



Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije -
Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic
in zdravstvenih tehnikov Slovenije

Nacionalni center za strokovni, karierni in osebni razvoj
medicinskih sester in babic

9. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije

**»Moč za spremembe -
medicinske sestre in babice smo v
prvih vrstah zdravstvenega sistema«**

Zbornik prispevkov z recenzijo





Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije -
Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babic

9. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije

**»Moč za spremembe -
medicinske sestre in babice
smo v prvih vrstah
zdravstvenega sistema«**

Zbornik predavanj z recenzijo

»Moč za spremembe -
medicinske sestre in babice smo v prvih vrstah
zdravstvenega sistema«

Kongresni center Brdo – Brdo Pri Kranju, 9. in 10. maj 2013

Zbornik predavanj z recenzijo

- Urednice:** Darinka Klemenc, Suzana Majcen Dvoršak, Tamara Štemberger Kolnik
- Recenzenti prispevkov:** Brane Bregar, Ema Dornik, Andrej Fink, Anita Goričan, Saša Kadivec, Andreja Kvas, Milica Lahe, Gordana Lokajner, Mateja Lorber, Andreja Mihelič Zajec, Darja Ovijač, Jožica Ramšak Pajk, Tamara Štemberger Kolnik, Sanja Vrbovšek, Teja Zakšek, Danica Železnik
- Organizacijski odbor:** Monika Ažman, predsednica, Miha Okrožnik, Boja Pahor, Jože Prestor, Jožica Rešetič
- Programski odbor:** Darinka Klemenc, predsednica, Suzana Majcen Dvoršak, Ksenija Pirš, Tamara Štemberger Kolnik, Anita Prelec, Andreja Kvas
- Grafično oblikovanje in priprava za tisk:** Starling d.o.o.
- Založila in izdala:** Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babic
- Za založnika:** Darinka Klemenc
- Tiskarna:** Grafični atelje TOM
- Naklada:** 250 izvodov

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

616-083(082)
618.2/.6-083(082)

KONGRES zdravstvene in babiške nege Slovenije (9 ; 2013 ; Predoslje)
Moč za spremembe - medicinske sestre in babice smo v prvih vrstah zdravstvenega sistema : zbornik prispevkov z recenzijo / 9. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Kongresni center Brdo - Brdo pri Kranju, 9. in 10. maj 2013 ; [urednice Darinka Klemenc, Suzana Majcen Dvoršak, Tamara Štemberger Kolnik]. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babic, 2013

ISBN 978-961-273-065-9
1. Gl. stv. nasl. 2. Klemenc, Darinka
266809856

Kazalo

PRISPEVKI VABLJENIH PREDAVATELJEV

- 111A** PLURALIZAM ETIČKIH PRISTUPA U SESTRINSKOJ PRAKSI
Sonja Kalauz 1
- 111B** SECURING A SUSTAINABLE FUTURE FOR MIDWIVES AND NURSES IN EUROPE - EU DIRECTIVES AND POLICIES IN ACTION
Mervi Jokinen 7
- 211A** ZGODOVINSKI IZVIRI RAZVOJA ZDRAVSTVENEGA ŠOLSTVA NA SLOVENSLEM ALI O ŠOLANJU MEDICINSKIH SESTER IN BABIC SKOZI ČAS 1753-1960
Branko Šuštar 10
- 211B** RAZLIKE V OCENAH ETIČNIH KOMPETENC VODIJ V ZDRAVSTVENI NEGI V SLOVENSkih BOLNIŠNICAH
Andreja Kvas 23

ETIČNI VIDIK ZDRAVSTVEN NEGE

- 112A** UMETNA PREKINITEV NOSEČNOSTI JE V DANAŠNJEM ČASU POGOSTA OBLIKA DOKONČANJA NEZAŽELJENE NOSEČNOSTI
Laura Krajnc, Metka Damiš 33
- 112B** TEORETIČNO IN KRITIČNO RAZMIŠLJANJE V ZDRAVSTVENI NEGI
Barbara Donik, Mateja Lorber, Ksenija Pirš, Majda Pajnkihar 40
- 112C** VPLIV ČUSTVENE INTELIGENCE NA MEDSEBOJNE ODNOSE NA DELOVNEM MESTU
Munira Pejić, Aida Šešet 48
- 112D** POSEBNOSTI OBRAVNAVE PACIENTA NA FORENZIČNI PSIHIATRIJI UNIVERZITETNEGA KLINIČNEGA CENTRA MARIBOR
Ivanka Videčnik, Sabina Finžgar 56

MANAGEMENT CELOVITE KAKOVOSTI

- 122A** MANAGEMENT CELOVITE KAKOVOSTI V BOLNIŠNICI IN VPLIV NA PROCES ZDRAVSTVENE NEGE
Zdenka Kramar, Sandra Jerebic 63
- 122C** KATEGORIZACIJA ZAHTEVNOSTI BOLNIŠNIČNE ZDRAVSTVENE NEGE V SLOVENSkih BOLNIŠNICAH V LETU 2011- PRIMERJAVA Z LETI 2007 – 2011
Robert Terbovšek, Branko Bregar 72
- 122D** »HOTELSKI TIP ZDRAVSTVENE NEGE« - NEVARNOST ALI PREDNOST ZA SODOBNO ZDRAVSTVENO NEGO
Vesna Zupančič 78

**ZDRAVSTVENA VZGOJA PACIENTOV**

- 132A** ORGANIZACIJA IZOBRAŽEVANJA PACIENTOV S KRONIČNO RANO IN NJIHOVIH SVOJCEV – PRIMER DOBRE PRAKSE
Oti Mertelj, Mateja Bahun 89
- 132B** EVALVACIJA PROGRAMA ZA UČENJE PACIENTOV NA KRONIČNI NEINVAZIVNI VENTILACIJI NA DOMU
Lojzka Prestor 97
- 132C** ZDRAVSTVENA VZGOJA BOLNIKA Z MEHANSKO PODPORO LEVEGA PREKATA
Simon Koletnik, Andreja Kvas 105
- 132D** ZDRAVSTVENA VZGOJA AMBULANTNO VODENIH BOLNIKOV S SRČNIM POPUŠČANJEM
Patricija Šenk, Andreja Kvas, Katja Janša Trontelj 112
- 132E** VPLIV REEDUKACIJSKEGA PROGRAMA ZA PACIENTE S SLADKORNO BOLEZNIJO TIP 2 NA POKAZATELJE METABOLNE UREJENOSTI
Vanja Kosmina Novak 120

KARIERNI RAZVOJ ZAPOSLENIH

- 113A** ZEMLJEVID ZNANJA – ORODJE ZA NAČRTOVANJE IZOBRAŽEVANJA
Saša Kadivec, Robert Sotler 129
- 113B** ZEMLJEVID ZNANJA KOT UČINKOVITA POT K RAZVOJU POSAMEZNIKA V SPLOŠNI BOLNIŠNICI JESENICE
Zdenka Kramar 135
- 113C** RAZVIJANJE DELOVNE KARIERE IZVAJALCEV ZDRAVSTVENE NEGE V INTENZIVNIH ENOTAH UNIVERZITETNEGA KLINIČNEGA CENTRA MARIBOR
Iris Živko 141

PROFESIONALIZACIJA ZDRAVSTVENE NEGE

- 123A** SPREMLJANJE STROKOVNIH NOVOSTI IN RAZISKOVANJE V ZDRAVSTVENI IN BABIŠKI NEGI
Emma Dornik 151
- 123C** KDO SO REŠEVALCI V SLOVENSKE NUJNI POMOČI
Jože Prestor 158
- 123E** ENOTA NEAKUTNE BOLNIŠNIČNE OBRAVNAVE V UKC MARIBOR
Ksenija Kramberger 164

KAKOVOST V DELOVNEM OKOLJU

- 133A** ZADOVOLJSTVO ZASEBNIH PATRONAŽNI MEDICINSKIH SESTER - V PRIMEŽU PREDNOSTI IN SLABOSTI ZASEBNIŠTVA
Andreja Krajnc 175
- 133B** ORGANIZACIJSKA KULTURA V ZDRAVSTVENEMU DOMU LJUBLJANA - ENOTA ŠIŠKA
Beti Zafran 182
- 133C** KAKOVOST DELOVNEGA ŽIVLJENJA IN ZDRAVJE ZAPOSLENIH
Tanja Korošec 190
- 133D** MOTIVACIJA ZAPOSLENIH KOT POMEMBEN ELEMENT KAKOVOSTI V ZDRAVSTVENI NEGI
Mojca Dobnik, Mateja Lorber 197
- 133E** MOTIVACIJA ZA DELO Z VIDIKA MEDICINSKIH SESTER
Petriska Robnik, Boris Miha Kaučič, Danica Železnik 203

UČENJE V KLINIČNEM OKOLJU

- 114A** UPORABA OBJAVLJENIH ZGODB PACIENTOV Z RAKOM PRI UČENJU ŠTUDENTOV V KLINIČNEM OKOLJU
Mojca Kotnik, Miladinka Matković, Katarina Lokar, Sedina Kalender Smajlović 213
- 114B** POUČEVANJE IN UČENJE ZDRAVSTVENE NEGE V KLINIČNEM OKOLJU
Vesna Čuk 220
- 114C** NEKATERI VIDIKI DOŽIVLJANJA PRAKTIČNEGA USPOSABLJANJA PRI DELODAJALCU DIJAKOV SREDNJE ZDRAVSTVENE ŠOLE MURSKA SOBOTA
Edvard Jakšič 227
- 114D** OPERACIJSKA MEDICINSKA SESTRA V SIMULACIJSKEM CENTRU
Tatjana Požarnik, Tatjana Trotošek 235
- 114E** PREDSTAVITEV AKTIVNOSTI ZDRUŽENJA ZASEBNIH PATRONAŽNIH MEDICINSKIH SESTER – prenova informacijskega sistema
Andreja Krajnc, Majda Nešič, Urška Flajs 240

E-ZDRAVSTVENA NEGA

- 124A** OBLIKOVANJE ELEKTRONSKE VLOGE ZA SPREJEM PACIENTA NA NEGOVALNI ODDELEK
Aleksandar Pavlović, Tamara Štemberger Kolnik, Boštjan Žvanut 247
- 124B** MODEL E – DOKUMENTACIJE KLINIČNE POTI ZA SRČNO OPERACIJO
Blanka Pust, Vladislav Rajkovič, Marija Zaletel 253
- 124C** UVEDBA E - AMBULANTNEGA KARTONA GINEKOLOŠKE KLINIKE UNIVERZITETNEGA KLINIČNEGA CENTRA LJUBLJANA
Vesna Rugelj, Mateja Pogorelc 262



- 124D** ELEKTRONSKI ZDRAVSTVENI ZAPIS EDUKACIJ PACIENTA S SLADKORNO BOLEZNIJO: RAZVOJ PROTOTIPA INFORMACIJSKEGA SISTEMA
Ajda Brdar, Boštjan Žvanut, Tamara Štemberger Kolnik268
- 124E** OBLIKOVANJE MODELA ELEKTRONSKEGA ZAPISA ZDRAVSTVENE NEGE
Cvetka Krel, Jožefa Tomažič, Vladislav Rajkovič, Ana Habjanič, Peter Benedik 275

MEDSEBOJNI ODNOSI V ZDRAVSTVENEM TIMU

- 134B POSLEDICE SINDROMA IZGORELOSTI V ZDRAVSTVENI NEGI
Helena Kristina Halbwachs 285

ORGANIZACIJA DELA

- 212A IZIDI ZDRAVSTVENE NEGE NA NEGOVALNEM ODDELKU UKC LJUBLJANA
Maja Klančnik Gruden, Alma Sušič, Vida Oražem, Nataša Čermelj, Urška Hvala, Asja Jaklič, Smiljana Kazič, Maja Medvešček Smrekar, Erika Predalič, Alenka Roš, Đurđa Sima, Nada Vigec 295
- 212B MODELIRANJE DELOVNIH PROCESOV V BABIŠTVU S POMOČJO UML DIAGRAMOV Z NAMENOM NJIHOVE OPTIMIZACIJE
Anže Čeh 302
- 212D VLOGA KOORDINATORJA ODPUSTA PACIENTA V SPLOŠNI BOLNIŠNICI JESENICE
Jana Lavtižar, Gordana Sivec 311
- 212E POMEN KAKOVOSTNE TIMSKE PREDAJE PACIENTA MED ENOTO INTENZIVNE TERAPIJE IN ODDELKOM
Maja Kaker, Zorica Panič 318
- 212F POSTOPKI FINANČNO-MEDICINSKEGA NADZORA S STRANI ZZS IZ STALIŠČA ZDRAVSTVENE NEGE
Mateja Berčan 322
- 212G KAKOVOST IN VARNOST V ZDRAVSTVENI NEGI V PSIHIATRIČNI KLINIKI LJUBLJANA
Stanislava Blagojevič, Stanka Komazec, Irena Us 328

PRAKASA ZA PRAKSO

- 222B ZDRAVSTVENA NEGA PACIENTA Z OBSEŽNO RAZJEDO ZARADI PRITISKA – PRIKAZ PRIMERA
Vida Oražem, Vanja Vilar 337
- 222C ZDRAVLJENJE LUSKAVICE Z BIOLOŠKIMI ZDRAVILI IN VPLIV NA KAKOVOST ŽIVLJENJA BOLNIKA
Liljana Kralj 344
- 222D VPLIV ULTRAVIJOLIČNIH ŽARKOV NA KOŽO IN USTREZNA ZAŠČITA: OSVEŠČENOST PREBIVALSTVA O USTREZNI ZAŠČITI
Katja Šivic, Andreja Kvas 352

- 222F ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA S PERIFERNO ARTERIJSKO BOLEZNIJO PRED IN PO LOKALNEM TROMBOLITIČNEM ZDRAVLJENJU Z OBLIKOVANJEM NEGOVALNIH DIAGNOZ
Bojana Banovič, Bernarda Djekič, Mirjam Ravljen 358

VARNOSTNA KULTURA IN ZDRAVSTVEN NEGA

- 232C UVEDBA DELAVNIC POSEBNIH VAROVALNIH UKREPOV
Simon Šemrl 369
- 232E VARNOST NA PODROČJU RAZDELJEVANJA ZDRAVIL
Alenka Bijol, Marija Mežik Veber 374
- 232F VARNA APLIKACIJA ZDRAVIL/UČINKOVIN V PODKOŽJE IN MIŠICO
Albina Bobnar, Daniela Trajkovska 380
- 232G DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA UVAJANJE PERIFERNE INTRAVENOZNE KANILE-PRIMERJAVA MED INTERNISTIČNO IN PEDIATRIČNO PRVO POMOČJO V SPLOŠNI BOLNIŠNICI JESENICE
Mojca Strgar, Nada Macura Višič 389

PARTNERSTVO Z UPORABNIKI

- 213A 'NETRAVMATSKA OBRAVNAVA OTROK IN MLADOSTNIKOV V BOLNIŠNICI
Majda Oštir 399
- 213C OCENJEVANJE POTREB BOLNIKOV Z NAPREDOVALIMI BOLEZNIMI
Albina Bobnar, Kristina Ponjevič 405
- 213D SKRBSTVENI VIDIK OBRAVNAVE PACIENTA NA KLINIČNIH VAJAH V OČEH ŠTUDENTA
Barbara Kegl, Mateja Lorber, Majda Pajnkihar 414
- 213E IZOBRAŽEVALNE POTREBE BOLNIKOV Z REVMATIČNO BOLEZNIJO
Milena Pavič Nikolič 421

PRAKSA ZA PRAKSO

- 223A OCENA ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI O IZVEDBI ČIŠČENJA: ŠTUDIJA PRIMERA
Jožica Peterka Novak, Irena Us... 431
- 223B VPLIV UVAJANJA SPREMEMB PRI POSTOPKIH HIGIENE ROK NA PRENOS MRSA V BOLNIŠNICI
Lidija Ahec, Zdenka Kramar 438
- 223E PROTOKOLI UPORABE OBLOG PRI OSKRBI OPEKLINSKE RANE
Suzana Majcen Dvoršak, Suzana Tunuković 443



POLJUDNI PRISPEVKI

123B	AKTIVNOSTI SKUPINE ZA RAZISKOVANJE V ZDRAVSTVENI IN BABIŠKI NEGI V UNIVERZITETNEM KLINIČNEM CENTRU LJUBLJANA Anita Jelen , Nataša Čermelj, Maja Klančnik Gruden, Nataša Kermavner, Mojca Tomažič, Anita Prelec	453
134D	UTICAJ MESEČEVIH MENA NA MENTALNO ZDRAVLJE LJUDI Dobriła Janković	459
222E	TETOVAŽA- ZDRAVSTVENI RIZIK ILI ULEPŠAVANJE Tatjana Dinić	461
232B	OCENJEVALNE LESTVICE ZA AGRESIVNO VEDENJE KOT ELEMENT ZAGOTAVLJANJA VARNOSTI Aljoša Lapanja	466

PRISPEVKI VABLJENIH PREDAVATELJEV



PLURALIZAM ETIČKIH PRISTUPA U SESTRINSKOJ PRAKSI

PLURALISM OF ETHICAL APPROACHES IN NURSING PRACTICE

Sonja Kalauz


Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet

Šalata 3, 10 000 Zagreb, Hrvatska

sonja.kalauz@zvu-hr

Ključne riječi: pluriperspektivizam, etičke dileme, univerzalne vrijednosti, sestrinstvo

SAŽETAK

Pristup sestrinskoj etici i donošenje moralnih odluka u sestrinskoj praksi vrlo je složen, ulazi u samu srž odnosa medicinska sestra - bolesnik, a vrlo često je opterećen utjecajem zdravstvene politike, te socijalnih, ekonomskih i kulturoloških kretanja u jednom društvu. U takvom okruženju teško se može „živjeti“ etika univerzalnih vrijednosti, jer postojeći duh postmoderne, isticanje materijalnih nad duhovnim vrijednostima u većini ljudi ostavlja moralnu prazninu i pustoš. Trganjem objektivnosti, moralnosti i nepristranosti iz univerzalnog moralnog reda, potiče se procvat subjektivnosti, relativizma, vlastitosti (sebeljublja), oholosti i nihilizma. Po tom pitanju ni sestrinska profesija nije izuzeta jer već malo složenija analiza pokazat će rascjepkanost i razilaženja po pitanjima profesionalnog (i moralnog!) identiteta i integriteta i onoga što čini njenu istinsku esenciju. Ideal sestrinstva postavljen u moralnom autoritetu Florence Nightingale (sestrinstvo kao „poziv“) s jedne strane i zahtjevi za sofisticiranim znanstvenim radom (ostvarenje profesionalnog statusa u biomedicini zasnovan na korištenju visoko razvijene tehnologije, mehanicistički pristup usmjeren prema fizičkoj dimenziji bolesnika) s druge strane, govore o ozbiljnom razilaženju unutar profesije, iako neki teoretičari sestrinstva pokušavaju te dvije suprotnosti ujediniti u zajednički cilj: zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba bolesnog ili zdravog čovjeka. Upravo to pitanje primjene različitih pristupa s očekivanjem ispunjenja istog cilja dovodi u pitanje opstojnost sestrinske etike utemeljene na univerzalnim vrijednostima. Jer cilj nikad ne bi smio opravdati sredstvo koje do njega dovodi! Pluralizam pristupa u rješavanju etičkih dilema u sestrinskoj praksi znači pronalaženje najboljeg mogućeg rješenja kroz razmatranje svih aspekata problema, promatranih iz različitih perspektiva (pluriperspektivizam). Takav pristup uključuje čovjeka kao cjelovito, jedinstveno fizičko (materija) i transcendentno biće (duša) i kao takav zahtjeva rješenje u potpunosti prilagođeno toj jedinstvenosti i cjelovitosti. Rješavanje moralnih dilema u sestrinstvu treba gledati u svjetlu interaktivnog odnosa dvoje ljudi: jedne (jedinstvene) medicinske sestre i jednog (jedinstvenog) bolesnika. Medicinske sestre nikad ne smiju imati osjećaj da postoji samo jedna jedina etička teorija, jedan jedini etički model i jedan najvažniji princip za sve situacije. Temeljna spoznaja da je svaki **čovjek** 

jedinka za sebe, jedinstvena i neponovljiva, mora uvijek određivati put promišljanju i djelovanju jer i ono mora biti posebno, jedinstveno i prilagođeno jedinstvenosti situacije.

Key words: pluriperspectivism, ethical approaches, universal values, nursing

ABSTRACT

The approach to ethics and moral decision-making in nursing practice is very complex. It goes right to the core of nurse-patient relationship, and is very often burdened by health policy, social, economic and cultural trends.

In such social environment it is difficult to live according to universal values because the postmodern spirit, which puts material values before the spiritual ones, creates a moral wasteland in most people. This tearing of objectivity, morality and impartiality from the universal moral order, encourages the thriving of subjectivity, relativism, egotism, arrogance and nihilism.

Even nursing profession is not exempt from this matter because a more complex analysis shows the division and disagreement regarding the question of professional (and moral) integrity and what constitutes its true essence. On one hand, there is the nursing ideal determined by the moral authority of Florence Nightingale (nursing as a „calling“). On the other hand, there are demands for sophisticated scientific work (achieving professional status in the field of biomedicine based on the use of highly developed technology and mechanistic approach towards physical dimension of the patient). They point to a serious professional difference of opinion. However, some nursing theoreticians are trying to unite those two opposites into a common goal: both approaches help to satisfy basic human needs of a healthy or ill person. This very matter of using different approaches and expecting the same results brings into question the existence of nursing ethics established on universal values. The end should never justify the means! Pluralism in the approach to solving ethical dilemmas in nursing practice means finding the best possible solution by taking into consideration all of the aspects, analysing them from different perspectives (pluriperspectivism). Such an approach sees a person as a holistic, physically unique (matter) and transcendental being (soul). That is why it needs a solution suited to that uniqueness and holism. Solving moral dilemmas in nursing practice should be viewed in the light of interactive relationship between two people: a (unique) nurse and a (unique) patient. Nurses should never feel like there is only one ethical theory, one ethical model and one most important principle to be followed in every situation. The fundamental notion that each man is unique and unrepeatably, always has to determine the path towards deliberation and activity because it too has to be special, unique and adapted to the uniqueness of the situation.

Etika je kompleksna i pluralistička disciplina koja ima zadaću objasniti moralni fenomen, obrazložiti načela moralnog ponašanja i kritički vrednovati oblike postojećeg morala. Složenost i pluralističnost etike očituje se u mnogobrojnim etičkim pozicijama, teorijama, metodologijama, tradicijama i modelima promišljanja artikularanima tijekom njezine duge povijesti. Bogato naslijeđe etičkog mišljenja, koje sadržava ne samo heterogena nego i suprotstavljena teorijska polazišta, reflektiralo se i u etičkom promišljanju i zasnivanju sestriinske profesije.

Povijesti razvoja sestriinske etike usko je vezana uz povijest razvoja sestriinske profesije, povijest razvoja društva te ideološku nadgradnju u obliku običaja, kulture i religije. Profesionalna etika medicinskih sestara kao autonomna područna etika prepoznata je tek krajem 20. stoljeća (Reich, 1995) pa su se medicinske sestre do tada rukovodile moralnim normama drugih profesija, ovisno o tome gdje su i u kojim su okolnostima njegovale bolesnike

Tijekom povijesti značajan utjecaj na razvoj društva imala je religija. Nakon starih, politeističkih religija, gotovo su svi narodi u Europi prihvatili monoteističku religiju – kršćanstvo u kojoj je moral zauzimao središnje mjesto.^{1,2,3} Kršćanski moral i etika imali su i imaju poseban pristup esencijalnim ljudskim potrebama, a temelje se na jednom jedinom moralnom kodeksu - *objavi*, iz kojeg su izvedena načela čiji je cilj razvoj i jačanje karaktera te poticanje odgovornosti svakog čovjeka za suživot s drugim ljudima. Ta

načela smatraju se svetima i neupitnima pa kao takvi čine esenciju vjere.⁴ Načelo skrbi za bolesne i potrebite stavljalo se ispred i iznad svih ostalih dužnosti. U srednjem se vijeku njega provodila u samostanima i bila je važan dio života „u vjeri“. Njegovateljice su uglavnom bile časne sestre, a veći broj njih je potjecao iz dobrostojećih obitelji, pa čak i iz krugova visokog društva. No, bezbrojni ratovi, epidemije zaraznih bolesti i migracija stanovništva u gradove stvorili su potrebu za sve većim brojem osoba koje bi se bavile njegom bolesnika. Upravo je kršćansko učenje o ljubavi i brizi prema bližnjemu, jednakosti i milosrđu, svetosti života i njegovoj vrijednosti utjecalo na razvoj karitativnog rada. Iako se u ranim počecima kršćanstva smatralo da jedino brak ženama osigurava dostojanstvo, mnoge su žene, najčešće udovice i neudate djevojke, preko crkvenih redova: đakonisa, matrona i svetica skrbile za bolesne, nemoćne i siromašne. Tako je njega bolesnika iz tradicionalnih crkvenih krugova polako prelazila u ruke osoba koje im nisu formalno pripadale.

Pojavom protestantizma,⁵ početkom 16. stoljeća, spriječeno je osnivanje novih ženskih redova, a djelovanje preostalih redovnica i redovnika bilo je strogo ograničeno na prostor unutar zidova samostana. Vrlo malo se pažnje posvećivalo njezi potrebitih i bolesnih, a provodile su je žene iz nižih slojeva društva bez ikakve naobrazbe i znanja. Tek je osnivanjem *Družbe milosrdnih sestara - Filles de la Charité* njega bolesnika ponovo dobila na važnosti,⁶ iako se više temeljila na vjerskim i duhovnim aspektima, a manje na zbrinjavanju osnovnih životnih potreba bolesnika. I utemeljiteljica modernog sestriinstva, Florence Nightingale je imala vrlo izražen senzibilitet za vjerski aspekt sestriinstva. Vjeru u Boga i život u skladu s njom isticala je kao posebnu vrlinu čije je posjedovanje stvaralo pretpostavke za prakticiranje dobre zdravstvene njege (LeVasseur, 1998).

Pojam vrline u povijesti je imao konotaciju samoosvješćivanja čovjeka kao ljudskog bića i savjesti kao pounutarnjenja njegove istinske moralnosti.⁷ Danas se sestriinska etika vrline bavi racionalnim i objektivnim aspektima sestriinske prakse, te potrebnim karakternim vrlinama osoba koje rade u sestriinskoj profesiji. Ona determinira identitet profesije tako da ujedinjuje tradiciju koja je snažno artikularala moral sestriinstva i potrebu za znanstvenim utemeljenjem sestriinske prakse. Napisano je mnogo stručnih i znanstvenih radova u kojima se obrađuje pitanje karakternih vrline potrebnih za obavljanje sestriinske prakse. Veliki je broj teoretičara sestriinstva mišljenja da prihvaćanje tradicionalnih vrijednosti sestriinstva pridonosi razvoju profesije i sestara osobno. Sestre su se u prošlosti percipirale kroz rodnu ulogu: majke, sestre, njegovateljice ili tješiteljice, što je ujedno pretpostavljalo karakterne vrline milosrđa, suosjećanja, poslušnosti i poniznosti. No, jačanjem integriteta, identiteta i autonomije profesije *vrline poslušnosti* kao povijesna stožerna vrline ustupila je mjesto drugim vrlinama: mudrosti, razboritosti, pravednosti, poštenju, pristojnosti, obzirnosti, suosjećanju, opraštanju, hrabrosti i samokontroli. To su temeljne vrijednosti na kojima počiva moderno sestriinstvo i one su ključ za kvalitetnu, individualiziranu skrb o bolesnom ili zdravom pojedincu.

1. Padom Rimskog carstva, 476. godine, Katolička crkva je u potpunosti preuzela kontrolu nad društvenim i kulturnim životom.

2. Izvori kršćanskog morala su Stari i Novi zavjet te grčka filozofija, osobito stoicizam. Iz Starog zavjeta prihvaćen je „Dekalog“ ili Deset zapovijedi, načelo osobne odgovornosti, te novozavjetno načelo ljubavi prema Bogu i bližnjemu. U patrističkom razdoblju usvojeni su neki elementi stoičkoga (stožerne krjeposti) i neoplatonističkog morala (monaški asketizam), a u skolastičko doba neki etički stavovi iz aristotelizma.

3. Etička funkcija religije svoju svrhovitost opravdava ako služi moralu, pa tako primjerice Immanuel Kant odbacuje vjerski ritual kao „praznovjernu službu“, a vrijednost vjerskih spisa dovodi u vezu sa njihovim sadržajem moralnih ideja.

4. Pojam vjere često se koristi kao sinonim za religioznost, iako im značenja nisu ista. „Vjera je temeljni religijski stav kojim se u intimi vlastite savjesti prihvaća ono što je sveto i što čini vjerske istine u nekoj religiji“ – u: Rebić A. (ur). Opći religijski leksikon. Zagreb: Leksikografski zavod Miroslav Krleža; 2002; 1015. Prema kršćanskom shvaćanju, vjera je „nadnaravna krepost kojom vjerujemo u Boga i u sve što je on objavio i što Crkva vjeruje i uči vjerovati“ – u: Rebić A. Mali religijski rječnik. Zagreb: Kršćanska sadašnjost; 1997; 105.). Iz vjere, shvaćene na ovaj način, nužno „proizlaze određeni kvalitativni odnosi prema samome sebi, prema drugom čovjeku i prema svekolikom svijetu oko sebe“ – u: Čorić ŠŠ. Psihologija religioznosti. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2003; 22-23.

5. Obilježja protestantizma su koncentriranost na Bibliju (Božja riječ), odustajanje od nebitnog kao i visoki moralni standardi („dokazati se dostojnim otkupljenja“). Protestanti odbijaju oprost grijeha kao čin koji se kupuje novcem, pokorom ili dobrim djelima, jer vjeruju da se čovjek samo *milošću Božjom* može osloboditi od svojih grijeha.

6. *Družbu milosrdnih sestara* osnovao Sv. Vinko Paulski (1581 – 1660) skupa s pobožnom udovicom Lujzom de Marillac (1591-1660).

7. Sa savješću dolazi do izražaja vrijednost čovjeka kao čovjeka, što znači u prvom redu borbu za smislenost i kvalitetu života te odgovoran suživot s drugima.



Tijekom povijesti razvoja sestrinstva često su se karakterne vrline medicinskih sestara poistovjećivale s njihovim *dužnostima*. Nije se pravila razlika između *osjećaja za dužnost* (djelovanje prema dužnosti) i *univerzalne dužnosti* (djelovanje iz dužnosti), dakle dužnosti u čistom obliku, bezuvjetne i imperativne. Takav način promišljanja potječe iz daleke prošlosti, iz razdoblja kada se podrazumijevalo da je ženama dužnost skrbiti se za bolesne i potrebite i da je ta dužnost sastavni dio njihove prave prirode (karaktera). No, prema deontološkoj etičkoj teoriji moralno je ponašanje bezuvjetno poštovanje univerzalnog moralnog zakona i pravila propisanih određenim kodeksima ili normama (utvrđenih nekim autoritetom).

Etika dužnosti svoje je prave racionalne okvire dobila tek etičkim učenjem njemačkoga filozofa Immanuela Kanta, u doba prosvjetiteljstva. Prema Kantovu stajalištu svaka moralna radnja proizlazi iz moralnog zakona koji neposredno određuje volju ili, ukratko rečeno, ono što pokreće ljudsku volju za obavljanje moralnih radnji treba biti moralni zakon. Slobodna se ljudska volja određuje samo moralnim zakonom, bez sudjelovanja osjetilnih poticaja i uz uklanjanje svih strasti ili nagnuća koja mogu biti u suprotnosti s tim istim zakonom. To nije ništa drugo do discipliniranje ljudske osjetilne prirode i njezino podvrgavanje moralnom zakonu u kojemu je moralni interes tek čisti bezosjetilni interes praktičnog uma:

„Radnja koja je prema moralnom zakonu uz isključenje svih odredbenih razloga iz nagnuća objektivno praktička, zove se dužnost koja zbog tog isključivanja sadržava u svojem pojmu praktičko *primoravanje*, tj. određenje za djelovanje, koliko god se nerado izvršavala.“ (Kant, 1990)

Moralni je zakon zapravo zakon dužnosti koji Kant izražava u formi *kategoričkog imperativa*:

“Djeluj tako da maksima tvoje volje u svako doba ujedno može biti princip općeg zakonodavstva.“ (Kant, 1990).

Kantov kategorički imperativ ili – kako ga još naziva – „osnovni zakon čistoga praktičnog uma“ nije ništa drugo nego filozofska artikulacija „zlatnog pravila“. Kant u spisu „Osnova metafizike ćudoređa“ navodi više formulacija kategoričkog imperativa, a jedna od njih glasi:

„Radi tako da čovječanstvo, kako u tvojoj osobi, tako i u osobi svakoga drugoga, svagda ujedno uzimaš kao svrhu, a nikada samo kao sredstvo.“ (Kant, 1953)

Jedini je način na koji čovjek može biti slobodan, smatra Kant, ako su njegove aktivnosti određene autonomijom uma. Svijest o ispravnosti određene aktivnosti generira osobito poštovanje prema zakonu kojim je čovjek autonomno određen. Prema tome svaki etički sustav zasnovan na empiriji ljudske psihologije i prirode čovjeka ili na istraživanju praktičnih posljedica određenih aktivnosti, ne može biti relevantan. Primjerice, etika na temelju osjećaja riskira da pod utjecajem emocija prosuđuje nepostojano i relativno, što otvara put moralnom skepticizmu. No, ako je moralna dužnost apsolutna i jasna, tada nema mogućnosti relativizacije moralnih vrijednosti. Koristeći se univerzalnim značenjem Kantove teorije, medicinske su sestre stotinjak godina nakon njega svoje različite dužnosti pokušale staviti u prihvatljivije i moderne okvire. No, stroga primjena Kantove teorije dužnosti dovela ih je u težak položaj (Paley, 2002). Prvi je problem što u sestrijskoj literaturi i praksi nije do kraja razjašnjeno što su to i koje su to autentične sestrijske dužnosti koje ujedinjuju moralni i profesionalni karakter sestrinstva. Primjetna je konfuzija u razlikovanju profesionalnih dužnosti koje proizlaze iz univerzalnih moralnih dužnosti i različitih drugih profesionalnih obveza i zaduženja. Temeljni problem proizlazi iz nejasnih determinanti autonomije profesije, što nužno potiče pitanje kompetencija i odgovornosti. Govoreći o moralnim zakonima koje čovjek potpuno slobodno i autonomno postavlja sam sebi, teško da medicinske sestre, s obzirom na podređenu ulogu u zdravstvenom sustavu, mogu i razmišljati u kategorijama toga univerzalnoga moralnog zakona. Čak se ide tako daleko da se postavlja pitanje što sve spada u sestrijske dužnosti: dužnosti prema bolesniku, prema instituciji, prema suradnicima i kakav je hijerarhijski odnos među njima. Treba li medicinska sestra postupati prema moralnom zakonu u sebi, iako već unaprijed vidi mogući sukob s nadređenima ili bolničkom administracijom, čim može dovesti u pitanje vlastitu egzistenciju?

Iako se o Kantovoj etici vode žustre filozofske rasprave, pri čemu je izložena oštroj kritici, posebice zato što isključenje sve emocionalno u moralnom djelovanju, ona je nedvojbeno vrhunac etičke misli i zauzima mjerodavnu poziciju među etičkim teorijama. Ona je za sestrinstvo temeljna etička teorija jer je djelovanje iz dužnosti „vrhovno načelo“ te profesije, što ne umanjuje vrijednost ostalih etičkih teorija, kao što je etika vrline ili novija etika skrbi. U pristupima podrijetlu morala i stvaranju moralne svijesti i moralnog djelovanja ključna razlika između etike osjećaja i etike dužnosti jest pitanje primarnosti i određujuće uloge u moralnoj prosudbi i moralnom djelovanju (osjećaj ili dužnost, emocije ili razum/um).

Etika skrbi ili kako je još zovu feministička etika, pa i autentična sestrijska etika, jedna je od novih normativnih etičkih teorija koja se počela razvijati u drugoj polovici 20. stoljeća. Ona se bavi razmatranjem čimbenika koji utječu na razvoj međuljudskih odnosa, moralnim ponašanjem kojim se izbjegava nanošenje boli drugom čovjeku, poticanjem sućuti i suosjećanja te osjetljivosti za probleme drugih. Promicatelji etike skrbi mišljenja su da briga za druge zahtijeva posebnu vrstu moralnog razmišljanja, posebnu osjetljivost za pojedinca i njegove probleme te visoku razinu pronicavosti u traženju najboljeg rješenja. Vodeća teoretičarka etike skrbi, harvardska psihologinja Carol Gilligan, smatra da se većina etičkih teorija tradicionalno razvijala pod utjecajem i dominacijom muškaraca, pa su žene tijekom povijesti, zbog svoje podređene uloge u društvu, razvijale drugačiji - „ženski moral“. Žene, prema njoj, posjeduju materinske moralne predispozicije, prevladavale su i prevladavaju u ulozi njegovateljica i u uslužnim zanimanjima, vode ih altruizam i potreba za odnosima s drugim ljudima.

Dok se jedan dio etičara slaže da etika skrbi utječe na razvoj sestrinstva kao autentične profesije, drugi smatraju da ne pruža dostatan broj argumenata za utemeljenje profesionalnog i moralnog autoriteta. Usmjeravajući svoju pažnju prema drugima, suosjećajući s njima, često se upravo pod utjecajem emocija prosuđuju pristrano, a *pristranost*, dakle neobjektivnost jest kamen o koji se lako može spotaknuti pri donošenju pravilnih i legitimnih moralnih odluka. Pristrano promišljanje jednostavno je neprihvatljivo iz perspektive nepristranosti. Suzdržanost u vezi s održivošću etike skrbi kao glavne etičke teorije u sestrijsstvu ukazuje da uklanjanje bilo koje vrste objektivne procjene može naštetiti kako medicinskim sestrama tako i bolesnicima koji imaju pravo ne samo na kvalitetnu zdravstvenu skrb, već i pravo na objektivnu informaciju. Etika skrbi u procesu zdravstvene njege nudi samo emocionalni pristup, najčešće suosjećanje, a previđa veliko značenje prakse utemeljene na objektivnoj, znanstvenoj istini (Glazer, 2001).

Danas se donošenje moralnih odluka u području zdravstvene njege smatra pitanjem stručne i moralne izvrsnosti medicinskih sestara. Tijekom njihovog obrazovanja moraju se poticati da razvijaju moralnu viziju, moralnu intuiciju, vještine kritičkog razmišljanja te socijalnu i političku snalažljivost. Da bi buduće medicinske sestre mogle identificirati i pravilno reagirati na etičke dileme u području zdravstvene njege potrebno ih je upoznati s etikom kao znanstvenom filozofskom disciplinom, etičkim teorijama relevantnima za sestrinstvo te konceptima integrativnog načina odlučivanja. Vrlo važan zadatak koji se postavlja pred medicinske sestre jest stjecanje vještina etičke refleksije. Rješavanje moralnih dilema u sestrijsstvu treba gledati u svjetlu interaktivnog odnosa dvoje ljudi: jedne (jedinствене) medicinske sestre i jednog (jedinственог) bolesnika. Medicinske sestre nikad ne smiju imati osjećaj da postoji samo jedna jedina etička teorija, jedan jedini etički model i jedan najvažniji princip primjenjiv u svim situacijama. Temeljna spoznaja da je svaki čovjek jedinka za sebe, jedinствена i neponovljiva, mora uvijek određivati put promišljanju i djelovanju jer i ono mora biti posebno, jedinствено i prilagođeno jedinствености situacije.

BIBLIOGRAFIJA

Reich TW. Encyclopedia of Bioethic. New York: Simon and Shuster Macmillan; 1995; 4.

LeVasseur J. Plato, Nigtingale and Contemporary Nursing, Image – The Journal of Nursing scholarship. 1998; 30(3): 283.

Kant I. Kritika praktičnog uma. Zagreb: Naprijed; 1990; 64.

Kant I. Osnova metafizike ćudoređa. Zagreb: Matica hrvatska; 1953; 192.



Kangrga M. Etika i sloboda. Zagreb: Naprijed; 1966; 32.

Paley J. Virtues of autonomy: the Kantian Ethics of care. Nursing Philosophy. 2002; 3 (2); 133-143.

Glazer S. Therapeutic Touch and Postmodernism in Nursing. Nursing Philosophy. 2001; 2(3); 202.

111B

SECURING A SUSTAINABLE FUTURE FOR MIDWIVES AND NURSES IN EUROPE - EU DIRECTIVES AND POLICIES IN ACTION

Mervi Jokinen

President

European Midwives Association

“Europe 2020 is the EU’s growth strategy for the coming decade. In a changing world, we want the EU to become a smart, sustainable and inclusive economy. These three mutually reinforcing priorities should help the EU and the Member States deliver high levels of employment, productivity and social cohesion”

(European Commission 2013a)

Europe 2020 strategy sets its goals within 5 areas of priorities; employment, innovation, education, poverty reduction and climate/energy and the pro-active realisation of these goals is seen to be underpinned by the ‘Single Market’ Act on EU and national level. Midwives and Nurses belong to the vast Health Care Sector across Europe, which has been hit particularly hard by the tightening of national fiscal budgets. The health sector accounts for 8% of the total European workforce, though national numbers can vary from country to country (EU Commission 2013). This sector has been affected directly in many countries by drastic cuts in employment as well as by the reduction in pay. It is well known that social deprivation affects the health of population and the current situation drives deep into the lives of health workforce, putting them and their families at risk. In addition, social deprivation or unemployment is seldom equal and within the recent crises, it is clear that existing unemployment feeds faster decline.

So what is happening on EU level to address the crises focusing in particular the health care sector? The latest communication has been by the Commission Staff Working Document “Investing in Health” which was released as part of the Social Investment Package on 20th February 2013 (EU Commission 2013). Its aim is to recognise health as a positive investment for EU sustainable and inclusive growth. Acknowledging that health is a value in itself, a precondition for economic stability, it encourages and supports national health systems reform. The message is that by being innovative within the reforms, budgetary cuts can be made in health care without threatening the quality. Those of us who have a long relationship with the health sector may remain skeptical and argue that short sightedness aiming for quick wins usually overrides innovativeness. Basically, the current trend has been to cut jobs amongst the key health professionals; nurses and midwives. However, there are some more universal approaches, which have potential to cross borders and increase effectiveness without impacting negatively on quality. Large pharmaceutical and medical devices corporations have traditionally had a stronghold on the health market. Their influence is antagonistic to free marketing or potential reductions in prices as the demand increases. In some countries like UK the drive to use generic drugs, instead of the more expensive branded ones, has not only been targeted towards health care agencies, but also the public by increasing available information, facilitating access to availability of these medicines. Other approaches, which may receive more positive action by health professionals, are sharing of best practice, improving data collection, making use of appropriate technology when assessing effectiveness of health care.



The existing variation in EU countries regarding the personnel delivering health care is challenged in the document, by trying to address a balanced mix of staff and reducing hospital centred care. In maternity, this is welcomed; as European Midwives Association (EMA) surveys show that in some countries midwives are prevented undertaking the full spectrum of activities, as stated in the EU Directive 2005/36/EC. Health systems vary and one barrier is the large numbers of obstetricians who are duplicating midwifery activities to secure their own income, resulting in wasted use of resources.

There is more detail within the 'Action plan for the EU health workforce' part of the package 'Towards jobs rich recovery' (EU Commission 2012); another policy initiative that addresses improvement of workforce planning and forecasting and the recruitment and retention of health professionals. It enforces a more universal approach in sharing approaches which enrich workforce skills and best practices; another enforcement of free movement policy. It is envisaged that the leaders and policy makers in member states will not just monitor the employment market inside their own national borders but broaden their horizon to the wider EU data.

When you then examine the plethora of EU policies, communication and tools that have recently been evaluated and produced, the one closest to the role of individual health professional is the evaluation and modernisation of professional qualification Directive; EU Directive 2005/EC/36. This project started in 2010. It was quickly recognised by the DG Markt, who has been tasked with the process, that to introduce the legislative changes quickly and to keep up with other initiatives, a three phase approach had to be undertaken. For the 7 sectoral professions covering automatic recognition (including Nurses and Midwives with their own articles) this meant the phases would cover:

Phase 1: The minimum training periods, requirements and activities; development of Commission framework for further amendments (previously Annexes) under the legislation of Delegated Acts.

Phase 2: Current Annexes; reviewing training subjects and potentially developing agreed competencies

Phase 3: European qualifications framework, addressing issues of European Credits Transfer System (ECTS).

The completion of Phase 1 is in its final stages and it is envisaged that the ratification by EU Parliament will be reached by late May 2013. Both Nurses and Midwives have some outstanding concerns regarding wording, which are being lobbied in these last stages. The harmonisation of the training requirements has been more challenging to the Nurses, being a larger workforce resource and being influenced by national level demands. The European Federation of Nurses has led this agenda with strong voice in the EU and bridges have been built. European Midwives Association (EMA) accordingly, in view of the smaller midwifery community, ensured that open communication with midwifery regulators built on united midwifery voice. However, until the final EU Directive is ratified anything can change, which means vigilance is required from both organisations, as well as national associations to secure the future of both professions within EU. Both Midwives and Nurses have to remember that our future is not just about freedom of movement, but we have a shared accountability in advancing our profession and their families and improving health of European citizens. Professions founded on providing up-to-date, evidence-based, high quality and ethical care.

In everyday life of a health professional, the EU level policies appear distant and less meaningful than the direct daily challenges, however they are crucial in building the architecture of modern universal health care in Europe. You may not individually be involved in addressing and influencing their development but through your national associations you will have a voice which is important in securing your future.

REFERENCES

- EU Commission (2013a) Europe 2020 a quote from President Barosso, http://ec.europa.eu/europe2020/index_en.htm last accessed 28th March 2013
- EU Commission (2013b) Social Investment Package; Investing in Health. SWD(2013) 43 final.
- EU Commission (2012) Towards Job Rich Recovery
http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/docs/towards_job_rich_recovery_en.pdf accessed 28th March 2013

211A

ZGODOVINSKI IZVIRI RAZVOJA ZDRAVSTVENEGA ŠOLSTVA NA SLOVENSLEM ALI O ŠOLANJU MEDICINSKIH SESTER IN BABIC SKOZI ČAS 1753-1960

HISTORICAL SOURCES OF DEVELOPMENT OF HEALTH SCHOOLS IN SLOVENIA OR SCHOOLING OF NURSES AND MIDWIVES THROUGH TIME 1753-1960

dr. zgod. Branko Šuštar, muzejski svétnik

Slovenski šolski muzej, Plečnikov trg 1, Ljubljana

branko.sustar@guest.arnes.si

Ključne besede: zdravstvena vzgoja, zdravstveno šolstvo, babiški učbeniki, karitativni redovi, medicinske sestre

IZVLEČEK

Izhodišča: Tradicijo zdravstvenega šolstva na Slovenskem predstavlja razvoj izobraževanja na področju babištva in zdravstvene nege nasploh. Izvirov zdravstvenega šolstva je bilo več in vsak je pomemben. Od dolge tradicije izobraževanja redovnic (in redovnikov) za delo v bolnišnicah, kjer so bile prve medicinske sestre, do postopnega šolanja tudi drugih deklet za poklic medicinskih sester.

Metode: Raziskava je zgodovinska študija, ki z literaturo, tiskanimi viri ter razstavami (1992-93, 2011) opozarja na razvoj različnih smeri zdravstvenega šolstva in poudarja prve slovenske babiške učbenike kot rezultat slovenske narodne prebuje. Opozarja tudi na pomembnost mednarodnih primerjav. Zanimanje za zgodovino zdravstvene nege nam kažejo tako mednarodne konference (npr. History of Nursing, Kolding 2012) kot publikacije in muzeji zdravstva (npr. na Danskem, Finskem).

Rezultati: Z babiškimi šolami se je v glavnih deželnih mestih (Ljubljana, Celovec, Gradec, Trst) v času cesarice Marije Terezije konec 18. stoletja začelo poklicno izobraževanje žensk (tudi v slovenskem jeziku). Drug izvir zdravstvenega izobraževanja je povezan posebej s pripravo novink ženskih karitativnih redov (usmiljenke, bolniške sestre) na poklicno delo v redovnem poklicu. Zdravstveno izobraževanje (znanja higijene in zdravstvene nege) je od konca 19. stoletja potekalo tudi s pomočjo osnovnih in srednjih šol ter tečajev Rdečega križa že pred 1. svetovno vojno. Po njej se je pričelo šolanje za laični poklic sester za delo v higienski / patronažni službi in zdravstveni negi - od 1923 s Šolo za otroške sestre pri Higijenskem zavodu v Ljubljani (pozneje je delovala kot Šola za skrbstvene sestre). Šolanje za zdravstveno nego v bolnišnicah je potekalo na bolničarskih šolah (v Ljubljani od 1928-31; ponovno 1939; tedaj tudi v Mariboru). Na njih so se večinoma izobraževale redovnice za delo v bolnišnicah, ki so tudi same poskrbele za ustrezne izobraževalne tečaje. V obliki tečajev so potekale tudi partizanske bolničarske šole. Po 1945 je s številnimi tečaji in zdravstvenimi šolami poklic medicinske sestre postal pomemben ženski poklic. S šolsko reformo leta 1960 so se zdravstvene šole preoblikovale v štiriletne strokovne šole. Oblikovanje višjega šolstva za zdravstveno nego (1951) je le polagoma pripeljalo do Višje šole za zdravstvene delavce, njeno vključitev v Univerzo v Ljubljani in pričetek zdravstvenega šolstva na univerzitetni ravni v več središčih.

Razprava in zaključki: Redovnice (in redovniki), ki so delovali v bolnišnicah, niso bile nešolane, saj so se izobraževale s tečaji in s prakso. Podobno je potekalo tudi šolanje babic in bolničarski tečaji od let pred 1. svetovne vojne naprej. Pomembno spodbudo razvoju izobraževanja so prinesle različne zdravstvene šole v

prvi jugoslovanski državi. Razvoj šolstva ni potekal enakomerno na vseh področjih zdravstvene nege. Šolanje v zdravstveni negi je bilo ves čas tako skrbno šolanje za pomembno strokovno delo kot tudi izrazito usmerjeno v etičnost tega dela in zavzetost za humani poklic. Prispevek sicer s historičnega vidika razvoja zdravstvene nege problematizira oznako »prva medicinska sestra«, hkrati pa poudarja pomembno vlogo v začetku 20. stoletja izšolanih žena na področju zdravstvene nege, predvsem patronažne in higienske službe. Lahko pri nas spodbudimo muzejsko predstavitev zdravstvene nege tudi kot prikaz dela ženskega gibanja?

Key words: health education, nursing schools, textbooks of midwives, Roman Catholic nursing orders, nurses

ABSTRACT

Introduction: The tradition of health schools in Slovenia is mainly embodied in the development of education in the field of midwifery and nursing in general. The sources of health schooling were several, and every one of them has is important. We can follow the religious and military roots of modern nursing: from a long tradition of training of nuns (and also monks) for work in hospitals, where they were the first nurses, to the gradual schooling of other girls for the profession of nurses.

Methods: The research is a historical study, which, using literature, printed sources, and exhibitions (1992-93, 2011), points out the development of various directions of medical schooling and emphasizes the importance of the first midwife textbooks as a result of the Slovenian national revival. It also points out the importance of international comparisons. An interest in the history of nursing has also been shown by international conferences (e.g. History of Nursing, Kolding 2012), publications, and the museums of health (e.g. Denmark, Finland).

Results: Midwife schools in regional capitals (Ljubljana, Klagenfurt, Graz, Trieste) began professional training of women (also) in Slovenian language towards the end of the 18th century, in the time of the Empress Maria Theresa. Another source of education is specifically related to professional training in female charity and religious communities (Sisters of Mercy, Hospital Sisters), as well as in men's orders (e.g. Brothers of Mercy / Germ.: Barmherzige Brüder). Health education (comprised of hygiene and medical care) was, in the 19th century, already carried out in elementary and high schools and through the help of Red Cross courses, especially before WW1. Education for hospital work was mainly aimed at nuns and only after World War One did secular education of civilian nurses for hygiene, home care and hospital care begin to develop. In 1924 the Health Institution in Ljubljana opened a School of Children's Nursing (from 1931 as a School of Preventive Nursing). Health care training also took place in hospitals, in nursing schools (in Ljubljana 1928-31; later in 1939; at that time also in Maribor). Those trained mainly nuns for work in hospitals, providing suitable training courses themselves as well. During WW2 the partisan health nursing (medical orderly) schools also took the form of courses. After 1945, various courses and nursing schools saw the trained profession of medical nurse rise in importance as a female occupation. The school reform in 1960 reshaped the nursing and others health schools into four year professional schools. The forming of higher education for health care (1951) slowly lead to a nursing college, its integration into the University of Ljubljana and the nursing education on an university level in several centres.

Discussion and conclusion: Nuns as well as monks who worked in hospitals were not unschooled, as they obtained training through courses and practice. Midwife and nurse training before WW1 was carried out in a similar form. An important boost to the development of education was brought by various nursing schools during the time of the first Yugoslav country. Schooling development was not equal in all areas of health care. Schooling in health care was thus always a thorough training for an important profession as well as directed towards the ethical performance of this work and dedication to a humane occupation. The contribution from a historical perspective of the health care development finds an issue in the term »first

nurse«, however, it also emphasizes the importance of trained women at the beginning of the 20th century, especially in the home care and hygiene. Can such a rich development of nursing encourage a presentation of health care in museums as a part of the women's movement?

UVOD

Razvoju zdravstvene nege lahko sledimo pravzaprav od prazgodovine naprej, saj sodi nega bolnika med najstarejše zdravstvene dejavnosti, poti izobraževanja kot prenosa znanja za ta poklic pa so pri nas pred drugo polovico 18. stoletja precej nepoznane. Izvirni zdravstvenega šolstva je več in vsak predstavlja pomemben element našega razvoja: tu je dolga tradicija babiškega šolstva od srede 18. stol. naprej, nato elementi zdravstvene vzgoje v tradiciji splošnega šolstva, zdravstveno izobraževanje v ženskih (pa tudi moških) karitativnih redovnih skupnostih ter vojaške korenine izobraževanja in poklica v zdravstveni negi. Nato pa sledimo vrsti tečajev in sestrskih šol od konca 1. svetovne vojne naprej ter razmahu zdravstvenega šolstva po letu 1945 na srednji, višješolski in univerzitetni ravni.

