V P. Dolenc (ur.), XIX. strokovni sestanek sekcije za arterijsko hipertenzijo (str. 7-16). Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo.
3. Borovničar, A. (2012). Arterijska hipertenzija pri odraslih prebivalcih Slovenije od leta 2001 do leta 2008. Inštitut za varovanje zdravja RS. Pridobljeno 25. 3. 2014 s [http://ileadmin/pdfdoc2012/50\\_HIPERTENZIJA.pdf](http://ileadmin/pdfdoc2012/50_HIPERTENZIJA.pdf)<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1832195>.

4. Bulc, M. (2004). Nefarmakološki ukrepi za zdravljenje arterijske hipertenzije. V J. Kersnik (ur.), VI. Fajdigovi dnevi (str. 24-29). Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, Slovensko zdravniško društvo.
5. Erhatici, A. in Dolenc, P. (2013). Diagnostična obravnava bolnika s hipertenzijo. V P. Dolenc (ur.), XXII. strokovni sestanek sekcije za arterijsko hipertenzijo (str. 9-18). Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo.
6. Fabjan, M. (2010). Pozitivni učinki gibanja na srčno-žilni sistem. V B. Segulin in dr. (ur.), Kongres o boleznih srca in žilja (str. 182). Ljubljana: Društvo študentov medicine Slovenije
7. Kamin T. (2006). Zdravje na barikadah. Psihologija vsakdanjega življenja. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
8. Kapš, P. et al. (2009). Bolezni srca in žilja. Novo mesto: Grafika Tomi.
9. Kovačič, D. (2013). Prekrivanje zdravljenja arterijske hipertenzije in koronarne srčne bolezni. V M. Gričar (ur.), Uporabna kardiologija. Poudarki in nasveti (str. 64). Ljubljana: Edumedic.
10. Lupton, D. (1999). Risk. London and New York: Routledge.
11. Petek - Šter, M. (2013). Vodenje in motivacija bolnikov s hipertenzijo. V P. Dolenc (ur.), XXII. strokovni sestanek sekcije za arterijsko hipertenzijo (str. 57-65). Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za arterijsko hipertenzijo.
12. Salobir, B. (2003). Učinek nefarmakoloških ukrepov na krvni tlak. V P. Dolenc (ur.), XII. strokovni sestanek sekcije za arterijsko hipertenzijo (str. 41-45). Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za arterijsko hipertenzijo.
13. Salobir, B. (2013). Spremembe življenjskega stila in farmakološko zdravljenje. V P. Dolenc (ur.), XXII. strokovni sestanek sekcije za arterijsko hipertenzijo (str. 29-40). Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za arterijsko hipertenzijo.
14. Sternad, S. (2012). Obravnava bolnika s sladkorno boleznijo in povišanim krvnim tlakom. V T. Žontar, A. Kvas (ur.), Bolnik s povišanim krvnim tlakom in motivacija v procesu zdravljenja (str. 57-63). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev MS, babic in ZT Slovenije, Sekcija MS in ZT v kardiologiji in angiologiji.
15. Pridobljeno 23. 11. 2014, s [http://www.cindi-slovenija.net/rezultati\\_raziskav\\_z\\_zdravjem\\_povezan\\_vedenjski\\_slog\\_2004/dostop](http://www.cindi-slovenija.net/rezultati_raziskav_z_zdravjem_povezan_vedenjski_slog_2004/dostop).
16. Yokoyama, Y., Nishimura, K., Bernard, N. D., Takegami, M., Watanabe, M., Sekikawa, A. et al. (2014). Vegetarian Diets and Blood Pressure: A Meta-analysis. JAMA Intern Med. Pridobljeno 25. 3. 2014, s spletne strani: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1832195> 69. 67.
17. Zaletel-Kragelj, L., Fras, Z in Maučec-Zakotnik, J. (2006). Results of CINDI health monitor surveys in Slovenia as a tool for development of effective healthy nutrition and physical activity intervention programmes.
18. Zaletel-Kragelj, L., Eržen, I. in Premik, M (2007). Uvod v javno zdravje. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.

# Stališča študentov zdravstvene nege do higiene rok

UDK 613:378.091.8

**KLJUČNE BESEDE:** zdravstvena nega, razkuževanje rok, umivanje rok

**POVZETEK** - Upoštevanje smernic za izvajanje higiene rok je najbolj odvisno od stališč, ki jih imajo do tega problema zdravstveni delavci. Študenti zdravstvene nege med študijem pridobijo veliko znanja in veščin, povezanih s tem. Namen raziskave je bil ugotoviti, kakšna stališča do higiene rok imajo študenti zdravstvene nege in ali se ta v času študija kaj spremenijo. Za ugotavljanje tega je bil uporabljen anketni vprašalnik. Anketiranih je bilo 269 študentov in diplomantov zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstvene vede Novo mesto. Rezultati raziskave so pokazali, da se večina anketirancev zaveda pomena higiene rok in meni, da je to pomemben del vsebine študijskega programa. Večina jih verjame, da lahko svoje znanje prenesejo v klinično okolje. Po mnenju anketirancev zdravstveni delavci ne spoštujejo dosledno smernic za izvajanje higiene rok. Do trditve, ki so definirale situacije, ko je higieno rok dovoljeno izpustiti (npr. preobremenjenost, odsotnost primerne mila), so se opredelili zelo neenotno. Ustreznejša stališča do tega so navedli starejši, izredni študenti, zaposleni oziroma diplomanti. Stališča se oblikujejo med študijem in dodatno ob vstopu v klinično okolje. Kljub običajno pozitivnim stališčem izvajalcev zdravstvene nege in drugih zdravstvenih delavcev do higiene rok, ostaja problem nedoslednega spoštovanja teh smernic v praksi.

UDC 613:378.091.8

**KEY WORDS:** nursing, hand disinfection, hand washing

**ABSTRACT** - Compliance of guidelines for the implementation of hand hygiene is largely dependent on the attitudes held by health workers. Nursing students gain a lot of knowledge and skills related to hand hygiene during the course. The aim of the study was to determine what attitudes have the nursing students towards hand hygiene, and whether the attitudes change during the study period. The questionnaire has been used to determine our results. Respondents were 269 students and graduates of nursing at the Faculty of Health Sciences, Novo mesto. The results showed that the majority of respondents were aware of the importance of hand hygiene and believed that hand hygiene is an important part of the curriculum. Most of them believe that their knowledge can be transferred into the clinical environment. According to respondents, health care workers fail to comply with guidelines for the implementation of hand hygiene. The situations when the hand hygiene may be omitted (e.g. having too much work, lack of adequate soap) were estimated diversely by the respondents. More appropriate attitudes towards the implementation of hand hygiene stated older students, part-time students, employees and graduates. Attitudes towards hand hygiene are formed during the study and additionally at the entry into the clinical environment. Despite the generally positive attitudes of nurses and other health care workers to hand hygiene it remains the problem of inconsistent compliance with the guidelines for the implementation of hand hygiene practice.

## 1 Teoretična izhodišča

Higiena rok je temeljni ukrep preprečevanja prenosa mikroorganizmov v zdravstveni dejavnosti. Pod pojmom higiena rok razumemo: razkuževanje, umivanje, uporabo rokavic, pa tudi vzdrževanje zdrave kože rok. Problem je doseči sodelovanje zdravstvenega osebja ter usklajenost med potrebo in izvajanjem higiene rok. Pomanjkanje znanja, prepoznavanje priložnosti za higieno ter vedenjske značilnosti zdravstvenega osebja, ki zmanjšajo izvajanje po navodilih, povečajo verjetnost okužbe, povezane z zdravstveno dejavnostjo ter možnost prenosa, tudi večkratno odpornih bakterij (Lužnik-Bufin, 2009).

Raziskave, ki so raziskovale upoštevanje navodil za higieno rok, so pokazale, da se zdravstveno osebje navodil drži od 5 % do 89 %, v povprečju 38,7 %. Dejavniki, ki povečujejo upoštevanje navodil so ženski spol, poklic medicinska sestra (glede na ostale poklice v zdravstvu), dostopnost razkužil in drugih pripomočkov za higieno rok, podpora in nadzor institucije, nadrejenih in/ali sodelavcev, vzor pomembnih oseb, pozitivna stališča do higiene rok, zaznavanje tveganja za prenos infekcije, izobraževanje, pohvala in drugo. Dejavniki, ki zmanjšujejo upoštevanje navodil za higieno rok, so: preobremenjenost zdravstvenih delavcev, predvsem medicinskih sester, sredstva za higieno rok, ki kožo dražijo, neprimerno locirani umivalniki, pomanjkanje sredstev za higieno rok, prepričanje, da imajo potrebe pacientov prednost pred higieno rok, pomanjkanje navodil oziroma smernic, pomanjkanje znanja, izkušenj in izobraževanja, pomanjkanje nagrad ali spodbud ter mnogi drugi (bolj podroben pregled dejavnikov je objavljen v delu WHO guidelines in hand hygiene in health care, 2009). V raziskavi, izvedeni v slovenskem prostoru (Grilc in sod., 2004), je bilo upoštevanje higiene rok visoko (75 %) in so ga pripisali pretežnemu razkuževanju rok, ki je sledilo uvedbi pomenostavljenih higienskih ukrepov. V omenjeni raziskavi sicer poklicna skupina, spol in starost niso bili dejavniki, ki bi vplivali na higieno rok osebja.

Eden od dejavnikov, ki povečujejo upoštevanje navodil za higieno rok, so torej pozitivna stališča do higiene rok (WHO guidelines in hand hygiene in health care, 2009). Stališča so trajnejše miselne, čustvene in vrednostne naravnosti do različnih predmetov, oseb, dogodkov in pojavov (Marentič Požarnik, 2012). Delujejo kot trajna pripravljenost na vedenje (Kompare in Stražišar, 2005), vendar jih ne moremo vedno enačiti z ravnanjem (Marentič Požarnik, 2012). So dokaj odporna proti spreminjanju. Običajno se oblikujejo v dolgoletnih stikih z določenimi informacijami, zgledi in zlasti s čustveno obarvanimi izkušnjami (Marentič Požarnik, 2012). Študenti zdravstvene nege pridobijo informacije, znanje in izkušnje o higieni rok med izobraževanjem na fakulteti v obliki teoretičnega in praktičnega znanja. Praktično znanje pridobivajo pri kabinetnih vajah na fakulteti ter na kliničnem usposabljanju v kliničnem okolju (Študijski program 1. stopnje zdravstvena nega, 2010). Vloga izobraževalnega sistema je zelo pomembna, saj je več raziskav, narejenih na študentih zdravstvene nege, pokazalo, da je slabše upoštevanje navodil za higieno rok povezano s pomanjkljivim znanjem, napačnimi stališči ter slabimi vzorniki v kliničnem okolju (Kelcikova in sod. 2012; Van De Mortel in sod., 2012; Gould in Drey, 2013; D'Alessandro in sod., 2014). Namen raziskave je bil analizirati stališča študentov in diplomantov zdravstvene nege do higiene rok ter ugotoviti, ali se ta med študijem spremenijo.

## 2 Metodologija

### 2.1 Raziskovalna metoda

Uporabljen je bil kvantitativni raziskovalni pristop. Podatki so bili zbrani s pomočjo strukturiranega vprašalnika. Anketirani so bili študenti zdravstvene nege.

## 2.2 Instrument

Izdelan je bil vprašalnik, ki je bil prirejen po Van de Mortel (2009). Razdeljen je bil v tri sklope in je vseboval je 45 vprašanj. Prvi sklop se je nanašal na demografske podatke (5 vprašanj – spol, starost, vrsta študija, letnik študija, zaposlitev), drugi sklop na stališča študentov do higiene rok (24 trditev) in tretji sklop na znanje o higieni rok (16 vprašanj). V prispevku je prikazana analiza stališč. Anketiranci so stopnjo strinjavanja s trditvami o higieni rok izrazili na petstopenjski ordinalni lestvici: 1 - sploh se ne strinjam, 2 - ne strinjam se, 3 – niti se strinjam, niti se ne strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam.

## 2.3 Vzorec

Uporabljen je bil namenski vzorec. Anketirani so bili študenti in diplomanti Fakultete za zdravstvene vede Novo mesto. Analizirani so bili vprašalniki 269 anketirancev (61 % vseh, ki jim je prošnja za izpolnitev vprašalnika poslana). Moških je bilo 16 % in 84 % žensk. Od 19 do vključno 24 let je bilo starih 59 %, od 25 do vključno 34 let je bilo starih 22 % in 35 let ali več je bilo starih 19 % anketirancev. 58 % jih je študiralo kot redni študenti in 42 % kot izredni. V prvi letnik je bilo vpisanih 16 % anketirancev, v drugega 18 %, v tretji letnik 22 %, absolventov je bilo 25 % ter diplomantov 20 %. V času izpolnjevanja vprašalnika je bilo nezaposlenih 54 % anketirancev, 42 % jih je bilo zaposlenih v zdravstvu in 4 % so bili zaposleni drugje.

## 2.4 Zbiranje in analiza podatkov

Raziskava je potekala septembra 2012. Študentom in diplomantom je bila preko elektronske pošte poslana prošnja za izpolnitev vprašalnika s povezavo na spletni vprašalnik (aplikacija IKA). Sodelovanje študentov in diplomantov je bilo prostovoljno. Zagotovljena je bila anonimnost. Podatke smo obdelali s statističnim paketom IBM SPSS Statistics 19 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Uporabili smo naslednje statistične metode: opisna statistika, Mann-Whitneyev U-test (ugotavljanje razlike med spoloma ter načinom študija), Spearmanov korelacijski koeficient (ugotavljanje korelacije med starostjo in strinjanjem s trditvami), Kruskal-Wallisov test (ugotavljanje razlike med letniki študija in zaposlenostjo). Za statistično značilne smo upoštevali vplive na ravni statistične značilnosti  $p < 0,05$ .

## 3 Rezultati

Rezultati v nadaljevanju so povprečne vrednosti s standardnim odklonom za vsako trditev, vezano na higieno rok. Rezultati dodatnih testov, kjer smo zajeli razlike med skupinami (spol, starost, način študija, letnik študija, zaposlitev), so posredovani le, kadar so bile razlike med skupinami statistično značilne. V ostalih primerih statistično značilnih razlik med skupinami ni bilo. Uporabljeni testi in upoštevane mejne vrednosti so v poglavju Metode.

Anketiranci se zavedajo, da delujejo kot vzornik za druge zdravstvene delavce ( $4,6 \pm 0,6$ ). Tega se statistično značilno bolj zavedajo ženske ( $p = 0,030$ ) ter diplomanti in študenti drugega letnika ( $p = 0,025$ ). Prav tako se močno strinjajo ( $4,8 \pm 0,4$ ), da je preprečevanje bolnišničnih okužb pomemben del vloge zdravstvenega delavca. Statistično značilno je strinjanje večje pri ženskah ( $p = 0,001$ ). Večina jih verjame, da imajo moč spremeniti slabe navade na delovnem mestu ( $3,9 \pm 0,8$ ). Najbolj verjamejo v svojo moč diplomanti (statistično značilen vpliv letnika študija  $p = 0,013$ ). Podobno jih večina verjame, da lahko svoje znanje o higieni rok učinkovito prenesejo v klinično prakso ( $4,5 \pm 0,6$ ). Statistično značilno v to bolj verjamejo ženske ( $p = 0,008$ ).

Za večino anketirancev je higiena rok tudi navada v njihovem zasebnem življenju ( $4,6 \pm 0,6$ ). Večina se jih ne strinja, da je nenehno razmišljanje o higieni rok naporno ( $2,1 \pm 1,0$ ).

Anketiranci se večinoma strinjajo, da higiena rok zmanjša smrtnost pacientov ( $4,2 \pm 0,7$ ) in da zmanjša stroške zdravljenja, povezanega z bolnišničnimi okužbami ( $4,5 \pm 0,7$ ). Slednjega se bolj zavedajo starejši ( $p = 0,023$ ,  $p < 0,001$ ), izredni študenti ( $p < 0,001$ ) in zaposleni ( $p = 0,001$ ).

Anketiranci se večinoma ne strinjajo s trditvijo, da je, kadar so zelo zaposleni, bolj pomembno dokončati nalogo kot izvesti higieno rok ( $2,3 \pm 1,1$ ). Na strinjanje statistično značilno vpliva starost, vrsta študija in zaposlitev. Bolj se ne strinjajo starejši ( $p = -0,308$ ,  $p = 0,025$ ), izredni študenti ( $p < 0,001$ ) ter zaposleni ( $p < 0,001$ ). Prav tako se večinoma ne strinjajo s trditvijo, da ne morejo vedno izvesti higiene rok, ker imajo potrebe njihovih pacientov prednost ( $2,3 \pm 1,1$ ). Nestrinjanje je statistično značilno bolj pogosto pri izrednih študentih ( $p = 0,004$ ) in zaposlenih ( $p = 0,017$ ).

Kadar so v dilemi, ali izvesti higieno rok ali ne, jih večina ne sledi vzoru starejših oseb ( $2,0 \pm 1,0$ ). Na strinjanje s trditvijo ima statistično značilni vpliv letnik študija ( $p = 0,010$ ); največje nestrinjanje s trditvijo (torej ne sledijo vzoru starejših oseb) so izrazili diplomanti.

Anketiranci se večinoma strinjajo, da jih higiena rok po negi rane varuje pred okužbami ( $4,4 \pm 0,8$ ). Večina jih tudi ve, da higiena rok ne zmanjša njihove imunosti ( $2,2 \pm 1,1$ ) ter da umivanje rok po uporabi stranišča zmanjša prenos nalezljivih bolezni ( $4,6 \pm 0,6$ ). S slednjo trditvijo se statistično značilno bolj strinjajo zaposleni ( $p = 0,031$ ).

Anketiranci se močno strinjajo, da je neizvajanje higiene rok malomarnost ( $4,5 \pm 0,7$ ). Vseeno so si bili neenotni pri trditvah, da je lahko vzrok za neumivanje rok umazan umivalnik ( $2,9 \pm 1,3$ ) ali odsotnost primernega mila ( $2,8 \pm 1,2$ ). Da to dvojce ne more biti izgovor, se statistično značilno v večjem številu strinjajo starejši (umazan umivalnik:  $p = 0,302$ ,  $p < 0,001$ ; odsotnost mila:  $p = -0,224$ ,  $p < 0,001$ ) ter študenti izrednega študija (umazan umivalnik:  $p < 0,001$ ; odsotnost mila:  $p = 0,001$ ). Prav tako zaposleni v statistično značilno večjem številu ( $p = 0,002$ ) menijo, da umazan umivalnik ne more biti izgovor za nehigieno rok.

Glede trditve, da bi se počutili neprijetno, če bi morali sodelavca opomniti na higieno rok, so si anketiranci neenotni ( $3,2 \pm 1,2$ ). Statistično značilno je bolj neprijetno

mlajšim ( $p = -0,349$ ,  $p < 0,001$ ), rednim študentom ( $p < 0,001$ ) ter nezaposlenim in zaposlenim izven zdravstva ( $p < 0,001$ ). Prav tako je statistično značilno bolj neprijetno študentom prvega letnika kot diplomantom ( $p = 0,004$ ; povprečna ocena raste z letnikom študija). Anketiranci so bili neenotni tudi pri trditvi, da poiščejo izsledke raziskav, če se ne strinjajo s hišnimi smernicami oz. navodili ( $3,2 \pm 0,9$ ). Izsledke raziskav v statistično značilnem večjem številu poiščejo starejši ( $p = 0,231$ ,  $p < 0,001$ ), izredni študenti ( $p < 0,004$ ) ter zaposleni ( $p = 0,033$ ).

Anketiranci se prav tako večinoma strinjajo, da je higiena rok pomemben del študijskega programa ( $4,4 \pm 0,7$ ), da klinične ustanove, kjer so opravljali klinično prakso, poudarjajo higieno rok ( $3,7 \pm 1,0$ ) ter da klinični mentorji poudarjajo higieno rok ( $3,9 \pm 1,1$ ). Mentorji po mnenju anketirancev največkrat dosledno spoštujejo smernice za izvajanje higiene rok ( $3,7 \pm 1,0$ ). Manj pogosto to počnejo po mnenju anketirancev izvajalci zdravstvene nege na splošno ( $3,4 \pm 0,9$ ).

## 4 Razprava

Študenti in diplomanti zdravstvene nege izražajo v večini pozitivna in ustrezna stališča do higiene rok. Zavedajo se, da so pomemben člen v verigi preprečevanja okužb, povezanih z zdravstveno dejavnostjo ter razumejo, kako lahko higiena ali nehygiena rok vpliva na zdravje pacientov, njihovo zdravje ter na stroške zdravljenja. Večinoma verjamejo, da lahko spremenijo slabe navade na delovnem mestu.

Rezultati naše raziskave so precej primerljivi z rezultati, ki jih je dobila Van De Mortel (2009) na vzorcu avstralskih študentk zdravstvene nege v zadnjem letniku. Izjema so trditve: (a) kadar sem zelo zaposlen oz. zaposlena, je bolj pomembno, da dokončam svojo nalogo, kot da izvedem higieno rok; (b) ne morem vedno izvesti higiene rok, ker imajo potrebe mojih pacientov prednost; (c) sledim vzoru starejših zdravstvenih delavcev, ko se odločam, ali izvesti ali ne izvesti higiene rok; (d) nenehno razmišljanje o izvajanju higiene rok je naporno; (e) izvajanje higiene rok zmanjša mojo imunost. Pri teh trditvah so se naši anketiranci v povprečju manj strinjali s trditvami kot avstralske študentke (razlika je bila vsaj za 1,1; pri trditvi pod (a) celo 2,3), kar je vzpodbudno.

Povprečno so bolj ustrezna stališča v naši raziskavi navajali starejši, izredni študenti, zaposleni oziroma diplomanti ter v nekaterih primerih ženske. Rezultati se skladajo z ugotovitvami drugih raziskav (WHO guidelines in hand hygiene in health care, 2009), ki kažejo, da vplivajo na upoštevanje navodil za izvajanje higiene rok tudi pridobljeno znanje in izkušnje.

Bargellini in sod. (2012) opozarjajo, da morajo biti vsebine v zvezi s preprečevanjem okužb, povezanih z zdravstvom, in s higieno rok vključene v program izobraževanja že na začetku, saj se s tem poveča upoštevanje navodil v kliničnem okolju. V programu 1. stopnje zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstven vede Novo mesto so vsebine vključene od prvega semestra naprej, skozi vsa leta študija in pri več predmetih (Učni načrt, 2014). Anketiranci so prav tako potrdili, da je higiena rok pomemben del študijskega programa.

Nekoliko slabši rezultati so bili v delu, kjer so anketiranci izrazili mnenje o pomenu higiene rok na kliničnem usposabljanju. Higieno rok v kliničnem okolju sicer institucije in klinični mentorji poudarjajo, vendar je samo upoštevanje teh smernic s strani izvajalcev zdravstvene nege po mnenju študentov slabše. Podobno se v raziskavi, izvedeni v Združenem kraljestvu, medicinske sestre niso izkazale kot dober vzornik za študente zdravstvene nege (Gould in Drey, 2013). V povezavi s temi izkušnjami so verjetno anketiranci tudi odgovorili, da v dilemi, ali izvesti higieno rok ali ne, ne sledijo vedno vzoru starejših oseb, posebej potem, ko že imajo samo določene izkušnje (diplomanti najmanj upoštevajo starejše).

Pomen znanja in izkušenj se je pokazal tudi pri trditvah, ki se nanašajo na izgovore, kdaj je dopustno izpustiti higieno rok. Starejši študenti in diplomanti se bolj zavedajo, da pretirana zaposlenost ne more biti izgovor za neizvajanje higiene rok s strani mlajših. Prav tako to ne more biti umazan umivalnik. Starejši bi se tudi manj neprijetno pocutili, če bi morali sodelavca opozoriti na umivanje rok.

V prispevku so predstavljena le stališča študentov zdravstvene nege do higiene rok. Za bolj poglobljen pogled na problematiko bi bilo treba analizirati še njihovo znanje ter preveriti upoštevanje navodil za higieno rok tudi v praksi.

## 5 Zaključek

Stališča do higiene rok so pri večini študentov in diplomantov zdravstvene nege pozitivna in ustrezna. Ustreznejša stališča so navedli starejši, izredni študenti, zaposleni oziroma diplomanti. Stališča se oblikujejo med študijem in dodatno ob vstopu v klinično okolje. Kljub običajno pozitivnim stališčem izvajalcev zdravstvene nege in drugih zdravstvenih delavcev do higiene rok ostaja problem nedoslednega spoštovanja smernic v praksi.

## LITERATURA

1. Bargellini, A., Borella, P., Ferri, P., Ferranti, G. and Marchesi, I. (2012). Hand hygiene in nursing and medical students during training: a pilot study on knowledge, practices and impact on bacterial contamination. *Assistenza infermieristica e ricerca*, 31 (3), 123-130.
2. D'Alessandro, D., Agodi, A., Auxilia, F., Brusaferro, S., Calligaris, L., Ferrante, M. et al. (2014). Prevention of healthcare associated infections: Medical and nursing students' knowledge in Italy. *Nurse Education Today*, 34 (2), 191-195.
3. Gould, D. and Drey, N. (2013). Student nurses' experiences of infection prevention and control during clinical placements. *American Journal of Infection Control*, 41 (9), 760-763.
4. Grilc, T., Muzlovič, I., Jereb, M. in Trampuž, A. (2004). Higiena rok zdravstvenega osebja v intenzivni enoti. *Medicinski razgledi*, 43, 45-53.
5. Kelcikova, S., Skodova, Z. and Straka, S. (2012). Effectiveness of hand hygiene education in a basic nursing school curricula. *Public Health Nursing*, 29 (2), 152-159.
6. Kompare, A. in Stražišar, M. (2005). Stališča, predsodki in vrednote. V J. Šmagelj (ur.). *Psihologija: spoznanja in dileme* (str. 320-345). Ljubljana: DZS.

7. Lužnik-Bufon, T. (ur.) (2009). Strokovne podlage in smernice za obvladovanje in preprečevanje okužb, ki so povezane z zdravstvom oziroma zdravstveno oskrbo. 2. dop. izd. Ljubljana: MZ RS. Pridobljeno 2. 11. 2012 s [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz\\_dokumenti/delovna\\_podrocja/zdravstveno\\_varstvo/zdravstveno\\_varstvo\\_v\\_posebni/NAKOBO\\_junij\\_2010/MZ\\_Smernice\\_2009\\_ORIG\\_SKUPNO\\_010610.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/zdravstveno_varstvo_v_posebni/NAKOBO_junij_2010/MZ_Smernice_2009_ORIG_SKUPNO_010610.pdf).
8. Marentič Požarnik, B. (2012). Psihologija učenja in pouka. Ljubljana: DZS.
9. Študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega. (2010). Visoka šola za zdravstvo Novo mesto. Pridobljeno 2. 11. 2014, s [http://fzv.vs-nm.si/uploads/VSZ\\_pripone/Pedagoski\\_proces/cistopis\\_1\\_stopnja\\_zn\\_2010.pdf](http://fzv.vs-nm.si/uploads/VSZ_pripone/Pedagoski_proces/cistopis_1_stopnja_zn_2010.pdf).
10. Učni načrt. (2014). Pridobljeno 2. 11. 2014, s [http://fzv.vs-nm.si/uploads/VSZ\\_pripone/Ucni%20nacrti/un\\_objava\\_splet\\_krajse\\_vsebine.pdf](http://fzv.vs-nm.si/uploads/VSZ_pripone/Ucni%20nacrti/un_objava_splet_krajse_vsebine.pdf).
11. Van De Mortel, T. (2009). Development of a questionnaire to assess health care students' hand hygiene knowledge, beliefs and practices. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26 (3), 9-18.
12. Van De Mortel, T. F., Kermode, S., Proano, T., Sansoni, J. (2012). A comparison of the hand hygiene knowledge, beliefs and practices of Italian nursing and medical students. *Journal of Advanced Nursing*, 68 (3), 569-579.
13. WHO guidelines on hand hygiene in health care. (2009). World Health Organisation. Pridobljeno 2. 11. 2014, s [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf?ua=1)

# Poučevanje prve pomoči skozi okvir kakovosti (primer zloma ključnice)

UDK 614.88:374

**KLJUČNE BESEDE:** prva pomoč, zlom ključnice, poučevanje prve pomoči

**POVZETEK** - V nezgodi lahko laik s predhodno usvojenim znanjem prve pomoči bistveno vpliva na zdravstveno stanje poškodovanega. Temeljna elementa vsakega pedagoškega procesa sta učenec (udeleženec tečaja) in učitelj (praviloma licenciran predavatelj) s svojimi individualnimi značilnostmi. Vsebina učnega načrta prve pomoči mora biti skladna z aktualno doktrino. Izhajajoč iz navedenega se pojavlja dilema o smiselnosti vključitve nekaterih tem prve pomoči v učni načrt prve pomoči, namenjene laični populaciji. Tak primer je imobilizacija zloma ključnice z oprtjo. Namen raziskave je ugotoviti, ali laiki in zdravstveni delavci poznajo aktualno doktrino prve pomoči v primeru zloma ključnice in ali obstajajo razlike v praktičnem znanju prve pomoči med tema skupinama. Uporabljena je bila kombinacija deskriptivne in eksperimentalne metode dela. Zbiranje podatkov je potekalo s pomočjo anonimnega anketnega vprašalnika in s praktičnim preizkusom, pri čemer sta primerjani skupina laikov (eksperimentalna skupina) in skupina zdravstvenih delavcev (kontrolna skupina). Tako laiki kot tudi zdravstveni delavci slabo poznajo aktualne napotke za prvo pomoč pri zlomu ključnice.

UDC 614.88:374

**KEY WORDS:** first aid, fracture of clavicle, teaching first aid

**ABSTRACT** - At an accident, a layperson with previously acquired knowledge of first aid can have an essential influence on the condition of the injured. The two basic elements of every pedagogical process are a pupil (a participant of the course) and a teacher (licensed lecturer by the rule) with their individual characteristics. The curriculum has to be in accordance with the current doctrine. Such a case is the immobilization of the clavicle fracture with a support clavicle strap. The intention of the research is to find out whether laypersons and health workers know the current doctrine of first aid in case of clavicle fracture and whether there are differences in practical knowledge of first aid between these two groups. We used the combination of descriptive and experimental methods of work. Collecting of data was accomplished by an anonymous questionnaire and a practical experiment; the group of laypersons was the experimental one and the group of health workers was the control one. Both, laypersons and health workers have insufficient knowledge of the current first aid doctrine in case of the clavicle fracture.

## 1 Teoretična izhodišča

Vlogo pravočasne in ustrezne prve pomoči (v nadaljevanju PP) v primeru nezgod poudarjajo avtorji številnih raziskav in pristojne mednarodne organizacije (International Federation Of Red Cross and Red Crescent Societies, (v nadaljevanju IFRC) 2013; Rajapakse, Noč in Kersnik, 2010; Nolan idr., 2010; Ahčan, Slabe, Šutanovac, 2008). Ob tem moramo izpostaviti tudi pomen ustreznih usposabljanj za pridobivanje znanja PP (IFRC, 2013; Nolan idr., 2010; Soar idr., 2010). Glavni razlogi za oklevanje pri odločitvi, ali bi poškodovancu ali nenadno obolelemu pomagali, so namreč v nepripravljenosti v svoje znanje in neprijetnosti ob dejstvu, da bi bilo to znanje treba pokazati pred drugimi (Slabe, Jenštrle, Sotler, 2012; Balažic, 2006). Na področju usposabljanja laikov iz PP se tako srečujemo s številnimi vprašanji, ki si jih moramo zastaviti pred, med in po izvedbi.

Temeljna elementa vsakega pedagoškega procesa sta učenec (primer: udeleženec usposabljanja PP za voznike motornih vozil) in učitelj (praviloma licenciran predavatelj PP), s svojimi individualnimi značilnostmi (starost, spol, osebnost ...). Učitelj mora znati upoštevati tudi vlogo socialnih in kulturnih procesov pri učenju, hkrati mora biti tudi dober motivator (Wollfolk, 2002). Pomembni so tudi drugi dejavniki, kot so čas, prostor, oprema, učne metode, učne oblike in sredstva (Žagar, 2011). Učenje lahko obravnavamo skozi več teorij. Bregar in sodelavci (2010) izpostavljajo štiri, ki so imele največji vpliv na razumevanje izobraževanja odraslih: vedenjska, kognitivna, konstruktivistična in konektivistična teorija učenja. Prav izhodiščna izbira teoretskega modela določa pogled na to, kako se ljudje učijo, kako poučujejo učitelji, in tudi, kako se uporablja tehnologija za poučevanje.

Poleg omenjenega je eden izmed ključnih elementov učnega procesa tudi vsebina. Za usposabljanje iz PP jo v Sloveniji narekujejo Smernice za oživljanje Evropskega sveta za reanimacijo (Nolan idr., 2010), Mednarodne smernice za prvo pomoč in oživljanje (Cassan idr., 2013) ter napotki za PP, opisani v aktualnih priročnikih (Ahčan, 2006). V omenjenih smernicah se stremi k temu, da bi bile tehnike in praksa PP čim bolj enostavne in neposredne, saj bi si tako ljudje lažje in bolje zapomnili postopke ter izvedbo le-teh (Cassan, Markenson, Lo, 2013). Problem znanja PP je, da se hitro pozabi in zastara, če ga ne obnavljamo in ne utrjujemo (Arding, 2008). Nekatere študije navajajo izgubo znanja v treh do šestih mesecih po koncu učenja (Andresen idr., 2008; Einspruch, Lynch, Aufderheide, Nichol in Becker, 2007; Roppolo idr., 2007; Woollard idr., 2006; Berden, Willems, Hendrick, Pijls in Knape, 1993). AED večšine se ohranijo dalj časa kot večšine temeljnih postopkov oživljanja (Andresen idr., 2008; Riegel idr., 2006).

Izhajajoč iz navedenega se pojavlja dilema o smiselnosti vključitve nekaterih tem PP v učni načrt PP, namenjen laični populaciji. Tak primer je imobilizacija zloma ključnice z oprtjo. Zlom ključnice je tako pri otrocih kot tudi pri odraslih zelo pogosta poškodba. Predstavlja približno polovico zlomov kosti ramenskega obroča. Kakršna koli poškodba v tem predelu, torej tudi zlom ključnice, lahko v kombinaciji z napačno PP in napačnim zdravljenjem povzročijo posamezniku hude težave v vsakdanjem življenju (Zorman, Ahčan in Sluga, 2006; Paladini, Pellegrini, Merolla, Campi in Porcellini, 2012).

## 2 Metodologija

### 2.1 Nameni in cilji raziskovanja

Namen raziskave je opozoriti na pomen upoštevanja kriterijev kakovostnega učnega procesa PP na primeru učenja nameščanja oprti pri zlomu ključnice. Cilja sta ugotoviti, ali laiki in zdravstveni delavci poznajo aktualno doktrino PP v primeru zloma ključnice in ali obstajajo razlike v praktičnem znanju PP med tema skupinama.

## 2.2 Raziskovalna metoda

Uporabljena je bila strategija raziskovanja presečna študija. Najprej je bil opravljen pregled domače in tuje literature. Iskanje literature je potekalo s pomočjo sistema COBISS in podatkovnih baz Google učenjak, EBSCOhost z definiranimi vključitvenimi in izključitvenimi kriteriji za izbor ustrezne literature.

## 2.3 Instrument in potek

Uporabljena je bila kombinacija deskriptivne in eksperimentalne metode dela. Zbiranje podatkov je potekalo s pomočjo predhodno testiranega anonimnega anketnega vprašalnika in s praktičnim preizkusom med aprilom in junijem 2014. Pri tem sta primerjani skupina laikov (eksperimentalna skupina) in skupina zdravstvenih delavcev (kontrolna skupina). Pri praktičnem preizkusu so bili anketiranci po slišnem (za vse enakem) scenariju naprošeni, naj pomagajo ponesrečencu po svojih močeh, pri čemer so bili opazovani in ocenjeni s pomočjo ocenjevalnega lista s trinajstimi kategorijami. Ta je bil pripravljen na osnovi ocenjevalnih pol (Slabe in Šutanovac, 2014). Postopek so udeleženci izvedli na manekenu prostovoljcu, pri tem pa so imeli na voljo veljavni komplet PP, ki sodi v obvezno opremo vsakega voznika motornega vozila (Pravilnik o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o delih in opremi vozil, 2014).

## 2.4 Vzorec populacije

V raziskavi (anketiranci in hkrati udeleženci eksperimenta) je sodelovalo 98 posameznikov, in sicer 49 laikov ter 49 zdravstvenih delavcev. Pri vzorčenju smo sledili konceptu stratificiranega vzorca.

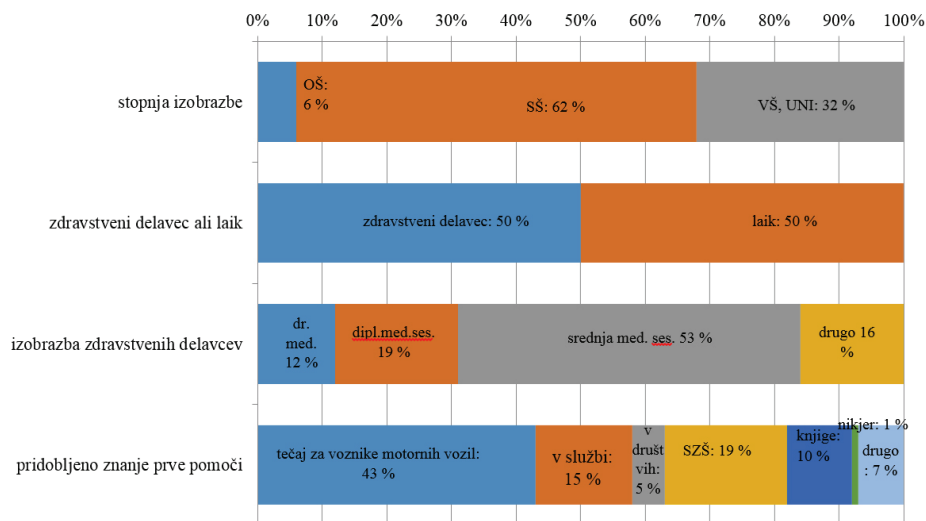
## 2.5 Obdelava podatkov

Pridobljeni kvantitativni podatki so bili obdelani s pomočjo programa MS Excel. Rezultati so prikazani grafično in besedilno. Podobnih raziskav o znanju imobilizacije zloma ključnice med laiki in zdravstvenimi delavci nismo zasledili, zato dobljenih rezultatov ne moremo primerjati z drugimi.

# 3 Rezultati

V raziskavi je sodelovalo 98 oseb. Največ jih ima dokončano srednješolsko izobrazbo (62 %), kar je razumljivo, saj je v raziskavi sodelovalo veliko študentov Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani. Polovica anketirancev je bila laikov in polovica zdravstvenih delavcev. Med slednjimi je bilo največ predstavnikov zdravstvene nege s srednješolsko izobrazbo. Anketiranci so največ znanja s področja PP dobili na tečajih PP za voznike motornih vozil, v srednji zdravstveni šoli ter na tečajih PP v službi (graf 1).

### Graf 1: Podatki o anketirancih



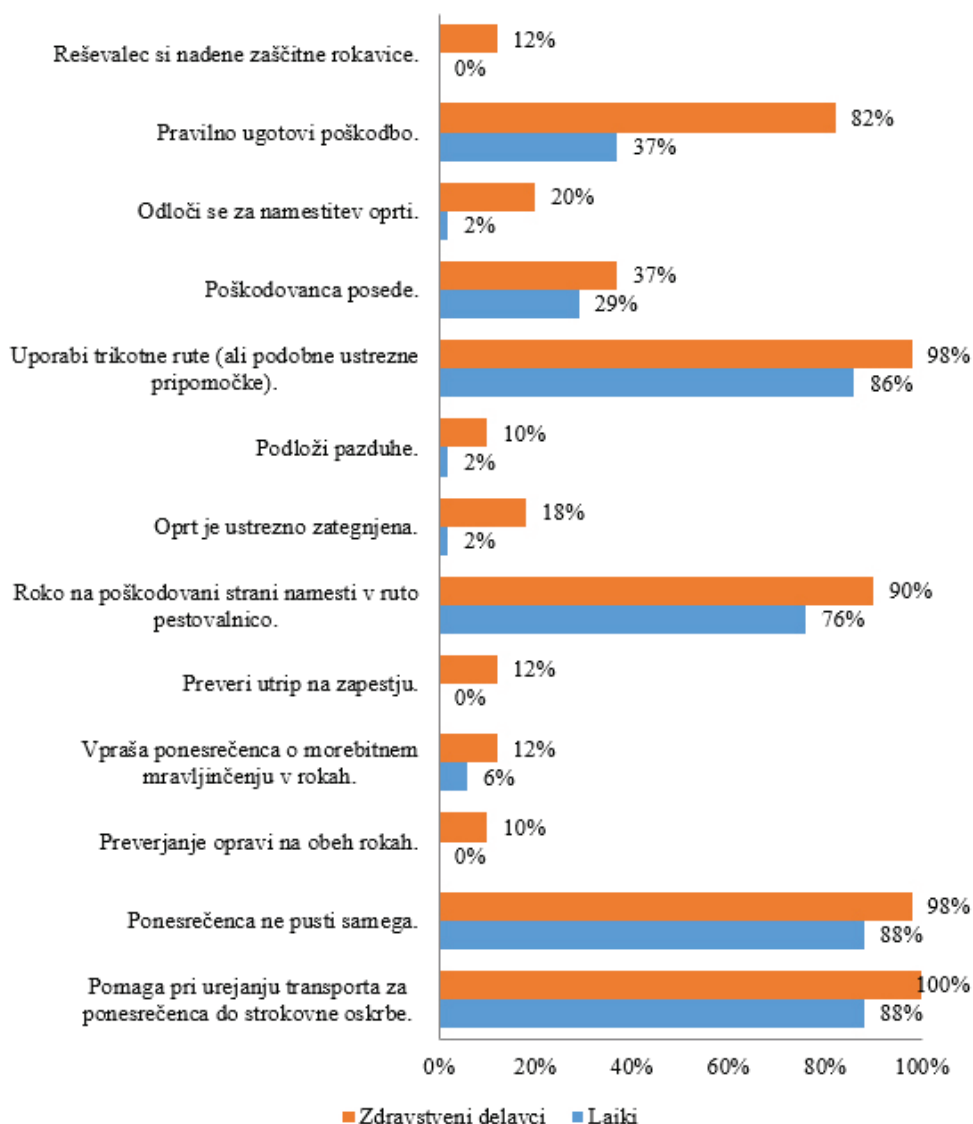
Vir: Anketni vprašalnik, 2014.

Legenda za Graf 1:

|         |                                                        |
|---------|--------------------------------------------------------|
| OŠ      | dokončano osnovnošolsko izobraževanje                  |
| SŠ      | dokončano srednješolsko izobraževanje                  |
| VS, UNI | dokončano visokošolsko ali univerzitetno izobraževanje |

Največja razlika med skupino laikov (eksperimentalna skupina) in skupino zdravstvenih delavcev (kontrolna skupina) se je pokazala pri prepoznavanju poškodbe, kjer so štirje od petih zdravstvenih delavcev pravilno ugotovili, kakšno poškodbo je v namišljeni nesreči utrpel ponesrečenec. Kljub temu se jih je le petina odločila za namestitev oprti na terenu. Še nižji je delež tistih, ki bi pravilno spremljali stanje uda po opravljeni imobilizaciji. Veliko anketirancev (približno devet od desetih) bi si pri dajanju PP ponesrečencu s poškodbo ključnice pomagalo s trikotnimi rutami, 83 % vprašanih bi podlaket na poškodovani strani pravilno namestilo v ruto pestovalnico. Skoraj vsi vprašani bi takemu ponesrečencu poskusili pomagati ali priskrbeli transport do strokovne oskrbe (graf 2).

Graf 2: Rezultati primerjave med laiki in zdravstvenimi delavci pri praktičnem preizkusu prepoznave in imobilizacije zloma ključnice



Vir: Anketni vprašalnik, 2014.

## 4 Razprava

Ugotovljeno je bilo, da laiki v Sloveniji ne poznajo aktualne doktrine PP v primeru zloma ključnice. Dve tretjini anketiranih laikov ni prepoznalo znakov zloma ključnice, kar je temelj za nadaljnjo obravnavo. V preostali tretjini, torej izmed 18 vprašanih, se je le eden odločil za namestitev oprti, vendar tudi v tem primeru ni mogoče reči, da je bila oprt nameščena povsem ustrezno, saj anketiranec ni spremljal stanja imobiliziranega uda in tako ne bi mogel biti prepričan o ustreznosti in učinkovitosti svojega dela. Med zdravstvenimi delavci je 82 % vprašanih pravilno ugotovilo, da gre za zlom ključnice. Razlike v praktičnem znanju PP v primeru zloma ključnice med laiki in zdravstvenimi delavci so opazne, vendar ni mogoče trditi, da slednji dobro poznajo aktualno doktrino PP v primeru take poškodbe, saj se jih večina (zaradi različnih razlogov) ne bi odločila za namestitev oprti na terenu. Večina anketirancev bi poskusila posnemati držo in položaj poškodovanega uda (roka ob telesu, podpora z drugo roko) (Pecci in Kreher, 2008) ter podlaket na poškodovani strani namestila v ruto pestovalnico.

## 5 Sklep

Rezultati raziskave kažejo na to, da so ljudje pripravljeni priskočiti na pomoč sočloveku, vendar jim primanjkuje znanja, da bi to lahko storili samozavestno in učinkovito. Ta ugotovitev nalaga zdravstveni stroki in vsem, ki so vpeti v poučevanje prve pomoči laične populacije, ukrepe za izboljšanje razmer na tem področju. Snovalci programov prve pomoči za splošno (nestrokovno) javnost morajo presoditi, katere vsebine in v kakšnem obsegu naj bodo vključene v določen, običajno časovno zelo omejen, proces usposabljanja. Tak primer vsebine predstavlja tudi imobilizacija zloma ključnice z oprtjo.

## LITERATURA

1. Ahčan, U., Slabe, D. in Šutanovac, R. (2008). Prva pomoč, Priročnik za bolničarje. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
2. Andresen, D., Arntz H. R. and Grafling W. idr. (2008). Public access resuscitation program including defibrillator training for laypersons: a randomized trial to evaluate the impact of training course duration. *Resuscitation*, 76, 419-24.
3. Arding, N. (2008). Essential skills: First aid. *Summit* 49, 62-3.
4. Balažic, J. (2006). Pravni in etični vidiki prve pomoči. V *Prva pomoč*. 1. izd. (str. 2-5). Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
5. Berden, H. J., Willems, F. F., Hendrick, J. M., Pijls, N. H. and Knape, J. T. (1993). How frequently should basic cardiopulmonary resuscitation training be repeated to maintain adequate skills? *BMJ*, 306, 1576-7.
6. Bregar, L., Zagmajster, M. in Radovan, M. (2010). Osnove e-izobraževanja. Priročnik. Ljubljana: Andragoški center Slovenije, 76
7. Cassan, P., Markenson, D., Lo, G., idr. (2013). Mednarodne smernice za prvo pomoč in oživljanje. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.

8. Einspruch, E. L., Lynch, B., Aufderheide, T. P., Nichol, G. and Becker, L. (2007). Retention of CPR skills learned in a traditional AHA Heartsaver course versus 30min video self training: a controlled randomized study. *Resuscitation*, 74, pp. 476-86.
9. Greenough, W. T., Black, J. E. and Wallance, C. S. (1987). Experience and brain development. *Child development*, 58, 539-59.
10. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2011). *International first aid and resuscitation guidelines 2011*. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies: Geneva.
11. Nolan, J. P. idr. (2010). *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2011*. Section 1. Executive summary. *Resuscitation* 81: 1219-76. Pridobljeno 23. 6. 2014, s [http://www.resuscitationjournal.com/issues?issue\\_key=S0300-9572%2810%29X0010-7](http://www.resuscitationjournal.com/issues?issue_key=S0300-9572%2810%29X0010-7).
12. Paladini, P., Pellegrini, A., Merolla, G., Campi, F. and Porcellini, G. (2012). Treatment of clavicle fractures. *Transl Med UniSa* 2 (6), 47-58.
13. Pecci, M. and Kreher, J. B. (2008). Clavicle fractures. *Am Fam Physician* 77 (1), 65-70.
14. *Pravilnik o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o delih in opremi vozil* (2014). Uradni list Republike Slovenije, št. 36.
15. Rajapakse, R., Noč, M. in Kersnik, J. (2010). Public knowledge of cardiopulmonary resuscitation in Republic of Slovenia. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 122 (23/24), 667-72.
16. Riegel, B., Nafziger, S. D., McBurnie, M. A. idr. (2006) How well are cardiopulmonary resuscitation and automated external defibrillator skills retained over time? Results from the Public Access Defibrillation (PAD) Trial. *Acad Emerg Med*, 13, 254-63.
17. Roppolo, L. P., Pepe, P. E., Campbell, L. idr. (2007). Prospective, randomized trial of the effectiveness and retention of 30min layperson training for cardiopulmonary resuscitation and automated external defibrillators: The American Airlines Study. *Resuscitation* 74, 276-85.
18. Slabe, D., Jenštrle, A. in Sotler, R. (2012). Prva pomoč kot oblika solidarnosti: študija primera. *Ujma* 26, 243-8.
19. Slabe, D. in Šutanovac, R. (2013). *Prva pomoč: ocena praktičnega dela*. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
20. Soar, J., Monsieurs, K. G., Ballance, J. H. idr. (2010). Principles of education and resuscitation. *Resuscitation*, 81 (10), 1434-44.
21. Woolfolk, A. (2002). *Pedagoška psihologija*. Ljubljana: Educy.
22. Woollard, M., Whitfield, R., Newcombe, R. G., Colquhoun, M., Vetter, N. and Chamberlain, D. (2006). Optimal refresher training intervals for AED and CPR skills: a randomised controlled trial. *Resuscitation*, 71, 237-47.
23. Zorman, P., Ahčan, U. in Sluga, B. (2006). Zlomi kosti ramenskega obroča in zgornjega uda. V *Prva pomoč* (503-14). Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
24. Žagar, D. (2011). *Didaktika psihologije v srednjem izobraževanju*. Ljubljana: Znanstvena založba filozofske fakultete.