BABIŠKO ŠOLSTVO KOT DEL ZDRAVSTVENEGA ŠOLSTVA Z BOGATO TRADICIJO

Pregled razvoja zdravstvenega šolstva na Slovenskem začnemo z reformami cesarice Marije Terezije in prizadevanji zdravnika Gerarda van Swieten za ustanovitev babiških šol v Ljubljani in Celovcu (oboje 1753) ter v Gradcu (1759) in kasneje še delovanje babiške šole v Trstu (1815). Te šole so potekale v obliki nekajmesečnih tečajev v glavnih mestih tedanjih dvojezičnih (ali trojezičnih) dežel na jugu habsburške monarhije zelo različno. Nekateri tečaji so bili v nemščini, drugi v slovenščini ali kot v Trstu tudi v italijanščini in slovenščini. Na babiški šoli v Ljubljani so bili tečaji vseskozi slovenski (in do 1918 izmenjuje tudi nemški). Druge babiške šole pa so imele slovenski pouk le krajši ali daljši čas: v Gradcu so bili slovenski tečaji do 1849, v Celovcu do 1905 in v Trstu do 1924. Takšni nekajmesečni tečaji so potekali na višješolskih mediko-kirurških študijah na licejih, kot npr. v Ljubljani ali na univerzah, kot npr. v Gradcu. A tega ne moremo razumeti kot začetke ženskih višjih študij, temveč predvsem kot začetke formalnega ženskega poklicnega izobraževanja na področju zdravstva. Raziskovanje babištva in porodništva je pritegnilo več zgodovinarjev medicine, zato je tudi babiško šolstvo razmeroma dobro poznano (Pintar, 1939; Lavrič, 1953; Borisov, 1995).

Kljub delovanju babiških šol so si lahko dekleta in žene vse do leta 1812 pridobile znanje teoretičnega in praktičnega babištva tudi z zasebnim poukom pri mediko-kirurgih (magistrih porodništva) ali pri zdravnikih. Lahko pa so se poučile tudi s praktično pomočjo pri babicah in pri zdravniku ali porodničarju le opravile izpraševanje oz. naredile izpit. Na babiški šoli v Ljubljani je med letoma 1815 in 1918 trajal pouk okoli šest mesecev. Navadno je javna objava uradnega poziva k vpisu v šolo vabila na proste tečaje – enega v slovenskem in drugega v nemškem jeziku – ženske med 24 in 40 letom. Deželna vlada je razpisala tudi nekaj štipendij za šolanje: leta 1898 jih je bilo devet. Do začetka 20. stoletja je bil za pouk v Ljubljani odgovoren le en predavatelj enega tečaja (babištva), ki je pri tem sodeloval s »ponavljalcem« in šolsko babico. Vsi predmeti poučevanja bodočih babic so bili zbrani v enem učbeniku s temami od anatomije, fiziologije, pravilnega in napačnega porodništva, nege zdravega in bolnega novorojenčka in končno strokovno vodstvo in pravna navodila. Pozneje se je število učnih predmetov povečalo in naraslo tako število učnih tem kot tudi ur pouka. To se je odražalo tudi v učbenikih (Lavrič, 1953; Toni-Gradišek, 1992a).

Tako kot so babiške šole predstavljale začetke ženskega poklicnega izobraževanja (na področju zdravstva) v slovenščini, so bili slovenski učbeniki za ta pouk tudi pomembni jezikovni in kulturni mejnik. Ali pa še bolj. Če je prva slovenska knjiga pravzaprav učbenik za poučevanje branja in verouka, je na »začetek slovenske zdravstvene književnosti sploh« (Pertl, 1997) pa tudi na začetek medicinskih tiskov postavljen prav učbenik za pouk babic.

S tem je povezana kar vrsta babiških učbenikov v slovenščini, ki so jih je pripravili najprej Anton Makovic (1782, in dva 1788), nato pa Jan Matoušek (1818), Bernard Pachner (1848), Alojz Valenta (1860; 1886 ta tudi s higienskimi uredbami) in njegov sin Alfred Valenta (1903; 1911). Nič manj pomembni nista deli, ki sta izšla v Gradcu: (1840) Janez Kömm in v Trstu: (1880) Benvenuto Banelli (Lavrič, 1953). Na delovanje posameznih babiških šol na Slovenskem (Ljubljana, Celovec, Trst, Gradec/Graz) in nekaj podatkov o izobraževanju babic s Prekmurja na tedanjem Ogrskem opozarja z viri in literaturo tudi zbornik razstave o zdravstvenem šolstvu pri nas. (Šuštar, 1992a: 14-19).

Anton Makovic (1750–1802), prvi predavatelj porodništva v slovenščini na liceju kot semi-univerzitetni šoli v Ljubljani, je bil na dunajski univerzi izšolan ranocelnik (Chirurgus, Wundarzt) in magister porodništva ter prvi avtor medicinske knjige v slovenščini – obsežnega dvojezičnega babiškega priročnika (*Prashanja inu odgovori zhes vsegarstvu / Fragen, und Antworten über die Geburtshilfe*, 1782) s kakšnimi 410 stranmi: uvodna besedila in kazala niso oštevilčeni. Delo pravzaprav ni izvirno, a je bila pri nas opazna noviteta: svoj učbenik (»navske bukve« – knjige za pouk) je Makovic pripravil po tedaj najboljšem zgledu – po dunajskem babiškem učbeniku, kar zremo že iz napisa na naslovnih straneh, podrobneje pa tudi v uvodu (Makovic, 1782).

Kar je Makovic omenjal že ob prvi slovenski izdaji 1782 – da ima preveden tudi celotni učbenik Rafaela J. Steidela – je pripravil 1788 s še bolj zajetnim dvojezičnim slovensko-nemškim učbenikom »*Prashanje inu odgovori, zhes vsegarstvu / Fragen, und Antworten über die Geburtshilfe // Vshegarske bukve sa babize na desheli katere je is teh velikih bukov Raphaela Joannesa Steidele Vun vsel, inu na Krajnski jesik preloshil, sdaj drugizh na svitlobo dal, inu pogmeral Anton Makoviz / Lehrbuch über die Geburtshilfe für Hebammen auf dem Lande...* 1788, 575 str (Makovic, 1788a). Istega leta je Makovic pripravil pri istem ljubljanskem založniku Egerju še res kratki dvojezični izvleček *Unterricht für Hebammen / Podvuzhenje sa babize // Podvuzhenje sa babize, is nemshkiga na krajnski jesik prestavlene od Antona Makovitza ... / Unterrichts für Hebammen ...* Ta babiški pouk obsega 45 oštevilčenih strani; najprej je manj kot polovico strani zdravstvenih navodil, ki se končajo z babiško prisego, nato pa sledijo še precej podrobna navodila za krst v sili (Makovic, 1788b). Ni pa prav verjetna navedba v novejši literaturi, da bi istega leta izšel še en babiški učbenik drugega avtorja (Sket, 2010: 143).

Makovičev prevod in priredba učbenika, ki ga je napisal njegov dunajski profesor porodništva Raphael Johann Steidel (1737-1823), nesporna strokovna avtoriteta v svojem času, pomeni pomemben uspeh slovenskega razsvetljenstva. Jezikovno je Makovic »visho slovenskiga pisanja« naslonil na tedaj sodobno Japljevo prevajanje svetega pisma. V obsežnem uvodu svojega dela je Makovic kot avtor predstavil skromne razmere v slovenskih deželah in svoje 12-letne izkušnje v porodništvu in poučevanju babištva. Nevednost, neumnost in predsodki so bili krivi za mnoge nepotrebne smrti porodnic in otrok. Tudi je bil gorak »*babji veri*« in navadi »*vse sorte shegne na njo (porodnico) obeshati*«. Porodnice ni odvrčal od zaupanja v »*Boga inu vashe posebne pomozhniko per Bogu*«, je pa zapisal: »*Molitu je dobra, ali sraven more tudi nasha muja unu delo priti ... in se v' pravim zhassi inu pravim ludem v' roke dati*.« (Makovic, 1782).

Posebej je opazno Makovičevo prosvetlensko zavzemanje za izobraževanje, kar je na svoj način sodobno sporočilo. Seveda je tedaj šlo za širjenje osnovnega zdravstvenega znanja, a ob tem še za lastno stroko »*lastno kunsht*«, za spodbudo babicam za nadaljnjo strokovno spopolnjevanje – in to je čisto moderno. »*Leta strashna neumnost tih babiz pride od tega, de so se njih lastno kunsht premalo uzhile...*« in si je želel, da bi to »*bol shtudirale*«. Pa tudi tiste babice v mestih, ki so prestale spraševanje... »*sprashuvanje prestoje, ne marajo sa obenj navk vezh, posabio na te poglavitnbe regelze, delajo po stari navadi ...*« Makovic je bil porodnicam zelo naklonjen, kar se čuti tudi iz vsega njegovega pisanja. Tako je 1788 opozarjal »*drage perjetne lubesen vredne shene v' kaj sa ene roke se savupate*« in poudarjal pomen v anatomiji in zdravljenju študiranih zdravnikov in porodničarjev, ki so imeli znanje tudi o zdravljenju bolnikov; danes bi dodali študiranih medicinskih sester in drugih zdravstvenih poklicev (Makovic, 1788a).

Ohranjanje življenj teh otrok in njihovih mater je bil namen in spopolnitev Makovičevega učbenika. Občutek, da dela koristno delo za svoje sodeželane in pa »tiha hvala tiga zhlovestva«, če bo le enemu otroku s to knjigo obdržal življenje, pa plačilo za delo. Tiskani učbeniki Antona Makovica so tudi med laičnim izobraženstvom in duhovščino sčasoma spodbudili zanimanje za pomen porodništva in za primerno izobraževanje babic. Prav na to je računal Makovic in v Predgovoru datiranem 31. 6. 1781 spodbujal slovenske izobražence (*vsmlilene oblasti, nemejstniki* [Verwalter/upravniki, namestniki], *vuzheniki* [Dorflehrer/vaški učitelji], *ino ranozelci, so tud duhovni...*) naj nepismenim babicam berejo iz slovenskega učbenika na glas (Makovic, 1782). Tako so njegova dela prispevala k postopnemu zmanjševanju predsodkov in nevednosti v porodni praksi na podeželju. Poznejši raziskovalci so Makovičevo delo cenili tudi z medicinskega vidika (Pintar, 1939: 31), podrobno pa raziskovali tudi njegovo delovanje kot kirurga v Idriji, kjer je umrl že oktobra 1802 (Pfeifer, 1974) in kasneje tudi analizirali njegove začetke slovenske strokovno-znanstvene terminologije na področju porodništva (Jesenšek, 1994). S prizadevanji zgodovinarjev medicine se izjemnega pomena Makovičevega dela zaveda tudi sodobna medicina (Jaunig, Zupanič Slavec, 2009).

Med slovenskimi zdravstvenimi učbeniki je posebej zanimiv učbenik *Babištvo ali porodničarski vuk za babice* (1818), ki je izšel trideset let kasneje. Pripravil ga je mladi **Jan Matoušek** (1790-1820), rojen na Moravskem, magister kirurgije in porodništva ter predavatelj porodništva na liceju v Ljubljani. To je ena od naših babiških knjig, ki povezujejo slovenskega duhovnika in porodništvo, a ni edina; hkrati pa priča tudi o slovensko-čeških stikih in o povezavi zdravstva in literature, celo pesništva. Knjiga je izšla v slovenščini, njen prevajalec iz nemščine in češčine pa je bil kar prvi slovenski pesnik Valentin Vodnik, kot hvaležno omenja v uvodu v knjigo tudi sam J. Matoušek. Tako je pesnik Vodnik, sicer tudi duhovnik, učitelj, jezikoslovec in časnikar soavtor zdravstvene terminologije na področju porodništva. V zgodovini zdravstva in medicine na Slovenskem je Matouškovo malo manj kot triletno delo zelo cenjeno, saj je pripravil dober učbenik "za prvo polovico 19. stoletja popolno in nadpovprečno delo" (Pintar, 1939: 62). Z njim se je uveljavilo babiško izobraževanje v obliki 8-mesečnih tečajev in državnih izpitov in oblikovalo babiško šolstvo za več naslednjih desetletij.

Edina slovenska izobraževalna knjiga na področju babištva, ki je v tem času izšla na Štajerskem, je bilo delo *Bukve od porodne pomoči za porodne pomočnice na kmetih* / *Buch von der Geburtshilfe für Hebammen am Lande* (1840). Njen avtor je bil v Ljubljani rojeni in na tamkajšnjem liceju izšolani **Johann Nep. Kömm**, ki je nadaljeval kirurške študije na Dunaju in poučeval kirurgijo v Gradcu. Med 1826 in 1849 je na mediko-kirurškem učnem zavodu Univerze v Gradcu edini poučeval na babiških tečajih v slovenščini. Avtor tega sistematičnega učbenika se je tudi prvi prizadeval za uveljavitev izraza »porodna pomočnica«. Njegov babiški priročnik je bil posebej namenjen širjenju znanja porodništva na podeželju – to poudarja že naslov učbenika. Tudi tu se pri slovenskem besedilu učbenika malo nejasno omenja prevajateljska pomoč razgledanih duhovnikov (Pintar, 1925-32b; Lavrič, 1953; Gspan, 1960-71; Slodnjak, 1980-91). Te dileme je že 1876 razkril kar prevajalec sam. Ko Kömm kot avtor ni bil uspešen z iskanjem prevajalca pri znancih duhovnikov – tematika pač ni povsem duhovne narave – je nemški rokopis leta 1839 v mesecu dni še kot študent graškega liceja prevedel Davorin Trstenjak (1876, 6: 1-2) kot se je sam tega pozneje sam spominjal (Borisov, 1995: 109, 347).

Raziskovalci zgodovine medicine na Slovenskem nimajo prav visokega mnenja o obsežni knjigi za učenke babištva, ki jo je napisal dr. medicine **Bernard Pachner v. Eggenstorf** (1803-1881), saj kaže na premajhen strokovni razvoj od Matouškovega dela. Toda na drugi strani je začel poudarjati pomen pediatrije in se podpisoval kot učitelj porodništva in otroških bolezni. Delo z naslovom »*Bukve sa uzhenke porodničarstva*« (Knjiga za učenke porodništva) je na 249 str. izšlo leta 1848 v Ljubljani pri Rozaliji Eger. Že kakšno leto prej pa je pri J. Blasniku izšel krajši priročnik istega avtorja (*Fragebuch der Geburtskunde in deutscher und slovenischer Sprache zur Erleichterung des Selbststudiums für angehende Hebammen*, Laibach 1847, 71 str.). Obsega zbirko nemških in slovenskih vprašanj v porodništvu namenjen prav za samoučenje bodočih babic, a kot predstavi Pintar odgovorov v knjigi ni (Pintar, 1939: 78-79; Lavrič, 1953: 39).

V Trstu so izdali slovenski učbenik leta 1880: **Benvenut Banelli**, *Kratek poduk o pravem babičevanju* (kot prevod – pripravil ga je *Lovro Žvab* – italijanskega dela iz 1860 *Anton Commellini, Compendio di ostretica...*), sicer so za slovenske tečaje uporabljali učbenike iz Ljubljane. Uporaba učbenikov v slovenščini govori o pomembnosti slovenskih tečajev na babiški šoli v Trstu za slovensko prebivalstvo na Primorskem. Najbolj uspešen učitelj porodništva v Trstu je bil **Egidij Welponer** (1849-1933), pri katerem se je v letih 1881-1924 nad 500 Slovenk izšolalo za babice (Pintar, 1947). Med njimi tudi Ana Slavec iz Banov in Ana Čuk iz Trebč, ki se je marca 1909 »podvrgla ... strogi skušnji za babice« in dobila diplomu C. kr. učilišča za babištvo v Trstu (Kovačič, 1997: 75).

Z veliko leti poučevanja babištva v Ljubljani in z dvema dobrima učbenikoma je bil uspešen in pomembno dejaven **Alojz Valenta** in zatem Alojz Zalokar (1887-1944), ravnatelj babiške šole v Ljubljani od 1919 do 1944. Na južnem Moravskem (v čeških deželah) rojen **Alojz Valenta** (1830-1918), je študiral medicino na Dunaju in delal 40 let kot predstojnik porodnega oddelka bolnišnice v Ljubljani in učitelj na babiški šoli. V zadnjih desetletjih obdobja Avstro-Ogrske je imela Babiška šola v Ljubljani velik ugled na širšem območju, saj so se tu šolale tudi hrvaške babice iz Istre in Dalmacije, ki sta sodili v avstrijsko polovico monarhije, in celo dve dekleti iz nekdanje turške Bosne. Temelj njegovega uspešnega dela so bili zgledni učbeniki (v slovenščini z ilustracijami (Porodoslovje za babice 1859 – tu se omenjata kot prevajalca v slovenščino J. Bleiweis in F. Malavašič; 1860). Njegova *Učna knjiga za babice o porodoslovji* 1886 pa je prva s higienskimi predpisi (Borisov, 1995: 70-1). Dve izdaji je pozneje oskrbel (1903, 1911) tudi njegov sin in naslednik **Alfred Valenta**, ki je obdržal očetovo besedilo in dodal še več ilustracij (Lavrič, 1953: 39-40).

Pomemben vpliv na poučevanje v ljubljanski babiški šoli je imela tudi vsakokratna »šolska babica«, babica, ki se je ukvarjala prav s pedagoškim delom. Po letu 1945 jih je bilo več, ki so z zdravniki – predavatelji skrbele za šolo (Lavrič, 1953: 30-4). Leta 1932 je v srbo-hrvaščini izšel jugoslovanski učbenik za babištvo za vso tedanjo državo (*F. Durst – M. Stajić – A. Zalokar, Udžbenik za babice. Zagreb, 1932*). Že prej, kmalu po koncu prve svetovne vojne pa je izšel slovenski priročnik za babištvo (**Alojz Zalokar, Predavanja o porodništvu za učenke državne babiške šole v Ljubljani 1921, 285 str.). Slovenski predavatelj porodništva je pripravil obsežni učbenik tudi po 2. svetovni vojni (**Vito Lavrič, Porodništvo za babiške in druge medicinske šole**, 1949, 471 str.).**

V obdobju Habsburške dvojne monarhije, ki je v ogrskem delu obsegala tudi s Slovenci naseljeno Prekmurje, so se dekleta lahko izobraževala v babištvu na bližnjih babiških šolah (npr. v Szombathely-ju, ust. 1897) ali z babiškimi tečaji npr. v Győr-u (Šuštar, 1992a, 17-18). Po letu 1919 so pouk na babiški šoli v Ljubljani pričeli podaljševati: najprej na šest mesecev in od 1927 v obliki 18-mesečnih tečajev. Dvoletni program babiške šole, ki je potekal med 1948 in 1960, so nato preoblikovali v štiriletno šolo. S šolsko reformo leta 1981 pa so babiško šolo ukinili, toda njen izobraževalni program babištva so preoblikovali in ga izvajali na višješolski ravni (Toni-Gradišek, 1992a).

Čeprav je bila pri nas že od druge polovice 18. stoletja porodna pomoč neizprašanih (nešolanih) babic ilegalna, se je do obdobja med obema vojnama obdržala na podeželju kot oblika sorodstvene ali sosedske pomoči. Še konec 19. stoletja so poročali o nepismenosti in nizki splošni izobrazbi podeželskih babic. Izprašane (izobražene) babice so svoje delo opravljale le kot dodaten poklic k rednemu kmečkemu delu, a prehod od tradicionalnega k sodobnemu porodništvu je bil postopen. V večini primerov so se za pouk v babištvu odločile ženske iz skromnih razmer, saj je bilo delo le občasno in slabo plačano. Pokojninske pravice so babice dosegle šele po 2. svetovni vojni (Rožman 1997).

IZOBRAŽEVANJE ZA ZDRAVSTVENO DELOVANJE KARITATIVNIH CERKVENIH SKUPNOSTI

Pred začetkom 20. stoletja je v bolnišnicah potekalo izobraževanje poklicnega osebja, ki je bilo zdravnikom v pomoč, največkrat povezano s praktičnim delom. Članice tistih karitativnih verskih redov in družb, ki so večinoma skrbele za bolne vse do leta 1945 oz. 1948 (med njimi *usmiljenke sv. Vincencija Pavelskega*, in z

njimi povezane *Marijine bolniške sestre*), so dobile temeljno izobrazbo v zdravstveni negi kot novinke med pripravami na vstop v red. Za pouk in praktično usposabljanje so poskrbele starejše in izkušene sestre ali pa zdravniki, ki so delali v bolnišnicah. Poleg redovnih pobud iz katoliškega sveta so na zdravstveno nego vplivale tudi protestantske karitativne ženske skupnosti in tamkajšnje skupnosti diakonis, poklicno usmerjene prav v zdravstveno nego (Šuštar, 1992a: 11-3).

Vsaj omenimo tradicionalno izobraževanje za zdravstveno službo pri *usmiljenih bratih* (*Ordo Hospitalarius Sancti Johannis de Deo - Fratres misericordiae / Barmherzige Brüder / Fatebenefratelli*), karitativni redovni skupnosti nastali v Španiji v 16. stoletju. Pri njih so že redovna pravila v 16. in 17. stol. urejala izobraževanje mladih bratov na področju zdravstvene nege, ki je potekalo v obliki šol za nego bolnika pri posameznih bolnišnicah (Strohmer, 44-49). V avstrijski provinci usmiljenih bratov s sedežem na Dunaju so v zdravstveni negi pa tudi v medicini izšolani bratje delovali v bolnišnicah v Gradcu od 1615, Gorici (od 1656, Stara Gora pri Gorici do 1948), Trstu (1625 ustanovljeno bolnišnico so pozneje prestavili na Kranjsko). Tam so bili usmiljeni bratje v bolnišnici v Ljubljani od 1785 do 1811. Konec 19. stoletja so usmiljeni bratje štajerske (graške) province imeli postojanke na Štajerskem in Koroškem (1875 Kainbach pri Gradcu, 1876 Šentvid na Glini) in na Kranjskem: najbolj poznano v bolnišnici v Novem mestu 1893-1946. Nekaj let (1920-1935) so bili tudi v Kamniku (*Ordensgründungen*). Že v 18. stoletju so usmiljeni bratje skrbeli tudi za svoje šolstvo: v Pragi in pozneje v Felsbergu/Valtice na Moravskem so imeli redovno kirurško in zdravstveno šolo (*Chirurgen- und Krankenpflegeschule*). Med 1773 in 1854, ko je prenehala z delom, se je tam izšolalo v kirurgiji in negi bolnika 240 usmiljenih bratov (*Die Chirurgen- und Krankenpflegeschule*), med njimi 1803-05 tudi naš rojak o. Faust (Matevž) Gradišek, Prešernov znanec in kasneje znan kot homeopat (Pintar 1925-32a). Tudi pozneje so bili usmiljeni bratje šolani – tako je p. Emanuel Leitner (1815–1913), kasnejši pobudnik nastanka novomeške bolnišnice v Kandiji (1892), leta 1868 končal mediko-kirurški študij na Univerzi v Innsbrucku in sprva deloval na kirurškem oddelku redovne bolnišnice v Gradcu. Že kraji, kjer so delovale ustanove usmiljenih bratov kažejo, da je njihovo zdravstveno prizadevanje – že po svojih načelih so sprejemali in zdravili ljudi brez razlike vere, narodnosti in stanu – vključevalo bolnike iz slovenskih dežel. V določeni meri pa so se njihovem delu pridružili tudi slovenski mladeniči. Tako se omenjajo redovni bratje bolničarji v Novem mestu, eden med njimi tudi kot rentgenski pomočnik (Gošnik, 1995: 121 sl.).

POBUDE DRŽAVE IN HUMANITARNIH DRUŠTEV ZA ZDRAVSTVO IN ZDRAVSTVENO IZOBRAŽEVANJE V 20. STOLETJU

Vsaj opozorimo naj tudi na vojne in vojaške korenine moderne zdravstvene nege, pri čemer gre najprej za pomoč vojaškim kirurgom, za organizirano nego ranjencev ipd. Pravzaprav so prav vojni spopadi sredi 19. stol. spodbudili tako delovanje Rdečega križa (bitka pri Solferinu) in pozneje s tem povezanim zdravstvenim izobraževanjem kot tudi moderno sestrstvo: spomnimo le na vpliv krimske vojne na dejavnost Florence Nightingale. V 19. stoletju se je dunajska medicinska šola odlikovala tudi z izobraževanjem v bolniško strežniški službi in s tem vplivala tudi na razvoj pri nas (Šuštar, 1992a: 11-3). Ob tem naj omenimo še delovanje cerkvenih karitativnih društev za laike, pri nas Vincencijeve družbe in pa prizadevanj oblasti za razvoj zdravstvene kulture tako na državni, še bolj pa na regionalni ravni nekdanjih dežel (do 1918) oz. pozneje upravnih enot, ki so sestavljale Slovenijo (npr. Dravska banovina).

Pričetki šolanja za zdravstveno nego kot poklicno delo

Potrebe po izobraževanju za zdravstveno pomoč bolnim na podeželju je v osrednji Sloveniji (na Kranjskem) podpiralo karitativno društvo *Vincencijeva družba* v Ljubljani. V letu 1908 so pripravili enomesečne tečaje. Podobne, toda daljše tečaje, so imeli tudi v bolnišnici v Mariboru in še kje. Leta 1912 so o zdravstveni negi bolnih na podeželju razpravljali tudi v deželni zboru v Ljubljani (Deželni zbor vojvodine Kranjske), ki je

leta 1914 ustanovil *Strežniško šolo* v Ljubljani. Tudi žensko učiteljske v Ljubljani je pripravilo vrsto tečajev zdravstvene nege (1913) in pa *društvo Rdeči križ*, ki je organiziralo vrsto tečajev za pomoč v zdravstveni negi. Po začetku prve svetovne vojne pa so potekali številni takšni štiritedenski tečaji v slovenščini in nemščini v bolnišnici v Ljubljani. Rdeči križ je nadaljeval s širjenjem zdravstvene vzgoje tudi v kasnejših letih (Šuštar 1992b: 35-38; Žnidaršič 1992). Pomemben prispevek k napredku izobraževanja na področju zdravstvene nege so pomenile tudi knjige in članki o negi bolnika: kakšno od zdravstvenih tem najdemo tudi v osnovnošolskih učbenikih, nekatera dela so prav nastala kot zdravstveni učbeniki za šole in tečaje, druge pa so bile namenjene za poznavanje nujenja prve pomoči, higienskega in zdravstvenega znanja med ljudi.

V letu 1923 ustanovljena *Šola za dečje zaščitne sestre* – z delom je pričela v začetku leta 1924 – pri Higienem zavodu v Ljubljani, se je leta 1927 oblikovala v šolo z dvoletnim programom socialno-higienske zaščite otroka ter kot taka delovala do leta 1932. V tem času je jugoslovanska država (sestrski šoli sta od 1921 delovali še v Zagrebu – tu jo je 1926-31 vodila slovenska zdravnica Amalija Šimec – in v Beogradu) poskrbela za poenotenje zdravstvenega šolstva in šola v Ljubljani se je razvila v triletno *Šolo za zaščitne sestre* (za izobraževanje pomožnega osebja za socialno in zdravstveno službo). S temi šolami je povezano izobraževanje medicinskih sester, ki niso bile redovnice za delo v zdravstvenih domovih in v patronažni službi. Pogosto je bilo pri nas to šolanje usmerjeno k družinski zdravstveni skrbi, kot podpora širšemu delovanju Higienega zavoda. Od 1929 je pri zavodu delovala še *Šola za otroške sestre negovalke*, sprva kot šestmesečni tečaj, od 1938 kot enoletna šola. (Dragaš, 1938; Toni-Gradišek, 1992b: 57-67; Zupanič Slavec, 2005).

S šolo za zaščitne sestre v Ljubljani je od leta 1924 povezana kot učiteljica (in hkrati kot učenka zaradi potrebne nostrifikacije šolanja na Dunaju) **Angela Boškin** (1885-1977), naša prva šolana medicinska sestra za delo na socialno-medicinskem področju. Na Dunaju se je Boškinova ogrela za delo »plavih sester« – in za delo sestre v bolnišnicah (Negovalna ustanova »plavih sester« / *Das Pflegeinstitut der "blauen Schwestern"* / pozneje: *Die Schule f. allg. Gesundheits- u. Krankenpflege am AKH der Stadt Wien*). Boškinova se je sprva pravzaprav izobraževala v zdravstvu ob delu. Tako so se – kot opozarja Irena Keršič v razstavnem katalogu *Medicinske sestre skozi čas* (2011: 7) za poklic oskrbnih sester leta 1917 izobraževale kar štiri Slovenke na dunajskem zavodu »*Reichsanstalt für Mutter- und Säuglingsfürsorge*« (poznejša *Kinderklinik der Stadt Wien Glanzing*) in sicer Olga Cvahte, Jožica Bezlaj, Pavla Bones in Angela Boškin (Štebi 1926: 229). Angela Boškin se je pred koncem prve svetovne vojne vpisala v II. tečaj za »*skrbstveno sestro*«, ki ga je obiskovala od aprila do srede oktobra 1918. Z diplomo 30. 10. 1918 se je tudi formalno usposobila »za poklicno opravljanje socialne skrbstvene dejavnosti na vseh področjih javne zdravstvene nege« (Zaletel, 2005: 5). Po prvi svetovni vojni je delovala v Sloveniji kot *patronažna sestra* na področju praktične patronaže in socialnega dela ter bila aktivna v sestrskem stanovskem društvu. Za medicinske sestre na Slovenskem je tako Boškinova, ki je tudi v poznih letih spodbujala k predanemu sestrskemu delu, kot pobudnica oz. začetnica sestrskega poklica upravičeno postala simpatična simbolna figura. Po njej je (2011) poimenovana tudi Prisega Angele Boškin Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice – za diplomante programa prve stopnje Zdravstvena nega (VS) (Romih, 2011).

S poznavanjem stoletnih korenin zdravstvenega izobraževanja in delovanja medicinskih sester tako na področju babištva, bolnišnične nege kot tudi patronažne službe (če omenimo le tri) lahko naš pogled na poklic medicinske sestre le še razširimo. Trditev, da v »*Sloveniji govorimo o poklicu medicinske sestre od leta 1919*«, je sprejemljiva le v kontekstu razumevanja poklicne zaposlitve tudi formalno šolane in samostojne ženske, ki predano opravlja (sicer skromno) plačano delo in od tega tudi živi. Če pa se osredotočimo na samo sestrsko delo v zdravstvu pa so ga številna dekleta, tudi žene, pa tudi moški opravljali že pred 1919. Ni nobene potrebe, da nimamo za *medicinske sestre* nekdanjih redovnic, ki so na področju zdravstvene nege in na drugih zdravstvenih področjih delovale v bolnišnicah in drugod ali pa spregledamo celo kakšnega v zdravstveni negi poučenega usmiljenega brata npr. v novomeški bolnišnici v Kandiji. Tudi oznaka *prva*



medicinska sestra je lahko pri spoštovani Angeli Boškin nekoliko zavajajoč. A s svojim šolanjem in delovanjem, zglede, tudi z organizacijskim delom v organizaciji diplomiranih zaščitnih sester in s spodbudami in navzočnostjo še v našem času, je res »*Angela Boškin utemeljiteljica stroke zdravstvene nege v slovenskem prostoru*«. In kot taka prva od *formalno šolanih slovenskih medicinskih sester*, posebej na področju patronaže in socialno-higienske skrbi za družino ter poklicnega društvenega povezovanja medicinskih sester, pri čemer pa se je zdravstvena nega razvijala tudi iz starejših in številnih korenin.

Šolanje za zdravstveno nego v bolnišnicah 1928 do 1945

Dvoletna *Strežniška šola* je bila ustanovljena v Ljubljani leta 1928. Njen namen je bilo izobraževanje usposobljenih strežnic v bolnišnicah in v zdravstvenem delovanju po domovih. Šolo so najbolj številno obiskovale sestre usmiljenke, nekaj tudi učenske iz drugih redov in druge. Zaradi obsežnega učnega programa in visoke kvalitete predavateljev je imela šola pravzaprav značaj srednje strokovne šole. Zaprli so jo že leta 1931 ter ponovno odprli leta 1939 z imenom *Banovinska strežniška (bolničarska) šola*. Hkrati je pričela delovati podobna šola pri bolnišnici v Mariboru. Obe šoli sta skrbeli za izobraževanje v zdravstveni negi bolnikov tako zainteresirane redovnice kot tudi necerkveno osebje. Enoletni program je obsegal trimesečni pripravljalni tečaj, nato pa so poučevali posamezne specialne predmete in postopke; sledil je diplomski izpit. V Mariboru je drugi tečaj 1940/41 prekinil začetek vojne pri nas, v Ljubljani pa je Šola za bolničarje nadaljevala z delom tudi med vojno (Šuštar, 1992b: 38-45).

Pred letom 1945 so tako večino dobro izobraženega zdravstvenega osebja v bolnišnicah predstavljale redovnice, članice različnih katoliških redovnih skupnosti. Poleg skupnosti, ki so se pretežno posvečale zdravstveni negi kot svojemu osrednjemu poslanstvu (npr. v bolnišnicah večinoma *usmiljenke*, v ormoški pa sestre *križniškega reda*, v bolniški strežbi doma predvsem *Marijine bolniške sestre*), so se kdaj vključile tudi redovnice, ki so bile sicer dejavne npr. na šolskem področju (Lešnik, 1985). Redovna vodstva so večkrat kar sama poskrbela za primerne izobraževalne tečaje za tiste članice svojih skupnosti, ki so delale v bolnišnicah ali se za to pripravljale. Predavali pa so tamkajšnji zdravniki, teoretični pouk pa so tečajnice povezovale s praktičnim bolnišničnim delom. Nekatere redovnice so obiskovale zdravstvene šole (v Ljubljani, pa tudi v Zagrebu in Beogradu), druge so organizirale svoje zasebne tečaje zdravstvene nege oz. šole. Za pouk so poskrbeli zdravniki, ki so najraje delali s sestrami, ki so jih sami izšolali ali kot je zapisal vodja zdravilišča dr. Robert Neubauer (1931) za bolnišnico na Golniku: tako si je »*zavod sam vzgajal najboljše sestre-strežnice*« (Šuštar, 1992b: 41). Poznana je tudi zanimiva zgodba o dejavnosti redovnic (kongregacija frančiškank Brezmadežne poimenovane tudi: Slovenjebistriške šolske sestre), ki so sicer imele za glavno poslanstvo / poklicanost delovanje na področju šolstva, toda naključje, v katerem so videle posebno znamenje, jih je spodbudil, da so 1922 sprejele zdravstveno službo in nego v TBC sanatoriju na Golniku.

Leta 1936/37 je sedeminpetdeset slovenskih usmiljenk, delujočih v državni bolnišnici v Beogradu in drugje, organiziralo zasebno zdravstveno šolo, ki jo je odobrilo zdravstveno ministrstvo, predavali so zdravniki v srbsčini, učbeniki so bili v cirilici. O presenetljivem uspehu enoletnega pouka (45 odličnih, 9 prav dobrih, 2 dobri), ki je bil osredotočen na izobraževanje ob delu, so vodstvu reda v Pariz navdušeno pisale: »*Ali ni to čudež? Je! Sestre same to priznajo. Poleg vseh svojih dolžnosti imeti šolo in to v tujem jeziku in knjige s tujo pisavo in sestre, ki se že zdavnaj niso več učile in iz takih navadnih vaških šol.*« Pozneje so tudi slovenske usmiljenke obiskovale kar redno državno bolničarsko šolo v Beogradu (Šuštar, 1992b: 40-41).

S posebno pozornostjo moramo tudi v tem pregledu omeniti zdravstveno izobraževanje za *bolničarje in bolničarke* v partizanskih enotah kot delu odporiškega gibanja med 2. svetovno vojno. Šolanje je bilo organizirano v obliki tečajev in šol od jeseni 1943 naprej. Sanitetna šola VII korpusa (del Sanitetne šole pri Slovensko-hrvaški vojaški bolnišnici) na Dolenjskem in v Žumberku kot tudi Sanitetna šola IX. korpusa na Primorskem, sta potekali v obliki dvotedenskih tečajev. Predavali so zdravniki, ki so tudi napisali potrebne

učbenike. Zdravstvene tečaje so pripravili tudi v manjših vojaških enotah in v partizanskih bolnišnicah. Marca 1945 so ustanovili Slovensko sanitetno šolo v Zadru (pri tamkajšnji Slovenski partizanski bolnišnici). Tam so potekali višji in nižji sanitetni tečaji kot tudi izobraževanje inštrumentark (Šuštar, 1992a: 46-52).

RAZMAH ZDRAVSTVENEGA ŠOLSTVA PO 2. SVETOVNI VOJNI

Čas po letu 1945 je uveljavil zdravstveni poklic medicinske sestre kot pomembno obliko predvsem ženskega poklicnega dela na vseh področjih zdravstva, tudi v bolnišnicah, kjer je pred tem za zdravstveno nego skrbelo predvsem redovno osebje. Po vojni so zaradi velikega pomanjkanja izobraženih sester v bolnišnicah pričele z delom številne enoletne šole in nekajmesečni tečaji, ki so trajali od 4 do 12 mesecev. Posebno je bilo veliko pomanjkanje šolanega kadra v zdravstveni negi, ko so se slovenske republiške oblasti iz ideoloških razlogov marca 1948 odrekle redovnicam v zdravstveni službi. Poznanih je nekaj pričevanj o odhodu redovnic prav na ženski praznik. Bolj kot kaj drugega je nove oblastnike formalno motila njihova navzočnost v redovni obleki, ki je simbolizirala katoliško Cerkev in pomenila že sama na sebi odpor zoper politično pogojeno ateizacijo družbe. Če so bile tako slovenske redovnice moteče v Sloveniji, pa so jih v pravoslavnih delih države sprejeli odprtih rok, saj so v njihove bolnišnice prišle zdravstveno izobražene in delu predane medicinske sestre, ki so tam lahko živele kot skupnost in pri svojem delu obdržale svojo redovno obleko. Tako je tudi do simbolične religiozne podobe netolerantna politična odločitev slovenskih oblasti na eni strani (nehote) dejansko podprla državno usmeritev zapovedanega »bratstva in edinstva«, na drugi strani pa še cerkveno usmeritev k ekumenizmu – ob tem pa prispevala k napredku na področju zdravstva na pretežno pravoslavnem vzhodu države. Takšno delovanje slovenskega zdravstvenega osebja (redovnic) se je pretežno končalo z razpadanjem skupne države od konca 80. let 20. stoletja.

V letu 1950/51 smo imeli poleg treh nižjih zdravstvenih šol (babiška šola v Ljubljani ter šoli za otroške negovalke v Ljubljani in Mariboru) še šest srednjih zdravstvenih šol: za medicinske sestre v Mariboru in Ljubljani, tamkajšnjo Zobotehnično srednjo šolo, Srednjo farmacevtsko šolo, Srednjo šolo za medicinske tehnike in Fizioterapevtsko šolo. Zdravstvene tehniške šole so se v 60. letih povezale v Srednjo šolo za farmacijo in zdravstvo v Ljubljani.

V Sloveniji so se s šolsko reformo leta 1960 sestrške zdravstvene šole (babiške, za otroške negovalke, bolničarske in šole za medicinske sestre) preoblikovale v štiriletne srednje šole za izobraževanje medicinskih sester splošne oz. posebnih smeri. Šolanje za medicinske sestre na višješolski ravni, ki se je pričelo v Ljubljani že 1951 – in potekalo med 1952-1978 kot triletni študij – je le polagoma pripeljalo do Višje šole za zdravstvene delavce, 1975 njeno vključitev v Univerzo v Ljubljani, mnogo kasnejši pa je pričetek zdravstvenega šolstva na univerzitetni ravni, ki že nekaj let poteka v več slovenskih središčih (Kralj, 2005; Dornik, Vidmar, Žumer, 2005; Zaletel, 2005).

SKLEPNE MISLI: O STROKI Z BOGATO PRETEKLOSTJO

Prispevek lahko le kratko opozori na nekatere od raznovrstnih oblik izobraževanja na področju zdravstvene nege, ki so privedli do sedanjega vsebinsko bogatega zdravstvenega šolstva. Različne spodbude k zbiranju pričevanj o preteklosti sestrstva in zdravstvene nege nasploh, povezane tudi s tematskimi razstavami kot npr. 1992 v Ljubljani in 1993 v Mariboru (Gradišek, 1992), 2011 v Cerknem (Sima, 2011) in 2012 v Mariboru (Vuga, 2012) in s strokovnimi društvi, nas lahko veselijo. Tuji zgledi nam predstavljajo pestro tematiko mednarodnih srečanj o zgodovini zdravstvene nege, kot je bilo lani v danskem Koldingu (Nursing history in a global perspective, 2012) ter zanimive muzeje zdravstva in zdravstvene nege kot so npr. na Danskem (Danish Museum of Nursing History) in Finskem (Museum of Nursing), novi muzej v nemškem Kaiserswerthu, pa tudi sorodni muzeji v angleško govorečih deželah. Tudi pri nas postajajo medinske sestre od začetka 20. stoletja vedno bolj opazen ženski poklic, v drugi polovici stoletja tudi precej številčen. Lahko pri nas spodbudimo muzejsko predstavitev zdravstvene nege tudi kot prikaz dela ženskega gibanja?



Kar je z opozorilom, »da je stroka brez preteklosti kot človek brez spomina« zapisala Andreja Korenčan (2009: 73) lahko le podpremo. Zdravstvena nega ima preteklost, le odkrivamo jo bolj počasi in še marsikaj bomo priklicali iz spomina in zapiskov v knjižnicah, muzejih in arhivih. A vse seveda s pogledom na zdravstveno nego kot stroko danes in vnaprej, tako nekako, kot je ob koncu tisočletja Obzornik zdravstvene nege zbral pomenljive zapise iz preteklosti sestrtva na Slovenskem v luči stoletnice mednarodne sestrske organizacije International Council of Nurses (Kersnič, 1999): »Praznujmo preteklost sestrtinstva (zdravstvene nege), zahtevajmo prihodnost!«

LITERATURA

Borisov P. Ginekologija na Slovenskem od nastanka do 80. let 20. stoletja. Ljubljana: SAZU 1995.

Das Pflegeinstitut der "blauen Schwestern". Dostopno na: <https://www.wienkav.at/kav/ausbildung/allgemein/akh/ZeigeText.asp?ID=7033> (10.1.2013).

Danish Museum of Nursing History / Dansk Sygeplejehistorisk Museum, Kolding. Dostopno na: <http://www.dsr.dk/dshm/English/Sider/The-Danish-Museum-for-Nursing-History.aspx> (10.10.2012)

Die Chirurgen- und Krankenpflegeschule in Feldsberg; Dostopno na: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:kmgWltqxj3wJ:bbextra.vivolum.net/content/site/pflegeakademie/orden/geschichte/article/2785.html+%&cd=1&hl=sl&ct=cln&gl=si> (12.12.2012).

Dornik, E., Vidmar G., Žumer M. Nursing education in Slovenia and its impact on nurses publishing in their professional journal. In: Nurse Education Today (2005) 25: 197–203. Dostopno na: http://ibmi3.mf.uni-lj.si/ibmi/biostat-center/predtiski/NET_Dornik_Vidmar_Zumer.pdf (15.1.2013).

Dragaš B. Zgodovina in delo sestrtva v Sloveniji: od prevrata do leta 1934, Ljubljana 1938.

Gošnik, T. Prvih sto let novomeške bolnišnice: 1894-1994, Novo mesto 1995.

Gradišek A. Ob razstavi Šola za sestre: Zdravstveno šolstvo na Slovenskem. In: Zdrav Obzor 1992; 26, 5/6: 375-78. Dostopno na: http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=507061d6-a7a1-4205-a1eb-ba71f0ca2bfe (18.12.2012).

Gspan A. Stojan Mihael (1804-1863). In: SBL III, Ljubljana 1960-71: 491, Dostopno na: <http://nl.ijs.si/fedora/get/sbl:3262/VIEW/> (18.1.2013)

Jaunig S, Zupanič Slavec Z. Anton Makovic (1750-1803), prvi slovenski prosvetitelj babic. In: Izis, 2009, 18, 3: 62-3. Dostopno: www.zdravniskazbornica.si/library/includes/file.asp?fileId=1736 (20.1.2013)

Jesenšek M. Jezik v prvem slovenskem priročniku za babice. In: Zupanič Slavec Z, ed. Med medicine in literaturo, Ljubljana 1994: 219-30.

Kersnič P. Praznujmo preteklost sestrtinstva, zahtevajmo prihodnost. In: Obzor Zdr N 1999; 33, 5/6: 229-33. Dostopno na: http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=f9ae08a6-87b3-4cd2-aaf4-6efabfcef0a (10.1.2013)

Keršič I. Razvoj zdravstvene nege v začetku 20. stoletja. In: Medicinske sestre skozi čas, katalog razstave, Ljubljana, Cerklno 2011: 6-7.

Kralj B. Ob 50-letnici Visoke šole za zdravstvo Univerze v Ljubljani, Obzor Zdr N 2005; 39: 21-5. Dostopno na: www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-9F24ZMDB/.../PDF (14.12.2012)

Korenčan K. Življenje in delo Angele Boškin, Gorica: Goriška Mohorjeva družba 2009.

Kovačič K. Porodna babica šantla Ana iz okolice Trsta in njena zapuščina, In: Etnolog, 7=58, 1997: 71-85. Dostopno: http://www.etno-muzej.si/files/etnolog/pdf/0354-0316_7_kovacic_porodna.pdf (12.12.2012)

Lavrič V. 200 let babiške šole, Ljubljana: Babiška šola 1953.

Lešnik R, ed. Življenje in delo redovnic med nami, Ljubljana: Zveza redovnih predstojnic Slovenije 1985.

Makovic A, Steidele, R.J. Prashanja inu odgovori, zhes vsegarstvu / Fragen, und Antworten über die Geburtshilfe // Antona Makovitz Resvudnoste, ranozelnost, inu vshegarstva magistra, inu ranozelza v' Lublani Prašanja, inu odgovori zhes VSHEGARSTVU, po navskeh bukva Rafaela, Joanesa Steidela od vshegarstva. // Anton's Makovitz der Zergliederungskunst, Wundarznei, und Geburtshilfe Magisters, und Wundarzte in Laubach, Fragen und Antworten über die Geburtshilfe. . . / Laubach / V' Lublani 1782, (380) 411 str. Dostopno na: <http://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:DOC-2U12IFB6> (15.1.2013)

(Makovic 1788a) Makovic A, Steidele R.J. Prashanje inu odgovori, zhes vsegarstvu / Fragen, und Antworten über die Geburtshilfe // Vshegarske bukve sa babize na desheli katere je is teh velikih bukva Raphaela Joanesa Steidele Vun vsel, inu na Krajnski jesik preloshil, sdaj drugizh na svitlobo dal, inu pogmeral Anton Makovitz / Lehrbuch über die Geburtshilfe für Hebammen auf dem Lande, aus dem grossen Lehrbuche Raphael Johann Steidele's herausgezogen, in das krainerische ubergesetz nun das zweytemal aufgeleget, und vermehret von Anton Makovitz / V' Lublani / Laibach, 1788, 575 str.+pril. Dostopno na: <http://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:DOC-HHPU7ABB> (15.1.2013)

(Makovic 1788b) Makovic, Anton ; Steidele, Raphael Johann (1788). Unterricht für Hebammen / Podvuzhenje sa babize // Podvuzhenje sa babize, is nemshkiga na krajnski jesik prestavlene od Antona Makovitz . . . / Unterricht für Hebammen, aus der deutschen in die krainerische Sprache überseßt von Anton Makovitz . . . / V' Lublani / Laibach 1788, 53 str.+priol. Dostopno na koncu njegove knjige iz 1782 na <http://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:DOC-2U12IFB6> (15.1.2013)

Museum of Nursing, Public Health Nursing and Midwifery Education - Helsinki Metropolia University of Applied Sciences. Dostopno na: <http://www.metropolia.fi/en/services/the-museum-of-nursing/> (10.10.2012)

Nursing History in a Global Perspective. International Nursing History Conference in Denmark. August 9 -11, 2012. Dostopno na: <http://www.dsr.dk/Artikler/Sider/Fag/Sygeplejehistorie/International%20konference%202012/International-Nursing-History-Conference.aspx> (10.10.2012)

Ordensgründungen der Barmherzigen Brüder in Mitteleuropa. Dostopno na: <http://www.barmherzigebrueder.at/site/barmherzigebrueder/ordensprovinz/werkeinmitteleuropa> (15.12.2012)

Pintar I. Mediko-kirurški učni zavod v Ljubljani, njegov nastanek, razmah in konec: habilitacijska disertacija, Ljubljana 1939.

Pintar I, Kidrič F. Gradišek Matevž. In: SBL I, 1925-32: 240-1, Dostopno na: <http://nl.ijs.si/fedora/get/sbl:0647/VIEW/> (15.2.2013)

Pintar I. Kömm Iv. Nep. In: SBL I, Ljubljana 1925-32: 493. Dostopno na: <http://nl.ijs.si/fedora/get/sbl:1169/VIEW/> (15.2.2013)

Pintar I. Razvoj babiške šole v Trstu od njene ustanovitve do leta 1924. In: Zdrav Vestn 1947: 71-7.

Pfeipfer J. Idrijski rudniški kirurg Anton Makovic. In: Idrijski razgledi, 1-2, 1974: 36-50. Dostopno na: <http://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:DOC-9Y6EY5FD> (12.12.2012)

Pertl E. Začetki medicinskega tiska v Sloveniji 1782-1919. In: ISIS 1997, 10. Dostopno na: <http://ibmi3.mf.uni-lj.si/isis/isis97-10/html/pertl.html> (1.2.2013)

Romih K. et al. Prisega Angele Boškin za diplomante študijskega programa prve stopnje zdravstvena nega, 2011: 3. Dostopno na: http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/aktualno/Prisega_Angela_Boskin-Clanek_avtoric.pdf (15.1.2013).

Rožman I. Zgodovinski oris babištva na Slovenskem in porodna pomoč v fari Velike Brusnice na Dolenjskem od 1840 do 1945. In: Etnolog, 7=58, 1997: 241-88. Dostopno na: http://www.etno-muzej.si/files/etnolog/pdf/0354-0316_7_rozman_zgodovinski.pdf (18.12.2012)

Sima Đ. Muzejska razstava »Medicinske sestre skozi čas«. In: Utrip 2011, 6: 33. Dostopno na: <http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/utrip/Utrip-06-11.pdf> (14.2.2013).

Slodnjak A. Trstenjak Davorin (1817-1890) In: SBL IV, Ljubljana 1980-91: 196-8. Dostopno na <http://nl.ijs.si/fedora/get/sbl:3975/VIEW/> (15.12.2012)

Strohmayr H. Hospital orden. Krankenpflegeschulen im Hospitalorden des hl. Johannes von Gott, München: Johann von Gott Verlag, 1988.

Štebi A. Slovenska žena v raznih poklicih. In: Govekar M, ed. Slovenska žena. Ljubljana 1926: 224-40.

Sket D. Razvoj in perspektive slovenske medicinske terminologije in leksikografije – zgodovinska vloga Zdravniškega vestnika. In: Zdrav Vestn 2011; 80: 142-7. Dostopno na: www.dlib.si (15.2.2013).



Šuštar 1992a) Šuštar B, ed. Šola za sestre. Zdravstveno šolstvo na Slovenskem 1753-1992, Ljubljana: Slovenski šolski muzej, 1992.

(Šuštar 1992b) Šuštar B. Od strežniških tečajev do strežniške in bolničarske šole 1908-1945. In: Šuštar B, ed. Šola za sestre. Zdravstveno šolstvo na Slovenskem 1753-1992, Ljubljana: Slovenski šolski muzej, 1992: 35-45.

(Toni-Gradišek 1992a) Toni-Gradišek A. Babiška šola v Ljubljani. In: Šuštar B, ed. Šola za sestre. Zdravstveno šolstvo na Slovenskem 1753-1992, Ljubljana: Slovenski šolski muzej, 1992: 21-30.

(Toni-Gradišek 1992b) Toni-Gradišek A. Šola za medicinske sestre v Ljubljani. In: Šuštar B, ed. Šola za sestre. Zdravstveno šolstvo na Slovenskem 1753-1992, Ljubljana: Slovenski šolski muzej, 1992: 57-64.

(Toni-Gradišek 1992c) Toni-Gradišek A. Od šole za otroške sestre negovalke do Srednje zdravstvene šole v Ljubljani. In: Šuštar B, ed. Šola za sestre. Zdravstveno šolstvo na Slovenskem 1753-1992, Ljubljana: Slovenski šolski muzej, 1992: 65-80.

Trstenjak D. „Bukve porodništva“ (spisal dr. Janez Kömm v Gradci 1839.) Kako se je ta knjiga rodila — spomin na nekdanjo cenzuro. In: Slovenski narod 9.1.1876, 6: 1-2. Dostopno na: <http://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:DOC-TL4TS9A1> (19.1.2013)

Vuga S. Pogledi v zgodovino zdravstvene nege – razstava. In: Utrip 2, 2012: 28. Dostopno na: <http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/utrip/Utrip-01-12pop.pdf> (15.2.2013)

Zupanič Slavec Z. Razvoj javnega zdravstva na Slovenskem med prvo in drugo svetovno vojno: Dr. Ivo Pirc (1891-1967) - utemeljitelj javnega zdravstva na Slovenskem, Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2005, 147-9.

Zaletel M. Zdravstvena nega: ob 50-letnici izobraževanja iz zdravstvene nege. In: Obzor Zdr N 2005; 38: 5–20. Dostopno na:

http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=c15bf95d-9a1a-4cfc-b151-86811ddec5ec (18.12.2012)

Žnidaršič, I., Pregled oblik in vsebine zdravstvenega izobraževanja v Rdečem križu Slovenije v letih 1866-1989. In: Šuštar B, ed. Šola za sestre. Zdravstveno šolstvo na Slovenskem 1753-1992, Ljubljana: Slovenski šolski muzej, 1992: 53-5.