# Doplerska ultrazvočna preiskava in fotopletizmografija pri diagnostiki bolezni venskega sistema

UDK 616.147.3-07

**KLJUČNE BESEDE:** krčne žile, klasifikacija CEAP, noge, preiskovalne metode, pletizmografija

**POVZETEK** - Klasifikacija CEAP za venske bolezni vključuje klinični, etiološki, anatomske in patofiziološki vidik kroničnega venskega popuščanja. Cilj raziskave je bil ugotoviti pomen ultrazvočnega Dopplerjevega detektorja in fotopletizmografije pri diagnosticiranju bolezenskih sprememb na venah spodnjih udov glede na klinični vidik klasifikacije CEAP. V raziskavi sta zajeti dve skupini preiskovancev. Prva je zajela 60 bolnikov med 41. in 81. letom z lažjo stopnjo kroničnega venskega popuščanja. Druga skupina pa je zajela 60 bolnikov med 45. in 82. letom s težjo stopnjo kroničnega venskega popuščanja. Testirali smo razliko v številu patoloških ultrazvočnih in pletizmografskih izvidov med preiskovanci obeh skupin. V prvi skupini smo ugotovili insuficienco safenofemoralnega ustja pri 19 (31,7 %) bolnikih, medtem ko smo v drugi skupini obratni tok krvi ugotovili pri 47 (78,3 %) bolnikih ( $p < 0,001$ ). Istočasno smo ugotovili patološko pletizmografsko krivuljo s skrajšanim časom polnitve pri 23 (38,3 %) bolnikih v prvi in pri 57 (95 %) bolnikih v drugi skupini ( $p < 0,001$ ). Pri skupini bolnikov s težjo stopnjo kroničnega venskega popuščanja smo ugotovili pomembno večje število patoloških fotopletizmografskih in ultrazvočnih izvidov v primerjavi s skupino bolnikov z lažjim kroničnim venskim popuščanjem kot posledico funkcionalnih motenj pri napredovalih stadijih bolezni.

UDC 616.147.3-07

**KEY WORDS:** varicose veins, CEAP classification, leg, non-invasive diagnostics tests, plethysmography

**ABSTRACT** - CEAP classification of venous diseases included the clinical, etiological, anatomical and pathophysiological mechanisms of chronic venous insufficiency. The aim of this study was to evaluate the convenience of Doppler ultrasound and photoplethysmography in the diagnostic work-up of chronic venous diseases, according to the CEAP clinical classification. Two groups of subjects were incorporated in the study. The first group included 60 patients with mild chronic venous insufficiency, while second group included 60 patients with severe chronic venous insufficiency. Venous hemodynamic evaluation was performed with Doppler ultrasound and photoplethysmography. A cross insufficiency was found by Doppler sonographic investigation in 19 (31.7 %) cases from the group of patients with mild venous insufficiency, whereas in the group with severe chronic venous insufficiency in 47 (78.3 %) cases ( $p < 0.001$ ). In the group of patients with mild venous insufficiency, as pathological plethysmographic curve was observed in 23 (38.3 %) out of a total of 60 subjects examined. At the same time, in the group of patients with severe chronic venous insufficiency, a shortening of plethysmographic curve was detected in 57 (95 %) subjects ( $p < 0.001$ ). In the group of patients with severe chronic venous insufficiency, a significant higher number of pathological photoplethysmographic and ultrasound Doppler values were found, which indicates that the varicose veins are associated with functional disturbances.

## 1 Uvod

Kronično vensko popuščanje (KVP) označuje skupek znakov in simptomov, ki spremljajo povečanje venskega pritiska v spodnjih udih in so rezultat strukturnih ali funkcionalnih nenormalnosti venskega sistema. V ospredju so valjaste ali kroglaste razširitve ven v povirju velike in male satenske vene (trunskusne varice ali debele krčne žile), njunih številnih stranskih vej (vertikalne varice), zbirnih ven in venul kože in pod-

kožja (metličaste varice in teleangiektazije) ter kožne spremembe, kot so pigmentacije, ekcem, lipodermatoskleroza ter golenja razjeda (Eberhardt in Raffeto, 2005; Mlačak, Ivka in Ladika, 2011). Objektivne znake KVP spremljajo številni subjektivni simptomi, kot so krči, bolečine, utrujenost in zatekanje podkolenice. Termin kronična venska bolezen zajema širok spekter morfoloških in funkcionalnih nenormalnosti na venskem sistemu, od teleangiektazij do golenje venske razjede. Tudi teleangiektazije in retikularne varice, čeprav so hemodinamsko nepomembne in je lahko dolgo ali vse življenje moteč predvsem estetski izgled, uvrščamo med bolezenske spremembe, ker so v primerjavi z zdravimi venami morfološko spremenjene. Termin kronično vensko popuščanje zajema izrazite funkcionalne nenormalnosti venskega sistema in ga uporabljamo le za napredovale oblike bolezni, kot so edem (C3), kožne spremembe (C4) ali venska razjeda (C5-6) (Nicolades, 2000, Mlačak in Ladika, 2011).

Bolezni ven na udih, predvsem na spodnjih, so zaradi svoje pogostosti, kroničnega poteka, dolgotrajnega zdravljenja, absentizma in sorazmerno pogostih zapletov pomemben socialnomedicinski problem (Bollinger, 1979, Mlačak, 1995). Za ugotavljanje bolezenskih sprememb na venah spodnjih udov in stadija KVP za praktične namene večinoma zadostujejo klinični pregled in funkcijski testi. Neinvazivne preiskovalne metode, ultrazvočna doplerska preiskava in fotopletizmografija omogočajo, da krajevno opredelimo bolezenske spremembe, ekstrasfascijski ali intrasfascijski venski sistem, kot tudi ugotovimo funkcionalno zadostnost zaklopk, safenofemoralnega ali safenoparvalnega ustja ter perforantnih ven (Hübner, 1983 in Weindorf, 1986). Hkrati omogočajo kvantitativno oceno venske hipertenzije in zastoja s pomočjo flebodinamometrije, funkcionalno sposobnost venske črpalke goleni pa s pomočjo pletizmografskih preiskovalnih metod (Hübner in Mühl, 1983, Weindorf in Shultz-Ehrenburg, 1986).

Z raziskavo smo želeli preizkusiti vrednost ultrazvočnega doplerskega detektorja in fotopletizmografije (FPG) pri diagnostiki bolezenskih sprememb na venah spodnjih udov. Hkrati smo ovrednotili razliko v pogostosti patoloških izvidov, ugotovljenih z doplerskim detektorjem in FPG med skupino preiskovancev z lažjo in skupino bolnikov s težjo stopnjo kroničnega venskega popuščanja.

## 2 Preiskovanci in metode

V raziskavo smo zajeli 2 skupini preiskovancev. Prva skupina je imela 60 bolnikov med 43. in 81. letom, povprečna starost je bila 61 let, od tega 36 žensk in 24 moških z lažjo obliko kroničnega venskega popuščanja, kliničnimi stadiji C1, C2 in C3. Druga skupina je zajela 60 bolnikov med 45. in 82. letom, povprečna starost je bila 63 let, od tega 33 žensk in 27 moških s težjo obliko kroničnega venskega popuščanja, klinični stadiji C4, C5 in C6.

Za raziskovanje bolezenskih sprememb na venskem sistemu spodnjih udov smo uporabili klasifikacijo CEAP. Omenjena klasifikacija vključuje klinični (C), etiološki (E), anatomski (A) in patofiziološki (P) vidik kronične venske odpovedi. Klinični del klasifikacije temelji na kliničnih znakih kronične venske bolezni in zajema sedem stadi-

jev ali razredov: 0 = ni vidnih ali tipljivih znakov venske bolezni, 1 = teleangiektazije ali retikularne varice, 2 = krčne žile (varice), 3 = oteklina, 4 = kožne spremembe, 5 = kožne spremembe, opisane pri razredu 4, in zaceljena venska razjeda in 6 = prej omenjene kožne spremembe in aktivna venska razjeda (Poredoš, 2002, Mlačak, Ivka in Ladika, 2011).

Periferno arterijsko bolezen (PAB) na spodnjih udih smo izključevali z merjenjem sistoličnega krvnega pritiska s pomočjo ultrazvočnega dopplerskega detektorja. Sistolični pritisk na nadlahti smo merili s pomočjo živosrebrnega tlakomera po Riva-Rocciju, medtem ko smo pritisk na arterijah stopala merili s pomočjo ultrazvočnega dopplerskega detektorja. Oseba je bila uvrščena v preiskavo, če so bile vrednosti gleženjskega indeksa večje od 0,9 (Bollinger, 1979). Vse preiskovance smo pregledali z ultrazvočnim aparatom (Flow-Soft, Spead-Racia, Kehl am Rhein, Nemčija) za potrditev ali izključitev obratnega toka, refluksa v povrhnjih venah spodnjih udov. Pri hemodinamsko neoporečnem safenofemoralnemu ustju pri tekstu po Valsavsi ne ugotavljamo obratnega toka, refluksa v distalni smeri. Pri insuficienci safenofemoralnega ustja z varicami v poteku vene safene magne se skladno z ritmom dihanja prenašajo prostotlačni in folumni valovi iz medeničnih ven do konca razširjenega venskega segmenta, ki jih avskultatorno registriramo s pomočjo ultrazvočnega detektorja. Torej smo obratni tok krvi merili izključno z zvočno registracijo signala. Pomemben venski refluks je ugotovljen ob perzistenci obratnega toka krvi, časovno daljšega od pol sekunde (Rabe, 1989, Pascarella in Melcenis, 2007).

Za merjenje venskega zastoja oziroma venske insuficiencie je bil uporabljen digitalni električni fotopletizmograf (model VD 10, podjetje Elcat, Wolfratshausen Nemčija). Metoda temelji na merjenju hitrosti ponovne polnitve ožilja kože in podkožja po dejavnosti mišične črpalke goleni. Posledica mišične dejavnosti je padanje venskega pritiska, žile v koži se praznijo, to pa povzroči večjo prosojnost kože oziroma najvišjo vrednost pletizmografske krivulje. Po končanem programu fizične dejavnosti se vene ponovno počasi polnijo preko arterijskega sistema, to pa povzroči, da se pletizmografska krivulja povrne v izhodni položaj. Pri kronični venski insuficienci je zaradi dodatnega venskega refluksa polnitev ožilja hitrejša, krajša od 25 sekund.

Preiskavo izvedemo tako, da preiskovancu, ki sedi 10 cm nad notranjim gležnjem namestimo sondo za merjenje. Bolnik mirno sedi eno minuto, medtem se meri prekrvavitev v mirovanju. Sledi obremenitev z dorzalno fleksijo, ki je standardizirana z osmimi dvigi stopal v 15 sekundah po taktu metronoma, vgrajenega v aparat. Po končani obremenitvi preiskovanec mirno sedi. Med temi postopki se registrira fotopletizmografska krivulja in čas ponovne polnitve po obremenitvi izpraznjenega ožilja.

Pri digitalni FPG je celoten potek merjenja (prekrvavitev v mirovanju, čas polnitve, analiza in shramba pletizmografske krivulje) elektronsko nadzorovan in voden. Patološki je čas polnitve, krajši od 25 sekund. Pri preiskovancu s časom polnitve, krajšim od 25 sekund oziroma s skrajšano pletizmografsko krivuljo, ponovno merimo čas polnitve po obremenitvi po predhodni namestitvi manšete distalno od insuficientne perfokantne vene ali insuficientnega safenofemoralnega ali safenoparvalnega ustja, da izključimo subfascijsko KVI. Pri fotopletizmografski krivulji normalno trajanje pol-

nitve pomeni, da je venski sistem noge zdrav, medtem ko normalizacija časa polnitve po preizkusu s pritiskom na varikozno veno (test z manšeto) pomeni, da je globinski venski sistem neoporečen (Weindorf in Shultz-Ehrenburg, 1986, Mlačak, 1988).

S pomočjo testa hi-kvadrat smo iskali statistično pomembnost razlike v pogostosti pojavljanja vrednosti pletizmografske krivulje in insuficience safenofemoralnega ustja med prvo in drugo skupino preiskovancev. Hkrati smo ugotovili odstotek preiskovancev, pri katerih se je po testu z manšeto (test okluzije) normalizirala vrednost pletizmografske krivulje oziroma časa polnitve.

### 3 Rezultati

V skupini preiskovancev z lažjo stopnjo KVP (stadiji C1, C2 in C3) smo insuficienco safenofemoralnega ustja ugotovili pri 19 (31,7 %) bolnikih, medtem ko smo v drugi skupini (preiskovanci s težjo stopnjo KVP (stadiji C4, C5 in C6)) obratni tok krvi na safenofemoralnem ustju ugotovili pri 47 (78,3 %) bolnikih. Razlika je statistično pomembna ( $p < 0,001$ ). Istočasno smo patološko pletizmografsko krivuljo s skrajšanim časom polnitve ugotovili pri 23 (38,3 %) bolnikih v prvi in 57 (95 %) bolnikih v drugi skupini ( $p < 0,001$ ).

Rezultati so prikazani v tabeli 1.

*Tabela 1:* Pogostost patoloških izvidov pri preiskovancih z lažjo stopnjo (skupina I; stadij C1:  $n = 20$ , stadij C2:  $n = 20$ , stadij C3:  $n = 20$ ) in težjo stopnjo kroničnega venskega popuščanja (skupina II; stadij C4:  $n = 20$ , stadij C5:  $n = 20$ , stadij C6:  $n = 20$ )

Skupina I

Skupina II

| Preiskovalna metoda | Stadij 1<br>število % |    | Stadij 2<br>število % |    | Stadij 3<br>število % |    | Stadij 4<br>število % |    | Stadij 5<br>število % |    | Stadij 6<br>število % |     | Signifikantost<br>razlike med<br>skupinami |
|---------------------|-----------------------|----|-----------------------|----|-----------------------|----|-----------------------|----|-----------------------|----|-----------------------|-----|--------------------------------------------|
| Dopler              | 1                     | 10 | 7                     | 35 | 11                    | 55 | 11                    | 55 | 17                    | 85 | 19                    | 95  | PL 0,001                                   |
| FPG                 | 0                     | 0  | 6                     | 30 | 17                    | 85 | 18                    | 90 | 18                    | 90 | 10                    | 100 | PL 0,001                                   |

FPG = Fotopletizmografija

V skupini preiskovalcev z blažjo stopnjo KVP smo pri 17 od 23 preiskovancev s patološko pletizmografsko krivuljo po preizkusu z manšeto dosegli normalizacijo trajanja pletizmografske krivulje. Od 57 preiskovancev s skrajšanim časom polnitve v skupini s težjo KVP smo pri 11-ih po testu z manšeto dosegli normalizacijo krivulje oziroma čas polnitve, daljši od 25 sekund.

### 4 Razprava

Naša raziskava je potrdila velik pomen neinvazivnih preiskovalnih metod (ultrazvok, FPG) pri ugotavljanju bolezenskih sprememb na venah spodnjih udov. S pomočjo kliničnega pregleda in funkcionalnih testov ni možno v vsakem primeru ugotoviti

velikosti oziroma dolžine v obliki varic spremenjene vene, pa tudi ne funkcionalne sposobnosti venskih zaklopk na različnih venskih odsekih. S pomočjo ultrazvočnega dopplerskega detektorja smo ugotovili funkcionalno nezadostnost safenofemoralnega ustja tudi pri klinično in s Trendelenburgovim testom neugotovljenih sprememb na veni safeni magni. Insuficienca venskih zaklopk na začetku ne povzroča klinično vidnih varikoznih sprememb, ki pa jih ugotavljamo avskultatorno s pomočjo dopplerskega detektorja zaradi z inspirijem povzročenega zvečanja intraabdominalnega pritiska in posledičnega refluksa venske krvi. Hkrati obstaja možnost, da varikozne spremembe niso vidne, ker ji pokriva podkožno maščobno tkivo. V obeh primerih funkcijsko nezadostnost venskih zaklopk potrdimo s pomočjo ultrazvočnega pregleda (Nicolades, 2000, Pascarella in Mekenas, 2007).

V naši raziskavi smo ugotavljali insuficienco safenofemoralnega ustja s pomočjo ultrazvoka, ker je metoda enostavna in ima v primerjavi z rentgensko flebografijo 95-odstotno občutljivost in 74-odstotno specifičnost (Nicolades, 2000). Ugotavljanje insuficientnih prebodnih ven in safenoparvalnega ustja je manj zanesljivo v primerjavi s flebografijo in slikovnim prikazom s pomočjo barvnega doplerja.

V skupini z lažjim kroničnim venskim popuščanjem, stadij C1, C2, C3, smo pri 23 oziroma 38,3 % preiskovancev našli pataloško pletizmografsko krivuljo s časom polnitve, krajšim od 25 sekund.

To so preiskovanci z močno izraženimi retikularnimi varicami, varicami vene safene magne in parve ter varicami na stranskih vejah vene safene magne, kot so vena semicircularia anterior et posterior z insuficenco prebodnih ven. Same retikularne varice in metličaste vene praviloma ne povzročajo kronične venske hipertenzije v makroobtoku, zato je pletizmografska krivulja normalna. To posebej velja za metličaste vene ali teleangiektazije, ki predstavljajo patološke razširitve subpapilarnih kožnih ven s funkcionalno nezadostnimi zaklopkami, ki so z globokimi venami praviloma povezane indirektno preko posrednih ven ali redkeje preko prebodnih ven (Bergan, 2007). Čas ponovne polnitve venskega sistema je namreč pri varicah majhnega premera normalen, daljši od 25 sekund, zaradi majhnega volumna krvi, ki se povrne v distalno smer po končani dejavnosti mišične črpalke. Če pa je refluks prisoten v varici večjega premera, večji volumen obratnega pretoka hitro izpolni izpraznjene venske mreže in povzroči patološko pletizmografsko krivuljo s časom polnitve, krajšim od 25 sekund.

V skupini preiskovancev s težjo stopnjo kroničnega venskega popuščanja, s stadiji C4, C5 in C6, smo pri 57 oziroma 95 % bolnikov našli patološko pletizmografsko krivuljo s časom polnitve, krajšim od 25 sekund.

To pomeni stanje kronične venske hipertenzije z obratnim venskim pretokom, ki po končani mišični aktivnosti pospeši polnitev žilja in časovno skrajša pletizmografsko krivuljo pod 25 sekund. Pri 2 preiskovanceh smo našli normalno pletizmografsko krivuljo s časom polnitve, daljšim od 25 sekund. Znano je namreč, da se kronična venska insuficienca pojavlja pri primarni varikozi šele takrat, kadar se razvija insuficienca prebodnih ven (Bollinger, 1979). To je tudi dokaz, da morfološki videz bolezenskih sprememb vene ni vedno v skladu z dejanskimi pretočnimi razmerami, kar pomeni, da klinično izražene varice niso vedno hemodinamsko dekompenzirane. Drugi vzrok

je princip fotopletizmografije, ki praktično ugotavlja lokalno prekrvavitev kože in ne zrcali vedno motene hemodinamike celotnega venskega sistema spodnjega uda. Od 28 preiskovancev v drugi skupini s skrajšanim časom polnitve smo z manšeto, postavljeno distalno od insuficientne perforantne vene, pri 7 dosegli podaljšanje časa polnitve nad 25 sekund. Sklepamo, da gre za izboljšanje hemodinamskih razmer, zato je v tem primeru indicirano operativno ali sklerozacijsko zdravljenje (Weindorf in Schultz- Ehrenburg, 1986). Če po testu z manšeto ni izboljšanja (pri nas v 21 primerih), je najpogostejše vzrok intrafascijska venska insuficienca kot posledica globinske tromboze ali funkcionalne nezadostnosti zaklopke globokih ven (Weindorf in Schultz- Ehrenburg, 1986). Za pojasnitev globinske insuficience bi bila potrebna ultrazvočna preiskava z barvnim doplerjem, ki pa ga nismo opravili.

Pri večini bolnikov s težjo obliko KVP smo našli patološko pletizmografsko krivuljo, tj. čas polnitve, krajši od 25 sekund. Samo pri manjšem odstotku bolnikov se je po testu z manšeto čas polnitve podaljšal nad 25 sekund. Sklepamo, da se je pri ostalih bolnikih s skrajšanim časom polnitve po omenjenem testu razvila subfascijska in suprafascijska venska insuficienca s funkcionalno nezadostnimi zaklopkami, ki se kaže s patološko pletizmografsko krivuljo tudi po izključitvi insuficientnega povrh-njega venskega sistema.

Pri pletizmografiji je sorazmerno velika možnost napake, zato se vrednosti časa pol-njenja pri istem preiskovancu spreminjajo, tako pri zdravem preiskovancu kot tudi pri varikoznemu bolniku. Na pletizmografsko merjenje vplivajo temperatura okolja, položaj sonde za merjenje, nepravilno pigmentiranje kože, edem krače, koeficient ab-sorpcije hemoglobina, pulzacije majhnih arterij ter psihovegetativni in drugi dejavniki. Zaradi tega se priporoča večkratno, najmanj trikratno merjenje. V naši raziskavi smo izvedli trikratno merjenje in uporabili izračunano srednjo vrednost. Na ta način smo se izognili veliki variabilnosti dobljenih rezultatov, ki so posledica številnih dejavnikov. Rezultati naše raziskave kažejo, da za vsakdanjo prakso pri razviti klinični sliki KVP za postavitev diagnoze zadostuje inspekcija, medtem ko so za natančno opredelitev etiopatogeneze in patofiziologije bolezni potrebne neinvazivne preiskovalne metode. Diagnostični postopki se dopolnjujejo, ker nobena preiskovalna metoda ne odraža vseh morfološkoanatomskih in funkcijskih sprememb v venah in mikrocirkulaciji. Tako so raziskave pokazale normalen in intravenski pritisk pri 25 % golenskih razjed z insuficienco zaklopk povrhnjih in globokih ven (Nicolades, 2000; Bergan, 2007).

Referenčna preiskovalna metoda za vse neinvazivne diagnostične postopke ja bila do uvedbe ultrazvočnih preiskav z barvnim doplerskim detektorjem kontrastna fle-bografija, s katero je mogoče objektivno prikazati spremembe v celotnem globinskem sistemu in njegovo prehodnost, stanje prebodnih ven ter funkcijsko povezanost med vsemi deli celotnega venskega sistema. Dandanes v praksi posegamo po rentgenski flebografiji le še redko, kadar gre za zapletene patoanatomske razmere v globokem venskem sistemu, ki jih ne moremo zadovoljivo prikazati z ultrazvočno preiskavo, ali kadar načrtujemo operativni poseg na globokem venskem sistemu.

## 5 Zaključek

Patofiziološko dogajanje pri kroničnem venskem popuščanju je veliko bolj zapleteno kot pri periferni arterijski bolezni, za katero je značilna vrednost gleženjskega indeksa pod 0,9, ker na celotno hemodinamiko v venskem sistemu poleg obratnega pretoka krvi, tj. refluksa, vplivajo stranske kolaterale, kot so obvodi, obstrukcija in funkcionalna sposobnost mišične črpalke. Neinvazivne preiskovalne metode, kot sta ultrazvočna doplerska preiskava in fotopletizmografija, posredno omogočajo ugotavljanje funkcionalne sposobnosti venskega sistema in ločitev bolnikov z obolelimi in zdravimi venami. Resnost klinične slike, ki jo ponazarja klinični del klasifikacije CEAP, je v skladu s pogostostjo funkcionalnih motenj, ugotovljenih z ultrazvočnim doplerskim detektorjem in fotopletizmografijo. V kasnejših stadijih bolezni namreč ugotavljamo pomembno večje število patoloških ultrazvočnih in pletizmografskih izvidov.

## LITERATURA

1. Bergan, J. (2007). The vein book. Amsterdam: Elsevier.
2. Bollinger, A. (1979). Funktionelle Angiologie. Stuttgart: Thieme Verlag.
3. Eberhardt, R. T. and Raffetto, J. D. (2005). Chronic venous insufficiency. *Circulation*, 111 (3), 2398-2409.
4. Hubner, K. and Muhl, I. (1983). Apparative phlebologische Funktionstests im Vergleich: Invasive Vendruckmessung und Licht – Reflexions – Rheographie (LRR). *Phlebol. Protokol*, 12 (4), 161-164.
5. Mlačak, B. (1988). Fotopletizmografija v diagnostiki bolezni ven spodnjih udov. *Zdravniški vestnik*, 57 (2), 41-42.
6. Mlačak, B. (1995). Angiologija za prakso. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo.
7. Mlačak, B., Ivka, B. in Ladika, R. (2011). Kronične bolezni povrhnjih ven in kronično vensko popuščanje. *Zdravniški vestnik*, 80 (7), 917-932.
8. Nicolade, A. N. (2000). Investigation of chronic venous insufficiency. *Circulation*, 102 (3), 1-49.
9. Pascarella, L. in Mekenas, L. (2007). Ultrasound examination of the patient with primary venous insufficiency. V J. Bergant (ur.) *The vein book* (str. 171-181). Amsterdam Elsevier.
10. Poredoš, P. (2002). Klasifikacija kroničnega venskega popuščanja. *Krkinj rehabilitacijski dnevi*, 8, 28-33.
11. Rabe, E. (1989). Relevante Diagnostik und hämodynamische Therapieansätze der chronischen venösen Insuffizienz. *Phlebol Protokol*, 18 (1), 153-156.
12. Weindorf, N. in Schultz-Ehrenburg, U. (1986). Der Wert Photoplethysmographie (licht-reflexions Rheographie in der Phlebologie). *Vasa*, 15 (2), 397-406.

# Utjecaj suživota mladih i starih te medija na razvoj predrasuda o starosti

UDK 316.64+612.67

**KLJUČNE BESEDE:** starenje, ageizam, stereotipi, utjecaj medija, mladi

**POVZETEK** - Svrha ovog rada je istražiti odnos mladih prema starosti i starenju, te utjecaj medija na stvaranje predrasuda o starenju. Cilj rada je saznati da li osobe mlađe životne dobi ukoliko žive sa starijom osobom imaju pozitivniji pogled na starost i starije, te da li češća upotreba različitih medija smanjuje predrasude o starima. Korištena je kvantitativna metoda. Podaci s prikupljeni pomoću anketnog upitnika koji je podijeljen studentima treće godine studija sestrinstva Sveučilišta Sjever na izbornom kolegiju. Koristili smo metodu za testiranje hipoteza o razlici dviju aritmetičkih sredina na temelju malih uzoraka / t-test. Provedeno istraživanje na uzorku od 16 studenata pokazuju da nije točno da osobe mlađe životne dobi koje žive sa starijim osobama imaju pozitivniju sliku o starenju. Isto tako rezultati pokazuju da mediji imaju veliku ulogu u stvaranju stavova o starosti i starenju, posebice Internet i televizija čak u 50 % naših ispitanika. Mali broj ispitanika nije dao relevantne podatke, već smjernice za neka nova istraživanja.

UDC 316.64+612.67

**KEY WORDS:** aging, ageism, stereotypes, media influence, young

**ABSTRACT** - The purpose of this paper is to investigate the attitude of young people to elderly and aging, and the impact of media on the creation of prejudices about aging. The aim was to find out if young people who live with elderly have more positive view of age and elderly, and whether frequent consuming of different media sources reduces prejudice against the elderly. Quantitative method was used. Data was collected by questionnaire applied on 16 students of third year of nursing studies on elective course at the University North. Hypotheses were tested by t-test for small independent samples. T-test for small independent samples has shown that there is no statistical difference between two groups indicating that there is no difference in perception of elderly between young people who lives with elderly and those who don't. The results have also shown that the media play an important role in creating attitudes about age and aging, particularly the Internet and television, even in 50 % of our respondents. Due to a small sample, result is not statistically relevant, but still can be used as the guidelines for the future research.

## 1 Stvaranje stereotipa o starim osobama

Starenje označavamo kao fiziološki proces koji nastupa odmah nakon rođenja. On je zajednički svim ljudima, ne možemo ga zaustaviti, a napreduje različitim intenzitetom. Definiranje starenja kao uzroka krize u tranzicijskom društvu i tranzicijskim državama sugerira se političkim porukama putem medija. Starenje kao društveni i zdravstveni problem definira se kao demografski rast broja starijih osoba što za posljedicu ima rast financijskih izdvajanja zaposlenog dijela stanovništva (Štifanić, 2003). Prema procjenama, 2020. godine, u razvijenom svijetu bit će približno oko 40 % ljudi starijih od 65 godina, a 2030. godine, bit će ih čak više od 50 %, tj. ovoj će skupini pripadati većina stanovništva (Pečjak, 2001). Prema zdravstveno-ekonomskim pokazateljima gerijatrijska zdravstvena skrb pet puta (500 %) skuplja od zdravstvene zaštite osoba u generativnoj dobi, stoga je jasno da će ovakvo stanje trajnoga demografskog disbalansa dovesti do neizbježnoga međugeneracijskoga konflikta, s upitnim osiguranjem

zadovoljenja ovih troškova iz prihoda rada (Roksandić, Babić i Budić, 2005). Danas su pozitivni stereotipi o starijima i starenju gotovo u potpunosti zamijenjeni onim negativnim, kao što su: boležljivost, slabost, ružnoća, umno nazadovanje, gubljenje pamćenja, beskorisnost, izoliranost, siromaštvo i depresija. Često je negativna percepcija starijih osoba u društvu, a posebice među mladima bez stalnog zaposlenja, koji za taj svoj status krive starije osobe koje još rade, vrijeđaju njihove sposobnosti i iskustvo. Visokom ukupnom cijenom rada, sužava se prostor i za zapošljavanje starijih i mladih osoba u službenom gospodarstvu i/ili povećava se neslužbeno (sivo) gospodarstvo. Zemlje koje imaju visoke stope aktivnosti i zaposlenosti starijeg stanovništva - poput Nizozemske, Austrije ili Danske - imaju i visoke stope aktivnosti i zaposlenosti ukupnog i mlađeg stanovništva. Potrebno je i kod poslodavaca razbiti predrasude o manjoj radnoj proizvodnosti starijih zaposlenika, ali i same starije osobe trebaju kroz programe cjeloživotnog učenja i obrazovanja stjecati nova znanja i sposobnosti, unaprijediti svoju informatičku pismenost i zapošljivost. Konačno, potrebno je pojasniti da dulje zadržavanje starijih osoba u svijetu rada ne znači smanjivanje prostora za zapošljavanje novih naraštaja jer mladi i stari često ne rade na istim radnim mjestima, a stariji zaposlenici mogu itekako pomoći mladima u prenošenju svojih iskustava (Bejaković, 2005).

Stereotipi usmjeravaju naše socijalno ponašanje i često određuju koje informacije mi tražimo, koje su nam informacije važne i koje pamtimo. Izvor svakog stereotipa je naša potreba da objekte, događaje i ljude dodijelimo smislenim razredima o kojima mi imamo ustaljena uvjerenja i očekivanja (Cuddy i Fiske, 2002). Tako i osobe starije dobi većina svrstava upravo u razrede bolesti, slabosti, ružnoće, gubljenje pamćenja, beskorisnosti i siromaštva. Nejednakost između skupina očituje se u pogledu socijalne pokretljivosti pa i prema na izgled čistim prirodnima obilježjima kao što su dob i spol (Mastilica, 2003). Autori Raboteg, Vlahović-Štetić, Božičević, Mimica I Fray (1985.) na fakultetu defektologije Sveučilišta u Zagrebu 1985 godine proveli su istraživanje pod nazivom »Stav prema starijim osobama različitog zdravstvenog stanja kod ispitanika koji su u različitom kontaktu s tim osobama«. U toj studiji nastojalo se utvrditi kako ispitanici koji imaju različito iskustvo sa starijim osobama percipiraju starije osobe različitog zdravstvenog stanja. Obuhvaćene su bile tri skupine ispitanika: medicinske sestre zaposlene u domovima umirovljenika, ( $N = 10$ ), medicinske sestre koje rade s bolesnicima mlađe i srednje dobi ( $N = 29$ ) i učenici srednje škole ( $N = 39$ ). Ispitanici su procjenjivali na nizu skala semantičkog diferencijala stariju osobu općenito, zdravu stariju osobu, te bolesnu stariju osobu. Rezultati su pokazali da svi ispitanici povoljnije percipiraju stariju osobu, ako joj se pridoda atribut »zdrava«, a nepovoljnije ako je ta osoba narušenog zdravstvenog stanja. Također starijim osobama su se pripisivale značajke koje nisu izravno povezane sa zdravljem, što je ukazivalo na postojanje stereotipa o zdravim starijim i bolesnim starijim osobama. No, ti stereotipi su bili najmanje izraženi kod osoblja koje radi u domovima za starije. Ispitanici sva tri uzorka podjednako percipiraju stariju osobu, ali se razlikuju u intenzitetu. Tako medicinske sestre najpovoljnije procjenjuju stariju zdravu osobu u odnosu na ostale skupine ispitanika, dok su učenici najnegativnije vrednovali stariju osobu.

### 1.1 Ageizam

Začetnik ageizma, Robert Neil Butler (2007) u svojoj knjizi *The Longevity Revolution: The Benefits and Challenges of Living a Long Life*, opisuje ageizam kao novi oblik netrpeljivosti. Autor navodi kako su stare osobe subjekt fizičkog, psihičkog, seksualnog i u posljednje vrijeme financijskog zlostavljanja upravo od svojih najbližih, nerijetko vrlo mladih članova obitelji. Stereotipi o godinama su većinom bazirani na negativnim slikama o starijim ljudima. Ageizam je definiran kao sistematično stereotipiziranje i diskriminacija ljudi zato jer su stari. Jednako je kao i rasizam, seksizam samo što se oni manifestiraju kroz boju kože i spol. To je ideologija koja odobrava sankcije, podređenost i marginalizaciju starijih ljudi u društvu. Ageizam pridonosi osjećaju bezvrijednosti i očaja; srozava samopoštovanje i očekivanja, ograničava pristup potrebnim službama, smanjuje želju za sudjelovanjem i angažmanom u društvu.

### 1.2 Odnos mladih prema starijima

Autorica Ule (2007) navodi mlade osobe kao nosioce razvoja te spominje percepciju mladih u društvu samo onda kada su potrebni ili kada su mladi prepoznati kao potencijalni kupci što za međugeneracijsku snošljivost isto tako nije dobro te u mladima pobuđuje određene negativne emocije. Naime, važno je kako navodi autorica, da osobe mlade životne dobi, kao »budući stari«, smatraju stare osobe važnim i pozitivno doživljavaju starenje. U sklopu Europske godine starijih osoba - 1993., provedeno je istraživanje Briana Powera: »Attitudes of Young People to Ageing and the Elderly - Stavovi mladih ljudi prema starenju i starima«. Istraživanje je pokazalo da se mladi koji očekuju dulji život ( iznad 80 godina) ne boje starenja, također je pokazalo da se ispitanice više boje starenja nego ispitanici. Cuddy i Fiske (2002) u svom članku predstavljaju stereotipan pogled na starije osobe kao vrlo tople i prijateljske, ali vrlo nesposobne. Autorice navode da su ti dobni stereotipi vrlo rašireni i trajni. Nelson (2005) navodi u svom radu dva primjera nepravilne komunikacije mladih sa starijim osobama: »overaccommodation« (pretjerano prilagođavanje) i »baby talk« odnosno tepanje. Za ovo istraživanje i rad interesantno je promatrati »overaccommodation« ili »pretjerano prilagođavanje«. Ovdje susrećemo da mladi ljudi postaju pretjerani pristojni, govore glasnije i sporije, pretjeruju u intonaciji, koriste viši ton glasa i govore jednostavne rečenice starijima. To je bazirano na stereotipima da stariji ljudi imaju probleme sa sluhom, slabiji intelekt i slabije kognitivno funkcioniranje. Ovi podaci mogli bi biti smjernice za korekciju stereotipa, poznavanjem psihofizičkog funkcioniranja starijih osoba, mladi bi zapravo mogli razviti pozitivniju i ispravniju sliku o starima. U Turskoj je provedeno istraživanje o odnosu 42 studentice druge godine studija sestrinstva i starijih pacijenata. Više od polovice ispitanica povezivalo je starenje sa smrću, manjim dijelom sa bolesti, negativnim pristupom i neprikladnim dječjim ponašanjem. Čak 83,3 % ispitanica su imale teškoće u komunikaciji sa starijom osobom radi slabljenja sluha i vida. Iako ispitanice tvrde da imaju pozitivan stav prema starijim pacijentima, ispada da imaju negativan pogled na starenje. Ovo istraživanje zapravo pokazuje kako zdravstveni djelatnici imaju lošu i nedostatnu komunikaciju, pogled na starije osobe, te kako treba i obrazovanje ovih profila usmjeriti prema holističkom

pristupu svakoj osobi (Sevilay, Sevgisun, Zahide i Yeliz., 2010). Pečjak (2001) navodi kako je društvo pa čak i znanstveni krugovi razvilo određenu stigmatu prema starijem dijelu populacije. Društvene prilike, odnosno stavovi prema starijima koji perzistiraju u društvu, daleko su od pozitivnih. Postojeći stereotipi naglašavaju negativne karakteristike starijih osoba, poput fizičke i intelektualne nemoći, ovisnosti o drugima, rigidnosti itd., što nimalo ne pogoduje izgradnji pozitivnije slike o ovom, sve brojnijem dijelu populacije. U posljednjih godina porastao je otpor prema ageizmu, i to zbog sve brojnijeg starog stanovništva kao i njihove političke, socijalne i ekonomske moći. Protivnici ageizma zahtijevaju ipak individualni pristup, tj. da se svaku osobu prosuđuje pojedinačno, a ne samo prema pripadnosti nekoj dobnoj skupini.

### *1.3 Socialna konstrukcija starenja u medijima*

Butler (2009) spominje i utjecaj filma i televizije na doživljaj starijih ljudi. Naime, iako je u Američkoj populaciji 42 % stanovnika starije od 40 godina, više od polovice uloga u filmovima dobivaju osobe mlađe od 40 godina. Manje od 2 % osoba starijih od 65 godina sudjeluje u filmovima iako je njih u populaciji 12,5 %. Za 11 % muškaraca između 50 - 64 godina govori se da su stari kao i za 22 % žena te dobi. Interesantan je podatak da samo trećinu uloga starijih osoba dobivaju žene, većinu glume muškarci. Žalosti podatak da 70 % muškaraca i 80 % žena starije životne dobi (iznad 65) u filmovima su prikazani kao »zločesti«, ulogama gdje im se ne iskazuje poštovanje. Autor navodi i neke pomake u medijskom svijetu i pozitivnom prikazivanju starih osoba u novinama; npr. New York Magazine prikazuje Paula Newmana kao »The Sexiest man (70 year old man)«, starije žene modeli našle su svoje mjesto u modnoj i kozmetičkoj industriji. Zebrowitz i Montepare, (2000) navode da je u televizijskim prijenosima zastupljeno samo 1,5 % starih osoba, i to u nevažnim ulogama. Autori navode da se stariji više no i jedna skupina koriste u tv emisijama i filmovima kao predmet ismijavanja, iskorištavajući stereotipe o njihovoj fizičkoj, psihičkoj i seksualnoj neefikasnosti. Kako navodi i Nelson (2005) mediji su usmjereni na mladost i veličaju mladost. Tupper (1995) govori o slici starijih osoba u medijima kroz nekoliko istraživanja koja su analizirala televizijski program, reklame, članke, književnost za djecu, pa čak i čestitke. Primjećuje da je zajednička točka istraživanja zapravo ta da je udio starijih ljudi u medijima manji od stvarnog udjela starijih u populaciji, koji osobito vrijedi za žene. Stereotipne oznake za starije osobe, koje se pojavljuju u medijima su fizička slabost, rastresenost, sporost, tvrdoglavost.

### *1.4 Novi imidž starenja*

Danas usprkos gubitku povezanosti sa trećom generacijom, susrećemo primjere dobre prakse gdje vidimo kako skrb za osobe starije životne dobi može biti ekonomski prihvatljiva, obiteljski potpomognuta i za korisnika primjenjena. Dobar primjer toga su sveučilišta za osobe treće dobi, tečajevi stranih jezika za umirovljenike, turistička putovanja posebno osmišljena za njih. Veći interes znanstvenika i praktičara, posebno pripadnika pomagačkih struka, također može pridonijeti da i u ovom razdoblju života svaki pojedinac u što većoj mjeri pronađe sreću i smisao svoga življenja. Primjeri iz zajednice su: uključivanje starijih mobilnih osoba u volonterske udruge, povezivanje

istih sa vrtićima, osnovnim i srednjim školama kako bi se smanjila stigma o starim osobama kao onima koji su intelektualno slabiji, fizički nesposobni, neugodnog izgleda i mirisa ... Humanistička gerontologija treba unaprijediti razumijevanje iskustva starenja kao dijela cijeloga života, te ujedno smanjivati trend marginalizacije starosti i starenja. Društvene razlike ili nejednakosti dovode do pojave društvene stratifikacije odnosno pojave hijerarhijske usporedbe ljudi prema nekim dimenzijama nejednakosti kao što su prihodi, etnička pripadnost, moć, a također i dob (Đakula, Vončina i Puljak, 2005).

Na području Hrvatske pa i Slovenije nalazi se sporadičan broj istraživanja o utjecaju medija na razvoj stereotipa o starim osobama. Istraživanja o utjecaju suživota mladih i starih na razvoj pozitivnih stavova o starenju i starim osobama su rijetka, a taj se pristup čini kao logičan i ispravan. Ovim istraživanjem želi se prikazati da studenti koji žive sa starijima imaju pozitivniji pogled prema starosti. Nadalje studenti i mladi ljudi koji koriste često različite vrste medija; čitaju novine, stručne časopise, gledaju reklame u njima za starije osobe, zatim slušaju različite radio postaje gdje su često emisije u kojima su uključene starije osobe imaju pozitivniji stav prema starima. Najčešće je korišten medij kod mladih televizija i internet, te bi bilo zanimljivo ispitati u nekom istraživanju koliko često mladi vide starije osobe na televiziji, u kakvoj ulozi, na internetu i njegovim društvenim mrežama priča li se ikada o starosti i na koji način. Očekuje se ovim istraživanjem utvrditi da suživot mladih i starih te češća upotreba medija potiče pozitivne stavove o starenju i starim ljudima.

## 2 Metodologija

### 2.1 Metode

Prikupljanje podataka provodilo se na Sveučilištu Sjever Varaždin, među studentima treće godine studija sestrinstva. Studenti su dobrovoljno i anonimno ispunili upitnik. Statistička analiza učinjena pomoću opisne statistike. Testiranje statističke hipoteze o razlici dviju aritmetičkih sredina na temelju malih uzoraka, poznata i kao t-test.

### 2.2 Hipoteze

*H1:* Osobe mlađe životne dobi imaju pozitivniju sliku o starenju ukoliko žive sa starijom osobom u kućanstvu.

*H2:* Češće korištenje različitih vrsta medija kod mladih osoba umanjuje pojavu stereotipa o starosti

### 2.3 Ispitanici

Upitnik je podjeljen studentima treće godine studija sestrinstva Sveučilišta Sjever Varaždin na izbornom kolegiju: Zdravstvena njega umirućih bolesnika. Upitnik je ispunilo 16 ispitanika, medicinskih sestara i medicinskih tehničara, od čega je 5 osoba muškog spola (31,25 %), a 11 ženskog (68,75 %). Svi ispitanici muški po zvanju su medicinski tehničari, a žene medicinske sestre. Svih 16 ispitanika imaju završenu srednju

stručnu spremu. Od 16 ispitanih 11 ih je odgovorilo koliko imaju radnog staža. Prosječni radni staž ovih 11 ispitanih je 8,27 godina. Šest (37,5 %) ispitanih zaposleni su na neodređeno vrijeme, 5 (31,3 %) njih zaposleno je na određeno vrijeme, dok ostali 5 (31,3 %) nisu popunili tu rubriku upitnika. Najmlađi ispitanici u uzorku navršili su 23 godine života, a najstariji ispitanik ima 36 godina.

#### 2.4 Instrument

Koristili smo upitnik koji se sastoji od pet skupina pitanja:

1. U prvoj skupini, šest pitanja koja se odnose na podatke o ispitaniku (izobrazba, zanimanje, spol, duljina radnog staža, status zaposlenja i životnu dob.
2. U drugoj skupini su tri pitanja u kojoj ispitanici označavaju s kim žive u zajednici, upišu kada smatraju ljude starima i do kada žele živjeti.
3. Nakon toga je uslijedilo 12 tvrdnji pomoću kojih se mjeri sklonost studenata k slušanju, čitanju ili gledanju određenog medija. Ocjenjivanje sadrži brojeve od 1 do 5, a 1 je rijetko, 5 je često, 3 je neutralan odgovor.
4. Sljedeća skupina tvrdnji odnosi se na razloge zašto ispitanici žele živjeti tako dugo (kao što je prethodno upisanih). Navedena su 11 zahtjeva, a studenti su odgovarali sa DA ako se sa tvrdnjom slažu ili NE ako se s tvrdnjom ne slažu.
5. Posljednji segment upitnika ponovno koristi ljestvicu, koja mjeri sklonost studenata starenju. Ispitanici su ocijenili 12 tvrdnje pomoću brojeva od 1 do 5, tako da 1 znači »nije tako« a 5 »tako je«.

### 3 Rezultati

Upitnik je ispunilo 16 ispitanika, studenata treće godine studija sestrinstva od čega je 5 osoba muškog spola (31,25 %), a 11 ženskog (68,75 %). Svi ispitanici muški po zvanju su medicinski tehničari, a žene medicinske sestre. Svih 16 ispitanika imaju završenu srednju stručnu spremu. Od 16 ispitanih 11 ih je odgovorilo koliko imaju radnog staža. Prosječni radni staž ovih 11 ispitanih je 8,27 godina, standardna devijacija je 6,12 godina staža. Šest (37,5 %) ispitanih zaposleni su na neodređeno vrijeme, 5 (31,3 %) njih zaposleno je na određeno vrijeme, dok ostali 5 (31,3 %) nisu popunili tu rubriku upitnika. Najmlađi ispitanici u uzorku navršili su 23 godine života, a najstariji ispitanik ima 36 godina. Prosječna starost je 27,63 godina, a standardna devijacija je 6,21 godina.

Za provjeru hipoteze da osobe mlađe životne dobi imaju pozitivniju sliku o starenju ukoliko žive sa starijom osobom u kućanstvu povezali smo pitanje studenata kada je čovjek star I koliko je njihovo očekivanje života, te izdvojili neka karakteristična pitanja na koja su sa DA ili Ne odgovarale osobe koje žive u zajedničkom kućanstvu sa starijim osobama. Na pitanje kad su po njihovom mišljenju ljudi stari dobili smo različite odgovore u rasponu od 60 do 85 godina, što je prikazano u Grafu 1.

Graf 1: Godine starosti koje označuju stare ljude



*Vir:* Anketni vprašalnik, 2014.

Iz podataka je vidljivo da kod ispitanika postoji različita percepcija starosti, 4 (25 %) studenata smatraju stare osobe i ispod 60 godina (59), 6 (37,50 %) ih smatra da je sa 75, a samo jedan (31,25 %) ispitanik da je sa 85 godina čovjek star.

Na pitanje koliku starost očekuju (priželjkuju) da će doživjeti odgovori također variraju (u rasponu od 70 do 95 godina). Tri ispitanika (18,75 %) priželjkuju 95 godina, 5 (31,25 %) studenata 85 godina, 5 (31,25 %) očekuje 80 godina, 2 (12,50 %) studenta očekuje 75 godina, a samo jedan (31,25 %) student 70 godina. U upitniku je traženo da ispitanici odgovore s kime žive u kućanstvu: sa bakom i djedom, roditeljima, braćom i sestrama i drugom rodbinom. Sa djedovima i bakama od 16 osoba žive samo 2 (12,50 %). Sa roditeljima (majka i otac) od 16 osoba živi 6 (37,50 %). Sa braćom i/ili sestrama od 16 samo njih 2 živi (12,5 %), a sa ostalom rodbinom ih živi 4 od 16 (25 %). Za provjeru te hipoteze izdvojili smo neka karakteristična pitanja na koja su sa DA ili NE odgovarale osobe koje žive u zajedničkom kućanstvu sa starijim osobama.