211B

RAZLIKE V OCENAH ETIČNIH KOMPETENC VODIJ V ZDRAVSTVENI NEGI V SLOVENSkih BOLNIŠNICAH

DIFFERENCES IN ASSESSMENT OF ETHICAL COMPETENCIES OF HEALTHCARE LEADERS IN SLOVENIAN HOSPITALS

viš. pred. mag. Andreja Kvas, viš. med. ses., prof. zdr. vzg.

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana

andreja.kvas@zf.uni-lj.si

Ključne besede: kompetence, vodje v zdravstveni negi, etika, bolnišnice

IZVLEČEK

Uvod: Medicinske sestre spadajo v skupino profesij na področju zdravstvenega varstva, za katere naj bi bila značilna visoka etičnost delovanja. Vodje morajo biti vzor svojim sodelavcem na vseh področjih, še posebej pri ravnanjih na področju etike. Visoka raven etičnih kompetenc naj bi bila značilna za vse člane profesije, ne glede na okolje, v katerem delujejo. Pojem kompetenca se nanaša na kombinacijo veščin, obnašanj in stališč, ki so neposredno povezani z uspešnim izvajanjem določenega dela.

Namen: Namen raziskave je ugotoviti, ali se etične kompetence oziroma ravnanja vodstvenih medicinskih sester razlikujejo glede na vrsto bolnišnic, kjer so zaposlene.

Metode: Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela. V okviru raziskave je bila izvedena anketa, v kateri je sodelovalo 1689 medicinskih sester iz 15 slovenskih bolnišnic. Vprašalnik, v katerem so medicinske sestre ocenile značilnost ravnanj svojih prvih nadrejenih vodij, je obsegal opis 95 ravnanj, od tega 9 na področju etike. Za preučevanje razlik med skupinami bolnišnic smo uporabili analizo variance (ANOVA).

Rezultati: Ocene ravni etičnih kompetenc vodstvenih medicinskih sester so se med skupinami bolnišnic statistično značilno razlikovale ($p < 0,05$). Najbolj značilna so etična ravnanja za vodstvene medicinske sestre v bolnišnicah na terciarni ravni. Na drugem mestu so na vseh področjih psihiatrične bolnišnice.

Razprava in sklep: Na etična ravnanja posameznika lahko vpliva tudi okolje, v katerem deluje. Rezultati raziskave so pokazali, da raven etičnih kompetenc vodij najnižje ocenjujejo zaposleni v splošnih bolnišnicah in drugih specialnih bolnišnicah. Vodjem na vseh ravneh vodenja morajo vodstva v teh bolnišnicah zagotoviti pogoje, da bi lažje razvijali svoje kompetence tudi na področju etike in postali vzor drugim zaposlenim.

Key words: competencies, nurse leaders, ethics, hospitals

ABSTRACT

Introduction: Nurses belong to a group of healthcare professionals for which a high level of professional ethics should be characteristic. Leaders should provide an example to their subordinates, particularly in actions concerning ethics. A high level of ethical competencies should be characteristic for all members of

the profession, regardless of their work environment. The term “competency” denotes a combination of skills, attitudes and opinions directly related to the successful performance of a task.

Aim: The aim of our research was to establish whether the ethical competencies and actions of nurse leaders differ based on the type of hospital they work in.

Methods: Descriptive research methods were used. A survey was conducted as part of the research; in which 1689 nurses in 15 Slovenian hospitals participated. The questionnaire, based on which nurses assessed the characteristics of actions of their immediate superiors, comprised 95 actions, 9 of which were related to ethics. Differences between groups of hospitals were studied using analysis of variance (ANOVA).

Results: The variations in assessments of the level of ethical competencies of nurse leaders in different hospital groups were statistically significant ($p < 0.05$). Ethical competencies of nurse leaders in tertiary level hospitals were the most characteristic. These were followed by psychiatric hospitals in all categories.

Discussion and Conclusions: The ethics of an individual's actions can also be influenced by the environment they work in. The research showed that healthcare professionals' assessments of the ethical competency levels of their leaders were lowest in general hospitals and certain specialist hospitals. The management of those hospitals should endeavour to ensure conditions that will enable leaders at all levels to better develop their competencies, also as regards ethics, making sure they provide an example to all other employees.

UVOD

Etika in morala sta v pravadnini pomenili isto: bivališče, običaj, navado, značaj (Jelovac, 1994). Kasneje so opredelili osnovno razliko med etiko in moralo in sicer etika obravnava načela o dobrem in zlem ter norme za odločanje in ravnanje po teh načelih, morala pa ravnovesje v skladu z etiko. Tschudinova (2003a) pravi, da gre pri etiki in morali v temelju za iste reči, moramo pa biti najprej moralni, da bi postali etični. Etika se nanaša na družbo, morala bolj na oseben in individualen značaj. Poudarja, »da sebi kot moralnim bitjem in ljudem, s katerimi delamo in ki predstavljajo družbo, dolgujemo etično, strokovno in pravno zavednost in odgovornost na vseh ravneh.« Etika je bila vedno pomembna v praksi zdravstvene nege (Roussel, 2006), zanimanje zanjo pa se je v zadnjih dvajsetih letih še povečalo.

Medicinske sestre spadajo v skupino profesij, za katere je značilna profesionalna etika, ki je zapisana v etičnih kodeksih (International, 2012; Kodeks etike, 1994; Kodeks etike, 2006). Etični kodeksi sestavljajo pravila, ki jih določena profesionalna skupina oblikuje kot kriterij ravnanja in obnašanja (Brejc, 2004). Za profesionalne kodekse velja, da v bolj natančni, sistematični in v nekaterih stvareh bolj zavezujoči od poklicnih kodeksov. Sruk (1999) navaja, da je za profesionalno dejavnost značilna sistematična teorija, za poklic pa specifično izkustvo; profesionallec torej izhaja iz teorije, ne iz izkustva; profesionalna aktivnost sloni na avtoriteti strokovne sodbe; poklicno delo te avtoritete nima. Grbec (2003) navaja, da je bil prvi pisni deontološki dokument v slovenskem jeziku za medicinske sestre /babice Babiška prisega iz leta 1788, leta 1963 smo dobili skupni Kodeks etike zdravstvenih delavcev Jugoslavije, ki ga je pripravila Zveza zdravniških društev, brez sodelovanja ostalih poklicnih skupin v zdravstvu. Prvi lastni kodeks etike za področje zdravstvene nege smo dobili leta 1994 in je bil leta 2005 dopolnjen. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov vsebuje devet načel, ki opredeljujejo medicinsko sestro v odnosu do pacienta, sodelavcev, družbe in poklica (Kodeks etike, 1994; Kodeks etike, 2006).

Profesija zdravstvene nege je osnovana na etičnem modelu, izobraževanje na področju etike naj bi se začelo že veliko prej, preden se začnejo študentje izobraževati na področju zdravstvene nege (Andrews, 2004). Večina študentov naj bi se odločila za študij zdravstvene nege na osnovi altruističnih namenov (Sand-Jecklin, Schaffer, 2006), kar že v sami osnovi predpostavlja visoko raven etičnega obnašanja.

Zaradi značilnosti zdravstvene nege, ki je čustvena ter polna altruističnih namenov, je za večino medicinskih sester, ki v razvoju svoje poklicne kariere postanejo vodje, ta prehod težaven (Chambers

Clark, 2009). Nedvomno ta sprememba vloge vsebuje tudi preoblikovanje posameznikove profesionalne identitete. Medicinska sestra opravlja naloge, povezane z zdravstveno nego pacienta, kot podrejena ima razmeroma jasno opredeljene naloge in odgovornosti za opravljanje dela. Medicinska sestra, ki postane vodja, se mora preoblikovati v novo vlogo generalista, upravljati različne naloge in opravljati dela preko upravljanja z drugimi. Sprememba vlog iz izvajalke zdravstvene nege v vodjo zdravstvene nege zahteva veliko časa in napora, to pa sta dve dobrini, ki sta danes zelo redki (Twedell, 2007).

Vodje morajo biti vzor svojim sodelavcem na vseh področjih, še posebej pri ravnanjih na področju etike. Proces postajanja etični voditelj v zdravstveni negi je zapleten in ima več poti. Etični vodje morajo posedovati različna znanja, veščine in vrline: znanje, ki podpira profesionalne in etične kompetence, veščine, da navdihuje, izziva in navdihuje spremembe, in moralne in intelektualne vrline, da sprejema, ocenjuje in deluje etično (Gallager, Tschudin, 2010). Poleg tega mora vodja tudi prevzemati odgovornost za svoje sodelavce. Vsi vodje se soočajo z izzivom, kako naj bodo istočasno etični in učinkoviti (Ciulla, 2009).

Eden od pristopov, s katerimi naj bi ugotavljali ustreznost obnašanja vodij in tudi drugih zaposlenih, so kompetenčni modeli. Preučevanje kompetenc in kompetenčnih modelov je ena glavnih tem na področju menedžmenta in vodenja že vsaj 25 let in se je iz zasebnega sektorja razširilo tudi v javnega. Pojem kompetenca se nanaša na kombinacijo veščin, obnašanj in stališč, ki so neposredno povezane z uspešnim izvajanjem določenega dela (United, 2011).

Do sedaj je bilo oblikovanih največ različnih vrst kompetenčnih modelov in tudi zgolj seznamov kompetenc za različne ravni vodenja v ZDA. Kompetenčni modeli so bili oblikovani za različne zdravstvene ustanove, največ za bolnišnice (American Organization, 2011). Tudi za Slovenijo bi bilo smiselno oblikovati enoten kompetenčni model za vodje v zdravstveni negi, ki so zaposleni v bolnišnicah.

Etika oz. etične kompetence so pomemben del večine kompetenčnih modelov tudi na področju vodenja v zdravstveni negi (Österreichischer Gesundheits, 2011; American Organization, 2011; Pillay 2010; McCarthy, Fitzpatrick, 2009). Kompetence na področju etike naj bi bile konstitutivne kompetence zdravstvene nege (poleg kliničnih in profesionalnih kompetenc) (Nelson, Pukis, 2004). Etične kompetence naj bi se merile z opazovanjem obnašanj oziroma vedenj v določenih situacijah in na tej osnovi naj bi se opredelili stili etičnega ravnanja, ki ustrezajo zahtevam pripadnosti profesiji zdravstvene nege.

Namen

Z raziskavo smo želeli oceniti razlike v ravni etičnih kompetenc med skupinami bolnišnic. Glavna hipoteza raziskave je, da se raven etičnih kompetenc med skupinami bolnišnic razlikuje.

METODE

Uporabljen je bila deskriptivna metoda dela. Na osnovi študija literatura in raziskave smo na populaciji medicinskih sester v Sloveniji opredelili devet etičnih ravnanj in z njimi skušali zajeti osnovna deontološka etična načela (dobronamernost, neškodovanje, avtonomnost in pravičnosti) in koncepte, ki izhajajo iz etike skrbi (pozornost, odgovornost, kompetentnost, odzivnost). Posamezna vprašanja vključujejo več etičnih načel ali konceptov, saj opisujejo (konkretna) ravnanja in ne (teoretična) načela ali koncepte, ki so težje opredeljiva in merljiva.

Vzorec

Raziskava je potekala individualno po posameznih bolnišnicah. K sodelovanju je bilo povabljenih vseh 24 slovenskih bolnišnic, za sodelovanje se jih je odločilo 15. Z vodstvi vsake od sodelujočih bolnišnic smo se osebno dogovarjali za potek izvedbe raziskave, zato je bilo obdobje zbiranja podatkov razmeroma dolgo

(18.5.2010 – 30.4.2011). V 13 splošnih in specialnih bolnišnicah so bili v raziskavo vključeni vsi zaposleni v zdravstveni negi (od srednje do podiplomsko izobraženih). V obeh Univerzitetnih kliničnih centrih (UKC) smo se skupaj z vodstvi obeh zdravstvenih inštitucij odločili, da bomo v vzorec vključili le posamezne oddelke oziroma klinike. V izbranih klinikah pa so bili v anketo vključeni vsi zaposleni v zdravstveni negi (od srednje do podiplomsko izobraženih).

Vprašalnik o kompetencah je dobilo 3938 medicinskih sester, odgovorilo jih je 1689 (43 %) (Razpredelnica 1). Teh 1689 medicinskih sester je ocenilo 305 vodij. Povprečno je eno vodjo ocenilo 5,5 sodelavcev s področja zdravstvene nege. Ne glede na to, kolikokrat je bil vodja ocenjen, je bila pri analizi upoštevana samo ena (povprečna) vrednost. Na osnovi značilnosti so bile bolnišnice razporejene v štiri skupine:

- Splošna bolnišnica (SB) Jesenice, SB Murska Sobota, SB Slovenj Gradec, SB Novo Mesto, SB Nova Gorica, SB Izola;
- UKC Maribor (Oddelek za otorinolaringologijo, cervikalno in maksilofacialno kirurgijo, Oddelek za očne bolezni, Oddelek za nevrološke bolezni, Oddelek za nalezljive bolezni in vročinska stanja, Oddelek za kožne in spolne bolezni, Oddelek za psihiatrijo in Klinika za pediatrijo), UKC Ljubljana (Ginekološka, Očesna in Nevrološka klinika), Univerzitetna klinika – Golnik;
- Psihiatrična klinika Ljubljana, Psihiatrična bolnišnica Begunje, Psihiatrična bolnišnica Idrija, Psihiatrična bolnišnica Vojnik ter
- Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj ter Ortopedska bolnišnica Valdoltra.

Razpredelnica 1: Število anketiranih po skupinah bolnišnic

	Število razdeljenih vprašalnikov	Število ocenjevalk (sodelavk)	Stopnja odziva	Število ocenjenih (vodij)	Povprečno število ocenjevanj na vodjo
Splošne bolnišnice	2098	773	36,8%	139	5,6
Univerzitetna klinična centra in klinika	1205	626	52,0%	94	6,7
Psihiatrične bolnišnice	436	203	46,6%	54	3,8
Druge specialne bolnišnice	199	87	43,7%	18	4,8
Skupaj	3938	1689	42,9%	305	5,5

Večino anketiranih je bilo ženskega spola (87,5 %). Kar 61,4 % sodelavk, ki so ocenile svojega prvega vodjo, je imelo srednješolsko izobrazbo, univerzitetno ali več le 2,9 % Povprečna starost sodelavcev, ki so ocenjevali kompetence svojih vodij, je bila 39,8 let. Najmlajša sodelavka je bila stara 20 let, najstarejša 65. Največji delež sodelavk je star od 35 do 50 let (45,6 % tistih, ki so odgovorili na to vprašanje).

Merski inštrument

V anketnem vprašalniku so medicinske sestre ocenile značilnost ravnanj svojih prvih nadrejenih vodij. Celoten anketni vprašalnik je obsegal 8 demografskih vprašanj in opis 95 ravnanj, od tega 9 na področju etike. Medicinske sestre so ocenjevale, v kolikšni meri je za njihovega prvega nadrejenega vodjo značilna posamezna kompetenca (vedenje ali ravnanje). Z njim smo skušali oceniti, kako ravnanje vodstvenih medicinskih sester ocenjujejo njihove sodelavke/podrejene. V tej raziskavi bodo prikazani samo odgovori na področju etike. Sodelavke so ocenjevale, kako je posamezno ravnanje značilno za njihovo prvo nadrejeno vodjo na petstopenjski lestvici od 1: popolnoma neznačilno ravnanje do 5: odločilno ravnanje.

Statistične metode

Podatki so bili analizirani z uporabo statističnega programa SPSS 19.0. Za preučevanje razlik med skupinami bolnišnic smo uporabili analizo variance (ANOVA). Zanesljivost merskega inštrumenta je bila ocenjena z uporabo Cronbach alfe. Pri statističnih testih je bila uporabljena raven statistične značilnosti $p < 0,05$.

REZULTATI

Najprej je bila s Cronbach alfo ocenjena zanesljivost merskega inštrumenta. Izračunana vrednost je bila 0,96. Vrednost kaže na visoko raven zanesljivosti.

Največ sodelavk meni, da sta za njihove prve nadrejene najbolj značilni ravnanji na področju etike, da poskrbijo za zasebnost pacienta in da takoj ukrepajo, če opazijo, da se težje kršijo pravila in doktrine zdravstvene nege. To sta dve ravnanji, ki sta bili na prvih dveh mestih v vseh skupinah bolnišnic.

Po mnenju sodelavk so za njihove prve nadrejene najmanj značilna ravnanja s področja pripadnosti profesionalni skupini. Ravnanje omogočanja in spodbujanja izobraževanja sodelavcev je včasih nemogoče tudi zaradi finančnih omejitev, medtem ko bi moralo biti spodbujanje standardov kakovosti vendarle pomembna značilnost vseh zaposlenih v zdravstveni negi, še posebej vodij.

Razpredelnica 2: Ocene razvitosti etičnih kompetenc vodij v zdravstveni negi po skupinah bolnišnic*

Kompetence/obnašanja/ vedënja	Skupina bolnišnic**					F-test	p
	SB	UKC	PB	DSB	Skupaj		
Ima dovolj strokovnega znanja in spretnosti, da lahko prevzame odgovornost za svoje delo.	4,01	4,26	4,19	4,01	4,12	3,1	0,026
Nikoli ne daje pri obravnavi prednost svojim sorodnikom ali prijateljem.	4,08	4,31	4,12	4,04	4,15	3,2	0,024
Nikoli ne daje pri obravnavi prednost zdravnikom ali sodelavcem.	4,07	4,35	4,27	4,20	4,20	3,7	0,012
Če opazi da se pri delu težje kršijo pravila in doktrine zdravstvene nege, takoj ukrepa.	4,10	4,40	4,29	4,23	4,23	4,0	0,008
Poskrbi za zasebnost pacienta.	4,11	4,40	4,29	4,25	4,24	4,2	0,006
Poskrbi za to, da so pacienti informirani o aktivnostih zdravstvene nege.	3,99	4,36	4,15	4,08	4,14	5,7	0,001
Upošteva pacientove želje, tudi v primeru odklonitve postopka/posega zdravstvene nege.	4,07	4,38	4,28	4,07	4,20	4,0	0,008
Omogoča in spodbuja izobraževanje sodelavcev.	3,91	4,18	4,12	3,81	4,03	2,9	0,037
Spodbuja uvajanje standardov kakovosti v zdravstveni negi v ustanovo.	4,00	4,22	4,02	3,97	4,07	2,2	0,094

* Aritmetične sredine na lestvici od: 1: popolnoma neznačilno ravnanje do 5: odločilno ravnanje.

**SB – Splošne bolnišnice; UKC – Univerzitetni klinični center in Univerzitetna klinika, PB – Psihiatrične bolnišnice; DSB – Druge specialne bolnišnice.

Statistično značilne razlike med skupinami bolnišnic so se pokazale na vseh opazovanih področjih, razen pri spodbujanju uvajanja standardov kakovosti (Razpredelnica 2). Največje razlike so pri kompetencah:

- Poskrbi za to, da so pacienti informirani o aktivnostih zdravstvene nege ($F=5,7$; $p<0,001$).
- Poskrbi za zasebnost pacienta ($F=4,2$, $p<0,01$).
- Upošteva pacientove želje, tudi v primeru odklonitve postopka/posega zdravstvene nege ($F=4,0$; $p<0,01$).
- Če opazi da se pri delu težje kršijo pravila in doktrine zdravstvene nege, takoj ukrepa ($F=4,0$; $p<0,01$).

Najvišje ocene so pri vseh kompetencah dobile vodilne medicinske v bolnišnicah na terciarni ravni (UKC in Univerzitetna klinika). Najbolj so v UKC in Univerzitetni kliniki odstopale pri obnašanjih na področjih, povezanih s spoštovanjem avtonomije pacienta (informiranost pacientov, upoštevanje pacientove želje, tudi v primeru odklonitve postopkov), pa tudi o enakosti obravnave pacientov (vsaj pri enakopravnosti obravnave sorodnikov in prijateljev). Na drugem mestu so na vseh področjih psihiatrične bolnišnice.

Nizke ocene (povprečna ocena pod 4) so dobile vodje v drugih specialnih bolnišnicah pri ravnanjih spodbujanja izobraževanja sodelavcev in uvajanje standardov kakovosti v zdravstveni negi v ustanovi. Vodje v splošnih bolnišnicah so dobili nizke ocene kompetenc na področjih zasebnosti in informiranosti pacienta ter omogočanja izobraževanja sodelavcev.

RAZPRAVA

Najbolj značilna etična ravnanja vodstvenih medicinskih sester v slovenskih bolnišnicah so po mnenju njihovih sodelavcev na področjih ustrezne skrbi za zasebnost pacienta in takojšnjega ukrepanja pri kršitvah pravil in doktrine zdravstvene nege. Na teh dveh področjih so se med opazovanimi skupinami bolnišnic vidne tudi največje razlike: v obeh so izrazito najnižjo oceno dobile vodilne v splošnih bolnišnicah, najvišje pa v UKC-jih in Univerzitetni kliniki, vendar so bile tudi v obeh skupinah specialnih bolnišnic razmeroma visoke. Kot je zapisano v 18. členu Zakona o zdravstveni dejavnosti (2005), so terciarne ustanove (klinike, klinični inštituti ali klinični oddelki) odgovorne za znanstveno raziskovalno in vzgojno izobraževalno delo za medicinsko fakulteto, fakultete in visoke šole na področju zdravstvene nege. V terciarnih ustanovah opravlja klinično prakso največje število študentov zdravstvene nege, kjer jih mentorji teoretično in praktično naučijo upoštevati etična načela, ki so zapisana v Kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Med izvajanjem zdravstvene nege jih vsak dan opozarjajo na upoštevanje standarda, ki je zapisan v 4. načelu in pravi »medicinska sestra upošteva ter spoštuje pravico pacienta do zasebnosti, še posebej, kadar gre za njegovo intimnost, upanje, strah, trpljenje in bolečino«. S tem ko se v omenjenih ustanovah skozi študijsko leto prisotni študenti, ti vplivajo tudi na povečano etično občutljivost vodij. Tschudinova (2003b) opozarja, da »vodje, ki zahtevajo od drugih, da delajo etično, morajo najprej sami delati etično.« Tschudinova (2004) navaja, da morajo biti medicinske sestre zmožne prepoznati neetično situacijo ali situacijo, v kateri je vprašljivo spoštovanje posameznikovih človekovih pravic. Najhitreje se bodo takšnih primerov naučile skozi razprave, kot pa če o njih samo berejo.

Najnižje ocene so v splošnih bolnišnicah in ostalih specialnih bolnišnicah dobile kompetence na področjih pripadnosti profesiji. To sta dve kompetenci, ki sta v veliki meri odvisni tudi od podpore, ki jo vodilne medicinske sestre uživajo v okoljih, kjer delujejo. Vendar vodje ne smejo samo pasivno sprejemati okolja, ampak ga morajo kot vodilne medicinske sestre tudi soustvarjati. Sebi in svojim sodelavkam morajo ustvariti okolje, v katerem lahko delujejo v skladu s svojimi etičnimi standardi, ker bodo le tako bolj zadovoljne na svojem delovnem mestu in bodo izboljšale kakovost zdravstvene nege. Vendar je lahko velik problem v spreminjanju okolja v manjših in bolj konservativnih okoljih. Kajti pogosto ni problem v tem, da posameznica ne bi vedela, kaj bi morala narediti, ampak v institucionalnih ovirah, ki naredijo izvedbo pravega dejanja skoraj nemogočega (Andrews, 2004). Tudi Brent et al. (2005) ugotavljajo, da je zdravstvena nega na vseh področjih »okužena« z razkorakom med teorijo in prakso.

Etika je področje zdravstvene nege, na katerem naj bi imeli vodje v zdravstveni negi dobro znanje. To je namreč področje, ki postaja v kliničnem okolju čedalje pomembnejše, kljub temu pa večina medicinskih

sester meni, da na tem področju nima ustreznega znanja niti veččin, da bi se odločale pravilno. Zato potrebujejo nekoga, ki naj bi jih vodil tudi na tem področju. Zato morajo imeti vodje v zdravstveni negi poglobljeno razumevanje etičnih principov in možnosti njihove uporabe (Guido, 2007).

SKLEP

Raziskava je pokazala na velike (statistično značilne) razlike med ocenami ravni etičnih kompetenc vodilnih medicinskih sester po skupinah bolnišnic. Eden od namenov razvoja kompetenc in kompetenčnih modelov vodenja je tudi, da dobijo vodje povratno informacijo o doseganju ravni kompetenc. Na osnovi te informacije lahko spremenijo ravnanja na področjih, kjer so ocene slabše. Spreminjanje etičnih ravnanj je nedvomno dolgoročen proces, ki zahteva spreminjanje celotne organizacijske kulture posamezne organizacije, zato je slabša ocena pomembna informacija tudi najvišjim vodstvom posameznih bolnišnic, da spodbujajo etična ravnanja in postanejo s svojim vedenjem vzor vsem zaposlenim. Le tako se lahko dvigne raven etičnih obnašanj celotne organizacije.

LITERATURA

- American organization of nurse executives. The AONE Nurse Executive Competencies. Chicago: American organization of nurse executives, 2011.
- Andrews RD. Fostering ethical competency: an ongoing staff development process that encourages professional growth and staff satisfaction. *J Contin Educ Nurs*, 2004;35(1):27–33.
- Bent NK, Burke AJ, Eckman A. Being and creating caring change in a Healthcare System. *Int J Hum Caring*. 2005;9(3):21–28.
- Brejc M (2004). Ljudje in organizacija v javni upravi. 1. ponatis 2. dopolnjene izd. Ljubljana: Fakulteta za upravo.
- Chambers Clark C. Creative nursing leadership and management. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2009.
- Ciulla JB. Leadership and the ethics of care. *J Bus Ethics*. 2009; 88(1): 3–4.
- Gallager A, Tschudin V. Educating for ethical leadership. *Nurse Educ Today*. 2010; 30(3): 224–27.
- Grbec V. Prvi kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. V: Klemenc, Darinka, Kvas, Andreja, Pahor, Majda, Šmitek, Jana (ur.). *Zdravstvena nega v luči etike*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, 2003: 123–6.
- Guido WG. Legal and ethical issues. In: Yoder-Wise SP (ed). *Leading and managing in nursing*. St. Louis: Mosby – Elsevier, 2007: 59–90.
- International Council of Nurses. Code of ethics for nurses. Geneva: International Council of Nurses, 2012.
- Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 1994.
- Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Mednarodni kodeks etike za babice. 2. izd. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2006.
- Jelovac D. Postmoderna poslovna etika. Teorija in praksa. 1994; 31(1-2): 55–62.
- McCarthy G, Fitzpatrick JJ. Development of a competency framework for nurse managers in Ireland. *J Contin Educ Nurs*. 2009; 40(8): 346–50.
- Nelson S, Pukis ME. Mandatory reflection: the Canadian reconstitution of the competent nurse. *Nurs Inq*. 2004;11(4): 247–57.
- Österreichischer Gesundheits – und Krankenpflegeverband. Kompetenzmodell für Pflegeberufe in Österreich. Graz: Österreichischer Gesundheits – und Krankenpflegeverband, 2011.
- Pillay R. Towards a competency-based framework for nursing management education. *Int J Nurs Pract*. 2010; 16(6): 545–54.
- Roussel L. Ethical principles for the nurse administrator In: Roussel L (ed). *Management and leadership for nurse administrator*. Sudbury: Johns and Bartlett Publishers, 2006:45–54.



Sand-Jecklin KE, Schaffer AJ. Nursing students' perceptions of their chosen profession. *Nurs Educ Perspect*. 2006; 27(3): 130–35.

Sruk V. Leksikon morale in etike. Maribor: Ekonomska poslovna fakulteta, 1999.

Tschudin V. Strokovna, etična in pravna odgovornost: širša perspektiva. V: Klemenc, Darinka, Kvas, Andreja, Pahor, Majda, Šmitek, Jana (ur.). *Zdravstvena nega v luči etike*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, 2003a: 27–33.

Tschudin V. Kaj je skupno managerjem in etiki? *Zdravstvena nega v luči etike*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, 2003b: 93–101.

Tschudin V. Etika v zdravstveni negi: razmerja skrbi. Ljubljana: Educy, Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 2004: 146–52.

Twedell MD, Jackson Gray J. Role transition. In: Yoder-Wise SP (ed). *Leading and managing in nursing*. St. Louis: Mosby – Elsevier, 2007:515–29.

United nations competencies for the future. New York: United Nations, 2011.

Zakon o zdravstveni dejavnosti (uradno prečiščeno besedilo ZZDej – UPB2). Uradni list Republike Slovenije št.23/2005.

ETIČNI VIDIK ZDRAVSTVENE NEGE



112A

UMETNA PREKINITEV NOSEČNOSTI JE V DANAŠNJEM ČASU POGOSTA OBLIKA DOKONČANJA NEZAŽELJENE NOSEČNOSTI

ABORTION IS IN TODAY'S TIME A COMMON FORM OF ENDING AN UNWANTED PREGNANCY

Laura Krajnc, dipl. m. s.

Metka Damiš, dipl. m. s.

Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo,
Oddelek za splošno ginekologijo in ginekološko urologijo

krajnc.laura@gmail.com

Ključne besede: pacientka, nosečnost, umetna prekinitev nosečnosti, vzroki za umetno prekinitev nosečnosti

IZVLEČEK

Teoretična izhodišča: Umetna prekinitev nosečnosti je še vedno pogosta kljub veliki izbiri kontracepcije. Pacientke se odločajo za umetno prekinitev nosečnosti iz več razlogov. Problem je pomanjkanje znanja glede izbire kontracepcije. Zdravstveni delavci bi morali pacientki pomagati pri izbiri prave kontracepcije, saj bi s tem preprečili marsikatero umetno prekinitev nosečnosti.

Metoda: Namen raziskave je bil ugotoviti, zakaj pacientke opravljajo umetni prekinitev nosečnosti in kateri so tisti vzroki, zaradi katerih sprejmejo to odločitev. Uporabljena je bila kvantitativna metoda. Podatki so bili pridobljeni s pomočjo delno strukturiranega vprašalnika, katerega je izpolnilo 38 anketiranih pacientk. Podatki so bili obdelani s pomočjo programa SPSS 17.0 ter z Microsoft Office Excel 2007.

Rezultati: V raziskavi je sodelovalo 38 pacientk. Največ žensk, ki so prekinile nosečnost, je bilo starih med 31 in 35 let, večina od teh je zaposlenih (34 % zasebni sektor, 23 % javni sektor). Kot glavni razlog za prekinitev nosečnosti so navedle finančne razmere. Najpogostejša uporaba kontracepcije je kondom. Kontracepcijo v 76 % priporoča osebni ginekolog, vendar kljub kontracepciji 23 % žensk ponovno zanosi in se odloči za umetno prekinitev nosečnosti. priporočilom ginekologa se jih na ponovno prekinitev nosečnosti vrne 23%. Da ženske opustijo rabo kontracepcije, v 85 % vplivajo stranski učinki zaščite.

Razprava: Ženske imajo kljub veliki izbiri kontracepcije nezaščitene spolne odnose, predvsem zaradi stranskih učinkov kontracepcije. Kot najbolj pogost razlog odločitve za umetno prekinitev nosečnosti navajajo slabe finančne razmere. Pri tem bodo potrebne dodatne predstavitve, razlage in pojasnila ginekologa in medicinske sestre pri izbiri kontracepcije, ki bo pacientkam ustrezala.

Key words: patient, pregnancy, abortion, causes for abortion

ABSTRACT

Theoretical findings: Abortion is still the most used contraception despite of the many choices of contraception. Patients decide for abortion because of many reasons. The problem is the lack of knowledge

about the choice of contraception. Healthcare professionals should help the patient in choosing the right contraception, since this would prevent many abortions.

Method: The cause of the research was to find out why patients use abortion and why they accept the decision for abortion. A quantitative method was used. The data was obtained by using a partially structured questionnaire, completed 38 questioned patients. The data was processed using SPSS 17.0 and methods in the Microsoft Office Excel 2007.

Results: 38 patients participated in the research. From the research we can see, that the most women who aborted are in the age of 31-35 years old, most of them are employed (34 % private sector, 23 % public sector). As the main reason for abortion they state financial situation. The most common contraception used is a condom. In 76 % the contraceptive method is recommended by the gynecologist, against all recommendation from the gynecologist, 23 % of women use abortion again. In 85 % women abandon contraceptive because of the side effects.

Discussion: Despite of the many choice of contraception woman still have unprotected sexual intercourse, because of the side effect contraception causes. As the most common reason for abortion they state financial conditions. Woman will need additional presentations, explanations and interpretations by the gynecologist and nurses in choosing contraception that will suit the patients.

UVOD

Skozi stoletja se ženske in njihovi partnerji nenehno ubadajo z omejevanjem rojstev. Številne študije kažejo, da nezaželena nosečnost prizadene ženske vseh družbenih slojev, vendar so razlogi lahko različni. Razvitost družbe se kaže tudi z neenakim položajem žensk v družbi, njihovimi omejenimi možnostmi za sprejemanje odločitev, nezadostnim znanjem o spolnosti in reproduktivnem zdravju, kar je lahko odraz stopnje izobrazbe. Rezultat tega je, da se ženske pri reševanju neželene nosečnosti še vedno zatekajo k induciranim splavom, kljub bolečini in občutku krivde. Splav je uporabljen za omejevanje rojstev v vsaki družbi, ne glede na njihovo zakonsko ureditev (Ljubič et.al., 2012).

Umetna prekinitve nosečnosti (UPN) ali splav je medicinski postopek, pri katerem se odstrani oz. izloči zarodek iz maternice. Tveganje za pogostejše zaplete povečuje vsak dodaten teden, še posebej po 10. tednu nosečnosti. UPN se lahko opravi na tri načine: kirurško, medikamentozno in s kombinacijo obeh (Borko et.al., 2006). Pravna razrešitev pravice o UPN je pri nas razrešena, splav je legalen, vsaka ženska ima pravico do odločitve ali bo otroka obdržala ali ne. Odločitev za UPN je do 10. tedna prepuščena ženski, kasneje pa je potrebno mnenje zdravniške komisije 1. stopnje, ki ugotovi ali so razlogi za UPN tehtnejši od ohranitve nosečnosti. (Pretnar-Darovec, Drobnič, 2002). Urejena zakonodaja, ki dovoljuje umetno prekinitve nosečnosti iz osebnih razlogov, je temelj varne prekinitve nosečnosti. Zato je pomembno, da je legalna in varna prekinitve nosečnosti dostopna vsem ženskam. V nekaterih državah še vedno prevladuje odklonilen odnos do UPN (Pinter, 2004).

Kljub veliki izbiri kontracepcije je še vedno veliko UPN. Kateri vzroki pripeljejo pacientko do te odločitve? Razloge, zakaj se ženske zatekajo k splavu, lahko razdelimo na tri kategorije:

- ženska sama (nepripravljen čas, mladost, fizično in mentalno zdravje, ne želijo več otrok, pomanjkanje želje po otroku, strah pred hendikepiranim otrokom),
- ženska noče otrok zaradi drugih oseb (otrokovega očeta, drugega otroka),
- materialna problematika in stanovanjska stiska ter nepripravljenost ženske na materinstvo (Ljubič et. al, 2012).

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Splav ali abortus je po vsej verjetnosti najstarejša metoda reguliranja rodnosti. Kdaj in kje so ljudje prvič

uporabljali sredstva za odstranitev ploda, bo za zgodovinarje najbrž ostala neznanka, čeprav na podlagi etnomedicinskih študij domnevajo, da so le-to poznali že v »primitivnih« družbah. Dobi kirurške prekinitve nosečnosti se je pridružila medikamentozna prekinitve nosečnosti. Ženske se za medikamentozno prekinitve nosečnosti odločajo predvsem zato, ker se s tem izognejo anesteziji. Metodo opisujejo kot bolj varno, ne invazivno, ženske imajo več intimnosti in privatnosti. V desetletju od leta 1991 do 2001 je v svetu nezaželena nosečnost z abortivno tableto prekinilo več kot 3 milijone žensk. Angleški raziskovalci so v raziskavi ugotovili, da je kombinacija 200 mg mifepristona z vaginalno apliciranim 800 mg misoprostolom pri 2000-ih ženskah sprožila popoln spontani splav v več kot 95 %. V času hospitalizacije splavi 50-70 % žensk (Pretnar-Darovec, Drobnič, 2002).

Vendar umetna prekinitve nosečnosti z zdravili ne pride v poštev pri vseh ženskah. Pri nekaterih se odsvetuje. To so pacientke, ki dojijo, so slabokrvne, imajo bolezni jeter, kronične bolezni, prenizek ali previsok krvni tlak, pacientke, ki so imele kakršne koli operacije materničnega vratu, ženske, ki pokadijo več kot 10 cigaret dnevno ali če sodijo v rizično skupino za povečano nevarnost razvoja žilnih bolezni, pacientke, ki so zanosile z materničnim vložkom, ter pacientke, ki so preobčutljive na miferpriston ali misoprostol (Pretnar-Darovec, Drobnič, 2002).

Pri medikamentozni prekinitvi nosečnosti v primerjavi s kirurško prekinitvijo je podaljšan tudi čas krvavitve po postopku, ki v povprečju znaša 13 dni. Vsi stranski učinki so še izrazitejši, kadar prekinjamo nosečnost višje gestacije. Kljub stranskim učinkom pa je v študiji Svetovne zdravstvene organizacije 84 % vseh žensk izjavilo, da bi, če bi bilo to potrebno, za UPN ponovno izbrale medikamentozno metodo (Drobnič, 2004).

V Sloveniji se soočamo z zgodnejšo spolno dejavnostjo mladostnikov, vendar se hkrati povečuje delež mladih, ki uporabljajo zanesljivo kontracepcijo (kontracepcijske tablete in/ali kondom). Zgodnja spolna dejavnost je del širšega spektra tveganega vedenja (zloraba drog, alkohola, kajenja...) mladih v družbi. Hkrati se je z višanjem deleža uporabe zanesljive kontracepcije med mladostniki znižala rodnost in dovoljena splavnost mladostnic v Sloveniji (Pinter, Grebenc, 2010). Rodnost mladostnic v Sloveniji v zadnjih dveh desetletjih upada. Leta 1981 je bila rodnost 37,2/1000 žensk, starih 15-19 let. Do leta 2008 se je znižala na 5,1/1000 žensk starih 15-19 let. Glede na nedavne trende upadanja rodnosti v Sloveniji pa je potrebno poudariti, da se rodnost vseh žensk v rodni dobi ob upadanju rodnosti mladostnic v zadnjih dveh letih zvišuje, leta 2008 je znašala že 44,6/1000 žensk starih 15-49 let. Na ravni Evrope podatki EUROPERISTAT kažejo, da je bil delež mladostniških porodnic med porodnicami vseh starosti v letu 2004 med 1,3 % (Danska) in 9,3 % (Latvija). Slovenija se je z 1,9 % uvrstila med prve štiri države z nižjim deležem mladostniških porodnic med vsemi porodnicami. Mednarodne primerjave potrjujejo, da je Slovenija postala ena najuspešnejših evropskih in svetovnih držav pri preprečevanju mladostniške nosečnosti. Glede na podatke o rodnosti in dovoljeni splavnosti med mladostnicami v Sloveniji kaže, da je v zadnjih dveh desetletjih prišlo do izrazitega napredka pri preprečevanju nosečnosti. Uspeh je posledica učinkovitega širjenja znanja med zdravniki o rabi kontracepcije in načinu preprečevanja nezaželene nosečnosti. Problem pa postaja vse bolj zgodnja spolna dejavnost, ki lahko vodi v zvišanje deleža nezaželenih nosečnosti. Zato bi bilo za ohranjanje sedanje nizke nosečnosti nujno potrebno vzpostaviti sistemsko varovanje reproduktivnega zdravja mladostnikov in začeti z vzpostavitvijo nacionalne strategije varovanja reproduktivnega zdravja v Sloveniji (Pinter, Grebenc, 2010).

METODE

Namen

Namen raziskave je bil ugotoviti, zakaj je pogosta uporaba UPN kljub veliki izbiri kontracepcije? Zanima nas, kakšni so vzroki, zaradi katerih sprejmejo odločitev za prekinitve nosečnosti.

Raziskovalna vprašanja

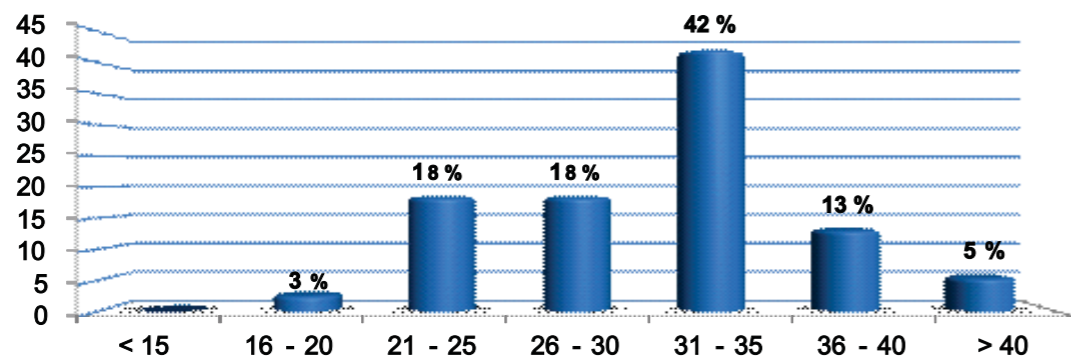
- Zakaj je kljub veliki izbiri kontracepcije pogosta UPN?
- Ali so ekonomske in socialne razmere velik problem nosečnosti in je zato izhod v sili UPN?

Metodologija

Pri raziskovalnem delu prispevka smo uporabili deskriptivno metodo dela. Za raziskavo smo pridobili dovoljenje etične komisije UKC Maribor ter Službe zdravstvene nege. Vprašalnik smo razdelili 38 pacientkam, ki so opravljale UPN na Oddelku za splošno ginekologijo in ginekološko urologijo v UKC Maribor v obdobju od 14. 1. do 1. 2. 2013 in so k raziskavi pristopile prostovoljno. Vprašalnike so oddale v posebno skrinjico. Zagotovljena je bila anonimnost podatkov. Informacije o pacientkah smo pridobili tudi z opazovanjem in ocenjevanjem pacientkinega zdravstvenega stanja, iz medicinske in negovalne dokumentacije in pogovora z zdravstvenim timom.

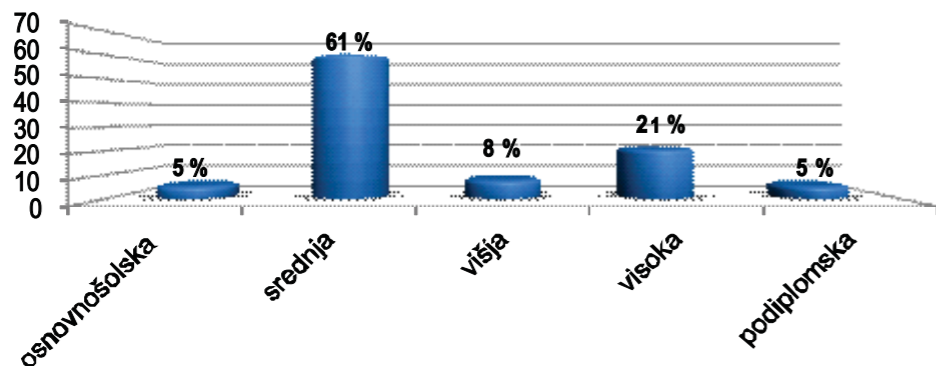
Vprašalnik je bil sestavljen iz 16 vprašanj, od tega je bilo 13 vprašanj zaprtega tipa in 3 vprašanja odprtega tipa. Podatke smo obdelali s programoma SPSS 17.0 in Microsoft Office Excel 2007.

REZULTATI IN PREGLED UGOTOVITEV



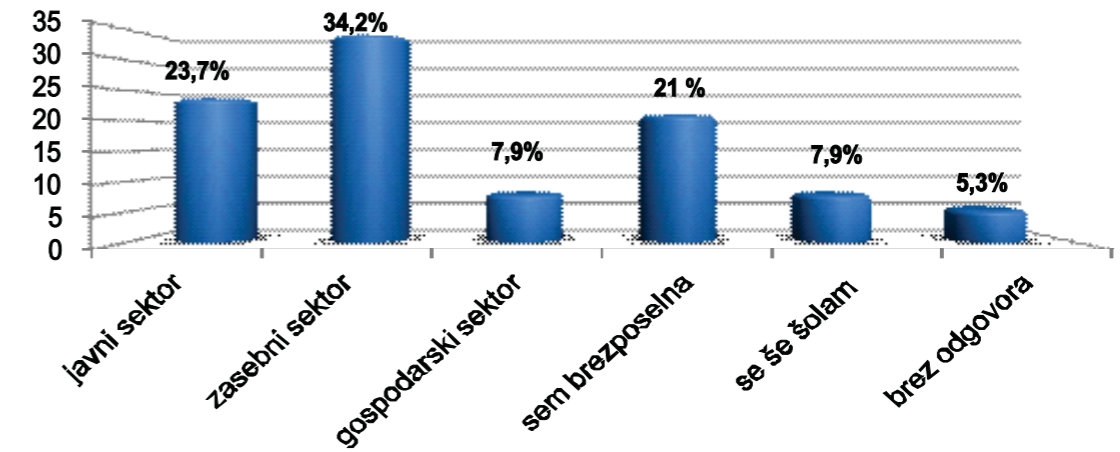
Slika 1: Starost anketiranih pacientk

Na sliki 1 je prikazana starost anketiranih pacientk. Največ jih je bilo starih od 31-35 let, najmanj pa od 16-20 let.



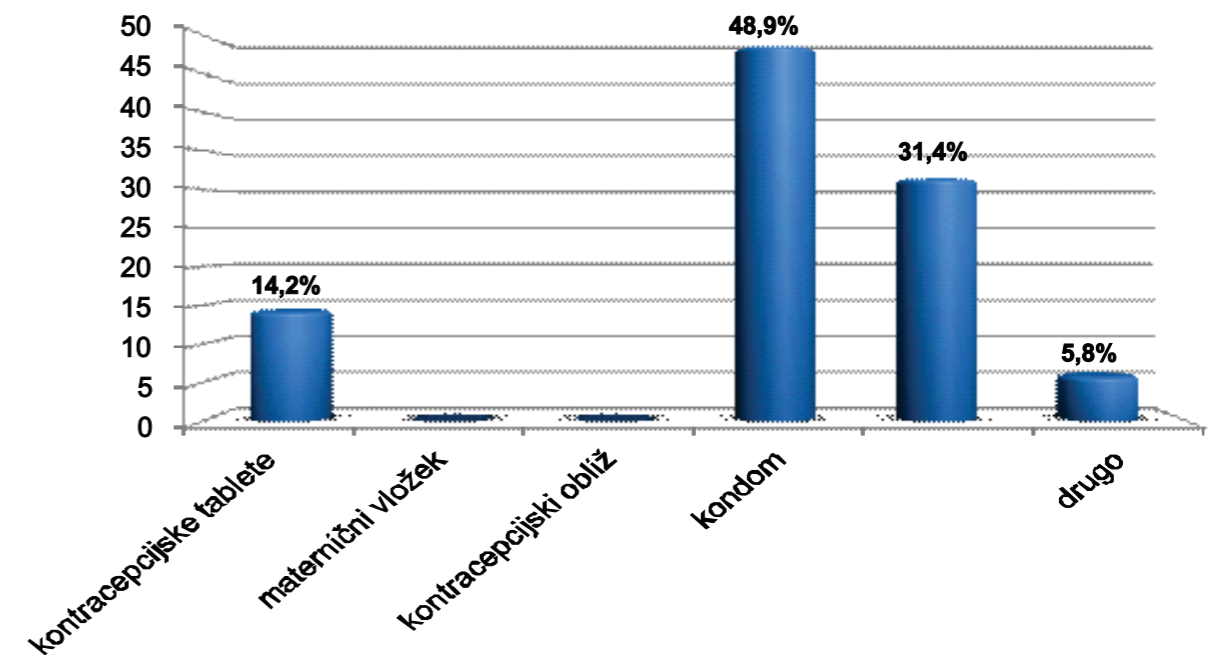
Slika 2: Izobrazba anketiranih pacientk

Na sliki 2 je prikazana izobrazba anketiranih pacientk. Največ jih je imelo srednje šolsko izobrazbo, najmanj pa višje šolsko izobrazbo.



Slika 3: Zaposlenost anketiranih pacientk

Slika 3 prikazuje zaposlenost anketiranih pacientk. Največ jih je bilo zaposlenih v zasebnem sektorju, najmanj pa se še jih je šolalo.

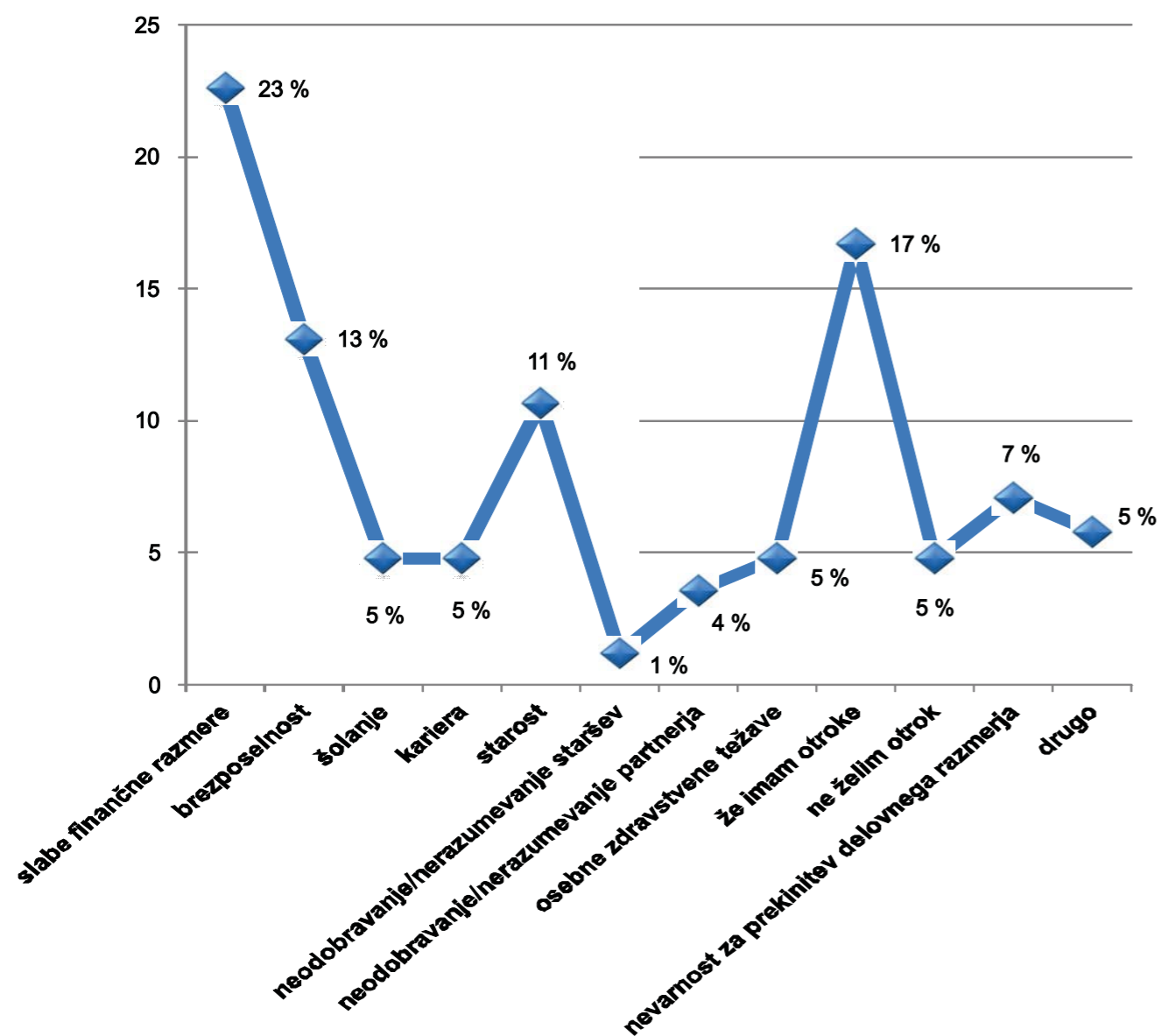


Slika 4: Vrsta zaščite pri spolnih odnosih

Slika 4 prikazuje vrsto zaščite pri spolnih odnosih. Največ, skoraj polovica anketiranih pacientk, je uporabljala kondom, najmanj pa kontracepcijske tablete.

36 anketirank (68 %) ima otroke. Povprečno ima vsaka anketiranka enega otroka. Anketiranke smo vprašali po vrsti kontracepcije v preteklosti in kdo jo je svetoval. Ugotovili smo, da je v preteklosti uporabljala kontracepcijo 33 anketirank (86 %), največ jih je uporabljalo kontracepcijske tablete. Opustile so jo predvsem zaradi stranskih učinkov, kot so slabost, vrtoglavice, zvišan/znižan krvni tlak, neradne krvavitve. 5 anketiranih (14 %) pa ni nikoli uporabljalo kontracepcije. Pri 29 anketiranih (76 %) je kontracepcijo svetoval ginekolog, pri 6 anketirankah (16 %) medicinska sestra, 3 anketiranke (8 %) pa niso odgovorile. Pri izbiri kontracepcije ni nobeni anketiranki pomagala prijateljica ali kdo drug. Na vprašanje, ali so že kdaj prej prekinile nosečnost, je 9 anketirank (24 %) potrdilo odgovor. Od tega je 8 anketirank (21 %) prekinilo 1-krat, 3 anketiranke (8 %) pa 2-3-krat. V času raziskave je 33 anketirank (88 %) prekinilo nezaželeno

nosečnost medikamentozno (z zdravili), 5 anketirank (12 %) pa je izbralo kirurško metodo prekinitve nosečnosti.



Slika 5: Dejavniki odločitve za UPN

Slika 5 prikazuje dejavnike odločitve, ki so vplivali na UPN. Največ anketiranih pacientk se je odločilo za UPN zaradi slabih finančnih razmer, najmanj pa je bilo več podanih odgovorov in sicer zaradi šolanja, kariere, ne želim otrok, neodobranje/nerazumevanja staršev in osebnih zdravstvenih težav.

Anketiranke smo na koncu vprašali o kontracepciji v prihodnosti. Z ginekologiji se je 23 anketirank (61%) pogovorilo glede nadaljnje kontracepcije, 15 anketirank (39 %) pa se ni.

Ženske imajo pred uporabo kontracepcije še vedno strah. Strah jih je pred stranskimi učinki, še vedno jih dosti meni, da ne morejo zanositi glede na starost, neredne spolne odnose, v veliko primerih pa se z uporabo kontracepcije ne strinja partner.

DISKUSIJA IN ZAKLJUČEK

Trendi današnjega časa se usmerjajo k družinam z manj otroki. Med 20. in 44. letom je spolno aktivna ženska sposobna roditi kar 12-krat. Zato si tako ženske kot moški prizadevajo regulirati svojo rodnot. Pari se tako soočajo z konfliktnim ciljem doseganja zadovoljnega spolnega življenja in ohranjanja majhne družine. Približno 123 milijonov parov ne uporablja kontracepcije, kljub temu, da ne želijo otrok oz. hočejo omejiti svojo rodnot. Neuspeh le tega predstavljajo neželena nosečnost in splav (Rakhi, Sumathi, 2011).

Zakaj je kontracepcija tako pomembna? Z uporabo kontracepcije želimo zmanjšati neželene nosečnosti, ponavljajoče prekinitve nosečnosti, izboljšati zdravje naslednjega otroka in s tem izboljšati zdravje celotne družine. Učinkovito kontracepcijsko sredstvo pri ženskah ne sme vzbujati strahu, da bi do neželene nosečnosti lahko prišlo. V prihodnosti želimo doseči, da se bo z uporabo kontracepcije zmanjšalo število neželenih prekinitvev nosečnosti (Rakhi, Sumathi, 2011).

Glede na veliko možnosti kontracepcije, ki je trenutno na razpolago, v UKC Maribor še vedno ugotavljamo visoko število UPN. V letu 2010 je bilo 336 UPN, leta 2011 117 UPN in v letu 2012 435 UPN. Kot razlog za UPN je iz raziskave razvidno, da je kriva nepravilna uporaba kontracepcije, finančne razmere, brezposelnost in je zaradi ekonomskih ter socialnih razmer, ki je velik problem nosečnosti, izhod v sili UPN. Večina nosečnosti se prekine medikamentozno. Je ta »nova« metoda zmanjšala strah žensk pred prekinitvijo nosečnosti?

Dejstvo je, da se ženske za prekinitve odločijo zaradi finančnih razmer in menijo, da imajo dovolj otrok. Menimo, da je potrebno redno izobraževanje žensk o pomembnosti uporabe kontracepcije, da bi s tem zmanjšali število neželenih nosečnosti in prekinitvev nosečnosti, ki lahko vpliva na reproduktivno zdravje žensk. Pri tem imajo pomembno vlogo zdravstveni delavci v ginekoloških dispanzerjih, ki ženskam svetujejo kontracepcijo tudi po prekinitvi nosečnosti. V prihodnje si želimo, da bi se število prekinitvev nosečnosti zmanjšalo, hkrati pa želimo, da bi se število uporabnic kontracepcije povečalo.

LITERATURA

Borko E, Takač I, But I, Gorišek B, Kralj B, eds. Ginekologija, 2. dopolnjena izd. Maribor: Visoka zdravstvena šola; 2006: 269 – 76.

Drobnič S. Naše izkušnje z abortivno tableto (RU 486) – medikamentna umetna prekinitvev nosečnosti v I. trimesečju nosečnosti. In: Pinter B, Pretnar-Darovec A. Zbornik/I. spominski sestanek prof. dr. Lidije Andolšek-Jeras, Ljubljana, 19. november 2004. Ljubljana: Ginekološka klinika, Klinični center; 2004: 47-50.

Ljubič A, Pavič K, Pavlovič A, Fleišman S, Plazar N. Raziskava o povezavi med splavom in bruto nacionalnim dohodkom v Sloveniji. Obzor Zdr N. 2012;46(4):276-280.

Pinter B, Grebenc M. Rodnot in dovoljena splavnost mladostnic v Sloveniji. Zdrav Vestn. 2010;79(9):609-617.

Dostopno na: http://szd.si/user_files/vsebina/Zdravniski_Vestnik/2010/september/609-17.pdf

(25.01.2013).

Pinter B. Umetna prekinitvev nosečnosti v Sloveniji in Evropi. In: Pinter B, Pretnar-Darovec A. Zbornik/I. spominski sestanek prof. dr. Lidije Andolšek-Jeras, Ljubljana, 19. november 2004. Ljubljana: Ginekološka klinika, Klinični center; 2004: 15-20.

Pretnar-Darovec A, Drobnič S. Abortivna tableta. Zdrav Vestn. 2002;71(5):307-9.

Rakhi J, Sumathi M. Contraceptive methods: need, options and utilization. J obstet gynaecol India. 2011;61(6): 626-634.

TEORETIČNO IN KRITIČNO RAZMIŠLJANJE V ZDRAVSTVENI NEGI

THEORETICAL AND CRITICAL THINKING IN NURSING

predav. Barbara Donik

viš. predav. mag. Mateja Lorber

Ksenija Pirš, dipl. m. s.

doc. dr. Majda Pajnkihar

Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Mariboru

Univerzitetni klinični center Maribor, Služba zdravstvene nege

Ključne besede: zdravstvena nega, refleksija, kakovost

IZVLEČEK

Izhodišča: Teoretično in kritično razmišljanje je pomemben element zagotavljanja kakovostne zdravstvene nege, zato se morajo izvajalci zdravstvene nege dejavno angažirati v procesu zbiranja, interpretiranja, analiziranja in evalviranja podatkov o pacientu, le-to pa terja vrsto miselnih veščin. Namen raziskave je bil ugotoviti samooceno teoretičnega in kritičnega razmišljanja med izvajalci zdravstvene nege.

Metode: Izvedli smo kvantitativno študijo. V raziskavi je sodelovalo 144 izvajalcev zdravstvene nege, ki so zaposleni v različnih zdravstvenih ustanovah v Mariboru in okolici. Kot raziskovalni instrument smo uporabili strukturirani anketni vprašalnik. Podatke smo statistično obdelali z računalniškim programom SPSS 20.0, kjer smo uporabili opisno statistiko in s Pearsonovim korelacijskim koeficientom ugotavljali povezave med posameznimi proučevanimi spremenljivkami.

Rezultati: Ugotovili smo, da je samoocena teoretičnega in kritičnega razmišljanja relativno visoka ($3,84 \pm 0,67$ - $4,59 \pm 0,58$). Izvajalci zdravstvene nege so najvišje ocenili lastnosti kot sta iskrenost ($4,79 \pm 0,41$) in zanesljivost ($4,77 \pm 0,44$). Prav tako smo s korelacijsko analizo ugotovili, da se teoretično in kritično razmišljanje statistično pomembno pozitivno povezuje z osebnostnimi lastnostmi ($r=0,781$; $p<0,001$), čustveno inteligenco ($r=0,601$; $p<0,001$), reševanjem problemov ($r=0,565$; $p<0,001$) in kakovostjo ($r=0,476$; $p<0,001$).

Diskusija in zaključki: Ob spodbujanju in učenju veščin teoretičnega in kritičnega razmišljanja se v zdravstveni negi poveča tudi interes za izobraževanje in vseživljenjsko učenje medicinskih sester, kar posledično vpliva na sistematičen razvoj znanja in raziskovanja v stroki zdravstvene nege ter nato tudi na zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege.

Key words: nursing, reflection, quality

ABSTRACT

Introduction: Critical thinking is an important element of ensuring quality nursing care. That is why nurses must actively participate in the process of gathering, interpreting, analyzing and evaluating the data

of a patient, which demands various mental skills from them. The purpose of this study was to determine the self-assessment of theoretical and critical thinking among nurses.

Methods: We carried out a quantitative study. The sample included 144 nurses from different health institutions in and around Maribor. We used structured questionnaire. We analyzed the data with the help of the SPSS 20.0 computer program, calculating the descriptive statistics and with the Pearson correlation coefficient we assessed connections between the variables.

Results: We found that the self-assessment of theoretical and critical thinking is relatively high (3.84 ± 0.67 to 4.59 ± 0.58). Nurses assessed with the highest grade: honesty (4.79 ± 0.41) and reliability (4.77 ± 0.44). Correlation analysis has shown that the theoretical and critical thinking are statistically significantly positively related to personal characteristics ($r = 0.781$, $p < 0.001$), emotional intelligence ($r = 0.601$, $p < 0.001$), problem solving ($r = 0.565$, $p < 0.001$) and quality ($r = 0.476$, $p < 0.001$).

Discussion and conclusion: Through encouraging and teaching critical and theoretical thinking skills, in nursing we can increase the interest for education and lifelong learning of nurses, which have consequently impact on the systematic development of knowledge and research, as well as to ensure quality nursing care.

UVOD

Kompleksnost sodobnega družbenega in profesionalnega življenja zahteva od izvajalcev zdravstvene nege, da znajo analizirati, sintetizirati in aplicirati različne oblike znanja v stroko zdravstvene nege. Teoretično in kritično razmišljanje je tesno povezano z razvojem zdravstvene nege in v zadnjem času pridobiva na veljavi.

Izvajalci zdravstvene nege kot profesionalci in zagovorniki pacientovih interesov morajo biti razmišljujoči praktiki, ki lahko sledijo aktualnim dogajanjem v stroki in ne le izvajalci, ki opravljajo delo po naročilu drugih. Teoretično in kritično razmišljanje je absolutno nujno, da se izkoristi možnosti za izobraževanje in raziskovanje v zdravstveni negi v prihodnosti (Pajnkihar, 2002).

Izvajalci zdravstvene nege se morajo aktivno angažirati v procesu zbiranja, interpretiranja, analiziranja in evalviranja pacientovih podatkov, kar pa seveda zahteva vrsto miselnih veščin. Načinov, kako kritično in teoretično razmišljanje uporabljati v vsakdanjem življenju, je neskončno. Ker učenje veščin kritičnega razmišljanja traja kar nekaj časa, ni nikoli prepozno, da začnemo proces vseživljenjskega popotovanja. Colucciello (1997) navaja, da je konceptualizacija kritičnega razmišljanja sestavljena iz dveh dimenzij: kognitivnih sposobnosti in afektivne dispozicije.

Namen raziskave je bil ugotoviti samooceno teoretičnega in kritičnega razmišljanja pri izvajalcih zdravstvene nege. V ta namen smo si zastavili 2 hipotezi.

Hipoteza 1: Teoretično in kritično razmišljanje se statistično pomembno povezuje s kakovostjo in reševanjem problemov.

Hipoteza 2: Osebnostne lastnosti se statistično pomembno povezujejo z teoretičnim in kritičnim razmišljanjem.

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Pajnkihar (2002) definira kritično in teoretično razmišljanje kot odločno in samostojno presojanje, ki se odraža v: interpretaciji, analizi, evalvaciji, sklepu in razumljivi razlagi konceptualnih, metodoloških in vsebinskih razmišljanj, na katerih bazira presojanje. Teoretično in kritično razmišljanje je osnova za vodenje in sodelovanje v raziskovalnih procesih, ki so nujni za združevanje teorije in prakse ter raziskovanja in prakse. Praksa tako temelji na osnovah znanosti in sodobnega znanja.

Chang s sodelavci (2011) pravi, da je sposobnost kritičnega razmišljanja mogoče razvrstiti v pet različnih nivojev (osnovno pojasnilo, osnovna podpora, sklepanje, napredna pojasnila, strategija in taktika). Kritično

razmišljanje je neke vrste razmišljujoč proces, ki se uporablja pri reševanju problemov. Vendar imajo kritično razmišljanje, reševanje problemov in odločanje nekoliko drugačen pomen. Yildirim, Özkahraman, Ersoy (2012) razlagajo, da je kritično razmišljanje proces iskanja, pridobivanja, vrednotenja, analiziranja, sintetiziranja in konceptualizacije informacij kot vodilo za razvijanje posameznikovega razmišljanja z lastnim samozavedanjem ter sposobnostjo uporabe teh informacij z dodajanjem ustvarjalnosti in prevzemanjem tveganj.

Sposobnost kritičnega razmišljanja je najbolj zaželena sposobnost izvajalcev zdravstvene nege v kliničnih okoljih, ki jo potrebujejo za učinkovito reševanje problemov in iskanje najboljših rešitev (Huber, 2006; Billings, Halstead, 2009). Kritično razmišljanje in reflektivno reševanje problemov sta dva najpogostejša izraza za kognitivne procese, katere uporabljamo pri kliničnem presojanju. Odličnost v strokovni presoji je posledica dobre uporabe kritičnega razmišljanja (Facione, Facione, 2008).

Obstaja mnogo razlogov, zakaj morajo biti medicinske sestre sposobne kritično razmišljati, le-ti vključujejo tudi dramatične spremembe v zdravstvu, ki se nanašajo na informacijsko tehnologijo, davčni proračun, omejitve človeških virov ter spremembe v številnih situacijah mnogih pacientov (Carter, Rukholm, 2008). Zdravstveni sistem postaja vse bolj kompleksen, kar prav tako od medicinskih sester zahteva vse večji obseg znanja in spretnosti (Rogal, Young, 2008). Za medicinske sestre je pomembno, da razvijejo kritično razmišljanje, tehnike reševanja problemov in tehnike reflektivnega (razmišljujočega) izvajanja intervencij za razširitev svojih kliničnih odločitev pri izvajanju zdravstvene nege ter pridobivanju spretnosti v okviru zdravstvene nege (Carter, Rukholm, 2008).

Lorber in Donik (2008) pravita, da mora kritični mislec v zdravstveni negi znati:

- postavljati vprašanja (zbiranje podatkov / negovalna anamneza);
- jasno komunicirati in obvladati komunikacijske spretnosti;
- razumeti nujnost in prednost posameznih intervencij in ukrepov;
- opredeliti pojme in probleme glede na teoretična in praktična izhodišča v zdravstveni negi;
- sistematično uporabiti načrt in upoštevati racionalnost;
- skrbeti za natančnost;
- raziskovati dokazna gradiva za razlage;
- analizirati predpostavke in naravnosti v posameznih sklepanjih glede na zbrane podatke o pacientu;
- izogibati se emocionalnemu zaključevanju;
- izogibati se pretiranemu poenostavljanju ali zapletanju;
- dopuščati in upoštevati različne interpretacije dogodkov in pojavov;
- prepoznati domneve,
- poiskati in predstaviti posamezne alternative rešitve,
- razumeti bistvo vsebine ter
- uporabljati reflektivni skepticizem.

Na razvoj posameznikovega navdušenja nad delom lahko vplivajo dejavniki, kot je npr. kritično razmišljanje. Urejenost in razporeditev ter lastna učinkovitost so v literaturi določeni kot pomembni dejavniki za posameznikov strokovni razvoj (Simms et al., 1990; Bandura, 1993; Facione, Facione, Sanchez, 1994). Facione, Facione, Sanchez (1994) ugotavljajo, da tudi izkušene medicinske sestre lahko potrebujejo spodbudo pri razvoju kritičnega razmišljanja. Delovno mesto, ki podpira in spodbuja prevzemanje tveganja in sprejemanje odločitev, spodbuja posameznike, da kritično razmišljajo. Pajnkihar (2002) navaja, da je teoretično in kritično razmišljanje v zdravstveni negi nujno potrebno. Izvajalci zdravstvene nege pa morajo izkoristiti možnosti za izobraževanje in raziskovanje v zdravstveni negi za boljšo prihodnost.

METODE

V okviru raziskovalnega procesa smo uporabili kvantitativni pristop raziskovanja, za metodo zbiranja podatkov smo uporabili strukturiran anketni vprašalnik, ki je vseboval 92 trditev. Vprašalnik smo oblikovali sami na osnovi teoretičnih izhodišč (Richard, Binker, Weil, 1995; Clark, Holt, 2000; Lorber, 2010), prvi sklop se je nanašal na demografske podatke, drugi sklop se je nanašal na teoretično in kritično razmišljanje, tretji sklop se je nanašal na reševanje problemov, četrti sklop se je nanašal na čustveno ineteligenco in peti sklop se je nanašal na kakovost. Medicinske sestre so se do posameznih trditev opredeljevale s pomočjo 5-stopenjske Likertove lestvice. Raziskavo smo izvedli v okviru regijskega društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor. Anketnih vprašalnik smo posredovali 500 izvajalcem zdravstvene nege, ki so se v zadnjih dveh letih udeležili izobraževanj v organizaciji Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Maribor in so ob prijavi navedli kontaktne podatke. Vrnjenih in popolno izpolnjenih smo dobili 144, kar je predstavljalo 28,8 % odziv. Podatke smo statistično obdelali z računalniškim programom SPSS 20.0. Uporabili smo opisno statistiko, s katero smo ugotavljali samooceno (povprečne vrednosti in standardni odklon) izvajalcev zdravstvene nege glede teoretičnega in kritičnega razmišljanja, ter s Pearsonovim korelacijskim koeficientom ugotavljali statistično pomembne povezave med proučevanimi spremenljivkami.

REZULTATI

V raziskavi je sodelovalo 144 izvajalcev zdravstvene nege, od tega jih je bilo 135 (93,7 %) ženskega spola in 9 (6,3 %) moškega spola. Glede na starost je sodelovalo 10 (6,9 %) starih med 18 in 25 let, 8 (5,6 %) starih med 26 in 30 let, 32 (22,2 %) starih med 31 in 35 let, 23 (16 %) starih med 36 in 40 let, 51 (35,4 %) starih med 41 in 50 let, 12 (8,3 %) starih med 51 in 55 let ter 8 (5,6 %) starih nad 56 let. Glede na doseženo izobrazbo je v raziskavi sodelovalo 32 (22,2 %) izvajalcev zdravstvene nege s srednješolsko izobrazbo, 81 (56,3 %) z višjo/visokošolsko izobrazbo, 17 (11,8 %) z univerzitetno izobrazbo in 14 (9,7 %) z magisterijem. 11 (7,6 %) anketiranih izvajalcev zdravstvene nege ima do 5 let delovne dobe, 18 (12,5 %) jih ima od 6 do 10 let delovne dobe, 25 (17,4 %) jih ima od 11 do 15 let delovne dobe, 21 (14,6 %) jih ima od 16 do 20 let delovne dobe, 29 (20,1 %) jih ima od 21 do 25 let delovne dobe, 17 (11,8 %) jih ima od 26 do 30 let delovne dobe in 23 (16 %) jih ima več kot 30 let delovne dobe. Glede na področje zaposlitve je v raziskavi sodelovalo 69 (47,9 %) zaposlenih v bolnišnici, 33 (22,9 %) zaposlenih v zdravstvenem domu, 12 (8,3 %) zaposlenih v socialno varstvenem zavodu, 10 (6,9 %) zaposlenih v izobraževalni instituciji, 9 (6,3 %) zaposlenih v privatnem sektorju in 11 (7,6 %) zaposlenih v drugih ustanovah.

Razpredelnica 1: Pet najvišje in najnižje ocenjenih trditev teoretičnega in kritičnega razmišljanja

Trditve	Mean	Standardni odklon
V razmišljanje vključujem prejšnje izkušnje.(+)	4,59	0,584
Kritično razmišljanje je pomembno v zdravstveni negi.(+)	4,58	0,633
Prizadevam si, da se jasno in natančno izražam.(+)	4,52	0,583
Navadno preverjam natančnost lastnega dela in razumevanja.(+)	4,42	0,576
Razmišljam besedno in nebesedno.(+)	4,39	0,668
Uporabljam sistematično strategijo pri reševanju problemov.(-)	3,84	0,667
Ob razmišljanju prihajam do globokih in logičnih zaključkov.(-)	3,84	0,738
Uživam v razpravi o prednostih posamezne teorije s sodelavci.(-)	3,93	0,864
Znam natančno opredeliti ključna vprašanja.(-)	3,94	0,632
V raznovrstnem gradivu prepoznam propagandne tehnike.(-) in njihov vpliv na moja čustva.	3,97	0,736

Ugotovili smo, da so anketirani izvajalci zdravstvene nege relativno visoko ocenili svoje sposobnosti teoretičnega in kritičnega razmišljanja. Povprečne vrednosti so se gibale od 3,84 do 4,59. V Razpredelnici 1 je prikazanih pet najvišje in pet najnižje ocenjenih trditve teoretičnega in kritičnega razmišljanja.

Ugotovimo lahko, da sta najvišje ocenjeni trditvi »V razmišljanje vključujem prejšnje izkušnje« (4,59±0,58) in »Kritično razmišljanje je pomembno v zdravstveni negi« (4,58±0,63). Medtem ko sta najnižje ocenjeni trditvi »Uporabljam sistematično strategijo pri reševanju problemov« (3,84±0,67) in »Ob razmišljanju prihajam do globokih in logičnih zaključkov« (3,84±0,74). Z ANOVO smo ugotavljali statistično pomembne razlike v oceni teoretičnega in kritičnega razmišljanja glede na stopnjo izobrazbe in leta delovne dobe, vendar nismo zaznali statistično pomembnih razlik v samooceni izvajalcev zdravstvene nege glede na stopnjo izobrazbe in leta delovne dobe.

V nadaljevanju so anketirani izvajalci zdravstvene nege ocenjevali tudi 25 osebnostnih lastnosti. Tudi tukaj je bilo ugotoviti, da so bile vse osebnostne lastnosti relativno visoko ocenjene s strani anketiranih. V Razpredelnici 2 je predstavljenih pet osebnostnih lastnosti, ki so bile najvišje ocenjene in pet osebnostnih lastnosti, ki so bile najnižje ocenjene.

Razpredelnica 2: Nekaterne ocene osebnostnih lastnosti zaposlenih v zdravstveni negi

Sem oseba, ki...	Mean	Standardni odklon
... je iskrena. (+)	4,79	0,409
... je zanesljiva. (+)	4,77	0,438
... je pripravljena ponovno premisliti. (+)	4,73	0,533
... razmišlja praktično. (+)	4,72	0,480
... je razmišljujoča. (+)	4,66	0,544
... je dobro informirana. (-)	3,99	0,614
... je usmerjena k raziskovanju. (-)	4,09	0,887
... je vztrajna pri iskanju rezultatov. (-)	4,20	0,853
... je predvidljiva. (-)	4,21	0,777
... je samozavestna. (-)	4,24	0,805

Ugotovili smo, da je sta najvišje ocenjeni lastnosti iskrenost (4,79±0,41) in zanesljivost (4,77±0,44), ter najnižje ocenjeni lastnosti sta informiranost (3,99±0,61) ter usmerjenost k raziskovanju (4,09±0,89).

V Razpredelnici 3 so predstavljene povprečne vrednosti in standardni odklon proučevanih spremenljivk: teoretično in kritično razmišljanje, reševanje problemov, osebnostne lastnosti, čustvena inteligenca in kakovost.

Razpredelnica 3. Rezultati proučevanih spremenljivk

Spremenljivke	Mean	Standardni odklon
Teoretično in kritično razmišljanje	4,16	0,379
Reševanje problemov	4,30	0,474
Osebnostne lastnosti	4,45	0,399
Čustvena inteligenca	4,35	0,415
Kakovost	4,41	0,517

Ugotovimo lahko, da so tudi posamezne proučevane spremenljivke ocenjene z relativno visoko oceno. Najvišje so glede na samooceno izvajalcev zdravstvene nege ocenjene osebnostne lastnosti (4,45±0,42) in najnižje je ocenjena spremenljivka teoretično in kritično razmišljanje (4,16±0,38).

V nadaljevanju smo s pomočjo Pearsonovega korelacijskega koeficienta ugotavljali še statistično pomembne povezave med proučevanimi spremenljivkami. V Razpredelnici 4 so predstavljeni rezultati korelacijske analize.

Razpredelnica 4: Rezultati korelacijske analize s teoretičnim in kritičnim razmišljanjem

	Reševanje problemov	Osebnostne lastnosti	Čustvena inteligenca	Kakovost
Pearsonov korelacijski koeficient	0,565**	0,781**	0,601**	0,476**
p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Ugotovili smo, da se vse proučevane spremenljivke statistično pomembno pozitivno povezujejo s teoretičnim in kritičnim razmišljanjem. Najmočneje se s teoretičnim in kritičnim razmišljanjem povezujejo osebnostne lastnosti ($r=0,781$; $p<0,001$), sledi čustvena inteligenca ($r=0,601$; $p<0,001$), reševanje problemov ($r=0,565$; $p<0,001$) in kakovost ($r=0,476$; $p<0,001$).

RAZPRAVA

Ugotovili smo, da so izvajalci zdravstvene nege teoretično in kritično razmišljanje ocenili z relativno visokimi ocenami (med 3,84±0,67 in 4,59±0,58). Medtem ko so Yildirim, Zkahrman, Ersoy (2012) ugotovili nizko stopnjo kritičnega razmišljanja pri medicinskih sestrah, še posebej pri dimenzijah iskanja resnice, sistematičnost, radovednost in samozavestnost. V raziskavi nismo zaznali statistično pomembnih razlik v oceni teoretičnega in kritičnega razmišljanja glede na stopnjo izobrazbe in leta delovne dobe. Tako kot mi so tudi nekateri drugi avtorji (Adams, 1999; Hicks, 2001; Hicks, Merritt, Elstein, 2003) ugotovili, da leta delovne dobe in izkušnje nimajo nobenega vpliva na raven kritičnega razmišljanja medicinskih sester. Medtem ko so nekateri (Chang et al., 2011; Yildirim, Zkahrman, Ersoy, 2012) ugotovili, da medicinske sestre z višjo stopnjo izobrazbe in z izkušnjami bolje kritično razmišljajo. Prav tako so Wangenstein s sodelavci (2010) ugotovili, da višjo stopnjo kritičnega razmišljanja dosegajo medicinske sestre, starejše od 30 let.

V nadaljevanju smo s Pearsonovim korelacijskim koeficientom ugotovili, da se teoretično in kritično razmišljanje statistično pomembno pozitivno povezuje s kakovostjo in reševanjem problemov, s čimer lahko potrdimo prvo zastavljeno hipotezo. Tudi Rubinfeld in Scheffer (2010) navajata, da lahko medicinske sestre, ki znajo kritično razmišljati, pripomorejo k višji kakovosti. Prav tako Drennan (2010), Forneris, Peden McAlpine (2009) in Jones (2010) pravijo, da je kritično razmišljanje ključnega pomena za kakovost v zdravstveni negi.

V raziskavi smo ugotovili, da se osebnostne lastnosti statistično pomembno pozitivno povezujejo s teoretičnim in kritičnim razmišljanjem, zaradi česar lahko potrdimo tudi drugo zastavljeno hipotezo. Tudi Kuncel (2011) je v raziskavi ugotovil, da se kritično razmišljanje povezuje z osebnostnimi lastnostmi. Clifford s sodelavci (2004) opredeljuje sposobnost kritičnega razmišljanja kot skupni učinek kognitivnih sposobnosti in osebnostnih dispozicij.

Kritično in teoretično razmišljanje v zdravstveni negi mora temeljiti na: zaupanju, ustvarjalnosti, prilagodljivosti, radovednosti, intuiciji, odprtosti, vztrajnosti in premisleku. Spretnosti kritičnega in teoretičnega razmišljanja v zdravstveni negi vključujejo: analizo podatkov, vpeljevanje standardov, iskanje



informacij, logično sklepanje in prenos znanja. Te ugotovitve lahko uporabijo izvajalci zdravstvene nege, učitelji in raziskovalci v zdravstveni negi za napredek razumevanja vloge teoretičnega in kritičnega razmišljanja. Omejitev v raziskavi predstavlja, da je bila raziskava izvedena le na vzorcu zaposlenih v zdravstveni negi enega geografskega področja, ki so bili pripravljene sodelovati v raziskavi, zaradi česar podatkov ne moremo posploševati.

ZAKLJUČEK

V raziskavi smo ugotovili, da se teoretično in kritično razmišljanje statistično pomembno pozitivno povezuje z osebnostnimi lastnostmi, čustveno inteligenco, reševanjem problemov in kakovostjo, zato je spodbujanje kritičnega in teoretičnega razmišljanja med zaposlenimi v zdravstveni negi zelo pomembno. Za kritično razmišljanje lahko rečemo, da je to sposobnost posameznika, ki zna manipulirati s svojim razmišljanjem in kritično opredeljuje problem, tako, da presodi verodostojnost informacij, razumno sklepa in smiselno razsoja.

Teoretično in kritično razmišljanje ne sme biti razumljeno zgolj kot kompetenca, ki si jo posameznik lahko pridobi. Razvijanje teoretičnega in kritičnega razmišljanja pri posamezniku se mora razvijati v smeri koristi za posameznika in za družbo. Še več, prerasti mora v zavedanje, da je učenje veščin teoretičnega in kritičnega razmišljanja naložba v prihodnost.

LITERATURA

- Adams BL. Nursing education for critical thinking: An integrative review. *J Nurs Educ.* 1999;38(3):111-9.
- Bandura A. Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educ Psychol.* 1993;28(2):117-48.
- Billings D, Halstead J. *Teaching in nursing: A Guide for Faculty.* St. Louis: Elsevier Saunders; 2009.
- Carter LM, Rukholm E. A study of critical thinking, teacher – student interaction, and discipline-specific writing in online education setting for registered nurses. *J Contin Educ Nurs.* 2008; 39(3):133–8.
- Chang MJ, Chang YJ, Kuo SH, Yang YH, Chou FH. Relationships between critical thinking ability and nursing competence in clinical nurses. *J Clin Nurs.* 2011;20(21-22): 3224-32.
- Clarke DJ, Holt J. Philosophy: a key to open the door to critical thinking. *Nurse Educ Today.* 2000 21(1):71-8.
- Clifford JS, Boufal MM, Kurtz JE. Personality traits and critical thinking skills in college students: empirical test of a two-factor theory. *Assessment.* 2004;11(2):169-76.
- Collucciello M. Critical thinking skills and dispositions of baccalaureate nursing students: a conceptual model of evaluation. *J Prof Nurs.* 1997;13(4):236-45.
- Drennan J. Critical thinking as an outcomes of Master's degree in Nursing programme. *J Adv Nurs.* 2010;66(2):422-31.
- Facione NC, Facione PA. *Critical Thinking and Clinical Judgment.* California: Insight Assessment; 2008:1-13.
- Facione NC, Facione PA, Sanches CA. Critical disposition as a measure of competent clinical judgement: The development of the California critical thinking disposition inventory. *J Nurs Educ.* 1994;33(8):345-50.
- Fornieris SG, Peden-McAlpine C. Creating context for critical thinking in practice: the role of the perceptor. *J Adv Nurs.* 2009;65(8):1715-24.
- Hicks FD. Critical thinking: Towards an Nursing science perspectives. *Nurs Sci Q.* 2001;14(1):14-21.
- Hicks FD, Merritt SL, Elstein AS. Critical thinking and clinical decision making in critical care nursing: A pilot study. *Heart Lung.* 2003;32(3):169-80.
- Jones JH. *Developing critical thinking in the perioperative environment.* AORN J. 2010;91(2):248-50.
- Huber D. *Leadership in nursing Care Management.* Philadelphia: Elsevier Saunders; 2006.

Kuncel NR. Measurement and meaning of critical thinking. University of Minnesota, Department of psychology. 2011. Dostopno na: http://www7.national-academies.org/21st_Century_Work (08.02.2013).

Lorber M. Vedenje, zadržljivost in kompetence vodij v povezavi z zadovoljstvom in pripadnostjo zaposlenih v zdravstveni negi: magistrsko delo. Koper: Univerza na primorskem, Fakulteta za management Koper; 2010.

Lorber M, Donik B. Poznavanje veščin kritičnega mišljenja študentov zdravstvene nege Fakultete za zdravstvene vede Univerze v Mariboru. *Obzor Zdr N.* 2008(3);42:1–7.

Pajnkihar M. Teoretično in kritično razmišljanje za razvoj znanja v zdravstveni negi. In Vukovič G. eds. *Management in Evropska unija*, 21. znanstvena konferenca o razvoju organizacijskih ve, Portorož, 27 - 29. marec 2002. Kranj: Založba Moderna organizacija; 2002: 1424-28.

Richard WP, Binker AJA, Weil, D. *Critical Thinking Handbook: K-3rd Grades A Guide for Remodelling Lesson Plans in Language Arts, Social Studies, and Science.* Foundation for Critical Thinking; 1995.

Rogal SM, Young J. Exploring critical thinking in critical care nursing education: A pilot study. *J Contin Educ Nurs.* 2008; 39(1): 28–33.

Rubinfeld MG, Schifer BK. *Critical thinking tactics for nurse.* 2nd ed. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers; 2010.

Simms LM, Erbin-Roesemann M, Darga A, Coeling H. Breaking the burnout barrier: resurrecting work excitement. *Nurs Econ.* 1990;8(3): 177-87.

Wangestein S, Johansson IS, Byörstrom ME, Nordsröm G. Critical thinking disposition among newly graduated nurses. *J Adv Nurs.* 2010; 66(10): 2170-81.

Yildirim B, Özkahraman S, Ersoy S. Investigation of critical thinking disposition in nurses working in public hospitals. *Int J Bus Hum Tech.* 2012; 2(3): 61-7.

VPLIV ČUSTVENE INTELIGENCE NA MEDSEBOJNE ODNOSE NA DELOVNEM MESTU

IMPACT OF EMOTIONAL INTELLIGENCE ON MUTUAL RELATIONS IN THE WORKPLACE

Munira Pejić, dipl. m. s.

Psihiatrična klinika Ljubljana

Aida Šešet, dipl. m. s.

Onkološki inštitut Ljubljana

munira.pejic@gmail.com

Ključne besede: čustvena inteligenca, čustva, medsebojni odnosi, zdravstvena nega

IZVLEČEK

Pravila o delu se hitro spreminjajo. Globalizacija, tehnološki napredek, družbeno zaželeno vrednote, nova merila o uspehu, kot so: pobuda, empatija, prilagodljivost in prepričljivost. V zadnjih letih se je razmahnilo zanimanje za preučevanje čustev zaposlenih v različnih delovnih organizacijah. Na delovnem mestu srečujemo ljudi, ki imajo dobre in slabe osebne lastnosti. Čustvena inteligenca je pomemben dejavnik pri prilagajanju. Če želimo dobre medsebojne odnose na delovnem mestu, se moramo potruditi za osebni razvoj. Vedno več podjetij priznava, da spodbujanje čustveno inteligentnosti spretnosti nujno potrebna prvina v poslovanju katerekoli organizacije. Če posameznik nima razvite čustvene inteligence, se ni sposoben vživeti v čustva drugih. To negativno vpliva na komunikacijo in medsebojne odnose med zaposlenimi in v odnosu do pacienta. Zato je potrebno razvijati lastno čustveno inteligenco, ki se pozitivno odraža v kvaliteti odnosov med zaposlenimi, motiviranosti, ustvarjalnosti. Osnovna raven pri preučevanju čustev in čustvene inteligence je posameznik, sledi delovna organizacija ter širša družba.

Namen: Ugotoviti, ali ima čustveno inteligentno obnašanje vpliv na učinkovitost in počutje zaposlenih na delovnem mestu, vživljanje v čustva drugih, razvoj sočutja. Članek ima med drugim namen proučiti in predstaviti razloge za spodbujanje razvoja čustvene inteligence in njenih spretnosti. Zaposleni z uporabo čustvene inteligence pomagajo graditi čustveno inteligenco delovne organizacije. Čustvene spretnosti zaposlenih so močan dejavnik vzpenjanja po hierarhični lestvici podjetja. Čustvena inteligenca je posebej pomembna na področju zdravstvene nege.

Cilj: Prikazati razvoj čustvene inteligence in njen pomen v odnosu do drugih zaposlenih, učinki čustvene inteligence v medsebojnih odnosih na delovnem mestu. Edukacija zaposlenih na področju čustvene inteligence je pot do poslovne odličnosti posameznika in podjetja.

Metode dela: Deskriptivna metoda, zajema pregled strokovne literature po podatkovnih bazah: COBBIS, Pub Med, MEDLINE, CINAHL, The Cochrane Library.

Keywords: emotional intelligence, emotions, interpersonal relations

ABSTRACT

Introduction: In recent years, the upsurge in interest in the study of emotions employees working in different organizations. Serving spend most of my time, so it is important how we feel. In the workplace we meet people who have good and bad personal characteristics. Emotional intelligence is an important factor in adapting to the workplace. So if you want good relationships in the workplace, we need to make an effort for personal development. If an individual has developed emotional intelligence is not able to identify with the feelings of others. This has a negative impact on communication and relationships between employees and in relation to the patient. It is therefore necessary to develop their own emotional intelligence, which is positively reflected in the quality of relationships between employees, motivation, creativity. The basic level in the examination of emotions and emotional intelligence of the individual, followed by work organization and society at large.

Purpose: To determine whether an emotionally intelligent behavior impact on performance and well-being of employees in the workplace, empathy, compassion development.

Objective: To show the development of emotional intelligence and its importance in relation to the other, the effects of emotional intelligence in relationships in the workplace.

Methods: Descriptive method, an overview of the literature of databases: Cobiss, Pub Med, MEDLINE, CINAHL.

UVOD

Živimo v času velikih družbenih sprememb, ki neprestano vplivajo na nas. Da bi lahko življenjske izzive uspešno premagovali, je potrebno v sebi prepoznati in aktivirati miselne procese, ki so rezultat vzgoje, izobraževanja, učenja, kreiranje novih pozitivnih miselnih vzorcev. Čustvena inteligenca je relativno novo področje v psihologiji ter tudi nov del psiholoških raziskovanj. V zadnjih letih privlači interese medijev, postala je pogosto tema strokovnih revij knjig, od katerih je najbolj znana Danijela Golemana (1990), predavatelja na Harvardu. Čustvena inteligenca se je prvič pojavila v strokovni literaturi v devetdesetih letih prejšnjega stoletja. Za to sta zaslužna avtorja Peter Salovey in John D. Mayer (2001). Čustva so organiziran mentalni odgovor na dogajanje, vključujejo psihološki, mentalni in kognitivni aspekt človeškega delovanja (Mayer, Di Paolo in Saloney, 1990). Hitri tempo življenja, vstop v svet globalizacije je ohromil tisti del človeka, zaradi katerega naj bi človek bil človek v pravem pomenu te besede. Čustveno inteligenco predstavljajo človekove čustvene potrebe, pobude, vrednote, oblikovanje človeškega vedenja. Od čustvene inteligence je odvisno, kako bo posameznik delal, koliko bo uspešen na delovnem mestu in v odnosih do drugih. Lastnosti, kot so odgovornost, družabnost, dobronamernost krepijo odnose, medtem ko sebičnost, negativna naravnost, zahrbtnost, sovražnost slabijo odnose in v odnosih delajo nepotrebno in nemalokrat nepopravljivo škodo. Lahko smo zelo inteligentni, imamo dobro izobrazbo, delovne izkušnje, veselje do dela, in vendar bomo v službi doživeli neuspeh, če po čustveni inteligentnosti ne bomo ustrezali delovnemu mestu (Simmons S in Simmons JC, 2000).

Kaj so čustva in kaj je čustvena inteligenca

Čustva so duševni procesi, s katerimi doživljamo poseben odnos do pojavov, predmetov, oseb njihovo privlačnost ali neprillačnost, njihovo vrednost in barvitost (Musek, 2001). Brez čustev bi delovali kot brezčutni roboti. Čustva ustvarjamo s svojimi mislimi in prepričanji, povzročajo jih tudi zunanji dogodki. S čustvi se lahko izmenično soočamo pozitivno in negativno (Wilks, 2007). Čustva nas tudi usmerjajo in motivirajo. Po pravilu se izognemo pojavom in dejavnikom, ki sprožajo v nas negativna čustva (kot npr.

tesnoba, sovraštvo, žalost, strah, jeza, zavist), usmerjamo pa tista čustva, ki spodbujajo v nas pozitivne reakcije, kot so: veselje, ljubezen, ponos in drugo (Brečko, 2003). Čustva dajejo našemu umu polnost, smisel in lepoto. V čustvih je več pretanjenosti, kot imamo besed zanje (Goleman, 2001). V slovarjih je čustvo opredeljeno kot »intenzivno« duševno stanje, ki se vzbudi subjektivno in ne z zavestnim delovanjem, ter ga pogosto spremljajo fiziološke spremembe, in kot del zavesti, ki vključuje čutenje. Ko doživimo čustvo, gremo skozi cikel učenja. Čustvo sproži dogodek, ki je lahko zelo dramatičen ali pa čisto neopazen. Odzovemo se lahko z besom, žalostjo, bridkim občutkom krivde, otopelo potrlostjo. Lahko pa bi bilo začetno vznemirjenje ljubezni, začetek upanja ali občutek radosti. Kakršenkoli je čustveni odgovor, nam daje možnost, da pogledamo na življenje z drugega zornega kota in da znova pregledamo svoje domneve, vrednote in prepričanja (Wilks, 2007).

Raziskovanje čustev je kot gledališče. Vsak med nami ima svoje zakulisje, prikrito območje, v katerem doživlja svoja čustva in glavni oder, areno v družbi, delovnem mestu, timu, oddelku, kjer izraža tista čustva, ki jih želi razkriti (Goleman, 2001). Razkrivanje čustev pogosto bolj nadziramo, kadar v delovnem okolju vzpostavljamo vzajemne stike s sodelavci, pacienti, svojci. Družbena spretnost, katere osnovno poslanstvo je obvladovanje čustev drugih, zahteva več spretnosti, med katerimi so (Goleman, 2001): i. vplivnost, ii. sporazumevanje, iii. obvladovanje sporov, iiiii. vodenje, navdihovanje in usmerjanje, iiiiii. spodbujanje k spremembam: uvajanje, pospeševanje in obvladovanje sprememb.

Delitev čustev

Čustva se delijo na osnovna in sestavljena. Osnovno je tisto, ki ga začutimo najprej. Sestavljeno sledi osnovnemu čustvu in je hkrati sestavljeno iz primarnih preprostih občutij. Hkrati so čustva povezana z okoljem oziroma s situacijo, v kateri človek čustvo občuti (Milovojević, 2000).

Nevroznanstvene raziskave kažejo, da čustva lahko delimo glede na nastanek, saj lahko nastanejo podzavestno ali zavestno (Encyclopaedia Britannica, CD, Emotion in Human, 1998):

- Podzavestno aktiviranje in doživljanje čustev je pomembno takrat, ko se je treba nemudoma odzvati, ni časa za premišljevanje (na primer, kadar nam grozi nevarnost). Motiv za preživetje je v človeku prisoten že od nekdanj, zato so vanj vpleteni nižji možganski centri. Tako obdelovanje informacij, ki se pojavi pred razumskim razmišljanjem, vpliva na zaznavanje, mišljenje, pomnjenje, presojanje, vedenje ipd.
- Zavestno aktiviranje in doživljanje čustev je pomembno pri obvladovanju kompleksnejših situacij. Pri takem delovanju so vpleteni višji možganski centri. Zavestno aktiviranje določenih čustev je zelo pomembno pri reševanju zapletenih situacij, v katerih se znajdemo, saj nam lahko določena čustva zelo olajšajo reševanje in doživljanje teh situacij.

Kategorije čustev (Musek, 1993):

- Somatska čustva – (poželenje, strah...)
- Situacijska čustva – (veselje, jeza, skrb, presenečenje)
- Socialna čustva – (ljubezen, naklonjenost, antipatija, sovraštvo, sočustvovanje)
- Kognitivna - (zanimanje, upanje, estetska čustva, verska čustva)
- Čustva vrednotenja – (sram, krivda, ponos, samozavest, moralna čustva)

Čustvena prepričanja (Wilks, 2007):

- Eksistencialno – zanima nas, kaj pomeni biti človek, ki se sooča z negotovostmi, strahovi

- V luči svoje osebne zgodbe – povezana z družinskim ozadjem, travmami in edinstveno zgodovino
- V arhetipski perspektivi – izhaja iz skupne zgodovine, povezana z mitologijo in domišljijo človeškega rodu.

Čustvena inteligenca je, podobno kot razumska inteligenca, predvsem možganska funkcija. Zajema umski, vedenjski in telesni del človeka (Wilks, 2007). Preprosto povedano čustvena inteligenca je inteligentna uporaba čustev. S šolanjem pridobljena inteligenca nima veliko opraviti s čustveno inteligenco. Pravilo, da osebe z visokim IQ uspejo v življenju, je več izjema kot realnost. V najboljših primerih IQ prispeva dvajset odstotkov, ostali delež se pripisuje »mehkim dejavnikom«, kot so čustvena inteligenca, sreča... (Goleman, 1998). Ideja, da morajo poleg splošne inteligentnosti obstajati še nekognitivni faktorji inteligentnosti, ki naj bi vplivali na uspeh v življenju, ni nova. Že Thorndike (1920, po Kihlstrom in Cantor, 2000) in Wechsler (1943, po Gardner, 1999) so zaznali pomembnost afektivnih in konativnih sposobnosti. Tudi analiza implicitnih teorij inteligentnosti kaže na prisotnost nekognitivnih faktorjev v laičnem pojmovanju inteligentnosti. Sternberg et al., (2000) so v laičnem pojmovanju inteligentnosti odkrili tri faktorje: reševanje praktičnih problemov, verbalne sposobnosti in socialno kompetentnost. Mayer in Salovey (2000) menita, da se implicitne teorije inteligentnosti na splošno ujemajo s formalnimi, eksplicitnimi teorijami inteligentnosti, vendar področje inteligentnosti, ki ga merijo psihologi z IQ testi, predstavlja le del tega, za kar ljudje menijo, da je inteligentnost. Večinoma so ne kognitivne faktorje inteligentnosti preučevali v okviru socialne inteligentnosti (Cantor, 2000). Medtem ko se večina teh vrst inteligentnosti nanaša na kognitivne sposobnosti (jezikovna, matematično – logična, prostorska, glasbena, kinestetična), pa sta še posebej zanimivi dve vrsti personalne inteligentnosti, in sicer interpersonalna in intrapersonalna inteligentnost. Interpersonalna inteligentnost se nanaša na posameznikovo sposobnost zaznavanja drugih ljudi, njihovih namer, motivov in želja ter posledično tudi na sposobnost učinkovitega sodelovanja z drugimi. Zanimanje za intrapersonalno inteligentnost se je pojavilo pozneje, šele v zadnjem času (Pečjak in Avsec, 2003). **Salovey in Mayer sta leta 1990 podala definicijo čustvene inteligentnosti kot sposobnosti prepoznavanja lastnih čustev in čustev drugih, njihovega razlikovanja in uporabe pri mišljenju in vedenju. Sposobnost procesiranja informacij, povezanih z emocijami, pojmujeta kot mentalno sposobnost v konvencionalnem smislu.** Petrides in Furnham (2001) predlagata ločevanje čustvene inteligentnosti kot sposobnosti in osebne lastnosti. Osnova te delitve je način merjenja: v prvem primeru gre za direkten način merjenja, v drugem za indirektni način. Večinoma se ta delitev pokriva z delitvijo na mešane modele in modele sposobnosti. Avsec (2007) meni, da nekateri vprašalniki merjenja čustvene inteligentnosti izhajajo iz modela Mayerja in Saloveya in ne iz mešanih modelov in ne vključujejo drugih osebnostnih lastnosti. To sta npr. lestvica emocionalne inteligentnosti EIS (Emotional Intelligence Scale, Schutte, Malouff et al., 1998) in vprašalnik emocionalne kompetentnosti ESCQ (Emotional Skills and Competence Questionnaire, Takšič, 1998).

Ljudje z izrazito razvito čustveno inteligenco so: sposobni pritegniti sodelavce k sodelovanju, uglasijo svojo predstavitev na poslušalčevo pozornost, uporabljajo splet pozitivnih strategij za doseganje boljših delovnih rezultatov, spodbujajo odkrito sporazumevanje, pripravljeni so prisluhniti sočloveku in drugo. So prilagodljive in visoko karizmatične osebnosti (Majer, 2001).

V srčiki čustvene inteligentnosti je sposobnost človeka, da se zaveda sebe, svojih dejanj, misli, občutkov in da je sposoben vse, kar se je kdaj naučil tudi spremeniti, če tako presodi. Zato se čustvena inteligentnost lahko razvija celo življenje in življenje samo s svojimi preizkušnjami nas sili v to, da rastemo, da opuščamo neustrezna ravnanja, misli, čustva in razvijemo nove vzorce, prepričanja in vedenja. To pa je z drugimi besedami tudi razvoj čustvene inteligentnosti. Ljudje bolje vidimo druge, kot vidimo sebe. Pojem čustvene inteligence je močno povezan z našim delovanjem na svojo okolico. S tega vidika našo čustveno inteligenco veliko bolje ocenijo naši sodelavci, kot jo lahko ocenimo sami.

Čustvena inteligenca in njen vpliv na delovno okolje

Resen partnerski odnos z drugimi na delovnem mestu mora pustiti dovolj prostora za spoštovanje in razumevanje drugih, različna čustva, mnenja, interese, stališča. To je ključ, s katerim si lahko pridobite zaupanje ljudi, naklonjenost in uspešnost (Weisbach, Dachs, 1999).

V primerjavi z inteligenčnim količnikom, ki ostane vse življenje enak, se čustvena inteligentnost razvija in se z izkušnjami izpopolnjuje vse življenje (Urbanija, 2001).

Znano je, da je mogoče raven čustvene inteligentnosti spreminjati, povečevati ali zmanjševati, v primerjavi z razumsko inteligentnostjo, ki je tekom življenja večinoma nespremenljiva. Čustvovanje je duševni proces doživljanja odnosa do predmetov, pojavov, oseb in samega sebe. Doživljanju dodaja vrednostno, aktivnostno in jakostno komponento. Čustva usmerjajo vedenje in sprožajo motive (Mayer, 2001). Inteligentnost pa je po filozofu Williamu Sternu splošna sposobnost zavestne usmerjenosti mišljenja na nove zahteve, je splošna sposobnost prilagajanja novim nalogam in pogojem življenja (Lang, 1990). Ker avtorji različno opredeljujejo tako čustva kot tudi inteligentnost, ne moremo pričakovati, da bi obstala tudi splošno sprejeta teorija in opredelitev čustvene inteligentnosti. Znano pa je, da njeni temelji izhajajo iz dolgoletne zgodovine preučevanja tako osebnostne in socialne kot tudi individualne in organizacijske psihologije, danes pa pridobiva na pomenu tudi v poslovnih vedah. Med inteligentnostjo in čustvovanjem obstaja nekaj ključnih razlik. Paul Ekman, vodja laboratorija za raziskovanje človeških odnosov na Univerzi v Kaliforniji, in Seymour Epstein, klinični psiholog z Univerze v Massachusettsu (2004), sta ugotovila, da je čustveni um veliko hitrejši od razumnega uma in vstopi v dogajanje brez vsakega premisleka, kaj pravzaprav počne. Zaradi svoje hitrosti se odziva na celotno sliko ali njene najbolj vpahljive dele. Takoj prepozna, ali so čustva pri drugih osebah resnična ali pa jih ti prekrivajo (Goleman, 1997).

Družbene spremembe diktirajo dinamiko delovanja vsakega posameznika in organizacije kot celote. Začetek in konec življenja v organizaciji so stiki med ljudmi. Čustvena spretnost je priučena sposobnost, ki temelji na čustveni inteligenci in je pogoj za delovno storilnost. Osebni odnosi na delovnem mestu so neločljivi del vaše osebnosti (Maslach, Leiter, 2002). Običajno se ljudje o kakovosti medsebojnih odnosov v organizaciji zamislimo šele takrat, ko se v odnosih pojavijo težave ali potrebujemo pomoč. Za dobre medsebojne odnose v delovnem okolju sta izjemno pomembna priznanje in pohvala.

Po Grossu (2001) ni strokovne in uspešne komunikacije ali sodelovanja brez izražanja priznanja. Weisbach in Dachs (1999) navajata, da se v odnosu z ljudmi lahko vedete na štiri različne načine: i. avtoritativno, ii. ravnodušno, iii. ne avtoritativno, iiiii. partnersko.

Čustva in čustvene spretnosti na delovnem mestu imajo lahko v različnih okoljih delovanja popolnoma različni pomen. V konvencionalnem okolju čustva niso dobrodošla, v nadpovprečnem okolju se vedno bolj uveljavljajo (Brečko, 2003). Razliko med pojmovanjem čustev v teh okoljih prikazuje Razpredelnica 2.

Čustveno odzivanje v odnosu do sodelavcev, strank oz. vseh tistih, s katerimi stopamo v medsebojne odnose, odločilno vpliva na učinkovitost in rezultate. Dolgo so bili vodilni delavci in zaposleni prepričani, da izražanje čustev ne sodi na delovno mesto, ter da je bolje »delati z glavo«, saj ukvarjanje s čustvi sodelavcev vzame preveč časa (Maddux, 1988).

Po Golemanu (2001) lahko ravno pomanjkanje srčnosti pokoplje celotno podjetje. Najbolj pogosta znamenja »čustvenega pomanjkanja« pri delu so po Golemanu (2001): i. prestrašeni delavci, ii. nemotivirani delavci, iii. arogantni šefi, iiiii. vse, kar prinaša nezdravo ozračje.

Kot navaja Avsec (2007) na podlagi dosedanjih raziskav na področju povezanosti čustvene inteligence in uspehov v življenju (Mayer, 1999), raziskave potrjujejo močno povezanost teh komponent (Bastian Burns in Nettelbeck, 2005; Chapman in Hayslip, 2005; Gignac, 2006; Palmer, Donaldson, 2002; Shulman in Hemenover, 2006; Sy, Tram in O Hara, 2006;). Vse opravljene raziskave potrjujejo teorije o moči čustvene

inteligence in njenem pozitivnem vplivu na posameznika. Storilnostne dosežke opisujejo raziskave, kot so npr. (Amelang in Steinmayer, 2006; Bastan et al., 2005; Lyons in Scgneider, 2005; Sy et al., 2006).