Izračunata je prosječna starost grupe anketiranih koji su pretežito odgovarali sa DA i onih čiji je odgovor bio NE. Postavljene su dvije hipoteze:  $H_0$ : Nema statistički značajne razlike u prosječnim starostima i  $H_1$ : Razlika je značajna. Aritmetička sredina (mean) grupe DA je 25,2 godine, a aritmetička sredina (mean) grupe NE je 28,7 godine.

$$t = 0.8783 \quad df = 14 \quad p\text{-value} = 0.6675 \quad \alpha = 0,05$$

Pošto je p-vrijednost (0,6675) veća od razine signifikantnosti (0,05) nulta se hipoteza prihvaća. Nema statistički značajne razlike u starosti osoba koje su odgovarale se da i onih čiji je pretežiti odgovor bio ne.

Za testiranje druge hipoteze kako češće korištenje različitih vrsta medija kod mladih osoba umanjuje pojavu stereotipa o starosti ispitanici su odgovarali i na pitanja koliko često prate medije (tisak, radio, TV, Internet). Ponuđeni su ima odgovori u obliku

rangova od 1 do 5 (rijetko do često). Nabrojani su i ponuđeni odgovori prema vrsti medija. Kad je riječ o praćenju popularnih revija najviše ispitanih njih 5 (31,25 %) od 16 dalo je ocjenu 1 (rijetko se prati), kod stručnih časopisa 10 (62,50 %) ispitanika dalo je ocijene 1 i 2 (dosta se rijetko čita), a kod znanstvenih najčešća je ocjena 2, tako je odgovorilo 7 (43,75 %) ispitanika. Kod dnevnih novina najviše ispitanih 5 (31,25 %) odlučilo se za ocjenu 4, kao i kod tjednika. Osam ispitanika (50,00 %) je sa ocjenom 4 označilo praćenje interneta i društvenih mreža, što je i razumljivo, jer su u uzorku osobe mlađeg naraštaja sklonije uporabi modernih elektroničkih medija. Dosta se često slušaju lokalne i nacionalne radio postaje, pa i tu je 8 (50 %) ispitanika dalo ocjenu 4. Ista ocjena 4 dominira i kod praćenja lokalnih i nacionalne TV, 8 (50,00 %) ispitanika dalo je tu ocjenu. Popularne revije ocjenom 1 ocijenilo je 5 (31,25 %) ispitanika, stručne revije ocjenom 1 i 2 ocijenilo je 5 (31,25 %) ispitanika.

»Da li mediji negativno prikazuju procese starenja« jedno je od pitanja postavljeno u anketi, sa mogućnošću odgovora ocjenom od 1 do 5. (ocjena 1 nema negativnosti – ocjena 5 pristup je potpuno negativan). Vidimo da se 6 (37,50 %) sudionika ankete, odlučilo za ocjenu 3, njih 3 (18,75 %) se odlučilo za ocijenu 2, njih 3 (18,75 %) za ocijenu 4, njih 3 (18,75 %) za ocijenu 5. Samo jedan (6,25 %) ispitanik dao je odgovor 1 na pitanje koliko mediji negativno prikazuju process starenja.

## 4 Rasprava

U provedenom istraživanju sudjelovalo je 16 studenata što je mali uzorak kako bi rezultate primjenili na cijelu populaciju ili ih pak ozbiljno korelirali sa provedenim istraživanjima na opsežnijem uzorku. Na pitanje kad su po njihovom mišljenju ljudi stari dobiveni su različite odgovori u rasponu od 60 do 85 godina. Na pitanje koliko starost očekuju (priželjkuju) da će doživjeti odgovori ispitanika također variraju (u rasponu od 70 do 95 godina). Sa djedovima i bakama od 16 ispitanika žive samo 2 (12,5 %), sa roditeljima (majka i otac) od 16 osoba živi ih 6 (37,5 %). Ispitanici su studenti pa je fluktuacija odlaska od kuće najveća. Pretraživanjem literature i osobnim iskustvom u radu sa starijima i njihovim obiteljima postavljena je hipoteza da osobe mlađe životne dobi imaju pozitivniju sliku o starenju ukoliko žive sa starijom osobom u kućanstvu. Kako bi statistički potvrdili tu hipotezu izračunata je prosječnu starost grupe anketiranih koji žive u zajedničkom kućanstvu sa starijim osobama i pretežito su odgovarali sa DA i onih čiji je odgovor bio NE na neka karakteristična o doživljaju starosti i starih ljudi. Pošto je p-vrijednost (0,6675) veća od razine signifikantnosti (0,05) nulta je hipoteza prihvaćena. Nema statistički značajne razlike u starosti osoba koje su odgovarale se da i onih čiji je pretežiti odgovor bio ne i ne može se tvrditi da osobe mlađe životne dobi koje žive sa starijim osobama imaju pozitivniju sliku o starenju. Ovi podaci dobiveni istraživanjem suprotni su mišljenju brojnih autora npr. Pečjaka (2007) koji povezuje razvoj pozitivnih misli o starenju kod mladih koji žive u zajedničkom kućanstvu sa starima. Rezultati pokazuju da je kod naših ispitanika vrlo različita percepcija starosti, 4 (25 %) studenta smatraju stare osobe i ispod 60

godina (59), 6 (37,50 %) ih smatra da je sa 75, a samo jedan (6,25 %) ispitanik da je sa 85 godina čovjek star. S obzirom da su ovo studenti treće godine studija sestrinstva, iznenađuje da usprkos susretanjem kroz sve tri godine studija sa definicijom SZO o dobnoj granici starosti od 65 godina 25 % ispitanika, budućih prvostupnika ne poznaje ovu činjenicu. Ovo je svakako zanimljiv podatak kao poticaj za nova istraživanja, a i promjenu načina poučavanja studenata. Pelin (2009). opisuje istraživanje provedeno među turskim studentima. Naime, turski studenti kao i studenti na našem području rijetko žive u zajednici sa svojim starijim članovima obitelji. Turski studenti smatraju da star postaneš sa 59 godina, a željeli bi živjeti 76 godina, naši studenti njih 6 (37,50 %) smatra da si sa 75 godina star, a očekuju (priželjkuju) da će živjeti različito: tri ispitanika (18,75 %) priželjkuju 95 godina, 5 (31,25 %) studenata 85 godina, 5 (31,25 %) očekuje 80 godina, 2 (12,50 %) studenta očekuje 75 godina, a samo jedan (31,25 %) student 70 godina. Interesantno je promatrati da ispitanici pomiču dobnu granicu starosti za 16 godina, no očekivano trajanje životnog vijeka je podjednako ispitanicima ovog istraživanja i turskim studentima 75 - 76 godina. Zabrinjavajući su podaci iz provedenog istraživanja, o ispitanicima, zdravstvenim djelatnicima kojima je dužnost cjeloživotno učenje i usvajanje novina iz biomedicine i ostalih sfera. Najviše ispitanih njih 5 (31,25 %) od 16 rijetko prate popularne revije, a stručne časopise 10 (62,50 %) ispitanika dosta rijetko čita. Znanstvene časopise rijetko čitaju, tako je odgovorilo 7 (43,75 %) ispitanika. Ako pogledamo ove rezultate i povežemo ih sa relevantnim činjenicama da na internetu i televiziji nema pozitivnog pogleda na starenje, a ispitanici stručne i znanstvene medije u kojima se obrađuje ta tema pozitivno ne čitaju, percepcija starosti kod mladih ne bi trebala iznenaditi. Također je zanimljivo povezati već spomenuto istraživanje Raboteg i sur. na Fakultetu defektologije Sveučilišta u Zagrebu koje je pokazalo da najpozitivniju sliku od tri skupine ispitanika imaju upravo medicinske sestre koje rade u domovima za starije, a najnegativniju imaju učenici srednje medicinske škole koji nisu uopće bili ili su bili vrlo malo u kontaktu sa starijim osobama. Ovakvi podaci govore da više međugeneracijskih kontakata stvara pozitivniju sliku o starenju.

Drugi aspekt našeg istraživanja odnosio se na upotrebu medija i utjecaj na stvaranje pozitivnog mišljenja o starosti u mladima. Osam ispitanika (50,00 %) je sa ocjenom 4 označilo praćenje interneta i društvenih mreža, što je i razumljivo, jer su u uzorku osobe mlađeg naraštaja sklonije uporabi modernih elektroničkih medija. Dosta se često slušaju lokalne i nacionalne radio postaje, pa i tu je 8 (50 %) ispitanika dalo ocjenu 4. Ista ocjena 4 dominira i kod praćenja lokalnih i nacionalne TV, 8 (50,00 %) ispitanika dalo je tu ocjenu. Popularne revije ocjenom 1 ocijenilo je 5 (31,25 %) ispitanika, stručne revije ocjenom 1 i 2 ocijenilo je 5 (31,25 %) ispitanika. Ispitanici najviše kao medij koriste internet i televiziju, što je razumljivo s obzirom na njihovu životnu dob. Može se zaključiti da mediji ni pretjerano negativno, ali ni sasvim pozitivno ne prikazuju procese starenja. Očekivanja su od ispitanika bila drugačija, uzmemo li u obzir da je to skupina zdravstvenih djelatnika, koji su svakodnevno u kontaktu sa starijim osobama te koje bi trebao »zasmetati« negativni pogled na starije osobe u medijima. Kako navode Perišin I Kufrin (2009) televizijski programi prodaju se kao roba, a ispitivanja gledanosti televizijskih programa prate gledanost pojedinih emisija pre-

ma dobnim ciljnim skupinama, od kojih je marketinškim agencijama, najzanimljivija dobnna skupina od 18 do 49 godina. I ta činjenica sasvim sigurno utječe na odabir vijesti i tema, ali i na način na koji se informacije prezentiraju na televizijskim ekranima. Autori su proveli istraživanje na jednoj javnoj i dvije privatne televizije u Hrvatskoj te kroz tri tjedna pratili učestalost i način predstavljanja starijih osoba u informativnim emisijama. U 21 dan analize ukupno je analizirano 938 priloga, a u samo 58 priloga, odnosno 6,2 % prikazane su starije osobe. Ponajviše se starije osobe pojavljuju prilikom komentiranja nečeg, s tim da se obično u takvim priložima pokazuje njihovo nezadovoljstvo (najčešće skupim cijenama, odlukama političara ...). Također se isti broj puta (5) pojavljuju u ulozi žrtve, bilo da se radi o tome kako su stradale vlastitom nepažnjom ili se prikazuju kao siromašne osobe kojima je teško. Vidljivo je i više prikazivanje starijih osoba muškog spola u odnosu na ženski spol. Taj omjer iznosi 12:8 u korist muškog spola. U ulozi razočaranih sustavom starije osobe se prikazuju četiri puta. Kao aktivne osobe prikazuje ih se tri puta, a kao društveno poznate osobe prikazane su tri puta. Takav prikaz navodi gledatelja da o starijim osobama stvori stereotipe poput toga da su siromašne, boležljive, nespretne, nezadovoljne te da stalno prigovaraju, a posebice u mladim osoba koji nemaju bliske kontakte sa starijima, takve informacije smatraju sigurnim i potvrđenim.

## 5 Zaključak

Definiranje starenja kao uzroka krize u tranzicijskom društvu i tranzicijskim državama sugerira se političkim porukama putem medija, a rast broja starijih osoba ima posljedicu rast financijskih izdvajanja što stvara određeni jaz između mladih i starih. Nikada prije kroz povijest nije bilo toliko starijih osoba koje su živjele toliko dugo i tako malo mladih generacija iza njih kao potpora njima.

Svaka poruka koju televizija emitira ima veliki utjecaj na zajednicu. Može se reći kako televizija na određen način sudjeluje u stvaranju stavova od djetinstva. Stereotipnim prikazivanjem starijih ljudi na televiziji, a također i u novinama, radiju, internetu mogu se stvoriti predrasude, ali i netolerantno društvo. Nužno je osvještavanje javnosti o tom problemu, a ono bi prvo trebalo krenuti iz akademskih krugova. Nakon toga trebalo bi pokrenuti i javnu raspravu o problemu ageizma, u koju bi bili uključeni i akademski stručnjaci, udruge koje okupljaju osobe starije životne dobi, medijske stručnjake i mnoge druge osobe koje su kompetentne u području rješavanja problema ageizma. Tek tada moguće je očekivati da se problem ageizma zakonski regulira. To dalje vodi k sankcioniranju onih koji prikazuju starije osobe u negativnom svijetlu.

Kvalitetno obrazovanje svih medijskih djelatnika važno je kako bi njihov rad bio doveden na profesionalniju razinu na kojoj ne bi bilo vidljivo stereotipiziranje i diskriminiranje niti jedne društvene grupe pa tako niti starijih osoba. Stvaranje tolerantnog društva koje ne prosuđuje osobe s obzirom na dob ili spol, društva koje nema predrasude prema ženama, starijim osobama trebao bi biti konačan cilj. Potrebne su brojne reforme (ekonomske, zdravstvene, političke pa i znanstvene) koje su značajne

za poboljšanje životnih prilika osoba starije dobi. Izazovi za nova istraživanja svakako su: razumjeti nove načine, stilove života te potencijale starijih osoba, povezivati stare osobe s različitim područjima života i institucijama u društvu. Buduća istraživanja bilo bi dobro usmjeriti u populaciju mladih te podrobnije tražiti razloge stigmatizacije starih osoba te činjenice na kojima mladi temelje svoje predrasude o starim. Treba poticati provedbu kvalitativnih istraživanja među mladim i starijim osobama te prikupljanje podataka i prikaz različitosti u mišljenju poimanja starosti između te dvije skupine.

## LITERATURA

1. Bejaković, P. (2005). Uloga gospodarsko-političkih mjera u ublažavanju siromaštva u Hrvatskoj. *Financijska teorija i praksa*, 29 (1), 97-118.
2. Bejaković, P. (2013). Mladi vs. stari: Tko tu koga spašava? Pridobljeno 15. 8. 2014, s <http://www.bank.hr/komentari-i-analize/mladi-vs-stari-tko-tu-koga-spasava>.
3. Butler, R. N. (2009). *The Longevity Revolution: The Benefits and Challenges of Living a Long Life*. Pridobljeno 15. 8. 2014, s <http://www.google.hr/books?hl=hr&lr=&id=qY0unNJseMC&oi=fnd&pg=PR9&dq=robert+neil+butler+ageism&ots>.
4. Cijan, V. in Cijan, R. (2003). *Zdravstveni, socialni in pravni vidiki starostnikov*. Maribor: Visoka zdravstvena šola.
5. Convoy Theory of Social Networks. Pridobljeno 10. 8. 2014, s [http://psychology.wikia.com/wiki/Convoy\\_theory\\_of\\_social\\_networks](http://psychology.wikia.com/wiki/Convoy_theory_of_social_networks).
6. Cuddy, A. J. C. and Fiske, S. T. (2002). Doddering but Dear; Process, Content, and Function in Stereotyping of Older Persons u Ageism: Stereotyping and Prejudice Against Older Persons.
7. Cuddy, A. J. C., Norton, M. I. and Fiske, S. T. (2005). This old stereotype: the pervasiveness and persistence of the elderly stereotype. *Journal of Social Issues*, 61, 267-268.
8. Đakula, A., Vončina, L. in Puljak, A. (2005). Zdravstveni menadžment u skrbi za starije osobe. *Medicus*, 14 (2), 287-290.
9. Getting on ...with life Baby boomers, mental health and ageing well A Review – Mental Health Foundation. Pridobljeno 10. 8. 2014, s <http://www.mentalhealth.org.uk/agewell>.
10. Giddens, A. (2007). *Sociologija*. Zagreb: Nakladni zavod Globus.
11. Levitt, M. J., Weber, R. A. and Guacci, N. (1993). Convoys of social support: An intergenerational analysis. *Psychology and Aging*, 8 (3), 323-326.
12. Martens, A., Goldenberg, J. L. in Greenberg, J. (2005). A terror management perspective on ageism. *Journal of Social Issues*, 61, 223-240.
13. Mastilica, M. (2003). *Medicinska sociologija*. Zagreb: Medicinska naklada.
14. Nelson, D. T. (2005). Ageism: Prejudice Against Our Feared Future Self. *Journal of Social Issues*, 61 (2), 207-221.
15. Pečjak, V. (2001). *Psihologija treća životne dobi*. Zagreb: Naklada Prosvjeta.
16. Pelin, Ö. E. (2009). Social construction of Old Age among university students in Turkey. *A Journal for the Humanities and Social Sciences*, 14 (50).
17. Perišin, T. in Kufrin, V. (2009). Ageizam u televizijskom mediju na primjeru središnjih informativnih emisija HRT-A, RTL-A I NOVE TV3. *Ljetopis socijalnog rada* 16 (1), 29-51.
18. Power, B. (1993). Attitudes of Young People to Ageing and the Elderly. *National Council for the Elderly*, (16).
19. Raboteg, Š. Z., Vlahović-Štetić, V., Božičević, V., Mimica, I. in Fray, J. (1985). Stav prema starijim osobama različitog zdravstvenog stanja kod ispitanika koji su u različitom kontaktu s tim osobama. *Defektologija*, 21 (1), 41-50.

20. Roksandić, S., Babić, T. in Budić, N. (2005). Zdravstvena prava za starije osobe u Republici Hrvatskoj. *Medicus*, 14 (2), 313-322.
21. Santos, J. D. and Levitt, M. J. (2007). Intergenerational Relations with In-Laws in the Context of the Social Convoy: Theoretical and Practical Implications. *Journal of Social Issues*, 63 (4), 827-843.
22. Sevilay, S. C., Sevgisun, K., Zahide, T. in Yeliz, A. (2010). Views and attitudes of nursing students towards ageing and older patients. *Australian journal of advanced nursing*, 27 (4), 24-30.
23. Štifanić, M. (2003). Kulturološko-povijesni aspekti starenja i obolijevanja. *Acto med-hist Adriatic* (1), 165-188.
24. Tupper, M. (1995). The Representation of Elderly persons in television advertising. Pridobljeno 10. 8. 2014, s <http://geocities.com/Athens/8237>.
25. Ule, M. (2007). Mladi in družbene spremembe. Fakulteta za družbene vede Univerze v Ljubljani. *IB revija*, (2), 62 - 69.
26. Zebrowitz, L. A. in Montepare, J. M. (2000). Too young, too old: Stigmatizing adolescents and the elderly. In T. Heatherton, R. Kleck, J. G. Hull in M. Hebl (Eds.) *Stigma* (str. 334-373). NY: Guilford Publications.

# Problematika izseljevanja medicinskih sester

UDK 614.253-054.72

**KLJUČNE BESEDE:** medicinske sestre, izseljevanje, nezaposlenost

**POVZETEK** - Preseljevanje zdravstvenih delavcev je globalni pojav, ki je predvsem posledica neravnotežja med izobraževanjem in potrebami po zaposlovanju. V razvitih državah se srečujejo s pomanjkanjem zdravstvenih delavcev, v Sloveniji pa je po podatkih Zavoda RS za zaposlovanje v septembru 2014 preko 900 nezaposlenih medicinskih sester s srednjo izobrazbo, preko 140 je tudi nezaposlenih diplomiranih medicinskih sester. K anketi o odnosu do izseljevanja medicinskih sester oz. zdravstvenega kadra v tujino so bili povabljeni študentje zdravstvenih ved in zdravstveni delavci. V pilotni fazi raziskave je na spletno anketo odgovorilo 151 oseb, od tega 34 % študentov, 52 % zaposlenih in 14 % brezposelnih zdravstvenih delavcev. Analiza rezultatov ankete kaže, da 22 % emigrancev načrtuje odhod v tujino zaradi iskanja dela (15 % verjetno da; 7 % absolutno da), hkrati pa jih je 85 % prepričanih, da bi v tujini dosegli višji življenjski standard za enako delo. Le 3 % jih že ima izkušnje z delom v tujini. Glavni motivi za odhod na delo v tujino so: učenje tujega jezika, pridobivanje delovnih izkušenj in sposobnost zagotavljanja dostojnega življenja za družino.

UDK 614.253-054.72

**KEY WORDS:** nurses, migration, unemployment

**ABSTRACT** - Migration of health workers is a global phenomenon that is largely the result of an imbalance between education and employment needs for health care professionals. While in developed countries they are experiencing a shortage of health workers, data of the Employment Service of Slovenia declare over 900 unemployed nurses with secondary education and over 140 unemployed graduated nurses in Slovenia in September 2014. The survey on attitudes towards emigration of nurses and health care professionals was conducted among students of medical sciences and health care professionals. In the pilot phase of the research 151 persons answered the online survey, of which there were 34% students, 52% employees and 14% unemployed health workers. Analysis of the survey results shows that 22% of respondents have plans to work abroad (15% likely; 7% absolutely). 85% of respondents believe that they would achieve a higher standard of living for equal work if they moved abroad. Only 3% of respondents had already had experience of working abroad. The main motives for working abroad are: learning a foreign language, work experience and ability to provide a decent living for the family.

## 1 Teoretična izhodišča

Preseljevanje zdravstvenih delavcev je globalni pojav, ki je večinoma posledica neravnotežja med izobraževanjem in potrebami po zaposlovanju zdravstvenega kadra. Preseljevanje je pogosto posledica boljših ekonomskih pogojev v drugih državah in različnih možnosti zaposlitve v državah na obeh koncih migracijskega toka (Buchan, 2013). Pomanjkljavi medicinskih sester v razvitih državah, ki so največkrat nastali zaradi povečanih potreb po medicinskem kadru v starajoči se populaciji, so spodbudili mednarodno zaposlovanje in migracije medicinskih sester. Nekatere države, npr. Filipini, so v preteklosti načrtno izobraževale presežek kadra medicinskih sester za odhod na delo v tujino. Te izseljenke svoj prihodek večinoma prinašajo v svojo državo (Aiken, 2004). Temu zgledu so sledile tudi nekatere druge države, kot npr. Indija, Kitajska in države bivše Sovjetske zveze (Aiken, 2004). Poti migracije se pogosto spreminjajo glede na spreminjajoče se razmere v državah, ki so bile v preteklosti najpogostejša destinacija za medi-

cinske sestre, ki so šle na delo v tujino. Te spremenjene razmere so pogosto posledica gospodarske krize, ki je nastopila v Evropi po letu 2007 (Buchan, 2013).

Države, kot sta Irska in Združeno kraljestvo, so zmanjšale svoje povpraševanje in imajo ostrejšo politiko priseljevanja. Priseljevanje v te države se je v zadnjih desetih letih močno zmanjšalo, vendar predvsem na račun imigrantov iz neevropskih držav; število priseljenih medicinskih sester iz držav EU, npr. v Združeno kraljestvo, še vedno narašča (Buchan, 2013).

Na območju EU se presežek medicinskih sester večinoma pojavlja v manj razvitih državah. Primer take države je Srbija, kjer se je brezposelnost med zdravstvenimi delavci v bližnji preteklosti močno povečala. Povečanje obsega izobraževanja, ki je sledilo leta 1995 pomanjkanju medicinskih sester zaradi shem zgodnjega upokojevanja v sektorju javnega zdravstvenega varstva, se v zadnjih letih kaže v presežkih tega kadra (Santrić-Milićević, 2013).

Tudi v Sloveniji je po podatkih Zavoda RS za zaposlovanje v septembru 2014 preko 900 nezaposlenih medicinskih sester s srednjo izobrazbo, preko 140 je tudi nezaposlenih diplomiranih medicinskih sester (Zavod RS za zaposlovanje, 2014).

Vloga države in institucij na trgu dela so ključnega pomena za razumevanje vzorcev migracij medicinskih sester (Bach, 2007).

Newton (2012) navaja kot glavna motivatorja za delo v tujini višji dohodek in profesionalno rast. Avtorji ugotavljajo, da ti motivi po selitvi pogosto izgubijo pomen zaradi težav ob selitvi, kulturnih razlik, jezikovnih barrier, različnih negovalnih praks, diskriminacije in drugih.

V razvitih državah pa so motivi za preseljevanje medicinskih sester drugačni. Močna profesionalizacija v zdravstvenih zavodih nenehno nalaga potrebo po jasnem strokovnem razmejevanju na področju poklicne in moralne odgovornosti, samostojnosti in kompetenc. Prav na tem območju pa se medicinske sestre srečujejo s številnimi težavami (Kalauz, 2014). Ta problem je zlasti opazen pri odnosu med zdravniki in medicinskimi sestrami v našem zdravstvenem sistemu, ki velikokrat prenese delo zdravnika na medicinsko sestro, ne prevzema pa kazenske odgovornosti ob storjeni napaki. Dokler ni definirana jasna izobrazbena raven za vstop v poklic zdravstvene nege in omogočena vertikalna izobrazba medicinskih sester, bo ostal enak vedenjski vzorec podrejenosti medicinskih sester v zdravstvenem sistemu (Kalauz, 2014). Zander (2013) tako navaja, da medicinske sestre v Nemčiji kot glavni motiv za selitev navajajo boljše delovno okolje v drugih državah v smislu zadostnega kadra za zdravstveno nego, prepoznavnosti njihovega dela, sodelovanja pri odločanju in sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki.

## 2 Metoda

Anketo o odnosu do izseljevanja medicinskih sester oz. zdravstvenega kadra v tujino smo pripravili v sodelovanju s Fakulteto za medicinske sestre v Szczecinu na

Poljskem. K sodelovanju so bili povabljeni študentje zdravstvenih ved in zdravstveni delavci. V pilotni fazi raziskave smo anketo posredovali študentom Fakultete za zdravstvene vede Novo mesto na 1. in 2. stopnji. Na spletno anketo je odgovorilo 151 oseb. Anketa je obsegala 24 vprašanj oz. sklopov vprašanj: 4 v zvezi z demografskimi podatki o anketirancih ter njihovo izobrazbo, 5 o njihovem finančnem stanju ter nameri in motivih za delo v tujini in 8 o poznavanju podatkov o zaposlitvi in delu medicinskih sester v Sloveniji. V tem prispevku analiziramo predvsem stališča anketirancev o nameri in motivih za delo v tujini. Analizirali smo, v katerih demografskih skupinah je prisotna večja motiviranost za delo v tujini oz. ali obstaja povezava med motiviranostjo za delo v tujini in stališči anketirancev.

Za analizo brezposelnosti medicinskih sester v Sloveniji smo uporabili podatke, dostopne na spletni strani Zavoda RS za zaposlovanje na dan 3. 10. 2013 ([http://www.ess.gov.si/delodajalci/iskanje\\_delavca?sr=1](http://www.ess.gov.si/delodajalci/iskanje_delavca?sr=1)). Število delovno aktivnih v posamezni regiji smo izračunali iz podatkov o številu in stopnji brezposelnih v posameznih regijah za leto 2013 ([http://www.ess.gov.si/\\_files/6063/letno\\_porocilo\\_2013.pdf](http://www.ess.gov.si/_files/6063/letno_porocilo_2013.pdf), str. 41).

## 3 Rezultati

### 3.1 Demografska analiza vzorca anketirancev

V raziskavi smo zajeli 151 anketirancev, od tega 16 % moških in 84 % žensk. 53 % anketirancev spada v starostno skupino 20-25 let, 16 % v starostno skupino 26-30 let, 7 % v starostno skupino 31-35 let, 11 % v starostno skupino 36-40 let, 8 % v starostno skupino 41-50 let in 5 % v starostno skupino 51-60 let. 38 % anketirancev je samskih, ostali so poročeni ali živijo v izvenzakonski skupnosti.

Med anketiranci je 34 % študentov, 52 % zaposlenih in 14 % brezposelnih zdravstvenih delavcev.

Kar 60 % anketirancev prihaja iz podeželskih vasi z do 200 prebivalcev in le 15 % iz mest z nad 10.000 prebivalcev.

### 3.2 Analiza stališč anketirancev v zvezi z delom v tujini

Analiza rezultatov ankete kaže, da 22 % anketirancev načrtuje odhod v tujino zaradi iskanja dela (na vprašanje »Ali v bodočnosti načrtujete odhod v tujino zaradi iskanja dela?« jih je 15 % odgovorilo z »verjetno da« in 7 % z »absolutno da«), več jih je odhodu v tujino nenaklonjenih (15 % jih je na to vprašanje odgovorilo z »absolutno ne« in 28 % z »verjetno ne«; 35 % je neopredeljenih). Kar 85 % anketirancev pa je prepričanih, da bi v tujini dosegli višji življenjski standard za enako delo. Le 3 % anketirancev že ima izkušnje z delom v tujini. Glavni motivi za odhod na delo v tujino, ki jih je kot pomembne ocenilo preko 90 % anketirancev, so: učenje tujega jezika, pridobivanje delovnih izkušenj in sposobnost zagotavljanja dostojnega življenja za družino.

**Tabela 1:** Odgovori anketirancev na vprašanje: Kakšen bi bil vaš cilj ob odhodu v tujino?

| Kakšen bi bil vaš cilj ob odhodu v tujino?                                                                                     | Odgovori        |                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|
|                                                                                                                                | <i>pomembno</i> | <i>manj pomembno</i> |
| učenje tujega jezika                                                                                                           | 135             | 9                    |
|                                                                                                                                | 94 %            | 6 %                  |
| pridobivanje delovnih izkušenj                                                                                                 | 129             | 14                   |
|                                                                                                                                | 91 %            | 10 %                 |
| sposobnost zagotavljanja dostojnega življenja za družino                                                                       | 131             | 10                   |
|                                                                                                                                | 93 %            | 7 %                  |
| avantura                                                                                                                       | 30              | 102                  |
|                                                                                                                                | 23 %            | 77 %                 |
| možnost dobiti službo v svojem poklicu                                                                                         | 120             | 19                   |
|                                                                                                                                | 86 %            | 14 %                 |
| pobeg od družinskih težav                                                                                                      | 11              | 121                  |
|                                                                                                                                | 8 %             | 92 %                 |
| Drugo: v tujino ne odidem sam/ prepričati tudi partnerja, da bi odšel z mano/ večji dohodek/ denar/ spoštovanje/ nova izkušnja | 6               | 5                    |
|                                                                                                                                | 55 %            | 45 %                 |

Podrobnejša analiza anketirancev, ki načrtujejo oz. dopuščajo odhod na delo v tujino – na vprašanje »Ali v bodočnosti načrtujete odhod v tujino zaradi iskanja dela?« so odgovorili z »absolutno da« ali »verjetno da« (tj. 31 oseb oz. 22 % vseh anketiranih), je pokazala:

- Odhod na delo v tujino načrtuje več moških (8 od 23 vseh moških, vključenih v anketo, oz. 35 %) kot žensk (23 od 123 vseh žensk, vključenih v anketo, oz. 19 %).
- Pretežno so to mlajši anketiranci do 30 let. Le trije so iz starostne skupine 31-40 let (od 26 vseh anketirancev iz te starostne skupine). Nihče od anketirancev, starejših od 41 let, ni navedel namere odhoda na delo v tujino.
- Glede na zakonski stan so najbolj naklonjeni odhodu na delo v tujino samski (16 od 57 vseh samskih, vključenih v anketo, oz. 28 %), nekoliko manj tisti, ki živijo v izvenzakonski skupnosti (12 od 64 vseh, vključenih v anketo, oz. 18 %), najmanj pa poročeni (3 od 30 vseh poročenih, vključenih v anketo, oz. 10 %).
- Odhodu v tujino so najbolj naklonjeni študentje (16 od 51 vseh šolajočih se, vključenih v anketo, oz. 31 %), najmanj pa zaposleni (10 od 78 vseh zaposlenih, vključenih v anketo, oz. 13 %). Med nezaposlenimi jih je 5 (od 21 oz. 24 %) odgovorili z »verjetno da«.
- Odhodu na delo v tujino so bolj naklonjeni tisti, ki svoje finančno stanje ocenjujejo kot zelo slabo oz. slabo v primerjavi s tistimi, ki svoje finančno stanje ocenjujejo kot povprečno. Le en anketiranec, ki svoje finančno stanje ocenjuje kot »dobro«, je na to vprašanje odgovoril pritrdilno z »absolutno da«. (7 od 19 anketirancev, ki ocenjujejo svoje finančno stanje kot zelo slabo, oz. 37 %; 15 od 52 anketirancev,

ki ocenjujejo svoje finančno stanje kot slabo, oz. 29 %; 9 od 67 anketirancev, ki ocenjujejo svoje finančno stanje kot povprečno, oz. 13 %)

- Ti anketiranci večinoma menijo, da bi za enako delo v tujini dobili boljše plačilo (29 od 31 oz. 94 %).

Podrobnejša analiza brezposelnih anketirancev:

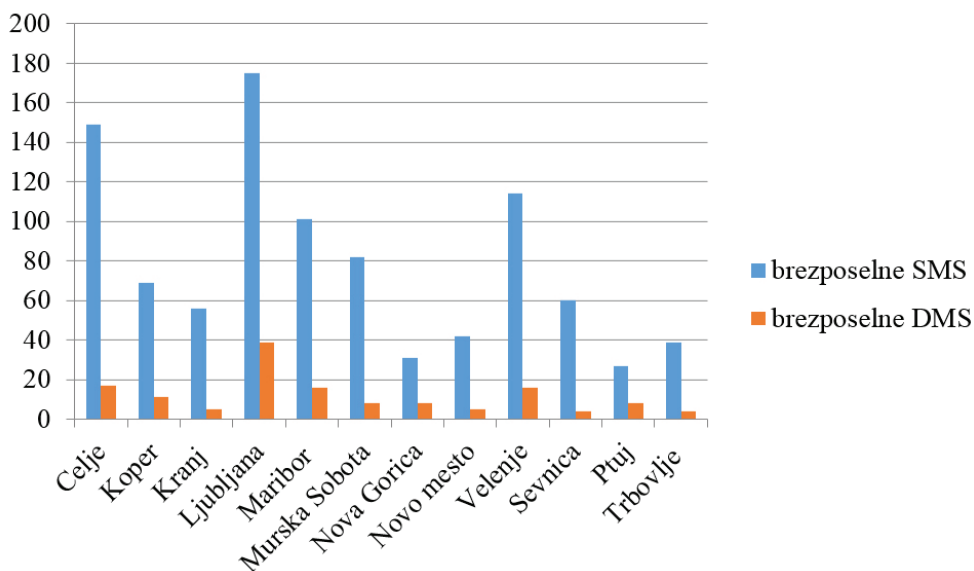
- kot brezposelni se je opredelilo 20 anketirancev;
- razen enega so vsi mlajši od 30 let;
- na vprašanje »Ali v bodočnosti načrtujete odhod v tujino zaradi iskanja dela?« jih je 5 odgovorilo z »verjetno da«, 7 je neopredeljenih, 8 pa nenaklonjenih odhodu v tujino.

### 3.3 Analiza brezposelnosti medicinskih sester v Sloveniji

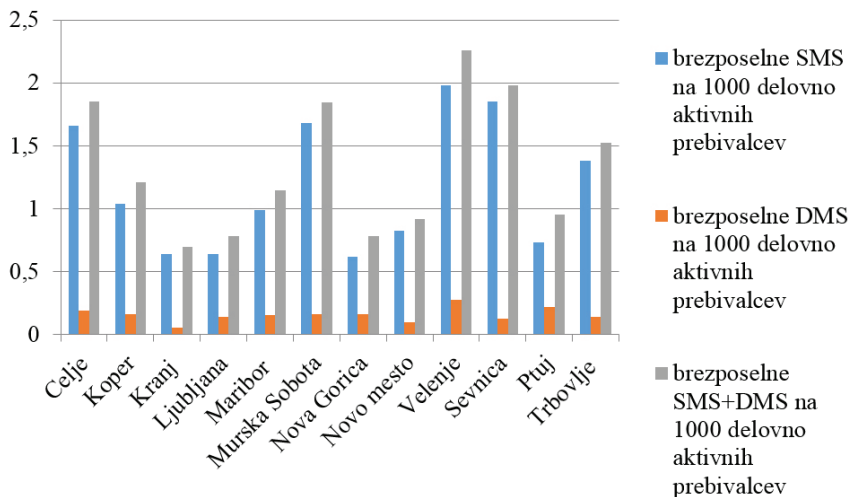
Po podatkih Zavoda za zaposlovanje RS je v Sloveniji brezposelnih 1086 medicinskih sester: 945 srednjih medicinskih sester in 141 diplomiranih medicinskih sester.

Brezposelnost v Sloveniji po regijah, ki jih pokrivajo posamezne enote Zavoda RS za zaposlovanje, kaže, da je največje število brezposelnih v regijah večjih mest (Ljubljana, Celje) (graf 1), vendar pa preračunano na celotno populacijo delovno aktivnih prebivalcev posamezne regije večjo brezposelnost kažejo predvsem regije z manjšimi regijskimi središči, zlasti na področju vzhodne in severovzhodne Slovenije (graf 2).

Graf 1: Število brezposelnih SMS in DMS v Sloveniji po regijah



*Graf 2:* Število brezposelnih SMS in DMS v Sloveniji po regijah glede na število delovno aktivnih prebivalcev v posamezni regiji



## 4 Razprava

Fluktuacije zdravstvenega kadra in izseljevanje medicinskih sester v tujino so posledica različnih družbenoekonomskih dejavnikov. Globalne spremembe in ekonomska kriza, ki se je pojavila v razvitem svetu v zadnjem desetletju, so lahko tudi priložnost za spremembe in razvoj posameznika in stroke. Toda potrebno je spoznati in sprejeti priložnosti na področju zaposlovanja v zdravstveni negi, ki se nam ponujajo. Danes je zdravstveno nego treba predstavljati kot stroko in znanost, ki se samostojno razvija, raziskuje pristope k pacientom, ki bodo imeli vpliv na njihovo zdravje, ima avtonomno odgovornost in je nosilka zdravstvene nege posameznika, družine, skupine in skupnosti (Skela Savič, 2014). Ne le želja po boljšem standardu ter reševanje problematike brezposelnosti, temveč tudi osamosvajanje stroke in večja suverenost kadra v zdravstveni negi je lahko pomemben razlog migracij, kar ugotavljajo različni avtorji (Newton, 2012; Zander, 2013, Urbas, 2007).

Rezultati ankete kažejo na podobne motive medicinskih sester pri nas, kot jih navajajo viri (Newton, 2012). Anketiranci, ki razmišljajo o odhodu na delo v tujino, pričakujejo s tem izboljšanje standarda, kot pomembne motivatorje pa navajajo učenje tujega jezika, pridobivanje delovnih izkušenj in sposobnost zagotavljanja dostojnega življenja za družino.

Z analizo anketirancev, ki so se pozitivno opredelili do možnosti odhoda v tujino z namenom iskanja zaposlitve, smo ugotovili, da pogosteje načrtujejo oz. dopuščajo odhod na delo v tujino moški, mlajši od 30 let, samski in študentje. Ti anketiranci večinoma ocenjujejo svoje finančno stanje kot slabo oz. zelo slabo in menijo, da bi za enako delo v tujini dosegli boljši standard.

Presenetljivo je, da brezposelni v zelo majhnem deležu razmišljajo o iskanju zaposlitve v tujini. Na pilotnem vzorcu se ni potrdilo naše pričakovanje, da je brezposelnost glavni motiv za iskanje dela v tujini. Brezposelni anketiranci izražajo manjšo pripravljenost za delo v tujini v primerjavi s študenti. Zaposleni se sicer v manjšem odstotku pozitivno opredeljujejo do odhoda na delo v tujino, tisti ki pa so glede tega bolj odločni v primerjavi z brezposelnimi: 6 od 10 zaposlenih, ki v bodočnosti načrtuje odhod v tujino zaradi iskanja dela, na vprašanje odgovarja z »absolutno da«, medtem ko brezposelni odgovarjajo z »verjetno da«.

Kot navaja Zander (2013), medicinske sestre v migraciji vidijo možnost za boljše delovno okolje, večjo prepoznavnost in pristojnosti. Tudi raziskava v Slovenskem prostoru ugotavlja, da se pri nas medicinske sestre ne čutijo dovolj cenjene v zdravstvenem timu v naših bolnišnicah (Urbas, 2007), kar bi lahko bil vzrok za fluktuacijo in iskanje zaposlitve v tujini med že zaposlenimi medicinskimi sestrami.

Za dodatno razumevanje stališč brezposelnih medicinskih sester smo izvedli analizo brezposelnosti medicinskih sester v Sloveniji po posameznih regijah. Ne glede na to, da so medicinske sestre med najbolj zaposljivimi kadri v Sloveniji (24 ur, 2014), je po podatkih Zavoda za zaposlovanje RS preko 1000 brezposelnih medicinskih sester. Ta podatek pa ne zajema tistih, ki z izobrazbo medicinske sestre ali diplomirane medicinske sestre opravljajo delo v drugem poklicu ali na delovnem mestu, ki zahteva nižjo stopnjo izobrazbe. Analiza podatkov o brezposelnosti je pokazala, da je le-ta najbolj izražena v regijah severovzhodne Slovenije. Na večjo brezposelnost medicinskih sester v štajerski regiji so opozorili že na posvetu *Moja kariera - Quo vadis*, 2010. Pri anketiranih iz naše raziskave sicer nismo ugotavljali regijske pripadnosti, vendar glede na to, od kod prihajajo študentje FZV NM, lahko sklepamo, da je večina anketirancev iz jugovzhodne in osrednjeslovenske regije, kjer je stopnja brezposelnosti med medicinskimi sestrami relativno nizka. Glede na različno izraženo problematiko brezposelnosti medicinskih sester po regijah, načrtujemo pilotno raziskavo razširiti v smislu regijske primerljivosti.

## 5 Zaključek

Zaposlovanje naših medicinskih sester v tujini ni več tema, ki ji v državi ne bi posvečali pozornosti. Zaradi vse preveč ohlapne politike zaposlovanja diplomantov v naši državi, slabega načrtovanja izobraževanja manjkajočih profilov kadra in omejitev, ki jih imajo delovne organizacije, vse več diplomantov tudi na področju zdravstvene nege išče zaposlitev »čez mejo«. Tam morajo začeti svojo poklicno pot na največkrat najbolj obremenjenih delovnih mestih v zdravstvenih ali socialnih zavodih, a z veliko

večjo plačo, kot bi jo dobili doma. Če bi naše delovne organizacije zaposlovale in zapolnjevale potrebne kadrovske vrzeli po standardih in potrebah, ne bi bilo prijavljenega »viška« negovalnega kadra na Zavodih za zaposlovanje. Medicinske sestre na svojih regijskih in državnih strokovnih srečanjih in izobraževanjih opozarjamo na ta problem že nekaj let. V dolenjski regiji je ob koncu leta 2014 nekaj (natančnega podatka žal nimamo) nezaposlenih diplomiranih medicinskih sester oz. zdravstvenikov prijavljenih na Zavodu za zaposlovanje. Le-ti pa v večini primerov ne čakajo doma, temveč se aktivno vključujejo v iskanje kakršne koli zaposlitve, tudi izven stroke.

Kljub poglobljanju ekonomske krize, zmanjševanju sredstev, namenjenih zdravstvu, povečanju delovnih obremenitev, izgorelosti zaradi nezaposlovanja in nenadomeščanja zaposlenih v zdravstveni in babiški negi, si diplomirane medicinske sestre, babice, srednje medicinske sestre, zdravstveni tehniki, tehniki zdravstvene nege ter bolničarji negovalci prizadevajo strokovno, odgovorno, etično in varno opravljati svoje delo. Kako dolgo še? Kdaj bo preobremenjenost delavcev v zdravstveni negi dosegla višek? Ker je ob naraščanju ekonomske krize brezposelnost vedno večji problem, si na Zbornici – Zvezi prizadevajo najti načine, kako zagotoviti brezplačno strokovno izobraževanje za vse brezposelne medicinske sestre in zdravstvene tehnike – člane Zbornice - Zveze, da ostanejo v stiku s stroko, s čimer si lahko doma in v tujini povečajo svoje zaposlitvene možnosti ([www.zbornica-zveza.si/sl/izjava-zbornice-zveze-za-javnost](http://www.zbornica-zveza.si/sl/izjava-zbornice-zveze-za-javnost)).

Do ustrezne rešitve doma se bomo morali sprijazniti z dejstvom, da bo nekaj naših diplomantov poiskalo svojo poklicno in karierno pot v tujini.

## LITERATURA

1. 24 ur (2014): V tujini in pri nas največ dela za medicinske sestre in zdravnike. Pridobljeno 3. 10. 2014 s <http://www.24ur.com/novice/slovenija/v-tujini-in-pri-nas-najvec-dela-za-medicinske-sestre-in-zdravnike.html>.
2. Aiken, L. H., Buchan, J., Sochański, J., Nichols, B. and Powell, M. (2004). Trends in international nurse migration. *Health Affairs*, 23 (3), 69-77.
3. Bach, S. (2007). Going global? The regulation of nurse migration in the UK. *British Journal of Industrial Relations*, 45 (2), 383-403.
4. Bregar, B. (2013). Zdravstvena nega v pričakovanju reform sistema zdravstvenega varstva. *Obzornik zdravstvene nege*, 47 (2), 132-4.
5. Buchan, J., O'May, F. and Dussault, G. (2013). Nursing workforce policy and the economic crisis: a global overview. *Journal of Nursing Scholarship*, 45 (3), 298-307.
6. Klemenc, D. (2014). V Zbornici - Zvezi je prostor za slehernega člana in članico. Pridobljeno 22. 1. 2014 s <http://www.zbornica-zveza.si/sl/izjava-zbornice-zveze-za-javnost>.
7. Moja kariera – Quo vadis: strategija izobraževanja in zaposlovanja diplomiranih medicinskih sester v Sloveniji. Posvet z okroglo mizo, 19. 3. 2010, Ljubljana. Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice. Pridobljeno 3. 10. 2014, s [http://www.fzj.si/uploads/file/izjava\\_za\\_medije\\_strategija\\_izobrazevanja\\_in\\_zaposlovana\\_diplomiranih\\_medicinskih\\_sester\\_v\\_sloveniji.pdf](http://www.fzj.si/uploads/file/izjava_za_medije_strategija_izobrazevanja_in_zaposlovana_diplomiranih_medicinskih_sester_v_sloveniji.pdf).
8. Santric-Milicevic, M., Vasic, V. in Marinkovic, J. (2013). Physician and nurse supply in Serbia using time-series data. *Human Resources for Health*, 11 (1), 1-11.
9. Skela Savič, B. (2014). Odgovornosti za razvoj zdravstvene nege: jih prepoznamo? *Obzornik zdravstvene nege*, 48 (1), 5-11.

10. Skela Savič, B. (2014): Izjava\_za\_medije: Strategija izobraževanja in zaposlovanja diplomiranih medicinskih sester v Sloveniji. Pridobljeno 3. 10. 2014, s [http://www.fzj.si/uploads/file/izjava\\_za\\_medije\\_strategija\\_izobrazevanja\\_in\\_zaposlovana\\_diplomiranih\\_medicinskih\\_sester\\_v\\_sloveniji.pdf](http://www.fzj.si/uploads/file/izjava_za_medije_strategija_izobrazevanja_in_zaposlovana_diplomiranih_medicinskih_sester_v_sloveniji.pdf).
11. Urbas, M. (2007). Izobraževanje medicinskih sester ob uvajanju novih dejavnosti. Diplomsko delo. Kranj: Fakulteta za organizacijske vede. Pridobljeno 5. 11. 2014, s <http://diplome.fov.uni-mb.si/uni/13175Urbas.pdf>.
12. Zavod RS za zaposlovanje. Letno poročilo. Podatki o brezposelnosti MS po regijah. Pridobljeno 3. 10. 2014, s [http://www.ess.gov.si/delodajalci/iskanje\\_delavca?sr=1](http://www.ess.gov.si/delodajalci/iskanje_delavca?sr=1).
13. Zavod RS za zaposlovanje, Letno poročilo. Stopnja brezposelnosti po regijah, str . 41. Pridobljeno 3. 10. 2014, s [http://www.ess.gov.si/\\_files/6063/letno\\_porocilo\\_2013.pdf](http://www.ess.gov.si/_files/6063/letno_porocilo_2013.pdf).

# Klinične poti v Splošni bolnišnici Novo mesto

UDK 614.21-056.24

**KLJUČNE BESEDE:** klinične poti, kakovost, zadovoljstvo

**POVZETEK** - Namen prispevka je predstavitev pomena kliničnih poti za paciente v Splošni bolnišnici Novo mesto. V vseh slovenskih bolnišnicah bi se morali vprašati isto: kakšno kakovost pravzaprav potrebujemo? Odgovor je zelo preprost. V današnjem času, ki je poln pretresov in sprememb, potrebujemo v bolnišnici predvsem kakovostne zdravstvene storitve. S tem izboljšamo zadovoljstvo pacientov pri njihovi oskrbi. Klinične poti to zagotavljajo. Pri uvajanju kakovosti v bolnišnicah moramo izhajati iz dejstva, da je pacient v središču dogajanja in mora biti pri tem deležen kakovostne in varne oskrbe. V prispevku predstavljamo primer dobrih izkušenj pri uvajanju kliničnih poti v neposredno klinično prakso in ugotavljamo zadovoljstvo pacientov s postopkom obravnave po klinični poti. Da bi dosegli želeni cilj, smo opravili anketo »Zadovoljstvo pacientov z obravnavo po klinični poti«. S pomočjo vprašalnika smo pridobili posnetek dejanskega zadovoljstva uporabnikov naših storitev s kliničnimi potmi.