Avsec (2007) ugotavlja, da čustvena inteligenca ni novo področje v raziskovanju in psihologiji, le pristop je bolj celosten in bolj sistematičen k temu kompleksnemu področju.

Čustveno inteligentni ljudje in kapital podjetja

Simmons S, Simmons JC (2000) trdita, da so čustveno inteligentni ljudje pomemben kapital podjetja:

- ker se zavedajo samih sebe,
- razumejo svoje razpoloženje,
- poznajo svoja čustva in motivacijske vzvode,
- poznajo učinke svojega delovanja na druge ljudi,
- znajo realno oceniti svoje sposobnosti,
- zelo redko prevzamejo naloge, ki jim ne bi bili kos (s tem zavarujejo sebe in podjetje pred morebitnimi neuspehi),
- so »samo zavedni ljudje«, sposobni nadzorovati impulzivne izbruhe,
- so generatorji zaupanja ter poštenosti v delovnem okolju.

Čustveno inteligentnost oziroma sposobnost uspešnega obvladovanja nas samih in svojih odnosov sestavljajo štiri temeljne sposobnosti: zavedanje samega sebe, samoobvladovanje, zavedanje družbe in družbene spretnosti. Vsaka od teh sposobnosti je sestavljena iz posebnih sklopov zmožnosti (Goleman, 2001):

Medsebojni odnosi na delovnem mestu

Weisinger (2001) v svoji knjigi »Čustvena inteligenca pri delu z ljudmi« ugotavlja, da pomanjkanje čustvene inteligence onemogoča rast in uspeh tako posameznika kot podjetja in nasprotno, kako je mogoče s pomočjo čustvene inteligence doseči dobre rezultate tako na osebni kot na organizacijski ravni. Zaposleni z uporabo čustvene inteligence pomagajo graditi čustveno inteligentno organizacijo, v kateri vsakdo prevzame odgovornost za rast lastne čustvene inteligence in njeno uporabo v odnosih z drugimi ter v prid organizacije kot celote.

Delovne organizacije potrebujejo človekovo znanje, spretnosti, energijo, ne da bi se obvezale razvijati njegove sposobnosti skozi daljše časovno obdobje. Ta pristop zaposlovanja vzpodbuja utilitarističen pogled na ljudi, kar siromaši družabnost v organizaciji (Maslach, Leiter, 2002). Mc Hale (1991). opredeljuje medsebojne odnose kot skupino posameznikov, ki svojo energijo usmerjajo k določenemu cilju, ki ga lahko dosežejo z združevanjem svojih komplementarnih prizadevanj. Gre za ljudi, ki sodelujejo. Za dobre in uspešne odnose med sodelavci sta zelo pomembna tudi pohvala in priznanje. Ni strokovne in uspešne komunikacije ali sodelovanja brez izražanja priznanja (Gross, 2001).

Weisbach in Dach (1999) navajata, da se v odnosu z ljudmi vedemo na štiri različne načine: i. avtoritativno, ii. ravnodušno, iii. ne avtoritativno, iiiii. partnersko.

SKLEP

Emocionalno delo je pomembno v poklicih, ki zahtevajo delo z ljudmi, med katere sodi delo v zdravstveni negi. Čustva so družbeno konstruirani pojavi, oblikujemo ji v interakciji z drugimi. Visoka stopnja čustvene inteligence posameznika, vodje in organizacije je ena pomembnejših lastnosti, potrebnih na delovnem



mestu ter postaja ključna lastnost, ki posameznika v odnosu do okolice izvzema iz povprečja, v odnosu do dela pa ga vodi po poti samo presejanja in delovne uspešnosti. Prav lastnosti, izhajajoče iz čustvene inteligentnosti so razlog, zakaj z nekaterimi ljudmi raje delamo in v tem primeru delo opravimo hitreje in bolje. Ti ljudje izžarevajo žar in energijo, imajo karizmo in posebej občutke zaupanja, ljubeznivosti, spoštljivosti, poštenosti in zanesljivosti. Pri delu s takšnimi ljudmi se potrudimo toliko bolj, ker želimo izpolniti pričakovanja prav te osebe, ki v nas vzbuja našete občutke, saj nas prav ti občutki samo potrjujejo in v nas zbujejo občutek samouresničitve. Delovne organizacije v prihodnosti se morajo zavedati, da so ravno čustva tisti nujno potreben element organizacijskega dogajanja, ki se ga ne sme zatirati. Razlog lahko najdemo v dejstvu, da želi biti posameznik na delovnem mestu razumljen in obravnavan kot celota, z vsem, kar nosi s seboj in kar je (Longar, 2007). Posamezniki in organizacije pa tudi celotno družbeno okolje bi morali ne le bolj poudarjati čustveni potencial, ki izhaja iz najgloblje biti človeka, temveč v procesu upravljanja z zaposlenimi kot tudi pri upravljanju sodobne družbe uveljaviti pristope za doseganje vedno večje čustvene inteligence.

LITERATURA IN VIRI

- Avsec A. Psihologija osebnosti. Filozofska fakulteta Univerze v Ljubljani; 2007: 259-49.
- Bar-On R. San Francisco: Jossey-Bass. Emotional and social intelligence: Insights from the Emotional Quotient Inventory. V: Bar-On R, in Parker JDA. (ur.) Handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school and in the workplace. 2000: 363-88.
- Brečko D. Vedenjske kompetence in čustvena inteligentnost pri vodenju. Ljubljana : GV Izobraževanje, 2003.
- Cantor N, Kihlstrom JF. Personality and social intelligence. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1987
- Day AL, Therrien DL, Carroll SA. Predicting psychological health: Assessing the incremental validity of emotional intelligence beyond personality, type a behaviour, and daily hassles. European Journal of Personality. 2005; (19): 519-36.
- Goleman D. Čustvena inteligenca na delovnem mestu. Ljubljana: Mladinska knjiga; 2001.
- Goleman D. Čustvena inteligenca na delovnem mestu. Ljubljana : Mladinska knjiga. 1999.
- Goleman D. Leadership That Gets Results. Harvard business review, Boston: 2000.
- Goleman D. Čustvena inteligenca na delovnem mestu. Ljubljana: Mladinska knjiga; 2001.
- Gross SF. Umetnost inteligentnega sporazumevanja; izostrite občutek za medčloveške odnose. DZS. Ljubljana, 2001: 39 (1): 169- 55.
- Henderson A, Heel A Twentyman M. Enabling Student Through stategic partnerships between a health – care organizations and tertiary institutions. Journal of Nursing Management; 2007:15 (1): 91.
- Hofman LM. Empatija i moralni razvoj. Beograd : Dereta, 2003: 317 – 87.
- Kihlstrom JF. Cantor N. Social intelligence. V: Sternberg RJ. (ur.), The handbook of intelligence (str. 359-379). New York: Cambridge University Press. Ljubljana: Tangram; 2001. 268 -9.
- Mayer J. et all. A field guide to emotional intelligence to work: emotional intelligence in everi life. Philadelphia, 2001: 3-25.
- Maslach C, Leiter MP. Resnica o izgorevanju na delovnem mestu. Educy, Ljubljana, 2002.
- Mayer J. "Čustvena inteligenca" - nova moda z zahoda. Zbornik: Management v novem tisočletju. Kranj: Moderna organizacija; 2001.
- Mayer JD, Salovey P, Caruso D. Emotional intelligence: Theory, findings, and Implications. Psychological inquiry. 2002; (3): 15.
- Mayer JD, Salovey P. The Intelligence of Emotional Intelligence. Intelligence. 1999; 17(4): 433-42.
- Mayer JD, Salovey P, Caruso D. Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test MSCEIT. Toronto: Multi-Health-System Inc. 2002.
- McHale J. The Team Solution – Training notes. London : BBC Training Videos.

- Milivojević Z. Emocije. Psihoterapija i razumevanje emocija. Novi Sad : Prometej, 2000.
- Mladinska knjiga, 1997: 360 .
- Musek J, Pečjak V. Psihologija. Ljubljana : Educy, 2001: 286 .
- Northouse L. Communication and Nursing Practice. V: Oerman MH. november-december, 1997: 14-17.
- Parvesh KC, Gopal KK. Emotional intelligence: A catalyst for inspirational leadership and management excellence. Total Quality Management & Business Excellence. 2010; 21(10): 971-1004.
- Petrides KV, in Furnham A. On the dimensional structure of emotional intelligence. Personality and Individual Differences, 2000: 29, 313-20.
- Salovey P, Mayer JD, Goldman S, Turvey C, Palfai T. Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood 41. Scale. V J. Pennebaker (ur.), Emotion, disclosure, and health. Washington, DC: American Psychological Association. 1995: 125-54.
- Takšić V. Validacija konstrukta emocionalne inteligencije. Doktorska disertacija. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta. 1998.
- Urbanija A. Umetnost inteligentne uporabe čustev. Ljubljana : Gospodarski vestnik, 2001: 63.
- Weisbach C, Dachs U. Kako razvijamo čustveno inteligenco. DZS, Ljubljana. 1999.
- Weisinger H. Čustvena inteligenca pri delu z ljudmi: neizkoriščen vir uspeha. 2007.
- Cherniss C. et al..Bringing Emotional Intelligence to the Workplace – a Technical Report Issued by the Consortium for research on Emotional Intelligence in Organizations. Rutgers University. [URL: http://www.eiconsortium.org/research/technical_report.htm], 23.2.2013.
- Encyclopaedia Britannica, CD, 1998.
- Leksikon Cankarjeve založbe. Ljubljana : Cankarjeva založba, 1994:1216 .
- Slovar slovenskega knjižnega jezika (SSKJ).Ljubljana : Državna založba Slovenije.



112D

POSEBNOSTI OBRAVNAVE PACIENTA NA FORENZIČNI PSIHIATRIJI UNIVERZITETNEGA KLINIČNEGA CENTRA MARIBOR

SPECIFICITIES PATIENT TREATMENT IN FORENSIC PSYCHIATRY UNIVERSITY CLINICAL CENTER OF MARIBOR

Ivanka Videčnik, univ. dipl. org

Sabina Finžgar, dipl. m. s.

Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za psihiatrijo

ivanka.videcnik@ukc-mb.si

Ključne besede: forenzični pacient, medicinska sestra, terapevtski odnos, zdravstvena nega

IZVLEČEK

Področje forenzične psihiatrije je pomembna novost v Sloveniji. Skrbi za paciente, ki so zaradi spremenjenega duševnega stanja ali bolezni storili kaznivo dejanja. Posveča se pacientom, ki so v priporu ali pri prestajanju kazni v zaporu zboleli za duševno motnjo, ki zahteva bolnišnično zdravljenje v sklopu posebne organizacijske enote na področju psihiatrije. Obnavlja pacienta na enoti za forenzično psihiatrijo je v kliničnem okolju zahteven in kompleksen proces, kjer je vloga zaposlenih v zdravstveni negi izjemno pomembna.

Medicinska sestra predstavlja jedro terapevtskega tima, saj ima celovit pogled na pacienta, opazuje njegove vsakodnevne interakcije z okoljem in vpliva na izide njegove obravnave, zato hkrati predstavlja koordinatorja številnih aktivnosti, ki potekajo v celostni obravnavi pacienta. Namen prispevka je predstaviti vlogo medicinske sestre v procesu obravnave pacienta na forenzični psihiatriji v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor ter njen aktivni prispevek k izidom obravnave pacienta. V prispevku je predstavljen standard obravnave pacienta na Enoti za forenzično psihiatrijo in zdravstveno vzgojni material, ki ga medicinske sestre uporabljajo pri svojem delu.

Key words: forensic patient, nurse, therapeutic relationship, health care

ABSTRACT

The field of forensic psychiatry is an important innovation in Slovenia. Treatment of the patient in the unit for forensic psychiatry in clinical setting is a demanding and complex process, where the role of employees in health care is extremely important.

The nurse is the core of the therapeutic team as a comprehensive overviewer of the patient, observing its daily interaction with the environment and influencing the outcome of its treatment, so she is at the same time a coordinator of many activities that take place in the patient's overall treatment. The purpose of this contribution is to present the role of nurses in the process of patient treatment in forensic psychiatry in University Medical Centre Maribor and her active contribution to the outcome of patient treatment. This contribution also presents a standard treatment of the patient in the Unit of Forensic Psychiatry and medical educational material nurses' use in their work.

UVOD

Zdravstvena nega v psihiatriji je specialno področje prakse zdravstvene nege, ki se ukvarja s posameznikom, duševnimi motnjami in težavami, z družino ali širšo skupnostjo v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvenem varstvu. Njena osnovna značilnost je medosebni odnos med medicinsko sestro in pacientom, usmerjen v prizadevanje in pospeševanje in podpiranje vedenja, katerega cilj je razvoj osebnosti in prilagajeno funkcioniranje (Čuček Trifkovič, Pišlar, 2011).

Forenzična psihiatrija je sub-specialna stroka, ki je vez med zdravstvom in pravosodjem. Zdravstvo skrbi za posameznika in ga varuje pred škodljivimi vplivi družbe, pravosodje pa skrbi za družbo in jo varuje pred škodljivim ravnanjem posameznika (Ziherl, Žagar, 1998).

Znanstvena in klinična načela se v forenzični psihiatriji nanašajo na kazensko pravo, ki obsega pravno, znanstveno in civilno obravnavo posameznika. Za forenzično psihiatrijo veljajo priporočila in etična načela, katera veljajo sicer v psihiatriji. Psihiatrija ima prvenstveno nalogo zaščititi posameznika pred vplivi družbenega okolja (Zupančič, Kalčina, 2000), pravosodje pa prvenstveno ščiti družbo pred posameznikom. Ker se forenzična psihiatrija v svojem pretežnem delu ukvarja s kazensko pravnimi problemi (in manj s civilnimi – razen v izvedenskem delu) in ker je medicinska (zdravstvena) stroka, se forenzična psihiatrija v Sloveniji ukvarja s kazensko pravnimi vidiki forenzične psihiatrije (Ziherl, Žagar, 1998).

Pacient, ki ima duševno motnjo, lahko s svojim spremenjenim doživljanjem in vedenjem v človeku vzbudi obsodbo in odpor namesto sočutja in prijateljske pomoči. V kolikor gre za paciente, ki so zaradi svoje bolezenske motnje ogrozili svoje življenje ali življenje drugih ljudi oziroma so povzročili hudo škodo sebi ali drugim, je odpor še toliko večji. Sami so do bolnišničnega zdravljenja odklonilni ter nimajo pravega uvida glede svojega stanja (Ličina, 2009).

Medicinska sestra pomaga pacientu pri vseh temeljnih življenjskih aktivnostih, kadar ta potrebuje pomoč. Delo s forenzičnimi pacienti zahteva ogromno potrpljenja, razumevanja, ne obsojanja, poslušanja in prepoznavanja pacientovih potreb (Roljić, 2009). Medicinska sestra v forenzični psihiatriji mora dobro poznati svoje osebnostne lastnosti, saj izvaja aktivnosti terapevtskega programa in zdravstvene nege. Imeti mora sposobnost samoopazovanja, sposobnost opazovanja drugih, ocenjevanja socialnih kompetenc in visoko stopnjo komunikacijskih sposobnosti. Medicinska sestra v forenzični psihiatriji predstavlja jedro terapevtskega tima, saj povezuje tim zdravstvene nege in sodeluje z zunanjimi sodelavci, ki sodelujejo pri izvajanju terapevtskega programa. Ima celovit pogled na pacienta, saj skrbi in opazuje vsakodnevne interakcije pacienta z drugimi pacienti. S kontinuirano zdravstveno nego v forenzični psihiatriji in skupnostno skrbjo ter učinkovitim medsebojnim sodelovanjem omogočamo pacientu, da zaživi bolj kakovostno in zdravo življenje.

Namen prispevka je predstavitev enote za forenzično psihiatrijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor in vloga medicinske sestre v tej enoti. Medicinska sestra z izvajanjem aktivnosti zdravstvene nege vključuje paciente v aktivnosti, s katerimi pridobijo socialne veščine (izobraževanje, prostočasne aktivnosti, samooskrba).

Predstavitev enote za forenzično psihiatrijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor

V slovenskem prostoru se je kazala potreba po ustanovitvi oddelka za forenzično psihiatrijo, katera obravnava populacijo, za katero je zraven duševnih motenj značilno še nasilno vedenje.

Enota za forenzično psihiatrijo na psihiatričnem oddelku Univerzitetnega kliničnega centra Maribor obsega 30 bolniških postelj. Zdravstveno negovalni tim sestavljajo naslednji člani: specialist psihiater, klinični psiholog, diplomirana medicinska sestra, socialni delavec, delovni terapevt, zdravstveni tehnik in pravosodni policist.

V okviru forenzične psihiatrije v Univerzitetnem kliničnem centru (UKC) Maribor se izvajajo naslednje dejavnosti:

- **observacijsko diagnostična dejavnost**, namenjena opazovanju in diagnostiki pacientov, ki zbolijo v zaporu ali v priporu,
- **zdravljenje** pacientov, ki jim je bil izročen ukrep obveznega zdravljenja in varovanja v zdravstveni ustanovi in tistih, ki so v zaporu zboleli za katero izmed oblik duševne motnje,
- **raziskovalna, izobraževalna dejavnost** na oddelku,
- **izvedensko delo** in izvajanje varnostnih ukrepov obveznega psihiatričnega zdravljenja.

Zdravstvena obravnava pacienta na forenzični psihiatriji temelji na vzpostavljanju zaupnega terapevtskega odnosa med medicinsko sestro in pacientom. V tem odnosu imajo velik pomen sodelavci, ki pacientom stojijo ob strani ter upoštevajo njihove telesne, duhovne, duševne in socialne potrebe (Roljić 2009).

Forenzična psihiatrija se v pretežnem delu ukvarja s kazensko pravnimi težavami posameznikov z duševno motnjo in je medicinska stroka.

Najpomembnejša področja, kjer se prepletata psihiatrija in pravo so:

- zdravljenje psihiatričnih pacientov brez njihove privolitve,
- psihiatrično izvedenstvo v kazenskih, civilnopravnih, upravnih in drugih zadevah, kjer pravna država potrebuje izvedenstvo psihiatrične stroke,
- izvajanje psihiatrično pomembnih varnostnih ukrepov, kakor jih določa kazenski zakonik Republike Slovenije (Kobal, 1999).

Varnostni ukrep obveznega zdravljenja (Kazenski zakonik Republike Slovenije, 1994)

Kazenski zakonik Republike Slovenije (1994) (v nadaljevanju KZ) ima tako kot večina evropskih kazenskih zakonikov predpisane varnostne ukrepe obveznega zdravljenja.

Kazenski zakonik Republike Slovenije jih predpisuje v 5. poglavju, v 63/2, 64, 65 in 66. členu.

Obvezno psihiatrično zdravljenje pomeni, da je storilec storil kaznivo dejanje v stanju zmanjšane prištevnosti ali neprištevnosti in sodišče zato določi institucionalno zdravljenje. Le to lahko traja največ 10 let, prekine pa se lahko s sklepom sodišča. Čas zdravljenja v inštituciji se šteje v čas izrečene kazni. Obvezno psihiatrično zdravljenje na prostosti izreče sodišče in poteka kot zdravljenje v domačem okolju, zadostuje pa, da ne pride do ponovitev kaznivih dejanj. Takšno zdravljenje lahko traja največ 2 leti. Če se storilec ne želi zdraviti na prostosti ali pride do ponovitve kaznivega dejanja, sodišče odredi ukrep institucionalnega zdravljenja.

Storilcu, ki je storil kaznivo dejanje v vinjenem stanju (alkoholik) ali pod vplivom mamil (narkoman), lahko sodišče izreče ukrep obveznega zdravljenja v inštituciji.

Sodišče lahko odredi pogojno obsodbo, katera poteka na prostosti, vendar samo v primeru sposobnosti in pripravljenosti storilca na takšno zdravljenje.

Osnovne značilnosti forenzične psihiatrije

Na enoti za forenzično psihiatrijo obravnavamo paciente z ukrepom obveznega zdravljenja glede na njihovo zdravstveno stanje. Za izvajanje forenzične zdravstvene nege je vsekakor potrebno posebno izobraževanje, ki temelji na osnovi poznavanja nasilniškega vedenja ter tveganja za nasilniško vedenje. Cilj izobraževanja je usposobiti kader, da bo sposoben pri vsakdanjem delu najti ravnovesje med zdravstveno nego in kaznovanjem, pridrževanjem, zadrževanjem ter nadziranjem pacientov (Balažic, 2005).

Zdravstvena nega v forenzični psihiatriji

Ena najpomembnejših nalog medicinske sestre na enoti za forenzično psihiatrijo je zgraditi zaupen odnos, kajti tako medicinska sestra kot pacient vstopata v ta odnos s svojimi občutki, strahovi, pričakovanji in vrednotami.

Med specifične naloge medicinske sestre na forenzični enoti spadajo: terapevtska komunikacija, zagotavljanje varnosti tako za pacienta kot za zaposlene, nudenje pomoči pri orientaciji tako prostorsko kot časovno, učenje spoprijemanja s posledicami kaznivega dejanja, iskanje pozitivnih resursov.

Vsakodnevno mora medicinska sestra forenzičnega pacienta spodbujati k samostojnosti, socialnim stikom z ostalimi pacienti in zaposlenimi. Pomembno je, da mu medicinska sestra strukturira dan z vodenimi in prostočasnimi aktivnostmi tako individualnimi kot skupinskimi.

Medicinska sestra je usmerjena v osebno, socialno in delovno rehabilitacijo z upoštevanjem 12. člena zakona o duševnem zdravju, kateri govori o pravici pacientov do gibanja, dostopa do telefona, interneta in zastopnika pacientovih pravic.

Za kakovostno in varno opravljanje naštetih nalog mora imeti medicinska sestra dovolj specifičnega znanja in osebno stabilnost.

Zdravstvena obravnava forenzičnega pacienta

Obravnava forenzičnega pacienta je usmerjena v doseganje zastavljenega cilja, ki vodi v razvoj sposobnosti pacienta s prevzemanjem socialne odgovornosti za lastno življenje, življenjske potrebe in življenje brez kaznivih dejanj. Za učinkovito zdravstveno obravnavo forenzičnega pacienta je potrebna aktivna vključitev socialne, psihološke, delovno terapevtske službe in sodelovanje kazenskega pravosodja.

Medicinska sestra pomaga pacientu pri vseh temeljnih življenjskih aktivnostih, kadar ta potrebuje pomoč, pri prehranjevanju, pitju, izločanju, spanju in počitku, pri vzdrževanju osebne higiene in urejenosti, oblačenju, zagotavljanju varnosti, komunikaciji, duhovnih potrebah, rekreaciji, pri delu in organizaciji časa, učenju ter odnosu s svojci. Delo s pacienti zahteva ogromno potrpljenja, razumevanja, neobsojanja, poslušanja in prepoznavanja pacientovih potreb (Roljić, 2009).

Medicinska sestra mora dobro poznati svoje osebne lastnosti, saj izvaja aktivnosti terapevtskega programa in zdravstvene nege. Imeti mora sposobnost samoopazovanja, sposobnost opazovanja drugih, ocenjevanja socialnih kompetenc in zelo visoko stopnjo komunikacijskih sposobnosti. Dober terapevtski odnos je odvisen tudi od ohranjanja profesionalne distance. Za delo s pacienti z ukrepom obveznega zdravljenja ne zadostuje samo znanje, izobrazba ter izkušnje, ampak tudi osebne lastnosti zdravstvenega osebja, njihove vrednote in zrelost (Roljić, 2009).

V okviru zdravstvene obravnave forenzične psihiatrije poteka izvajanje terapevtskega programa, za katerega izvedbo je odgovoren celoten zdravstveni tim, kateri vzpostavi profesionalen terapevtski odnos, ki nas pripelje do zaželenega cilja.

Naloge izvajalcev zdravstvene nege v forenzični psihiatriji obsegajo (Čuček Trifkovič, Pišlar, 2011):

- opazovanje in dokumentiranje opaženega;
- zagotovitev fizičnih potreb po hrani, zraku, čistoči in varnosti;
- zagotovitev psihičnih potreb po samospoštovanju, samovrednotenju, individualnosti, zadovoljstvu, duhovnosti;
- zmanjševanje omejitev, invalidnosti in nefunkcionalnosti;
- izvajanje diagnostično terapevtskega programa;



- pisno in ustno komuniciranje na različnih relacijah (medicinska sestra – pacient, medicinska sestra – svojci, medicinska sestra – medicinska sestra, medicinska sestra – zdravnik, medicinska sestra – drugi sodelavci, medicinska sestra – javnost).

ZAKLJUČEK

Sodoben način zdravljenja forenzičnega pacienta, katerega integralni del je zdravstvena nega, prinaša spremembe v psihiatriji, spreminja pa se tudi delež, ki ga imajo pri odpravljanju motenj dušnega zdravja posameznik, svojci in socialno okolje. Proces zdravstvene nege je pri forenzičnem pacientu lahko uspešen samo ob dobrem timskem delu, kar pomeni medsebojno razumevanje in spoštovanje znanja vsakega posameznika. Za uspešno timsko delo je potrebno zagotoviti učinkovito in nemoteno komunikacijo in ohranjanje zaupanja med člani zdravstvenega tima. Pred nami je velik izziv, povezan s profesionalnim razvojem medicinskih sester – znanja in veščin, ki so potrebni za zagotavljanje psihiatrične zdravstvene nege.

Za delo v forenzični psihiatriji potrebujemo dobro izobražene, strokovne in kompetentne člane multidisciplinarnega tima, ki jih ob visoki strokovnosti odlikuje še sposobnost učinkovitega in terapevtskega komuniciranja.

LITERATURA

Balažič I. Vloga medicinske sestre pri obravnavi pacienta z agresivnim vedenjem. *Utrip*.

2010;18(10): 28–9.

Čuček Trifkovič K, Pišlar M. Osnove zdravstvene nege v psihiatriji. In: Kores Plesničar B, ed. *Duševno zdravje in zdravstvena nega*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2011: 14–6.

Kazenski zakonik Republike Slovenije. Uradni list Republike Slovenije št. 63/1994.

Kobal M. Pravni vidiki psihiatrije. In: Tomori M, Ziherl S, eds. *Psihiatrija*. Ljubljana: Litterapicta Ljubljana, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani; 1999: 507-17.

Ličina M. Osnove značilnosti forenzične psihiatrije. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Založba Rokus Klett; 2009: 327–31.

Roljič S. Uspešno obvladovanje nasilnega vedenja. In: Poček U, ed. *Nasilno vedenje v duhu novih praks*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2009: 31-4.

Ziherl S, Žagar D. Primerjava forenzične psihiatrije v Sloveniji in na Nizozemskem. *Zbornik 9. in 10. forenzičnega seminarja*. Ljubljana; 1998: 91-5.

Zupančič BM, Kalčina L. *Evropska konvencija o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin*. Svet Evrope. Ljubljana: IDC Sveta Evrope pri NUK; 2000: 1-2.

MANAGEMENT CELOVITE KAKOVOSTI



122A

MANAGEMENT CELOVITE KAKOVOSTI V BOLNIŠNICI IN VPLIV NA PROCES ZDRAVSTVENE NEGE

COMPREHENSIVE QUALITY MANAGEMENT IN A HOSPITAL AND ITS IMPACT ON THE HEALTHCARE PROCESS

Zdenka Kramar, dipl. m. s.

Sandra Jerebic, univ. dipl. soc.

Splošna bolnišnica Jesenice

zdenka.kramar@sb-je.si

Ključne besede: kakovost in varnost, zdravstvena nega

IZVLEČEK

V članku je prikazano izvajanje nenehnega izboljševanja kakovostne in varne obravnave pacientov in vpliv na izvajanje zdravstvene nege v Splošni bolnišnici Jesenice. Kakovostna in varna zdravstvena obravnava za posameznega pacienta mora biti prioriteta vsakega, ki dela v zdravstvu, ne glede na položaj ali poklicno skupino. Celotno osebje mora čutiti, da lahko sodeluje pri izboljševanju kakovosti in povečevanju varnosti pacientov pri svojem vsakodnevnem delu in da zagotavlja, da ne bo prihajalo do nepotrebnih odklonov, ki vplivajo na zdravje pacientov.

V nadaljevanju so prikazana orodja za zagotavljanje kakovosti in varnosti v bolnišnici. Le s strateškim pristopom se lahko vzpostavi večja kakovost obravnave in varnosti pacientov, ki zahteva timski pristop in razumevanje uvajanja kakovosti s strani vseh, vključenih v tim, in ne le nekaterih posameznikov. Za vzpostavitev celovitega sistema kakovosti in varnosti je pomembno voditeljstvo, saj le tako lahko z izkazanim sodelovanjem pri izboljševanju kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave omogočamo in pripravljamo podlage za izvajanje zdravstvene prakse na osnovi znanstvenih dokazov in vzdrževanjem kulture varnosti. Kultura varnosti temelji na pravičnosti in odgovornosti, sodelovanju s pacienti, velik je poudarek na izobraževanju in opolnomočenju osebja, postavimo si dogovorjene cilje kakovosti in varnosti z merili, poti sporočanja napak, učenje iz napak, ocenjevanjem tveganj in vpeljavo presoje zdravstvene prakse na različne načine.

Keywords: quality and safety, nursing care

ABSTRACT

This article presents the introduction of continual improvement of quality safe treatment of patients and its impact on offering healthcare at the Jesenice General Hospital. Quality safe medical treatment of individual patients must be a priority for all involved in healthcare, regardless of their position or professional category. The entire staff must feel that it can work together to improve quality and increase patient safety in its everyday work, ensuring that deviations affecting patients' health do not occur.

The article examines the tools for hospital quality and safety assurance. It is impossible to establish

improvement of quality and safety for patients without a strategic approach because the lack of such an approach means that introducing quality would be fragmented and borne by individuals. Leadership is important when establishing a comprehensive quality and safety system because only in this way, by demonstrating cooperation in improving healthcare quality and safety, is it possible to enable and prepare foundations for offering healthcare services based on the findings of research, maintenance of a culture of safety that is just, responsibility, patient cooperation, staff education and empowerment, agreed-upon quality and safety goals with criteria, including measurement of a culture of safety, routes for reporting errors, learning from errors, assessing risks, and introducing various ways of assessing healthcare practice.

UVOD

Zagotavljanje kakovosti je proces, ki zajema sistematično opisovanje, merjenje, vrednotenje in, ko je potrebno, tudi izvajanje ukrepov za izboljševanje kakovosti. Pomeni sistematično in načrtovano izvajanje ukrepov, s katerimi bomo dosegli predpisane zahteve kakovosti (Robida, 2010). Medicinske sestre in drugi zdravstveni strokovnjaki morajo biti zavzeti za izboljšanje stanja pacientov, za katere skrbijo in pri tem želijo izboljšati kakovost zdravstvene oskrbe. Za nenehno izboljšanje kakovosti in varnosti celostne oskrbe pacientov je potrebno stalno pridobivanje znanja, posebno na področju zdravstvene nege.

Nenehno izvajanje kakovosti in varnosti mora postati tudi sistem odgovornosti. Glede na mobilnost pacientov, kakovost in varnost vse bolj postajata pomembna elementa za pridobitev, nudenje in izvajanje zdravstvenih storitev. Aktivno izboljševanje kakovosti in varnosti mora v zavodu potekati v vseh procesih, tudi pri podpornih dejavnostih in mora vključevati ter povezovati vse organizacijske enote (Robida, 2010).

Namen članka je predstaviti uvajanje nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti v Splošni bolnišnici Jesenice pri obravnavi pacienta ter prikazati prednosti takšnega načina dela ter priložnosti za izboljšave. Cilj članka je prikaz dobre prakse v Splošni bolnišnici Jesenice na področju izboljševanja kakovosti in varnosti.

METODA DELA

Pri oblikovanju članka smo sistematično pregledali strokovno literaturo v bibliografskih bazah, kot so Cobiss in Medline. Pregledali smo domačo in tujo literaturo in vire, ki se navezujejo na omenjeno temo. S pregledovanjem smo želeli ugotoviti, kakšne so dosedanje izkušnje na področju nenehnega uvajanja kakovosti in varnosti v bolnišnicah. V članku smo uporabili rezultate kazalnikov kakovosti celostne oskrbe pacientov Splošne bolnišnice Jesenice. Uporabili smo tudi deskriptivno metodo in rezultate nacionalne ankete o zadovoljstvu pacientov.

PREGLED LITERATURE

Varne in kakovostne zdravstvene obravnave mora biti deležen vsak pacient in mora biti prioriteta vsakega zdravstvenega strokovnjaka, ki se srečuje z oskrbo pacientov, ne glede na položaj ali poklicno skupino. Uvajanje in izboljšanje varnostne kulture mora biti pomemben strateški cilj vsake zdravstvene ustanove. Osebe mora spoznati in čutiti, da sodeluje pri izboljševanju kakovosti in povečevanju varnosti pacientov pri svojem vsakodnevnem delu, da zagotovi, da ne bo prihajalo do nepotrebnih smrti in škode za zdravje zaradi napak (Robida, 2010).

V Nacionalni strategiji kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010 - 2015) je opisan celosten pristop na področju kakovosti in varnosti v zdravstvu. Bistvo strategije in vodenje kakovosti je sistematično izboljšanje znanja izvajalcev, organiziranosti procesa zdravstvene obravnave, delovnega okolja in vodenja. Zapisano je še, da se morajo vsi partnerji v sistemu povezati pri doseganju istega cilja, to je vodenja kakovosti, z ustvarjanjem kulture kakovosti ter varnosti. (Nacionalna, 2010 - 2015). Tudi v Strategiji zdravstvene nege in oskrbe v obdobju 2012 - 2016 je opredeljeno, da je uvajanje kakovosti in varnosti v zdravstveni negi in oskrbi integralni del vzpostavitve celovitega sistema upravljanja na področju kakovosti in varnosti

celotnega zavoda. Kot pristop k izboljšanju kakovosti in varnosti se mora tudi v zdravstveni negi uporabljati sistem nenehnih izboljšav, ki vključujejo standardizacijo delovnih procesov in zdravstvenih storitev, redno merjenje kazalnikov kakovosti, identifikacijo vzrokov odstopanja, sistemsko in sistematično odpravljanje vzrokov ter upravljanje s tveganji (Nacionalna, 2012 - 2016).

Odbor ministrov Sveta Evrope je v svojem dokumentu leta 2006 zapisal, da je dostop do varne zdravstvene oskrbe temeljna pravica vsakega državljana v vseh državah članicah. Čeprav napake nastajajo pri vsakem delovanju posameznika, je vendarle mogoče, da se iz njih učimo in preprečujemo njihovo ponavljanje in da so izvajalci zdravstvene dejavnosti, ki so dosegli visoko raven varnosti, sposobni priznati napake in se iz njih učiti. Če želi zdravstvena ustanova pričeti z uvajanjem kulture varnosti, mora imeti tudi orodje, s katerim bo dobila podatke o stanju na področju varnosti pacientov. Potrebno je uporabiti takšno ocenjevalno orodje, ki je osredotočeno na kulturo varnosti z vidika pacienta in v prizadevanje izboljšanja kulture varnosti. Po mnenju Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, 2009) je največji izziv premik pri spreminjanju kulture od iskanja krivde posameznika pri nastanku napake v sistem, kjer se napake ne obravnavajo kot osebni neuspehi, temveč kot priložnosti za izboljšanje sistema in preprečevanje škode (Institute of Medicine, 2001). Področje izobraževanja je eden ključnih elementov pri premiku zaznavanja zaposlenih o pomenu varnosti pacientov. Vse večji pomen ima tudi z dokazi podprta zdravstvena obravnava, kjer se z rezultati raziskav podpre odločitve o uvajanju kulture varnosti (Blake, Kohler, Rask et al, 2006).

Svetovna zdravstvena organizacija je v letu 2009 uvedla standardiziran kontrolni seznam priporočil v perioperativni zdravstveni obravnavi pacienta za celotno operacijsko ekipo. Tako so lahko določene standardizirane smernice bolj široko sprejete, kar bo bistveno pripomoglo k večji varnosti pacientov (Sammer, Lykens in Singh, 2008). Različne raziskave so pokazale pomemben vpliv na varnost pacientov, če je bila komunikacija strukturirana, jasna in odprta (Weinstock, 2007).

Kakovost in varnost v Splošni bolnišnici Jesenice

Splošna bolnišnica Jesenice ima od leta 2009 dalje vpeljan sistem vodenja kakovosti po mednarodnem standardu kakovosti ISO 9001: 2008. Do danes je sistem vodenja kakovosti nadgradila s pridobitvijo nemškega standarda kakovosti TEMOS - Quality in Medical care - worldwide (Quality certification in medical tourism & tourism medicine, 2010) ter v letu 2011 s pridobitvijo mednarodne akreditacije za kakovost v zdravstvu - DIAS (DNV International Accreditation Standard) in od leta 2011s certifikatom Družini prijazno podjetje (Ekvilib Inštitut, 2003).

Varnost pacientov

Zagotavljanje in izboljševanje varnosti zdravstvene oskrbe pomeni preprečevanje varnostnih zapletov in ustrezno ravnanje v primeru, ko do njih pride. Pomembno je ukrepanje za zmanjševanje posledic in vzpostavljanje sistemskih rešitev za preprečevanje ponovitev neželenih dogodkov (Robida, 2010).

Napake in odkloni so v medicini znani že vse od začetka njenega delovanja in tudi skozi zgodovinski razvoj zdravstvene nege. V Sloveniji ni znano, koliko škodljivih dogodkov se zgodi pri zdravstveni obravnavi pacientov (Robida, 2010). Do sedaj ni bilo narejene nobene raziskave, na osnovi katere bi lahko sistemsko izvajali ukrepe in usmerjali razvoj kakovosti in varnosti pacientov. Če povzamemo podatke Združenih držav Amerike, se število škodljivih dogodkov giblje med 44.000 in 98.000 in polovico od teh bi se lahko preprečilo. (Kohn, Corigan in Dolandson, 2000).



Vodenje kakovosti in varnosti v Splošni bolnišnici Jesenice

Varnost in kakovost se zagotavlja z izvajanjem korektivnih ukrepov, ki se izvajajo s pomočjo varnostnih vizit in razgovorov o varnosti, konferenca o izidih in zapletih v zdravstveni negi, v okviru projektnih timov, s pomočjo analize vzrokov in posledic, različnih nadzorov in presoj. Pričeli so s sistematičnimi aktivnostmi na področju predaje pacienta med posameznimi izmenami, med timi in enotami. Uvedli so strukturiran način predaje pacienta.

Stopnja zaznavanja kulture varnosti

Uvajanje kulture varnosti in nenehno izboljšanje kakovosti je proces, ki lahko prispeva k pozitivnim spremembam in izboljšavam na področju varnosti pacientov. Kakovost in varnost pacientov morata postati del profesionalne odgovornosti. Varnost pacientov mora postati vrednota in odgovornost slehernega zaposlenega v zdravstveni ustanovi (Kramar, 2007).

Stopnje zaznavanja kulture varnosti so v bolnišnici ugotavljali s pomočjo ankete Agency for Healthcare Research and Quality (2009). Na ta način smo dobili oceno zavedanja zaposlenih o pomembnosti varnosti pacientov in zaščite zaposlenih pred tožbami in si pridobili izhodiščne podatke o stopnji zaznavanja kulture varnosti in določili tista področja, ki so priložnosti za izboljšave. Ugotovili smo, da je še vedno v veliki meri prisotna kultura obtoževanja in iskanje krivca. Tako odnos do škodljivih dogodkov velja tudi za stroko zdravstvene nege. Pridobljene rezultate smo uporabili kot osnovo za primerjavo v prizadevanjih za vzpostavitev izboljšanja in ohranjanja kulture varnosti (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, 2009). Na ta način smo prepoznali kritična področja za varnost pacienta in se osredotočili na reševanje problemov in načrtovanje aktivnosti za izboljšanje stanja na področju varnosti in uvajanju kulture varnosti. Oblikovali smo Strategijo varnosti in strateško postavili cilje na področju kakovosti in varnosti.

Varnostne vizite in varnostni razgovori kot ukrep na odklon v Splošni bolnišnici Jesenice

V definiciji Robida (2006) opredeljuje varnostne vizite kot proces, v katerem vodstvo obišče oddelek/enoto in se pogovarja z osebjem, ki neposredno dela s pacienti. Pogovor poteka o varnostnih zapletih, ki so pripeljali do škode za pacienta, o potencialnih problemih in možnih rešitvah. Varnostni razgovor pa definira kot priložnosti za učenje, saj udeleženci pogovora razpravljajo o varnostnih problemih in iščejo rešitve zanje. Ključna prvina izboljšanja varnosti za pacienta je spodbujanje kulture varnosti: visoko zavedanje o varnostnih problemih na vseh ravneh. Za izvajanje varnostnih vizit in varnostnih razgovorov v bolnišnici uporabljajo strukturiran obrazec o poteku varnostnih vizit. Sam potek in izvedba varnostne vizite ali varnostnega razgovora pa je opisan v protokolu. Uvedba varnostnih vizit in pogovorov o varnosti v proučevani bolnišnici zagotavlja pomemben element uvajanja kulture varnosti (Kramar, 2007).

Konferenca o izidih in zapletih v zdravstveni negi

Je izredno učinkovita metoda za izvedbo korektivnih ukrepov in sistemskih rešitev v zdravstveni negi. Konference so rezultat vzročno posledičnih analiz in potekajo prav na osnovi teh rezultatov. Konferenca je vnaprej pripravljena, vodi jo strokovnjak, ki se ga določi glede na obravnavan problem. Konferenca o izidih in zapletih poteka po vnaprej znanem protokolu, kjer je natančno opredeljen potek konference. Vsaka konferenca ima vnaprej opredeljen cilj in namen. Na konferenci sodeluje zdravstveni tim, vsi prisotni enakopravno razpravljajo o vzrokih in posledicah dogodka, ki se je zgodil in delujejo ne obtožujoče ter v smeri, da se podoben dogodek ne bi ponovil (Interni viri SBJ, 2012).

Presoja kakovosti in varnosti

Kakovost v bolnišnici je koncept, ki mora opredeljevati vrednotenje in presojo celostne oskrbe pacientov in je pomemben element kakovosti zdravstvene oskrbe. Presoja kakovosti je proces, ki pokaže, v kolikšni meri se oskrba pacientov izvaja skladno z merili kakovosti, ki so opredeljeni v standardih. Z izboljševanjem kakovosti in posledično s tem izvajanjem presoj skladnosti z definiranimi standardi, vpeljanimi smernicami klinične prakse, kliničnimi potmi, veljavnimi procesi celostne oskrbe pacientov, sledenjem kliničnih kazalnikov, spremljanjem, preprečevanjem in priznavanjem zdravstvenih napak ter ozaveščanjem zaposlenih o pomembnosti kakovosti, se lahko z izvajanjem dobre prakse približamo in zapolnimo razkorak do znanstveno podprte zdravstvene prakse.

V Splošni bolnišnici Jesenice redno izvajajo presoje/nadzore na različnih nivojih zdravstvene obravnave. Pred presojo/nadzorom poskušamo pridobiti širok krog zaposlenih, ki potem brez strahu sodelujejo pri presoji/nadzoru in jo vzamejo kot proces učenja za izboljšanje vsakodnevnega dela in najboljše prakse. Vsako leto izvedemo presoje/nadzor skladnosti s kriteriji standarda kakovosti. Pri tem izvedemo tudi presojo skladnosti pri rokovanju/upravljanju z zdravili. Po končani presoji/nadzoru vedno naredimo načrt izvedbe ukrepov, pri tem izhajamo iz kroga izboljšav in poskušamo vpeljati spremembe, ki bodo privedle do izboljšanja kakovosti dela s pacientom (Kramar, 2010).

Kazalniki kakovosti in varnosti

S kazalniki kakovosti se lahko prikaže kakovost in strokovnost opravljenih aktivnosti zdravstvene nege, predvsem tistih aktivnosti, ki jih medicinske sestre izvajamo vsak dan in temeljijo na dokazljivosti oziroma preverljivosti (Vrankar, 2007). Kazalniki nam omogočajo tudi primerljivost znotraj ustanove in možnost primerjave navzven. S ciljem izboljšanja kakovosti in varnosti v zdravstveni negi smo v bolnišnici določili več kazalnikov kakovosti s katerimi merimo kakovost in varnost zdravstvene nege v okviru celostne obravnave pacientov. Tako vodimo kazalnike kakovosti in to so padci pacientov in nastanek razjede zaradi pritiska, higiena rok, preprečevanje več odpornih mikroorganizmov in kazalniki o učinkovitosti predaje pacienta (Kramar, 2012).

V zadnjih letih vključujemo tudi posebne kazalnike varnosti kot del meritev in dokazovanje o dobri klinični praksi. Pri tem so mišljeni tisti škodljivi dogodki, ki se ne bi smeli zgoditi, to so tako imenovani »never event« dogodki. To so dogodki, če gre za poseg, ki je izveden pri napačnem pacientu, ali če gre za napačno stran operativnega posega, ali sam napačen poseg. Vsaka bolnišnica bi morala imeti vzpostavljen sistem za preprečevanje takih dogodkov. Jasno bi morala imeti opredeljen proces identifikacije pacienta in same aktivnosti, posega. Prav to je največkrat vzrok za napačno odločitev strani posega ali samega posega (Rems, 2013). V Splošni bolnišnici Jesenice imamo že 7 let vpeljan proces identifikacije pacienta, v zaključni fazi je priprava protokola za označitev strani operacije. Pred dvema letoma smo pričeli z izvajanjem kirurškega varnostnega sistema in po dveh letih dosegli skoraj 100 odstotno uporabo. Izvajanje aktivnosti v okviru kirurškega varnostnega sistema in protokola za identifikacijo je preprečilo veliko število škodljivih dogodkov in pripeljalo do mnogih sistemskih sprememb (Kramar, 2012).

Vodenje vseh preventivnih ukrepov pri preprečevanju padcev je v zadnjih letih bistveno pripomoglo k zmanjšanju števila padcev in s tem povečanju varnosti pacientov. Vsako leto beležimo boljše rezultate, tako znaša incidenca vseh padcev 1,1%, kar je prikazano v Preglednici 1.

Razpredelnica 1: Prikaz incidence vseh padcev pacientov in padcev na 1000 bolnišnično oskrbnih dni (Kramar, 2012)

Leto	2010	2011	2012
Skupno število vseh padcev pacientov	1,3	1,3	1,1
Število padcev pacientov iz postelje	0,5	0,3	0,3

Pri vodenju kazalnika rana zaradi pritiska (RZP) smo medicinske sestre popolnoma avtonomne in tudi odgovorne za njegov nastanek. V zadnjih letih smo z vpeljanimi ukrepi dosegli zelo dobre rezultate pri preprečevanju RZP, incidenca pridobljenih RZP znaša 2,8 %, kar je prikazano v Preglednici 2.

Razpredelnica 2: Prikaz incidence pridobljenih RZP na 1000 od leta 2010 do 2012 na vse sprejete paciente (Kramar, 2012)

Leto	2010	2011	2012
Skupno število pacientov z RZP	31,4 ‰	26,1 ‰	33,7 ‰
Število pacientov z RZP ob sprejemu	27,6 ‰	23,7 ‰	30,9 ‰
Število pacientov s pridobljeno RZP v SBJ	3,8 ‰	2,4 ‰	2,8 ‰

Oba kazalnika sta procesno vodena in imata določenega skrbnika procesa. Celoten proces dela je oblikovan tako, da aktivno vključuje širok krog zaposlenih, ki se združuje v projektni tim in deluje v okviru letno zastavljenih ciljev.

Projektni timi

Pri nenehnem uvajanju kakovosti in varnosti je zelo pomembno, da je celotna strategija usmerjena tako, da vključuje čim večje število zaposlenih v pripravo različnih standardov, protokolov, kliničnih poti, procesov dela. V bolnišnici to dosegamo z organiziranjem projektnih timov, ki delujejo na različnih področjih zdravstvene nege in oskrbe pacientov. V projektne time je vključenih 80% vseh zaposlenih v zdravstveni negi. Projektni timi so aktivno vključeni v vodenje in stalno izboljšanje ter učinkovito izvajanje korektivnih in preventivnih ukrepov na področju različnih kazalnikov kakovosti in varnosti (Kramar, 2011).

Preventivni in korektivni ukrepi ter varnostna priporočila

S preventivnimi in korektivnimi ukrepi želimo odpraviti in sistemsko rešiti ugotovljene odklone in okoliščin, ki so privedle do zapleta. Na osnovi teh ukrepov izvajamo varnostne vizite in konference o izidih in zapletih. V okviru ukrepov izvajamo tudi različna usposabljanja, ki izhajajo iz posameznih nepravilnosti in odklonov. Vzpostavljen računalniški sistem omogoča sledljivost tako nepravilnosti ali odklona, kot tudi vseh ukrepov, ki so bili izvedeni. Prav tako se preverja učinkovitost ukrepov. Na ta način zaključimo PDCA krog in izvedbo vseh aktivnosti, ki privedejo do izboljšav. Preventivne in korektivne ukrepe predlaga oseba ali tim, ki je bil zadolžen, da analizira odklon. Predlagane ukrepe posreduje odgovorni osebi. Vsi ukrepi imajo določeno časovnico in odgovorno osebo (Kramar, 2010)

Upravljanje z zdravili

Velik izziv zmanjšanje ali odprava napak ali motenj in prekinitev, ki po nepotrebnem povečajo zapletenost dela v zdravstveni negi in na koncu privedejo do večje nevarnosti za poškodbe ali škodo pri pacientih.

Številne študije ocenjujejo, da v ZDA, kar pri 1,5 mil. pacientov pride do napake kot posledice razdeljevanja zdravil (Institute of Medicine. *Preventing Medication Errors: Quality Chasm Series*). Stroški, ki nastanejo kot posledica teh napak, so osupljivi v smislu obolevnosti in umrljivosti pacientov, kot tudi v smislu velikanskih stroškov, strokovnjaki jih ocenjujejo na milijardo EUR na leto. Vsi ti podatki so nam v opozorilo, da smo tudi v naši bolnišnici pristopili k aktivnemu reševanju napak, ki nastanejo kot posledica upravljanja z zdravili.

Varno, učinkovito in kakovostno upravljanje z zdravili v bolnišnici zahteva zelo dobro strokovno usposobljenost in medsebojno sodelovanje vseh zaposlenih (zdravniki, medicinske sestre, farmacevti) in ostalih sodelavcev. Za izboljšanje upravljanja z zdravili smo izvedli več presoj in pregledov stanja. Na podlagi priporočil in ukrepov presoj smo izboljšali predpisovanje zdravil, razdeljevanje zdravil in uvedli sistem beleženja odklonov ter izvajanja korektivnih ukrepov (Kramar, 2010).

Zadovoljstvo pacientov

Pomemben del izvajanja kakovosti in varnosti je tudi spremljanje zadovoljstva pacientov.

Rems (2013) opisuje, če je ocenjevanje s strani pacientov v bolnišnici dobro, ni samo tehnična ocena. Prepričan je, da je to veliko več in da se s tem opredeljuje širša ocena in da takšna ocena pospešuje razvoj mehkejših metod (medsebojni odnosi med zaposlenimi, kot tudi med pacienti). V zadnjih letih smo dosegli dobre rezultate, kar je vsekakor rezultat dela z zaposlenimi. Na tem področju so bila izvedena številna izobraževanja s področja vodenja, komunikacije, kakovosti in varnosti.

Anketa o zadovoljstvu pacientov se vsako leto izvaja na nacionalnem nivoju, se naša bolnišnica uvršča z rezultati zelo visoko. Anketa je bila s strani Ministrstva za zdravje izvedena tudi v letu 2012. Dosegli smo zavidljive rezultate tako na področju delovanja celotne bolnišnice kakor tudi na področju zdravstvene nege, kar je razvidno iz spodnje preglednice.

Razpredelnica 3: Prikaz analiz anket o zadovoljstvu pacientov na področju zdravstvene nege (Kramar 2012)

	Koliko časa je trajalo, da se je prišla MS, ko ste jo potrebovali in prosili za pomoč?			Medicinske sestre so me obravnavale prijazno in spoštljivo.			
	2012	2011	2010	2012	2011	2010	
pogosto	75/ 14%	73/13,2%	50/11,0%	pogosto	39/7,2%	48/8,5%	52/11,2%
vedno	431/81%	426/76,8%	368/80,9%	vedno	492/91%	507/89,7%	397/85,4%
Skupaj	532/ 95%	555/90, 0%	455/91,9%	Skupaj	541/98,2	565/ 98,2	465/96,8

ZAKLJUČEK

V bolnišnici vse bolj spoznavamo, da je zelo pomembno, da je osebje informirano, da so odnosi profesionalni in da se zaposleni počutijo varno, kar privede, da se zaposleni nenehno in dejavno zavedajo svojega prispevka k delovanju ustanove in tudi možnosti, da gredo stvari lahko narobe. Vse napore smo usmerili v izgradnjo kulture poročanja, pravičnosti, prožnosti in nenehnega učenja. S svojim delovanjem poskušamo graditi pravično kulturo in spodbujati zaposlene, da sporočajo napake, ne da bi se bali posledic. S korektivnimi ukrepi želimo vplivati na sistemske vzroke za napako. Napake, ki se zgodijo, poskušamo sprejeti kot izziv za izboljšanje in zagotavljanje še večje varnosti.



Spremembe na področju kakovosti in varnosti smo pričeli že pred sedmimi leti, ko smo pridobili certifikat ISO. S tem je bila odstranjena prva ovira na poti nenehnega uvajanja kakovosti in varnosti v bolnišnici. V tistem obdobju smo pristopili k procesnemu vodenju in celostni oskrbi pacienta, kjer smo opredelili en glavni proces, to je celostna oskrba pacientov, ki združuje tako proces zdravljenja, terapije, diagnostike in zdravstveno nego. Pri nenehnem uvajanju kakovosti in varnosti je imela in ima tudi še danes zdravstvena nega pomembno vlogo in je hkrati velikokrat gonilna sila razvoja tega področja. Kakovost in varnost pacientov morata biti skupna vrednota in prepričanje vseh zaposlenih. Zavedati se je potrebno, da je kulturo težko spremeniti, zato je potrebno pristopiti načrtno in sistematično. Delovanje zaposlenih mora biti rezultat skupnega razumevanja na področju varnosti pacientov, ki se kaže z dinamično vzajemno interakcijo med zaposlenimi, aktivnostmi in sistemom. Oblikovanje kulture varnosti ni le posledica delovanja od zgoraj navzdol ampak predvsem učinek vseh aktivnosti in nalog od spodaj navzgor.

LITERATURA

- Agency for Healthcare Research and Quality. Surveys on Patient Safety Culture (sops) User Network. 2009; 1(1).
- Connor M, Ponte PR, Conway J. Multidisciplinary approaches to reducing error and risk in a patient care setting. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2002; 14(4): 359–67.
- Jones KJ, Skinner A, Xu L, Sun J, Mueller K. The AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: A Tool to Plan and Evaluate Patient Safety Programs. In: Henriksen K, Battles JB,
- Keyes MA, Grady ML, eds. *Advances in patient safety: New directions and alternative approaches*. Rockville: Agency for healthcare research and quality; 2008.
- Certifikat Družini prijazno podjetje; Ekvilib Inštitut; Operativni program razvoja človeških virov za obdobje 2007 – 2013, četrte razvojne prioritete »Enake možnosti na trgu dela in krepitev socialne vključenosti«.
- Kramar Z. Uvajanje kulture varnosti – izkušnje Splošne bolnišnice Jesenice. In: Kramar Z, Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Kraigher A, Skinder Savič K. *Varnost – rdeča nit celostne obravnave pacientov – 4. dnevi Angele Boškin: strokovno srečanje*. Gozd Martuljek, 7. – 8. April 2011. Jesenice: Splošna bolnišnica, Visoka šola za zdravstveno nego; 2011.
- Kramar Z. Notranja presoja/nadzor- pomemben element izboljšanja kakovosti v zdravstveni negi, 1. Mednarodna znanstvena konferenca Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor, Gradimo učinkovito in zmogljivo zdravstveno nego, Maribor, 2010
- Kramar Z, Marinšek N. Neskladnost pri razdeljevanju zdravil zaradi prekinitev, Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi – na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege, Zbornik predavanj, 3. mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, 2010, Ljubljana
- Kramar Z. Varnostne vizite in pogovori o varnosti pomemben element pri zagotavljanju varnosti bolnikov, Zbornik predavanj 2. Dnevi Angele Boškin, 2007, Bled
- Kramar Z. Varnostne vizite, Mednarodna konferenca o kakovosti in varnosti pacientov . Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, Brdo pri Kranju, 2009
- Kramar Z. Strokovno poročilo službe zdravstvene in babiške nege ter oskrbe. Jesenice: Splošna bolnišnica; 2012.
- Robida A. Zaznavanje kulture varnosti pacientov v Splošni bolnišnici Jesenice [interno gradivo]. Jesenice: Splošna bolnišnica; 2010.
- Robida A. Pot do odlične zdravstvene prakse - kako zdravstveni tim sam izboljšuje svoje vsakdanje delo. Portorož. 7.konferenca: Management in vodenje v zdravstvu, 4 -12.;2010.
- Sammer CE, Lykens K, Singh KP. Physician characteristics and the reported effect of evidence-based practice guidelines. *Health Serv Res* 2008; 43(2): 569–81.
- Interni viri Splošne bolnišnice Jesenice; Protokol konference o izidih in zapletih, Splošna bolnišnica Jesenice, 2012.
- Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. (Prepared by Westat, under Contract No. 290-96-0004). AHRQ Publication No. 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004.

Standard za bolnišnice. Mednarodne akreditacijske zahteve. DNV (Det Norske Veritas), DNV-DS-HC 101, Verzija 2.0, 2011.

Temos stands for: Trust. effective medicine. optimized services; Quality Management System.

Vrankar K. Spremljani kazalniki kakovosti na oddelku za intenzivno terapijo in nego V:Filej B, Kersnič P. (ur.) Zbornik predavanj in posterjev. 6. mednarodni kongres zdravstvene in babiške nege, Ljubljana, 10. in 11. maj 2007: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije–Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. 2007; 301 306

Weinstock M. Can your nurses stop a surgeon? *Hosp Health Netw* 2007; 81(9): 38–48.

KATEGORIZACIJA ZAHTEVNOSTI BOLNIŠNIČNE ZDRAVSTVENE NEGE V SLOVENSkih BOLNIŠNICAH V LETU 2011- PRIMERJAVA Z LETI 2007 – 2011

CATEGORIZATION OF THE ACUITY OF THE NURSING CARE IN SLOVENIAN HOSPITALS IN YEAR 2011- COMPARISON BETWEEN 2007-2011

Robert Terbovšek, dipl. zn.

Onkološki inštitut Ljubljana

mag. Branko Bregar, dipl. zn., viš. pred., asist.

Psihiatrična klinika Ljubljana

rterbovsek@onko-i.si

Ključne besede: kategorizacija zdravstvene nege, kadrovske normativi, ocenjevanje, skladnost

IZVLEČEK

Izhodišča Tuje raziskave jasno dokazujejo, da so neželeni dogodki v bolnišnicah, celo smrtni izidi, povezani s številom in izobrazbo izvajalcev zdravstvene nege. V svetu in tudi pri nas pa se kljub temu srečujemo s stalnimi pritiski odločujočih k zmanjševanju izvajalcev zdravstvene nege. Namen prispevka je prikazati zahtevnost zdravstvene nege, trende gibanja ter nadaljevanje (ne)ustreznosti kadrovske zasedbe v slovenskih bolnišnicah v letih 2007 do 2011.

Metode: Podatki so bili statistično obdelani in analizirani s pomočjo SPSS programa za okolje Windows. Uporabljene so bile enostavne deskriptivne statistične metode dela. Podatki so bili zbrani s pomočjo standardiziranih tabel za zbiranje podatkov Slovenske kategorizacije zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege in kadrovske zasedbe izvajalcev zdravstvene nege v slovenskih bolnišnicah. V vzorec so bile vključene vse bolnišnice, ki so posredovale podatke v letih 2007 – 2011.

Razprava in zaključki: Podatki kažejo, da so izvajalci zdravstvene nege v slovenskih bolnišnicah prekomerno obremenjeni in skrbijo oz. izvajajo zdravstveno nego pacientov verjetno s povečanim obsegom dela, kar verjetno lahko vodi do neželenih dogodkov in drugih posledic, ki jih navajajo nekateri tuji avtorji. Odgovornost takega stanja avtorji prispevka pripisujejo predvsem trenutnemu družbenemu stanju in neučinkovitemu managementu zdravstvene nege slovenskih bolnišnic, ki strateško ne načrtuje kadrov v zdravstveni negi.

Key words: categorization of nursing care, staff norms, evaluation, compliance

ABSTRACT

Introduction: International research clearly shows us that adverse events in hospitals are connected with the number and the education level of the nursing staff. Worldwide and in Slovenia, we are constantly dealing with the pressure to decrease the number of nursing staff. *Intention:* With this article we want to show the acuity of nursing care, trends and the continuation of (non) adequate nursing staffing in Slovenian hospitals in years between 2007 and 2011.

Methods: The data were statistically processed and analysed with the SPSS program for Windows. Simple descriptive statistic methods were used. The data were collected with standardized table for collected data of Slovenian categorization of the acuity of nursing care and data about nursing staffing in Slovenian hospitals. In the sample were included all the hospitals that were given data from 2007 to 2011.

Discussion and conclusion: The data show that nursing staff in Slovenian hospitals are excessive workload and they are taking care with very demanding patients. All that probably leads to unwanted events and other complications, that are described in foreign literature. The responsibility of that, authors are seeing in the current social status and the inefficiency of nursing care management of Slovenian hospitals, which are planning nursing care staff resources.

UVOD IN TEORETIČNA IZHODIŠČA

Slovenska kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege (SKZBZN) je sistem, ki je bil razvit, da bi lahko objektivno prikazoval delovne obremenitve izvajalcev zdravstvene nege (Klančnik Gruden et al., 2011) in s katerim pri nas že vrsto let dokazujemo pomanjkanje izvajalcev zdravstvene nege glede na zahtevnost zdravstvene nege, ki se izvaja v slovenskih bolnišnicah. Do sedaj pri nas še ni bil raziskan vpliv pomanjkanja medicinskih sester na izide zdravstvene obravnave (Bregar, Klančnik Gruden, 2011). Danes je sicer že povsem jasno, da obstaja povezanost med pomanjkanjem medicinskih sester in izidi zdravstvene obravnave pacientov v bolnišnicah. Aikenova je s sodelavci (2001) že leta 2001 dokazala, da neprimerna kadrovska zasedba z medicinskimi sestrami vodi do zmanjšanja varnosti in kakovosti zdravstvene nege. Visoko razmerje med pacienti in medicinskimi sestrami na kirurških oddelkih je povezano z večjo smrtnostjo in večjim nezadovoljstvom in stresom medicinskih sester pri delu (Aiken et al., 2002). Meta analiza Kana in sodelavcev (2007), v kateri so zbrali podatke iz 28 študij, ki so obravnavale povezanost med kadrovske zasedbo medicinskih sester in izidi zdravstvene obravnave, kaže, da obstaja verjetnost med večjim številom medicinskih sester in nižjo smrtnostjo ter neželenimi dogodki na akutnih oddelkih bolnišnične obravnave. Vendar dodajajo, da k temu prispevajo še drugi dejavniki v bolnišnicah kot tudi zavezanost bolnišnic k stalnemu izboljševanju in spremljanju kakovosti. Tudi zadovoljstvo medicinskih sester s pogoji dela je povezano z njihovo delovno učinkovitostjo. Vendar medicinske sestre dvomijo, da je management bolnišnic zavezan k zagotavljanju in razvoju varnosti zdravstvenih storitev, saj bi bil za to potreben učinkovitejši in uspešnejši sistem razvoja in pridobivanja kadrov. Ob tem raziskovalci ugotavljajo, da zaradi pomanjkanja medicinskih sester ostajajo mnoge aktivnosti zdravstvene nege neizvedene. Za natančnejšo analizo vseh teh dejavnikov na izide zdravstvene obravnave bi bilo nujno izvesti dodatne raziskave (Aiken et al., 2013).

Griffith (2009) razlaga, da so velike opazovalne študije, ki dokazujejo vpliv števila medicinskih sester na izide zdravstvene obravnave in se osredotočajo na varnost, narejene predvsem v Severni Ameriki (Aiken et al., 2002; Needleman et al., 2002). Vrsta študij, ki so bile zajete v različnih raziskavah v meta analizi, dokazuje, da je dodatna medicinska sestra na dan na pacienta povezana s 4% nižjo verjetnostjo smrtnosti, nižjo incidenco bolnišničnih okužb, krajšo ležalno dobo in nižjo incidenco neželenih dogodkov v bolnišnicah (Kane et al., 2007).

Za oceno zahtevnosti zdravstvene nege na oddelkih bolnišnic v zdravstveni negi uporabljamo kategorizacijske sisteme (Sullivan, Decker, 1997; Seremeus, 1997). Pri nas že vrsto let s SKZBZN dokazujemo 19% - 22% pomanjkanje medicinskih sester. (Bregar, Klančnik Gruden, 2009; Bregar, 2010; Bregar, Klančnik Gruden, 2011), kar »nam nakazuje, da bi bila lahko kakovost zdravstvenih storitev in varnost hospitaliziranih pacientov nižja, kar posledično lahko vpliva na slabše izide zdravstvene obravnave, podaljšano hospitalizacijo in / ali nižjo kakovost življenja pacientov« (Bregar, Klančnik Gruden, 2011). Prav tako je zahtevnost pacientov po zdravstveni negi, ki jih obravnavamo v slovenskih bolnišnicah, vse večja. Zato je zagotavljanje varne in kakovostne zdravstvene nege vprašljivo. Tuje ugotovitve kažejo, da se ob pomanjkanju kadra v zdravstveni negi izvajajo le nujne aktivnosti zdravstvene nege, ki lahko privedejo tudi

do večje smrtnosti in drugih neželenih dogodkov v procesu zdravstvene obravnave (Aiken et al., 2002; Bregar, Klančnik Gruden, 2011). Bregar in Klančnik Gruden (2011) sta v svojem prispevku tudi kritična do nekaterih podatkov SKZBZN, ki prikazujejo nerealno kadrovske stanje in spodbujata klinična okolja, da resneje pristopijo k razvoju verodostojnosti in zanesljivosti SKZBZN. Po nekaterih podatkih bolnišnic prihaja do prevelikih odklonov tako pri izvajanju kategorizacije kot pri podatkih o stanju kadra, kar naj predstavlja managerjem v teh okoljih spodbudo, da povečajo nadzor nad izvajanjem SKZBZN.

Namen prispevka je ugotoviti število zaposlenih v zdravstveni negi v letu 2011 in primerjati trend za obdobje od leta 2007–2011.

METODE DELA, POSTOPKI OBDELAVE, ANALIZE IN PRIKAZA PODATKOV

Postavili smo si raziskovalni vprašanja:

- Kakšno je število zaposlenih v zdravstveni negi v slovenskih bolnišnicah v raziskovanem obdobju?
- Kakšen je trend števila zaposlenih v zdravstveni negi in trend zahtevnosti zdravstvene nege v letih 2007–2011?

Podatki so bili statistično obdelani in analizirani s pomočjo SPSS programa za okolje Windows. Uporabljene so bile enostavne deskriptivne statistične metode dela (povprečni deleži, indeks povprečja). Podatki so bili zbrani s pomočjo standardiziranih tabel za zbiranje podatkov SKZBZN in kadrovske zasedbe izvajalcev zdravstvene nege v slovenskih bolnišnicah za obdobje od 2007 do 2011.

Predstavitev vzorca

Statistično množico predstavlja 23 bolnišnic, ki izvajajo zdravstveno dejavnost na sekundarnem in terciarnem nivoju v Republiki Sloveniji in so v letih 2007 do 2011 sodelovale pri zbiranju podatkov SKZBZN. Statistično enoto predstavlja ena bolnišnica v zdravstveni dejavnosti. Bolnišnice so bile zaradi lažje primerljivosti razdeljene v sklope: splošne bolnišnice, specialne bolnišnice in psihiatrične.

REZULTATI

Pri pregledu števila zaposlenih vidimo, da je stanje zaposlenih v letu 2011 kar za 5,12% ugodnejše v primerjavi z letom 2010. Vendar pa je njegova vrednost bližja stanju kadra v letih 2007–2009. Povprečno stanje kadra na dan za leto 2011 prikazuje, da izvajalci zdravstvene nege oskrbujejo paciente v slovenskih bolnišnicah s povprečno 21,28% pomanjkanjem kadra na dan.

Pri pregledu posameznih bolnišnic po sklopih (glej tabelo 1) lahko razberemo, da sklop specialnih bolnišnic izkazuje najmanjše nihanje v številu zaposlenih v prikazanem obdobju (od 72,29% –78,53%). Sledi sklop psihiatričnih bolnišnic (od 67,14% –75,63%) in sklop splošnih bolnišnic (od 69,01% – 83,55%).

Iz tabele 1 lahko razberemo, da smo v letu 2011 v slovenskih bolnišnicah v izbranem vzorcu zdravili v povprečju 38,29% pacientov, ki so bili pretežno samostojni pri izvajanju življenjskih aktivnosti (prva kategorija), 35,85% pacientov, ki potrebujejo pomoč pri izvajanju življenjskih aktivnosti (druga kategorija), 23,97% pacientov, ki so popolnoma odvisni pri izvajanju življenjskih aktivnosti (tretja kategorija) ter 1,58% odstotkov pacientov, ki so popolnoma odvisni ter vitalno ogroženi (četrti kategorija).

V kolikor podatke primerjamo s preteklimi leti od 2007–2010 lahko zaključimo, da se je delež prve kategorije zahtevnosti zdravstvene nege zmanjšal glede na leto 2010 (39,66%). Najmanjši delež prve kategorije je bil v prikazanem obdobju v tabeli 1 v letu 2009 (37,24%).

Delež druge kategorije zahtevnosti zdravstvene nege je glede na vsa pretekla leta (2007–2011) v letu 2011 najvišji in ima stalen trend naraščanja od leta 2007, ko je bil 33,98%.

Delež tretje kategorije zahtevnosti zdravstvene nege je v letu 2011 najnižji v primerjavi, ko je bil najvišji leta 2009 (26,78%).

Razpredelnica 1 prikazuje, da je v vzorcu slovenskih bolnišnic trend naraščanja zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege. Opazimo lahko, da delež prve kategorije pada, delež druge kategorije vztrajno narašča, delež tretje kategorije že drugo leto minimalno pada in četrte kategorije, ki je v trendu naraščanja. Opisane značilnosti se razlikujejo, v kolikor gledamo posamezne sklope bolnišnic (glej tabelo 1).

Razpredelnica 1: Povprečni delež posameznih kategorij zahtevnosti zdravstvene nege in stanje zaposlenih v vzorcu bolnišnic za obdobje od 2007 do 2011

Bolnišnice	1. ktg					2. ktg					3. ktg					4. ktg					stanje kadra				
	2007	2008	2009	2010	2011	2007	2008	2009	2010	2011	2007	2008	2009	2010	2011	2007	2008	2009	2010	2011	2007	2008	2009	2010	2011
1	16,85	15,80	17,23	17,45	15,71	35,80	38,46	36,84	37,92	38,20	40,71	39,19	39,21	37,75	39,70	6,64	6,55	6,72	6,88	6,39	70,34	85,68	86,19	75,53	85,88
2	19,59	14,71	19,94	20,30	16,83	37,63	35,38	33,50	31,72	33,37	39,71	46,80	43,12	44,19	45,42	3,06	3,10	3,44	3,78	4,38	69,08	68,44	78,32	61,18	60,18
3	23,79	20,81	21,01	20,49	8,76	36,11	38,41	39,78	40,00	55,46	35,57	36,55	34,63	34,37	31,61	4,52	4,23	4,58	5,14	4,16	106,35	65,45	116,29	0,00	67,69
4	31,47	28,87	22,56	18,07	17,60	29,14	31,25	35,63	39,58	44,20	36,13	37,16	38,45	38,92	34,90	3,26	2,72	3,37	3,43	3,30	80,73	95,37	71,91	88,50	91,45
5	26,12	24,63	23,24	21,96	22,30	41,48	41,86	41,91	42,24	42,10	29,26	30,27	31,43	32,42	32,70	3,13	3,24	3,42	3,38	3,00	85,09	67,75	65,38	53,27	74,66
6	22,63	22,86	23,98	23,00	23,11	38,16	36,30	37,37	39,69	39,68	37,58	39,37	37,70	36,06	35,59	1,63	1,47	0,95	1,25	1,63	85,68	87,56	82,94	74,20	82,50
7	28,80	27,88	25,26	25,37	22,70	37,97	36,97	39,29	39,85	41,40	29,43	31,57	32,00	31,97	32,10	3,80	3,58	3,46	2,81	3,80	73,92	96,62	82,69	73,84	89,94
8	26,86	33,63	27,39	26,47	26,80	39,84	33,63	31,85	30,59	32,60	32,41	32,03	40,13	42,35	39,70	0,89	0,72	0,64	0,59	0,90	95,33	94,63	76,20	76,93	0,00
9	16,13	11,81	7,20	8,67	9,50	45,21	48,73	48,65	45,48	51,06	34,91	35,55	40,41	42,18	36,15	3,75	3,90	3,74	3,67	3,29	62,94	75,46	72,03	70,66	84,92
10	22,96	18,76	19,96	22,11	20,91	23,04	25,57	28,26	29,74	32,66	49,92	50,82	47,02	45,52	42,40	4,08	4,85	4,75	2,63	4,04	98,73	76,61	101,97	60,98	89,43
11	18,28	17,72	20,35	19,38	17,57	42,34	38,88	39,76	40,76	41,75	38,34	42,15	37,94	38,31	38,77	1,04	1,25	1,95	1,56	1,92	66,90	65,20	56,51	55,05	0,00
Splošne bolnišnice	23,04	21,59	20,74	21,57	18,62	36,98	36,86	37,53	37,19	40,79	36,73	38,32	38,37	38,10	37,17	3,26	3,24	3,36	3,14	3,42	80,56	79,35	83,55	69,01	75,81
12	38,76	39,05	38,76	42,12	42,47	34,10	33,01	33,19	31,10	30,58	24,87	26,26	26,51	24,60	24,93	2,27	1,68	1,53	2,19	2,02	110,18	87,03	92,88	112,78	108,28
13	13,68	17,80	18,22	14,33	9,98	31,97	27,52	25,56	34,63	37,89	54,35	54,68	56,21	51,04	51,23	0,00	0,00	0,00	0,00	0,84	28,27	83,45	75,89	0,00	45,73
14	27,28	25,67	24,08	22,30	22,63	43,85	40,75	41,96	42,49	43,60	28,66	33,30	32,97	34,89	33,16	0,21	0,28	0,98	0,32	0,61	49,71	55,32	65,68	64,72	69,01
15	55,97	65,66	23,01	0,00	0,00	10,48	5,43	39,61	62,49	63,43	33,55	28,90	37,38	37,40	36,57	0,00	0,00	0,00	0,10	0,00	77,22	83,23	73,97	64,86	69,58
16	17,74	14,88	18,33	16,13	15,10	50,00	52,89	45,00	46,77	47,90	31,45	31,40	36,67	37,10	37,00	0,81	0,83	0,00	0,00	0,00	57,53	62,01	61,29	63,87	59,16
17	23,60	16,74	14,51	12,67	11,71	56,45	58,08	60,90	63,80	65,59	18,11	21,71	21,24	19,69	19,30	1,84	3,47	3,35	3,84	3,40	81,97	87,38	79,67	78,00	70,85
18	9,94	43,80	44,55	41,31	40,90	59,50	35,18	31,82	36,12	35,66	16,00	16,00	23,64	16,00	16,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	114,94	85,69	63,72	73,76	67,65
Specialne bolnišnice	26,71	31,94	25,93	25,02	24,01	40,91	36,12	39,72	45,63	46,61	29,57	30,32	32,43	27,73	27,58	0,73	0,90	0,84	0,81	0,87	75,21	78,53	74,86	76,33	72,29
19	65,27	63,50	68,51	84,48	73,25	25,27	30,14	27,99	13,50	22,80	8,57	6,30	3,43	1,98	3,71	0,88	0,06	0,07	0,04	0,25	82,12	67,41	72,98	90,98	97,23
20	39,67	37,69	43,68	54,48	66,86	44,16	43,64	40,14	36,57	26,11	16,05	18,51	16,12	8,84	6,84	0,12	0,17	0,06	0,11	0,19	38,19	46,78	45,12	56,26	63,79
21	77,14	71,17	70,42	66,34	60,28	14,75	22,65	23,70	26,73	30,98	8,12	6,19	5,88	6,89	8,74	0,00	0,00	0,00	0,04	0,00	75,87	60,42	65,67	68,63	62,50
22	83,02	80,07	71,43	78,88	78,70	13,58	17,79	24,76	17,30	16,80	3,13	1,50	2,86	3,63	4,22	0,27	0,63	0,95	0,19	0,28	85,45	86,64	88,57	92,80	93,03
23	67,52	68,91	69,53	74,30	75,00	21,51	20,58	19,04	17,12	15,95	10,23	9,81	10,98	8,08	8,38	0,75	0,71	0,45	0,50		74,22	73,98	74,97	68,18	74,92
Psihiatrične bolnišnice	65,52	64,51	65,06	72,41	72,23	24,04	25,49	25,04	20,64	20,17	9,94	9,54	9,56	6,66	7,15	0,50	0,45	0,34	0,29	0,45	68,58	67,14	68,74	75,37	75,63
Slovenske bolnišnice	38,42	39,35	37,24	39,66	38,29	33,98	32,82	34,10	34,49	35,85	25,41	26,06	26,78	24,16	23,97	1,50	1,53	1,52	1,41	1,58	78,80	78,09	81,14	73,60	78,72

Delež četrte kategorije je leta 2011 najvišji in izkazuje od leta 2007 stalen trend naraščanja.

Pri primerjanju podatkov zahtevnosti zdravstvene nege pacientov po posameznih sklopih bolnišnic, vidimo, da zdravijo najbolj zahtevne paciente v splošnih bolnišnicah in najmanj zahtevne oziroma najbolj samostojne pri izvajanju življenjskih aktivnosti v psihiatričnih bolnišnicah, kjer zasledimo največji delež prve kategorije (več kot dvakrat v primerjavi z drugimi bolnišnicami).

RAZPRAVA

Podatki kažejo, da so izvajalci zdravstvene nege v slovenskih bolnišnicah prekomerno obremenjeni in verjetno skrbijo oz. izvajajo zdravstveno nego pacientov s povečanim obsegom dela (nadurno delo), kar lahko vodi do neželenih dogodkov in drugih posledic, ki jih navajajo nekateri tuji in domači avtorji (Aiken et al., 2002; Bregar, Klančnik Gruden, 2011). Kot že avtorja Bregar in Klančnik Gruden (2011) v letu 2011 trdita, tudi sedaj opozarjamo, da je management bolnišnic odgovoren za tako stanje kadra in razmere v slovenskih bolnišnicah in ne upošteva tujih raziskav pri strateškem odločanju na področju kadrov v zdravstveni negi. Menimo, da s tem namerno postavlja paciente, ki se zdravijo v slovenskih bolnišnicah, v stanje večje potencialne nevarnosti. Seveda bi bilo zanimivo pogledati primerjavo zaposlovanja tudi druge skupine zaposlenih, ki poleg zaposlenih v zdravstveni negi najbolj vplivajo na izide zdravstvene obravnave



– to je zdravnikov. Dejstvo je, da se bo zahtevnost zdravstvene nege kvečjemu še povečevala, kar je pričakovati tudi iz demografskih podatkov (Statistični letopis, 2012). Rezultati primerjave podatkov prikazujejo, da je stanje kadra v letu 2011 ugodnejše kot v letu prej. Vendar avtorja prispevka menita, da tako stanje ni odraz realnega stanja, saj pri pregledu podatkov lahko vidimo, da je pri sklopu splošnih bolnišnic prišlo do napak – so prevelika nihanja glede stanja kadra v primerjavi z ostalima sklopoma.

Še vedno smo kritični in nismo povsem zadovoljni do podatkov SKZBZN, ki jih bolnišnice pošiljajo odgovornim za podatke (Bregar, Klančnik Gruden, 2011). Pri pregledu podatkov lahko rečemo, da obstajajo velika nihanja med posameznimi bolnišnicami. Avtorji raziskave so iz nabora bolnišnic že tako izločili tiste, ki so bile za primerjavo v prikazanem obdobju neprimerne, zaradi podatkov, ki so izkazovali prevelike odklone.

Takšno stanje je opazno že nekaj let. Rešitev avtorja vidita v izobraževanju kadra, zunanjih nadzorih, aktivnem vključevanju vseh zaposlenih. Dvigniti je potrebno raven zaupanja v kategorizacijo kot metodo, ki je realen pokazatelj kadrovskih potreb.

ZAKLJUČEK

Stanje zaposlenih je v slovenskih bolnišnicah, kljub naraščajočemu trendu vse bolj zahtevnih pacientov, v primerjavi s preteklimi leti enako, kar pomeni, da izvajalci zdravstvene nege delajo pod vse večjimi pritiski.

Metoda SKZBZN je po mnenju avtorjev že uveljavljena metoda za prikazovanje stanja zahtevnosti zdravstvene nege v slovenskih bolnišnicah, vendar trdimo, da nekatere bolnišnice pri izvajanju SKZBZN še vedno niso povsem objektivne. Zato pozivamo management zdravstvene nege teh bolnišnic, da metodo SKBZN utrdi z notranjimi nadzori, po potrebi tudi zunanjimi, na podlagi katerih ugotovitev bo lahko izvajal izobraževanje zaposlenih. SKZBZN je edina objektivna metoda, s katero lahko management strateško načrtuje kader v zdravstveni negi. V kolikor za podatke ne bomo mogli reči, da so povsem verodostojni, SKZBZN nima svoje vrednosti.

LITERATURA

- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*. 2002;288(16):1987-93.
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski JA, Busse R, Clarke H et al. Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Aff*. 2001;20(3):43-53.
- Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Sermeus W; RN4CAST Consortium. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(2):143-53.
- Bregar B, Klančnik Gruden M. Vpliv kadrovske zasedbe v zdravstveni negi na kazalnike kakovosti. In: Majcen Dvoršak S, Kvas A, Kaučič BM, Železnik D, Klemenc D. *Medicinske sestre in babice - znanje je naša moč*. 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Ljubljana, 11.-13. maj 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2009: 323B.
- Bregar B, Klančnik Gruden M. Zahtevnost zdravstvene nege in kader v slovenskih bolnišnicah. In: Kolnik TŠ, Majcen Dvoršak S, Klemenc D, eds. *Medicinske sestre in babice zagotavljamo dostopnost in enakost zdravstvene oskrbe pacientov: zbornik prispevkov z recenzijo / 8. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Maribor, 12., 13. in 14. maj 2011*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babic; 2011: 244 – 248.
- Bregar B. Zahvala za sodelovanje in sporočilo : v slovenskih bolnišnicah primanjkuje prek devetnajst odstotkov medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Bi to moralo koga vsaj malo skrbeti? *Utrip*. 2010;18(7-8);19.
- Griffiths PRN+RN=better care? What do we know about the association between the number of nurses and patient outcomes? *Int J Nurs Stud*. 2009;46(10):1289-90.

Kane RL, Shamliyan TA, Mueller C, Duval S, Wilt TJ. The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis. *Med Care*. 2007;45(12):1195-204.

Klančnik Gruden M, Bregar B, Peternej A, Marinšek N. Slovenska kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege (SKZBZN). Priročnik (Verzija 4). Interno gradivo. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011.

Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med*. 2002;346(22):1715-22.

Sermeus W, Epping P. Management of a nursing ward. Using patient clinical data for nurse assignment. *The informed touch series 1997*; www.bcsnsg.org.uk/inftouch/vol1/sermeus.html

Sullivan EJ, Decker PJ. *Effective leadership and management in nursing*. 4 th ed. Menlo Park: Addison Wesley Longman, Inc, 1997: 1-478.

Statistični letopis 2012. Statistični urad Republike Slovenije. Dostopno na: <http://www.stat.si/letopis/LetopisVsebinska.aspx?poglavje=4&lang=si&leto=2012> (9.3.2013).

122D

»HOTELSKI TIP ZDRAVSTVENE NEGE« - NEVARNOST ALI PREDNOST ZA SODOBNO ZDRAVSTVENO NEGO

THE »HOTEL-TYPE OF NURSING CARE« - A RISK OF BENEFIT FOR MODERN NURSING CARE

pred. Vesna Zupančič, dipl. m. s., univ. dipl. soc. ped.

Visoka šola za zdravstvo Novo mesto

vesna.zupancic@guest.arnes.si

Ključne besede: razvoj zdravstvene nege, poslovna uspešnost, moralno-etični potencial.

IZVLEČEK

Izhodišča: V obdobju neoliberalizma prihaja do evidentnih razlik pri izvajanju aktivnosti zdravstvene nege. Ali gre pri tem lahko za razvoj zdravstvene nege ali za uveljavljanje različnih tipov izvajanja sodobne zdravstvene nege, je možno raziskati na podlagi identificiranega »hotelskega tipa zdravstvene nege«, katerega temeljna značilnost je izpolnjevanje želja pacienta (gosta) na podlagi njegovega (do)plačila storitev.

Metode: V okviru študije primera delovanja izvajalcev zdravstvene nege sta bili v izbrani (referenčni) ustanovi uporabljeni metodi opazovanja (prikrito opazovanje z delno udeležbo) in spraševanja (nestrukturiran intervju). Ugotovitve kvalitativne analize so bile nato ovrednotene na podlagi SPIN-analize.

Rezultati: »Hotelski tip zdravstvene nege« je vezan na ustanove, ki omogočajo začasno ali trajno prostovoljno namestitev oseb z namenom zdravstvene obravnave, rehabilitacije, aktivnega preživljanja prostega časa (in) ali strokovne pomoči osebi pri izvajanju življenjskih aktivnosti. Odnos med ustanovo (izvajalci zdravstvene nege) in pacientom (stanovalcem, gostom) na prvi pogled temelji na utilitaristično-hedonističnem razmerju. Pri tem so pravice pacientov v nesorazmerju z njihovimi dolžnostmi in pogojene s plačilno sposobnostjo, vendar pa je odgovornost za stopnjo samooskrbe kljub »pacient(o)centризmu« in »komercialni naravnosti« na strani pacienta.

Diskusija in zaključki: Na podlagi evidentiranih elementov različnosti je »hotelski tip zdravstvene nege« zagotovo znanilec razvoja zdravstvene nege, katere prihodnost je pogojena z izjemno pripravljenostjo izvajalcev zdravstvene nege za (na) delo, z njihovo fleksibilnostjo, vsestranskostjo ter nadpovprečnim moralno-etičnim potencialom.

Key words: development of nursing care, business performance, moral-ethical potential

ABSTRACT

Starting points: In the period of neoliberalism, there are clear differences in carrying out nursing activities. Whether this involves the development of nursing care or the establishment of various types of the provision of modern nursing care, can be researched on the basis of an identified »hotel-type of nursing care«, typical of which is the fulfilment of the patient's (guest's) wishes based on his/her (extra) payment of services.

Method: The case study of nursing care providers were selected in the (reference) established included the method of observation (covert partial-participant observation) and interviewing (unstructured interview). The findings were evaluated using the SPIN analysis.

Results: The relationship between an institution (providers of nursing care) and the patient (resident, guest) is based on a utilitarian-hedonistic relationship. The patient's rights are highly disproportionate to their duties and depend on the ability to pay or the expectation of other potential benefits for the institution (individual-owner). However, the responsibility for the level of self-sufficiency is on the side of the patient, despite »patient centrism« and »commercial orientation«.

Discussion and conclusions: Based on the recorded elements of diversity, »the hotel-type of nursing care« is definitely a sign of the development of nursing care, the future of which depends on the exceptional preparedness of providers of nursing care for work, their flexibility, versatility and the above-average moral and ethical potential.

UVOD

V razvoju zdravstvene nege v postmoderne dobi, v obdobju globalizacije, prihaja do prelomnice, ki je vsaj tako očitna kot prelomnica pri prehodu med tradicionalno in sodobno zdravstveno nego. Ekonomske, politične in kulturne razsežnosti globalizacije so nedvomno posegle tudi v prizadevanja za uveljavljanje in ohranjanje sodobnega modela zdravstvene nege, razvitega na podlagi naraščajočega razumevanja kompleksnosti individualne identitete kot družbeno potrebnega ideala (vrednote). Neoliberalizem, ki ob načelih trga, s paradigmo tekmovalnega prizadevanja za dobiček ali zmanjševanje stroškov delovanja, posredno usmerja »večino« v konformnost in odvisnost. Individualizem, kot odgovor na nastalo situacijo, tako s ciljem maksimalnega zadovoljevanja osebnih interesov v smislu osebne avtonomnosti in samo-odvisnosti, posega tudi v zagotavljanje sodobne zdravstvene nege.

Procesi individualizacije po eni strani širijo posameznikov življenjski radij ter mu nudijo več možnosti izbire in delovanja, po drugi strani pa povzročajo več tveganj, tako za posameznika kot za družbo (Beck, Beck-Gernsheim, 2006). Individualizacija tako zahteva večjo pripravljenost za sprejemanje tveganih odločitev v poslovnem in vsakdanjem življenju ter večjo sposobnost ljudi, da poskrbijo sami zase. Opolnomočenje državljanov na področju zdravstva je, kot navaja Kamin (2006), v veliki meri individualizacija odgovornosti za zdravje in tudi eden od načinov, da se država in javno zdravstvo razbremenita odgovornosti za zdravje državljanov.

V zadnjih letih se tako pojavljajo vse večje težnje po prenašanju metod, orodja in aktivnosti podjetništva oziroma trga in potrošništva v zdravstvo. V zdravstvu prihaja do omejenih virov na eni strani ter naraščajočih potreb na drugi strani (Kramar Zupan, 2012). Razkorak med želenim in možnim pa tudi zaposlenim v zdravstveni negi povzroča strokovne, organizacijske, osebne ter ne nazadnje tudi finančne težave. Na podlagi tega prihaja do evidentnih razlik pri izvajanju aktivnosti zdravstvene nege. Ali gre pri tem lahko za razvoj zdravstvene nege ali za uveljavljanje različnih tipov (različic) izvajanja sodobne zdravstvene nege, je možno raziskati na podlagi identificiranega »hotelskega tipa zdravstvene nege«, katerega temeljna značilnost je izpolnjevanje želja pacienta (gosta) na podlagi njegovega (do)plačila storitev.

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Bistvo sodobne zdravstvene nege, s čimer se pomembno razlikuje od tradicionalne, je, kot navajata Hajdinjak in Meglič (2012), usmerjenost k pacientu kot celoviti osebnosti. »Pacient je v središču dogajanja, njegova vloga je enakovredna, zato po svojih zmožnostih in sposobnostih pri zdravstveni negi sodeluje«. Zdravstvena nega je družbeno pomembna dejavnost, v kateri je subjekt delovanja izvajalcev zdravstvene nege vedno človek, ki je enkratni, neponovljiv, celovita osebnost in pri katerem morajo le-ti upoštevati njegove telesne, psihične, duhovne in družbene potrebe. Zato je potrebno pri prepoznavanju in

pojasnjevanju značilnosti sprememb prakse zdravstvene nege vključevati tudi aktualna spoznanja o družbi, ki pojasnjujejo trenutno družbeno situacijo; prepoznane specifične ožjega in širšega družbenega okolja pacientov, izvajalcev in države, npr. kot nosilke normativne dejavnosti zdravstvenega varstva.

Na družbo in zasebno življenje posameznikov vplivajo tako hiter tempo socialnih razmer kot tudi vse bolj kompleksna diferenciacija družbe, razčlenjene norme in pričakovanja, vse obsežnejša erozija tradicionalnih zvez in življenjskih stilov ter nove oblike socialne in geografske mobilnosti (Beck, Beck-Gernsheim, 2006). Ti številni družbeni, politični, ekonomski in strokovni dejavniki vplivajo na razvoj zdravstvene nege ter medicinske sestre spodbujajo pri vodenju, profesionalizaciji in zagotavljanju kakovostnih storitev (Holzemer, 2010). Novi globalizem zdravstvene nege medicinskim sestram ponuja priložnost za okrepitev njihovega prispevka k zdravju po svetu na način, ki je odgovoren, etičen in varen, daje prednost lokalni odgovornosti in samostojnosti ter sprejema načela in vrednote zdravstvene enakosti in socialne pravičnosti (Požun, 2012). Obdobje trenutne ekonomske recesije je lahko tudi obdobje inovacij za zagotavljanje storitev in dinamičnih sprememb vlog in pestrosti sposobnosti, kar je izhodiščni položaj za formulacijo načela kakovosti in za vodenje razvoja novih modelov oskrbe pacientov (RoyalCollegeofNursing, 2009).

Združitev koncepta hotelske dejavnosti s skrbjo za zdravje, oskrbo, opolnomočenjem in krepitvijo moči gosta (pacienta) tudi v stanjih zmanjšane sposobnosti samooskrbe, ki ni nujno vezana na izvajanje v hotelih, predstavlja inovacijo in poslovni uspeh. Hotelirstvo je v sociološkem smislu dejavnost, kjer usposobljeni ljudje (zaposleni) skrbijo za zadovoljevanje eksistenčnih in drugih potreb, želja in pričakovanj drugih ljudi (gostov). Potrebe, želje, zahteve so vezane na hrano, pijačo, spanje, počitek, sprostitve, druženje, rekreiranje, izobraževanje in druge podobne človeške aktivnosti, ki jih ljudje izvajajo zunaj domačega okolja (Šuligoj, 2011). Hotelirstvo diskurzivno povezujemo na eni strani z vidika uporabnika z luksuzom, prestižem, ugodjem, nedostopnostjo in nujnostjo zagotavljanja kakovosti izpolnjevanja želja gosta za poslovni uspeh, in na drugi strani iz vloge zaposlenega kot stimulatивно in zahtevno delovno okolje, ki zahteva visoko stopnjo osebne angažiranosti in aktivno znanje tujih jezikov. Sicer pa vsako delovno okolje od zaposlenega zahteva, da svoje vedenje, osebne potrebe in vrednote vsaj delno uskladi z, v organizaciji uveljavljenimi, običaji in medosebnimi odnosi (Biloslavo, 2006). Pri tem je vključevanje ponudbe znanja in sposobnosti izvajalcev zdravstvene nege pri zadovoljevanju potreb pacientov za menedžerje dobro premišljena poteza: kdo pa zna najbolje izpolniti potrebe pacienta v skrbi za zdravje ob zmanjšani stopnji samooskrbe? Ob tem pa seveda menedžer (organizacija) postavlja tudi svoje zahteve: usmerjenost k pacientu kot gostu in brezpogojno sodelovanje v konceptu poslovne skrbi: doseči zadovoljstvo pacienta ob najmanjših možnih stroških.

METODOLOGIJA RAZISKOVANJA

Na podlagi opaženih razlik v delovanju izvajalcev zdravstvene nege na različnih področjih, smo le-te združili v koncept z delovnim naslovom »hotelski tip zdravstvene nege«.

Pri proučevanju koncepta smo si zastavili tri raziskovalna vprašanja:

- R1: Kaj so temeljne značilnosti identificiranega »hotelskega tipa zdravstvene nege«?
- R2: Ali gre pri tem za razvoj zdravstvene nege ali za uveljavljanje različnih tipov (različic) izvajanja sodobne zdravstvene nege?
- R3: Kakšne so nevarnosti in prednosti le-tega za sodobno zdravstveno nego?

V okviru študije primera delovanja izvajalcev zdravstvene nege smo v izbrani (referenčni) ustanovi uporabili metodi opazovanja (prikrito opazovanje z delno udeležbo) in spraševanja (nestrukturiran intervju). Za namene raziskave (merjenja) smo na podlagi preučitve domače in tuje strokovne literature, glede na raziskovalna vprašanja, kot podlago za opazovanje, oblikovali teoretične spremenljivke koncepta »hotelskega tipa zdravstvene nege«. Z dodatnim spraševanjem pa smo želeli razjasniti opaženo in dodati

Razpredelnica 1: Teoretične spremenljivke in rezultati opazovanja, spraševanja

Teoretičnespremenljivkekoncepta		Rezultati opazovanja, spraševanja
Kategorije	Podkategorije	Opazeno (v smislu običajnega načina dela)
1. Vloga pacienta	1A avtonomija pacienta 1B pacient kot subjekt 1C izražanje želja/potreb 1D odločanje pacienta 1E uresničevanje želja/potreb 1F aktivna vloga pacienta	informirani pristanek pacienta, pravica pacienta do izbire, končna odločitev na strani pacienta, spodbujanje pacienta k izražanju želja, sklepanje dogovorov s pacientom, postavljanje omejitev glede na predhodni dogovor s pacientom, skrb za ugodje (razvajanje) pacienta, visoka stopnja motiviranosti pacientov, »gost ima vedno prav«, pacient kot informiran plačnik.
2. Osnovni namen obravnavev ustanovi	2A vstop pacienta v sistem 2B zdravljenje 2C bivanje 2D rehabilitacija 2E wellness 2F izstop iz sistema	rehabilitacija na podlagi napotnice, rehabilitacija na lastno željo (samoplačniško), sprostitev in koriščenje »wellness« storitev, dolgotrajno ali kratkotrajno bivanje s storitvami zdravstvene nege in oskrbe, vlaganje prošnje za podaljšanje na zavarovalnico, prekinitvev ob/pred iztekom programa na željo pacienta ali glede na dogovor ob neupoštevanju navodil.
3. Vloga zdravstvene nege	3A filozofija 3B terminologija 3C standardi zdravstvene nege 3D klasifikacija zdravstvene nege 3E procesni metodološki pristop 3F avtonomija izvajalcev ZN 3G ugotavljanje potreb pacienta 3H cilji in načrtovanje zdravstvene nege 3I izvajanje zdravstvene nege 3J evalvacija zdravstvene nege 3K dokumentiranje zdravstvene nege 3L raziskovanje	temeljna filozofija je zadovoljen gost, pri razlagi uporaba dvojne terminologije (strokovno in pogovorno), trud za kakovostno zdravstveno nego glede na standarde, postavljanje ciljev, načrtovanje, celoten proces zdravstvene nege je podrejen namenu obravnave v ustanovi, željam in potrebam pacienta, odkrivanje problemov in težav pacienta je ciljano, poudarek je na samostojni vlogi pacienta s pravico, obveznostjo ter odgovornostjo za vsebino, način dela in rezultate, na izvajanje zdravstvene nege vpliva delitev del in nalog med sobarico in medicinsko sestro, med medicinsko sestro in natakarjem, med medicinsko sestro in »wellnes« strokovnjaki, prisotno spoštovanje in upoštevanje mnenja izvajalcev zdravstvene nege, dokumentiranje na temperaturni list in obrazce za posamezen namen, pozorni so na zagotavljanje kontinuitete za trajnejše rezultate, raziskovanje v smeri organizacijskih sprememb in tehničnih izboljšav.
4. Interdisciplinarno sodelovanje	4A člani tima 4B čustvena povezanost med člani tima 4C sodelovanje med člani tima 4E informacijska povezanost 4F kontinuirana obravnava 4G celovita obravnava 4H vključevanje pomembnih drugih	člani tima so medicinske sestre, zdravniki specialisti, »wellness terapevti«, sobarice, natakarji, kuharji, dobro medsebojno razumevanje (pogovor o osebnih stvareh), informacije potujejo pisno in ustno, vedno s pacientom in ob pacientu (kartice, predaja službe...), v obravnavo vključujejo svoje in prostovoljce (ne glede na to ali so ti plačniki storitev za pacienta ali ne), če spremljajo pacienta, morajo enako plačati stroške bivanja.
5. Financiranje obravnave	5A krije zavarovalnica 5B doplačilo 5C samoplačništvo 5D dostopnost 5E dosegljivost	opaziti je, da pacienti bolj izpostavljajo, kdo je plačnik, kot pa to omenjajo medicinske sestre, kaj in koliko časa si lahko kdo privoščijo, paketi storitev, cilj pacientov je jasen- za svoj denar želijo največ, izvajalci želijo čim bolj pomagati pacientu, da uredi vse potrebno, da lahko ostane v ustanovi dlje.
6. Vloga organizacije	6A organiziranje dela 6B upravljanje s človeškimi viri 6C pretok informacij znotraj organizacije 6D procesi odločanja 6E odnos do pacienta 6F rangiranje službe zdravstvene nege v organizacijskem sistemu 6G nadzor nad kakovostjo 6H poslovna skrb 6I odprtost ustanove 6J urejenost ustanove 6K vzdušje v ustanovi	funkcionalni model dela (vsak opravi določen del), dodelan sistem delitve dela in pretoka informacij, zaposleni so predani delu, veliko vlagajo v znanje in ugodje zaposlenih, odločitve sprejemajo izvajalci in plačniki storitev, pacient je osrednja osebnost, njegovi cilji so sredstvo organizacije in usmerjajo pripravo paketa storitev, zdravstvena nega je pomemben člen v ponudbi organizacije, specifična ciljna populacija, urejeno okolje, občutek, da se vsi pacienti gibajo, premikajo, imajo dan do potankosti organiziran, pozitivno vzdušje v ustanovi, izjemno zavedanje lastne odgovornosti pacientov in izvajalcev zdravstvene nege ter visoka strokovnost in prilagojenost ponudbe potrebam pacientov, lepo okolje, kljub navidezni odprtosti ustanove, hotelski tip zdravstvene nege vključuje omejevanje z namenom spoštovanja pacientove zasebnosti, časa.

pogled iz različnih zornih kotov. Ugotovitve kvalitativne analize zbranih podatkov smo nato ovrednotili na podlagi SPIN-analize, predvsem z vidika nevarnosti in prednosti za sodobno zdravstveno nego.

REZULTATI

Na podlagi oblikovanih teoretičnih spremenljivk koncepta najprej podajamo rezultate opazovanja in spraševanja shematično v tabeli 1, v razpravi pa jih bomo natančneje pojasnili in opredelili tudi v smislu vzročno posledičnih zvez.

RAZPRAVA

»Hotelski tip zdravstvene nege« je vezan na ustanove, ki omogočajo začasno ali trajno prostovoljno namestitve oseb z namenom zdravstvene obravnave, rehabilitacije, aktivnega preživljanja prostega časa (in) ali strokovne pomoči osebi pri izvajanju življenjskih aktivnosti.

Na podlagi opazovanja in spraševanja smo ugotovili, da gre za izvajanje sodobne zdravstvene nege. Tudi če kot izhodišče vzamemo filozofijo zdravstvene nege z vidika pacienta: spoštovanje, varnost, integriteta in počutje, ne moremo potrditi razlik. Vendar pa izpostavljamo sledeče:

Sodobna zdravstvena nega (SZN) + poslovna skrb (PS) = »hotelski tip zdravstvene nege (HTZN)«.

Poslovni uspeh je rezultat celovite kakovosti poslovne skrbi organizacije. Definiran je kot skupek logično povezanih izvajalskih in nadzornih postopkov in aktivnosti, katerih posledica ali izid je načrtovani izdelek ali storitev (Mihelič, Škafar, 2008). Vse kaže na vse večje usmerjanje pozornosti na potrošnika - pacienta kot potencialnega gosta. Kamin (2006) navaja, da naj bi se kazal potrošniški pristop, tako da posamezniki prostovoljno izbirajo med danimi ponudbami na trgu zdravja in tako sami najbolje regulirajo delovanje ponudnikov v zdravstvu, pa tudi ostale akterje, ki pomembno vplivajo na zdravje. Cameron (2000) poudarja, da prodiranje podjetniške kulture v zdravstvu spodbuja tako imenovano »win-win« situacijo, kjer nekaj pridobijo vsi udeleženi akterji: država (davki), organizacija (dobiček, ugled, razvoj podjetja), izvajalci (delo, plača), pacient (krepitev moči, boljše zdravje, rehabilitacija, namestitve, boljše počutje, sreča, ugodje ...). Neizprosnost sodobnega poslovnega okolja sili organizacije v stalno prizadevanje po čim višji stopnji poslovne odličnosti. Ta je povezana z nenehnim spreminjanjem, kar ima za posledico potrebo po učinkovitem upravljanju z znanjem in organizacijo obenem pretvarja v učečo organizacijo (Frlec, 2008). Skrb za varnost in kakovost obravnave pacienta je nujna poslovna strategija za poslovni uspeh. Izvajalci zdravstvene nege s svojo samoumevno skrbjo za varnost in kakovost obravnave predstavljajo za menedžerje dobro naložbo (v smislu dopolnitve interdisciplinarnega tima zaposlenih), ki pa seveda vključuje tudi potrebo po skrbnem nadzoru nad porabo časa, sredstev ter nujnost vlaganja v odnos. V »hotelskem tipu zdravstvene nege« je, kot kaže, ključen prav odnos z izvajalci zdravstvene nege, ker se ta projicira v njihovem odnosu s pacienti.

Ker smo opazili posebnosti v odnosu izvajalcev zdravstvene nege do pacienta, poleg značilne poslovne skrbi, ki pa se uveljavlja pravzaprav na vseh področjih delovanja zdravstvene nege, smo se osredotočili na vlogo pacienta, ki je v odnosu z izvajalci zdravstvene nege izrazito središča. Izpostavljamo:

Osrednja vloga pacienta (OVP) + SZN{odnos izvajalcev zdravstvene nege}> PS =HTZN

Odnos med ustanovo (izvajalci zdravstvene nege) in pacientom (stanovalcem, gostom) na prvi pogled temelji na utilitaristično-hedonističnem razmerju, ki vključuje skrb za občutek prijetnosti, zadovoljstva, ugodja, skratka »komforta in luksuza«. Izraz hedonističen pomeni upravljati z užitkom, kar izhaja iz filozofije hedonizma, katere temeljno načelo je, da je užitek najvišja dobrina in razlog vsakega obnašanja (Cardello, 1996). Pri tem ločujejo užitek od poželjenja in zadovoljevanja potreb. Campbell (2001) potrebo enači s stanjem prikrajšanosti, ki sili človeka, da nadomesti ta primanjkljaj. Ugotavlja, da je za sodobni hedonizem odločilen zasuk od občutkov vzdraženosti k čustvom. Vendar za pojav občutkov, ki zagotavljajo

čustva in z njim povezane duhovne podobe, še vedno potrebujemo ekonomska sredstva. Kot utilitaristično pa, glede na Benthamovo osnovno načelo klasičnega utilitarizma, označujemo težnjo po koristi ali princip največje sreče. Pri tem je, kot navaja Mill (2003), s srečo mišljeno ugodje in odsotnost bolečine, z nesrečo pa bolečina in izguba ugodja. Kasneje je bil klasični opredelitvi dodan aspekt interesa, ki je preoblikoval načelo v: »deluj tako, da bo zadovoljenih čim več interesov čim večjega števila posameznikov« (Steward, 2009). Nasprotniki utilitarizma pa opozarjajo na pretirano poudarjanje pacientove avtonomije, da stremi k zagotavljanju zadovoljstva in blaginje večine, kar pomeni, da hudo bolni in prizadeti posamezniki negativno vplivajo na splošno srečo (z vidika stroškov, prostih mest v bolnišnicah, trpljenja bližnjih (Prebil, 2010).