UDK 614.21-056.24

**KEY WORDS:** clinical trails, quality, satisfaction

**ABSTRACT** - The purpose of the article is to present the importance of clinical pathways for patients in the General Hospital Novo mesto. We should ask the same thing in all Slovenian hospitals: what kind of quality do we need? The answer is very simple. In today's world, which is full of shocks and changes, we need to provide especially the quality of health services. With this we improve the patients satisfaction with their care. Clinical trails provide this. When initiating the process of quality in hospitals, we must start from the fact that the patient is in the heart of the action and must receive quality and secure care. The purpose of this paper is to present an example of good practice in the implementation of clinical pathways in direct clinical practice and to determine patient satisfaction with the procedure after clinical treatment paths. In order to achieve the desired objective, we conducted a survey, entitled "Patient satisfaction with the treatment process after clinical trails." The aim of this paper is to obtain the condition of the satisfaction of users with our services with clinical pathways through a questionnaire.

## 1 Uvod

S pojmom kakovost običajno označujemo skupek pozitivnih lastnosti nečesa. Izkaže se, da je kakovost samo po sebi izrazito težko definirati. Raje izberemo kriterije, po katerih določamo kakovost in preko njih, torej posredno, definiramo iskani pojem (Lubi, 2014).

Vuk (2004) pove, da so znanost, tehnologija, razvoj, produkcija in inovativnost pojmi, ki označujejo in pogojujejo moderne in razvite družbe. Ni dovolj, da delamo tako, kot je zapisano, da zgolj sledimo postavljenim standardom – dosegati moramo zastavljene cilje in rezultate, jih nenehno izboljševati s kakovostjo svojega dela in na ustrezen način z inovativnostjo izkazovati ter potrjevati. To je cilj naše kakovosti in inovativnosti.

Če se na tem mestu spomnimo še definicije organizacije kot »ciljno usmerjenih razmerij med ljudmi«, potem lahko zaključimo, da moramo za doseganje kakovosti in inovativnosti poskrbeti predvsem za odličnost odnosov in procesov. Odnose obvladujemo znotraj procesov, njihovo izboljševanje pa temelji na nenehnem izboljševanju in

sproščanju inovativnosti zaposlenih, kjer primerjalno vrednotenje služi kot sredstvo in ne kot cilj. V bistvu gre za doseganje odličnosti pri obvladovanju organizacijskih sprememb v smeri kakovosti in inovativnosti.

Vedno ostrejša konkurenca v svetovnem gospodarstvu postavlja takšne osnove, da lahko preživijo samo organizacije in podjetja, ki so sposobna stalno izboljševati svoje značilnosti in ohraniti ali izboljšati svojo tržno pozicijo ter poslovne rezultate. Organizacije in podjetja dosegajo boljše rezultate, če so vsi zaposleni vključeni v procese stalnih izboljšav svojega dela. Že okrog leta 1930 se je začelo gibanje za kakovost, katerega cilj ni bil ugotavljanje temveč zagotavljanje kakovosti. Dobro je treba delati ne zato, ker to zahteva kontrola, ampak zato, ker je treba narediti kakovosten proizvod oziroma storitev, ki zadovoljuje kupca – uporabnika.

Tudi na področju zdravstva, predvsem zdravstvene nege, se vse bolj zavedamo, da so v ospredju uspešne organizacije z ljudmi, katerih delo je kakovostno in inovativno. Zato je filozofija uspešnih usmerjena v spodbujanje in znanje, je zgodba, ki govori o vlaganju v ljudi, v zaposlene (Pirš in Lubi, 2011). Vuk (2004) pravi, da pot od ideje do inovacije ni lahka, ampak čedalje bolj zahtevna. Nekateri ustvarjalni ljudje so lahko zelo dobri v konceptualizaciji idej in njihovem generiranju, so pa manj uspešni pri njihovi realizaciji. Drugi so lahko podjetniški, vendar manj ustvarjalni. Podjetnik je pravzaprav nekdo, ki je sposoben prepoznati in uporabiti ustvarjalni naboj drugih (Pirš in Lubi, 2011, po Cerinšek, 2006).

Klinične poti bi lahko bile primer dobre prakse in novih idej. Vladna reforma vse bolj ponuja možnosti in hkrati zavezo za transformiranje bolnišnic v učinkovite, sodobne inštitucije, kjer je uvajanje kakovosti nekaj vsakdanjega. Pri uvajanju kakovosti v bolnišnicah moramo izhajati iz dejstva, da je pacient v središču dogajanja in mora biti pri tem deležen kakovostne in varne oskrbe. Eno najpogostejših vprašanj, s katerimi se danes srečujemo v zdravstvenih zavodih, je prav gotovo vprašanje kakovosti. Ko poskušamo odgovoriti na vprašanja, kaj kakovost sploh je oz. kako jo definiramo, kako jo merimo, pridemo pri tem do različnih pristopov (Robida, 2006).

## 2 Kakovost v zdravstvu

Kiauta, Poldrugovac, Rems, Robida in Simčič (2010) menijo, da se danes soočamo z zaostrenimi razmerami pospešene rasti izdatkov za zdravstveno varstvo, kar je posledica hitrega širjenja in razvoja medicine, spremenjene patologije, staranja prebivalstva, večje zahtevnosti in povpraševanja po zdravstvenih storitvah. Na Ministrstvu za zdravje se zavedajo odgovornosti za kakovost storitev, ki jo lahko zagotavljajo le ljudje ob dobro izvedenih procesih. Za zagotavljanje kakovosti storitev so v zdravstvu odgovorni izvajalci storitev, zato morajo vsi udeleženci v zdravstvenem sistemu med sabo sodelovati. Zagotavljanje kakovosti v zdravstvu namreč temelji prav na multidisciplinarnem sodelovanju, spodbujanju timskega dela in povezovanju zdravstvenih delavcev s pacienti in svojci ter njihovimi težavami.

V literaturi najdemo veliko definicij kakovosti. Toliko jih je, kolikor je avtorjev, ki so se ukvarjali z njo. Vse definicije so več ali manj usmerjene na rezultate (izdelke) dela oziroma na rezultate procesov, ki so namenjeni izpolnjevanju in zadovoljevanju potreb uporabnikov. Najbolj uporabna definicija v praksi je v standardu ISO 9000: Sistemi vodenja kakovosti – Osnove in slovar: »Kakovost je stopnja, v kateri skupek svojstvenih karakteristik izpolnjuje zahteve« (Bakan Toplak in Urbajs, 2003, po SIST ISO 9000, 2002).

Qualitas (lat.) pomeni dobra lastnost. Beseda kakovost je vedno bolj prisotna (Bavčar, 2008). Marolt (1987) govori, da je kvaliteta izdelkov in storitev vse bolj odločujoč faktor, ki vpliva na uspešnost gospodarjenja in dobro ime vsake organizacije. Zanima ga, ali pri postavljanju nivoja kvalitete želimo večji delež na tržišču, večjo proizvodnjo, boljše ceno ali kaj drugega.

Bakan Toplak in Urbajs (2003) menita, da začetki razvoja standardov kakovosti segajo daleč nazaj v zgodovino. Že okrog leta 1900, ko se začne delitev dela in industrijska proizvodnja, se oblikujejo prve službe za kontrolo kakovosti. Pred drugo svetovno vojno se začno pri velikoserijski proizvodnji uporabljati statistične metode za ugotavljanje napak, po drugi svetovni vojni pa že metode za preprečevanje napak. V 60-ih letih se začne odgovornost za kakovost prenašati še na druge službe v podjetju. Skrb za kakovost se prenese na vse zaposlene.

Po Tavčarju (2004) je obvladovanje kakovosti mnogo več kot kontroliranje (ne) kakovosti; prodira spoznanje, da kakovosti ni mogoče odločilno izboljšati z odkrivanjem napak in izmeta, temveč le s celovitim obvladovanjem kakovosti, torej s preventivnim delovanjem.

Prvi zapisi o kakovosti v zdravstvu segajo v Babilon. Tu so zdravnike kaznovali za škodo pri bolniku po Hamurabijevem zakoniku. Zagotavljanje kakovosti (Kadivec, 1998) je novejše področje, predvsem v zdravstveni negi, ki je kot veda še mlada. Začetke kakovosti v zdravstveni negi je postavila Florence Nightingale pred 100 leti z določitvijo področij, kjer mora delo potekati na sistematičen način. V današnjem času je postalo znanje o kakovostni, strokovni, varni, varčni in stroškovno sprejemljivi zdravstveni negi zelo pomembno.

## *2.1 Standard ISO 9001*

Le urejeno in pregledno vodenje vseh procesov dela lahko pri uporabniku storitev vzbuja zaupanje. Vedno več zdravstvenih ustanov po svetu in pri nas prepoznava prednosti, ki jih prinaša uvedba standarda ISO 9001, saj le-ta poveča zaupanje v ustanovo, zmanjša tveganje za nastanek napak, poveča zadovoljstvo pacientov in njihovih svojcev, poveča konkurenčnost, učinkovitost in prinaša izboljšave, saj izboljša komuniciranje med zaposlenimi in s pacienti ter njihovimi svojci, poveča se urejenost zdravstvene dokumentacije. Tako se zmanjšajo tudi stroški zaradi neljubih dogodkov. Standard ISO 9001 ni nadomestilo za druge pristope, metode in sisteme, ki se uvajajo v zdravstvu, jih pa podpira in omogoča njihovo lažjo in hitrejšo uvedbo (SIQ: Kakovost v zdravstvu, 2014).

## 2.2 Klinične poti

Kaj so klinične poti? Na Ministrstvu za zdravje so prepričani, da so klinične poti orodje za doseganje dobrih izidov zdravljenja in zdravstvene oskrbe (Robida, 2006). Z njimi se zmanjšajo napake, poveča se učinkovitost pri skupinskega dela, dela v timu, poveča se obveščenost pacientov in njihovih svojcev o obravnavi, poveča se kakovost zdravstvene oskrbe, dela se ne podvajajo, naj ne bi prihajalo do zastojev, pacient pa naj bi bil v središču zdravstvene obravnave. Klinična pot mora omogočati hitro posodabljanje zdravstvene oskrbe z novimi znanstvenimi, strokovnimi in organizacijskimi spoznanji.

Tudi Hajnrih, Kadivec, Kramar, Marušič, Mate, Poldrugovac, Prevolnik Rupel, Simčič in Yazbeck (2009) menijo, da je klinična pot 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 nege. Pomaga pa tudi pri seznanjanju pacienta s predvidenim potekom njegove zdravstvene obravnave in je dober pripomoček za izračun stroškov obravnave. Klinične poti zagotavljajo nepretrgano in usklajeno zdravstveno oskrbo med različnimi ustanovami in izvajalci. Bavčar (2008) v nadaljevanju meni, da klinične poti služijo kot vodilo pri obravnavi pacienta, saj opisujejo tipične paciente. Berginc Dolenšek et al. (2006) menijo, da klinične poti omogočajo sledenje odklonom od standardnega postopka, ohranjajo utemeljeno samostojnost odločitve, poenotijo klinično prakso, nenehno izboljšujejo kakovost zdravstvene obravnave in spodbujajo timsko delo.

V praksi predstavlja klinična pot sodobno medicinsko dokumentacijo posameznega bolnika. V prvem koraku namreč privzame in nadgradi obstoječo dokumentacijo. Za razliko od (do)sedanje, ki praviloma nudi le prazen prostor za vpisovanje aktivnosti članov zdravstvenega tima, jih redko in nepopolno usmerja k natančnejšim opisom njihovega dela ali odločitev, klinična pot vnaprej predvideva vse potrebne aktivnosti določene zdravstvene obravnave, saj od člana zdravstvenega osebja terja pojasnilo zaključka (Hajnrih, Kadivec, Kramar, Marušič, Mate, Poldrugovac, Prevolnik Rupel, Simčič, Yazbeck, 2009).

Uvajanje kliničnih poti v delo zdravstvenih delavcev pa je s strani njihove organizacijske kulture zapleteno. Iz dosedanjih podatkov je razvidno, da so medicinske sestre bolj pripravljene sodelovati kot zdravniki, ki menijo, da to ne sodi v njihov delokrog.

Vsi zaposleni zelo težko sprejmejo, da bo se bo način medsebojnega sodelovanja spremenil. Zato je pomembno, da so seznanjeni s kliničnimi potmi, predvsem z njihovimi prednostmi. Pomembno se je zavedati, da je treba spremeniti način vsakdanjega skupnega dela za izboljšanje kakovosti in varnosti v zdravstveni obravnavi.

V Splošni bolnišnici Novo mesto se tega zavedamo, zato smo se odločili, da začnemo paciente obravnavati po kliničnih poteh že leta 2006. Prebrali smo kar nekaj literature, posvetovali smo se s kolegi in kolegicami iz bolnišnic (Jesenice), kjer so klinične poti že uveljavljene. Vse pridobljeno znanje smo si zapisali in določili skupino za oblikovanje kliničnih poti. Zavedali smo se, da je to timsko in - predvsem za naš oddelek - pionirsko delo. Nekateri smo že imeli nekaj izkušenj o oblikovanju kliničnih poti za enodnevno

obravnavo, vendar smo k novim kliničnim potem pristopili na drugačen in bolj celosten način. Pomembno je vedeti, da je klinična pot dobra priprava na sprejem pacientov v bolnišnico, operativni poseg, nudenje najboljše zdravstvene nege in zdravljenja ter rehabilitacije v bolnišnici in v domačem okolju.

Začetek dela skupine za klinične poti sega v začetek pomladi leta 2006. Skupina je zajela vse profile zdravstvenih delavcev in sodelavcev. V skupini smo bili tako: administrativni delavec, zdravniki, medicinske sestre, socialna delavka in fizioterapevt. Opora za naše delo so nam bile strokovne smernice in standardi, standardi zdravstvene nege in druga strokovna literatura.

Pri izbiri postopka smo imeli kar nekaj težav, vendar smo si pomagali z izkušnjami kolegov z Jesenic, ki so postopke že preverili, jih dovolj definirali, da nimajo veliko odstopanj in zapletov. Za osnovo svojega dela smo vzeli klinične poti enodnevne obravnave. Dogovorili smo se, da je vsak udeleženec skupine pripravil klinično pot za svoje področje, kar naj bi na naslednjem sestanku pregledali in skupno potrdili. Menili smo, da naj del klinične poti vsebuje še temperaturni list, ki pa mora biti preglednejši, saj bo tako vsem omogočil lažji in bolj transparenten uvid v dogajanje pri pacientu.

Bavčar (2008) pravi, da je Ministrstvo za zdravje leta 2005 zahtevalo, da vsaka bolnišnica v letu dni izdela in uvede vsaj eno klinično pot. V skladu s Področnim dogovorom za bolnišnice so morale le-te leta 2007 uvesti dve novi klinični poti.

Naš cilj naj bi bil, da s takšnim delom omogočimo kakovostno opravljanje zdravstvenih storitev, zmanjšamo tveganja pri operacijah, povečamo zadovoljstvo pacientov in njihovih svojcev ter vseh zdravstvenih delavcev. Zaradi izboljšanja kakovosti dela in inovativnosti naj bi se povečalo zadovoljstvo pacientov in njihovih svojcev. Zmanjšali pa naj bi se tudi stroški dela.

### 3 Metodologija

#### 3.1 Namen raziskave

Namen naše raziskave je bil preveriti zadovoljstvo pacientov s postopkom obravnave po klinični poti. Uporabili smo deskriptivno metodo dela. Predhodno smo opravili pregled literature, nato pa predstavili konkreten primer v praksi, v SB Novo mesto. Uporabljena je bila deskriptivna metoda s pomočjo ročne in računalniške (Microsoft Excel in Microsoft Word) obdelave podatkov. Odgovori na vprašanja so prikazani grafično.

#### 3.2 Raziskovalna vprašanja

1. Ali pacienti poznajo klinične poti?
2. Ali je pacienti prepoznajo timsko obravnavo po klinični poti?
3. Ali so pacienti s postopkom obravnave zadovoljni?

#### 3.3 Vzorec

V raziskavo je bilo zajetih dvaintrideset naključno izbranih pacientov na kirurškem oddelku Splošne bolnišnice Novo mesto, ki so bili obravnavani po klinični poti. Upo-

rabili smo deskriptivno metodo. Vzorec je reprezentiven in je možna preverljivost anketnega vprašalnika. Za pridobitev odgovorov smo pripravili anketni vprašalnik z enajstimi dihotonimi odgovori. Anketni vprašalnik je razdeljen na dva dela. V prvem so splošni podatki o anketirancih, ki vključujejo spol, starost in stopnjo izobrazbe. Drugi del pa je sestavljen iz enajstih vprašanj. Vprašalnik je bil anonimen, vsa navodila za izpolnjevanje so bila napisana. Anketiranci so anketo reševali posamično. Sodelovanje anketirancev je bilo prostovoljno. Anketiranje je bilo izvedeno ob pomoči in sodelovanju odgovornih medicinskih sester na kirurškem oddelku Splošne bolnišnice Novo mesto. Zaprošeni so izpolnjeni vprašalnik vrnili na dogovorjeno mesto. Ponuja jim je bila tudi možnost seznanitve s končnimi rezultati vprašalnika.

V svoji raziskovalni nalogi smo s pomočjo anonimne ankete med pacienti na kirurškem oddelku Splošne bolnišnice Novo mesto poskušali ugotoviti, ali pacienti poznajo postopek obravnave po klinični poti in ali so s tem postopkom obravnave zadovoljni.

## 4 Rezultati

Vrnenih je bilo 100 % razdeljenih anket pacientom, ki so bili obravnavani po klinični poti na kirurškem oddelku Splošne bolnišnice Novo mesto. Rezultati raziskave so predstavljeni v istem zaporedju, kot sledijo vprašanja v anketnem vprašalniku. Ugotovitve temeljijo na analizi vzorčnih podatkov.

*Tabela 1: Prepričanja in stališča pacientov o klinični poti*

| Trditev                                                                                                                                  | da |    | ne |     | ni odgovora |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|-----|-------------|-----|
|                                                                                                                                          | f  | f% | f2 | f%2 | f3          | f%4 |
| Ali veste, kaj je klinična pot?                                                                                                          | 19 | 60 | 9  | 31  | 3           | 3   |
| Ali so vam razložili, kaj je klinična pot?                                                                                               | 26 | 84 | 4  | 13  | 1           | 1   |
| Ali ste bili seznanjeni z diagnostiko – terapijo v postopku?                                                                             | 28 | 91 | 3  | 9   | 0           | 0   |
| Ali so vas timsko obravnavali? MS, FTH, ZDR. Admin.                                                                                      | 30 | 97 | 1  | 3   | 0           | 0   |
| Ali vas je MS pred sprejemom poklicala domov?                                                                                            | 25 | 81 | 6  | 19  | 0           | 0   |
| Ste bili zadovoljni s takšno obravnavo?                                                                                                  | 30 | 97 | 1  | 3   | 0           | 0   |
| Ali imate občutek, da vam je bilo posredovano premalo podatkov pred sprejemom v bolnišnico, v bolnišnici in pri odpustu v domače okolje? | 28 | 91 | 1  | 3   | 2           | 2   |
| Ali ste bili zadovoljni s tem, da vas MS pokliče drugi dan po odpustu domov?                                                             | 30 | 97 | 1  | 3   | 0           | 0   |
| Ali ste zadovoljni, da ste bili obravnavani po klinični poti?                                                                            | 28 | 91 | 2  | 6   | 1           | 1   |
| Ali je vaša obravnava potekala od sprejema do odpusta po klinični poti in ste bili z njo zadovoljni?                                     | 26 | 85 | 2  | 6   | 3           | 3   |
| Ali se vam zdi obravnava po klinični poti v redu?                                                                                        | 28 | 91 | 1  | 3   | 2           | 2   |

*Vir:* Anketni vprašalnik, 2014.

Vprašalnik je izpolnilo 21 moških, 10 žensk, en anketiranec pa se ni opredelil. Med njimi jih je bilo v starostni skupini 36 do 45 let trinajst, v skupini 46 do 55 let jih je bilo pet, v skupini 56 do 65 let so bili trije, nad 65 let pa je bilo enajst anketirancev.

Izobrazbena struktura anketirancev: 5 z osnovnošolsko izobrazbo, 19 s srednješolsko, z višjo ali visoko šolo trije in z univerzitetno dva anketiranca. Trije pa se glede izobrazbe niso opredelili.

## 5 Razprava

Glede na rezultate izvedene ankete lahko potrdimo ali ovržemo zastavljena raziskovalna vprašanja. Prvo lahko potrdimo, ker smo ugotovili, da pacienti poznajo klinične poti. To potrjuje kar 19 od 31 anketirancev, ki ve, kaj je klinična pot, le eden od vseh pa ni bil seznanjen z diagnostiko - terapijo. Ravno tako lahko potrdimo drugo raziskovalno vprašanje, ker smo ugotovili, da pacienti zaznajo timsko obravnavo. To trditev je zaznalo kar 30 od 31-ih anketiranih. Tudi tretjo hipotezo potrdimo, ker je razvidno, da so pacienti s postopkom obravnave zadovoljni.

Rezultati izvedene ankete kažejo, da moramo pacientom podrobneje razložiti postopek obravnave po klinični poti že v specialističnih ambulantah, ko se zdravnik odloči za ta način obravnave. Pacienti si želijo, da se postopek obravnave razloži bolj natančno s strani zdravnika in medicinske sestre. Menijo, da je obravnava timska in da so jim dobro posredovani vsi potrebni podatki pred sprejemom v bolnišnico.

Iz rezultatov je razvidno, da kar 19 % pacientov medicinske sestre pred načrtovano obravnavo niso poklicale domov, kot to zahteva postopek po klinični poti. Postavlja se vprašanje, zakaj. Ali gre za nevestno izvajanje postopkov obravnave po klinični poti ali pa naše administrativno vodenje (informatika) ne poteka tako, kot bi moralo. Vsi, ki delajo na tem postopku obravnave, se morajo potruditi, da se ta proces izboljša.

Večina pacientov (97 %) si želi, da jih drugi dan po obravnavi medicinska sestra pokliče domov. 85 % anketiranih pacientov meni, da je obravnava po klinični poti potekala od sprejema do odpusta in so z njo zadovoljni. Ponovno pa se postavlja vprašanje, zakaj jih 9 % ni bilo obravnavanih tako. Tu bo pomembno vlogo moral prevzeti koordinator kliničnih poti in vse zaposlene opozoriti, naj bodo pri izvajanju tega postopka bolj vestni in natančni. Zavedati se moramo, da samo tako lahko izboljšamo kakovost in varnost obravnave ter zadovoljstvo pacientov in njihovih svojcev.

## 6 Zaključek

Če razmišljate o izzivu, kako postati bolj inovativni in kakovostni, predvsem pa, kako povečati število svojih inovacij, ste na dobri poti, da boste v današnjih časih uspeli in bili konkurenčni na trgu. Tega se zaveda vedno več zdravstvenih organizacij z menedžerji, ki vodijo organizacije v času gospodarske krize. Našo novo obliko dela so do

sedaj najboljše sprejeli prav bolniki in njihovi svojci. Zdravstveno osebje pa še rabi čas, da spremeni svojo kulturo.

Predvsem pa se moramo zavedati, da so klinične poti živ dokument, ki se prilagaja vsem spremembam v bolnišnici. Klinične poti naj vedno vodijo k boljši zdravstveni oskrbi pacienta. To pa je tudi naš cilj. Kljub razvoju informacijskega sistema, so klinične poti še vedno pripravljene na papirju, ker bolnišnica nima primerne podpore informacijske tehnologije za ta namen. Prav slaba informacijska podpora pa je pogosto vzrok za uvajanje obveznih novih kliničnih poti. Vsi tisti, ki delamo na tem področju, pa se zavedamo, da sta inovativnost in kakovost pomembni za dolgoročno rast organizacije. In klinične poti zagotavljajo oboje.

Vedeti moramo tudi, da inovativnost in kakovost žal nimata vedno samo prednosti, ampak tudi slabosti. Tega se zavedamo tudi v Splošni bolnišnici Novo mesto, zato hočemo z anketami ugotoviti, kje smo in kaj moramo narediti, da bomo boljši in bolj konkurenčni na trgu zdravstvenih storitev.

## LITERATURA

1. Bakan Toplak, M. in Urbajs, A. (2005). Sistemi vodenja kakovosti – osnove in slovar. Pridobljeno 22. 9. 2014, s [http://www.home.izum.si/COBISS/OZ/2003\\_3/html/clanek\\_02.html](http://www.home.izum.si/COBISS/OZ/2003_3/html/clanek_02.html).
2. Bavčar, K. (2008). Pomen merjenja kakovosti zdravstvene nege (Magistrsko delo). Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management.
3. Berginc Dolenšek, A. et al. (2006). Metodološka priporočila za oblikovanje in uvajanje kliničnih poti. Ministrstvo za zdravje, Ljubljana.
4. Hajnrih, B., Kadivec, S., Kramar, Z., Marušič, D., Mate, T., Poldrugovac, M., Prevolnik Rupel, V., Simčič, B., Yazbeck, A. M. (2009). Priročnik za oblikovanje kliničnih poti. Pridobljeno 23. 9. 2014, s [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/Klinicne\\_poti/prirocnik\\_OBLIKOVANJE\\_KP\\_slo\\_170310.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/Klinicne_poti/prirocnik_OBLIKOVANJE_KP_slo_170310.pdf).
5. Kadivec, S. (1998). Zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi. Obzornik zdravstvene nege, 32 (5-6), 209-213.
6. Kiauta, M., Poldrugovac, M., Rems, M., Robida, A. in Simčič, B. Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010 – 2015). Pridobljeno 22. 9. 2014, s [http://www.mz.gov.si/.../kakovost/.../Nacionalna\\_strategija\\_kakovosti\\_in\\_varn](http://www.mz.gov.si/.../kakovost/.../Nacionalna_strategija_kakovosti_in_varn).
7. Lubi, T. (2009). Kakovost v zdravstveni negi. Pridobljeno 22. 9. 2014, s [http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres\\_zbn\\_7/.../132B.pdf](http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/.../132B.pdf).
8. Marolt, J. (1987). Zagotavljanje kvalitete. Kranj: Moderna organizacija.
9. Pirš, K. in Lubi, T. (2011). Odgovornost in inovativnost – vrednoti kakovosti v zdravstveni in babiški negi. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor.
10. Robida, A. (2006). Urejanje izboljšanja kakovosti v bolnišnici. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
11. SIQ: Kakovost v zdravstvu: Pridobljeno 22. 9. 2014, s [http://www.siq.si/ocenjevanje\\_sistemov.../kakovost\\_v\\_zdravstvu/index.html](http://www.siq.si/ocenjevanje_sistemov.../kakovost_v_zdravstvu/index.html).
12. Tavčar, M. (2004). Strateški management. Učbenik za podiplomski študij. Izola: Bori.
13. Vuk, D. (2004). Inovacijski procesi. Kranj: Moderna organizacija.

# Kakovost bivanja starejših ljudi v Domu Viharnik z vidika socialne gerontologije

UDK 364-54-053.9

**KLJUČNE BESEDE:** starejši ljudje, domovi za starejše, socialna oskrba, zdravstvena nega, prosti čas

**POVZETEK** - Domovi četrte generacije stremijo k načinu življenja po zgledu bivanja v domačem gospodinjstvu. Življenjska doba starejših se podaljšuje, zvišuje se povprečna starost starejših ljudi v domu, kar predstavlja nov izziv za kakovostno bivanje teh ljudi. V kvalitativni raziskavi je sodelovalo 45 stanovalcev in 33 njihovih svojcev. Podatke smo pridobili s pomočjo anketnega vprašalnika o zadovoljstvu z bivanjem v domu. Obdelani so bili s statističnim programom SPSS 19.0. Približno polovica anketirancev meni, da so za prilagoditev na bivanje v domu potrebovali več kot mesec dni. Največjo oviro jim je predstavljalo novo okolje. Zadovoljni so z zdravstveno nego in oskrbo. Želijo si aktivno preživljati prosti čas. Dom Viharnik kot dom četrte generacije stanovalcem ustreza tako po arhitekturnem konceptu kot po socialni oskrbi in zdravstveni negi. Treba pa jim je zagotoviti čim bolj kakovostno preživljanje prostega časa, ki bo izhajalo iz potreb posameznih stanovalcev.

UDC 364-54-053.9

**KEY WORDS:** elderly people, residential care homes, social care, medical nursing, free time

**ABSTRACT** - Residential care homes of the fourth generation follow the need for home-like hospitality. Lifespan of the elderly is expanding; average age of elderly in such homes is growing, which represents a challenge for the quality of the well-being for the residents. 45 residents from the residential care home and 33 relatives participated in the qualitative research. The data was gained with the survey about satisfaction of residence in the home. The data was processed by Statistical Package for the Social Sciences SPSS 19.0. Nearly half of respondents said that they needed more than one month to adjust to the residential life in the home. The biggest obstacle they faced was the new environment. They are pleased with health care and nursing. They express wishes about spending their life time active. Dom Viharnik, as the fourth generation home is suitable for people due to its architecture concept and also because of its social care and medical nursing. However, it still has to provide and ensure spending quality free time for the residents, which will be based on the needs of each individual.

## 1 Teoretična izhodišča

Socialna gerontologija je multidisciplinarno področje, ki preučuje življenjski tok starejših ljudi. Starejši ljudje lahko bivajo v domačem okolju ali pa v institucijah, domovih za starejše. Kakovost življenja je pomembna za človekovo bivanje v vseh starostnih obdobjih. Povečana odvisnost od drugih in zmanjšana možnost samoregulacije zmanjšujeta kakovost življenja vsaj 10 % populacije v starosti nad 65 let (Imperl, 2012). Večina slovenskih domov za starejše je 2., manjši del 3. generacije, pojavljajo pa se domovi 4. generacije. Domovi za starejše 4. generacije stremijo k načinu življenja po zgledu bivanja v domačem gospodinjstvu. Ni več centralne oskrbe, v majhnih skupinah se izvajajo aktivnosti, ki se zgledujejo po domačem gospodinjstvu. Imperl (2012) navaja pomen referenčne osebe, ki ima vlogo gospodinje. Potrebe negovalne dejavnosti ne prevladajo nad individualnostjo in pristojnostjo stanovalcev ter nad kakovostjo življenja. Take gospodinske skupine oziroma hišne skupnosti so precej samostojne.

Pri namestitvi starejših oseb v dom za starejše je pomemben čas prilagoditve na drugačen način življenja. Starejši ljudje se prilagajajo na drugačno bivalno okolje, kjer je pomembna tudi oskrba, zdravstvena nega in socialno okolje. Čas prilagoditve vpliva na dožemanje kakovosti bivanja starejše osebe v domu za starejše.

Raziskava, v kateri je bilo vključenih 165 starejših oseb na Tajvanu, je pokazala, da se starejši ljudje šele po treh letih statistično pomembno bolj prilagodijo na življenje v drugem okolju (Chao, Lan, Tso, Chung, Neim in Clark, 2008). Avtorji Chao idr. (2008) navajajo tudi statistično pomembno povezavo med stopnjo prilagoditve in številom sstanovanalcev. Pri starejših ljudeh, ki imajo tri ali več sstanovanalcev, se kaže večja celostna prilagoditev na bivanje v instituciji, kot pri starejših ljudeh, ki bivajo skupaj z eno ali dvema oseba. Slednje avtor pripisuje večjim družbenim stikom med stanovalci. V raziskavi je bilo tudi ugotovljeno, da spol, zakonski stan in število otrok nimajo statistično pomembnega vpliva na prilagoditev.

Imperl (2012) kot pomembne značilnosti v kakovosti življenja starostnika navaja: samostojnost, zasebnost, domačnost, varnost in odgovornost zase. Kakovostna nega v domovih za starejše vpliva na večjo kvaliteto življenja stanovalcev v domovih za starejše (Challiner, Julious, Watson, Philp, 1996; Holtkamp, Kerkstra, Ribbe, Van Campen, Ooms, 2000; Bowers, Esmond, Jacobson, 2000). Življenjski tok starejših ljudi pa ne obsega samo zdravstvene nege in oskrbe. Avtorici Hjaltadottir in Gustafsdottir (2007) opisujeta, da starejši ljudje z namestitvijo v dom za starejše potrebujejo udobje in uteho: življenjski prostor, kjer se počutijo kot doma in so obravnavani individualno. Navajata tudi, da namestitev v enoposteljni sobi zagotavlja zasebnost in občutek domačnosti. Skrb za starejše v domovih za starejše mora izvajati strokovno osebje, ki ima strokovno znanje in veščine, spoštovanje in skrb (prav tam).

Visoko kakovostna obravnava obsega tudi načrtovanje prostega časa. Kurokawa, Yabu-waki in Kobayashi (2013) opisujejo, da se mora za posamezno starejšo osebo oblikovati »življenje preko dne«. Za osebje, ki skrbi za starejše osebe, tako individualna obravnava postane jasnejša in jim omogoča ustvariti pomembno podporo starejšim.

## 2 Metodologija

### 2.1 Namen raziskave

Dom Viharnik je dom 4. generacije, ki po principu gospodinjskih skupnosti deluje že dve leti. Z raziskavo smo želeli ugotoviti zadovoljstvo stanovalcev in njihovih svojcev z bivanjem v domu. Zanimalo nas je zadovoljstvo z zdravstveno nego in oskrbo, aktivnosti v prostem času, čas prilagoditve na bivanje v domu in ovire, ki so jih pri tem zaznali. Stanovalci in svojci so imeli možnost izraziti svoje mnenje in povedati, če bi si želeli bivati v domu in če bi Dom Viharnik priporočili ostalim ljudem.

### 2.2 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Uporabljena je bila kvantitativna metoda raziskovanja, podatke smo pridobili s pomočjo anketnega vprašalnika. Podatki so bili obdelani s statističnim programom SPSS

19.0 z uporabo deskriptivne statistike. Predstavljene so povprečne vrednosti (PV) in standardni odkloni (SO). Z enofaktorsko analizo variance (ANOVA) smo ugotavljali razlike med stanovalci in svojci. Statistično značilnost smo preverjali na ravni 5 % tveganja ( $p < 0,05$ ). Vrednost koeficienta Cronbachalfa znaša 0,95, kar potrjuje zanesljivost merske lestvice.

### 2.3 Opis vzorca

Med 45 stanovalci, vključenimi v raziskavo, je bilo 56 % žensk in 44 % moških. Največ stanovalcev, kar 42 %, je bilo v starostni skupini med 81 in 90 let. V starosti do 65 let 13 %, v starosti med 66 in 80 let jih je bilo 27 % in 18 % stanovalcev je bilo starih 91 let in več. Stanovalcev, ki bivajo v domu 6 mesecev ali več je 81 %. V enoposteljni sobi ali enopostelnem apartmaju je nameščenih 60 % stanovalcev, v dvoposteljni sobi ali dvopostelnem apartmaju pa 40 % stanovalcev.

Med 33 anketiranimi svojci jih je bilo 49 %, ki imajo v domu očeta ali mamo.

Anketirali sta študentki Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice, ki ju stanovalci niso poznali. V anketo niso bili vključeni stanovalci z demenco in stanovalci, ki niso bili zmožni verbalne komunikacije. Od 80 stanovalcev jih je prostovoljno pristalo na anketiranje 45, kar pomeni 56 % realizacijo vzorca.

### 2.4 Postopek zbiranja podatkov

Anketiranje stanovalcev je potekalo od 10. 3. 2014 do 21. 3. 2014. Anketiranje svojcev stanovalcev je potekalo preko pošte. Poslanih je bilo 123 anketnih vprašalnikov, na katere je odgovorilo 33 svojcev, kar predstavlja 27 % realizacijo vzorca.

### 2.5 Opis merskih instrumentov

Prvi del anketnega vprašalnika je zajemal demografske podatke, drugi del je obsegal zadovoljstvo z zdravstveno nego, tretji zadovoljstvo z oskrbo. V drugem in tretjem delu vprašalnika so bile trditve, kjer so stanovalci in svojci izrazili strinjanje na Likertovi lestvici od 1 do 5. Ocena 1 pomeni, da se s trditvijo sploh ne strinjajo, ocena 2, da se ne strinjajo, ocena 3 je nevtralna: niti se ne strinjajo/niti se strinjajo, ocena 4, da se strinjajo in ocena 5, da se s trditvijo zelo strinjajo. Vprašalnik je zajemal dve vprašanji odprtega tipa.

## 3 Rezultati

Stanovalci so za prilagoditev na bivanje v domu v 45 % potrebovali en mesec, 10 % jih je potrebovalo 2 meseca, 45 % stanovalcev pa je potrebovalo 3 mesece in več. Oviro za prilagoditev jim je predstavljalo novo okolje (38 %), drugačen dnevni ritem življenja (24 %), hrana (16 %), osamljenost (14 %) ter sostanovalec (8 %).

Stanovalci doma in njihovi svojci ocenjujejo, da se v domu ne dolgočasi in da niso osamljeni. Statistično pomembno ( $p = 0,00$ ) pa se svojci (PV = 2,89; SO = 0,92) v večji meri kot stanovalci (PV = 3,82; SO = 1,21) ne strinjajo s trditvijo, da so večino

časa pred televizijo. Tako stanovalci kot njihovi svojci se strinjajo s tem, da se v domu izvaja dovolj različnih aktivnosti. Stanovalci in njihovi svojci so zadovoljni s hrano, ki je raznovrstna in postrežena pravočasno. Prav tako se strinjajo s trditvijo, da so stanovalci čisti in urejeni ter da bivajo v čistih prostorih. Svojci stanovalcev (PV = 3,93; SO = 0,62) statistično pomembno ( $p = 0,02$ ) v manjši meri kot stanovalci (PV = 4,37; SO = 0,90) menijo, da so odnosi med stanovalci dobri. Stanovalci in njihovi svojci so v povprečju zadovoljni z oskrbo v domu Viharnik. Tako stanovalcem (PV = 4,54; SO = 0,68) kot svojcem (PV = 4,55; SO = 0,72) je všeč prostorska ureditev. Stanovalci so ocenili, da je gospodinja dosegljiva (PV = 4,64; SO = 0,54), statistično pomembno nižje ( $p = 0,05$ ) so dosegljivost gospodinje ocenili njihovi svojci (PV = 4,24; SO = 0,79). Statistično pomembna razlika ( $p = 0,01$ ) se je pokazala tudi pri oceni prijaznosti gospodinje (stanovalci: PV = 4,65; SO = 0,58, svojci: PV = 4,57; SO = 0,57).

*Tabela 1:* Seznam povprečnih vrednosti in standardnih odklonov zadovoljstva stanovalcev in svojcev z oskrbo v domu Viharnik v letu 2013

|                                               | stanovalci |       | svojci |       | p    |
|-----------------------------------------------|------------|-------|--------|-------|------|
|                                               | PV         | SO    | PV     | SO    |      |
| V domu Viharnik se dolgočasim.                | 2,73       | 1,432 | 2,43   | 0,879 | 0,53 |
| Stanovalci doma so v domu Viharnik osamljeni. | 2,85       | 0,925 | 2,46   | 0,999 | 0,06 |
| Stanovalci so večino časa pred TV.            | 3,82       | 1,211 | 2,89   | 0,916 | 0,00 |
| Izvaja se dovolj aktivnosti.                  | 4,30       | 0,883 | 3,83   | 0,950 | 0,73 |
| Na skupini se izvajajo različne aktivnosti.   | 4,32       | 0,934 | 4,13   | 0,900 | 0,13 |
| Kosilo je postreženo toplo (svojci - hladno). | 4,37       | 0,942 | 2,41   | 1,047 | 0,56 |
| Prehrana je raznovrstna.                      | 4,17       | 1,022 | 3,94   | 0,929 | 0,46 |
| Zajtrk je postrežen pravočasno.               | 4,68       | 0,471 | 4,42   | 0,620 | 0,63 |
| Kosilo je postreženo pravočasno.              | 4,68       | 0,525 | 4,35   | 0,608 | 0,40 |
| Odnosi med stanovalci so dobri.               | 4,37       | 0,897 | 3,93   | 0,616 | 0,02 |
| Bivalni prostori so čisti.                    | 4,49       | 0,711 | 4,61   | 0,495 | 0,47 |
| Stanovalci so čisti in urejeni.               | 4,51       | 0,562 | 4,39   | 0,495 | 0,17 |
| Prostorska ureditev mi je všeč.               | 4,54       | 0,682 | 4,55   | 0,723 | 0,20 |
| Z namestitvijo v sobi sem zadovoljen.         | 4,54       | 0,596 | 4,74   | 0,445 | 0,14 |
| Gospodinja je dosegljiva.                     | 4,64       | 0,537 | 4,24   | 0,786 | 0,05 |
| Gospodinja je prijazna.                       | 4,65       | 0,580 | 4,57   | 0,568 | 0,01 |

PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

Stanovalci in svojci navajajo, da predpisana zdravila stanovalci prejemajo pravočasno (PV = 4,74, SO = 0,45; PV = 0,45, SO = 0,74) in redno (PV = 4,69, SO = 0,47; PV = 4,43, SO = 0,69). Stanovalci (PV = 4,62; SO = 0,63) in svojci (PV = 4,23; SO = 0,99) so zadovoljni s storitvami delovnega terapevta. Prav tako izražajo stanovalci (PV = 4,50; SO = 0,82) in svojci (PV = 4,14; SO = 0,97) zadovoljstvo s storitvami fizioterapevta. Tako svojci kot stanovalci menijo, da negovalno osebje opravlja svoje delo dobro (PV = 4,45, SO = 0,77; PV = 4,53, SO = 0,69) in natančno (PV = 4,31, SO = 0,78; PV = 4,53, SO = 0,60). Svojci (PV = 4,10; SO = 0,89) in stanovalci (PV = 4,34; SO = 0,91) navajajo hitro odzivnost negovalnega osebja na klic preko klicne naprave. Stanovalci in svojci menijo, da si pri opravljanju dela negovalno osebje vzame čas za stanovalce (PV = 4,14, SO = 0,95; PV = 4,32, SO = 0,91) ter, da

je negovalno osebje na voljo za dajanje navodil in pojasnil ( $PV = 4,30$ ,  $SO = 0,82$ ;  $PV = 4,39$ ,  $SO = 0,72$ ). Statistično pomembno ( $p = 0,00$ ) se stanovalci bolj strinjajo, da je osebje spoštljivo do njih kot njihovi svojci. Svojci pa statistično pomembno ( $p = 0,01$ ) pogosteje kot stanovalci menijo, da je za varnost stanovalcev dobro poskrbljeno. Da je zdravnik dosegljiv, ko ga stanovalci potrebujejo, menijo tako stanovalci ( $PV = 4,05$ ;  $SO = 0,96$ ) kot svojci ( $PV = 3,97$ ;  $SO = 1,05$ ). Svojci stanovalcev se strinjajo s trditvijo, da so o spremembah zdravstvenega stanja obveščeni ( $PV = 4,13$ ;  $SO = 1,28$ ).

*Tabela 2:* Seznam povprečnih vrednosti in standardnih odklonov zadovoljstva stanovalcev in svojcev stanovalcev z zdravstveno nego v domu Viharnik v letu 2013

|                                                                          | stanovalci        |                   | svojci |       | p    |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------|--------|-------|------|
|                                                                          | PV                | SO                | PV     | SO    |      |
| Predpisana zdravila dobim pravočasno.                                    | 4,74              | 0,446             | 4,45   | 0,736 | 0,46 |
| Predpisana zdravila redno prejemam.                                      | 4,69              | 0,468             | 4,43   | 0,690 | 0,09 |
| Zadovoljen sem s storitvami delovnega terapevta.                         | 4,62              | 0,633             | 4,23   | 0,992 | 0,30 |
| Negovalno osebje svoje delo opravlja natančno.                           | 4,53              | 0,599             | 4,31   | 0,780 | 0,10 |
| Negovalno osebje dobro opravlja svoje delo.                              | 4,53              | 0,687             | 4,45   | 0,768 | 0,17 |
| Zadovoljen sem s storitvami fizioterapevta.                              | 4,50              | 0,816             | 4,14   | 0,970 | 0,78 |
| Negovalno osebje je spoštljivo do nas.                                   | 4,49              | 0,637             | 4,44   | 0,619 | 0,00 |
| Za varnost stanovalcev je dobro poskrbljeno.                             | 4,42              | 0,813             | 4,53   | 0,681 | 0,01 |
| Negovalno osebje se hitro odziva na klic preko klicne naprave (zvonček). | 4,34              | 0,906             | 4,10   | 0,885 | 0,80 |
| Negovalno osebje je na voljo za dajanje navodil, pojasnil.               | 4,30              | 0,823             | 4,39   | 0,715 | 1,00 |
| Pri opravljanju dela si negovalno osebje vzame čas zame.                 | 4,14              | 0,948             | 4,32   | 0,909 | 0,82 |
| Zdravnik je dosegljiv, ko ga potrebujem.                                 | 4,05              | 0,959             | 3,97   | 1,048 | 0,71 |
| O spremembah zdravstvenega stanja smo obveščeni.                         | Nismo spraševali. | Nismo spraševali. | 4,13   | 1,284 | /    |

PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

V primeru nezadovoljstva z zdravstveno nego so stanovalci v 8 % poiskali pomoč. V 67 % so se obrnili na zdravnika, v 33 % pa na socialno delavko. Med tem pa so svojci v primeru nezadovoljstva z zdravstveno nego v 35 % poiskali pomoč pri strokovnem osebju. Le-ti so se v 37 % obrnili na socialno delavko, v 34 % na vodjo zdravstvene nege in oskrbe, v 13 % na zdravnika, v 12 % na fizioterapevtko ter v 4 % na delovno terapevtko.

Stanovalci bi bivanje v domu Viharnik v 93 % priporočili tudi ostalim (svojcem, znanecem, prijateljem), v 2 % ga ne bi priporočili, v 5 % so ostali neopredeljeni. Svojci stanovalcev bi bivanje v domu Viharnik v 94 % priporočili ostalim, 6 % svojcev doma ne bi priporočilo. Hkrati si 91 % svojcev želi biti nameščenih v takem domu za sta-

rejše, kot je Dom Viharnik, 9 % svojcev pa si ne želi bivati v nobenem izmed domov za starejše.

Spletna stran doma Viharnik je večinoma všeč (59 %) svojcem stanovalcev, 38 % anketirancev spletne strani ne pozna, 3 % stanovalcev spletna stran ni všeč.

Stanovalci so predlagali naslednje:

- ☐ »Nujno zvišanje (števila) osebja v negi in oskrbi.«
- ☐ »Več zaposlenih.«
- ☐ »Manj pogosto menjavanje gospodinj.«
- ☐ »Razbremenitev osebja, vključitev v domske aktivnosti na začetku, takojšnji prvi pregled pri zdravniku.«

## 4 Razprava

Z vidika socialne gerontologije, ki preučuje življenjski tok starejših ljudi, je potrebno dobro poznati starejše ljudi, da se jih lahko podpre oziroma da se jim omogoči kakovostno bivanje. Poznavanje starejših ljudi je potrebno na vseh področjih, tako na psihološkem, sociološkem kot tudi biološkem. Sistem zdravstvene nege in oskrbe prav tako ne pozna potreb starejših ljudi. S hitrimi koraki na različnih ravneh bo treba zagotoviti, da bodo te potrebe v naslednjih letih prepoznane (Hess, Lynn, Conforti in Holmboe, 2011).

Skoraj polovica vzorca stanovalcev doma Viharnik je za prilagoditev na bivanje v domu potrebovala več kot tri mesece. Avtorji Chao idr. (2008) navajajo, da se ljudje šele po treh letih prilagodijo na življenje v domu, pri čemer je pomembno tudi število sostanovalcev. Glede na to, da več kot polovica stanovalcev, vključenih v našo raziskavo, biva v enoposteljni sobi ali enoposteljnih apartmajih, lahko rečemo, da je čas prilagoditve na novo okolje dokaj kratek. Avtorji Chao idr. tudi navajajo, da čas prilagoditve vpliva na dožemanje kakovosti bivanja v domu za starejše. Stanovalci in njihovi svojci so oskrbo v domu Viharnik ocenili kot dobro. Prav tako stanovalci in svojci navajajo dosegljivost in prijaznost gospodinje. Stanovalci in svojci menijo, da jih moti pogosto menjavanje gospodinj. Imperl (2012) poudarja pomen referenčne osebe kot gospodinje, ki vodi gospodinjsko skupnost. Dejavnik kakovosti bivanja v domu je stalnost gospodinje, ki se je stanovalci navadijo in ji zaupajo. Vloga gospodinje oziroma referenčne osebe avtorji opisujejo predvsem na področju obravnave oseb z demenco. Grout (2014) v idealnem modelu zdravstvene in socialne oskrbe vidi vlogo v referenčni osebi, ki povezuje in usmerja kompleksno zdravstveno nego in oskrbo.