Temu lahko pritrdimo, saj gre, glede na ugotovitve raziskave, lahko za ustvarjanje neenakosti v dostopnosti do virov. Pretirano poudarjanje avtonomije pa smo poimenovali pacient(o)centrizem. Če fenomen pacient(o)centričnosti primerjamo s fenomenom otrokocentričnosti, ki ga označujeta tudi pojma pedocentrizem in protektivno otroštvo, lahko opazimo podobnosti. Pedocentrizem je tujka, ki je po definiciji (SSKJ) pedagoška smer, po kateri je otrok središče izobraževalnega in vzgojnega procesa in se pogosto povezuje z razvajanostjo otrok. Beseda razvajanost (SSKJ) pomeni način vzgoje, ki ne vodi k temu, da bi se otrok naučil/navadil osnovnih pravil, omejitev, se navadil spoštovati te omejitve, ampak vodi k nasprotnemu učinku, k ne sprejemanju pravil, omejitev. V ožjem smislu pomeni glagol razvajati pretirano nego in popustljivost, kar povzroča, da nekdo postane zahteven in/ali izbirčen. Če to dejstvo prenesemo na področje zdravstvene nege, fenomen pacient(o)centričnosti opredelimo s stanjem, ko so pravice pacientov v izrazitem nesorazmerju z njihovimi dolžnostmi in pogojene s plačilno sposobnostjo ali pričakovanjem morebitnih drugih poslovnih koristi ustanove (posameznika - lastnika), vendar pa je odgovornost za stopnjo samooskrbe kljub »pacient(o)centrizmu« in »komercialni naravnosti« na strani pacienta.

V odnosu izvajalcev zdravstvene nege do pacientov je opaziti značilno osredinjenost na naloge in osebe, fleksibilnost in doslednost, prevzemanje in predajanje odgovornosti, zadržanost in angažma ter vzpostavljane bližine in distance. Če naj bi bil posameznik opolnomočen oziroma pooblaščen za svoje zdravje, potem je zanj tudi odgovoren. Opolnomočenost posamezniku torej ne zagotavlja le pravic in možnosti, ampak tudi dolžnosti, odgovornosti in omejitve (Kamin, 2006). Zgolj informiranje in informiranost ne zagotavlja opolnomočenosti. Gallan s sodelavci (2012) omenja sistemsko teorijo, ki določa okvir za radikalno drugačen pogled na strokovne prakse npr. pri rehabilitaciji ali pri reševanju etičnih vprašanj, ki se neizogibno pojavijo pri potrebi po upoštevanju interesov več posameznikov v obravnavi. Pri tem dokazuje pomen strank/kupcev (pacientov-gostov) kot aktivnih udeležencev v koprodukciji storitve kot sredstva za soustvarjanje vrednosti, kar je bistvenega pomena za logiko storitve, ki jo opisuje kot proces »početja stvari v interakciji s stranko«. Zadovoljstvo strank (pacientov) je po Gallanus sodelavci (2012) stanje, ki nastane, ko izkušnja dosega ali presega njihove potrebe ali želje po storitvah. Zadovoljni pacienti kot kupci storitev predstavljajo pomemben delež sredstev za vsako organizacijo in nadaljnjih denarnih tokov, ter so pomemben vir povratnih informacij za menedžerje, saj vplivajo na strateško odločanje (Ward, 2012). Ti največkrat kakovost definirajo glede na pričakovanja uporabnika (pacienta). Pri tem se sprašujemo o etičnih dilemah izvajalcev zdravstvene nege, ki so postavljeni v pozicijo izpolnjevanja pričakovanja pacientov in delodajalcev.

Izvajalci zdravstvene nege so hkrati v vlogi uslužbenca in s pogodbo zavezani organizaciji v kateri so zaposleni, v vlogi strokovnjaka, ki je zavezan svoji stroki in v vlogi človeka (prijazen, strpen, razumevajoč, dobre volje, do vseh enak in pozitivno naravn). Subjekt njihovega delovanja je pacient z različno ravni zdravstvene pismenosti. Pri tem, kot navaja Kamin (2006), ločimo funkcionalno zdravstveno pismenost (informiranje), interaktivno zdravstveno pismenost (razvijanje veščin) in kritično zdravstveno pismenost (opolnomočenje posameznika in skupnosti).

Iz tega lahko opredelimo temeljne značilnosti »hotelskega tipa zdravstvene nege«, ki se glede na elemente sodobne zdravstvene nege tipsko ločijo v situacijskih okoliščinah. Te vključujejo situacijsko konstanto:

osrediščenost na pacienta, plačilo storitev in poslovno skrb. Izvajalci zdravstvene nege pa se pri delovanju soočajo in obvladujejo:

- težnjo pacientov po preseganju partnerskega odnosa in njihovo nadvlado v odnosu, kar pogojujejo s plačilom storitev,
- težnjo delodajalcev po zmanjševanju stroškov in nujnostjo doseganja zadovoljstva pacienta,
- lastno težnjo po kakovostni in varni zdravstveni negi z dvigom stopnje samooskrbe pacienta.

Pri tem smo, ob opaženi visoki stopnji inovativnosti izvajalcev zdravstvene nege v prizadevanjih za kakovost in varnost obravnave v instituciji, prepoznali strategijo izvajalcev zdravstvene nege za obvladovanje opredeljenih situacijskih determinant in za trajno zagotavljanje varnosti svoje zaposlitve. Ključ pri delovanju izvajalcev zdravstvene nege (v okviru »hotelskega tipa zdravstvene nege«) je v »takti preusmeritvi začetne težnje pacienta po pacient(o)centrizmu, ki ruši partnerski odnos v odnosu pacient - izvajalec zdravstvene nege, z visoko strokovno podkrepjenim informiranjem pacienta na podlagi osebnega stika in izkazanega upoštevanja pacientove čustvene situacije, s sklenitvijo avtonomnega dogovora s pacientom o mejah, ki mu jih bodo postavili za doseganje najboljšega možnega učinka na njegovo zdravje in stopnjo samooskrbe. Pri tem velja predpostavka usklajenosti vseh članov interdisciplinarnega tima.

»Hotelski tip zdravstvene nege« opredeljujemo kot veliko prednost za razvoj in obstoj sodobne zdravstvene nege, vendar pa ta temelji na visokem etičnem potencialu izvajalcev zdravstvene nege. V tabeli 2 smo izpostavili ključne ugotovitve kvalitativne analize zbranih podatkov, ovrednotene na podlagi SPIN-analize.

Razpredelnica 2: SPIN- analiza glede na prepoznane značilnosti hotelskega tipa zdravstvene nege

SPIN ANALIZA	ZA IZVAJALCA	ZA PACIENTA	ZA ZDR. NEGO	ZA DRUŽBO
NEVARNOSTI	negotovost pri odločanju glede na opredeljene determinante, slabe komunikacijske sposobnosti.	neenakost v obravnavi, nedostopnost, nepoznavanje njegovih čustvenih in telesnih stanj.	prevlada želje po maksimiranju dobička ob pretirani zahtevi po zmanjševanju stroškov.	večanje prepada med revnimi in bogatimi, neenakost v možnosti za zdravje, zdravljenje, rehabilitacijo in oskrbo.
PRILOŽNOSTI	osebna rast, samozavest, izboljšanje komunikacije in strokovnega znanja, ekonomska korist.	zagotov uspeh, velika verjetnost doseženega cilja tudi ob padcu motivacije, višja kakovost življenja, samostojno življenje.	dvig prepoznavnosti in pomena zdravstvene nege v celoviti oskrbi pacienta in wellness storitvah.	zavedanje državljanov o lastni odgovornosti za zdravje, možnost izbire, novi davki, prihranek zdrav. zavarovalnic.
TVEGANJA	prepoved izvajanja zdravstvene nege kljub prisotni potrebi, če ni zagotovljeno plačilo.	možnost zavajanja, zlorabe zaupanja, ogrožitev finančne stabilnosti, varnosti.	zaposlitev cenejše delovne sile za izvajanje zdravstvene nege, razkol med izvajalci glede na pogoje dela.	ločene ustanove za »revne in bogate«, razlika v kakovosti izvajanja zdravstvene nege, ne dejavnosti brez plačila.
IZIVI	ob postavljanju meja pacientu doseči njegovo zadovoljstvo, ob manjših stroških doseči kakovost in varnost obravnave.	samozavedanje o lastni aktivni vlogi in odgovornosti za zdravje, zdrav slog življenja, stopnja samooskrbe.	razširitev strategije na vsa področja delovanja zdravstvene nege ne glede na plačnika storitev.	promocija wellnes storitev v skrbi za zdravje, razvoj področja rehabilitacije, zagotavljanje enakosti obravnave za vse.

ZAKLJUČEK

Raziskava je nakazala na spreminjajoče meje delovanja izvajalcev zdravstvene nege v odnosu do prevlade poslovnih skrbi, kar predstavlja tako nevarnost (neenakost pacientov v možnosti do kakovostne zdravstvene nege) kot prednost za sodobno zdravstveno nego (multidisciplinarni, multisektorski pristop in inovativnost v prizadevanjih za kakovost obravnave kot osnove za poslovno uspešnost). Na podlagi evidentiranih elementov različnosti je »hotelski tip zdravstvene nege« zagotovo znanilec razvoja zdravstvene nege, katere prihodnost je pogojena z izjemno pripravljenostjo izvajalcev zdravstvene nege za (na) delo, z njihovo fleksibilnostjo, vsestranskostjo ter nadpovprečnim moralno-etičnim potencialom. Kakovost in varnost pacienta, ob predpostavki nujne dostopnosti za vse, v »hotelskem tipu zdravstvene nege« zagotovo ni ogrožena.

LITERATURA

- Beck U, Beck-Gernsheim E. Individualization: Institutionalized Individualism and its Social and Political. London; Thousand Oaks; New Delhi: Sage; 2006: 90-94.
- Biloslavo R. Strateški management in management spreminjanja. Fakulteta za management, 2006: 101-45.
- Cameron D. Good to Talk? London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications; 2000: 11-12,18.
- Campbell C. Romantična etika in duh sodobnega porabništva. Ljubljana: Studia humanitas; 2001: 96-102.
- Cardello A V. The role of human senses on food acceptance. In: Maiselman H L, Macifie H, eds. Food choice, acceptance and consumption. London: Chapman Hall; 1-82.
- Frlc Š. Samoučinkovitost- ključni faktor vpliva na vedenje na delovnem mestu. Socialna pedagogika. 2008; 12(4):389-404.
- Gallan A S, Jarvis C B, Brown S W, Bitner M J. Customer positivity and participation in services: an empirical test in a health care context. Journal of the Academy of Marketing Science; 2012(July):1-18. Dostopno na: <http://link.springer.com/nukweb.nuk.uni-lj.si/article/10.1007/s11747-012-0307-4/fulltext.html> (30. 1. 2013).
- Hajdinjak G, Meglič R. Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta; 2012: 15.
- Holzemer W L. Improving health through nursing research. Geneva: International Council of Nurses, Chichester: Wiley-Blackwell; 2010:66.
- Kamin T. Zdravje na barikadah: dileme promocije zdravja. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2006: 82-85.
- Kramar Zupan M. Vpliv ekonomizacije poslovanja na varnost pacienta. In: Filej B, ed. Celostna obravnava pacienta- kako daleč smo še do cilja. Varnost kot strokovni, etični, pravni, družbeni in ekonomski vidik: zbornik povzetkov. Novo mesto: Visokošolsko središče: Visoka šola za zdravstvo; 2012: 32.
- Mill J S. Utilitarizem in o svobodi. Ljubljana: Krtina; 2003:16.
- Mihelič A, Škafar B. Poslovni procesi. Ljubljana: Zavod; 2008:24-27. Dostopno na: <http://www.slideshare.net/guest7534eed/poslovni-procesi-mihelic-skafar> (30.1.2013).
- Požun P. Vpliv ekonomskih sprememb na zdravstveno in babiško nego. Obzornik zdravstvene nege. 2012; 46(1):5-8.
- Prebil A. Utilitarizem v zdravstveni negi. In: Skela Savič B, Kaučič M B, Zurr J., Hvalič Touzerey S, eds. Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi - na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege: zbornik predavanj z recenzijo; 2010: 425-435.
- Steward N. Ethics: An introduction to moral philosophy. VB: Polity Press; 2009:33.
- Šuligoj M. Standardi in izbrani elementi kakovosti delovnega življenja v hotelirstvu. Socialno delo. 2011;50(2/3):113-123.
- Nursing and the economic downturn-around table discussion. London: Royal College of Nursing; 2009: 1-5. Dostopno na: http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0006/281445/003559.pdf (30. 1. 2013).



Slovar slovenskega knjižnega jezika. Ljubljana. DZS. Dostopno na: <http://slovarji.ctl.uni-lj.si/nukweb.nuk.uni-lj.si/sskj/okvir.asp> (30. 1. 2013).

Ward C D. Is patient-centred care a good thing? Clin.Rehabil.2012; 26(1):3-9. Dostopno na: <http://cre.sagepub.com/nukweb.nuk.uni-lj.si/content/26/1/3.full> (30. 1. 2013).

ZDRAVSTVENA VZGOJA PACIENTOV



132A

ORGANIZACIJA IZOBRAŽEVANJA PACIENTOV S KRONIČNO RANO IN NJIHOVIH SVOJCEV – PRIMER DOBRE PRAKSE

THE ORGANIZATION OF EDUCATION OF CHRONIC WOUND PATIENTS AND THEIR FAMILIES- GOOD PRACTICE

Oti Mertelj, dipl. m. s.,

Mateja Bahun prof. zdr. vzg., asist.

Splošna bolnišnica Jesenice

oti.mertelj@sb-je.si

Ključne besede: zdravstvena vzgoja, samooskrba rane, kronična rana, zdravstvena nega

IZVLEČEK

V Splošni bolnišnici Jesenice na področju zdravstvene nege poleg drugih strokovnih sodelavcev deluje tudi koordinator za oskrbo kroničnih ran. Prikazali bomo njegovo vlogo pri izobraževanju pacientov in njihovih svojcev. Kronična rana, kljub vsem sodobnim oblogam in načinom zdravljenja, še vedno predstavlja zdravstveni, socialni in ekonomski problem. Kronične rane se celijo lahko tudi več mesecev ali let, zato je izredno pomembno, da v oskrbo vključimo tudi pacienta in njegove svojce.

Cilj zdravstveno vzgojnega dela je ozaveščen pacient, ki je v domačem okolju sposoben samostojne ali delne oskrbe rane s predpisano terapijo.

K zdravstveni vzgoji se pristopa sistematično, preko štirih faz procesa. Individualno zdravstveno vzgojno delo se prične med hospitalizacijo. V prvem delu podamo vsebine, ki se nanašajo na rano, možne zaplete, pomen pravilne izbire oblog. V drugem delu glede na spretnosti naučimo posameznika samostojne oskrbe rane.

Key words: health education, wound self care, chronic wound, nursing

ABSTRACT

The Jesenice General Hospital in the field of health care, among others professionals has a chronic wounds coordinator; we demonstrate its role in educating patients and their families.

Chronic wound, despite all the modern coverings and treatments still represents health, social and economic problem. Chronic wounds can heal for several months or years, so it is extremely important to include the patients and their relatives in the care.

The aim of health education is an empowered patient who's independent or at least partially educated about wound care.

The health education is a systematic approach through four stages of process. Individual health education begins during hospitalization. In the first part we educate about wound, possible complications and the importance of correct choice of coating. In the second part we teach patient the self-care.

UVOD

Rana, ki se ne prične celiti v štirih tednih ali se ne zaceli v osmih tednih, je kronična rana. Normalno celjenje rane poteka skozi štiri obdobja. Zaradi različnih motenj se celjenje rane zaustavi v katerem koli obdobju celjenja in takšna rana se ne more zaceliti, vse dokler je ta motnja prisotna (Triler, 2006). Najpogostejše motnje, ki vplivajo na celjenje rane, so okužba, motnje prekrvitve, tako arterijske kot venske, različna spremljajoča sistemska obolenja, slaba prehranjenost, nekatera zdravila kot kortikosteroidi ali citostatiki. Poleg sistemskih motenj na celjenje rane vplivajo tudi dejavniki, ki so povezani z lokalno oskrbo rane. To so nepravilna uporaba obloge, obilen izloček iz rane, velikost in lokacija rane, ohlajanje rane, odmrlo tkivo, ponavljajoče se poškodbe rane, tujki v rani, hematomi ter vrsta tkiva, ki je v rani (Benbow, 2005). Glavni cilj oskrbe kronične rane je ponovna vzpostavitev pogojev za celjenje rane. Zato je pred oskrbo in zdravljenjem kronične rane najprej potrebno ugotoviti vzrok za nastanek kronične rane. Poleg tega je potrebna še ocena pacienta s kronično rano, lokalna ocena rane in določitev dejavnikov, ki vplivajo na celjenje rane. Po celotni oceni skušamo vplivati in odpraviti dejavnike, ki negativno vplivajo na celjenje (Benbow, 2005). Prav tako moramo ob tem upoštevati tudi osnovne principe oskrbe rane, s poudarkom na pripravi dna rane in ustvarjanjem optimalnih pogojev za celjenje (Osterd, 2006).

Pri zagotavljanju optimalnih pogojev za celjenje rane imamo v Splošni bolnišnici Jesenice na razpolago številne sodobne obloge, zdravljenje z negativnim pritiskom, zdravljenje z lokalnim nadpritiskom kisika. Z oblogami v rani nadomestimo manjkajoče tkivo, zaščitimo rano pred negativnimi dejavniki okolja in obenem s pravilno izbiro obloge zagotavljamo ugodne pogoje za celjenje rane. Zato je ključnega pomena tudi poznavanje lastnosti in delovanja oblog. Poleg oblog pri kroničnih ranah uporabljamo zdravljenje z negativnim pritiskom.

Glavni namen tega zdravljenja je priprava dna rane, čiščenje rane, vzpodbuditev tvorbe granulacijskega in epiteljskega tkiva. Uporaba terapije z negativnim pritiskom običajno traja vse dokler ni možno zapiranje rane s sekundarnim šivom, posegi plastične kirurgije ali prekrivanja rane z epiteljskim tkivom in s tem zapiranje rane (Willy, 2005).

Pri zdravljenju z negativnim pritiskom v rani prav tako zagotovimo toplo vlažno okolje. Pri kroničnih ranah, kot so razjeda zaradi pritiska ali diabetično stopalo, je pred zdravljenjem potrebna radikalna nekrektomija, zato da pride do spremembe pogojev za celjenje, z drugimi besedami povedano, da kronično rano spremenimo v akutno (Willy, 2005).

Pri oskrbi kronične rane je izredno pomemben tudi multidisciplinarni pristop z vključitvijo različnih strokovnjakov s področja diagnostike, terapije, zdravstvene nege in rehabilitacije. Zaradi dolgotrajnega celjenja je pomembno, da v oskrbo kronične rane vključimo tudi pacienta in njegove svojce. Z zdravstveno vzgojnimi delom skušamo vplivati na paciente in njihove svojce, da postanejo dejavni in prevzamejo del odgovornosti za samooskrbo, saj je rana del njih in morajo z njo živeti. S tem, ko sami oskrbujejo rano in poznajo negativne in pozitivne dejavnike, ki vplivajo na celjenje rane, se lažje soočijo s problemi in ovirami v času zdravljenja.

Izobraževanje pacientov je pomemben element oskrbe ran in ključni dejavnik pri preprečevanju bolezni. Informacije o rani so potrebne, saj se tako izognemo zapletom, spodbudimo samooskrbo, neodvisnost, zmanjšamo stroške zdravljenja in možnosti za ponovni sprejem (Tomaselli, 2005).

Vlogo učitelja v izobraževanju pacientov s kronično rano običajno prevzamejo medicinske sestre, saj zdravnikom ta način izobraževanja ni toliko domač/pomemben.

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Pacienti so v bolnišnico sprejeti zaradi različnih medicinskih diagnoz, poleg tega pa imajo velikokrat še kronično rano. Vse te paciente medicinske sestre na oddelku preko računalniške aplikacije napotijo na obravnavo s strani koordinatorja za oskrbo kroničnih ran.

Pacientom s kronično rano je v okviru kirurškega oddelka Splošne bolnišnice Jesenice namenjenih šest postelj. Tam so hospitalizirani pacienti, pri katerih se izvaja oskrba rane po najnovejših metodah (zdravljenje z negativnim površinskim pritiskom, zdravljenje z lokalnim nadpritiskom kisika, larve, sodobne obloge).

Ob sprejemu v bolnišnico so pacienti zelo zaskrbljeni, saj že sam sprejem v bolnišnico pomeni stres, poleg tega pa je stanje rane običajno slabše. Na oddelku za kronične rane so hospitalizacije daljše, od 10 do 20 dni. V tem času imamo več možnosti za zdravstveno vzgojno delo in izobraževanje pacienta. Na ostalih oddelkih zaradi krajših hospitalizacij to ni možno, čeprav prav tako obravnavajo paciente s kronično rano. Pri pacientih s kronično rano, kjer se predvideva daljša hospitalizacija, se v dogovoru z zdravnikom pacienta premesti na oddelk za kronične rane.

Izobraževanje pacienta s kronično rano poteka na oddelku za kronične rane in se prične že med samo hospitalizacijo, s poudarkom na dnevih pred odpustom. V Splošni bolnišnici Jesenice izobraževanja v zvezi z kronično rano izvaja koordinator za oskrbo kronične rane.

Zdravstvena vzgoja pacientov s kronično rano in njihovih svojcev v Splošni bolnišnici Jesenice

Definicij zdravstveno vzgojnega dela je več, vsem pa je skupno, da kot cilj želimo posameznika usposobiti za boljše življenje in hitrejše okrevanje. Proces zdravstveno vzgojnega dela smo povzeli po Kigerjevi (2004), ki govori o procesu tako imenovanega učenja za zdravje v štirih korakih/fazah:

- Ugotavljanje učnih potreb
- Načrtovanje dela z določitvijo ciljev
- Priprava in izvajanje učnega načrta
- Vrednotenje

Ugotavljanje potreb

Iz začetnega razgovora o tem, kako je potekala oskrba rane v domačem okolju, dobimo usmeritve za nadaljnje delo. Pacienta vprašamo, kdo mu je do sedaj previjal rano, katere materiale je uporabljal, koliko časa je porabil, kako je bilo z njegovo aktivnostjo, bolečino in ali ima možnost tuširanja rane. Nekateri pacienti so zelo ozaveščeni in poznajo vse materiale, ki so dosegljivi na tržišču, sami skrbijo za rano, drugi so bolj pasivni in vse prepuščajo patronažni medicinski sestri, tretji pa oskrbujejo rano v primerih, ko patronažna medicinska sestra ni dosegljiva.

Po nekaj dneh zdravljenja v bolnišnici ugotovimo, koliko je pacient zainteresiran za samooskrbo in katera znanja mu je potrebno posredovati. Ob tem moramo upoštevati fizične, psihične, kognitivne in socialne dejavnike. Nizka samopodoba slabo vpliva na učenje, prav tako tudi bolečina.

Pacient si bo zapomnil tisto, kar ga zanima, zato je pomembno, da pacienta vprašamo, kaj je za njega pomembno, da se nauči. Vsekakor se mora pacient s procesom izobraževanja strinjati in pri tem prostovoljno sodelovati.

Planiranje, določitev ciljev

Že Tough (1985) poudarja pomen zadovoljstva in samospoštovanja posameznika za motivacijo za učenje. Pomembni so dosegljivi cilji, pacient mora razumeti svojo vlogo, ki jo ima v načrtu izobraževanja. Cilji, ki si jih v procesu izobraževanja želimo doseči, so glavni temelj za izbiro učne vsebine v okolju. Ob tem se s pacientom tudi pogovorimo glede vključitve svojcev v izobraževanje. Vsekakor želimo čim večjo vključitev svojcev.

V Splošni bolnišnici Jesenice se z zdravnikom dogovorimo o poteku zdravljenja, izobraževanja in predvidenemu odpustu. Individualne cilje postavimo skupaj z zdravnikom in pacientom. Naš glavni cilj je ozaveščen pacient, ki je sposoben samostojne ali delne oskrbe rane s sodobnimi ali klasičnimi oblogami, ter pacient, ki zna uporabljati črpalko za zdravljenje ran z negativnim pritiskom v domačem okolju. Ob tem mu medicinske sestra edukatorica/koordinatorica za oskrbo kronične rane zagotavlja podporo in informacije, pomaga, odpraviti zmotna mnenja v zvezi z oskrbo kronične rane ter mu pomaga, da izrazi svoje pomisleke in strahove.

Po Bloomovi taksonomiji ločimo tri osrednja področja učenja (Marentič Požarnik, 1995) in iz tega oblikujemo tudi cilje:

- spoznavno-kognitivne: osvajanje novih dejstev, zakonitosti, pravil in kriterijev, presoja pravilnosti znanja,
- spretnostne: spretnosti sodelovanja, komunikacije, učenje grobih in drobnih koordiniranih telesnih gibov, učenje funkcionalnih sposobnosti, ...
- čustveno-motivacijske: oblikovanje in sprejemanje stališč, razvijanje interesov, vrednot in osebnostnih lastnosti...

Nekaj ciljev, ki jih želimo doseči pri oskrbi kronične rane:

spretnostni: pacient zna pravilno in samostojno oskrbeti rano, pacient zna ukrepati v primeru težav pri zdravljenju z negativnim pritiskom v domačem okolju,

spoznavno kognitivni: pacient pozna dejavnike, ki vplivajo na celjenje njegove rane in dejavnike tveganja, na katere lahko vpliva sam (npr. kajenje), pacient pravočasno prepozna možne komplikacije,

Čustveno motivacijski: pacient se zaveda pomena upoštevanja higienskega režima, pacient kritično vrednoti svoj prispevek k oskrbi rane.

Priprava in izvedba učnega načrta

Učne vsebine, ki jih v času hospitalizacije ponudimo pacientom, delimo v dva sklopa in sicer v teoretični in praktični del. Teoretičnemu delu izobraževanja namenimo povprečno dva dni, praktičnemu pa, odvisno od spretnosti pacienta, običajno tri dni. V teoretičnem delu je pri pripravi učnih vsebin pomembno upoštevati, za kakšno vrsto kronične rane gre. Največ pacientov v Splošni bolnišnici Jesenice, ki so bili do sedaj vključeni v izobraževanje, je imelo vensko golenjo razjedo, pooperativno rano, ki se je celila sekundarno zaradi okužbe, ali razjedo na diabetični nogi. Glede na vrsto rane se zdravstveno vzgojne vsebine med seboj razlikujejo, saj moramo podati zadosti informacij glede spremembe življenjskega sloga in aktivnosti, ki so potrebne za izboljšanje pogojev za celjenje rane. Pri pripravi učnega načrta je izredno pomembno, da znamo poslušati in da z vprašanji pridemo do vsebin, ki pacienta najbolj skrbijo in zanimajo, podatki pa tudi dovolj praktičnih nasvetov za oskrbo v domačem okolju.

Izhajamo iz osnove, da se pri teoretičnem delu poda vsebine, ki se nanašajo na samo rano, možne zaplete, pomen pravilne izbire oblog in praktične nasvete. Pri praktičnem delu pa, glede na spretnosti, posameznika naučimo pacienta samostojne oskrbe rane. Pri oblikovanju vsebin nam je v pomoč razna literatura (Cowman et.al., 2011; Tomaselli, 2005; Wound care: home instructions, 2013; Wound care discharge instructions, 2012).

Trenutno izobraževanje poteka v dogovoru s pacientom in njegovimi svojci v dopoldanskem času. Uporabljamo individualno obliko dela. Pri učnih metodah poleg verbalno besedilnih metod uporabljamo še demonstracijsko metodo.

Evalvacija

Evalvacija po končanem izobraževanju se izvede sumativno in opiše v izvidu v elektronski informacijski sistem. Formativna evalvacija se izvaja sproti, po vsakem srečanju, kjer ocenimo napredek v znanju in spretnostih posameznika in svojcev. Glede na rezultate prilagodimo vsebino nadaljnjih izobraževanj.

Razpredelnica 1: Evidenca učnih vsebin za paciente s kronično rano in evalvacija – teoretične vsebine

	izvedba ZV		Evalvacija po predstavljenih vsebinah		
			sprejema in razume	potrebna dodatna razlaga	ne sprejema in ne razume
Vsebina	datum /podpis	datum /podpis	datum /podpis	datum /podpis	datum /podpis
higiena rok					
vrsta rane					
dejavniki, ki vplivajo na celjenje					
znaki okužbe					
vodenje bolečine					
pomen prehrane					
materiali, ki se uporabljajo pri oskrbi rane					
zdravljenje z negativnim površinskim pritiskom					

Razpredelnica 2: Evidenca učnih vsebin za paciente s kronično rano in evalvacija – praktične vsebine

	izvedba ZV			Evalvacija po predstavljenih vsebinah		
				samostojen	potrebuje pomoč	ni sposoben samooskrbe
vsebina	datum /podpis	datum /podpis	datum /podpis	datum /podpis	datum /podpis	datum /podpis
higiena rok						
priprava materiala za prevezo, rokovanje z materialom						
odstranitev obloge						
čiščenje rane						
zaščita in nega kože v okolici rane						
namestitvev obloge						

ZDRAVLJENJE PACIENTA Z NEGATIVNIM PRITISKOM DOMA

V Splošni bolnišnici Jesenice že od leta 1999 uporabljamo terapijo z negativnim površinskim pritiskom. Izvajamo jo preko V.A.C.™/® sistema. V ta namen smo v preteklosti kupili dve črpalki, ki sta nekoliko težji in zanju pacienti, ki so slabše pokretni, potrebujejo pomoč predvsem za prenos črpalke. V lanskem letu smo v drugem polletju začeli še z uporabo sistema VIVANO™/®, ki ima prenosne črpalke. S temi črpalčkami so pacienti boljše pokretni oziroma samostojnejši pri opravljanju življenjskih aktivnosti. Odločili smo se, da paciente glede na določene kriterije odpustimo s črpalko domov in da z zdravljenjem po odpustu iz

bolnišnice nadaljujejo v domačem okolju, na preveze in menjave pa prihajajo v kirurško ambulanto. Za tovrstno zdravljenje potrebujemo aparat, ki ustvarja negativni pritisk, z možnostjo različnih nastavitvev. Poleg aparata je potrebno polnilo za rano - poliuretanska pena, poliuretanski film, zbiralnik za izločke in povezovalna cev med peno in zbiralnikom. Aparat -črpalka izsesava izloček iz rane preko različnih polnil, ki jih namestimo v dno rane in zatesnimo s pomočjo poliuretanskega filma. S posebno povezovalno cevko – prilepko povežemo poliuretansko peno, ki je nameščena v dnu rane, in zbiralnik. Črpalka deluje z vklopom električne energije ali na baterije. Delovanje aparata preko baterije je omejeno na določen čas in sicer do 7 ur, kar omogoča pacientu večjo mobilnost.

Kriteriji za izbiro pacienta pri zdravljenju z negativnim pritiskom doma, povzeti po Guy, Grotheir (2012):

- stopnja pokretnosti pacienta (pri uporabi pripomočkov za hojo obstaja večja možnost zapleta s cevko, preknikanje cevke, popustitev obloge),
- stopnjo sposobnosti sprejemanja navodil,
- stopnjo pripravljenosti za sodelovanje, režim zdravljenja, ki vključuje tudi pravilni način nošenja črpalke, skrb za črpalko,
- možnost, da pacient pride na 2-3 dni na menjave obloge v bolnišnico,
- prisotnost bolečine.

Pacienta že med samim zdravljenjem v bolnišnici seznanimo z delovanjem črpalke, pripomočki, rokovanjem s črpalko. Poučimo ga tudi o problemih, ki se lahko pojavijo med samim zdravljenjem in spodbudimo, da v primeru težav lahko pokliče za nasvet. Ob odpustu pacientu damo telefonsko številko koordinatorja za oskrbo kronične rane.

Od junija do decembra 2013 smo obravnavali šest pacientov. Vsi pacienti so bili poučeni že med zdravljenjem v bolnišnici. Za potrebe ugotavljanja učinkovitosti našega dela smo te paciente, ki so se zdravili z negativnim površinskim pritiskom doma, s kratkim anketnim vprašalnikom povprašali o njihovem zadovoljstvu, težavah in občutkih.

Za zadosti usposobljene za ravnanje s črpalko pri zdravljenju z negativnim pritiskom so se počutili vsi pacienti razen enega. Pri pacientki, kjer je bila preveza in namestitev tega sistema izvedena ambulantno, je bilo za edukacijo na voljo zelo malo časa, čeprav je pacientka ob odhodu zatrdila, da ne bo problema. Kasneje se je izkazalo, da je ravno ona imela doma največ problemov z alarmi in samim ravnanjem s črpalko in tudi največkrat klicala koordinatorja za oskrbo kronične rane.

Za največji strah, kako bo v domačem okolju, se je izkazala skrb, kaj bo, če se črpalka poškoduje. Na to je vplivala predvsem informacija o ceni črpalke. V enem primeru je bila izražena skrb, kdo bo pomagal, če bo šlo kaj narobe? Tu se kaže velik pomen izobraževanja in tudi vključitev svojcev, kadar je to možno.

Vsi pacienti so dobili telefonski kontakt koordinatorja za oskrbo kronične rane, kar polovica pacientov je to tudi uporabila in sicer za pomoč pri menjavi zbiralnika 2x. Pacientka, pri kateri je bila namestitev sistema izvedena ambulantno, je klicala 4x, predvsem zaradi zvočnih alarmov na črpalki.

Samo v dveh primerih je prišlo do zmerne bolečine, kjer je za lajšanje bolečine zadoščala tableta Analgina™/°.

Doma so se srečavali s težavami v smislu menjave spodnjega perila in izvajanja osebne higiene npr. pri tuširanju, pokvarila se je sponka na pasu, kjer je bil pripet aparat, težave z alarmi in strah, kaj bo z njihovo rano.

Zdravljenje z negativnim pritiskom v domačem okolju je trajalo od 6 do 45 dni. Razen enega pacienta vsi menijo, da se je stanje rane izboljšalo, in da so tudi s samim potekom obravnave zelo zadovoljni. Pri pacientu, kjer je zdravljenje trajalo 45 dni, je kasneje prišlo do ponovnega operativnega posega. V tem primeru se je zdravljenje izkazalo za neuspešno in neučinkovito.

Primer dobre prakse

V Splošni bolnišnici Jesenice se je od 30. 6. 2012 do 20. 7. 2012 zdravil 53 letni pacient zaradi erizipela leve goleni. Poleg tega je imel še povišan krvni pritisk in sladkorno bolezen, ki jo je zdravil s peroralno terapijo. Tretji dan po sprejemu je bila narejena nekrektomija. Rana po nekrektomiji je bila v velikosti 13cm x 2 cm x 1,5 cm. Dno rane je bilo izpolnjeno z 50% granulacij, 40% odmrlega tkiva in 10 % fibrina. Noga je bila otekla, rdeča, prisotni so bili lokalni znaki vnetja. Zaradi tega je oskrba rane po zdravnikovem naročilu potekala vsakodnevno s tuširanjem rane ter obkladki s fiziološko raztopino. Ta načrt zdravljenja je trajal 14 dni. V tem času smo pacienta naučili samooskrbe, lokalni in sistemski znaki vnetja so počasi izzveneli. Dno rane se je postopoma izčistilo, nekroz ni bilo več prisotnih. Poleg granulacij v 60% so bile prisotne še fibrinske obloge v 40 %, velikost in globina rane sta ostali nespremenjeni. V dogovoru z zdravnikom, 16. 7. 2012 koordinator izvede oskrbo rane in namesti sistem za zdravljenje z negativnim pritiskom.

Pacient si je želel domov in ker je bilo del učnih vsebin pacientu že med zdravljenjem predstavljenih, smo pričeli z izobraževanjem glede rokovanja s črpalko Vivano™/°. Pri tem izobraževanju nismo imeli problemov. Dne 18. 7. 2012 naredimo ponovno menjavo obloge in pacienta odpustimo v domače okolje. Pacient doma ni imel težav s črpalko, ambulantno je prišel še na tri menjave. Na menjave ga je dvakrat pripeljala žena, enkrat se je pripeljal sam. Ob odstranitvi in zaključku zdravljenja z negativnim pritiskom se je dno rane v celoti izčistilo, velikost rane pa zmanjšala v smislu globine za 1cm in delno tudi površine rane. Pacient je potem oskrbo rane izvajal sam, včasih tudi s pomočjo žene. Na kontrole je hodil k svojemu lečečemu zdravniku, mesečno tudi na kontrole h kirurgu. Menjava obloge je potekala na dva do tri dni pri oskrbi rane je uporabljal Hidrofibre™/°. Ob zadnjem dostopnem podatku je prišlo do zacelitve rane in sicer v novembru 2012.

Zdravstveno vzgojo smo izvajali po programu in upoštevali vsebine iz obeh razpredelnic. Prvi dan smo namenili teoriji. Čeprav imamo po programu dva dni teoretičnih vsebin, smo v tem primeru prešli kar na praktično izobraževanje.

Pri zdravstveno vzgojnem delu smo v začetku imeli kar nekaj težav, saj je pacient mislil da že vse zna. Prav tako je nasprotoval, da bi se njegova žena vključila v izobraževanje, ker bo rano sam previjal in ne rabi pomoči. Kljub temu smo se z njim le uspeli dogovoriti, da v tem procesu sodeluje tudi žena. Pacient je imel največ problemov z odpiranjem in rokovanjem s sterilnim materialom, kasneje pa še z nameščanjem obloge. Po končanem izobraževanju je rekel, da si ni mislil, da bomo tako komplicirali, obenem pa je bil zadovoljen da se je naučil pravilne oskrbe.

ZAKLJUČEK

Zdravstvena vzgoja pacientov s kronično rano ima pri oskrbi rane pomembno vlogo. Poznavanje dejavnikov, ki vplivajo na celjenje, samooskrba, spremljanje napredka pri celjenju rane za marsikoga pomeni novo kvaliteto življenja in dvig samopodobe. To vodi tudi v občutek zadovoljstva, ker posameznik rano obvlada in zna živeti z njo. V primerih, ko pacienti niso zainteresirani za izobraževanje oziroma se ne zmorejo izobraževati, so veliko bolj obremenjeni z rano in vse aktivnosti so podrejene rani. Sigurno pa zacelitev kronične rane pomeni uspeh za pacienta, za njegove svojce kot tudi za nas zdravstvene delavce.

LITERATURA

Benbow M. Evidence – based wound management. Whurr Publishers Ltd. 2005.

Cowman S, Gethin G, Clarke E, Moore Z, Craig G, Jordan-O'Brien J, McLain N, Strapp H. An international eDelphi study identifying the research and education in wound management and tissue repair. *Journal of Clinical Nursing*, 2011; 21 (3/4): 344-53.

Guy H, Grothier L. Using negative pressure therapy in wound healing. *Nursing Times*; 2012 108;36:16 -20.

Kiger AM. Teaching for health. Churchill Livingstone, third edition. 2004.



Marentič Požarnik B. Pomen operativnega oblikovanja vzgojno-izobraževalnih smotrov za uspešnejši pouk. V: Blažič M. (ur.). Izbrana poglavja iz didaktike. Novo mesto: Pedagoška obzorja, 1995: 5-80.

Orsted H. The Art and Science of Wound care: The fundamentals of wound management M Inlycke Health Care. 2006.

Tomasellini NL. Teaching the patient with a cronic wound. Advances in Skin & Wound Care, 2005; 18 (7): 379-90.

Tough A. How adults learn and change. Diabetes Educ 1985;11: 21-5.

Triler C. Kronična rana V: Smrke D (ur.). Simpozij o ranah z mednarodno udeležbo. Sodobni pristopi k zdravljenju akutne in kronične rane. Ljubljana 2006; 23- 27.

Willy C. Indications and contraindications. V: Willy C. The Theory and Practice of Vacuum Therapy, Scientific Basis, Indications for Use, Case Reports, Practical Advice Ulm 2006: 17- 20.

Wound care: home instructions. Dostopno na: <http://intermountainhealthcare.org/ext/Dcmnt?ncid=520684503> (9.1.2013)

Wound care discharge instructions. Dostopno na: http://www.patienteducationconnect.com/files/Wound_Care.pdf (20.12.2012)

132B

EVALVACIJA PROGRAMA ZA UČENJE PACIENTOV NA KRONIČNI NEINVAZIVNI VENTILACIJI NA DOMU

EVALUATION OF PROGRAM FOR TEACHING PATIENTS FOR CRONIC NON-INVASIVE VENTILATION AT HOME

Lojzka Prestor, dipl. m. s.

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

lojzka.prestor@klinika-golnik.si

Ključne besede: zdravstvena nega, neinvazivna mehanična ventilacija, zdravstvena vzgoja

IZVLEČEK

Izhodišča: V prispevku je prikazana kakovost zdravstveno vzgojnega dela v okviru Šole za neinvazivno mehanično ventilacijo (NIMV) pri pacientih, ki imajo kronično NIMV na domu. Raziskovali so poučenost pacientov o vzdrževanju ventilacijske maske, pritrdilnih trakov, menjavo filtrov in cevne sistema na aparatu in razumljivost podajanja informacij. Cilj raziskave je ugotoviti uspešnost sistematiziranega zdravstveno vzgojnega dela v okviru šole pacientov s kronično NIMV na domu in podatke primerjati s študijo, izvedeno v letu 2011 pred uvedbo Šole za NIMV.

Metode: Uporabljen je bil voden intervju s pacienti v okviru redne kontrole na oddelku, pri katerih je bila uvedena kronična NIMV. Podatke so zbirali na podlagi strukturiranega anketnega vprašalnika. Vprašalnik je vseboval 15 vprašanj, ki so bila pretežno zaprtega tipa. Podatki so bili obdelani s programom Microsoft Excel. Raziskava je bila opravljena od januarju do decembra 2012. V raziskavo je bilo vključenih 24 pacientov.

Rezultati: V raziskavi je sodelovalo 9 žensk in 16 moških. Njihova povprečna starost je bila 61,8 let. 71% pacientov je pravilno čistila masko za ventilacijo. 67% pacientov ve, da je potrebno čistiti trakove ventilacijske maske in jih večina čisti po potrebi. Vsi pacienti pravilno menjajo dihalni sistem in baktericidni filter. Nekateri pri tem potrebujejo pomoč svojcev. 88% pacientov je prejelo razumljive informacije. Posredovali so jih medicinske sestre, zdravnik in tehnični sodelavec. 21% pacientov ne potrebuje zaščite kože na obrazu.

Diskusija in zaključki: Pri pacientih, pri katerih se predvideva, da potrebujejo kronično NIMV na domu, takoj pričnejo z zdravstveno vzgojnim delom. Poučijo jih o nameščanju in čiščenju ventilacijske maske, zaščiti kože, nameščanju in čiščenju pritrdilnih trakov ter o ravnanju z ventilatorjem. Zdravstveno vzgojo pacientov izvajajo individualno. Vsa dosežena znanja vpisujejo v protokol Šole o NIMV za paciente in svojce. Za doseg boljših rezultatov bi potrebovali tudi pisna navodila za bolnike in njihove svojce. Pacienti ocenjujejo, da se je njihova kvaliteta življenja izboljšala.

Key words: health care, non-invasive mechanical ventilation, health education

ABSTRACT

Introduction: In the article we tried to present the quality of health education work in a School for non-invasive mechanic ventilation (NIMV) with patient who had chronic NIMV at home. We studied the awareness of patients about maintaining of the ventilation mask, ribbons, how to properly change filters, how to check pipe system on the ventilator and the understanding of given information. Conclusion of the study showed the success rate of systematical health education work in school for patients with NIMV at home and comparing them to the study we made in the year 2011, before introducing the School for NIMV.

Methods: For research we used guided interview with patients during regular controls. The data was gathered together on the base of structured survey. Survey contained 15 questions, more or less closed type. The results were processed by Microsoft Excel program. Research took place from January to December 2012. 24 patients took a place in it.

Results: 9 women and 16 men took place in a research. The average age was 61.8 years. 71% of patients were correctly cleaning the ventilation mask. 67% of patients know that it is necessary to clean ribbons and most of the clean them if needed. All of the patients were properly replacing the breathing system. Some of them needed help from family members. 88% of patients were given understandable information. 21% of patients didn't need to protect the skin on their face.

Discussion and conclusions: Patients that are predicted to have the NIMV at home immediately start with health educational work. They are taught about installing of ventilation and cleaning the ventilation mask, protection of skin, placing and cleaning the ribbons and how to deal with ventilator. Health education of patients is performed individually. All of gained knowledge is put down in the protocol of the School if NIMV for patients and their family members. Patients say that it helps them improve the quality of life.

UVOD

Neinvazivna mehanična ventilacija (NIMV) pomeni nudenje dihalne podpore pacientu pri dihanju brez endotrahealne intubacije. Uporaba NIMV se je v zadnjem času zelo povečala tako v domačem okolju, v enotah intenzivne terapije kot tudi na bolniških oddelkih. Postala je sestavni del zdravljenja akutnih in kroničnih dihalnih zapletov (Škrjat 2010, Šifrer 2008). Njena uporaba je odvisna od prakse v bolnišnicah, znanja in izkušenj osebja, primerne opreme in zadostnega števila zdravstvenega osebja. Vloga medicinske sestre je v prvih urah uvajanju NIMV in nadzora pacienta izredno pomembna (Škrjat 2007, Trinkaus 2009, Oberauner 2010).

NIMV uporabljamo pri akutni in kronični hiperkapnični respiracijski insuficienci. Uvajamo jo pri pacientih s kronično respiracijsko insuficienco zaradi deformacije prsnega koša (skolioza), nevrološkimi boleznimi brez bulbarne simptomatike, cistično fibrozo, debelostjo s pridruženno obstruktivno sleep apnejo in kronični obstruktivni pljučni bolezni (Škrjat 2009, Trinkaus 2009, Gabrijelčič 2010).

Pacienti so pri NIMV budni, dihalo spontano, imajo proste dihalne poti, lahko govorijo, se izkašljejejo in prehranjujejo. Obrambni mehanizmi dihal so neokrnjeni, vdihani zrak se v nosu navlaži in ogreje. Postopek je možen tudi s prekinitvami, vmes lahko bolnik izkašljeje, inhalira zdravila in izvaja ostalo respiracijsko fizioterapijo (Oberauner 2010).

NIMV se izvaja preko nosne ali obrazne maske. Ta način ventilacije se je v zadnjih dveh desetletjih uspešno uveljavil za zdravljenje akutnih in kroničnih motenj dihanja na bolnišničnih oddelkih in v domačem okolju. Enota za neinvazivno ventilacijo v Bolnišnici Golnik – Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo (UKPA) deluje od leta 2005. Takrat se je izvajala NIMV pri 3 pacientih, v letu 2006 pri 9 pacientih v letu 2010 pri 88 pacientih (Škrjat 2010). V letu 2012 se je izvajala pri 94 pacientih.

Ko se ugotovi potreba po zdravljenju z NIMV na domu, se prične na bolniškem oddelku s poučevanjem pacienta o uporabi ventilacijske maske in ravnanju z ventilatorjem. Pri izobraževanju sodeluje zdravnik, medicinska sestra in serviser. K izobraževanju povabimo njihove svojce in pri delno odvisnih pacientih tudi patronažno medicinsko sestro (Prestor 2011). Pacienti prihajajo na bolnišnične kontrole z ventilatorjem na 3-6 mesecev. Paciente doma obiskuje serviser, ki preverja tehnično brezhibnost aparata. V primeru nejasnosti ali poslabšanja zdravstvenega stanja se pacienti obrnejo na osebje KOPA Golnik (Prestor 2009).

Namen raziskave je ugotoviti, koliko znanja so osvojili pacienti, ki so bili vključeni v Šolo za NIMV pacientov na domu, in kako to znanje uporabljajo pri vsakodnevni ventilaciji. Na osnovi raziskave so skušali ugotoviti, kako poučeni so pacienti o vzdrževanju ventilacijske maske, čiščenju pritrdilnih trakov, menjavi filtrov in cevne sistema na aparatu, namestitve zaščitnih oblog, kako razumljive so bile informacije in kdo rokuje z aparatom. Za konec so imeli možnost opredelitve, kako jim je NIMV na domu izboljšala kvaliteto življenja. Cilj raziskave je ugotoviti uspešnost sistematiziranega zdravstveno vzgojnega dela v okviru šole NIMV pri pacientih s kronično NIMV na domu in podatke primerjati s študijo, izvedeno pred uvedbo Šole za NIMV v letu 2011.

METODE

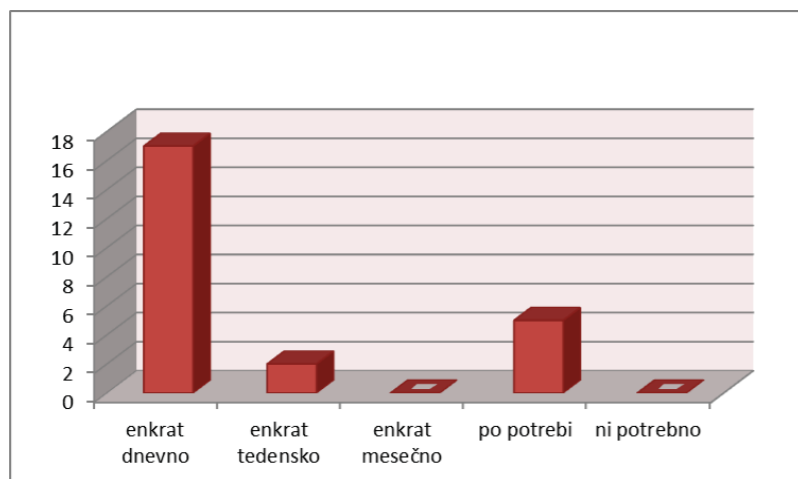
Za evalvacijo programa za učenje pacientov s kronično NIMV je bil uporabljen voden intervju. Izveden je bil v okviru redne kontrole na oddelku na podlagi strukturiranega anketnega vprašalnika. Vprašalnik je vseboval 15 vprašanj, ki so bila pretežno zaprtega tipa. Podatki so bili obdelani s programom Microsoft Excel. Raziskava je bila opravljena od januarju do decembra 2012. V raziskavo je bilo vključenih 24 pacientov, ki so imeli med odpustnimi diagnozami v letu 2012 navedeno uvedbo kronične NIMV. Obdelava podatkov je bila anonimna.

REZULTATI

V raziskavi je sodelovalo 9 žensk in 15 moških. Njihova povprečna starost je bila 61,8 let, moški so bili nekoliko mlajši (40) kot ženske (43). Najmlajši anketiranec je bil star 40 let, najstarejši pa 77 let (Razpredelnica 1).

Razpredelnica 1: Spol in starost anketiranih pacientov

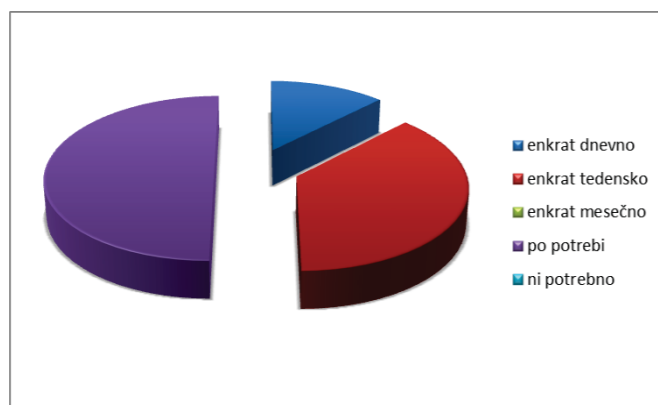
	moški	ženske	N
n	15	9	24
mediana	63,1	59,7	61,8
modus	65	58	65
razpon	40;77	43;76	40;77



Slika 1: Čiščenje maske za ventilacijo

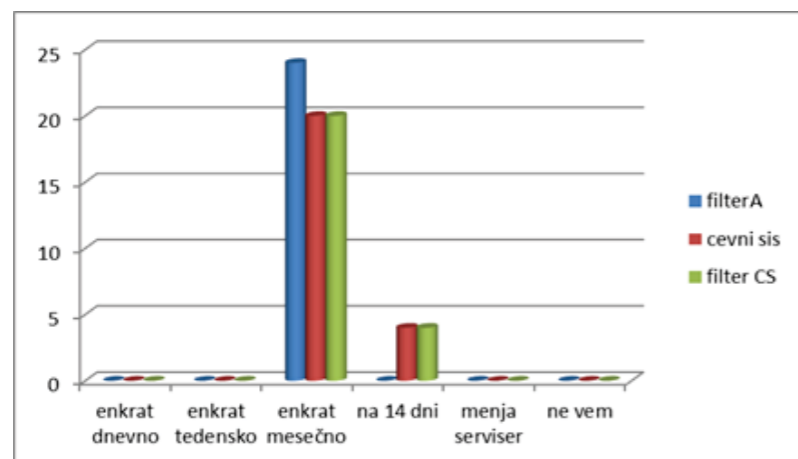
Na vprašanje, kako pogosto čistijo masko za ventilacijo, je 17 pacientov odgovorilo, da jo čistijo enkrat dnevno, 2 pacienta enkrat tedensko in 5 pacientov jo čisti po potrebi. (Slika 1).

17 pacientov je čistilo pritrtilne trakove maske enkrat dnevno, 2 pacienta enkrat tedensko in 5 pacientov jih čistiti po potrebi (Slika 2).



Slika 2: Čiščenje pritrtilnih trakov

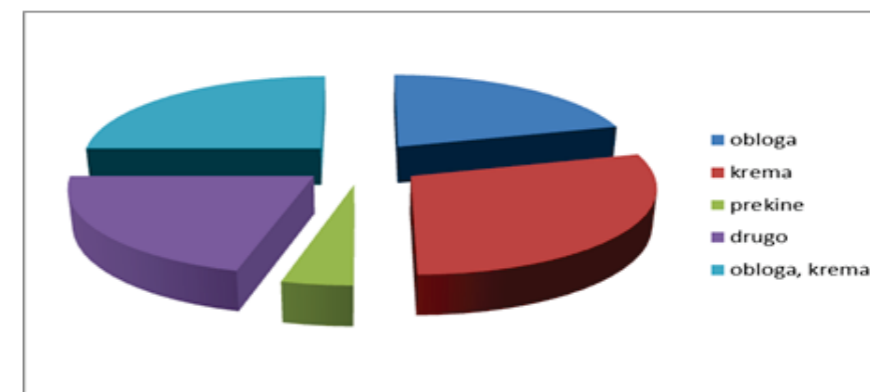
Baktericidni filter na aparatu so vsi pacienti menjali mesečno. Dihalni cevni sistem menja 20 pacientov mesečno in 4 pacienti na štirinajst dni. Enako menjajo tudi baktericidni filter na dihalnem sistemu (Slika 3).