Z našo raziskavo smo ugotovili zadovoljstvo s prostorsko ureditvijo, z bivalnimi prostori in z ustrezno skrbjo za varnost stanovalcev. Kane, Kling, Bershadsky, Kane, Giles, Degenholtz, Liu in Cutler (2003) navajajo, da na dožemanje kvalitete življenja starejših ljudi v domovih za starejše bistveno vpliva okolje, ki zagotavlja zasebnost in varnost stanovalcev. Stanovalci in njihovi svojci, ki so bili vključeni v raziskavo, navajajo zadovoljstvo z zdravstveno nego. Obenem v predlogih za izboljšanje izpostavimo, da je nujno potrebno več osebja v zdravstveni negi in oskrbi oziroma da bi bilo več

zaposlenih. Romih (2014) navaja, da so predpisani kadrovski normativi v domovih za starejše podhranjeni in izobrazbeno neustrezni, saj temeljijo na izkustvenih normativih iz preteklosti in na normativih, ki jih upošteva zdravstvena zavarovalnica in ne na dejanski obremenitvi izvajalcev.

Kljub danim predlogom, ki jih stanovanjci vidijo kot možnost izboljšave, lahko rečemo, da je raziskava pokazala zadovoljstvo z zdravstveno nego. Zadovoljstvo se kaže tudi s tem, da bi več kot 90 % stanovalcev in svojcev Dom Viharnik priporočilo prijateljem, svojcem in znancem. Svojci si v približno enakem odstotku želijo biti nameščeni v takem domu, kot je Dom Viharnik. Približno desetina svojcev pa si ne želi bivati v nobenem izmed domov za starejše.

Približno polovici svojcev je všeč spletna stran doma. Dobra tretjina svojcev stanovalcev pa spletne strani ne pozna. Vzroke za to lahko pripisujemo neuporabi računalnikov ali neinformiranosti svojcev stanovalcev. Spletna stran doma Viharnik vsebuje tako osnovne informacije o domu kot tudi dnevne aktivnosti, ki se izvajajo. Ogled spletne strani omogoča vpogled v dnevni utrip življenja v domu.

Omejitev raziskave je v premajhnem vzorcu stanovalcev in svojcev. V anketni vprašalnik bi bilo treba vključiti tudi socialni del oskrbe.

## 5 Zaključek

Koncept gospodinjских skupnosti v domovih 4. generacije, strokovna usposobljenost osebja, spoštljivost in zagotavljanje varnosti ob maksimalnem upoštevanju individualnosti stanovalca so dejavniki, ki vplivajo na kakovostno bivanje starejših ljudi v domu. Kakovostno življenje posameznega stanovalca lahko zagotavljamo le ob individualnem načrtovanju posameznikovega življenja preko dneva, ob upoštevanju njegovih želja in potreb. Zato je potrebno preučiti življenje starejših ljudi in opolnomočiti zaposlene v domovih z starejše.

## LITERATURA

1. Bowers, B. J., Esmond, S. and Jacobson, N. (2000). The relationship between staffing and quality in long-term care facilities: exploring the views of nurse aides. *Journal of Nursing Care Quality*, 14, 73-75.
2. Challiner, Y., Julious, S., Watson, R. and Philp, I. (1996). Quality of care, quality of life and the relationship between them in long-term care institutions for the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 883-888.
3. Chao S. Y., Lan, Y. H., Tso, H. C., Chung, C. M. and Neim, Y. M. (2008). Predictors of psychosocial adaptation among elderly residents in long-term care settings. *Journal of Nursing Research*, 16 (2), 149-156.
4. Grout, G. (2014). Tackling dementia: a new approach. *British Journal of Community Nursing*, 19, 298-299.
5. Hess, B. J., Lynn, L. A., Conforti, L. N. and Holmboe, E. S. (2011). Listening to older adults: elderly patient's experience of care in residency and practicing physician outpatient clinics. *Journal of the American Geriatric Society*, 59 (5), 909-915.

6. Hjaltadottir, I. and Gustafsdottir, M. (2007). Quality of life in nursing homes: perception of physically frail elderly residents. *Journal Compilation Nordic College of Caring Science*, 48-54.
7. Holtcamp, C. C., Kerkstra, A., Ribbe, M. W., Van Campen, C. and Ooms, M. E. (2000). The relation between quality of co-ordination of nursing care and quality of life in Dutch nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 1364-1373.
8. Imperl, F. (2012). *Kakovost oskrbe starejših - izziv za prihodnost*. Logatec: Firis Imperl & Co: Seniorprojekt.
9. Kane, R. A., Kling, K. C., Bershadsky, B., Kane, R. L., Giles, K., Degenholtz, H. B., Liu, J. and Cutler, L. J. (2003). Quality of life measures for nursing home residents. *Journal of Gerontology, Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 58, 240-248.
10. Kurokawa, H., Yabuwaki, K. and Kobayashi, R. (2013). Factor structure of 'personhood' for elderly healthcare services: a questionnaire survey of long-term care facilities in Japan. *Disability & Rehabilitation*, 35 (7), 551-556. Pridobljeno 1. 10. 2014, s <http://baze.vszn-je.si:2752/ehost/detail/detail?sid=4fb9818e-199f-475b-aad3-f32235106b6b%40sessionmgr4003&vid=20&hid=4106&bdata=Jmxhbm9c2wmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=c8h&AN=2012021720>.
11. Romih, K. (2014). Organizacijski vidik zdravstvene nege na področju socialnih zavodov – domov za starejše. V S. Kadivec in M. Pušavec (ur.). *Položaj managementa v zdravstveni negi danes* (str. 70-76). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, sekcija medicinskih sester v managementu.

# Prenova in informatizacija procesa intervencije reševalnih ekip NRV

UDK 616-083.98:004

**KLJUČNE BESEDE:** reševalci, urgentna medicina, mobilni programi, menedžment, poslovni procesi, avtomatizacija

**POVZETEK** - Učinkovito reševanje ponesrečencev, ki ga izvajajo ekipe NRV (nujno reševalno vozilo), je pogojeno z več dejavniki: natančno definiranimi protokoli reševanja, ustrezno tehnično opremo za oskrbo ponesrečenca in tudi učinkovito komunikacijo med ekipo na terenu in osebjem v sprejemnem centru (v bolnišnici ali zdravstvenem domu). Če je za prva dva dejavnika po navadi ustrezno poskrbljeno, pa je še veliko prostora za izboljšavo pri komunikaciji, saj ta danes večinoma poteka ročno (z uporabo mobilnega telefona). Hiter razvoj tehnologij za mobilne podatkovne komunikacije v zadnjih letih je omogočil, da se lotimo prenove aktivnosti, povezanih z izmenjavo podatkov med vsemi akterji v procesu reševanja. V prispevku se osredotočamo na izboljšavo procesa intervencije ekipe NRV, ko le-ta prevzame bolnika in ga transportira v sprejemni center; ob tem pa se v ta center sporočijo še vsi potrebni podatki o stanju bolnika, ki so ključni za ustrezno pripravo na njegov sprejem in zdravljenje. Osnovni namen prispevka je pokazati, kako uvedba mobilne programske rešitve, kot rezultat prenove poslovnega procesa intervencije ekip NRV, poenostavlja delo reševalcev na terenu in s tem izboljšuje kvaliteto reševanja.

UDC 616-083.98:004

**KEY WORDS:** emergency medical systems – services, emergency medicine, mobile application, business process management

**ABSTRACT** - Effective rescuing carried out by NRV (abbreviation for the emergency ambulance vehicle in Slovene) teams, is conditioned by several factors: well-defined rescuing protocols, appropriate technical equipment for casualty care, and last but not least, effective communication between the rescue team and the staff at the reception centre (e.g. hospital or health centre). If the first two factors are usually adequate, it is still much space for improvement in the communication, as it is now usually done by hand (using a mobile phone). The rapid development of mobile data communication technologies in recent years has made it possible to renovate activities related to the exchange of information between all actors in the rescuing process. In the paper we will focus on improvement of the NRV team intervention process, where the NRV team takes the patient and transports him to the reception centre and during the transport communicates all necessary information about the state of the patient, which are key for the appropriate reception and treatment. The main purpose of the article is to present how implementation of a new mobile application, which is the result of the renovation of NRV team intervention process, simplifies the work of rescuers at the scene and thus improves the quality of rescue services.

## 1 Uvod

Učinkovito reševanje ponesrečencev, ki ga izvajajo ekipe NRV (nujno reševalno vozilo), je pogojeno z več dejavniki: natančno definiranimi protokoli reševanja, ustrezno tehnično opremo za oskrbo ponesrečenca in, ne nazadnje, učinkovito komunikacijo med ekipo na terenu in osebjem v sprejemnem centru (npr. bolnišnici ali zdravstvenemu domu). Če je za prva dva dejavnika po navadi ustrezno poskrbljeno, pa je še veliko prostora za izboljšavo pri komunikaciji, saj ta danes večinoma poteka ročno (z uporabo mobilnega telefona). Hiter razvoj tehnologij za mobilne podatkovne komunikacije v zadnjih letih je omogočil, da se lotimo prenove aktivnosti, povezanih z izmenjavo podatkov med vsemi akterji v procesu reševanja.

V prispevku se osredotočamo na izboljšavo procesa intervencije ekipe NRV, kjer ekipa prevzame pacienta in ga transportira v sprejemni center, ob tem pa se v sprejemni center sporočijo še vsi potrebni podatki o stanju pacienta, ki so ključnega pomena za ustrezno pripravo na njegov sprejem in zdravljenje.

Osnovni namen prispevka je pokazati, kako uvedba nove programske rešitve, kot rezultata prenove poslovnega procesa intervencije ekipe NRV, poenostavlja delo reševalcev na terenu in s tem povečuje kakovost izvajanja storitev reševanja (npr. skrajšanje časa obravnave, izboljšanje konsistentnosti podatkov o ponesrečencu itd.). V prispevku bo tako najprej obravnavana disciplina menedžmenta poslovnih procesov, ki se ukvarja s pristopi za celovito obvladovanje poslovnih procesov v organizacijah (podjetjih, javnih zavodih itd.). Z uporabo tehnike za modeliranje BPMN (Business Process Modeling and Notation) bo nato predstavljen obstoječi proces intervencije ekipe NRV, njegove slabosti in predlogi za izboljšavo. Sledila bo predstavitev prenovljenega procesa, ki vključuje avtomatizacijo komunikacije med reševalci in sprejemnim centrom. Na koncu bo prikazana še zasnova programske rešitve (s funkcionalnega in tehnološkega vidika), ki prenovljeni proces podpira.

## 2 Menedžment poslovnih procesov

Menedžment poslovnih procesov je doseganje ciljev organizacije skozi izboljševanje, upravljanje in nadzorovanje ključnih poslovnih procesov (Jeston in Nelis, 2006, str. 10). Poslovne procese delimo na temeljne, podporne in upravljalvske. V prispevku obravnavani poslovni proces intervencije ekipne NRV spada med temeljne (ključne) procese organizacije (zdravstvenega doma oziroma bolnišnice), saj so od njegove učinkovite izvedbe odvisni vsi nadaljnji procesi obravnave (zdravljenja) pacienta in s tem povezani cilji organizacije (visoka stopnja preživetja v primeru nesreč, hitro okrevanje, zadovoljstvo strank itd.).

Organizacija mora svoje ključne poslovne procese sproti prilagajati novim strokovnim spoznanjem in tehnologijam ob upoštevanju obstoječih virov (kadrovskih, finančnih, tehnoloških itd.). Danes obstaja več pristopov k spremembi poslovnih procesov. Tu navajamo le najpomembnejše (Harmon, 2007, str. 170).

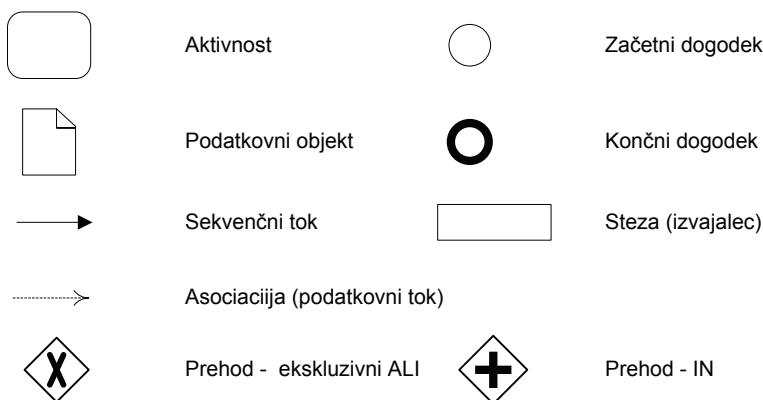
- Preoblikovanje: vključuje obsežno analizo obstoječega procesa, kateri sledi preoblikovanje, ki naj bi znatno izboljšalo proces.
- Avtomatizacija: lahko se izvaja skupaj s preoblikovanjem ali samostojno. Obstaja več načinov, kot je npr. uvajanje celovitih programskih rešitev ali razvoj programske opreme s strani oddelka IT oziroma zunanjih izvajalcev.
- Izboljševanje: neprestano izboljševanje procesa, npr. z uporabo pristopov, kot je 6-Sigma.
- Upravljanje: osredotoča se na spremembe v upravljanju procesa (načrtovanje, organiziranje, merjenje, nadzorovanje).

Pri analizi in prenovi poslovnih procesov se lahko poslužujemo različnih pristopov in tehnik, najpogosteje pa se uporablja modeliranje, ki vključuje izdelavo modela ob-

stoječega procesa (kakršen je) in izdelavo enega ali več modelov bodočih procesov (kakršni bi lahko bili), na podlagi katerih se potem odločimo za enega, najboljšega izmed njih (kakršen bo).

Navkljub številnim tehnikam, ki so bile za potrebe modeliranja poslovnih procesov razvite od osemdesetih let prejšnjega stoletja naprej, se je v zadnjem desetletju kot standard uveljavila tehnika BPMN, ki jo bomo tudi mi uporabili za predstavitev procesa. Notacija tehnike BPMN vključuje številne grafične simbole, ki prikazujejo temeljne koncepte vsakega poslovnega procesa, kot so aktivnost, dogodek, vhod in izhod, izvajalec, tok aktivnosti, tok podatkov itd. (Lahajnar, 2009, str. 66). V prispevku uporabljeni grafični elementi notacije so prikazani na sliki 1.

*Slika 1: Elementi notacije BPMN*



*Vir:* Lasten vir.

### 3 Prenova poslovnega procesa intervencije ekipe NRV

Za spremembo poslovnega procesa intervencije ekipne NRV smo uporabili pristop preoblikovanja, nadgrajen z avtomatizacijo (informacijsko podporo) nekaterih njegovih aktivnosti. Na podlagi analize obstoječega procesa smo najprej identificirali njegove ključne pomanjkljivosti, ki so predstavljale osnovo za identifikacijo možnih izboljšav. Sledilo je koncipiranje novega, izboljšanega procesa, ki je odpravil v fazi analize obstoječega procesa ugotovljene slabosti in ponuja temelje za pripravo funkcionalnih zahtev in izvedbenega načrta za ustrezno informacijsko podporo – sistem RSS.

#### 3.1 Obstoječi proces

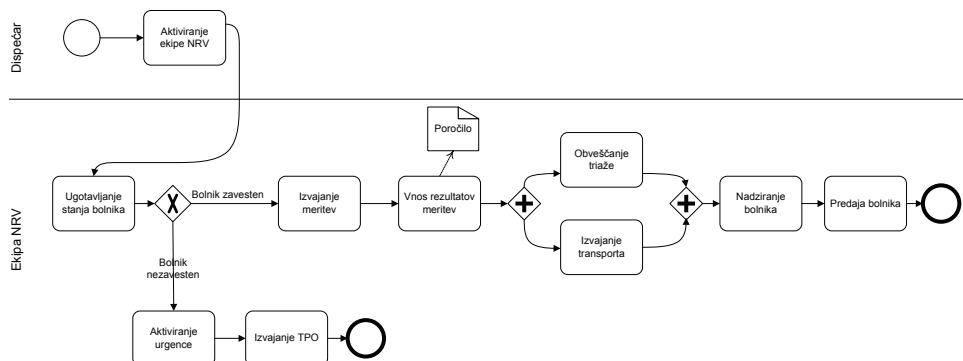
Poslovni proces se začne, ko dispečer na podlagi prejetega klica, aktivira ekipo NRV za intervencijo. Po prihodu ekipe na kraj dogodka se prične obravnavo pacienta. Obravnavo se začne z anamnezo oziroma ugotavljanjem težav pacienta. Anamneze velikokrat pacient sam ne more dati, zato to stori očitelji (poizvedovanje). Kadar

pa nobena od opcij ni možna, je ekipa prepuščena izvajanju postopkov, s katerimi skuša čim bolj določiti stanje pacienta (odkrivanje morebitnih zlomov, krvavečih ran, notranjih krvavitv, odzivnosti itd.). Drugi korak na tej ravni je izvajanje meritev vitalnih parametrov (ugotavljanje utripa, dihanje, krvni pritisk, krvni sladkor), iz katerih se najpogosteje da ugotoviti, kaj je povzročilo akutno stanje pacienta. Če je oseba nezavestna, se takoj pričnejo izvajati temeljni postopki oživljanja (TPO) in hkrati se aktivira urgentna ekipa z zdravnikom, ki potem prevzame pacienta. Če je pacient pri zavesti, diha in ima utrip, se ga položi na nosila in odnese v reševalno vozilo. Ko je pacient tako oskrbljen, je pripravljen za transport v bolnišnico. Takrat reševalec (tehnik ali diplomirani zdravstvenik) v bolniškem delu reševalnega vozila vnese podatke o pacientu in rezultate meritev v poročilo o intervenciji, nato pa še obvesti triažo o prihodu. Med transportom je nujno nenehno nadzirati stanje pacienta in posredovanje ob poslabšanju simptomatike (npr. bruhanje, agresija, zmedenost, odsotnost vitalnih znakov itd.). Proces se zaključi s prihodom v ambulanto nujne medicinske pomoči (ANMP), ko se pacienta preda ambulantni ekipi oziroma zdravniku, ki zanj odredi nadaljnjo obravnavo, analizo in diagnostiko.

Pri analizi obstoječega procesa smo podrobneje obravnavali naslednje aktivnosti, nekatere od njih so bile v nadaljevanju tudi predmet prenove (Perovič, 2013, str. 20):

Izvajanje meritev zavestnega pacienta praviloma izvajata oba – reševalec in voznik, ker vozilo v tem trenutku še miruje in je v dvoje delo prej opravljeno. Nekatere naprave za izvajanje meritev ne delujejo pravilno, ko se vozilo premika (EKG, monitor). Zbiranje rezultatov meritev in anamneze se odvija še na kraju dogodka.

Slika 2: Obstoječi proces intervencije ekipe NRV



Vir: Perovič, 2013, str. 21.

Vnašanje podatkov o pacientu, intervenciji in rezultatih meritev v poročilo o intervenciji reševalne ekipe se sicer lahko izvaja v premikajočem se vozilu, vendar je pisanje tako pomembnega dokumenta med vožnjo zelo nerodno in se pogosto odraža v nečitljivo napisanem poročilu, kar ima lahko v nadaljevanju nezaželene posledice. Reševalec to opravi v bolniškem delu reševalnega vozila samostojno in zaključi poročilo s podpisom.

Po telefonu obvesti triažo že med transportom oziroma ko je vozilo na poti v ANMP. Obveščanje triaže vsebuje podatke o pacientu, meritvah vitalnih parametrov, stanju

pacienta in predvidenem času prihoda v ANMP. Tudi ta korak izvaja reševalec, ki je ves čas ob pacientu.

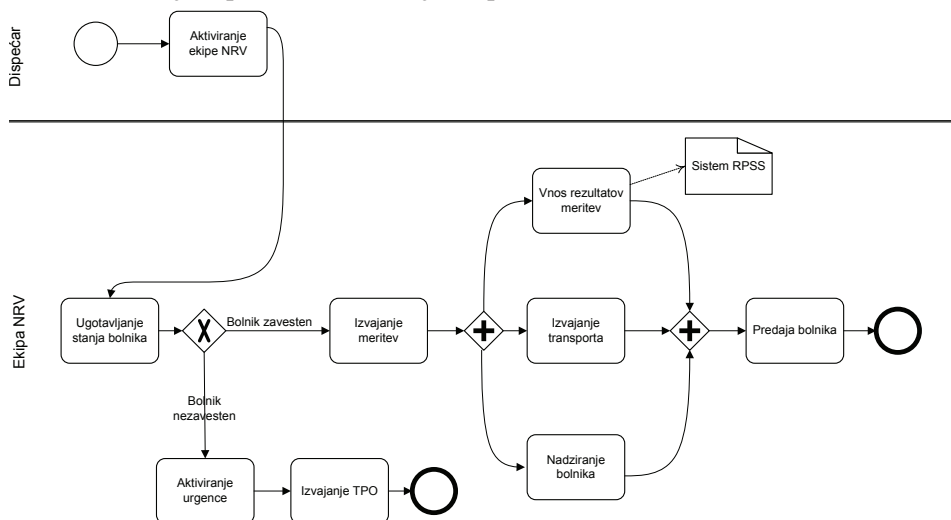
Nadzorovanju pacienta se lahko reševalec posveti šele potem, ko je triaža obveščena in so vsi podatki in rezultati meritev vneseni v poročilo.

### 3.2 Prenovljeni proces

Prenovljeni proces se od obstoječega razlikuje po vnosu rezultatov meritev, obveščanju triaže in izvajanju transporta. Za razliko od obstoječega v prenovljenem procesu nimamo samostojne aktivnosti obveščanja triaže, saj se to izvrši samodejno neposredno po vnosu rezultatov meritev, kar pomeni občuten prihranek časa. Prenovljen proces informacijsko podpira programska rešitev (sistem RPSS), ki omogoča reševalcu sprotni vnos podatkov o stanju bolnika v računalniško konzolo (tablični računalnik) in samodejen prenos teh podatkov v informacijski sistem triaže s funkcijo alarmiranja. S tem bo reševalec razbremenjen ročnega vnosa podatkov na fizični dokument, triaža pa bo dobila natančne, verodostojne in konsistentne podatke o ponesrečencu, kar bo zagotovilo sprožitev ustreznih postopkov in priprav za sprejem.

Najpomembnejša doprinosna prenovljenega procesa intervencije ekip NRV sta minimaliziranje časa, ki ga reševalec porabi za administrativna opravila in izboljšanje komunikacije med reševalcem in zalednim osebjem, kar bistveno izboljša učinkovitost izvajanja tega procesa. Seveda uvedba informacijske podpore prenovljenemu procesu prinese tudi vrsto drugih prednosti (sprotno spremljanje procesa, statistične analize itd.), ki jih lahko vodstvo uporabi za izboljšanje upravljanja procesa in optimalnejšo razporejanje človeških in tehničnih virov.

Slika 3: Prenovljeni proces intervencije ekipe NRV



### 3.3 Simulacija z uporabo prototipa sistema RPSS

Simulacija sistema RPSS temelji na merjenju časa, ki ga reševalec porabi za merjenje pacientovih vitalnih parametrov, vnašanju le-teh v poročilo o intervenciji reševalne ekipe in obveščanju triaže o prihodu. Opraviti imamo s tremi aktivnostmi, ki sestavljajo proces obravnave in predaje intervencije: merjenje, vnašanje in obveščanje. Te aktivnosti izvaja reševalec v klasičnem načinu vsako posebej, saj je težko izvedljivo v premikajočem se vozilu npr. meriti krvni sladkor, podatke takoj vnesti v poročilo in jih po telefonu predati izvajalcu triaže.

V klasičnem načinu izvajanja začne čas teči od trenutka, ko je pacient na nosilih in v vozilu. Takrat reševalec začne izvajati meritve, šele nato začne izpolnjevati poročilo o intervenciji in na koncu le še obvesti triažo po mobilnem telefonu. Ko zaključi pogovor s službujočim izvajalcem triaže, se čas neha meriti in to je podatek, ki predstavlja čas trajanja v klasičnem izvajanju.

V načinu izvajanja s pomočjo sistema RPSS se proces le malenkostno razlikuje. Čas se prične meriti enako kot v klasičnem načinu, v trenutku, ko je pacient na nosilih in v vozilu. Nato reševalec v konzolo vnese osebne podatke o pacientu, čemur sledi vnos vitalnih parametrov. Tudi izvajanje meritev je enako kot v klasičnem načinu, le da se lahko po odčitani vrednosti (glukometer, pulzni oksimeter, naprava za merjenje krvnega pritiska) podatek takoj tudi vnese v konzolo. Ko so vse meritve opravljene, je treba v konzolo vnesti samo še podatke o intervenciji (nujnost intervencije, anamneza, diagnoza, čas prihoda v ANMP). Čas se preneha meriti v trenutku, ko uporabnik vnese zadnji podatek in potrdi vnos.

Za potrebe simulacije je bilo izvedenih 20 meritev časa izvajanja aktivnosti na klasičen način in z uporabo sistema RPSS. Rezultate prikazuje tabela 1.

*Tabela 1: Deskriptivna statistika izsledkov*

|                   | <i>Klasični način izvajanja</i> | <i>Način izvajanja z RPSS</i> |
|-------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| Povprečje         | 373,8                           | 195,25                        |
| Mediana           | 367,5                           | 192,5                         |
| Standardni odklon | 51,46                           | 14,41                         |
| Razpon            | 199                             | 51                            |
| Minimum           | 301                             | 176                           |
| Maximum           | 500                             | 227                           |
| Število vnosov    | 20                              | 20                            |

*Vir:* Perovič, 2013, str. 32.

Excelova deskriptivna statistika 20 vzorcev meritev iz tabele 1 ponuja vpogled v nekatere statistične zanimivosti prenovljenega procesa z uporabo sistema RPSS, ki v povprečju zagotavlja 40 % zmanjšanje časa, potrebnega za izvedbo meritev, vnos podatkov in njihovo posredovanje v triažo. Še posebej je zanimiv podatek o razponu med minimalnim in maksimalnim časom, ki je precejšen in nikakor ne naključen. Lahko ugotovimo, da so rezultati merjenja s pomočjo sistema RPSS bolj enotni zato, ker je delo s sistemom (vnašanje, tipkanje) precej bolj enostavno od pisanja v rubrike poročila o intervenciji. Izvajalci meritev so enako sposobni tipkanja (meritve so izvajali

mladi reševalci, večji dela z računalnikom), lastnoročno pisanje pa med vožnjo eni bolje, drugi pa slabše obvladajo, posledica česar je lahko tudi problem čitljivosti. Z uvedbo sistema RPSS se reševalcu ni treba več ukvarjati s papirji (skrbeti, da se ne uničijo, jih prenašati itd.), vsi podatki so skrbno shranjeni v ustrezni bazi podatkov. Tudi telefon je sedaj odveč, vsaj kar zadeva obveščanje triaže, saj sistem sam poskrbi za pošiljanje poročila. Ko ekipa prispe v ANMP, je poročilo že podpisano in žigosano.

## 4 Sistem RPSS

Cilj uvedbe sistema RPSS, kot podpore ponovljenemu procesu intervencije ekipe NRV, je poenostavitev dela reševalcev na terenu in s tem izboljšanje kakovosti reševanja ter olajšanje in poenostavitev dela reševalca, ki je zadolžen za delo s pacientom. Programska rešitev se bo s svojimi funkcionalnostmi osredotočila predvsem na skrajšanje časovnega intervala, ko reševalec ni v celoti posvečen pacientu, omogočila bo digitalno predajo podatkov o pacientu (oziroma o celotni intervenciji) in zagotovila celovit pregled in nadzor nad opravljenimi intervencijami.

Pozitivni učinki sistema RPSS so:

- Učinkovita poraba časa: simulacija je pokazala, da z uporabo sistema RPSS prihranimo vsaj 3 minute, kar pomeni, da se reševalno vozilo lahko hitreje začne premikati proti bolnišnici.
- Optimizacija poslovnega procesa: reševalcu se ni treba več ubadati z dokumentacijo (poročilo o intervenciji reševalne ekipe), pisalom in mobilnim telefonom med nujno vožnjo, vso svojo pozornost lahko posveti le pacientu oz. poškodovancu.
- Vidiki pravne podpore: različna poročila sistema RPSS zajemajo nabor podatkov, iz katerih je razvidno stanje pacienta, njegovi osebni podatki, podatki o intervenciji in ekipi itd. Iz sistema je razviden tudi čas, kdaj so bile meritve zaključene in s tem čas predaje intervencije. Vsaka etapa potovanja poročila (s terena do zdravnik) zagotavlja revizijsko sled procesa, kdaj je kdo in kaj počel, kar je osnova za dokazovanje v morebitnih pravnih postopkih.
- Učinkovit nadzor nad opravljenim delom reševalcev: sistem RPSS omogoča neposreden pregled opravljenega dela, različne statistične analize, na podlagi katerih je možna optimizacija samega procesa dela kot tudi ustrezno razporejanje resursov.

### 4.1 Tehnična izvedba sistema RPSS

Programska rešitev bo realizirana kot kombinacija mobilne aplikacije (programski vmesnik za vnos podatkov o pacientu v reševalnem vozilu z uporabo tabličnega računalnika) in spletne aplikacije, ki podpira funkcionalnost alarmiranja, sprejema intervencije in upravljanja s podatki (slika 4 prikazuje komunikacijske poti med posameznimi komponentami sistema RPSS). Taka zasnova omogoča široko dostopnost do podatkov vsem pooblaščenim osebam z uporabo namiznih, prenosnih in tabličnih računalnikov ter pametnih telefonov. Predvideni sta dve različici namestitve sistema RPSS:

- V obstoječe informacijsko okolje uporabnika (npr. zdravstvenega doma): uporabi se obstoječi (oziroma namesti nov) spletni (aplikacijski) strežnik, na katerem se izvaja spletna aplikacija, prav tako se uporabi obstoječi (oziroma namesti nov) sistem za upravljanje podatkovnih baz (npr. MS SQLServer).
- V oblak: sistem RPSS je nameščen na strojni in sistemski programski opremi zunanjega partnerja, ki prevzame vse naloge vzdrževanja, zagotavljanja dostopa in varnosti.

## 5 Sklep

V prispevku smo prikazali primer prenove poslovnega procesa na področju nujne medicinske pomoči. V ta namen smo uporabili standardno diagramsko tehniko BPMN za vizualno predstavitev in analizo obstoječega in prenovljenega procesa. Na podlagi prototipa sistema RPSS smo izvedli simulacijo delovanja prenovljenih aktivnosti intervencijskih ekip NRV in potrdili naša pričakovanja tudi v praksi. Na koncu smo prikazali še ključne funkcionalne in tehnične značilnosti programske rešitve, ki bo informacijsko podprla doslej ročna opravila pri intervenciji.

Reševanje ljudi je zahteven proces, ki zahteva usposobljene, visoko motivirane ljudi, dobro tehnično opremo in tudi učinkovito informacijsko podporo vsem aktivnostim, ki se v okviru procesa izvajajo.

*Slika 4:* Komunikacijske poti med posameznimi komponentami sistema RPSS



## **LITERATURA**

1. Harmon, P. (2007). Business process change. Second edition: A guide for business managers and BPM and six sigma professionals. Burlington: Morgan Kaufmann.
2. Jeston, J. and Nelis, J. (2008). Business process management: practical guidelines to successful implementations. Second edition. Burlington: Butterworth-Heinemann.
3. Lahajnar, D. (2009). Modeliranje in analiza poslovnih procesov. Študijsko gradivo. Celje: FKPV.
4. Perovič, D. (2013). Optimizacija procesa odzivnosti reševalnih ekip NRV z uvedbo sistema RPSS »blackbox« (Diplomsko delo). Celje: FKPV.

## Sociološki pogled na nasilje v družini

UDK 316.36+364.632

**KLJUČNE BESEDE:** družine, nasilje, nasilje nad otroki

**POVZETEK** - Izhajali bomo iz raziskav, ki so pokazale vzroke za nasilje med družinskimi člani. Najbolj so nasilju izpostavljeni otroci in ženske (nanje se bomo osredotočili), manj pa so deležni nasilja moški, v zadnjih letih pa narašča tudi nasilje nad starejšimi. Živimo v času gospodarske krize, zunanji dejavniki pa vplivajo tudi na življenje v družini, kjer se kriza pojavlja kot nasilno vedenje med njenimi člani. Teoretično bomo preučili družinsko nasilje, ki je v javnosti označeno kot nasilje moža nad ženo in žene nad možem, redkeje se omenjajo otroci. Govoriti o nasilju v družinah pomeni govoriti o nasilju v enostarševskih in dvostarševskih družinah, razširjenih, pa tudi istospolnih družinah. Problematiko družinskega nasilja je težko na kratko in celovito predstaviti, a z namenom prikazati sociološke poglede nanj in njegovo razumevanje skozi sociološke teorije, ki ne odgovorijo na vsa vprašanja, ki se med seboj ne izključujejo, ampak druga druga dopolnjujejo.

UDC 316.36+364.632

**KEY WORDS:** violence to children, family function, family crises

**ABSTRACT** - The article discusses family violence. We will derive from the researches which showed us the causes for violence between family members. Children and women are the most exposed to violence in a family and during this presentation we will focus especially on them, since men are less present as victims in this process of violence; what is more, in the last years the rate in violence to old people has increased. We live in the age of transition from modern to postmodern society and we still feel great depression, and all these elements are present in families and they also have a huge impact on family life. The question is whether we can discuss the crisis today, which occurred within the modern family and what kind of impact this crisis has on violent behaviour between family members. We will speak about theoretical research of family violence, which in public opinion is present as violence between husband and wife, not so much between children. Discussing violence in families means discussing violence in one-parental and two-parental families, extended families and homosexual families. This problem of violence in the family is very difficult to present in short, but our purpose is to show the sociological aspects to this problem and their meaning through different approaches of sociological theories, which do not have the answers on all the questions of this problem, they do not execute but fulfil each other.

### 1 Uvod

V besedni zvezi »družinsko nasilje« se skrivata dve besedi, in sicer »družina« in »nasilje«. Besedo »družina« Slovar slovenskega knjižnega jezika razlaga kot par z otroki, ali brez, besedo »nasilje« pa pojasnjuje kot dejaven odnos do koga, značilen po uporabi sile ali pritiska. Nasilje v družini je pojav, ki ga človeštvo pozna od svojega obstoja dalje. Nasilje v družinah je bilo v različnih družbah prisotno, starši so bili razumljeni kot njihovi lastniki, otroci pa kot najšibkejši člani v družini, zato je bil njihov položaj otrok najslabši, pogosto so bili izkoriščani tudi kot cenena delovna sila za revne starše. V preteklosti so bili otroci izkoriščani in nezavarovani pred nasiljem in zlorabami.

V začetku 60-ih let se pričnejo prizadevanja o razkrivanju trpinčenja otrok, na ta pojav so prvi opozorili radiologi, ki so se jim pridružili pediatri, eden od njih je bil dr.

Henry Kempe, ki je l. 1962 prvi opisal sindrom pretepenega otroka, to pa so razširili s pomočjo mikro socialnega modela tudi na problem družine in okolja, kjer je živela družina.

## 2 Sociološka izhodišča

O pojavu nasilja lahko govorimo z različnih vidikov, kot so: medicinski, socialni, psihološki, pravni; saj obsega različne probleme otroka v družini in sodobnem svetu. Problem pa so v 60-ih letih poudarjala tudi ženska gibanja, feminizem je odprl novo področje raziskovanja, s tem, ko je poudaril pomembne oblike kriminala, ki so bile prej skrite, kot sta nasilje v družini in spolno nasilje v domovih družin, ki so veljali do takrat za varne. Feministična razlaga družinskega nasilja je, da je to odraz neenake moči žensk in moških, tako v družbi kot v njihovih osebnih odnosih. V 70-ih letih so se začele pojavljati teorije o vzrokih nasilja, zakaj ga je v nekaterih družbah več kot v drugih. Postavile so se po robu drugim trditvam, da je nasilje posledica nezaposelnosti posameznika, neprimerne socializacije, odraščanja v nasilnem okolju, duševne bolezni in prepričanja, da so nasilneži tisti, ki jih ne poznamo. Darja Dolenc (1996) je v delu *Posilstva* zapisala, da so feministični teoretiki nasilje videli kot dejanje, ki ga moški stori zato, da ustrahuje žensko. Tako si ohrani popolno nadvlado na družbeno-ekonomskem in političnem področju. V sodobnih teoretskih obravnavah nasilja nad žensko prevladuje feminističen pogled, ki nasilje nad žensko percipira predvsem kot problem neenakosti med spoloma v družbi. Prav s prepoznavanjem feminističnih gibanj in njihovih zahtev se je povečala družbena skrb za ženske, ki doživljajo nasilje, zato je prišlo tudi do preučevanja nasilja v zasebni sferi, v družini, kasneje pa tudi nasilja nad otroki.

Zakon o zakonski zvezi in družinskih razmerjih (2004) pravi, da je družina življenjska skupnost staršev in otrok, ki zaradi koristi otrok uživa posebno varstvo. Kazenski zakonik (2004) razširja pojem družine, saj govori o bližnjem razmerju med storilcem in oškodovancem, ter pravi, da v to skupino spadajo zakonec, krvni sorodnik, brat, sestra ali drugi krvni sorodniki v stranski vrsti do vštete tretjega kolena, sorodniki do vštete drugega kolena, posvojitelj ali posvojenec, rejnik ali rejenec ali druga oseba, s katerimi živi storilec v skupnem gospodinjstvu. Ta razširitev je pomembna, ker živimo v času, ko govorimo o nasilju v družini hetero in homoseksualnih skupnosti.

Poimenovanje družinskega nasilja sicer prikriva odnose med spoloma in močjo, saj ne definira običajnih žrtev in storilcev. Ker je družinsko nasilje prevladujoče nasilje nad ženskami in otroki, je nasilje individualnih moških v vsaki družbi treba interpretirati v povezavi s kulturo moškosti v njej. Glede na družbeni položaj moškega v sodobni družbi je fizična moč še vedno pomemben element moškosti oz. kulturnega ideala moškosti, tako da je fizično nasilje do žensk, otrok in drugih moških sestavni del predstave o moškosti.

### 3 Oblike družinskega nasilja

Nasilje med intimno povezanimi osebami vključuje nasilje med partnerji, živečimi v zakonski ali zunajzakonski skupnosti, med istospolnimi partnerji, nasilje nad otroki in starostniki, nasilje med brati in sestrami, moških nad ženskami in žensk nad moškimi, saj se to nasilje pojavlja v nasilni komunikaciji, grožnjah, kričanju ali odklanjanju komunikacije, ki se izvaja s čustvenimi pritiski, izsiljevanji, poniževalnimi dejanji; ker psihično nasilje ne pušča vidnih posledic, je pogosto spregledano in težko dokazljivo.

V sodobnih teoretskih obravnavah nasilja nad žensko prevladujejo feministični pogledi, ki nasilje nad žensko percipirajo predvsem kot del problema neenakosti med spoloma v družbi. S prepoznavanjem feminističnih gibanj in njihovih zahtev se je povečala družbena skrb za ženske, ki doživljajo nasilje, pod temi vplivi pa je prišlo do zanimanja za nasilje v družini, sprva predvsem nad otroki, kasneje nad ženskami.

Družina je danes še vedno socialna institucija, kjer so spolne vloge določene. Teorija disfunkcionalne družine preprečuje, da bi se pretepanje ali spolna zloraba otroka definiralo kot nasilje tistega, ki ima v družini relativno moč in »pravico« do fizičnega kaznovanja drugih v družini.

Že funkcionalisti so poudarjali, da so potrebni mehanizmi družbenega nadzora, kot so policija in sodišča, da brzdajo deviantnost in s tem ščitijo družbeni red. Emil Durkheim je dejal, da je kriminaliteta neizogibna in da je normalen družbeni pojav, kazni pa razlaga kot ohranitev kolektivnih občutkov na potrebni stopnji moči, saj razlaga, da funkcija kazni ni odstranitev zločina iz družbe. V javnosti se pojavlja večinsko prepričanje o nasilnih dejanjih in njihovih storilcih, da gre za nerazumno in nepredvidljivo vedenje alkoholikov, obupanih in duševno nestabilnih ljudi. Takšno možnost je lažje sprejeti kot možnost, da je nasilje prisotno tudi v na videz urejenih družinah in da je lahko namerno. Če je nasilno vedenje razumljeno kot odklon od normalnega, postane problem drugih, če pa gre za vsakdanjih pojav, postane tema vseh. V zadnjih desetih letih je naša država pričela aktivneje posegati v družine, kjer se pojavlja nasilje.

### 4 Pojav nasilja v družinah

Nasilje se praviloma v družinah pojavlja v več oblikah hkrati, pogosto ni omejeno na enkratno dejanje ter se lahko stopnjuje, da postaja pogostejše in hujše (telesno, spolno, psihično nasilje). Pojavlja se med partnerjema, nad otroki, nad sorejenci, nad starši in starimi starši itd. Feministični zapisi o nasilju v družini opozarjajo, da izraz »družinsko nasilje« skriva dejstvo, da je to nasilje moških nad žensko. Težavno je razmišljanje, da je nasilje v družini manj resno kot druge oblike nasilja; tako ga lahko razumemo znotraj psihološkega, sociološkega, kriminološkega, feminističnega ali celo biološkega okvira.

Pogled v zgodovino nas uči, da o fizičnem nasilju in spolnem izrabljanju molčijo moški in ženske, storilci in tisti, ki so objekt nasilja, in tudi tisti, ki nimajo izkušenj z na-

siljem. Eden od razlogov za molk je ideja o obstoju meje med zasebnim in javnim, pri čemer je spolno nasilje del zasebnosti in mora tam tudi ostati. Osebni razlogi za molk enih so drugačni kot razlogi drugih. Čeprav se praviloma vsakdo od nas zoperstavlja nasilju, kar je edina možna racionalna pozicija v današnjem svetu, pa to isto nasilje tudi ves čas reproducira, ga ponavlja in o njem molči (Zaviršek, 1997, str. 330). Kaj se dogaja s povzročiteljem in žrtvijo, ali je to le še dokaz, da je subjekt necelovit in neracionalen individuum, ki se spreminja in je sam sebi nasprotujoč, ali gre za subjekt, ki išče svoje identitetne položaje v dominacijskih dejanjih nad žrtvijo. Moško nasilje je torej kot kulturna formacija del sistema moške dominacije, obenem pa znak razpok v nadvladi in torej učinek nepopolnosti te dominacije.

Kje so razlogi takih dejanj, lahko beremo vsak dan v dnevnem časopisju. Tudi če pogledamo formalne značilnosti novinarskih prispevkov (Delo, Večer, Dnevnik, Slovenska nacionalna televizija) o nasilju v družini, vidimo, da novinarstvo ustvarja vtis resničnosti novinarske prezentacije (npr. naturalizirane realistične strategije, kot so poročanje s kraja dogodka, visoko standardizirana uporaba prisvojenih glasov oz. izjav očitvidcev, prič, strokovnjakov, žrtev ...), (Luthar in Jontes, 2007, str. 28). Zdi se, da je vsebinsko poročanje o družinskem nasilju lahko (ne)objektivno, zunaj ideologije in deluje na percepciji problema in vzrokov zanj.

Zakon o preprečevanju nasilja v družini (2008, govori še o zanemarjanju kot obliki nasilja v družini. Zanemarjanje je oblika nasilja, kadar oseba opušča dolžno skrb za družinskega člana, ki jo potrebuje zaradi bolezni, invalidnosti, starosti ali drugih razvojnih osebnih okoliščin. Priporočila EU, ki se nanašajo na nasilje ned ženskami, bi lahko imeli za del nove politike EU, ki princip enake obravnave spolov v zakonodaji nadgrajuje s perspektivo spola, ki prepozna ženske kot posebno deprivilegirano skupino. Tudi zato se priporočila, ki obravnavajo nasilje nad ženskami, posebej osredotočajo na spolno nasilje, eno izmed najpomembnejših priporočil, da v zakonodaji ne sme biti med posilstvom in posilstvom v zakonski zvezi nobene razlike, obe kriminalni dejanji bi se morali preganjati po uradni dolžnosti.

## 5 Raziskave

Študenti Visoke šole za socialno delo v Ljubljani so l. 1991 izvedli anketo, socialne delavke iz CSD so v njej odgovarjale tudi na vprašanja, kateri so tisti problemi, ki zadevajo predvsem ženske in zaradi katerih le-te najpogosteje prihajajo po pomoč. Najpogostejši odgovor je bil »nasilje v družini«. Vprašanje je, kakšno vlogo imajo v družini partnerji in otroci, predvsem pa, kako matere doživljajo zlorabo svojih otrok, tako so lahko matere sekundarne žrtve spolne zlorabe oziroma matere z lastnimi izkušnjami iz otroštva kot primarne žrtve zlorabe. Kakšna je samopodoba zlorabljenih otrok, ki se doživljajo kot nezaželene in determinirane v družbi z vrstniki, le-ti pa imajo pomembno vlogo za njihov razvoj. Ti otroci so pogosto lahko asocialni in psihično moteni. Bolj zgodaj se zloraba začne, večja je možnost, da bo negativno vplivala na otrokov razvoj, njegovo samopodobo in odnose z vrstniki.

Rezultati raziskave Bolger in dr. (1986-1989; v Bolger in dr., 1998) kažejo specifično povezavo med časom, tipi in vidiki otrokove in socialne prilagoditve. Fizična, psihična zloraba, pomanjkanje nadzora in »nezmožnost priskrbeti«, so napovedale težave v določenih vidikih otrokovih odnosov z vrstniki. Spolna in fizična zloraba pa nizko samozavest, če je bila zloraba pogosta. Kroničnost, pogostost ter zgodnji začetek zlorabe predvidevata probleme v prilagajanju. Vse pa so vplivale na povečanje negativnih učinkov na določene subtipе zlorabe. Težav, ki so jih izkusili zlorabljeni otroci, ni mogoče pripisati demografskim faktorjem, kot je nizek socialni status, temveč izkušnjam, ki so bile povezane z zlorabo. Bistven rezultat raziskave je bil, da so pozitivni odnosi z najboljšim prijateljem vplivali na samospoštovanje, vsaj na nekatere otroke. Pri tem je bila najpomembnejša ugotovitev, da se pri otrocih, ki so trpeli za kronično zlorabo ali so bili fizično zlorabljeni, ob visoko kvalitetnem prijateljstvu z vrstnikom, sčasoma zelo poveča samozavest, in da prijateljstva lahko pomagajo izboljšati negativne posledice trpinčenja na otrokov razvoj.

Pomenljiv je podatek, da je med osebami, ki so bile »žrtve nasilja v času otroštva«, več moških (59,5 %), medtem ko je med odraslimi osebami, ki so (bile) žrtve nasilja, bistveno več žensk (71,4 %). Ne glede na to, ali so bili ti ljudje žrtve nasilja kot otroci ali kot odrasle osebe, prevladuje psihično oz. čustveno (66,5 %) in fizično (63 %) nasilje. Redkeje je (bilo) prisotno ekonomsko nasilje v smislu odtegovanja finančnih sredstev (7,7 %) in spolno nasilje (3,7 %). Razlike glede na spol odgovarjajočih nakazujejo, da so bile ženske bolj izpostavljene psihičnemu in spolnemu nasilju. Pri ugotavljanju pogostosti nasilja nad otroki smo kot merilo nasilnega ravnanja navedli klofutanje (kot obliko fizičnega nasilja) in kričanje kot običajen način komuniciranja (psihično nasilje). Podatki so zgovorni: več kot polovica vprašanih (56,1 %) osebno pozna vsaj eno družino, v kateri je kričanje na otroka običajen način komuniciranja (30 % jih pozna več kot dve družini). Tretjina (33,1 %) jih pozna vsaj eno družino, v kateri je klofuta običajen način kaznovanja otroka (18,8 % pa pozna več kot dve taki družini) (Sedmak in Kralj, 2006, str. 105).

Leta 2005 je bila izvedena anketna raziskava pod vodstvom dr. Mateje Sedmak v okviru ciljnega raziskovalnega projekta »Analiza družinskega nasilja v Sloveniji – predlogi, preventive in ukrepi«, s katero so želeli preveriti vprašanja in odzive anketiranih na telefonsko obliko anketiranja, odziv anketirancev je bil presenetljivo dober, saj so prav zaradi anonimnosti pripravljeni spregovoriti o subjektivnih izkušnjah nasilja. Anketni vprašalnik je obsegal naslednje vsebine: nasilje v družinah in medijih, nasilje v družinah in otroci, nasilje v družinah in starostniki, nasilje v družinah in partnerstvo, stališča o nasilju, preventivo in ozaveščanje. Dve tretjini vprašanih je menilo, da je nasilje v družinah širši družbeni problem in ne zasebni problem družine, tretjina jih je menila, da je nasilje v zasebni sferi večji problem kot nasilje v širši družbi. Poseben problem je statistično vodenje nasilja v družbenih institucijah, saj policija evidentira probleme prijavljenih nasilnih dejanj, ločeno evidenco delajo zdravstvene ustanove, policija in SOS telefoni za žrtve nasilja v Sloveniji. Tako ni enotnih statističnih podatkov o družinskem nasilju v Sloveniji.

## 6 Zaključek

Kakšni so odzivi posameznika, ne glede na spol in starost, je vprašanje, ki se povezuje s percepcijo nasilja, da ob zaznavi in prepoznavanju nasilnega dejanja lahko ustrezno reagiramo. Problem pa so predvsem tiste oblike ravnanja, pri katerem ne gre za neposredno fizično nasilje. Če smo si živeči v Sloveniji dokaj enotni, da je pretepanje otroka oz. partnerja nasilje, pa se enotnost stališč razblini pri subtilnejših oblikah nasilja, povezanih z nadzorom in kršenjem osebne svobode in avtonomije. Nasilje vnese v družino številne motnje in onemogoči ali oslabi njeno funkcioniranje. Nasilje v družini je težko spremljati, ker pogosto žrtev ne prijavi storilca, najpogosteje je pri žrtvi prisoten strah in bojazen pred maščevanjem storilca, žrtve pa težko prenašajo postopek prijave in sodne postopke, ker so zanje lahko preveč obremenilni. Žrtve se bojijo socialne izključenosti, sramu in ponovne ogroženosti s strani storilca. Nasilje v družini je zelo kompleksen pojav, težko rešljiv, saj lahko v družini, kjer se dogaja postane eden od sprejetih načinov življenja.

## LITERATURA

1. Bolger, K. E., Patterson, C. J. and Kupersmidt, J. B. (1998). Child Development, 69, 1171-1197.
2. Dolenc, D. (1996). Posilstva. Ljubljana: Samozaložba.
3. Haralambos, M. in Holborn, M. (1999). Sociologija: teme in pogledi. Ljubljana: DZS.
4. Kelly, L. (1996). Spolno nasilje. Feministične raziskave za socialno delo. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
5. Luthar, B. in Jontes, D. (2007). Nasilje v družini in strateški rituali poročanja. Družboslovne razprave, 23 (55), 55-27-48.
6. Sedmak, M. in Kralj, A. (2005). Nevarna zasebnost - nasilje v družinah v Sloveniji. Družboslovne razprave, 22 (53), 53-93-110.
7. Zaviršek, D. (1997). Diskurzi o nasilju in pomoči. Socialno delo, 36 (5/6), 329-344.

# Unstable Shoes Can Reduce Chronic Low Back Pain among Employees of the University Hospital

UDC 616.711-009.7

**KEY WORDS:** low back pain, shoes, walking, randomized controlled trial

**ABSTRACT** - Health professionals, especially nursing staff are more exposed to physical and psychological stressors which might lead to a higher prevalence of low back pain. The management of low back pain is a complex process and should be based on a so-called three-dimensional bio-psycho-social approach. Using randomized controlled trial, we have demonstrated that chronic low back pain can be reduced within 6 weeks by wearing the unstable shoes (Armand et al. 2014). The purpose of this study is to observe the long-term effect of these unstable shoes on the chronic low back pain. Low back pain parameters were evaluated in a prospective, observational study following a randomized controlled study. Health professionals with non-specific moderate chronic low back pain, using or not-using unstable shoes. Pain characteristics were evaluated with validated questionnaires at baseline and after more than 1 year. Finally 83% (33/40) subjects were followed in the average time of 19 months. Nearly 90% of all participants experienced low back pain 1-year ago. Clinical pain characteristics from baseline to follow-up time reduced, especially in the users group. The number of visits to the pain specialist decreased, as well as the drugs intake. Frequent use of unstable shoes during a longer period seems to decrease some chronic low back pain parameters.

UDK 616.711-009.7

**KLJUČNE BESEDE:** bolečina v križu, čevlji, hoja, raziskave

**POVZETEK** - Strokovnjaki na področju zdravstvene nege, še posebno medicinske sestre, so vedno bolj izpostavljene fizičnim in psihološkim stresorjem, kar pa lahko vodi tudi v pogostejše pojavljanje bolečine v križu. Obvladovanje te bolečine je zahteven proces in naj bi temeljil na t. i. tridimenzionalnem bio-psiho-socialnem pristopu. Z uporabo randomizirane kontrolne raziskave je bilo ugotovljeno, da nošenje čevljev z zaobljenim podplatom lahko zmanjša intenzivnost bolečine v križu v šestih tednih. Namen te študije je bil ugotoviti dolgoročni učinek čevljev z zaobljenim podplatom na bolečino v križu. Opazovalna študija je sledila randomizirani kontrolni študiji. Zajela je zdravstvene delavce z nespecifično zmerno kronično bolečino v križu, ki so nosili čevlje z zaobljenimi podplatom, in tiste, ki jih niso nosili. Značilnosti bolečine so bile ocenjene s pomočjo validiranih vprašalnikov na začetku študije in nato po več kot enem letu. 83 % vključenih v primarno raziskavo smo spremljali povprečno 19 mesecev. 90 % sodelujočih je imelo pred 1 letom bolečine v križu. Klinične značilnosti bolečine so se zmanjšale od začetka do konca spremljanja, še posebej v skupini uporabnikov čevljev z zaobljenim podplatom; bolečina pred enim letom se je zmanjšala za 82 % v obeh skupinah, vendar bolj v skupini, ki je nosila omenjene čevlje. Zmanjšalo se je število obiskov pri specialistih in uživanje protibolečinskih zdravil.

## 1 Introduction

Around 80% of the worldwide population will suffer from back pain at least once in their life (Ehrlich, 2003). Back pain can be classified by its characteristics (pain located at the cervical, thoracic, lumbar level, or radiation in the limbs), by duration (acute, sub-acute or chronic), or by the importance of the caused functional disability, as for example, absenteeism (Ehrlich, 2003). Low back pain appears in the lumbar region, between the 12th rib and gluteal fold (Van Tulder, 2002) and it is caused by a

variety of symptoms that could last more than three months (chronic pain) and could be expressed with different levels of impairment, disability or chronicity (Balagué et al., 2007). Chronic pain symptoms fluctuate during time and could appear at different occurrences, with different intensity and/or disability (Deyo et al., 1998). Thus Von Korff and Saunders (1996) recommend to measure pain and disability over a longer period.

Chronic low back pain is one of the major health problems among health professionals. Annual prevalence in this group of workers is between 40 and 50 per cent (Hignett, 1996). During their daily activities, health professionals are subjected to two types of stress; physical, for example, handling of patients in awkward positions, travels and trampling (Baty et al., 1987) as well as psychological linked with psychological pressure, anxiety, depression and burnout (Mealer, 2006). Those two categories of risk factors have recently also been associated with genetic factors (Balagué et al., 2012). This mixture of stressors can have different personal and societal consequences (Genevay, 2011). Pheasant and Stubbs (1992) observed that health professionals suffering from back pain have 30% higher rate of absenteeism from work compared to the rest of the work force. A study from University Hospitals of Geneva (Genevay, 2011) shows that certain occupations, such as nurses, have an increased prevalence of back pain compared to other employees. For example, nursing assistants have more repercussions, particularly in terms of absenteeism. However, all occupational categories are affected with back pain. The institution reached annual costs of around 9 million Euros per year in March 2009, due to absenteeism (Genevay, 2011).

Following the European guidelines, a combination of drugs intake, supervised exercise, brief educational interventions, cognitive behavioural treatment with multidisciplinary bio-psycho-social approach would be the most effective in the management of chronic low back pain (Bailage et al., 2012). Indeed, the best exercise with low impact on the lumbar spine seems to be walking, basic human locomotion activity (Callaghan et al., 1999).

Unstable shoes are used for walking and act as an exercise device that reduce the load and the pressure on the joints of the spine and lower limbs in daily life (Nigg et al., 2006, New and Pearce, 2006, Romkes, 2006), as well as decrease low back pain by golfers (Nigg et al., 2009) and health professionals (Armand et al., 2014) during 6 weeks. Therefore the purpose of this study is to observe a long-term effect of the unstable shoes on the characteristics of chronic low back pain.

## 2 Methods

### 2.1 Study design

This prospective, observational study is an extension of the randomized controlled clinical trial “Effect of unstable shoes on chronic low back pain in health professionals”, registered at Clinical Trials.gov (NCT 1384071) and approved by the Ethical Com-

mittee of Department of Surgery, Geneva University Hospitals; Geneva, Switzerland (Armand et al., 2014).

## *2.2 Participants and recruitment procedure*

To be enrolled in the pre-intervention of the study, all participants had to meet the following criteria: having experienced moderate low back pain (3/10 Visual Analogue Scale - VAS) for at least 3 months, being between 30 and 65 years of age, working in the hospital for at least 80% of the time, walking or standing for at least 50% of work time. Participants were excluded in case they had already used the unstable shoes, had not worked, had had recent surgeries of the back or lower limb, had experienced a disabling pain in any other body part, had had neurological problems and were unable to walk more than 100 meters. After the verification of eligibility of the criteria, the conforming participants (N = 40) were randomized in two groups, an intervention group (N = 20) that used unstable shoes (model MBT Fora) and a control group (N = 20) that used conventional sports shoes (Adidas Bigroar).

All 40 participants were wearing the shoes at their work over a period of 6 weeks. At the end of the 6-week trial, 35 participants, who completed the post-intervention evaluations, were offered a pair of shoes. Finally, 33 participants who chose unstable shoes were included in the 1-year follow-up.

## *2.3 Outcome assessment*

After enrolment in the follow-up trial, the same interviewer as at the baseline telephoned to all recruited participants. An appointment of 15 minutes was detained and participants fulfilled the same type of questionnaire as at the baseline evaluation. In the case of unavailability a questionnaire was sent by the hospital's internal post service or via e-mail.

## *2.4 Outcome measures*

The main outcomes were low back pain characteristics of participants assessed at the baseline and at follow-up with preliminary validated questionnaire. The questionnaire included the following questions: (i) pain experienced during the past year; (ii) pain experienced during the last 4 weeks (measured only at follow-up); (iii) intensity of pain during the last 24 hours (based on visual analogue scale – VAS, from 0 to 10); (iv) duration of current pain episode; (iv) pain specialist visit; (v) the use of painkiller drugs.

## *2.5 Group allocation*

All the participants were allocated in two groups for further analysis: (a) users that were wearing the shoes at least once per week or more (users group; wore MBT unstable shoes) and (b) users that were wearing the shoes occasionally or rarely (non-users group; wore normal shoes).

## 2.6 Data analysis

Non-parametrical descriptive statistical methods were used and reported as frequencies, proportions and mean values of respondents or non-respondents. To calculate the difference between the shoe users and non-users at the baseline and follow-up, a non-parametric, two samples T-test was used. The frequencies of outcomes were compared with Chi-square test.

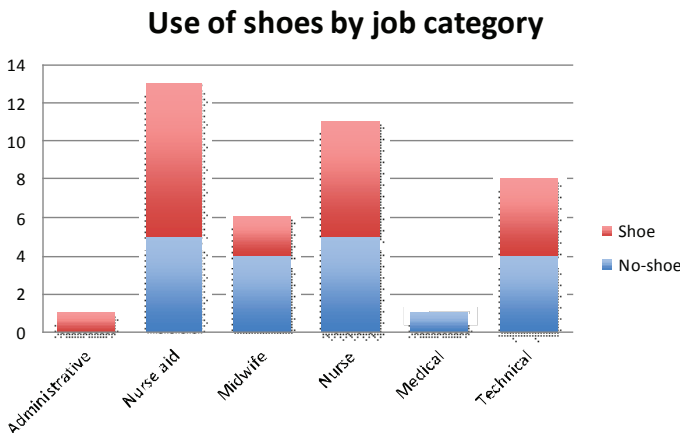
## 3 Results

### 3.1 Participants

All 83% (33/40) of participants who completed the post-intervention evaluation of the randomized study and chose the unstable shoes, were included in this 1-year follow-up. The mean time to follow-up was 19 months (range, 14-24 months) with the follow-up response rate of 100% (33/33). After analysing the results and on the basis of frequency of wearing unstable shoes, the participants were divided into a group of shoe-users 49% (16/33) and non-users 52% (17/33).

Participants who used or did not use shoes have different occupational tasks. Therefore they were categorized in administrative, medical, technical and health care group. The last group was split into midwife, nurse and nurse aid category and actually represented 75% (30/40) of participants; 80% (16/20) of shoe-users group vs 70% (14/20) non-users group (Figure 1).

Figure 1: Using of shoes by job category.



### 3.2 General low back pain characteristics

The general clinical characteristics of low back pain were analysed in both groups at the baseline and 1-year after post-intervention.

Pain experienced during the past year

Overall 90% of participants of both groups experienced at least one episode of low back pain during the past year. At the baseline 93% (37/40) participants experienced at least one episode of low back pain before enrolment, compared to 87% (29/33) at the time of 1-year follow-up. In both groups the pain experienced during the past year has reduced for 6%. Table 1 shows that the pain experienced last year decreased from baseline to follow-up by 19% with shoe users vs 9% in non-users group. The main difference for the pain experienced during last year is 10. At the time of 1-year follow-up, the association for experiencing pain during the past year within the group of users and non-users is statistically not significant  $P = 0.4306$  (Table 1).

#### Pain experienced during the last 4 weeks

In totally 64% (21/33) participants experienced low back pain during the last four weeks. 63% (10/16) of shoe-users experienced low back pain in comparison to non-users group with 65% (11/17). At the time of 1-year follow-up, the difference between both groups (shoe-users vs non-users) is not statistically significant,  $P = 0.0366$ . Data at the baseline evaluation were not assessed (Table 1).

*Table 1: Pain characteristics from baseline to follow-up assessment*

| <i>Pain during the past year</i> |                    |          |                           |
|----------------------------------|--------------------|----------|---------------------------|
| <i>N of yes respondents (%)</i>  |                    |          | <i>P-value (Chi-test)</i> |
| Baseline                         | Users (n = 20)     | 15 (75%) | 0.4306                    |
|                                  | Non Users (n = 20) | 17 (85%) |                           |
| Follow-up                        | Users (n = 16)     | 13 (81%) |                           |
|                                  | Non Users (n = 17) | 16 (94%) |                           |
| Pain during last 4 weeks         |                    |          |                           |
| Baseline                         | NA                 |          | 0.0366                    |
| Follow-up                        | Users (n = 0)      | 10 (63%) |                           |
|                                  | Non Users (n = 20) | 11 (65%) |                           |

#### Pain intensity during the last 24 hours

The intensity of low back pain during the last 24 hours at the time of 1-year follow-up decreased in both groups for 0.9 points; for  $2.7 \pm 0.2$  points in the shoe-users group, contrary to  $1.3 \pm 0.9$  in non-shoe users group. There is statistically significant difference between shoe users and no-users group during the 1-year follow-up period with  $P = 0.0003$  (Table 2).

*Table 2: Pain intensity at baseline and follow-up assessment in both groups*

|                        | <i>Non-users group (n = 17)</i><br><i>Mean <math>\pm</math> SD</i> |                                     |                                   | <i>Users group (n = 16)</i><br><i>Mean <math>\pm</math> SD</i> |                                     |                                   |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
|                        | <i>Baseline</i><br><i>(n = 20)</i>                                 | <i>Follow-up</i><br><i>(n = 17)</i> | <i>P-value</i><br><i>(T-test)</i> | <i>Baseline</i><br><i>(n = 20)</i>                             | <i>Follow-up</i><br><i>(n = 16)</i> | <i>P-value</i><br><i>(T-test)</i> |
| <i>Pain (VAS 0-10)</i> |                                                                    |                                     |                                   |                                                                |                                     |                                   |
| Last 24h               | $3.9 \pm 1.9$                                                      | $2.6 \pm 2.8$                       | 0.1187                            | $4.4 \pm 1.7$                                                  | $1.7 \pm 1.9$                       | 0.0003                            |

#### Duration of the current episode

Low back pain period lasting less than 7 weeks, between the baseline and 1-year follow-up period, increased for 41% (64 % (21/33) vs 23 % (9/40)). In the contrary

for the same period the number of participants suffering from low back pain for more than 18 months decreased in both groups for 22 %. At 1-year follow-up, no one of non-users announced that the current episode lasted more than 18 months opposite to two users in shoe users group (Table 3).

*Table 3: Duration of current pain episode at baseline and follow-up assessment in both groups*

|                                  | <i>Non-users group</i>       |                               | <i>Users group</i>           |                               |
|----------------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
|                                  | <i>Baseline<br/>(n = 20)</i> | <i>Follow-up<br/>(n = 17)</i> | <i>Baseline<br/>(n = 20)</i> | <i>Follow-up<br/>(n = 16)</i> |
| Duration of current pain episode |                              |                               |                              |                               |
| < à 7s                           | 5 (25%)                      | 10 (59%)                      | 4 (20%)                      | 11 (69%)                      |
| 7s à 3m                          | 3 (15%)                      | 1 (6%)                        | 1 (5%)                       | 1 (6%)                        |
| 3m à 6m                          | 2 (10%)                      | 2 (12%)                       | 5 (25%)                      | 1 (6%)                        |
| 6m à 18m                         | 4 (20%)                      | 3 (18%)                       | 4 (20%)                      | /                             |
| >18m                             | 5 (25%)                      | /                             | 6 (30%)                      | 2 (13%)                       |

#### Visits of pain specialist

In both groups the frequency of visits to the pain specialists reduced in average for 10 points; frequency of visits to the general medical doctor dropped for 25% and to osteopath for 36%. In both groups 18% of participants consulted a spine specialist equally at the baseline and at the follow-up, shoe-users registered 8% more visits than non-users. The number of visits of pain specialists dropped in both groups. General medical doctor and osteopath were the most visited. Their visit diminished for 25% in the shoe-users group and 29 in non-users group (Table 4).

*Table 4: Frequency of visits of pain specialist.*

|                          | <i>Non-users group</i>       |                               | <i>Users group</i>           |                               |
|--------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
|                          | <i>Baseline<br/>(n = 20)</i> | <i>Follow-up<br/>(n = 17)</i> | <i>Baseline<br/>(n = 20)</i> | <i>Follow-up<br/>(n = 16)</i> |
| Visit of pain specialist |                              |                               |                              |                               |
| Generalist               | 14 (70%)                     | 7 (41.2%)                     | 10 (50%)                     | 4 (25%)                       |
| Specialist               | 5 (25%)                      | 5 (29.4%)                     | 2 (10%)                      | 1 (6.3%)                      |
| Osteopath                | 14 (70%)                     | 8 (47.1%)                     | 11 (55%)                     | 2 (12.5%)                     |
| Physiotherapist          | 11 (55%)                     | 4 (23.5%)                     | 9 (45%)                      | 2 (12.5%)                     |
| Other                    | 3 (15%)                      | /                             | 1 (5%)                       | /                             |

#### Painkillers intake

At the baseline both groups of users and non-users reported equal rate of painkiller drugs intake (35% 7/20 vs 35% 7/20), contrary to the follow-up (13% 2/16 vs 24% 4/17). After one year, the use of medications dropped for 34% in both groups (23% in users group vs 12% in non-users group). The difference of using painkiller drugs between both groups is 11%. In both groups the use of NSAID, muscle relaxants and opioids decreased for 17% after the follow-up. The muscle relaxants and opioids were substituted with paracetamol and anti-inflammatory drugs after the follow-up by the non-users group. In users group the use of painkiller drugs was nearly abandoned (Table 5).

Table 5: Painkillers drugs intake

|                    | Non-users group      |                       | Users group          |                       |
|--------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|
|                    | Baseline<br>(n = 20) | Follow-up<br>(n = 17) | Baseline<br>(n = 20) | Follow-up<br>(n = 16) |
| Medication         |                      |                       |                      |                       |
| Yes                | 7 (35%)              | 4 (24%)               | 7 (35%)              | 2 (13%)               |
| Type of medication |                      |                       |                      |                       |
| Paracetamol        | /                    | 2 (12%)               | /                    | 1 (6%)                |
| NSAID              | 6 (30%)              | 6 (35%)               | 4 (20%)              | 2 (13%)               |
| Mild opioids       | 2 (10%)              | /                     | 1 (5%)               | /                     |
| Myorelaxants       | 2 (10%)              | /                     | 2 (10%)              | /                     |
| Lyrica             | 1 (5%)               | /                     | /                    | /                     |

## 4 Discussion and Conclusions

The purpose of the following study, based on the previous randomized control study (Armand et al 2014), was to observe the effect of unstable shoes on chronic low back pain characteristics among the health care professionals. Armand et al (2014) showed on the same population that the 6-week use of unstable shoes during working time significantly reduces low back pain when a person walks barefoot or with shoes in the laboratory. In the contrary, no statistical differences were observed regarding the pain during the last 24 hours between shoe-users and non-users. Actually, the positive effect of unstable shoes on reduction of low back pain during the last 24 hours is demonstrated in a present follow-up, realised 19 months later. Ouyolu et al (2014) reported that in average, low back pain lasts  $1.5 \pm 0.8$  years with nearly 40% of weekly pain episodes among nurses working at the intensive care unit. In average, in our study chronic low back pain lasted for 1 year and 7 months and it had been experienced for the last 4 weeks before the 1-year follow-up evaluation by 65% of participants. Chronic pain fluctuated during time and it seems that the use of unstable shoes did reduce some chronic low back pain parameters; for example, pain during the last 24 hours has reduced for more than 2.7 points, showing a highly significant effect. Additionally, there has been an important reduction of current pain episode duration; the majority of participants have experienced the chronic low back pain for less than 7 weeks and only a few cases have reported that pain had persisted for more than 18 weeks. The trend of reduction has also been observed among the respondents who visited pain specialist and used painkiller drugs. As the chronic low back pain management is a complex multidimensional process, the future studies would be needed to observe some further effect of the unstable shoes during a longer period and with a larger sample of respondents.

## LITERATURE

1. Armand, S., Tavčar, Z., Turcot, K., Hoffmeyer, P. and Genevay, S. (2014). Effects of unstable shoes on chronic low back pain in health professionals: a randomized controlled trial. *Joint Bone Spine Journal*, Jun 28.

2. Balagué, F., Mannion, A. F., Pellisé, F. and Cedraschi, C. (2012). Non-specific low back pain. *Lancet*, 379 (9814), 482-491.
3. Balagué, F., Mannion, A. F., Pellisé, F. and Cedraschi, C. (2007). Clinical update: Low back pain. *Lancet*, 369 (9563), 726-728.
4. Baty, D. and Stubbs, D. A. (1987). Postural stress in geriatric nursing. *International journal of nursing studies*, 24 (4), 339-344.
5. Callaghan, JP., Patla, AE. and McGill, SM. (1999). *Clinical biomechanics*. 14 (3), 203-216.
6. Deyo, R. A., Battie, M., Beurskens, A. J., Bombardier, C., Croft, P., Koes, B., Malmivaara, A., Roland, M., Von Korf, M. and Waddell, G (1998). Outcome measures for low back pain research. A proposal for standardized use. *Spine*, Sep 15., 23, 2003-2013.
7. Ehrlich, G. E. (2003). Low back pain. *Bulletin of the World Health Organization*, 81 (9), 671-676.
8. Genevay, S., Cedraschi, C., Courvoisier, DS., Perneger, TV., Grandjean, R., Griesser, AC. and Monnin, D. (2011). Work related characteristics of back and neck pain among employees of a Swiss University Hospital. *Joint Bone Spine*, 78 (4), 392-397.
9. Hignett, S. (1996). Work-related back pain in nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 1238-1246.
10. Mealer, M., Burnham, E. L., Goode, C. J., Rothbaum, B. and Moss, M. (2009). The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. *Depression and anxiety*, 26 (12), 118-1126.
11. New, P and Pearce, J. (2006). The effects of Masai Barefoot Technology footwear on posture: an experimental designed study. *Physiotherapy Research International*, 12 (4), 202-222.
12. Nigg, B., Hintzen, S. and Ferber, R. (2006). Effect of an unstable shoe construction on lower extremity gait characteristics. *Clinical biomechanics*, 21 (1), 82-88.
13. Nigg, BM., Davis, E., Lindsay, D. and Emery, C. (2009). The effectiveness of an unstable sandal on low back pain and golf performance. *Clinical journal of sport medicine: official journal of the Canadian Academy of Sport Medicine*, 19 (6), 464-470.
14. Ovayolu, O., Ovayolu, N., Genc, M. and Col-Araz, N. (2014). Frequency and severity of low back pain in nurses working in intensive care units and influential factors. *Pakistan journal of medical sciences*, 30 (1), 70-76.
15. Pheasant, S. and Stubbs, D. (1992). Back pain in nurses: epidemiology and risk assessment. *Applied Ergonomics*, 23 (4), 226-232.
16. Romkes, J., Rudmann, C. and Brunner, R. (2006). Changes in gait and EMG when walking with the Masai Barefoot Technique. *Clinical biomechanics*, 21 (1), 75-81.
17. Van Tulder, M., Koes, B. and Bombardier, C. (2002). Low back pain. *Best practice & research. Clinical rheumatology*, Dec. 16, 761-775.
18. Von Korf, M. and Saunders, K. (1996). The course of back pain in primary care. *Spine*, 21, 2833-2837.

# Etična načela v zdravstveni dejavnosti

UDK 614.253:174

**KLJUČNE BESEDE:** etika, morala, etična načela, kodeks etike, zdravstveni poklici

**POVZETEK** - Etika in morala sodita med temeljne vrednote zdravstvenih delavcev, ki morajo imeti najvišje vrednote, saj so le-te izhodišče za ustrezno opravljanje dela z ljudmi. Pacient ima popolno pravico odločati o vsem, zdravstveni delavci pa so mu dolžni v izbiri slediti. Vsak odmik od takih načel nima opravičila. Medicinska etika temelji na izhodišču Hipokratove prisega, ki je eno najbolj znanih grških medicinskih besedil. Ta zaprisega je še dandanes dragocen in pomemben dokument zdravniške etike, saj zajema nekatera še danes pereča medicinsko-etična vprašanja in ne zadeva samo zdravniške etike, ampak tudi poklicno etiko vseh strok, ki se ukvarjajo s človekom in njegovim zdravjem. Razvila so se delovna področja in različne poklicne skupine, ki se razlikujejo po specifičnih zdravstvenih obravnavah. Glede na področje dela in specifik v obravnavi so posamezne poklicne skupine izoblikovale poklicne kodekse, ki v osnovi določajo etična načela poklicne skupine. Kodeks etike pomeni konsenz strokovnih združenj za poklice v zdravstveni in babiški negi na nacionalnem nivoju. Tako je tudi izhodišče v Zakonu o zdravstveni dejavnosti. Dejansko stanje v Sloveniji pa se kaže v popolnoma drugačni luči. Kljub temu pa so strokovna izhodišča in etična načela poklicnega delovanja jasna.

UDC 614.253:174

**KEY WORDS:** ethics, morality, ethical principles, code of ethics, medical professions

**ABSTRACT** - Ethics and morality belong to the core values of health care professionals. Healthcare professionals must have the highest values, which are the starting point for working with people. The patient has the full right to decide about his or her health care and health care workers are obliged to follow the patient's decision. Any deviation from these principles is not excusable. Medical ethics is based on the Hippocratic Oath, which is one of the most famous Greek medical texts. Hippocratic Oath is still a valuable and important document of medical ethics today, as it covers some very important medico-ethical issues. The oath itself is not only a matter of medical ethics, but also the professional ethics of all disciplines that deal with humans and their health. There has been a development of the work areas and different occupational groups, which differ according to the specific health treatment. According to the field of work and the specifics of the treatment, the individual professional groups have formed professional conducts, which basically define the ethical principles of the professional groups. Code of Ethics represents a consensus of professional associations for nursing and midwifery care at the national level. That approach is also defined in the Health Services Act. However, the situation in Slovenia is reflected in a completely different light. Nevertheless, the professional starting points and ethical principles of professional practice are clear.

## 1 Uvod

Etika kot filozofska disciplina se ukvarja s filozofskim razmišljanjem o moralnosti in poizkuša najti odgovore, kako naj človek deluje v odnosu do družbe, soljudi, okolja in na koncu tudi do samega sebe. Etiko kot filozofsko disciplino označujeta dve temeljni izhodišči. Prvo, ki raziskuje merila moralnega vrednotenja, in drugo, ki raziskuje ravnanje človeka in njegova dejanja z gledišča dobrega in zla. Etika se ukvarja s filozofskim razmišljanjem o moralnosti in o tem, da je človek neogibno moralno bitje, zavezan svojim moralnim presojam.

Etika se je razvila iz pravoslovnih (filozofska disciplina, ki obravnava merila človeškega hotenja in ravnanja glede na dobro in zlo) pojavov in verstev v davnih civilizaci-

jah. Kot filozofska medicinska disciplina pa se je pojavila v grško-židovsko-krščanski tradiciji. Medicinska etika temelji na Hipokratovi prisegi, ki je ena najbolj znanih grških medicinskih besedil (Hipokrat, oče starogrške medicine, je živel okrog l. 400 pred Kristusom). Hipokratovo zaprisego je presegla Ženevska deklaracija (to je listina, ki je bila mišljena kot revizija Hipokratove zaprisege in je do danes večkrat dopolnjena oziroma spremenjena (1968, 1984, 1994, 2005 in 2006)), ki jo je sprejela Skupščina Svetovnega zdravniškega združenja leta 1948.

## 2 Etična načela v zdravstvu

Razvoj zdravstvenih poklicev zaradi pristojnosti in specifičnih odnosov terja postavitev strokovnih izhodišč in etičnih načel poklicnega delovanja. Ključna načela, ki so izpostavljena in pomembna za delovanje vseh zdravstvenih delavcev, so povezana s pravnimi normami ali kliničnimi primeri. Načela so izhodišče za ravnanje in delo zdravstvenih delavcev. Skupna etična načela mora upoštevati vsak, ki opravlja delo v zdravstveni dejavnosti, ne glede na to, ali so ta načela delno ali v celoti določena za poklicno skupino, ki opravlja delo v zdravstveni dejavnosti.

### 2.1 Načelo dobrodelnosti

Načelo dobrodelnosti se razume kot načelo moralnosti, delati dobro in se izogibati zlu, ki sicer ne določa, kakšno mora biti ravnanje zdravstvenega delavca. Tako ravnanje vključuje načelo »primum non nocere« (Primum non nocere je latinski izraz, ki pomeni »prvič, ne škodi.« Je eden od glavnih naukov medicinske etike: delati dobro ali ne škoditi). Zdravstveni delavci morajo delati tako, da ne povzročajo dodatne škode pacientu. Težava pri tej razlagi pa je, da celo najboljši ukrepi lahko povzročajo škodljive rezultate. Načelo dvojnega učinka omogoča bolj primerno analitsko metodo za tiste konfliktne položaje, kjer bi se lahko izognili škodi brez kakršnega koli ukrepanja. V nekaterih kulturah pa so se iz načela dobrodelnosti razvile posebne moralne norme, kot na primer, nikoli namerno škodovati, poiskati, kaj je za pacienta dobro, pomagati pacientu, da doseže svoj cilj itd.

### 2.2 Načelo skupnega dobra

Izhaja iz vseh pogojev družbe, ki omogočajo posameznikom, da dosežejo svoj duhovni napredek, in vključujejo spoštovanje človeka, socialno blaginjo in varnost. Vse to pomeni zagotavljanje zdravstvenega varstva, ki se prepleta z načelom subsidiarnosti (načelo subsidiarnosti zajamči neodvisnost nižjih organov v odnosu do višjih teles ali lokalnih organov v odnosu do centralnih organov). Če se skupno dobro nanaša na spoštovanje oseb, obvezuje izvajalce zdravstvene dejavnosti, da spoštujejo temeljne človekove pravice vsakega posameznika. Delovanje zavodov pa mora zagotavljati, da imajo posamezni člani družbe enak dostop do zdravstvenega varstva, ki je potrebno za povrnitev ali ohranjanje zdravja.

### 2.3 Načelo prava

Vključuje vrsto pravičnosti in distribucijske pravice, kar je osrednji koncept in je tesno povezan s konceptom človekovega dostojanstva. Kot etično načelo pa se nanaša na enake pravice, ki jih družba oz. skupnost zagotavlja posameznikom v sorazmerju z njihovimi potrebami. V okviru zdravstvenega varstva načelo prava zahteva, da imajo vsi možnost enakega dostopa do osnovnega zdravstvenega varstva. V odnosu do posameznika pa ima družba dolžnost, da posamezniku v stiski zagotovi enako dostopnost do zdravstvene oskrbe.

### 2.4 Načelo dvojnega delovanja

Načelo dvojnega delovanja ima že samo po sebi predvidena dva učinka, in sicer: razumno doseči dober učinek, s tem pa nenamerno povzročiti še škodljiv učinek. Načelo dvojnega učinka je v zdravstveni dejavnosti dovoljeno pod pogojem, da predvidenega pozitivnega učinka ni mogoče doseči, ne da bi preprečili tudi škodljiv učinek. Predviden pozitivni učinek pa mora biti najmanj enak ali celo večji od predvidenih škodljivih učinkov.

### 2.5 Načela formalnega in materialnega sodelovanja

Sodelovanje z obeh zornih kotov pomeni doseganje ali ohranjanje obstoječega, z namenom zmanjšati ali preprečiti poslabšanje zdravstvenega stanja ali povzročiti škodo. Sodelovanje je treba razlagati kot „vsako fizično ali moralno pomoč, zavestno delovanje izvajalcev in sodelovanje pri izvajanju vseh moralno spornih dejanj«. Pri izvajanju zdravstvenega varstva zdravstveni delavci sodelujejo svobodno in neposredno s pacientom pri ukrepih z namenom doseči optimalno zastavljen cilj. Formalno sodelovanje je treba razlikovati od materialnega predvsem po namenu. Pri izvajanju zdravstvene oskrbe velja, da materialno sodelovanje nastane, ko so izvajalci in uporabniki vključeni v okoliščine, ki prispevajo k delovanju vzročno-posledičnega razmerja. Ob tem je treba upoštevati uporabo načela sodelovanja zaradi negativnih posledic. Sodelovanje pa je dovoljeno, če ne obstaja možnost nastanka slabih izidov.

### 2.6 Načelo človekovega dostojanstva

Načelo človekovega dostojanstva je konceptualna osnova za človekove pravice. Hkrati pa zagotavlja temelje za normativno trditev, da je vsako človeško bitje priznано kot enkratno in neponovljivo in kot edinstven izraz življenja v svoji podobi in duhovnosti. Normativne posledice tega pojmovanja pa se nanašajo na številna področja človekovega življenja, vključno z etiko v zdravstvu, na primer na načelo skupnega dobrega, pravico do življenja, pravico do zdravstvenega varstva in druga načela.

### 2.7 Načelo zavestne privolitve

Je pravica in odgovornost vsakega posameznika, da svobodno in prostovoljno pristane ali zavrne priporočene zdravstvene postopke. Sposobnost dati soglasje je pogojeno z ustreznimi pojasnjenimi informacijami (vključujejo diagnozo, način in namen zdravljenja, vrste in tveganja zdravljenja, ki temeljijo na podprtih dokazih), svobodne izbire

pacienta, sposobnost razumevanja informacij in sposobnost pacienta za sprejemanje odločitev. Da so vse zahteve izpolnjene, je potrebno, da se posameznik prostovoljno odloča. Pacient se mora odločati z ustreznim razumevanjem okoliščin, ob tem, da mu je dana možnost, da skrbno pretehta vse pričakovane koristi, bremena, tveganja in razumne alternative možnosti.

V primerih nujnih stanj se lahko domneva, da so izvedeni postopki nujno potrebni in jih ni mogoče odložiti ali pa se med izvajanjem postopka ugotovi potreba po nujnih dodatnih ali bolj obsežnih posegih. V takih okoliščinah, ko pacient ni sposoben dati soglasja, je treba postopati v dobro pacienta. Tako opravljeno delo se izvede kot objektivno soglasje.

### *2.8 Načela integritete in totalnosti*

Ti dve načeli narekujeta, da je treba upoštevati in zagotavljati pri odločanju o vseh terapevtskih posegih ali uporabi tehnologij dobro počutje posameznika. Terapevtski postopki, ki bi lahko povzročili škodo ali neželene stranske učinke, se lahko utemeljijo zgolj s sorazmerno koristjo za pacienta. V tem kontekstu „celovitosti“ je pogled na pacienta kot razumno bitje, s svojo voljo in vestjo, da se ohrani nedotaknjena fizična komponenta celotnega telesnega in duhovnega stanja. Del človeškega telesa se lahko žrtvuje le, če to žrtvovanje pomeni nadaljnje preživetje za pacienta.

### *2.9 Načelo sorazmerja in nesorazmerja*

To načelo pomeni pomemben pristop k analizi etičnih vprašanj, ki izhajajo iz splošne obveznosti za ohranitev človeškega življenja in postavitev meje tej obveznosti. To je vprašanje, ki se zastavlja pri obravnavanem načelu ob zaključku zdravljenja in se lahko nadaljuje v paliativni oskrbi, ali le-to predstavlja evtanazijo in ali zdravstveni delavec v določenih okoliščinah z zaključenim zdravljenjem usmerja pacienta ter s tem nadomesti odločanje pri tehtanju koristi in bremena zanj.

Sorazmerno sredstvo je vsako ravnanje, ki v danih okoliščinah pacientu ponuja razumno upanje, ki zanj ni preveč obremenjujoče. Razumno upanje v korist pacienta pa je treba presojati v kontekstu celotne osebnosti. Na splošno lahko rečemo, da ravnanje ali sredstvo ni preveč obremenjujoče, če ponuja koristi, ki odtehtajo pričakovano obremenitev za pacienta. Te ugotovitve je treba vključiti v razmišljanje o pričakovanih zdravstvenih rezultatih pacienta.

Nesorazmerno sredstvo je vsako ravnanje, ki v danih okoliščinah, v katerih se znajde pacient, ne ponuja razumne koristi in je preveč obremenjujoče zanj ali presega pričakovane koristi zdravljenja. Ob utemeljenem upoštevanju tega načela se lahko opusti zdravljenje, v nobenem primeru pa se ne sme opustiti redne zdravstvene nege in drugih posegov, ki ne sodijo v zdravljenje.

### *2.10 Načelo verske svobode*

Vsak pacient ima pravico do verske svobode, ki ima svoje izhodišče v človekovem dostojanstvu. To načelo pomeni, da pacienta ne smemo prisiliti v način zdravljenja, ki je v nasprotju z njegovim verskim prepričanjem. Pacient ima pravico, da zavrne so-

delovanje v kakršni koli obdelavi ali postopku, ki je v nasprotju z njegovo vestjo, niti ne sme biti prisiljen, da ne deluje v skladu s svojimi prepričanji. To načelo velja enako za paciente, zdravnike, medicinske sestre in druge zdravstvene delavce. Če pacient odkloni medicinski ali kirurški postopek na podlagi verskega prepričanja, ga je treba opozoriti, kakšno je tveganje. Če ta prizadevanja niso uspešna, imajo nekatere države prakso, da lahko zahtevajo sodni nalog, ter tako preko volje pacienta izvedejo nujni postopek. Iz primerov tujih pravnih praks je znano, da so sodišča odločila v nasprotju s prepričanjem pacienta, da bi se na podlagi verskih prepričanj odpovedal življenju.

Če je pacient, za katerega je bilo potrebno medicinsko zdravljenje zavrnjeno na podlagi verske svobode, otrok ali dojenček, bi lahko skrbništvo iskali tudi na podlagi dejstva, da se staršem v njihovi moralni in pravni obveznosti zagotovi nadomestno odločitev sodišča.

### *2.11 Načelo spoštovanja avtonomije*

Avtonomija pomeni sposobnost samoodločbe. Spoštovati avtonomijo pomeni priznati pacientu pravico do lastnih odločitev in ukrepati na podlagi lastnih vrednot in prepričanja. Načelo spoštovanja avtonomnosti pomeni, da morajo biti pacientu dane možnosti v odločanju brez prisile. Zdravstveni delavci pa morajo varovati zaupnost, spoštovanje zasebnosti in povedati resnico. V praksi zdravstvene oskrbe se avtonomija posameznika uveljavlja po pridobitvi soglasja.

Načelo spoštovanja avtonomije pomeni, da je avtonomija le »prima facie« (na prvi pogled oziroma navidez) položaj, ki ga lahko nadomestimo s konkurenčnimi moralnimi razlogi. Če izbira posameznika ogrozi javno zdravje, škoduje drugim, se lahko upravičena avtonomija posameznika omeji. Glede na navedeno se spoštovanje avtonomije ne sme razumeti kot absolutna in temeljna vrednota.

### *2.12 Načelo spoštovanja oseb*

Vsak pacient se obravnava kot posameznik, ki je svoboden in odgovoren v sorazmerju z njegovo sposobnostjo v danih okoliščinah. Posameznik z omejeno avtonomijo je upravičen do ustrezne zaščite, v skladu z načelom subsidiarnosti, človekovega dostojanstva in pravičnosti.

### *2.13 Načelo subsidiarnosti*

Načelo subsidiarnosti zahteva, da nadrejeni v našem primeru zdravstveni delavci priznavajo posameznemu pacientu pravico do sodelovanja pri odločitvah, ki ga neposredno zadevajo, z zagotavljanjem njegovega dostojanstva in njegovo odgovornostjo za skupno dobro. Odločitve je treba upoštevati v skladu z družbenimi ali organizacijskimi normami, ki ne smejo posegati v odločitve ali izbire, ki upravičeno pripadajo posamezniku. Zdravstveni delavci lahko posegajo v odločitve, kadar je to potrebno za zavarovanje ali zaščito potreb in pravic drugih pacientov. Po načelu subsidiarnosti določene posege v zdravstveni negi naredimo le v primeru in takem obsegu, v katerem pacient tega ni sposoben storiti sam.

### *2.14 Načelo strpnosti*

Načelo strpnosti ima dolgo zgodovino, ki ima svoje korenine v zagotavljanju demokratičnosti in v skupnem dobrem. Načelo strpnosti se je razvilo v skupek moralnih meril z usmeritvijo, kako delati dobro. V skladu s tem načelom se urejajo družbena razmerja in razmerja posameznikov, ki predstavljajo pomembne elemente skupnega dobrega, in se narekuje previdnost pri tolerantnosti do slabih dejanj. Načela strpnosti ne bi smeli šteti za »iskanje lukenj«, s katerimi so dovoljena slaba dejanja ([http://www.ascensionhealth.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=47&Itemid=171](http://www.ascensionhealth.org/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=171)).

## **3 Kodeks etike medicinskih sester**

Razvoj zdravstvene dejavnosti je terjal, da so etična načela pridobivala na pomenu. Splošna etična načela v zdravstveni dejavnosti in navedba v Hipokratovi zaprisegi, da »Prisega sama ne vključuje samo zdravniške etike, ampak tudi poklicno etiko vseh strok«, so bila izhodišče za etična načela vseh poklicnih skupin v zdravstveni dejavnosti. Revizija Hipokratove zaprisege v Ženevski deklaraciji, ki jo je sprejela Skupščina Svetovnega zdravniškega združenja pa govori o zdravnikovi vdanosti, ne zajema pa drugih poklicnih skupin v zdravstveni dejavnosti.

Zgodovinski razvoj zdravstvene dejavnosti je vključeval sodelavce na različnih ožjih strokovnih področjih. Izoblikovala so se delovna področja in različne poklicne skupine, ki se razlikujejo po specifičnih zdravstvenih obravnavah. Glede na področje dela in specifiko v obravnavi so posamezne poklicne skupine izoblikovale svoje poklicne etične kodekse.

Medicinske sestre so najštevilčnejša poklicna skupina zdravstvenih delavcev. V odnosu do pacienta pa pomemben člen pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe. V Sloveniji je bila dana prva pobuda za oblikovanje poklicnega kodeksa za medicinske sestre leta 1992. Kodeks etike medicinskih sester 2014 vsebuje etična načela v odnosu do pacienta, sodelavcev, družbe in poklicne organizacije. Izhodišče povzema iz Kodeksa etike (2000 in 2005) in Kodeksa Svetovnega združenja medicinskih sester (ICN) (Etični kodeks za medicinske sestre Svetovnega združenja medicinskih sester je vodilo za delovanje, ki temelji na družbenih vrednotah in potrebah. Služi kot standard za medicinske sestre po vsem svetu pri vsakodnevnih odločitvah in podpira zavrnitev sodelovanja pri dejavnostih, ki so v nasprotju z zdravstveno nego in zdravljenjem), ki določa, da mora medicinska sestra skrbeti za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, obnavljanje zdravja in lajšanje trpljenja. Ob navedenem pa je treba upoštevati človekove pravice v odnosu do življenja in spoštovanja človekovega dostojanstva, ob vključevanju splošnih načel pravic pacientov in upoštevanju specifičnih profesionalnih vrednot. Strokovno združenje izvajalcev zdravstvene in babiške nege Slovenije (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza) je v Uradnem listu RS, št. 52/2014 objavilo Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi.

## 4 Zaključek

Poklicni kodeksi vsebujejo načela, ki pa so pravno-formalno nezavezujoča. Pravnih posledic v tem kontekstu ni. Kljub poklicnim usmeritvam pa morajo poklicni izvajalci v zdravstveni dejavnosti z moralnega stališča biti podučeni, da brez upoštevanja vseh splošnih etičnih načel ni primerno delovati na tem področju. Leksikon prava Cankarjeve založbe razlaga etične kodekse kot »kodekse, ki so jih sprejela posamezna poklicna združenja; mnoga imajo vsaka svoj etični kodeks, ki je širši od pravnih pravil in se stika z moralo posameznega poklica« (Bavcon, 2003). Igličar dodaja, da etični kodeksi različnih poklicev odražajo specifično moralo ožje družbene skupine, ki predstavlja v določenih točkah izostritev, v drugih pa celo odstop od družbene morale (Igličar, 2004). Novak navaja, da so poklicni etični kodeksi zapisi moralnih pravil in načel, ki vsebujejo določbe, ki so se izoblikovale skozi daljše časovno obdobje v okviru določenega poklica, stroke ali stanu. Za razliko od moralnih sistemov poklicne etike nimajo ne želje ne sposobnosti, da bi ponujale celovit vrednostni sistem, ki bi odgovarjal na vsa pomembna vprašanja človeškega obstoja. Omejujejo se le na nabor etičnih vprašanj, ki se odpirajo pri opravljanju določenega poklica (Novak, 2008).

Brumec navaja, da etični kodeks posameznega društva ne more imeti vpliva na kognitivne pravne norme, saj njihova prisilna narava to onemogoča. Prav tako določbam kodeksa niso podvrženi tisti, ki niso člani društva, ker avtonomno pravno urejanje veže samo tiste, ki se zavežejo k spoštovanju teh pravil. Člani društva lahko urejajo medsebojna razmerja zavezujoče, z etičnimi kodeksi, izrekajo sankcije za kršitve in celo zahtevajo sodno varstvo v nastalih sporih. Ob tem pa trčimo ob problem, ki izhaja iz narave etičnih kodeksov. Pravni red namreč terja, da je zavezujoči splošni akt društva v skladu s temeljnimi načeli pravnega reda, še posebej tam, kjer za kršitve predvideva različne sankcije. Etični kodeks bi tako nujno moral biti podoben pravnemu aktu, in bi nekako izgubil »moralno plat« svojega poslanstva. (Brumec, 2010).

Etika in morala sodita med temeljne vrednote zdravstvenih delavcev. Zgodovinski pregled nas usmerja, da morajo imeti zdravstveni delavci najvišje vrednote, ki so izhodišče za opravljanje dela z ljudmi. Da so zdravstveni delavci nad pacientom in jim je le-ta podrejen, se počasi umika iz zavesti vseh, čeprav je včasih še vedno močno prisoten. V demokratičnih družbah so vrednote in miselnost vseh vpletenih višje, drugje se stanje počasi spreminja. Pacient pa je, predvsem takrat ko ga obravnavamo, tisti, ki ima popolno pravico odločati o vsem, zdravstveni delavci pa so mu dolžni v izbiri slediti. Vsak odklik od takih načel nima opravičila. Zavedanje vseh, ki opravljajo delo v zdravstveni dejavnosti, pa mora v tem pogledu imeti tudi širše razsežnosti. Ne glede na možnosti pritožb je v praksi še vedno prisotno enostransko odločanje, brez ustreznih dogovorov s pacientom in brez posledic. Kljub temu pa, izhajajoč iz splošnih načel in pravic, ki jih določa zakon, še vedno ni dovolj visokega zavedanja o možnostih, ki jih imajo pacienti. Izkušnje kažejo na nedopustno ravnanje, ki tudi v medicinskem pogledu nima nobenih strokovnih podlag.

V slovenskem prostoru Zakon o zdravstveni dejavnosti v 45. členu določa, da morajo zdravstveni delavci opravljati zdravstveno dejavnost v skladu s sprejeto zdravstveno

doktrino in s kodeksom medicinske deontologije oziroma z drugimi strokovnimi in etičnimi kodeksi. Pri opravljanju svojega dela morajo obravnavati vse ljudi pod enakimi pogoji na enak način in spoštovati njihove ustavne in zakonske pravice. Zdravniki, ki so obvezani, da so vključeni v Zdravniško zbornico, imajo enotni etični kodeks, ki velja za vse zdravnike. V zdravstveni negi pa velja tako, kot za vse druge poklicne skupine, da obveznega včlanjevanja v eno organizacijo ni. To je v praksi pripelja do nepojmljivega stanja, v katerem je članstvo v združenju zaveza za upoštevanje kodeksa tega združenja. V tem pogledu lahko ob kritičnem razmišljanju govorimo o etičnem ravnanju izvajalcev zdravstvene dejavnosti na področju zdravstvene nege, ki ne razmišljajo o pacinetu kot ključnem členu, pač pa o izvajalcih, ki jim je bolj pomembno, da se ukvarjajo sami s seboj.

Izhajajoč iz zapisanih etičnih načel v zdravstvu in določil v 45. členu Zakona o zdravstveni dejavnosti bi veljalo razmisliti o enotnem etičnem kodeksu za zdravstvene poklice. S tem bi zagotovili enake moralne norme in pravila vedenja za zdravstvene delavce ter odnose v vsej zdravstveni dejavnosti. Tako bi zagotovili tudi najširši konsenz glede integritete posameznika in njegovega ravnanja.

Ugotavljamo, da etični kodeks ni neposredno pravno zavezujoč. Njegova vloga pa je vir morale za interpretiranje pravnih pravil, ki pa je ne more prevzeti, ker je vloga morale drugačna kot vloga etičnega kodeksa. Integriranje etičnih kodeksov v pravni sistem povzroča transformacijo etičnih kodeksov v pravne zapise moralnih pravil in izgubo fleksibilnosti in pojmovne odprtosti morale, ki je njena bistvena lastnost (Brumec, 2010).

## LITERATURA

1. Bavcon, L. et al. (2003). Pravo. V B. Aubelj (ur.), Leksikoni Cankarjeve založbe. Ljubljana: Cankarjeva založba
2. Brumec, M. (2010). Etični kodeksi in pravo. *Dialogi*, 46 (1-2).
3. Čepon, R. (2011). Zdravstvena terminologija. Ljubljana: Modrijan založba, d. o. o.
4. [http://www.ascensionhealth.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=47&Itemid=171](http://www.ascensionhealth.org/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=171).
5. [http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/free\\_publications/Code\\_of\\_Ethics\\_2012.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/free_publications/Code_of_Ethics_2012.pdf).
6. Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU. Slovar slovenskega knjižnega jezika. Pridobljeno s <http://www.zrc-sazu.si/>.
7. Igličar, A. (2004). Sociologija prava. Ljubljana: Cankarjeva založba.
8. Novak, A. (2008). Pravo v iskanju morale. *Dialogi*, 1-2, 44-63.
9. Slovenski medicinski slovar (SMS) (2002). Ljubljana: Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani (5. izdaja 2014).

## Zadovoljen pacient v domačem okolju kot cilj celostne obravnave pacienta v SBI

UDK 614.21-021.465

**KLJUČNE BESEDE:** celostna obravnava, pacienti, načrtovanje, sprejemi, odpusti

**POVZETEK** - Cilj celostne obravnave na sekundarni ravni je najvišja stopnja samostojnosti pacienta v domačem okolju ali v socialnovarstvenem zavodu. V SBI se ob načrtovanju odpusta pacienta stremi k doseganju čim višje stopnje samooskrbe in spodbuja pozitivno sprejemanje trenutnega zdravstvenega stanja in samopodobe. Pacient je obravnavan v multidisciplinarnem timu s poudarkom na individualnosti primera, dobrem sodelovanju s svojci, fizioterapijo, socialno službo, paliativnim timom, osebnim zdravnikom in patronažno službo. Po svetovnih smernicah kakovostne priprave pacientov na operativne posege se izvaja zdravstvena vzgoja že ob pregledu v specialistični ambulanti in vse do odpusta iz bolnišnice. Zdravstvena vzgoja poteka med prehranskim ocenjevanjem, učenjem pacienta in svojcev, kako živeti s stomo, kako po amputaciji udov, po operaciji kolka, tumorjev in po poškodbi glave. Pacienti ob odpustu prejmejo pisna in ustna navodila. V okviru dnevne bolnišnice in ginekološke dejavnosti v SBI se izvajajo aktivnosti in postopki po klinični poti, ki že vnaprej omogočajo pravočasno pripravo pacienta na sprejem in odpust ter izdelavo individualnega načrta, ki je ključen za varen in kakovosten odpust.

UDC614.21-021.465

**KEY WORDS:** Comprehensive treatment, patient, planning, admission, remission

**ABSTRACT** - The aim of a comprehensive treatment on the secondary level is the highest point of autonomy of the patient in the home environment or in the social care institution. The SBI is planning on taking the remission of the patient strives to achieve the highest possible degree of self-sufficiency and promote positive acceptance of the current health status and self-esteem. The patient was treated in a multidisciplinary team with an emphasis on individuality case, good collaboration with relatives, physiotherapy, social work, palliative care team, physician and home care service. According to the global guidelines of the quality patient preparation on surgical procedures, the health education is performed from the time of the review in a specialist clinic until the discharge from hospital. Health education takes place between nutritional assessment, education of the patient and relatives on how to live with a stoma, how to live with the amputation of limbs, after hip and tumours surgery and after head injuries. Patients at discharge receive both written and oral instructions. In the context of day hospitals and gynaecological activities in SBI, activities and procedures according to the clinical path are implemented to enable in advance preparation of the patient for admission and dismissal, as well as making an individual plan, which is essential for safe and high-quality dismissal.

### 1 Načrtovanje sprejema in odpusta

Pravočasna priprava pacienta na odpust in izdelava individualnega načrta je ključna za varen in kakovosten odpust (Hainsworth, 2005). Pacienti so danes odpuščeni iz bolnišnične obravnave še vedno »bolni« (Kadivec, 2012). Raznovrstne negovalne potrebe po odpustu pomenijo večji pritisk na izvajalce, ki nudijo pomoč pri izvajanju dnevnih osnovnih in podpornih življenjskih aktivnosti. Neustrezen načrt odpusta vodi v ponoven sprejem, kar vpliva na pacienta, svojce in osebe (Lavtižar in Kramar, 2012).

Cilj celostne obravnave na sekundarni ravni je najvišja stopnja samostojnosti pacienta pri izpolnjevanju življenjskih aktivnosti v varnem domačem okolju ali v socialno-

varstvenem zavodu. V Splošni bolnišnici Izola se ob načrtovanju odpusta pacienta stremi k doseganju čim višje stopnje samooskrbe in spodbuja pozitivno sprejemanje trenutnega zdravstvenega stanja in samopodobe. V ta namen se v procese dela uvaja primere dobrih praks celostne obravnave pacienta, ki v središče postavljajo pacienta in njegove potrebe. Pacient je tako obravnavan v multidisciplinarnem timu z velikim poudarkom na individualnosti primera. Pomembno je dobro sodelovanje s svojci, fizioterapijo, socialno službo, paliativnim timom, osebnim zdravnikom in patronažno službo. Po svetovnih smernicah kakovostne priprave pacientov na operativne posege se izvaja zdravstvena vzgoja že ob pregledu v specialistični ambulanti in vse do odpusta iz bolnišnice. Zdravstvena vzgoja poteka med prehranskim ocenjevanjem, kot priprava pacienta in svojcev na življenje s stomo, po amputaciji udov, operaciji kolka, tumorjev in po poškodbi glave. Pacienti ob odpustu prejmejo pisna in ustna navodila.

Načrtovanje primera obravnave omogoča celostni pristop k pacientu. V okviru dnevne bolnišnice in ginekološke dejavnosti v SBI se izvajajo aktivnosti in postopki po klinični poti, ki že vnaprej omogoča pravočasno pripravo pacienta na sprejem in odpust, ter izdelavo individualnega načrta, ki je ključni za varen in kakovosten odpust. Neustrezen načrt odpusta po nepotrebnem vodi v daljšo ležalno dobo, poslabšanje zdravstvenega stanja ali ponovni sprejem, kar vpliva na nezadovoljstvo pacienta in svojcev ter bolnišnično zdravstveno dejavnost v smislu povečanja stroškov in doseganja slabih rezultatov dela.

## 2 Koordinacija celostne obravnave

Pacienti po zaključenem akutnem zdravljenju na kirurgiji preidejo v neakutno zdravstveno obravnavo ali na negovalni oddelek. Neakutna zdravstvena obravnava je manj intenzivna in manj usmerjena v diagnostiko. Zdravstveno stanje pacientov je stabilno, vendar ne dovolj za domačo oskrbo. V to skupino sodijo:

- pacienti, ki potrebujejo rehabilitacijo, imajo potencial za funkcionalno izboljšanje ter značilne medicinske in negovalne potrebe. Kratkotrajna rehabilitacijska terapija vključuje poleg medicine in zdravstvene nege še fizioterapijo itd. V večini primerov gre za paciente po operaciji kolka, tumorjev, paciente s kroničnimi ranami ali po amputaciji udov ter težje poškodovane ali nepokretne.
- dolgotrajni ali kronični pacienti z dolgo ležalno dobo ter velikimi potrebami po zdravstveni negi in pripadajočih storitvah, kot so npr. tisti s poškodbami glave, starejši, nesamostojni, dezorientirani itd.

Koordinacija sprejema in odpusta nudi zdravstvenim organizacijam možnost nudenja kakovostnih in stroškovno učinkovitih storitev ne glede na področje delovanja ali finančne vire. Omogoča prepoznavanje, načrtovanje in nadziranje izvajanja služb, ki so potrebne za doseganje želenih izidov zdravstvene nege pri pacientu v določenem časovnem obdobju.

V SBI se koordinator odpusta pogovori s pacienti in tudi z njihovimi svojci. S pomočjo socialne delavke pacientu in svojcem svetuje glede možnosti pomoči na domu, kje

naj jo iščejo, kako pomoč razporediti čez dan, kakšna finančna sredstva so potrebna, kako in kje pridobiti sanitetno-potrošni material ali medicinsko-tehnične pripomočke in kako negovati pacienta doma oz. kakšno pomoč mu nuditi pri osnovnih življenjskih aktivnostih.

Pacienti in predvsem njihovi svojci pogosto želijo namestitvev pacientov na podaljšano bolnišnično zdravljenje. S pacienti in svojci, pri katerih se predvideva, da oskrba v domačem okolju ne bo mogoča in ne bodo izpolnjevali pogojev za PBZ, se koordinator odpusta takoj po sprejemu pogovori o namestitvi pacienta v domsko oskrbo in sproži postopek urejanja domske namestitve ter predstavi prednosti domske namestitve, seveda ob upoštevanju finančne situacije pacienta ali svojcev.

Na kirurškem oddelku SBI smo s koordinacijo sprejema in odpusta pričeli nekje v začetku februarja leta 2014. Koordinator opravlja tudi sledljivost pacienta, česar ne dokumentiramo samo v prirejene obrazce, ampak tudi redno zapisujemo v zvezke sledljivosti na posameznem oddelku (predloge za paciente, ki so premeščeni v podaljšano ZN v Bolnišnico Sežana, predloge za premestitev pacienta v DSO, za paciente, ki so premeščeni v Dolenjske toplice po operaciji kolka, ali na URI Soča po poškodbi glave, prav tako pa posredovanje obvestil patronažni službi).

Glavne točke, ki so še v pripravi koordinacije odpusta, so, da bodo vsi pacienti imeli načrt zdravljenja v 24 urah po prihodu v bolnišnico, okvirni termin odpusta pa bo določen v 24 urah po sprejemu ter se bo sporočil pacientu in njegovim svojcem, treba pa bo določiti vse aktivnosti, ki so vezane na pripravo pacienta in svojcev na odpust (zdravstvena nega, navodila ...).

### **3 Zaključek**

Zaradi usmerjenosti k obširnejši obravnavi pacientov tudi v domačem okolju oziroma na primarni ravni je treba predvsem organizirati različne službe, ki bi bile vsem dostopne in bi zadovoljile potrebe po celostni zdravstveni obravnavi. Resolucija zato posebno pozornost namenja tudi obravnavi te skupine prebivalstva. Poudarja dejavno vlogo pacienta ter interdisciplinarni in integrirani pristop. ([http://www.who.int/medical\\_devices/survey\\_resources/health\\_technology\\_national\\_policy\\_slovenia.pdf](http://www.who.int/medical_devices/survey_resources/health_technology_national_policy_slovenia.pdf)).

Pacienti so odpuščeni iz bolnišnične obravnave »še vedno bolni«, kar pomeni večji obseg in raznovrstnost njihovih potreb tudi po odpustu, to pa se odraža v večjem pritisku na službe in izvajalce zdravstvene dejavnosti in ostale službe, ki nudijo pomoč posamezniku pri izvajanju dnevnih in podpornih življenjskih aktivnosti (Kadivec in Peternej, 2008).

Povprečna starost pacientov se viša, večja se kompleksnost njihove problematike zaradi kroničnosti bolezni. Potek zdravljenja je nepredvidljiv, kljub temu pa je smiselno že pred in ob sprejemu načrtovati odpust, vključujoč vse dejavnike celostne obravnave. Bolnišnice so namenjene zdravljenju, za najboljše možne izide zdravljenja pa

je pomembno sodelovanje primarnega in sekundarnega nivoja zdravstvenih služb ter socialnovarstvenih zavodov.

Vzpostavitev sistematičnega načrtovanega odpusta pacienta omogoča čim lažji prehod pacientov skozi celotno obravnavo in prehajanje iz bolnišnice v domačo oskrbo. Pri tem je pomembno pacientovo predhodno stanje, predvsem pa njegove želje in pričakovanja. Ob odpustu je izjemnega pomena zagotavljanje zdravstvene in socialne oskrbe v domačem okolju. Ob uvedbi načrtovanja pacientovega odpusta oz. koordiniranja je potreben sistematičen pregled, presoja o učinkoviti realizaciji ob upoštevanju priporočil in smernic sodobne literature.

## LITERATURA

1. Hainsworth, T. (2005). The national service framework for long-term conditions. *Nurs Times*, 101, 24-25.
2. Maze, H. (2008). Model organiziranja zdravstvene nege v bolnišnici (Magistrsko delo). Kranj: Fakulteta za organizacijske vede.
3. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013 »zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev«. Pridobljeno s [http://www.who.int/medical\\_devices/survey\\_resources/health\\_technology\\_national\\_policy\\_slovenia.pdf](http://www.who.int/medical_devices/survey_resources/health_technology_national_policy_slovenia.pdf).
4. Kadivec, S. in Peternelj, A. (2008). Koordinator odpusta. *Utrip*, 16 (7-8), 13.
5. Lavtižar, J. in Kramar, Z. (2012). Koordinator zdravstvene obravnave pacienta = Case manager. V: Berguš, J. (ur.), *Trajnostni razvoj na področju kakovosti in varnosti - povezava med akreditacijo in varno ter kakovostno obravnavo pacientov* / 5. dnevi Angele Boškin, 20. in 21. september 2012, Kranjska Gora. Jesenice: Splošna bolnišnica, Visoka šola za zdravstveno nego, str. 24-28.

# Čustveno doživljanje ginekološkega pregleda

UDK 618-07:159.942

**KLJUČNE BESEDE:** kakovost, pravice pacientov, čustva, zdravstvena nega, storitve

**POVZETEK** - Ginekološki pregled je še vedno ključna diagnostična metoda pri zaščiti reproduktivnega zdravja žensk. Namen raziskave je bil preučiti doživljanje žensk ob ginekološkem pregledu in identificirati dejavnike, ki vplivajo na pozitivno ali negativno dožemanje te preiskave. Raziskava temelji na kvalitativni metodologiji, analizi odprtega vprašanja. Spletno anketiranje je bilo opravljeno na nenaključnem, priložnostnem vzorcu žensk ( $n = 476$ ). Zadnji del strukturiranega vprašalnika, ki je bil sestavljen iz 21-ih vprašanj, je omogočal opis osebnega doživljanja ginekološkega pregleda. Z metodo analize vsebine, kjer je bil v ospredju tematski vidik, so bile identificirane 4 kategorije: čustvenost doživljanja, odnos zdravstvenega osebja, varovanje zasebnosti in organizacija delovnih procesov. Čustveno doživljanje ginekološkega pregleda potrjujejo številne študije, pri čemer je v ospredju negativni čustveni vidik (strah, nelagodje). Z upoštevanjem teh dejavnikov pri zagotavljanju kakovosti nujenih storitev bi prispevali k zmanjšanju strahu in nelagodja pred in med ginekološkim pregledom, s tem pa tudi k večjemu zadovoljstvu uporabnic storitev.

UDC 618-07:159.942

**KEY WORDS:** quality assurance, patients' rights, emotions, nursing care, qualitative methodology

**ABSTRACT** - Gynaecological examination remains an essential diagnostic method in the protection of female reproductive health. The aim of this study was to evaluate the women's experiences regarding gynaecological examination and to identify factors that have an influence, in a positive or negative manner, on the perception of this procedure. The study is based on the qualitative methodology, analysis of an open-ended question. Online survey questionnaire was carried out on non-random, convenience sample of women ( $n = 476$ ). In the last part of the structured questionnaire, which consisted of 21 questions, the participants had an opportunity to describe their personal experiences regarding gynaecological examination. The questionnaire was pilot tested before implementation on a sample of 10 women. Thematic content analysis identified 4 categories: emotional experience, the attitude of health care personnel, insuring privacy and the organization of work processes. Emotional experiences surrounding gynaecological examination are confirmed by numerous studies, with the prevailing negative emotional aspect (fear, discomfort). Taking into account the identified factors in ensuring the quality of services rendered, we would contribute to the decrease in level of anxiety and discomfort before and during gynaecological examination and consequently increase users satisfaction.

## 1 Uvod

Ginekološki pregled je najbolj pogosto izvajana preiskava v ginekološki praksi, s katero se srečajo ženske vsaj nekajkrat v življenju (Hilden, Sidenius, Langhoff-Roos, Wijma in Schei, 2003; Kocabas in Khorshid, 2012; Oscarsson, Benzein in Wijma, 2007; Yanikkerem, Özdemir, Bingol, Tatar in Karadeniz, 2009; Zaić, 2013). Obenem pa gre tudi za preiskavo, ki povzroča občutke zadrege, sramu, anksioznosti ter nelagodja (Yanikkerem idr., 2009). Natančneje, gre za skrb, povezano s čistočo in neprijetnimi vonji, strahom pred razkritjem spolnih praks in odkritjem bolezni ter bolečino (Kocabas in Khorshid, 2012; Yanikkerem idr., 2009) ali celo razkritjem psihične, fizične ali spolne zlorabe ženske (Hilden idr., 2003). Zaradi teh in podobnih razlogov, povezanih z naravo ginekološkega pregleda, lahko marsikatera ženska odlaša z obiskom

pri ginekologu, kar posledično vodi v škodljive posledice za njeno zdravje (Kocabas in Khorshid, 2012). V povezavi s tem je vtis prvega ginekološkega pregleda ključen, saj pomembno vpliva na predstavo, ki si jo ženske ustvarijo kasneje v življenju (Staršinič in Mihelič Zajec, 2014).

Namen raziskave je bil raziskati doživljanje žensk ob ginekološkem pregledu, natančneje njihove izkušnje in okoliščine, ki oblikujejo njihov doživljajski svet.

## 2 Metodologija

### 2.1 Raziskovalna metoda

Uporabljena je bila kvalitativna metoda raziskovanja. V raziskavi je bilo analizirano besedilo, tj. odgovori na odprto vprašanje, ki je bilo zastavljeno v okviru anketnega vprašalnika.

### 2.2 Opis instrumenta

V raziskavi so bili uporabljeni podatki pridobljeni s pomočjo strukturiranega anketnega vprašalnika, ki je bil sestavljen na podlagi pregleda strokovne literature. Vprašalnik je bil sestavljen iz 21 vprašanj pretežno zaprtega tipa, razporejenih v treh sklopih, pri čemer je bil zadnji namenjen odprtemu vprašanju. Slednje je pozivalo anketiranke k opisu lastne izkušnje, povezane z doživljanjem ginekološkega pregleda. Vprašalnik je bil pred izvedbo pilotno testiran na vzorcu desetih žensk. Rezultati niso kazali na nejasnost ali nerazumljivost vsebine.

### 2.3 Opis vzorca

V priložnostni vzorec je bilo vključenih 476 žensk. Povprečna starost anketirank je bila 32 let. Najmlajša anketiranka je imela 15 in najstarejša 55 let. V urbanem okolju je v času raziskave živelo 66,4 % žensk in v ruralnem 33,6 %. Z vidika izobrazbene strukture je največ anketirank imelo zaključeno srednješolsko izobrazbo ( $n = 161$ , 33,8 %). Sledila je dokončana univerzitetna ( $n = 155$ , 32,6 %) in visokošolska ( $n = 95$ , 20 %) izobrazba. Z vidika socialnega statusa je bila večina anketiranih zaposlenih ( $n = 326$ , 68,5 %).

### 2.4 Potek raziskave in analiza podatkov

Raziskava je potekala v času od 24. junija do 22. julija 2013. Vprašalnik je bil distribuiran preko slovenskih spletnih forumov, zlasti tistih, kjer je bilo pričakovati večjo obiskanost ciljne publike (medover.net, bibaleze.si, ringaraja.net). Dodatno je bila povezava objavljena tudi na socialnem omrežju Facebook.com. V uvodnem nagovoru so bili anketiranim podrobno pojasnjeni namen in cilji raziskave ter zagotovljena anonimnost. Raziskovanje je potekalo v skladu z načeli Helsinške deklaracije.

Obdelava podatkov je potekala s pomočjo metode analize vsebine (tematska analiza), kot jo opisujeta Steen in Roberts (2011). To je vključevalo večkratno branje transkriptov, odprto kodiranje, povezovanje kategorij in dokončno določanje tem. Gre

za metodo, ki je kompatibilna s konstrukcionističnim pristopom in predstavlja vrsto diskurzivne analize (Cook, 2011). Kvantitativni podatki so bili obdelani s pomočjo statističnega programa SPSS, verzija 17.0 (SPSS Inc., Chicago, IL).

### 3 Rezultati

Skozi metodo analize vsebine so bile identificirane 4 kategorije oz. teme: (1) čustvenost doživljanja, (2) odnos zdravstvenega osebja, (3) varovanje zasebnosti in (4) organizacija delovnih procesov.

Čustvenost doživljanja se pri večini kaže skozi občutja nelagodja in strahu, obenem pa tudi skozi zavedanje, da gre za »nekaj neizogibnega«, na kar se sčasoma »navadiš«. Občutki in doživljanje ginekološkega pregleda so močno odvisni tudi od vzroka obiska.

»Težko je biti mehek in sproščen, če je prisoten močan občutek nelagodja. Ginekološki pregled je običajno zelo stresen.«

»Čutim nelagodje in strah.«

»Strah oz. nelagodje je odvisno od tega, zakaj pridem na pregled – rutinski (bris), nosečnost.«

»Pred nosečnostjo so bili strahovi pred ginekološkimi pregledi in neugodja večja. Sedaj, ko sem noseča, pa je to bolj pogosto, se kar navadiš.«

»Ginekološki pregled vzamem kot „nujno zlo“ in se z njim ne obremenjujem, še manj pa sramujem.«

»Ginekološki pregled smatram kot nekaj neizogibnega, v smislu »kar je treba, ni težko.«

»Zame so ginekološki pregledi rutinski, nimam nobenih posebnih problemov s tem.« Očitno je, da obisk pri ginekologu in spremljajoči ginekološki pregled spremljajo številni rituali, ki zavzamejo osrednjo pozornost ženske že v času pred pregledom.

»Pred pregledom sem vedno v skrbeh, ali sem dovolj in ustrezno urejena.«

Doživljanje ginekološkega pregleda in občutki, povezani s tem, so glede na mnenja anketiranih neizogibno povezani z ravnanjem in dejanji zdravstvenega osebja. Zdi se, da je na koncu vse odvisno od tega, »kam hodiš h ginekologu«.

»Pomembno je hoditi v ambulantno na nivoju v katerem se ti ginekolog in medicinska sestra posvetita in ne h ginekologu/inji, ki so v ambulantni pasivni in sami sebi namen. Ginekolog je v ambulantni zaradi pacientov in ne obratno.«

»Za žensko traja zelo dolgo da pride do zelo dobrega ginekologa. Namreč v Sloveniji je ogromno slabih ginekologov z nečloveškim odnosom.«

»[...]se pa močno stopnjuje neprijeten občutek, če je ginekolog nepozoren, grob, ne posluša, za nekatere ženske so take izkušnje že na meji z travmo.«

Ena izmed anketiranih izpostavlja izogibanje ginekološkim pregledom prav zaradi čustvenosti doživljanja.

»Če bi ginekologi poskrbeli, da bi bili pregledi pri njih manj neprijetni in boleči, potem se v program Zora ne bi vključevalo zgolj 70 % žensk.«

Kot že nakazano, je odnos zdravstvenega osebja eden izmed pomembnih indikatorjev zadovoljstva z izkušnjo, ki jo doživijo ženske ob ginekološkem pregledu. V tem pogledu anketirane posebej izražajo svoje mnenje o medicinskih sestrar in ginekologih oz. ginekologinjah. Izjave anketiranih, povezane z odnosom zdravstvenega osebja, ustvarjajo sliko nezadostne empatije in informiranosti. Našteto lahko razumemo tudi skozi prizmo strahu in nelagodja pred ginekološkim pregledom, ki pri ženskah ustvarja še večjo senzibilnost v zaznanih odstopanjih. Za medicinske sestre pravijo:

»Sestre (op. medicinske) so nervozne, nič jih ne smeš vprašati.«

»Predvsem si želim več informacij.«

»[...] Medicinske sestre so pri nas malo sitne, se pa da preživeti.«

»Niso vse za vsak poklic. Če je osebje v redu spregledaš marsikatero pomanjkljivost. Ima pa tudi osebje težko delo zaradi težkih pacientov [...] začaran krog.«

»Morda bi bil smiseln kontakt na bolj osebni ravni s pogledom v oči vsakič, ko človek pride na pregled in potem malo heca in bi ženske imele manj težav.«

V primerjavi izjav o medicinskih sestrar in ginekologih/njah je opaziti pri slednjih več pozitivno naravnanih izjav anketirank, povezanih predvsem z njihovo dostopnostjo.

»Ginekologinja je prijazna, natančna, strokovna, žal pa MS (op. medicinske sestre) v teh vrlinah še malo »šepajo«.«

»Zelo sem hvaležna svoji ginekologinji za podporo in strokovno pomoč. Za vprašanja je kadarkoli dosegljiva tudi po mailu, kar mi veliko pomeni.«

»Ginekološki pregledi so mi dokaj neprijetno opravilo, vendar pa je moja ginekologinja zelo dobra, pomirjujoča in razumevajoča. Po navadi sem po pogovoru z njo zelo zadovoljna.«

Kvantitativni podatki so pokazali, da ima 66,3 % žensk ( $n = 307$ ) izbrano ginekologinjo. Glede tega imajo anketirane različna mnenja.

»Problem so izredne situacije, ko si v bolnici in naletiš na ginekologe, ki te naderejo kot kakšno najstnico.«

»Na zadnjem pregledu, kjer je bila ginekologinja, me ni poslušala, uporabila je kar 4 spekulum, trdila je, da vidi maternični vrat, pa ga nimam več. Skratka, zdi se mi, kot da bi iskala nekaj kar sploh ni. Zato se mi zdi, da moje zaupanje v ginekologinje močno peša in zaradi tega imam raje moške.«

»Ginekoloških pregledov ne maram. Posebno ne pri moji ginekologinji. Je pa treba priznati, da se med pregledom poheca, me poskusi sprostiti. Ne zaupam ji strokovno, medtem ko drugim zaupam strokovno [...] (op. v oklepaju navede ustanove, ki jim zaupa).«

»Ginekologinja se preveč drži »osebnega budžeta«, zato mi kljub težavam ne izda napotnic za strokovnjake in moram slednje prejeti od osebne zdravnice.«

Nekaterim pa bolezensko stanje, in ne želja po pristnem medosebnem odnosu, nehote vsiljuje izbor ginekologa/inje.

»Všeč bi mi bilo, če bi ginekolog bil prijazen, iskren pogovor, nežen med pregledom (pogosto me boli), me ustrezno zdravil in prisluhnil težavam in mojemu strahu, tako pa tega nimam. Izbrala sem pa njega, ker je strokovnjak za IVF postopke.«

Nezadostno varovanje zasebnosti povzroča pri anketiranih dodatno neugodje, ki se ob nelagodju in strahu, ki spremlja ginekološki pregled, samo še stopnjuje.

»[...] stvari moraš razlagati še pred kakšno drugo pacientko, sestra (op. medicinska) se pa prav nič ne sekira. Njen največji problem je jamranje, da je danes veliko pacientov.«

»Iz slačilnice se npr. sliši čisto vse o prejšnji pacientki in njenem zdravstvenem stanju, ker slačilnica meji na ambulantno. To se mi zdi najbolj pereč problem in potem je tudi meni malo čudno o sebi razlagat, ker vem da me poslušajo osebe v slačilnici, s katerimi sem prej delila »čakalnico« - grozno.«

»Moti me, če je ginekološka miza pred oknom, pri polni svetlobi. V Ljubljani na [&] (op. navede ime zdravstvene ustanove) je bila celo tako postavljena, da sem iz mize videla u

ence v razredu [...] (op. navede ime izobraževalne ustanove).«

»Medicinska sestra preveč sprašuje osebne stvari v čakalnici!!!«

»Moti me prisotnost medicinske sestre ob samem ginekološkem pregledu.«

Z vidika organizacije delovnih procesov anketirane kritično ocenjujejo delo zdravstvenega osebja, pri čemer je v ospredju dolgotrajno čakanje na ginekološki pregled kot tudi že klišejsko pomanjkanje časa zdravstvenega osebja.

»Včasih je nadležno dolgotrajno čakanje (več ur) in poslušanje drugih pacientk v čakalnici.«

»Obiskujem [...] (op. navede zdravstveno ustanovo) in tam je največji problem čakanje, nedelovanje laboratorija in porazna organizacija dela.«

»Kar je treba je treba, samo čakanje pred pregledom je pa predolgotrajno.«

»Moti me odrezavost v odgovorih, in večkrat pomanjkanje zdravničinega časa.«

»Zdravniki so preobremenjeni.«

»Žal imam občutek, da vsakič, ko pridem k ginekologinji ima zame manj časa.«

Druge vidijo problem širše, ko npr. govorimo o bolnišničnem okolju in vključujejo poleg slabe informiranosti tudi težave v menedžmentu.

»Pred operativnimi posegi slabo informiranje, po operativnih posegih slaba koordinacija osebja, ne predstavljen dnevni red v bolniški sobi.«

Nekatere zelo kritično ocenjujejo delo zdravstvenega osebja in ponujajo rešitve.

»Sama prijaznost ni dovolj, manjka občutek, da te na drugi strani nekdo dejansko posluša in je fokusiran, težko popolnoma zaupam strokovnosti, vse poteka po »trotl sistemu«, ginekologi se premalo izobražujejo, zgodi se, da pacientka več ve. Več odgovornosti bi morali prenesti na sestre (op. medicinske), ki so sedaj administratorke, jih poučiti o osnovnem pregledu, jemanju brisa, tako bi skrajšali čakalne dobe.«

## 4 Razprava

Rezultati raziskave kažejo, da ženske doživljanje ginekološkega pregleda povezujejo s čustvenim doživljanjem, odnosi z zdravstvenim osebjem, varovanjem zasebnosti in organizacijo delovnih procesov. Izmed teh je čustvenost doživljanja najmočnejša tema, čeprav je povezava med vsemi identificiranimi temami izjemno kompleksna. Tako je npr. čustvenost doživljanja velikokrat odvisna od odnosa zdravstvenega osebja in tudi od varovanja zasebnosti ali urejenih delovnih procesov. Podobne so tudi ugotovitve drugih avtorjev (Cook, 2011; Hilden idr., 2003; Yanikkerem idr., 2009). Povečini ima spol preiskovalca pomembno vlogo, kar dokazujejo v raziskavi kvantitativni podatki, saj je 66,3 % žensk izbralo ginekologinjo, povečini z razlogom »ženska bolje razume žensko«. Podobno zaključujeta tudi Starešinič in Mihelič Zajec (2014), vendar pa so lahko razlogi povezani tudi z religioznimi in kulturnimi vzroki (Rizk, El-Zubeir, Al-Dhaheri, Al-Mansouri in Al-Jenaibi, 2005).

K zmanjševanju nelagodja in strahu lahko bistveno prispeva zadostna informiranost in varovanje zasebnosti, kar anketiranke še posebej izpostavljajo. Očitno je, da varovanje zasebnosti ni kršeno zgolj zaradi ravnanja zdravstvenega osebja, temveč tudi zaradi neustrezne opremljenosti prostorov, kjer se izvaja ginekološki pregled. Poleg vprašanja, povezanega z etičnim delovanjem, gre tudi za vprašanje zagotavljanja kakovostne zdravstvene oskrbe, kar pa lahko enačimo. Raziskave dokazujejo, da je ginekološki pregled lahko pozitivna izkušnja, če je pacientka ustrezno informirana v vseh fazah ginekološkega pregleda (Hilden idr., 2003; Yanikkerem idr., 2009).

Da bi zmanjšali prisotno nelagodje in strah, glede na ugotovitve, niso potrebni dragi ali nemogoči ukrepi. Upoštevanje etičnega ravnanja in primerna komunikacija sta med temi prvenstvena. A veljalo bi upoštevati tudi druge, kot na primer: primerno ogreti instrumenti, ustrezna opremljenost prostorov ali celo raba posebne preiskovalne obleke ter predvajanje glasbe, kar se je izkazalo kot pomemben element pri zmanjševanju neugodja, ki spremlja ginekološki pregled (Kocabas in Khorshid, 2012).

## 5 Sklep

Pričujoča raziskava je v slovenskem prostoru ena izmed prvih. Uporabljena kvalitativna metodologija in priložnostno vzorčenje onemogočata posploševanje ugotovitev, a le-te so deloma možne ob združevanju določenih kvantitativnih rezultatov iste raziskave. V prihodnje je zato potrebno širše raziskovanje področja, ki bi vključevalo

ugotavljanje stopnje anksioznosti, vpliv demografskih podatkov in drugih značilnosti žensk (npr. povezanih z ginekološko anamnezo).

## LITERATURA

1. Cook, C. (2011). »About as comfortable as a stranger putting their finger up your nose«: speculation about the (extra)ordinary in gynaecological examinations. *Culture, Health Sexuality*, 13 (7), 767-780.
2. Hilden, M., Sidenius, K., Langhoff-Roos, J., Wijma, B. and Schei, B. (2003). Women's experiences of the gynecologic examination: factors associated with discomfort. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 82 (11), 1030-1036.
3. Kocabas, P. and Khorshid, L. (2012). A comparison of the effects of a special gynaecological garment and music in reducing the anxiety related to gynaecological examination. *Journal of Clinical Nursing*, 21 (5-6), 791-799.
4. Oscarsson, M. G., Benzein, E. G. and Wijma, B. E. (2007). The first pelvic examination. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*, 28 (1), 7-12.
5. Rizk, D. E., El-Zubeir, M. A., Al-Dhaheri, A. M., Al-Mansouri, F. R. and Al-Jenaibi, H. S. (2005). Determinants of women's choice of their obstetrician and gynecologist provider in the UAE. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 84 (1), 48-53.
6. Starešinič, A. in Mihelič Zajec, A. (2014). Odnos deklet do prvega ginekološkega pregleda in vloga medicinske sestre pri oblikovanju tega odnosa. V B. Filej (ur.), 6. študentska konferenca s področja zdravstvenih ved, zbornik prispevkov z recenzijo, Murska Sobota, 30. maj 2014 (str. 333-341). Maribor: Alma Mater Europaea, Evropski center Maribor.
7. Steen, M. in Roberts, T. (2011). *The Handbook of Midwifery Research*. Oxford: Wiley-Blackwell.
8. Yanikkerem, E., Özdemir, M., Bingol, H., Tatar, A. and Karadeniz, G. (2009). Women's attitudes and expectations regarding gynaecological examination. *Midwifery*, 25 (5), 500-508.
9. Zaić, D. (2013). Doživljanja žensk ob ginekološkem pregledu (Diplomsko delo). Izola: Fakulteta za vede o zdravju.

# Osebna odgovornost kot pogoj za kakovostno delo v zdravstvenem varstvu

UDK 614.2+159.947

KLJUČNE BESEDE: čas, delo, odgovornost, odločitve

*POVZETEK* - Naše življenje naj bi bilo podrejeno nalogam, ki vplivajo na naše duševno in duhovno zdravje. Pri delu z ljudmi in reševanju težav, ki nastopajo v delovnih in osebnih odnosih, pa ugotavljamo, da je čas tisti element, s katerim se v zadnjem času največ ukvarjamo. Ljudje kar ne moremo razumeti, da so v življenju odnosne naloge pomembnejše od materialne blaginje, in raje žrtvujemo svoje najdražje za neko navidezno srečo. Na področju medosebnih odnosov pa velja pravilo, da lahko drugemu damo samo tisto, kar nosimo v sebi, tj. veliko ljubezni, strpnosti, upanja in ustvarjalnosti ali obratno: sovraštva, nestrpnosti, razočaranj in otopelosti. Vsak dan sproti in v vsakem novem položaju je treba premisliti, za kaj bomo porabili svoj čas. Kot posamezniki smo odgovorni za svoje odločitve, ki se nanašajo na naše odnose in na delo, ki ga opravljamo.

UDC 614.2+159.947

KEY WORDS: time, work, responsibility, decision

*ABSTRACT* - Time has become our main motivation for life, instead of living in subordination to the tasks that affect our mental and spiritual health. According to my experience in working with people and solving problems that occur in work and personal relationships, time is that element, which is mostly being dealt with recently. People just cannot understand that in life relational tasks are more important than material well-being and we prefer to sacrifice our loved ones for a seemingly chance. However, in the area of interpersonal relationships there is a rule that we can give to each other just what we carry within ourselves; a lot of love, tolerance, hope and creativity, or vice versa: hatred, intolerance, frustration and apathy. Every day at a time and in every new situation it has to be considered what we are going to spend our time on. As individuals we are responsible for our decisions related to our relationships and work that we are doing.

## 1 Uvod

Čeprav nam sodobni tempo življenja poskuša vsiliti svoje vrednote: hitrost, bitko s časom, denar in zabavo, pa se vsak posameznik zaradi lastne svobode odločanja lahko odzove tudi drugače.

Ko si prizadevamo za odnose, ki nas osrečujejo, potem ti zahtevajo tudi veliko naše fizične navzočnosti, tako da lahko sproti izmenjujemo, potrjujemo in spreminjamo naša razmišljanja in ravnanja. Tako ne ostane veliko možnosti za negativna čustva in odzive, ker ni nobene potrebe po tem.

Ljudje se najbolj prizadenemo takrat, ko nimamo časa spoznati stališč in mnenj drug drugega in ko nimamo časa razmisliti o svojih odgovorih.

Ko pa čutimo, da smo drug drugemu potrebni in v oporo, nam ni škoda časa za skupna druženja, razmišljanja in razna opravila, ker nas te stvari vedno bolj povezujejo in nam nudijo tudi veliko zadovoljstva. V odnos, v katerem se počutimo varne in zaželenene, vlagamo vse svoje najboljše, kar imamo.

## 2 Duh časa

V sodobnem načinu (Zalokar Divjak, 1998) življenja je prišlo do zanimivega paradoksa. Na eni strani imamo zelo hiter razvoj v tehničnih panogah, ki nam želijo na vsakem koraku olajšati naše vsakodnevne življenjske obveznosti, na drugi strani pa kot posamezniki čutimo, da nam vsi ti sodobni pripomočki ne koristijo v smislu bolj zdravega in kvalitetnega življenjskega sloga. Dogaja se namreč, da drvimo v vedno večji prepad med tem, kar kot posamezniki zares potrebujemo, in tem, kar nam ponuja sodoben način življenja.

Najprej si pogledjmo, kaj se dogaja na širšem družbenem področju. Ljudje se vse bolj oddaljujejo od narave in se umikamo v beton, kar pomeni, da je stik z naravo postal le še nujno zatočišče tistih, ki želijo svoje dnevne obremenitve in sprostitve reševati po naravni poti. Na področju medosebnih odnosov se posamezniki namesto skupnega življenja vedno bolj zatekajo v kratkotrajna razmerja, ki poskrbijo za zadovoljevanje trenutnih potreb in užitkov, daljnoročno pa ljudem poberejo energijo in znižujejo pripravljenost in tudi samozavest za trajnejše odnose. Npr. sklenitev zakonske zveze resnično sama po sebi še ne pomeni nobene garancije za trajanje odnosa med dvema posameznikoma, toda če se danes odločita dva mlada za skupno življenje brez poroke iz predpostavke, da se bo v primeru konflikta lažje odločiti za prekinitev odnosa, potem je tudi to znak, da sta v svoje stališče do medsebojnega odnosa avtomatično vključila veliko možnost, da se bo ta odnos dejansko prekinil.

Tudi na področju skrbi za svojo osebnostno rast se posamezniki vedno bolj izgovarjajo, da »zase nimajo časa« in se tako prepuščajo, da drugi vodijo in usmerjajo njihovo življenje.

Ravno o tem delu bomo tudi malo več razmišljali, saj se v praksi vedno dogaja, da ljudje za svoje neuspele odnose, ali za svoje neuspehe na delovnem področju, vedno najprej krivijo druge.

Zanimivo je torej vprašanje, zakaj se tako radi zatekamo k izgovorom in vsemogočim obrambnim mehanizmom? Obrambni mehanizmi (Musek, 1993) na prvi pogled prinesejo opravičilo za naše nestorjeno dejanje. Ne gre samo za to, da se moramo opravičevati nasproti drugim, ampak se moramo velikokrat opravičevati tudi pred nami samimi. V naši notranjosti je vedno spopad med tistim, kar bi želeli napraviti, in tistim, kar lahko oz. moramo narediti. Kakor hitro pride do tega, si pač moramo poiskati rešitev, ki nam bo čim bolj v prid.

## 3 Osebnostna odgovornost in kakovost dela

Odgovoriti moramo na vprašanje, zakaj je tako težko prevzeti odgovornost za svoja dejanja? Najbolj oprijemljiv odgovor leži v dejstvu, da za vsakim odgovornim dejanjem stoji neko delo, prizadevnost, odrekanje itd. Bolj ko so naše odločitve pomembne in težje, več odgovornega obnašanja zahtevajo. V ozadju je torej nek trud, ki

ga lahko v svojo odločitev položi le vsak sam. Nihče drug ne more namesto nas zbrati moči in volje, da se neko delo ali nek odnos rešuje v željeni pozitivni smeri.

Na drugi strani pa tudi drži, da so pri dobrih odločitvah in dobrih rezultatih posamezniki izredno zadovoljni. To je tisti občutek, ki ga ne more nadomestiti nobena še tako velika materialna dobrina. Gre za občutek visoke lastne vrednosti, ki je povezan z našo samopodobo in samospoštovanjem. Človek si torej ceno lastne vrednosti največkrat gradi sam.

Bolj ko se zavedamo svojih danosti in omejitev, večja je verjetnost, da jih bomo znali uporabljati v svoje dobro. Če se ljudje kar naprej opravičujejo za nestorjena dejanja, s tem najbolj škodujejo sebi, čeprav se zdi, da predvsem prizadenejo druge. Ti drugi se morajo slej ko prej odločiti, ali bodo še nadaljevali odnose ali delo s takšnimi osebami. Hudo je le takrat, ko se ti drugi tolažijo, da bo »že bolje« in s svojo toleranco omogočajo prvim, da podaljšujejo svojo neodgovorno obnašanje. Takšni primeri se dogajajo v partnerskih odnosih, ko največkrat žene kar prenašajo omalovaževanje ali celo nasilno vedenje svojih partnerjev. V večini primerov se sploh ne zavedajo, da s tem prenašanjem slabijo lastno samospoštovanje, in si jemljejo možnosti, da bi se odločale za drugačne odnose.

Ostane še vprašanje, na kakšen način si lahko pomagamo, da se ne zapletamo v začaran krog opravičevanja in s tem neodgovornih odločitev, ki prinesejo posameznikom le nezadovoljstvo. Pomoč je pravzaprav v naši duševni hrani. Ravno tako kot telo potrebuje točno določene sestavine, da lahko dobro funkcionira, tudi naš duševni in duhovni del potreujeta vsebine, ki bodo »dobra hrana« za naše ravnanje.

Na prvo mesto gotovo sodi čas za premislek, kadar se odločamo o svojih nadaljnjih korakih. Ljudje, ki samo sledijo svojim trenutnim vzgibom, željam in potrebam, so velikokrat razočarani, ker se takšne rešitve pokažejo le kot kratkoročni užitki. Kadar pa se želimo na neka vprašanja osredotočiti, si moramo vzeti čas, kar pomeni, da si moramo tako urediti dan, da lahko v miru tehtamo najboljše možnosti. Danes je vse preveč odločitev na podlagi »poskusov in napak«, kar posameznike kmalu utruji in jim jemlje moči. Vedno je bolje zbirati informacije, se posvetovati, »prespati«, ker gotovo sami ne vemo vsega, pa tudi izkušnje ne moremo imeti za vsako stvar.

Na drugo mesto bi lahko uvrstili vsebine, ki pripomorejo k umirjenosti posameznika. Za marsikoga je edini način, da lahko umiri svoje misli, neka zaposlitev, do katere ima posebno nagnjenje in veselje, drugim pomaga sprehod v naravi, tretjim klepet in posvet s prijatelji, nekaterim pa se obnese, da se enostavno uležijo in razmišljajo. Vsak si mora poiskati takšne načine, ki ga umirjajo in mu nudijo možnosti za odločanje.

Težava je zopet v tem, se tudi takšne vsebine marsikomu zdijo izguba časa in se hranijo samo z vsebinami, ki bodo prinesle rezultate navzven. V zadnjem času je opaziti veliko potrebo po telesni urejenosti, kar je pohvalno, če so najprej urejene odnosne zadeve.

Ljudje velikokrat iščejo rešitve za premagovanje svojih stisk na napačnih mestih in tudi krivijo napačne osebe. Vedno se moramo vprašati, kaj sami doprinesemo v neke odnose, če smo resnično naredili najboljše poteze, da imamo lahko pred samim sabo

dober občutek ali čisto vest. Če tega občutka ni, potem se velja ozreti vase, se začeti spoprijemati s svojimi pomanjkljivostmi in prevzeti odgovornost za svoje besede in dejanja.

Samo na ta način bo naše samospoštovanje raslo, pa tudi naše zadovoljstvo v odnosih, v katere smo vpeti, ali pri delu, ki smo se ga odločili opraviti, popolno.

Ravno zaradi načina življenja, ki nam ga ponuja sodobni čas, pa je zahteva po skrbi za dobro duševno zdravje tako pereča. Tega zdravja nam namreč sodobni čas sam po sebi gotovo ne bo nudil, prej nasprotno, zdi se, da ga uspešno ruši.

O tem nam tudi govori naslednja zakonitost (Frankl, 2014), ki pravi, da je smisel tudi naloga. Vsi se moramo odzivati na zahteve življenja. Teh si v življenju ne izbiramo sami, ampak so nam dane, da jih uresničujemo. Če si domišljamo, da smo posamezniki tisti, ki si določamo življenjske naloge, se zelo hitro znajdemo v zadovoljevanju samo lastnih potreb in želja. To se v sodobnem času tudi čedalje pogosteje dogaja.

Žene in matere poudarjajo, da morajo skrbeti zase; očetje vidijo kot svoji življenjski nalogi službo in kariero; otroci pa bi se radi v glavnem zabavali. Rezultati, ki smo jim lahko vsak dan priča, pa so katastrofalni. Ko živimo skupaj, morajo biti naše življenjske naloge najprej usmerjene v dobro naših medsebojnih odnosov, v trdnost družine, šele potem so na vrsti želje in potrebe vsakega posameznika.

V življenju smo vedno, še posebno pri delu in medosebnih odnosih, v stalni bitki s časom. Govorimo o dobi stresa, zato si bomo pogledali, ali je res nujno, da nas ta nevarnost ogroža. Vprašanje pa je tudi, koliko nam stres lahko koristi, saj ne more biti vsako delo samo stresno.

Še do nedavnega je bil ustvarjalni način dela, ko so posamezniki sledili novim izzivom, večjim zahtevam in tudi različnim nevarnostim, ki so bile sestavni del različnih opravil – vsi namreč vemo, da brez novih izzivov ni napredka ne na širšem družbenem ne na osebnem področju –, potem pa so dobile vse te pozitivne naravnosti tudi negativni prizvok, češ da povzročajo strese, zato bi se jim bilo treba čim bolj izogibati ali se kako drugače naravnati na njih.

Če se jim poskušamo izogibati, to pomeni gotovo smrt na duhovnem področju, saj smo rekli, da potrebujemo za svoje samospoštovanje in dobro počutje vedno nove in nove cilje in izzive. Kje je torej smiselno začeti razmišljati o drugačnih preventivnih ukrepih, da ne bo prepozno za naše telesno in duševno zdravje?

Tudi za to področje velja, da moramo čim bolje poznati samega sebe in se naučiti preučevati življenjska stanja, ki nam prinašajo različne naloge, zato je reakcija posameznika vedno odvisna od osebnih nazorov in zahtev, ki si jih določamo sami pri reševanju nalog, in od zahtev, ki jih pred nas postavlja okolica.

Ko nam naše lastne zahteve in zahteve okolice vzbujajo navdušenje in ustvarjalni nemir, potem vodi takšno stanje tudi k uspešnemu delu in lastnemu zadovoljstvu. Od nas pa je seveda odvisno, ali si znamo postaviti stvarne cilje ter določiti prednostne naloge in jih uresničevati ali pa naši cilji presegajo naše zmogljivosti in se ne moremo odločiti, katere naloge bi se najprej lotili.

Ko smo pri delu ustvarjalni, čutimo tudi določeno napetost, ki je razumljiva, saj takrat, ko smo s celotno osebnostjo pri neki dejavnosti, reagiramo tudi kot čustvena bitja, z določeno posebno vznemirjenostjo. Ta nemir spada k večji učinkovitosti pri delu, saj je nemogoče pričakovati, da bomo delo dobro opravili, če ne kažemo zanj tudi zanimanja in osebnega odnosa.

Drugače pa je takrat, ko naloge povzročajo takšno napetost, da vpliva na naše telesno ali duševno zdravje. Če nas recimo začne boleti glava, ko pomislimo, kaj vse moramo še postoriti, ali se ob zastavljenih nalogah takoj pojavi nezadovoljstvo, tako da postanemo občutljivi za vsako besedo svojih sodelavcev, da odhajamo domov velikokrat na smrt utrujeni, pa nimamo za to pravih razlogov, ali nas delo samo neskončno dolgočasi, potem so to že znamenja, na katera moramo biti pozorni.

Težava je v tem, da tudi v takšnih okoliščinah najprej pomislimo, da so za naše stanje »krivi« predstojniki, sodelavci, ali delovne razmere. Dokler razmišljamo samo v tem krogu, ne moremo najti rešitev.

Stanje se samo še slabša, ker z iskanjem krivcev, obtoževanjem in smiljenjem samemu sebi zopet vplivamo na našo duševnost. Postajamo vedno bolj nezadovoljni z delom in tudi sami s sabo. Namesto iskanja rešitev se nalagajo vse nepredelane težave v nas samih in načenjajo naše zdravje. Ko se ustvari ta začarani krog, ga je nujno treba presekati, drugače prinesejo nova razočaranja, nove rane. Tako ljudje zbolijo za različnimi psihosomatskimi boleznimi: čiri, depresijami, infarkti, tesnobnimi stanji, zvišanim krvnim pritiskom in celo za rakom.

Psihosomatske bolezni (Lukas, 1993) pomenijo, da pride do rušenja imunskega sistema tudi zaradi neugodnih psihičnih vplivov, mišljena so predvsem neobvladana ali nepredelana čustvena stanja, vendar pri takšni razlagi ne smemo pozabiti tudi na naša duhovna stanja, ki nas usmerjajo k dobrim ali slabim življenjskim odločitvam.

Šele takrat, ko uvidimo svoje možnosti vplivanja, smo pripravljeni pogledati na svoje težave tudi z drugačnega zornega kota oziroma vključiti v reševanje vsakodnevnih izživov lastno osebnost. Poudarek je zopet na nas samih, ker v vsaki situaciji nastopamo kot celota telesnih, psihičnih in duhovnih lastnosti. Stres se namreč ne more dogajati zunaj nas, ampak v naši notranjosti.

V vsakdanjem življenju slišimo: »To je bilo pa zame preveč.« To pomeni, da je vsak posameznik tisti, ki določa, kaj je zanj stresno in kaj ne. Za nekoga drugega je lahko čisto podobno ali celo enako stanje popolnoma nestresno.

Ljudje smo si po številnih lastnostih in sposobnostih zelo različni in vsakdo lahko le sam zase določi svojo mero nadzora, obvladovanja ali odpravljanja stresov. Do takšnega spoznanja je treba priti, če se želimo doživljati kot človek, ki zna slediti življenjskim izzivom.

V nasprotnem primeru imamo vedno občutek, da so »drugi« tisti, ki nas vodijo, in zato tudi ne uvidimo svojih pravih danosti. Sledijo različne telesne, psihične in v sodobnem času duhovne bolezni, ki se kažejo v življenjski praznini, nejasnem obupu in splošni naveličanosti pri opravljanju čisto vsakodnevnih nalog.

Zdravje v najširšem pomenu besede dosežemo s stalnim prizadevanjem za usklajenost in ravnotežje organizma na vseh treh področjih naše osebnosti.

## **4 Zaključek**

Smiselnost dela pomeni, da moramo pri vsakem delu težiti k nekemu cilju (duhovna razsežnost), ki je v povezavi z nami in našo vrednostno orientacijo, da znamo v to delo vložiti pravo mero svoje miselne in čustvene angažiranosti (psihična razsežnost) in da smo tudi ustrezno telesno pripravljeni na prenašanje naporov, ki jih vsako delo zahteva (telesna razsežnost).

Vse te naloge zahtevajo veliko osebnega prizadevanja in truda predvsem v duhovnem delu naše naravnosti. Sodobni človek pa je podlegel svoji psihični dimenziji, ki zajema naše sposobnosti, razvoj le-teh pa napredek na vseh ravneh življenja. Včasih smo poznali tekmovalni duh samo v športu, sedaj pa se je prenesel na vsa področja človekovega življenja.

## **LITERATURA**

1. Frankl, V. E. (2014). Kljub vsemu rečem življenju Da. Celje: Mohorjeva družba.
2. Lukas, E. (1993). Družina in smisel. Celje: Mohorjeva družba.
3. Musek, J. (1993). Osebnost in vrednote. Ljubljana: Educy.
4. Zalokar Divjak, Z. (1998). Vzgoja za smisel življenja. Ljubljana: Educy.

# Indikatorji za vrednotenje celostne obravnave pacienta

UDK 614.2+331.101.3

**KLJUČNE BESEDE:** zdravje, zdravstvena nega, skupnostna skrb, vrednotenje, integracija

**POVZETEK** - Sodobna zdravstvena nega temelji na prizadevanjih za celovito obravnavo pacientov. Za razrešitev njihovih problemskih situacij v procesu zdravljenja je pogosto potrebno medsektorsko sodelovanje, največkrat med izvajalci zdravstvenega in socialnega varstva. Kot ključni sta pri odzivu izvajalcev zdravstvene obravnave na potrebe pacientov in pri premagovanju pomanjkljivosti v obstoječih modelih skrbi prepoznani koordinacija in integracija. Pojavlja se vprašanje izbora indikatorjev za vrednotenje teh procesov na poti razvoja skupnostne skrbi za zdravje prebivalcev. Na podlagi anketnega vprašalnika, ki so ga za analizo stanja koordinacije in integracije zdravstvenih storitev pripravili v okviru Regionalnega urada za Evropo Svetovne zdravstvene organizacije (CIHSD iniciativa), je bil pripravljen seznam indikatorjev. Indikatorji merjenja usklajenosti in celovitosti zdravstvenih storitev pri obravnavi pacienta so v okviru vprašalnika združeni v treh sklopih: prepoznavanje sprožilnih dejavnikov za procese integracije na področju zdravstvenega varstva (gonila za spremembo), načrtovanje sprememb in vodenje sprememb. Skupno je identificiranih vsaj 88 indikatorjev, ki razkrivajo kompleksnost obravnavane situacije.

UDC 614.2+331.101.3

**KEY WORDS:** health, nursing care, community care, evaluation of medical treatment, integration

**ABSTRACT** - Contemporary nursing care is based on efforts for comprehensive patient treatment. In order to resolve problem situations during the treatment process, cross-sectoral cooperation is often required, mostly between health care and social assistance providers. The processes of coordination and integration have been identified as key in the response of health care providers to the needs of patients and in overcoming deficiencies in existing care models. A question is raised on the selection of indicators for evaluating these processes in the development of community care for the health of the population. Based on an analysis of a questionnaire developed in the WHO Office for Europe (CIHSD initiative) to analyse the state of coordination and integration of health services, a list of indicators was compiled. The indicators for measuring the consistency and comprehensiveness of patient treatment health services are grouped into three sets within the questionnaire: recognizing trigger factors for integration processes in health care (drivers for change), planning changes and management of changes. Altogether, at least 88 indicators have been identified. The identified indicators reveal the complexity of the discussed situation.

## 1 Uvod

Bistvo sodobne zdravstvene nege, s čimer se pomembno razlikuje od tradicionalne, je usmerjenost k pacientu kot celoviti osebnosti. »Integriteta - enkratnost, neponovljivost in celovitost človeka nas obvezuje, da pacienta vedno negujemo zavedajoč se, da ni le bolno telo, organ ali organski sistem, temveč človek. To je celovita osebnost, pri katerem moramo upoštevati njegove telesne, psihične, duhovne in družbene potrebe« (Hajdinjak in Meglič, 2012, str. 21). Na potrebe pacienta moramo gledati v kontekstu njegove osebnosti kot celote, znotraj njegovega družbeno-kulturnega okolja - lokalne skupnosti ter njegovih virov za zdravje in kakovost življenja (Zupančič in Pahor, 2014). Da bi v zdravstveni negi dosegli zastavljeni cilj za boljše počutje, se izvajalci

zdravstvene nege pri obravnavi pacienta povezujejo s kompetentnimi strokovnjaki za posamezno področje.

Po ocenah strokovnjakov veliko oseb s simptomi kronične bolezni ne poišče pravočasno ustrezne pomoči ali predčasno prekine postopke zdravljenja (Šprah idr., 2011, Andrade idr., 2014). Zato se povečujejo prizadevanja za celovito, kontinuirano in integrirano obravnavo. Prizadevanja so opazna na področju promocije zdravja, prepoznavanja simptomov bolezni in zgodnjega vključevanja pacientov v ustrezno obravnavo, diagnostike, zdravljenja, rehabilitacije in reintegracije. Po drugi strani se na podlagi dokazov o sovplivanju različnih dejavnikov (npr. socialno-ekonomskih) na zdravje in pojav bolezni (Beecham idr., 2000, Kamin idr., 2009) kaže potreba po intenzivnem odpravljanju dejavnikov tveganja, ki izhajajo iz virov pacienta (kapitalov za zdravje). Za razrešitev kompleksnih problemskih situacij, v katerih se znajdejo pacienti, pa praviloma ne zadostuje medpoklicno sodelovanje znotraj iste institucije, temveč je potrebno kompleksno medsektorsko sodelovanje, največkrat med področjem zdravstvenega in socialnega varstva.

Mreženje organizacij na področju zdravstvenega in socialnega varstva potrebuje podporo na različnih ravneh, tako na makro, mezo in mikro ravni. Govorimo o akterjih v podporni mreži za razvoj skupnostne skrbi na področju zdravstvenega in socialnega varstva. Za vrednotenje njihovih prizadevanj se razvijajo različni modeli merjenja, ki skušajo bolj ali manj uspešno zaobjeti kompleksnost situacije celostne, kontinuirane in integrirane obravnave pacienta ter skupnostne skrbi kot idealnega stanja za obravnavo in zagotavljanje dobrega počutja pacienta.

## 2 Integrirana obravnava in skupnostna skrb

Pojem »integracija« se uporablja vse pogostejše v smislu poti za dosego integrirane obravnave. Obsega zdravstveno in socialno obravnavo ne glede na mesto bivanja. Zagotavlja izboljšanje izvajanja storitev z namenom večje kakovosti in učinkovitosti ter zadovoljstva pacienta kot uporabnika storitev. Vključuje stalno spodbujanje k dobri koordinaciji, sodelovanju in iskanju skupnih rešitev ter k partnerstvu med uporabniki in izvajalci (Pernelj idr., 2006). Je sodobni pristop akterjev v institucionalizirani skrbi za sočloveka. Gre za način dela, ki temelji na povezovanju, sodelovanju in združevanju »ponudnikov pomoči«. Vodi v tvorbo skupnega imenovalca pri posameznih strokah, kar je osnovni pogoj za partnersko sodelovanje pri zagotavljanju celovite, kontinuirane in integrirane obravnave posameznika glede na njegove potrebe in rešitve za kakovost življenja. Izvajalci posameznih strok se morajo zavedati, da so del nečesa večjega in soodgovorni, da z integralnim pristopom dosežejo tako imenovano integrirano obravnavo kot formirano strukturo od zgoraj navzdol (Zupančič, 2013). Pri tem skupnostna skrb ni samo kompleksen teoretični koncept, ampak pomemben cilj integracije strategij skrbi. Je družbena norma, ki zagotavlja matrico v obravnavi posameznikov, družin in skupin na področju skrbi za zdravje in kakovost življenja; za dosego zadovoljstva ljudi ne samo v zdravju, ampak tudi v bolezni (Zupančič in Filej,

2013). V tabeli 1 je predstavljena primerjava tradicionalnega sistema zdravstvene in socialne oskrbe s sistemom integrirane oskrbe.

*Tabela 1: Primerjava tradicionalnega sistema zdravstvene in socialne oskrbe s sistemom integrirane oskrbe*

|                          | <i>Obstoječi sistem</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <i>Sistem integrirane oskrbe</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| povezanost               | <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Storitve so razdrobljene (geografsko, po viru plačila, vrsti oskrbe, izvajalcu storitve).</li> <li>▫ Vsak izvajalec skuša zagotoviti kakovost storitev neodvisno od drugega.</li> <li>▫ Zdravstvene in socialne podporne storitve so ločene entitete z nezadostnim številom vzpostavljenih povezav.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Pri obravnavi je prisotna povezava izvajalcev v sistem, ki je namenjen podpori pri doseganju najboljše možne kakovosti življenja.</li> <li>▫ Sistem povezuje vse osebe/organizacije, ki sodelujejo v procesu, v mrežo (izvajalce zdravstvene oskrbe, izvajalce socialno-varstvenih storitev, koordinatorje, uporabnike/paciente).</li> </ul> |
| dosegljivost             | <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Obstoje prevelikih vrzeli v izvajanju storitev, npr. v nekaterih primerih storitve niso dostopne pacientom/uporabnikom z nižjimi dohodki ali tistim, ki živijo izven mestnih središč.</li> </ul>                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Sistem integrirane oskrbe je celovit - vse storitve so dostopne in zagotovljene neodvisno od lokacije, kvalifikacije (starost, sposobnost ...) in prihodkov osebe.</li> </ul>                                                                                                                                                                |
| vstop v sistem           | <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Oseba, ki potrebuje pomoč in je največkrat oslabiljena, se sooča z nepregledno množico izvajalcev, zahtev, obrazcev itd.</li> </ul>                                                                                                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Oseba vstopa v sistem pri katerem koli izvajalcu preko vsem poznane dostopne točke in tako dobi podporo tam, kjer jo potrebuje.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                   |
| odločanje                | <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Odločitve sprejemajo izvajalci in plačniki storitev.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Oseba je v središču pozornosti ter primarno odloča o svoji oskrbi (obravnavi).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                    |
| kontinuiteta             | <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Zaradi nepovezanih programov in izvajalcev »koordinator« lahko izgubi stik z osebo, ki potrebuje pomoč.</li> <li>▫ Vsak izvajalec ocenjuje sposobnost osebe, pripravi svoj načrt skrbi ter ima svoje ločene zapise o izvajanju oskrbe (obravnave).</li> </ul>                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Je usmerjena k osebi in zagotavlja kontinuirano obravnavo.</li> <li>▫ Mreža izvajalcev je dostopna od koder koli preko ene vstopne točke. Osredni dostop zmanjšuje možnost podvajanj zapisov in povečuje povezljivost vseh subjektov zdravstvenega (in socialnega) sistema.</li> </ul>                                                       |
| informacijska povezanost | <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Izvajalci si največkrat ne delijo informacij o načinu izvajanja oskrbe (obravnave) pri pacientih/uporabnikih.</li> </ul>                                                                                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Izvajalci imajo s privoljenjem pacienta/uporabnika dostop do vseh koristnih informacij o poteku njegove oskrbe (obravnave).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                       |

*Vir:* Peternelj idr., 2006.

V skladu z vizijo nove evropske zdravstvene politike »Zdravje 2020« za krepitev zdravstvenega sistema ter uresničevanja pristopa k zdravemu načinu življenja in neprekinjeni oskrbi (World, Health Organization, 2013) je bil v okviru politike Svetovne zdravstvene organizacije sprejet ukrep za razvoj usklajenega sistema koordiniranih in integriranih zdravstvenih storitev - CIHSD (Coordinated/Integrated Health Services Delivery, 2013). V okviru Regionalnega urada za Evropo želijo odgovoriti na izzive za zdravje v 21. stoletju zaradi demografskih sprememb, porasta kroničnih nenalezljivih bolezni in hitrega tehnološkega razvoja. Koordinacija in integracija sta pri zagotavljanju storitev prepoznani kot ključni v odzivu na potrebe pacientov in v premagovanju pomanjkljivosti v obstoječih modelih skrbi. Njihov namen je izboljšati zagotavljanje

zdravstvenih storitev, tako da bodo ljudje lahko obravnavani, kot morajo biti, ko je to potrebno, da se prepreči izgubljanje informacij in podvajanje storitev. Izboljšanje usklajevanja in povezovanja storitev je lahko koristen pristop, da se storitve izvajajo na pravem mestu, ob pravem času in da so opravljene v skladu z željami in potrebami posameznika (CIHSD pobuda/inciativa). Pobude CIHSD so definirane kot izvajanje metod, pristopov in programov za spremembo obstoječega načina delovanja na področju zdravstvenega varstva, da bi ljudje doživljali obravnavo kot celovit nabor storitev, dobljenih na enem mestu, iz enega vira (programi upravljanja z boleznijo, uvedba menedžerjev za obravnavo, kolokacije zdravstvenih storitev, enotni vir financiranja, krepitev skupnosti ipd.). Močan poudarek je na participativnem pristopu, ki vključuje prispevke in tehnične kontaktne točke čim večjega števila držav članic.

Ključna vprašanja, ki si jih zastavljajo, so, kaj sproži usklajenost, koordiniranost in integriranost zdravstvenih storitev, kakšni so vzroki za spremembe, kako je te spremembe možno upravljati in kako povečevati. Za njihovo delovanje so bili v okviru iniciative CIHSD zastavljeni trije stebri: razvijanje koncepta, zbiranje dokazov na terenu in upravljanje sprememb. Za zbiranje dokazov na terenu so oblikovali anketni vprašalnik (Follow-up questionnaire to coordinated/integrated health services delivery initiative submission) (The CIHSD Team, 2013).

### *2.1 Namen, cilji in raziskovalno vprašanje*

Namen prispevka je osvetliti indikatorje, uporabljene v anketnem vprašalniku (Follow-up questionnaire to coordinated/integrated health services delivery initiative submission), ki so ga za analizo stanja koordinacije in integracije zdravstvenih storitev pripravili v okviru Regionalnega urada za Evropo Svetovne zdravstvene organizacije (The CIHSD Team, 2013). Cilj raziskave je bil pripraviti seznam uporabljenih indikatorjev in razpravljati o dostopu empiričnih podatkov, da bi lahko dali na dokazih temelječe odgovore na posamezne sklope anketnega vprašalnika. Zastavljeno raziskovalno vprašanje se je glasilo: Kateri indikatorji so bili uporabljeni v anketnem vprašalniku »Follow-up questionnaire to coordinated/integrated health services delivery initiative submission« (v nadaljevanju vprašalnik CIHSD).

## **3 Rezultati**

Vprašalnik CIHSD je sestavljen iz treh temeljnih delov: prepoznavanje sprožilnih dejavnikov za procese integracije na področju zdravstvenega varstva (gonila za spremembo), načrtovanje sprememb in vodenje sprememb. Predstavljajo podlago za oceno sedanjega stanja koordinirane in integrirane obravnave na področju zdravstvenega varstva v posameznih državah po vsebinsko ločenih področjih.

### *3.1 Področje: Sprožilni dejavniki za procese integracije v obravnavi pacienta*

Področje vključuje 18 indikatorjev:

- ☐ uvrstitev podpore celovite obravnave med prioriteta področja politikov,

- pomanjkanje zadovoljstva zdravstvenih delavcev, ki so vključeni v standardno oskrbo,
- epidemiologija bolezni posamezne ciljne populacije, komorbidnost,
- nizka stopnja skladnosti pri zdravljenju pacientov,
- nezadovoljivo zagotavljanje zdravstvenih in socialnih storitev,
- disfunkcionalnost sistema zaradi razdrobljenosti ponudbe,
- prisotnost pobude za izvajalce pri prizadevanju za integracijo storitev,
- spodbujanje pacientov, da se pridružijo pobudi za usklajeno, celovito zdravstveno obravnavo,
- ocena smiselnosti obstoječih aktivnosti za integrirano zdravstveno obravnavo,
- podpora zainteresiranim, npr. zavarovalnicam, izvajalcem zdravstvenih storitev za integrirano obravnavo,
- informacijske točke in mednarodni programi za integrirano obravnavo,
- informacijske točke in nacionalni programi za integrirano obravnavo,
- inovacije v zdravljenju bolezni (potreba po reformi v zdravljenju ciljne populacije),
- potreba po obravnavi dolgoročnih učinkov in posledic kroničnih bolezni z novim pristopom,
- podpora pacientom pri potrebi po socialnih storitvah,
- potreba po novem pristopu zaradi kompleksnosti potreb pacientov,
- potreba po spremembi, podprta z dokazi (prenosljivost določenih modelov, določeni standardi obravnave).

Ocena danih indikatorjev temelji na določitvi stopnje pomembnosti za sprožanje pobude za CIHSD in na empiričnih podatkih.

### 3.2 Načrtovanje sprememb

Sklop vključuje tri področja indikatorjev: podrobno časovnico ključnih mejnikov pri načrtovanju in izvajanju, določitev ključnih področij, kjer so bile naložbe usmerjene v krepitev varstva, in opis vpliva sprememb, v skladu s cilji integrirane obravnave z določitvijo vmesnih in končnih rezultatov. Podrobna časovnica ključnih mejnikov pri načrtovanju in izvajanju vključuje kronološko pot preoblikovanja in faz oz. ključnih mejnikov pri načrtovanju in vzpostavitvi pobude za integrirano obravnavo od izhodiščne točke do sedanjega stanja. Ključna področja, kjer so bile naložbe usmerjene v krepitev varstva, so določena v sedmih točkah v tabeli 2.

*Tabela 2:* Indikatorji za prepoznavanje ključnih področij pri načrtovanju in vzpostavitvi pobude CIHSD

| Področja    | Indikatorji                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Informacije | Krepitev pretoka informacij prek stroke in sektorjev, vzpostavitev in spodbujanje orodij telemedicine, in rešitev e-zdravje in m-zdravje, omogočanje usklajenih informacijskih sistemov, ustvarjanje usklajenih podatkov, vrednotenje zdravstvenih storitev z vidika zmogljivosti, delovanje na podlagi dokazov, preglednost postopkov za določanje prednostnih nalog, kreiranje smernic za usmerjanje zbiranja in uporabe podatkov, dostop pacientov do svojih podatkov, podpiranje in vlaganje v raziskave za integrirano obravnavo, podpiranje razvoja skupin za samopomoč, poklicnih združenj in podobno. |

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kompetence | Krepitev izobraževanja pacientov, krepitev profesionalnih kliničnih veščin, spodbujanje komunikacije med pacienti, krepitev komunikacije med ponudniki storitev, koordiniranje pretoka klinične komunikacije, prilagajanje učnih načrtov za izobraževanje in usposabljanje strokovnjakov, krepitev interdisciplinarnega učenja, krepitev zdravstvene pismenosti v izobraževalnih kampanjah, spodbujanje vodstvenih, komunikacijskih sposobnosti in sposobnosti upravljanja.                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Viri       | Uvajanje novih profilov zdravstvenih delavcev, ustvarjanje novih finančnih okvirov in trajnostnega načina financiranja, ustvarjanje novih finančnih okvirov in modelov, profesionalizacija vodenja zdravja/uprave, vlaganje v zdravstveno oskrbo (zdravila, tehnologijo itd), vlaganje v informacijsko in komunikacijsko tehnologijo, vlaganje v nefinančne spodbude, vlaganje v infrastrukturo in promet, zmanjšanje postopkovnih ovir za pravičen dostop do zdravil, načini plačila ponudniku storitev, možnosti poravnave glede na dejansko porabo, zagotovitev trajnosti v okviru dolgoročnega načrtovanja, zagotavljanje osnovne/napredne in trajne možnosti za izobraževanje v akreditirani instituciji.                                  |
| Skrb       | Večanje možnosti za napotitev v sistem kontinuirane oskrbe, uvajanje novih profilov zdravstvenih delavcev, definiranje kliničnih poti in protokolov za paciente, organiziranje storitev na najprimernejših mestih, sistematizacija prehoda pacientov po hospitalizaciji/akutnem dogodku nazaj v primarno zdravstveno varstvo, usklajevanje storitev glede na posebnosti v okolju, podpiranje neformalne podporne mreže za zdravstveno nego in oskrbo, prepoznavanje in podpora družinskih negovalcev.                                                                                                                                                                                                                                           |
| Politika   | Politične zaveze za boljše usklajevanje integriranih storitev, spodbujanje ukrepov za integrirano obravnavo v različnih sektorjih in zainteresiranih strane, načrtovanje politike na regionalnih in lokalnih ravneh, oblikovanje vizije in dolgoročnih ciljev za CIHSD, oblikovanje pravnega okvira za podporo CIHSD, poimenovanje osebe, odgovorne za nadaljnji razvoj CIHSD, primerjava z nacionalnimi in mednarodnimi standardi kot sestavnimi deli samoocenjevanja, ustvarjanje pogojev za nove inovativne pristope, ustvarjanje in spodbujanje medresorskega svetovanja na vseh ravneh, ustvarjanje orodij, ki omogočajo vrednotenje in spremljanje politik, organiziranje in podpora dejavnostim v skupnosti s podporo občinskih oblasti. |
| Ljudje     | Spodbujanje in opolnomočenje ljudi za vključevanje v načrtovanje politik, ustvarjanje panožnih zvez za dejavnosti CIHSD, prepoznavanje in aktivno vključevanje ranljivih skupin in manjšin, podpiranje socialne mobilizacije preko aktivnega sodelovanja javnosti (na primer z uporabo virov, kot so multimedijske in interaktivne komunikacije), razvoj medsektorskih partnerstev s civilno družbo, da se uporabi volja, človeški kapital in materialni viri.                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Kultura    | Ustvarjanje vizije ali skupne zgodbe, spodbujanje kulture sodelovanja, ustvarjanje interesa skupnosti za zdravje in dobro počutje, ustvarjanje trajnostnega delovnega okolja, ki podpira spremembe in inovacije, vodenje z lastnim zgledom.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Izidi      | Doseganje zelenega cilja, na podlagi česa je dana pobuda za cilj, ugotovitve formalnih ocen, zagotavljanje posebnih ukrepov glede na rezultate formalnih ocen.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

*Vir:* The CIHSD Team, 2013.

Pomembno je prepoznavanje prisotnosti posameznih dejavnosti in obrazložitev le-teh kot ključnih mejnikov pri načrtovanju in vzpostavitvi pobude s svoje začetne pozicije do obstoječega stanja.

### 3.3 Vodenje sprememb

Zaključni del vprašalnika CIHSD je namenjen razumevanju vloge akterjev, ki sodelujejo pri pripravi pobude CIHSD glede na raven, kjer spremembe potekajo. Pomembno je definiranje ključnih faktorjev, ki omogočajo realizacijo vloge in odgovornosti pri njihovem delovanju, ter morebitnih ovir, ki to vlogo in izpolnjevanje odgovornosti onemogočajo. Pod systemske (makro) akterje uvrščajo oblikovalce politik, državne uradnike in organizacije, ki vplivajo na strukturo in delovanje zdravstvenih sistemov. Kot akterje srednje (mezo) ravni uvrščajo akterje, npr. regionalne funkcionarje, višje državne uradnike iz upravnih institucij, ki so del sistema in izvajalci v prizadevanjih za realizacijo vizije. Kot lokalne (mikro) akterje vključujejo neposredne izvajalce. Pomembni indikatorji so npr.: kateri zdravstveni strokovnjaki so vključeni v pobudo, kakšna je njihova vloga v procesu, kateri so ključni dejavniki njihovega profila, ki omogočajo ali predstavljajo oviro pri uresničevanju iniciative CIHSD.

## 4 Razprava

Uporabljenih je bilo več kot 88 različnih indikatorjev. Na podlagi nabora sprožilnih dejavnikov lahko sklepamo, da so pomembni tako objektivni (statistični podatki in ugotovitve raziskav) kot subjektivni podatki. Ocenjujemo, da je uporaba vprašalnika v začetni fazi smiselna na ožjem področju, z vidika lokalne perspektive, saj je splošno nacionalno oceno težko dati. Priprava podrobne časovnice usmerja v samorefleksijo in ozaveščanje o potekajočih procesih, kar je osnova v prizadevanjih za doseg napredka. Ocena sedanjega stanja na podlagi indikatorjev, združenih v sedmih področjih (informacije, kompetence, viri, skrb, politika, ljudje, kultura in izidi), predstavlja osrednji del anketnega vprašalnika. Pri tem se lahko za primerjavo navežemo na 10 načel (indikatorjev) za uspešno integracijo (E. Suter idr., 2009), kar smo predstavili v tabeli 3.

Ob primerjavi opazamo, da je prišlo do razširitve pogleda na procese integracije pri zdravstveni obravnavi, kar tudi povečuje zahtevnost merjenja stopnje integracije. Osredotočajo se tudi na vlogo akterjev in odgovornosti, ki iz te vloge izhajajo. Indikatorji za ključna vprašanja, ki si jih zastavljajo (kaj sproži usklajenost, koordiniranost in integriranost zdravstvenih storitev, kaj povzroči spremembe, kako je te spremembe mogoče upravljati in kako povečevati), so zahtevni za empirično preverjanje. V Sloveniji večinoma ni prisotnih potrebnih empiričnih podatkov, da bi na vprašanja v vprašalniku lahko korektno odgovorili, da bi bili odgovori uporabni v kontekstu mednarodne primerjave.

**Tabela 3:** Primerjava indikatorjev za prepoznavanje ključnih področij pri načrtovanju in vzpostavitvi pobude CIHSD (2013) z indikatorji Suter idr.(2009)

| <i>Indikatorji CIHSD</i>                                                            | <i>Indikatorji po E. Suther s sodelavci</i>                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Informacije<br>Kompetence<br>Viri<br>Skrb<br>Politika<br>Ljudje<br>Kultura<br>Izidi | Celovite storitve na poti zagotavljanja kontinuuma skrbi                                 |
|                                                                                     | Upoštevanje prejemnika pomoči                                                            |
|                                                                                     | Geografska pokritost z vsemi potrebnimi programi pomoči - dostopnost poimenskega seznama |
|                                                                                     | Standardiziranje izvajanja skrbi prek multidisciplinarnih timov                          |
|                                                                                     | Uspešnost menedžmenta                                                                    |
|                                                                                     | Geografska pokritost z vsemi potrebnimi programi pomoči - dostopnost poimenskega seznama |
|                                                                                     | Standardiziranje izvajanja skrbi preko multidisciplinarnih timov                         |
|                                                                                     | Uspešnost menedžmenta                                                                    |
|                                                                                     | Informacijski sistemi                                                                    |
|                                                                                     | Organizacijska kultura in vodenje                                                        |
|                                                                                     | Vloga zdravnikov v procesu integracije                                                   |
|                                                                                     | Struktura upravljanja                                                                    |
|                                                                                     | Finančno upravljanje                                                                     |

*Vir:* CIHSD (2013) in Suter idr. (2009).

## 5 Sklep

Indikatorji merjenja usklajenosti in celovitosti zdravstvenih storitev obravnave pacienta v okviru vprašalnika, pripravljenega v projektu CIHSD v okviru Svetovne zdravstvene organizacije, Regionalnega urada za Evropo, razkrivajo kompleksnost obravnavane situacije. V Sloveniji primanjkuje empiričnih podatkov predvsem na mezo in mikro ravni. Razvoj celovite, integrirane, kontinuirane zdravstvene obravnave in skupnostne skrbi je v Sloveniji zagotovo prisoten. Kje pa smo, v odnosu do drugih držav, je pa treba na različnih področjih in iz različnih perspektiv še izmeriti skozi kompleksen ciljano načrtovan raziskovalni proces.

## LITERATURA

1. Andrade, L. H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J. E. in Al Hamzawi, A. (2014). Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological Medicine* 44 (6), 1303-1317. Pridobljeno 24. 8. 2014, s <http://search.proquest.com/nukweb.nuk.uni-lj.si/docview/1514800088?accountid=16468>.
2. Beecham, J. and Johnson, S. (2000). The European Socio- Demographic Schedule (ESDS): rationale, principles and development. Pridobljeno 22. 8. 2014, s <http://eds.b.ebscohost.com/nukweb.nuk.uni-lj.si/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=dab3fe0b-b3df-4041-b573-a4f3daf0190e%40sessionmgr113&vid=12&hid=110>.
3. Coordinated/Integrated Health Services Delivery (2013). World Health Organization. Regional office for Europe. Pridobljeno 21. 8. 2014, s <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-service-delivery/news/news/2013/10/framework-for-action-towards-coordinated-integrated-health-services-delivery-cihsd-launched>.

4. Hajdinjak, G. in Meglič, R. (2012). *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
5. Kamin, T., Jeriček Klanšček, H., Zorko, M., Bajt, M., Roškar, S. in Dernovšek, M. Z. (2009). *Duševno zdravje prebivalcev Slovenije*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
6. Suter, E., Oelke, D. N., Adair, E. C. and Armitage, D. (2009). Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration. *Healthcare Quarterly*, 13 (Spec No), 16-23. Pridobljeno 13. 2. 2012, s <http://www.longwoods.com/publications/healthcare-quarterly/614>.
7. Šprah, L., Novak, T. in Dernovšek, M. Z. (2011). *Ocena tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije: analiza tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije v posameznih statističnih regijah s pomočjo prilagojene metodologije Indeksa boljšega življenja: elaborat*. Ljubljana: Družbenomedicinski inštitut Znanstvenoraziskovalnega centra Slovenske akademije znanosti in umetnosti. Pridobljeno 23. 8. 2014, s [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno\\_zdravje\\_2013/Raziskava.Ocena\\_tveganj\\_za\\_razvoj\\_tezav\\_v\\_dusevnem\\_zdravju\\_prebivalcev\\_RS.2011.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno_zdravje_2013/Raziskava.Ocena_tveganj_za_razvoj_tezav_v_dusevnem_zdravju_prebivalcev_RS.2011.pdf).
8. The CIHSD Team (2013). Follow-up questionnaire to coordinated/integrated health services delivery initiative submission. World Health Organization. Regional office for Europe. Pridobljeno 24. 8. 2014, s <https://www.research.net/s/CIHSD2013>.
9. World Health Organization (2003). *Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century*. Pridobljeno 23. 8. 2014, s [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1).
10. Zupančič, V. (2013). *Integralni pristop v zdravstveni negi* (Magistrsko delo). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.
11. Zupančič, V. in Filej, B. (2013). Koncept skupnostne skrbi iz perspektive znanja študentov V D. Železnik, B. M. Kaučič in U. Železnik (ur.). *Sedanost in prihodnost zdravstvenih ved v času globalnih sprememb* (str. 66-75). Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede.
12. Zupančič, V. in Pahor, M. (2014). Skrb za osebe z depresijo v Sloveniji: pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege* 48 (2), 136-146.

# Celostna obravnava pacienta pri sprejemu v bolnišnica

UDK 616-082.4

**KLJUČNE BESEDE:** celostna obravnava, pacienti, centralni sprejem, zdravstvena nega

**POVZETEK** - V zadnjih nekaj letih smo na temo celostna obravnava pacienta imeli že kar nekaj simpozijev in predavanj, napisanih pa je bilo tudi veliko diplomskih in magistrskih nalog. Iz teh lahko sklepamo, da celostna obravnava pacienta na področju zdravstvene nege ni možna brez ustrezne metode dela po procesu zdravstvene nege. Toda, ali res pristopamo celostno in ali se resnično trudimo, da pacienta obravnavamo skladno z določili in resolucijami? Med teorijo in prakso je še vedno viden velik razkorak. Glavni dejavniki, ki onemogočajo celostni pristop k obravnavi pacienta na področju zdravstvene nege, so pomanjkanje zaposlenih in časa. V enoti centralnega kirurškega sprejema se trudimo kar najbolj približati celostni obravnavi pacienta. Naše vodilo iz dneva v dan je: »Obravnavaj pacienta in se obnašaj do njega tako, kot bi želel, da v podobni situaciji obravnavajo in se obnašajo do tebe ali tvojih bližnjih«.

UDC 616-082.4

**KEY WORDS:** comprehensive treatment, patient, Central Surgery Admission Unit, nursing care process

**ABSTRACT** - There has been a lot of data published about the comprehensive treatment of the patient in the past few years. After reading some of it I have realised that comprehensive treatment of the patient in health care is not even possible without the nursing care process. But do we really use the comprehensive approach and do we really try hard to treat the patient in accordance with the provisions? There are still large gaps between theory and practice. Factors that prevent us from treating the patients comprehensively are lack of nursing staff and time. In the Central Surgery Admission Unit we try as much as possible to comprehensively treat our patients. Our motto is: "Treat patients the same way as you and your family members would want to be treated in a similar situation."

## 1 Uvod

Beseda holizem izhaja iz grške besede holos, ki pomeni cel. Holistična oziroma celostna medicina obravnava pacienta celostno in je ne zanimajo zgolj telesni simptomi. Pri holizmu je celota večja kot seštevek njenih posameznih delov. Holistična obravnava pacienta pomeni pristop s fiziološkega, psihološkega in socialnega vidika ([http://www.denas.si/index.php?option=com\\_content&view=article&id=41&Itemid=28](http://www.denas.si/index.php?option=com_content&view=article&id=41&Itemid=28)).

Pri holistični obravnavi gre za sodoben metodološki pristop v zdravstveni negi, ki ga oblikuje visoka stopnja organiziranosti, in za boljši način, da dosežemo zaželeno cilje, omogoča pa nam sistematično delo. Proces zdravstvene nege temelji na metodi ugotavljanja telesnih, duševnih in socialnih potreb posameznika, družine ali družbene skupnosti. Je pojem, ki pojasnjuje sistem značilnih posegov v družine in družbene skupnosti. Vključuje uporabo znanstvenih metod za ugotavljanje potreb varovancev, načrtovanje dela in zadovoljevanje potreb, izvajanje nege in vrednotenje dosežkov, določa prednosti glede na njihovo pomembnost za življenje, ozdravitev ali kvaliteto življenja in obliko nege ter skrbi za materialne pogoje (Pajnkihar, 1999, str. 165).

## 2 Definicija zdravstvene nege

Zdravstvena nega je celovita dejavnost, ki se ukvarja s posameznikom, družino in družbeno skupnostjo v njihovih razvejanih funkcijah, v času zdravja in bolezni, oziroma se giblje iz ene sfere v drugo. Enkratna naloga medicinske sestre je torej, da ugotavlja potrebe in načrtuje zdravstveno nego, ki bo pomagala bolnemu ali zdravemu posamezniku opravljati vse, kar koristi njegovemu zdravju, okrevanju ali mirni smrti. Cilj zdravstvene nege je omogočiti neodvisnost pacienta, če ima za to potrebno moč, voljo ali znanje. Svoje naloge mora opravljati tako, da bo pacientu vrnila neodvisnost v najkrajšem možnem času (Pajnkihar, 1999, str. 9).

## 3 Proces zdravstvene nege

Proces zdravstvene nege je sodobna metoda dela, ki ga oblikuje visoka stopnja organiziranosti. Omogoča sistematično reševanje problemov zdravstvene nege. Gre za metodo dela, ki celovito in celostno obravnava posameznika, družino in širšo družbeno skupnost (Železnik in Ivanuša, 2000, str. 29).

Sestavljen je iz štirih faz:

1. ugotavljanje potreb po zdravstveni negi: tukaj zbiramo informacije o pacientu, analiziramo zbrane podatke, določimo negovalne probleme oziroma postavimo negovalne diagnoze.
2. načrtovanje zdravstvene nege: v tej fazi navedemo negovalne probleme ter določimo pomembnost le-teh, določimo negovalne cilje, ugotavljamo in upoštevamo pacientove vire, izdelamo individualni negovalni načrt intervencij zdravstvene nege.
3. izvajanje zdravstvene nege: v tej fazi izberemo najustreznejšo, strokovno pravilno metodo dela, pacientu zagotovimo individualnost, pri tem pa upoštevamo njegove psihofizične posebnosti, načela varnosti, principe asepse in antisepse, etična načela.
4. vrednotenje zdravstvene nege: vrednotimo učinek zdravstvene nege na pacienta, reakcije pacienta na posamezne negovalne intervencije, splošno počutje pacienta, spremembe v počutju pacienta, doseganje načrtovanih ciljev pri pacientu glede na postavljeno negovalno diagnozo (po Pajnkihar, 1999, str. 165-198).

Bistvo današnje sodobne zdravstvene nege je usmerjenost v pacienta kot celovito osebnost. Pacient je v središču dogajanja, njegova volja je enakovredna, po svojih zmožnostih in sposobnostih lahko pri zdravstveni negi sodeluje. Sodobna zdravstvena nega podpira odgovornost pacienta do samega sebe in spoštuje njegove odločitve, mnenja in želje (Hajdinjak in Meglič, 2006, str. 11 ).

## 4 Celostna obravnava pacienta pri sprejemu v bolnišnico preko Enote kirurškega centralnega sprejema

V Splošni bolnišnici Novo mesto deluje na kirurškem oddelku Enota centralnega sprejema pacientov. Tukaj se med drugimi sprejemajo tudi vsi pacienti, ki prihajajo na naročene operativne posege.

Enoto sestavljajo štirje prostori, ki so med seboj povezani in si sledijo po logičnem zaporedju. Tim sestavlja šest medicinskih sester in ena diplomirana medicinska sestra, ki tim tudi vodi, zdravnik pa v našem timu ni prisoten.

Pacienti prihajajo na sprejem glede na uro, ki jo imajo določeno. Največ jih pride med šesto in osmo uro zjutraj. Kasneje pa prihajajo tisti, ki imajo predviden poseg šele naslednji dan. Ko pacient pride do nas, odda zdravstveno kartico, napotnico (če ni že pri nas) in vso potrebno dokumentacijo z izvidi preiskav, ki so bile zahtevane.

Da pacienti res prihajajo na operativni poseg pripravljeni, smo uvedli klinične poti in sistem klicanja pacientov domov en teden pred predvidenim sprejemom. Takrat jim razložimo, kaj morajo imeti s seboj, da ne smejo prebolevati kakšnih respiratornih infektov ali kakih drugih stanj, ki kažejo na znižano imunsko odpornost. Povemo, da mora biti (razen v redkih izjemah) operativno področje zdravo, brez ran, prask, lokalnih vnetij in podplutb. Vsi, ki se pripravljajo na večji operativni poseg, v sklopu predoperativne priprave obiščejo tudi anesteziologa, ki oceni verjetnost za tveganje med operacijo. Če je potrebno, pacienta napoti še k posameznim specialistom po mnenje. Pacienti morajo doma pripraviti seznam zdravil, ki jih jemljejo, če je na seznamu kakšno zdravilo, ki je specifično, pacienta zaprosimo, naj ga ima ob sprejemu s seboj. Da pogovor kar najbolj tekoče poteka in da izvemo res vse ključne informacije, imamo za to pripravljen obrazec, ki nam služi kot vodilo in dokument, v katerega zabeležimo potrebne podatke.

Ob sprejemu pacienta opravimo administrativni sprejem, pripravimo temperaturni list, na katerega damo nalepko s pacientovim imenom, in ga izpolnimo po navodilih, ki so nam dana. Priložimo še list zdravstvene nege (negovalni list) in ostalo dokumentacijo, ki jo skupaj s pacientom pregledamo in izpolnimo. Ta dokumentacija vsebuje soglasje za operativni poseg in anestezijo, obrazec za posredovanje informacij in negovalno anamnezo ob sprejemu. Po opravljenem administrativnem sprejemu pacienta napotimo v naslednji prostor, kjer se higiensko uredi in preobleče v bolnišnično perilo. Vso obleko in lastnino ob sprejemu zabeležimo na za to predviden obrazec v treh izvodih (pacient, dokumentacija in oblačila na obešalniku). Nato pacienta napotimo v naslednji prostor za antropometrične meritve, izmerimo vitalne funkcije, odvzamemo kri za manjkajoče preiskave. Pacienta opremimo z identifikacijsko zapestnico, na kateri so njegovi podatki. Ponovno preverimo, ali je pacient razumel vse informacije, ki smo mu jih dali, in tudi tiste, ki jih je zahteval. Četrty prostor pa je namenjen snemanju EKG-ja in Doppler-skih meritev. EKG posnamemo vsem pacientom, ki ga že ne prinašajo s seboj, in pazimo, da prinešeni ni starejši od treh mesecev. Doppler pa izvajamo samo po naročilu zdravnika.

Ko opravimo vse potrebno, pacienta pospremimo na predviden odsek kirurškega oddelka, ki se določi glede na diagnozo in operativni poseg.

V enoti se vsi zaposleni trudimo, da pacientu kar najbolj olajšamo prehod iz domačega okolja v bolnišnično, saj se zavedamo, da ta prehod veliki večini pacientov predstavlja še dodatni stresni dejavnik, poleg strahu, ki se navezuje na sam operativni postopek. Zavedati se moramo, da pacienti, ki vstopajo v naše okolje, puščajo za seboj doma svoje otroke, starše, partnerje in ne nazadnje tudi živali, za katere skrbijo. K nam prihajajo s strahom, ali bo vse v redu doma, in če je to vodilni član družine, jih skrbi tudi, če bodo ostali zmogli brez njih. Zato vsem pacientom ob sprejemu naredimo negovalno anamnezo in vse podatke, ki nam jih pacient posreduje, zabeležimo na list Negovalna anamneza. Ta dokument nam omogoča, da se lažje orientiramo, na katero področje moramo biti bolj pozorni. Ob sprejemu nam pacienti posredujejo kontaktno telefonsko številko svojca in se odločijo, komu dovolijo obiske in posredovanje informacij.

Vsi zaposleni skrbimo in se trudimo, da smo skozi celotni sprejem do pacienta prijazni, dostopni tako za dodatne informacije kot za poslušanje, kaj nam pacient želi in še mora povedati. Zato mora sprejem potekati individualno, biti prilagojen vsakemu posamezniku, kar nam dobro uspeva, saj smo vse že kar dobro usposobljene za hitro oceno pacientovega stanja. Ocenjevanja smo se naučile skozi prakso in tudi ob napakah, ki smo jih delale pri nepravilnem pristopu.

Kadar ima kateri od zaposlenih občutek, da tisti dan ne bo mogel vzdrževati zadostne stopnje pozornosti, da je preutrujen ali pa tudi preveč nervozen, se dogovorimo o spremembi delovnega mesta na področje, kjer sicer ima stik s pacientom, vendar se ne pričakuje veliko besednega stika, razen navodil in usmerjanja.

Na tak način poskušamo pristopiti k pacientu prijazno in kolikor mogoče celostno. Na žalost ugotavljamo, da smo še daleč od celostne obravnave pacienta, in to predvsem zaradi pomanjkanja časa, ki mu ga lahko posvetimo. Odločeni smo, da bomo storili vse in se po najboljših močeh trudili, da bodo pacienti odhajali od nas zadovoljni in kakovostno obravnavani. Sodeč po anketah, ki jih izvajamo zadnjih nekaj let enkrat na leto, ugotavljamo, da smo vsako leto bližje cilju, saj so pacienti z našo obravnavo zadovoljni. Imajo le pripombe na čakalni prostor, ki res ni najbolj primeren, saj smo si zaradi prostorske stiske sposodili kar dnevni prostor.

Zavedamo se, da bomo cilj dosegli le s skupnimi močmi, zato nam morajo prisluhniti tudi nadrejeni in razmisliti o posodobitvi in razširitvi prostorov.

## 5 Sklep

Holistični pristop jemlje človeka kot celoto. Odgovore za porušeno zdravstveno stanje išče povsod in vsak element je enako pomemben: način življenja, prehranjevalne navade, življenjsko okolje, družina in partnerji, mentalno zdravje in sposobnosti, telesna aktivnost itd. Šele na podlagi vseh teh podatkov in zdravstvenih izvidov je moč načr-

tovati zdravljenje. Seveda pa je najvažneje pacientu prisluhniti in mu nameniti dovolj časa pri obravnavi ([http://www.denas.si/index.php?option=com\\_content&view=article&id=41&Itemid=28](http://www.denas.si/index.php?option=com_content&view=article&id=41&Itemid=28)).

## **LITERATURA**

1. Hajdinjak, G. in Meglič, R. (2006). Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
2. [http://www.denas.si/index.php?option=com\\_content&view=article&id=41&Itemid=28](http://www.denas.si/index.php?option=com_content&view=article&id=41&Itemid=28).
3. Pajnikihar, M. (1999). Teoretične osnove zdravstvene nege. Maribor: Visoka zdravstvena šola.
4. Železnik, D. in Ivanuša, A. (2000). Osnove zdravstvene nege kirurškega bolnika. Maribor: Visoka zdravstvena šola.