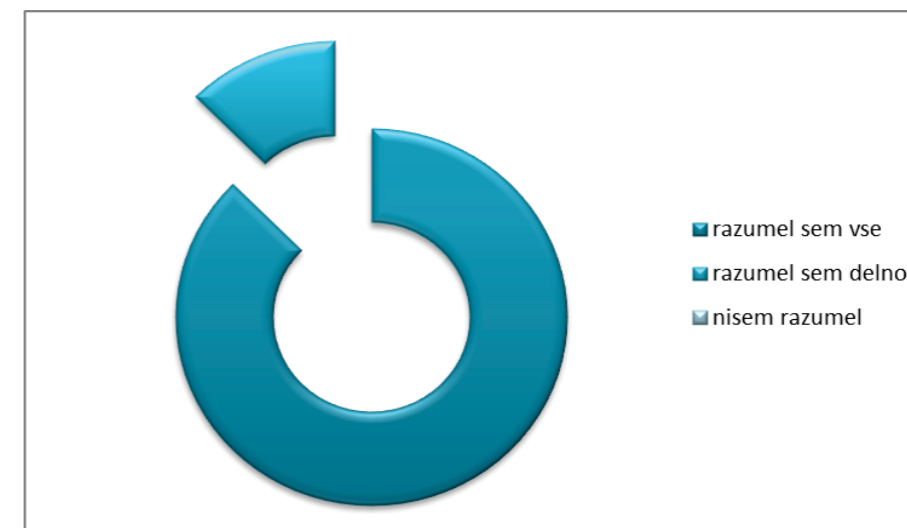
Slika 3: Menjava baktericidnih filtrov in dihalnega sistema

Vsi pacienti pritrdijo ventilacijsko masko tako močno, da ob maski izhaja le malo zraka. Če pacienti opazijo rdečino na korenu nosu ali ličnicah, jih 5 namesti koloidno oblogo, 7 jih namaže kožo z zaščitno kremo in 1 prekine ventilacijo za krajši čas. 6 pacientov uporablja koloidno oblogo in zaščitno kremo in 5 pacientov meni, da nima nobenih težav s kožo na obrazu (Slika 4).

Na vprašanje, na kakšen način so jim bile posredovane informacije o ventilaciji na domu, je 21 pacientov menilo, da so razumeli vse, kar so jim razlagali, le 3 pacienti so razumeli del tega kar, so jim razlagali. Nihče se ni opredelil, da ni razumel, kar so mu razlagali (Slika 5).



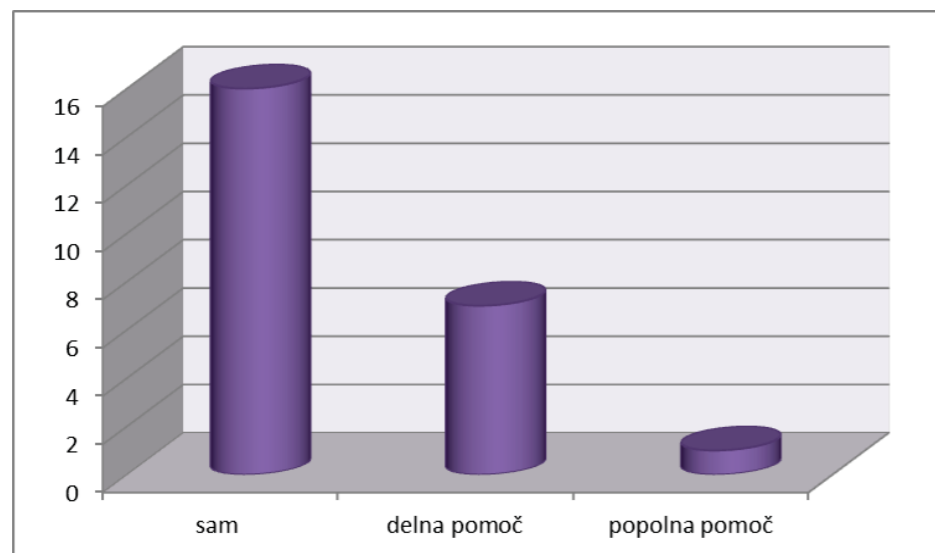
Slika 4: Zaščita kože na obrazu



Slika 5: Način posredovanja informacij

Informacije o NIMV na domu so pacienti pridobivali od zdravnika, medicinske sestre in tehničnega sodelavca.

V domačem okolju 17 pacientov samostojno rokuje z aparatom, 7 pacientov potrebujejo delno pomoč svojcev in 1 pacient potrebuje popolno pomoč svojcev (Slika 6).



Slika 6: Rokovanje z aparatom

Statistično smo s pomočjo χ^2 testa izračunali povezanost med spolom, čiščenjem maske ter menjavo dihalnega sistema (Razpredelnica 2). Izračunana verjetnost za povezavo med spolom in pravilnim čiščenjem maske je bila manjša od 5% ($p=0,014$). Med spolom in pravilno menjavo dihalnega sistema je bila izračunana verjetnost $p=0,572$.

Razpredelnica 2: Spol in pravilno vzdrževanje ventilatorja

	čiščenje maske		statistika	menjava dihalnega cevne sistema		statistika
	pravilno	nepravilno		pravilno	nepravilno	
moški	8	7	$df = 1$	13	2	$df = 1$
ženske	9	0	$p = 0,014$	7	2	$p = 0,572$

RAZPRAVA

V raziskavi leta 2011 in 2012, ki je bila izvedena na bolniškem oddelku UKPA Golnik, je sodelovalo več moških kot žensk. Njihova povprečna starost je bila 61.8 let.

Maska za ventilacijo naj bi se čistila na dan z blagim milom in tekočo mlačno vodo. Masko nato pustimo na zraku, da se posuši. Občasno se lahko prebriše z razkužilnimi robčki z blago vsebnostjo alkohola. Če opazimo, da je maska poškodovana, napako javimo serviserju. Tesnjenje poškodovane maske je neučinkovito. Po ugotovitvi raziskave je več kot polovica pacientov pravilno čistila masko za ventilacijo. V primerjavi z letom 2011 več pacientov čisti masko enkrat dnevno in po potrebi ter manj enkrat tedensko.

Pritrdilne trakove ventilacijske maske je potrebno po uporabi obrisati z vlažno krpo in jih enkrat tedensko ročno oprati v blagem detergentu. Iz rezultatov je razvidno, da jih 67% (približno enako kot leta 2011) ve, da je potrebno trakove ventilacijske maske čistiti. Enak procent jih čisti masko enkrat dnevno kot leta 2011. Glede na rezultate iz leta 2011 jih 12% manj čisti trakove enkrat tedensko in po potrebi. Kar 28% več kot leta 2011 jih meni, da ni potrebno čistiti pritrtilnih trakov. Menijo, da s povečanim pranjem ježki na trakovih popuščajo. Rezervni trakovi so na tržišču, vendar so cenovno težje dostopni. Pacient jih dobi skupaj z masko.

Navodila glede vzdrževanja ventilacijskega aparata, dihalnega sistema in baktericidnih filtrov poda medicinska sestra in tehnični sodelavec, ki dobavi aparat pacientu. Izobraževanje se izvede že na oddelku pred odpustom. Na izobraževanje se povabi njihove svojce in po potrebi tudi patronažno medicinsko sestro. Za dodatne informacije jim je serviser na voljo 24 ur dnevno po telefonu. Baktericidni filter se nahaja na zadnji strani aparata in se menja enkrat mesečno. V letu 2012 so vsi pacienti pravilno zamenjali filter.

Pri menjavi dihalnega sistema morajo biti pozorni, da je ventil dobro nameščen, da so zaprti vsi čepi in da cev ni poškodovana. Po novih pravilih zavarovalnice se dihalni sistem ventilatorja in baktericidni filter na dihalnem sistemu menja enkrat mesečno. 83% vseh anketirancev je v letu 2012 zamenjalo dihalni sistem ventilatorja in baktericidni filter na dihalnem sistemu enkrat mesečno, le 13% vsakih štirinajst dni.

Vsi pacienti so menili, da mora biti ventilacijska maska pričvrščena na obraz tako močno, da ne čutijo bolečine in lahko ob maski izhaja malo zraka. Tesnjenje maske na korenu nosu in ličnicah lahko povzroči pojav rahle rdečina in tudi rano zaradi pritiska. Pacientom svetujemo, da naj kožo preventivno zaščitijo s hidrokolidno oblogo in rdečino namažejo s kremo. V letu 2012 je več pacientov uporabljalo zaščitno oblogo in zaščitno kremo kot v letu 2011. Manj pacientov je bilo mnenja, da nimajo problemov s kožo. V obeh letih je le en pacient za krajši čas prekinil ventilacijo zaradi težav s kožo. Noben pacient ni dobil rane zaradi pritiska pri ventilaciji v domačem okolju.

Razlago bolezni in napotke za rokovanje z ventilacijsko masko in aparatom poda pacientu zdravnik, diplomirana medicinska sestra in tehnični sodelavec. V letu 2012 so pričeli s sistematiziranim poučevanjem pacientov, ki bodo imeli ventilacijo na domu. Poteka individualno vsaj teden dni pred odpustom. Informacije pacientu morajo biti podane v razumljivem jeziku. Diplomirana medicinska sestra pacienta nauči predvsem ravnanja z ventilacijsko masko in njenim vzdrževanjem. V 83% so po mnenju pacientov prejeli razumljive informacije, le 13% je delno razumela informacije. V letu 2012 se nihče ni opredelil, da ni razumel podanih informacij.

V letu 2012 je 10% manj pacientov, ki so sposobni doma rokovati z aparatom kot leta 2011. 20% več jih potrebuje delno pomoč svojcev. En pacient pa je popolnoma odvisen od pomoči svojcev. Pomoč potrebujejo pri nameščanju ventilacijske maske in menjavi dihalne cevi.

S statistično metodo χ^2 smo preverjali, ali obstaja statistična značilna razlika med moškimi in ženskami, kar se tiče vzdrževanja ventilatorja na pacientovim domu. Kot spremenljivko smo spremljali čiščenje maske in menjavo dihalnega sistema. Ugotovili smo, da je pri čiščenju maske dokazana statistično značilna razlika med spoloma, medtem ko pri menjavi cevne dihalnega sistema nične hipoteze ne moremo zavrnila. O pravilnem ravnanju so bili vsi anketirani pacienti v okviru zdravstvene vzgoje dobro obveščeni in so prejeli tudi pisno navodilo.

Na koncu intervjuja so imeli pacienti možnost opisati spremembo v njihovem življenju, ki jo je povzročila NIMV. Pacienti so bili v 71% mnenja, da je kvaliteta njihovega življenja boljša, kar so podkrepili s trditvami *zjutraj sem bolj spočit, ponoči boljše spim, ponoči se manjkrat zbujam za opravljanje potrebe, ali zjutraj nimam glavobolov, podnevi ne spim za mizo, preko dneva lažje prenašam fizične napore, sem spočit in tudi sem manj utrujen in se lažje gibljem.*

SKLEP

Diplomirana medicinska sestra (DMS) v času priprave na ventilacijo na domu izvaja sistematizirano zdravstveno vzgojno delo. Pacientom poda informacije o rokovanju z ventilacijsko masko, dihalnim sistemom in zaščito kože pred nevarnostjo nastanka rane zaradi pritiska. Rana namreč predstavlja kontraindikacijo za ventilacijo. Pacienti si težko zapomnijo vse informacije. K sodelovanju povabijo tudi njihove svojce in po potrebi patronažno medicinsko sestro. Podane vsebine in njihovo razumevanje vodi DMS tudi v računalniški obliki med pacientovimi izvidi. Za še boljše doseganje rezultatov bi pacienti potrebovali pisna navodila. Izvid Šole o NIMV posredujejo patronažni medicinski sestri, ki naj bi pacienta na NIMV obiskala v domačem okolju. Pacienti ocenjujejo, da se je njihova kvaliteta življenja izboljšala.



LITERATURA

- Adamič K, Škr gat S. Izkušnje z neinvazivno ventilacijo v zadnjem letu V Košnik M. ur. Zbornik predavanj Golniški simpozij 2010, Bled 30. septembra – 2 oktobra 2010: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergologijo: 14-5.
- Gabrijelčič J. Presoja o uvedbi kronične NIMV pri bolniku s KOPB V Košnik M. ur. Zbornik predavanj Golniški simpozij 2010, Bled 30. septembra – 2 oktobra 2010: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergologijo: 9.
- Oberauer L. in sod. Neinvazivno predihavanje s pozitivnim tlakom v pooperativnem obdobju; Zdrav Vestn 2010 79: 322-9.
- Prestor L. Sodelovanje pacienta pri NIMV V Kadivec S.ur. Zbornik predavanj Zdravstvena obravnava bolnika s pljučno boleznijo in paliativna oskrba, Golnik, 1-2 oktober 2010 Bolnišnica Golnik KOPA.
- Prestor L. Poučenost pacienta o NIMV na domu. V: Štemberger Kolnik T, Majcen Dvoršak S, Klemenc D.ur. Medicinske sestre in babice zagotavljajo dostopnost in enakost zdravstvene oskrbe pacientov: zbornik prispevkov z recenzijo 8. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Maribor, 12., 13. in 14-maj 2011; Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije: 275- 279.
- Simonds AK. Non-invasive respiratory support: a practical handbook – third edition. London: consultant in respiratory medicine, Royal Brompton and Harefield NHS Trust; 2007: 41-52;113-122; 210-217.
- Šifrer F. Neinvazivna mehanična ventilacija pri akutni eksacerbaciji kronične obstruktivne pljučne bolezni. V Škr gat SK. ur. Zbornik predavanj združenja pnevmologov Slovenije, Ljubljana, 14. april 2008 : Bolnišnica Golnik KOPA.
- Škr gat SK. Neinvazivna mehanična ventilacija na navadnem (ne intenzivnem oddelku) pulmološkega oddelka. V Košnik M.ur. Zbornik predavanj Klinična imunologija, KOPB, Bled, 2.-6. oktober 2007: Bolnišnica Golnik KOPA.
- Trinkaus D. Pacienti na neinvazivni ventilaciji v hujši respiracijski insuficienci. V Kadivec S. ur. Zbornik predavanj Zdravstvena obravnava bolnika z obstruktivno boleznijo pljuč in cistično fibrozo, Golnik, 2-3. oktober 2009: Bolnišnica Golnik KOPA.

132C

ZDRAVSTVENA VZGOJA BOLNIKA Z MEHANSKO PODPORO LEVEGA PREKATA

HEALTH EDUCATION FOR PATIENT WITH IMPLANTED LEFT VENTRICULAR ASSIST DEVICE

Simon Koletnik, dip. zn.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Program za napredovalo srčno popuščanje in transplantacije srca -
Klinični oddelek za kardiologijo

viš. pred. mag. Andreja Kvas, viš. med. ses., prof. zdr. vzg.

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta

koletniksimon84@gmail.com¹

Ključne besede: srčno popuščanje, mehanska podpora levega prekata, zdravstvena vzgoja, sodelovanje s patronažno službo

IZVLEČEK

Uvod: Srčno popuščanje je v razvitem svetu vse večji problem, kar je predvsem posledica staranja prebivalstva in vedno večjega števila kroničnih bolnikov z boleznimi srca in žilja. Mehanska podpora levega prekata je zadnja možnost pred presaditvijo srca pri bolnikih, katerih zdravljenje srčnega popuščanja z zdravili je nezadovoljivo ali neuspešno. V okviru načrtovane in kontinuirane zdravstvene vzgoje medicinska sestra bolnika, njegove svojce in patronažno službo pripravi na življenje z mehansko podporo levega prekata v domačem okolju.

Namen: Namen prispevka je predstaviti mehansko podporo levega prekata kot sodoben način zdravljenja napredovelega srčnega popuščanja ter zdravstveno vzgojo bolnika z mehansko podporo levega prekata v času hospitalizacije.

Metode dela: Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela s pregledom in kritično analizo domače in tuje literature. Literaturo smo iskali s pomočjo bibliografskih baz podatkov: CINAHL, MEDLINE, PubMed, Medscape in sistema COBISS.SI. Uporabljena literatura je iz obdobja od leta 2003 do leta 2013.

Razprava in sklep: Mehanska podpora levega prekata, kot eden izmed najnovejših načinov zdravljenja napredovelega srčnega popuščanja, bolnikom omogoča kakovostno in aktivno življenje, za katero je le-ta odgovoren tudi sam. S pomočjo zdravstvene vzgoje bolnika v bolnišnici naučimo novega načina življenja z mehansko podporo levega prekata. Ves čas hospitalizacije je zelo pomembno sodelovanje medicinske sestre s službami izven bolnišnice, predvsem s patronažno službo, ki se bo vključevala v zdravstveno oskrbo bolnika na domu

1. Prispevek je nastal na osnovi diplomskega dela Simona Koletnika z naslovom Zdravstvena oskrba bolnika z mehansko podporo levega prekata (2012), ki ga je pod mentorstvom viš. pred. mag. Andreje Kvas, viš.med. ses., prof. zdr. vzg. izdelal na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani.



Keywords: heart failure, left ventricular mechanical support, health education, cooperation with community health care service

ABSTRACT

Introduction: Heart failure in the developed world is a growing problem, mainly due to the aging population and an increasing number of patients with chronic cardiovascular disease. Recent development of mechanical left ventricular support offers a viable treatment option for patient with heart failure in whom medical therapy is unsatisfactory or unsuccessful. In the context of planned and continuous health education nurse the patient, his family and home care service for life with left ventricular assist device at home.

Purpose: The purpose of this thesis is to present the left ventricular assist device as a modern method of treatment of advanced heart failure and health education of patients with left ventricular assist device during hospitalization.

Methods: We used descriptive method to critically analyse domestic and foreign literature. We searched the literature using bibliographic databases: CINAHL, MEDLINE, PubMed, Jupline, and national bibliographic Medscape and reviewed resources from 2003 to 2013.

Discussion and conclusion: Mechanical left ventricular support represents one of the newest treatments for advanced heart failure patient and enable him to have a high-quality, active life for which the patient is responsible himself. With health education we learn patient a new way of life with the left ventricular assist device. During hospitalization is very important cooperation with the services of a nurse outside the hospital, especially with home care service, which will be included in the medical care of patients at home.

UVOD

Srčno popuščanje je kompleksen klinični sindrom simptomov in znakov, ki kažejo na oslABLJENO črpalno sposobnost srca, zato srce vedno težje zagotavlja učinkovito prekrvavitev organov in tkiv (Pogljajen in Vrtovec, 2010). Srčno popuščanje je stanje, pri katerem srce ne zmore zagotoviti zadostnega minutnega srčnega iztisa glede na trenutne presnovne potrebe organizma (Vrtovec, Pogljajen, 2011; Voga, 2005). Poznamo akutno in kronično srčno popuščanje in se deli glede na to, kateri del srčnega prekata je prizadet. Tako ločimo desnostransko in levostransko srčno popuščanje. Lahko pa pride tudi do popuščanja obeh delov srca (Morton in Fontaine, 2009). Najpogostejši vzroki, ki privedejo do srčnega popuščanja, so bolezni srčne mišice (kardiomiopatija, aritmije), hipertrofija levega prekata (arterijska hipertenzija, aortna stenoza) ali pa srčno popuščanje kot posledica akutnega miokardnega infarkta ter drugi manj pogosti vzroki (miokarditis, perikarditis, akutna pljučna embolija, bolezni srčnih zaklopk, nosečnost, sladkorna bolezen) (Jalovec in sod., 2010; While, Kiek, 2009).

Navkljub napredku in novim metodam zdravljenja vedno več bolnikov doseže napredovalo stopnjo srčnega popuščanja, ki ni več odzivna na zdravljenje z zdravili in je povezana z visoko stopnjo umrljivosti (Vrtovec in sod., 2007). Presaditev srca je danes svetovno razširjena in priznana metoda zdravljenja končne srčne odpovedi (Knežević, 2007), vendar so se zaradi pomanjkanja organov, zapletenosti organizacije presaditve, zapletov po presaditvi in velikega števila bolnikov s srčnim popuščanjem, ki niso primerni za presaditev srca, začele razvijati mehanske cirkulatorne srčne podpore (Slaughter et al., 2010). Z vstavitvijo tovrstnega podpornega sistema zmanjšamo napor srca, zagotovimo zadostno periferno prekrvavitev, preprečimo okvaro organov (Andročec, 2010) in omogočimo bolnikom kakovostnejše življenje (Vitale et al., 2012; Twedell, 2009).

Bolnika z mehansko podporo levega prekata (Left Ventricular Assist Device – LVAD) je treba že v času bolnišničnega zdravljenja pripraviti na spremenjen način življenja v domačem okolju. Pri tem ima glavno vlogo medicinska sestra s specialnimi znanji, ki v okviru zdravstvene vzgoje bolnika in njegove svojce

naučit živeti z LVAD. Zdravstveno vzgojo izvajajo kontinuirano in načrtovano ves čas bolnikove hospitalizacije.

Namen

Namen prispevka je predstaviti LVAD kot sodoben način zdravljenja napredovalega srčnega popuščanja ter zdravstveno vzgojo bolnika z LVAD v času hospitalizacije.

METODE

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela s pregledom in kritično analizo domače in tuje literature. Literaturo smo iskali s pomočjo bibliografskih baz podatkov: CINAHL, MEDLINE, PubMed, Medscape in sistema COBIS.SI. Literaturo smo iskali s pomočjo ključnih besed: srčno popuščanje, mehanska podpora levega prekata, LVAD, zdravstvena vzgoja, sodelovanje s patronažno službo. Kriteriji pri izboru literature so bili naslednji: literatura iz obdobja od leta 2003 do 2013, objava celotnega besedila v angleščini ali slovenščini. Pregledali smo tudi zbornike, knjige in strokovne revije v knjižnici Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani ter v oddelčni knjižnici Kliničnega oddelka za kardiologijo (KOK) Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (UKCL).

Zdravljenje srčnega popuščanja

Zdravljenje srčnega popuščanja je sestavljeno iz splošnih nasvetov, drugih nefarmakoloških ukrepov (pravilna in primerna prehrana z omejitvijo vnosa soli in tekočin, prenehanje kajenja in uživanja alkohola, zmanjšanje telesne teže) in farmakološkega zdravljenja pri blažji obliki bolezni, medtem ko pri napredovalem srčnem popuščanju uporabljamo tudi invazivne metode (mehanične naprave, resinhronizacijski srčni spodbujevalnik, transplantacija matičnih celic) in kirurške metode zdravljenja (zamenjava zaklopk, revaskularizacija miokarda ali transplantacija srca) (Vrtovec, Pogljajen, 2011; Šebeštjen, 2004).

Zdravljenje z LVAD predstavlja v mnogih zdravstvenih centrih po vsem svetu že rutinsko in standardno možnost zdravljenja napredovalega srčnega popuščanja (Slaughter et al., 2010; Vrtovec, 2010). V UKCL je bila prva vsaditev LVAD opravljena julija 2009. Do danes je bil LVAD vstavljen desetim bolnikom (Poročilo o delovanju programa za napredovalo srčno popuščanje in transplantacije srca za leto 2012, 2013).

Osnovno načelo delovanja LVAD je prečrpavanje krvi iz pešajočega levega prekata v glavno odvodnico. S tem je razbremenjeno bolnikovo srce, hkrati pa je zagotovljena izboljšana prekrvavitev organov in tkiv v telesu (Andročec, 2010; Vrtovec, 2010).

Zdravstvena vzgoja bolnika mehansko podpora levega prekata

Zdravstveno vzgojo medicinska sestra izvaja v sodelovanju z zdravniškim timom. V času priprave na implantacijo LVAD medicinska sestra začne z zdravstveno vzgojnimi deli pri bolnikih, katerim to dopušča zdravstveno stanje oziroma ko so se sposobni učiti. Ker je bolnik hospitaliziran v enoti intenzivne nege, večji del zdravstvene vzgoje poteka v bolniški sobi. Glede na naravo dela v intenzivnih enotah se medicinska sestra potrudila, da poskrbi za mirno in sproščujoče okolje. V proces zdravstvene vzgoje vključi tudi njegove svojce ali skrbnike. Pogosto od njih pridobi dodatne informacije o razmerah in načinu življenja bolnika v domačem okolju.

Medicinska sestra mora bolniku in njegovim svojcem posredovati znanje na njim jasn in razumljiv način. Uporablja komunikacijo, ki je za bolnika in njegove svojce razumljiva, jasna in zanimiva. Bolnik in svojci morajo dobro razumeti vse kar jim medicinska sestra pove in pokaže. To slednje tudi v pogovoru sproti

preverja in če je potrebno ponovno obrazloži vsebino ali demonstrira različne postopke, ki jih mora bolnik obvladati za rokovanje z LVAD.

Bolnika in njegove svojce ali skrbnike je v zdravstveno vzgojnem procesu treba naučiti:

- preklopa iz napajalnega modula na baterije (in obratno), ki ga morajo bolnik in svojci osvojiti in to storiti hitro in učinkovito. Medicinska sestra jih pouči, da se izklopi najprej črni kabel in šele nato, ko se je priklopil s črnim kablom na baterijo ali napajalni modul, lahko preklopi še beli kabel. Bolnik in njegovi svojci se morajo zavedati, da se v primeru hkratnega izklopa obeh kablov mehanska srčna črpalka ustavi in bolnik lahko umre. Obvladati morajo tudi hitro zamenjavo nadzornika sistema. Napake pri zamenjavi ali predolgo menjavanje nadzornika sistema lahko povzročijo velike težave in celo zaustavitev mehanske srčne črpalke. Medicinska sestra preklon iz napajalnega modula na baterije (in obratno) bolniku in njegovim svojcem demonstrira na modelu. Nato bolnik ali njegovi svojci vadijo preklon baterij in zamenjavo nadzornika sistema pod nadzorom medicinske sestre;
- opozorilnih alarmov, ki so sestavni del LVAD in lahko nakažejo na njeno nepravilno delovanje ali na prazne baterije. Bolnika in njegove svojce se pouči, kako odreagirati v primeru vklopa alarmov;
- vseh nujnih primerov, do katerih lahko pride zaradi različnih vzrokov in na katere mora biti bolnik in svojci oziroma skrbniki pripravljeni in znajo nanje hitro odreagirati. Nujni primeri so lahko izguba energije, poškodba žic, poškodba LVAD ali sprememba bolnikovega stanja. Pomembno je, da vsi ostanejo mirni ter skušajo rešiti težavo. V primeru, da težav ne morejo ali ne znajo rešiti, naj takoj pokličejo medicinsko sestro, odgovorno za bolnike z mehansko srčno črpalko. V nujnih primerih so pozorni tudi na svetlobne in zvočne signale, zato je pomembno, da bolnik dobro sliši in vidi;
- nadzora systemskega monitorja. Bolnik mora enkrat na dan izpisati vse parametre na dnevno shemo in jo pokazati na kontrolnem pregledu. S tem dosežemo, da je bolnik vsaj enkrat na dan pozoren na delovanje LVAD. V nasprotnem primeru je lahko bolnik zaradi dobrega počutja in dejavnega življenja manj pozoren na parametre delovanja črpalke;
- o nevarnostih statične elektrike, ki lahko poškoduje LVAD ali vpliva na njeno delovanje. Zato medicinska sestra bolnika pouči, da se ne sme dotikati televizorjev in računalniških zaslonov. Bolnik ne sme uporabljati sesalnika, saj tudi pri sesanju nastaja statična elektrika (Thoratec Corporation, 2008);
- priprave na različna potovanja; ko bolnik zapušča dom, naj s sabo vedno vzame par nadomestnih baterij. Če dom zapusti za dalj časa, s sabo vzame napajalni modul, katerega ne sme puščati dolgo brez elektrike, ker ima ta vgrajeno tretjo nadomestno baterijo, ki v primeru izpada električne energije omogoča varen preklon na baterije. V primeru, da je napajalni modul predolgo brez napajanja z električno energijo, se tretja baterija popolnoma izprazni. Opozorimo ga tudi, da ni priporočena vožnja spredaj v avtomobilu z zračnimi blazinami (Thoratec Corporation, 2008). To pa ne pomeni, da bolnik, ki je bil voznik do vsaditve LVAD, ne sme več voziti avtomobila. To lahko ponovno počne, ko mu to dovoli zdravnik in ko je na to pripravljen;
- nošenja kartice, na kateri je telefonska številka zdravnika, na katerega se lahko obrnejo 24 ur na dan vse dni v letu. Zraven kontaktne telefonske številke je zapisan postopek oskrbe bolnika, če je ta prizadet in mu pomoč nudi oseba, ki ne zna rokovati z LVAD. Bolnika se opozori, da mora vedno, ko zapusti dom, kartico nositi s seboj;
- hranjenja baterij. Opozoriti ga je treba, da baterij ne sme uporabljati in shranjevati pri -10°C in nad 40°C , saj lahko te prenehajo delovati (Thoratec Corporation, 2008);
- da v primeru okvare ne poskušajo popravljati opreme sami.

LVAD omogoča bolniku dejavno življenje. Ponovno je sposoben hoditi in opravljati razna lažja notranja in zunanja opravila, kolesariti, plesati (Lapajne, 2010; Vural, 2008). Pomembno je, da se bolnika spodbuja k

vsakdanjim življenjskim dejavnostim (Vural, 2008), vendar naj bo pozoren na lastno varnost in varnost LVAD. Bolnika je treba opozoriti, da naj ne:

- izvaja nobenih športnih dejavnosti, pri katerih lahko pride do stika z drugo osebo, kot so: košarka, rokomet ali nogomet (Thoratec Corporation, 2008);
- plava, se prha in kopa v kadi, saj je ves čas priključen na elektriko (Thoratec Corporation, 2008). V nasprotnem primeru bi lahko prišlo do udara električne energije. Bolnik se lahko prha, ko mu to dovoli zdravnik, odgovoren za bolnike z LVAD, in ko ima vso potrebno opremo (zaščitne vrečke za baterije in nadzornik sistema) in je o njej tudi poučen;
- dviguje težkih bremen, naj ne skače ali se kakor koli izpostavlja dejavnostim, pri katerih bi lahko prišlo do udarca v predel prsnega koša in trebuha. Vse to lahko poškoduje LVAD in vpliva na njeno delovanje ter bolnikovo varnost (Lapajne, 2010; Twedel, 2009; Thoratec Corporation, 2008; Vural, 2008;).

Bolniku se razloži, da lahko po okrevanju postane spolno dejaven, vendar naj se prej posvetuje z zdravnikom. Ženska, ki ima vstavljeno LVAD, mora biti pozorna, da ne zanosi, saj lahko zarodek premakne LVAD. Prav tako so lahko sredstva za redčenje krvi, ki jih uporablja, ko ima vstavljeno LVAD, povezana z napakami v razvoju zarodka. Če je spolno dejavna mora uporabljati kontracepcijo. V primeru, da zanosi, se mora posvetovati z zdravnikom (Thoratec Corporation, 2008).

Bolnika opozorimo, da naj uporablja pas za nadzornik sistema, saj s tem nadzornika sistema ne izpostavlja direktnim udarcem ali padcem. Pozoren naj bo na to, da ne vleče ali premika izstopne cevke, saj bi s tem lahko upočasnili celjenje rane, poškodoval že zaceljeno rano ali vplival na delovanje črpalke. Izstopno cevko naj preveri vsak dan, da ni na njej kakšnih poškodb. Bolnika je potrebno poučiti o pomenu rednega jemanja antikoagulantne terapije s kumarini (Andročec, 2010; Shinn, 2010). Antikoagulantni se uporabljajo za preprečitev nastanka strdkov v črpalki in tromboemboličnih zapletov (Slaughter et al., 2010; Stahl, Richards, 2009). Doziranje antikoagulantne terapije temelji na vrednosti mednarodno normaliziranega razmerja protrombinskega časa, imenovanega International normalized ratio (INR). Ciljna vrednost INR pri bolniku z vstavljeno LVAD je med 2 in 3 (Stern et al., 2010). Zelo pomembna je tudi oskrba izstopnega mesta izhodne cevke, saj je le to lahko potencialen in velik vir okužb (Shinn, 2010; Casida et al. 2009; Barnes, 2008; Vural, 2008; Simon et al., 2005).

Pred odpustom iz bolnišnice se mora medicinska sestra povezati z lokalno patronažno službo, ki bo skrbela za kontrolo bolnikove krvi, oskrbo izstopnega mesta izhodne cevke. Obvestiti mora tudi distributerja električne energije, da bolnik z LVAD potrebuje nemoteno dobavo električne energije na domu. Bolnik pa mora vedeti, da naj ima v primeru motene dobave električne energije vedno na razpolago par napolnjenih baterij. Bolniki z vstavljeno LVAD, ki so od UKCL oddaljeni več kot dve, uri imajo na razpolago tudi paket za zasilno energijo, ki jim zagotavlja 12 ur energije.

RAZPRAVA

Srčno popuščanje, ki nastane zaradi različnih vzrokov obolenja srca in žilja, je velik in pomemben zdravstveni problem, povezan z visoko obolevnostjo in umrljivostjo in iz leta v leto narašča (Jalovec in sod., 2010; While, Kiek, 2009). Zdravljenje ponuja različne možnosti, ki so odvisne od starosti in trenutnega stanja bolnikov (Vrtovec, Poglajen, 2011), ter vpliva na lajšanje simptomov in izboljšanje kakovosti življenja (Jaarsma et al., 2009). Vedno pogosteje se bolnikom vstavi LVAD, ki je namenjena za uporabo v bolnišnici in izven nje ter predstavlja pomemben način zdravljenja napredujočega srčnega popuščanja (Stahl, Richards, 2009; Thoratec Corporation, 2009). Predvsem je lahko dobra izbira zdravljenja za starejšo populacijo ljudi z napredovalim srčnim popuščanjem (Vitale et al., 2012; Vrtovec, 2008;). Bolnike z vstavljeno LVAD je treba že v času hospitalizacije pripraviti na spremenjen način življenja v domačem okolju. To dosežemo z načrtovano in kontinuirano zdravstveno vzgojo že v času hospitalizacije (Farnan, Curtin, 2011; Kurien, Gallagher, 2010). Medicinska sestra za vsakega bolnika pripravi individualni načrt



zdravstvene vzgoje, v katerega običajno vključi tudi bolnikove svojce ali skrbnike. Pomembno je, da zna bolnika prepričati v njegovo sodelovanje v procesu učenja, saj bo bolnik odpuščen v domače okolje šele takrat, ko s svojim znanjem obvladuje LVAD. Kvas (2011) poudarja na sproščujoč odnos med medicinsko sestro in bolnikom, kjer lahko bolnik izrazi svoje želje, bojazni in pričakovanja, je slišan, pomirjen in spodbujen, ko ne vidi izhoda iz svojih zdravstvenih težav.

Pred odpustom medicinska sestra obišče bolnikov dom, da preveri varnost okolja, v katerem bo živel. Pomembno je, da je v tem okolju zanj čim manj ovir, v stanovanju dovolj delujočih vtičnic in primerna telefonska komunikacija.

SKLEP

LVAD postaja tudi pri nas oblika zdravljenja napredovalega srčnega popuščanja. Bolnikom omogoča kakovostno in dejavnejše življenje. Skozi ves čas bolnišnične obravnave je pomembna interdisciplinarna obravnava bolnika in zajema čas od priprave na vsaditev LVAD do rehabilitacije, zdravstvene vzgoje bolnika in njegovih svojcev ter odpusta v domače okolje. Za kakovostno življenje bolnika v domačem okolju mora medicinska sestra sodelovati tudi z drugimi službami izven bolnišnice, kot so: patronažna služba, reševalna služba in distributer električne energije.

Bolnika in njegove svojce ali skrbnike naj zdravstveno vzgaja medicinska sestra s specialnimi znanji s področja mehanskih cirkulatornih naprav. Ta specialna znanja naj tekom vseživljenjskega učenja utrjuje in nadgrajuje.

LITERATURA

Andročec V. Zdravstvena nega bolnika po vsaditvi mehanske podpore levega prekata: prikaz primera. In: Kvas A, Žontar T. Zbornik predavanj Novi trendi v zdravstveni oskrbi srčno - žilnih bolnikov, Radenci, 28. maj 2010. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji; 2010: 11–4.

Barnes K. Complications in patients with ventricular assist devices. *Dimens Crit Care Nurs*. 2008; 27(6): 233 – 41.

Casida JM, Peters RM, Magnan MA. Self-care demands of persons living with an implantable left-ventricular assist device. *Res Theory Nurs Pract*. 2009; 23(4): 279-93.

Farnan C, Curtin D. LVADs (Left ventricular assist device) on a rehabilitation unit: lessons learned. 2011. Dostopno na: <http://www.jeffersonnursing.org/posters/LVADSrehabunit9-09.pdf>. (1.7.2011).

Jalovec T, Marinč L, Satošek D. Zdravstvena nega bolnika z biventrikularnim srčnim spodbujevalnikom. In: Kvas A, Žontar T. Zbornik predavanj Novi trendi v zdravstveni oskrbi srčno - žilnih bolnikov, Radenci, 28. maj 2010. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji; 2010: 27-33.

Jaarsma T, Beattie MJ, Ryder M et al. Palliative care in heart failure: a position statement from the palliative care workshop of the heart failure association of the European society of cardiology. *Eur J Heart Fail*. 2009; 11(5): 433-43.

Knežević I. Transplantacija srca. In: Kvas A. Zbornik predavanj Interdisciplinarna obravnava bolnika pred, med transplantacijo srca in po njej, Radenci, 1. Junij, 2007. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji; 2007: 27-35.

Kurien S, Gallagher C. Ventricular assist devices: saving the failing heart. *Prog Transplant*. 2010; 20 (2): 134-41.

Kvas A. Medicinske sestre na področju promocije zdravja in zdravstvene vzgoje: kje smo, kam gremo? In: Kvas A, eds. Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2011: 33-45.

Lapajne A. Oskrba bolnika po vsaditvi mehanske podpore levega prekata na domu. In: Kvas A, Žontar T. Zbornik predavanj Novi trendi v zdravstveni oskrbi srčno - žilnih bolnikov, Radenci, 28. maj 2010. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji; 2010: 15-8.

Morton P, Fontaine D. *Critical care nursing. A holistic approach*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins; 2009: 374 – 79, 437.

Poglajen G, Vrtovec B. Zdravljenje napredovalega srčnega popuščanja. *Za srce. Revija Društva za zdravje srca in ožilja Slovenije* XVIII. 2010; (3): 10-2.

Poročilo o delovanju programa za napredovalo srčno popuščanje in transplantacije srca za leto 2012. Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični oddelek za kardiologijo. Interno gradivo. 2013.

Shinn AJ. The left ventricular assist device program: an overview. *Stanford nurse*. 2010; 30(1):P2-P4.

Simon D, Fischer S, Grossman A et al. Left ventricular assist device - related infection: treatment and outcome. *Clin Infect Dis*. 2005; 40(8): 1108-15.

Slaughter M, Pagani F, Rogers JG et al. Clinical management of continuous-flow left ventricular assist devices in advanced heart failure. *JHLT*. 2010; 29(4): S2-S36.

Stahl AM, Richards MN. Update on ventricular assist device technology. *AACN Adv Crit Care*. 2009; 20(1): 26-34.

Stern RD, Kazam J, Edwards P et. al. Increased incidence of gastrointestinal bleeding following implantation of the HeartMate II LVAD. *J Card Surg*. 2010; 25(3): 352-56

Šebeštjen M. Zdravljenje bolnika s srčnim popuščanjem. In: Marinč L, Mazi M. Zbornik predavanj, Medicinska sestra ob bolniku s srčnim popuščanjem, Velenje, 12-13. november 2004. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2004: 13 -6.

Twedell D. Left ventricular assist device therapy for treatment of end-stage heart failure. *J Contin Educ Nurs*. 2009; 40(4): 150-51.

Thoratec Corporation. Heart Mate II LVAS. Patient handbook. Pleasanton. 2008; 32- 53.

Thoratec Corporation. Heart Mate II LVAS. Instructions for use. Pleasanton. 2009; 1-18, 38-52.

Vitale AC, Chandekar R, Rodgers EF et. al. A call for guidance in the use of left ventricular assist devices in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2012; 60(1): 145-146.

Voga G. Srčno popuščanje. In: Kocijančič A, Mrevlje F, Štajer D. *Interna medicina*. Ljubljana: Littera picta; 2005: 114-7.

Vrtovec B. *Advance heart failure and heart transplantation: a guide to clinical decision-making*. 1st edition. Ljubljana: Advance heart failure and transplantation center, Department of cardiology Ljubljana University medical center; 2008: 34-6.

Vrtovec B, Šebeštjen M, Breskvar U, Poglajen G, Bunc M. Napredovalo srčno popuščanje in transplantacija srca. In: Kvas A. Zbornik predavanj Interdisciplinarna obravnava bolnika pred, med transplantacijo srca in po njej, Radenci, 1. junij, 2007. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji; 2007: 9-19.

Vrtovec B. Zdravljenje srčnega popuščanja z mehansko podporo levega prekata. In: Kvas A, Žontar T. Zbornik predavanj Novi trendi v zdravstveni oskrbi srčno - žilnih bolnikov, Radenci, 28. maj 2010. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji; 2010: 7-10.

Vrtovec B, Poglajen G. Sodobni načini zdravljenja srčnega. *Zdrav Vestn*. 2011; 80: 302–15.

Vural MK. Ventricular assist device applications. *AKD*. 2008; 8(2): 117-30.

While A, Kiek F. Chronic heart failure: promoting quality of life. *Br J Community Nurs*. 2009; 14(2): 54-9.

132D

ZDRAVSTVENA VZGOJA AMBULANTNO VODENIH BOLNIKOV S SRČNIM POPUŠČANJEM

HEALTH EDUCATION OF OUTPATIENT CONTROLLED HEART FAILURE PATIENTS

Patricia Šenk, dipl. m. s.

viš.pred. mag. Andreja Kvas, viš. med. ses., prof. zdr. vzg.

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za zdravstveno nego

Katja Janša Trontelj, dipl. m. s.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični oddelek za žilne bolezni⁹

Ključne besede: srčno popuščanje, dejavniki tveganja, zdravstvena vzgoja, medicinske sestre

IZVLEČEK

Izhodišča: Srčno popuščanje je bolezen, ki v razvitem svetu predstavlja vse večji zdravstveni problem, kar je predvsem posledica staranja prebivalstva in vedno večjega števila kroničnih bolnikov z boleznimi srca in žilja. Z zdravstveno vzgojnim delom pri bolniku s srčnim popuščanjem lahko medicinska sestra vpliva na ohranjanje zdravstvenega stanja in izboljšanje kakovosti življenja.

Namen: Namen prispevka je s pomočjo raziskave ugotoviti, koliko bolniki s srčnim popuščanjem skozi proces zdravstvene vzgoje v ambulanti za srčno popuščanje napredujejo v poznavanju svoje bolezni od prvega do zadnjega obiska.

Metode: Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela. Kot raziskovalni inštrument smo uporabili anketni vprašalnik nizozemskih avtorjev Martje Hl van der Wal, Tiny Jaarsma, Debra Moser in Dirk Jan van Veldhuisen, preveden v slovenščino. V raziskavi je sodelovalo 18 bolnikov, ki se zdravijo v ambulanti za srčno popuščanje na Kliničnem oddelku za žilne bolezni v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana.

Rezultati: Ob prvem obisku je bilo z omejitvijo dnevnega vnosa tekočine pri srčnem popuščanju pravilno seznanjenih le 6 bolnikov (33 %), ob zadnjem pa 8 (44 %). Da je najpogostejši vzrok hitremu poslabšanju simptomov srčnega popuščanja prehlad ali gripa, so ob prvem obisku vedeli le 3 (17 %) anketirani, ob zadnjem pa 4 (22 %). Glavne vzroke srčnega popuščanja je ob prvem obisku pravilno opredelilo 10 (56 %) bolnikov, ob zadnjem pa 14 (78 %). Ob prvem obisku je 12 (67 %) bolnikov vedelo, da morajo biti ob tej bolezni redno telesno dejavni ter da morajo vmes počivati, ob zadnjem pa 11 (61 %). Ob prvem obisku se je 8 (44 %) anketiranih strinjalo, da je v primeru povišanja telesne teže za več kot 2 kg v času dveh do treh dni treba kontaktirati zdravnika ali medicinsko sestro, ob zadnjem obisku pa 11 (61 %). Ob prvem obisku je 8 (44 %) bolnikov vedelo, da si v primeru hude žeje lahko pomagajo z uživanjem ledene kocke, ob zadnjem pa 14 (78 %).

Razprava in sklep: Na podlagi pridobljenih podatkov smo pri večini bolnikov ugotovili napredek v znanju o bolezni od prvega do zadnjega obiska. Večji poudarek pa bi potrebovali na zdravstveno vzgojnem delu, kjer bi bolniki pridobili znanje o simptomih in vzrokih poslabšanja bolezni, kdaj obvestiti zdravnika ter kako prilagoditi telesno vadbo stopnji

bolezni. Pomembno je, da medicinska sestra v procesu zdravstvene vzgoje upošteva bolnikove sposobnosti učenja, kognitivno stanje ter ostale dejavnike, ki vplivajo na njegovo pomnjenje informacij in novo pridobljenega znanja.

Keywords: heart failure, risk factors, health education, nurses

ABSTRACT

Introduction: Heart failure is a disease that in modern world represents a big medical problem which is especially a consequence of population aging and increasing of number of chronic heart and veins patients. By health education of patient suffering for heart failure a nurse can affect on maintaining a patients health condition and life quality improvement.

Purpose: The purpose of research was to see a progress of heart failure patients in knowing their disease during health education from their first to their last clinic visit.

Methods: As a research instrument we used a survey questionnaire by dutch authors M.H.L. van der Wal and T. Jaarsma which was translated to slovenian language titled Nizozemska lestvica znanja o srčnem popuščanju. 18 heart failure patients participated in a research who are being treated in heart failure clinic in Klinični oddelek za žilne bolezni in Univerzitetni klinični center Ljubljana.

Results: On a first clinic visit only 6 patients (33 %) knew the daily fluid consumption limit and 8 (44 %) patients knew that on their last visit. On their first visit only 3 (17 %) patients knew that a flu or a cold can be a cause of quick heart failure symptoms worsening and 4 (22 %) of them knew that on a last clinic visit. 10 (56 %) patients defined main causes of heart failure correctly on the first visit and 14 (78 %) on the last visit. On their first visit 12 (67 %) patients knew that suffering of a heart failure requires regular physical activity with intermediate rests and only 11 (61 %) of them knew that on the last clinic visit. On the first visit 8 (44 %) patients agreed that in case of more than 2 kg increase in body weight in 2 to 3 days they need to contact a doctor or a nurse and 11 (61 %) on their last clinic visit. On the first visit 8 (44 %) patients knew that in case of severe thirst consuming an ice cube can be helpful and 14 (78 %) patients knew that on their last visit.

Discussion and conclusion: Based on obtained data most patients improved in knowledge of their disease during their clinic visits. Although there are still some health education areas that need to be focused on. Especially the ones referring to symptoms and causes of disease worsening, informing a doctor and adjusting physical activity to disease. It is important that in the process of health education the nurse considers patients abilities to learn, his cognitive status and other factors that affect his memorizing of information and newly gained knowledge.

UVOD

Srčno popuščanje je stanje, pri katerem srce ne zmore zagotoviti zadostnega minutnega volumna srčnega iztisa glede na trenutne presnovne potrebe v organizmu ali pa ga lahko zagotovi le ob povišanih polnilnih tlakih ali srčni frekvenci (Štajer, Koželj, 2005). Bolniki s srčnim popuščanjem so pogosto zdravljeni v bolnišnici in imajo slabšo možnost preživetja kot večina bolnikov z rakastimi obolenji. Pri večini gre za napredujoče in nepovratno stanje (Kapš in sod., 2009). Zobavnik (2004) opredeljuje srčno popuščanje kot velik zdravstveni problem, ki bolnikom obeta slabo prognozo.

Medicinska sestra ima pri obravnavi bolnika s srčnim popuščanjem pomembno vlogo. Odgovorna je za zdravstveno vzgojo bolnikov, ki naj pripomore k bolj zdravemu življenjskemu slogu posameznega bolnika, kjer je to potrebno (Tansey, 2011). Optimalno obravnavo takšnim bolnikom omogoča ambulanta za srčno popuščanje (ASP), kjer so sočasno z medicinsko oskrbo ti bolniki deležni tudi ustreznega zdravstveno

vzgojnega svetovanja in spremljanja. Zdravstvena vzgoja poteka individualno, izvaja pa jo diplomirana medicinska sestra (Janša Trontelj, 2011). V ASP je bolnike treba poučiti o srčnem popuščanju, kako živeti in ukrepati ob poslabšanju bolezni, saj je prognoza poučenih bolnikov veliko boljša (Kladnik, 2008). Bolnike je treba opolnomočiti za odgovorno sprejemanje odločitev glede samooskrbe svoje bolezni.

Namen

Namen prispevka je predstaviti srčno popuščanje, ki postaja vse večji epidemiološki problem v razvitem svetu, ter koliko bolniki s srčnim popuščanjem v času izvajanja zdravstvene vzgoje v ASP, ki ga izvaja medicinska sestra, napredujejo v poznavanju svoje bolezni od prvega do zadnjega obiska ambulante.

Na Kliničnem oddelku za žilne bolezni (KOŽB) v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana (UKCL) si prizadevajo, da bi bila zdravstvena vzgoja bolnikov s srčnim popuščanjem še bolj učinkovita, in sicer tako, da bi bolniki z večkratnim obiskom ASP pridobivali čim več znanja o svoji bolezni. Bolniki morajo v ambulanti opraviti štiri do pet obiskov, zdravstvena vzgoja poteka individualno, ob tem pa dobijo ustna in pisna navodila.

METODE DELA

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela. Kot raziskovalni inštrument smo uporabili anketni vprašalnik nizozemskih avtorjev Martje Hl van der Wal, Tiny Jaarsma, Debra Moser in Dirk Jan van Veldhuisen iz leta 2005, z naslovom Nizozemska lestvica znanja o srčnem popuščanju, ki je bil namenjen ambulantno vodenim bolnikom s srčnim popuščanjem. Anketni vprašalnik smo uporabili z dovoljenjem avtorjev (njuno dovoljenje smo prejeli po elektronski pošti). V letu 2009 je vprašalnik v slovenski jezik prevedel prof. dr. Mitja Lainščak, dr. med. Raziskava je potekala v obdobju od marca do septembra 2012. V raziskavo je bilo vključenih 18 bolnikov s srčnim popuščanjem, ki se zdravijo v ASP na KOŽB v UKCL. Bolniki so od medicinske sestre na začetku prvega obiska v ASP dobili anketni vprašalnik ter ga samostojno izpolnili (ali ob pomoči medicinske sestre, če je imel bolnik težave z branjem). Enak anketni vprašalnik so bolniki dobili ob zadnjem obisku ambulante, oziroma po pošti in ga izpolnjenega v priloženi kuverti poslali nazaj v ASP (vsak bolnik je izpolnil dva enaka vprašalnika – na prvem in na zadnjem obisku ASP). Pri anketiranju je bila zagotovljena anonimnost sodelujočih.

Zdravstvena vzgoja bolnikov s srčnim popuščanjem

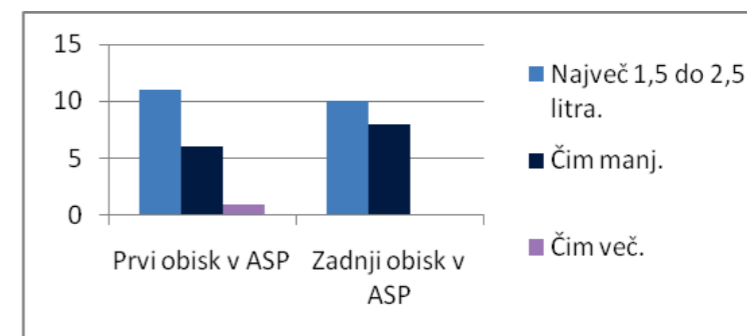
Zdravstvena vzgoja, ki jo izvaja medicinska sestra, je pomemben del managementa za bolnika s srčnim popuščanjem. Poteka v bolnišnicah in ambulantah, specializiranih za srčno popuščanje. Medicinska sestra skupaj z zdravnikom, fizioterapevtom in psihologom usklajeno načrtuje učenje in vzgojo bolnikov (Mravljak, 2004). V procesu zdravstvene vzgoje se bolnik seznanja o bolezni, simptomih in znakih bolezni ter ustreznem življenjskem slogu.

V procesu učenja mora biti razlaga o patofiziologiji srčnega popuščanja jasna, razumljiva in preprosta (Heart failure, 2007). Bolniku moramo razložiti naravo in vzroke njegove bolezni, naučiti ga prepoznavati simptome poslabšanja bolezni in ukrepanja ob njih (Šebeštjen, 2004). Poznati mora naslednje znake in simptome, ki kažejo na poslabšanje stanja, ter o katerih mora čim prej obvestiti zdravstveno osebo: hudo pomanjkanje sape (dispneja ob naporu, ortopneja), utrujenost (Vrtovec in Poglajen, 2011), omedlevica, zadihanost ob vse manjši stopnji telesne dejavnosti, prebujanje ponoči zaradi težkega dihanja, kašelj, občutek razbijanja srca, nenadno povečanje telesne teže za več kot 2 kg v treh dneh, postopno otekanje ali bolečine v predelu trebuha, otekanje nog in gležnjev, izguba apetita, slabost in utrujenost (Heart failure, 2007). Če se navedenim simptomom in znakom pridruži še motnja zavesti in/ali oligo- oz. anurija, gre pri bolniku s srčnim popuščanjem lahko tudi za nastajajoč kardiogeni šok (Vrtovec, Poglajen, 2011).

Zdravstvena vzgoja o življenjskem slogu bolnika s srčnim popuščanjem je potrebna zato, da bi izboljšali njegovo prognozo, simptome bolezni, fizične sposobnosti in kakovost življenja (Rushton et al., 2011). Vsebine, ki jih medicinska sestra v procesu zdravstvene vzgoje posreduje bolnikom, so: zdrava in uravnotežena prehrana, omejitev tekočin, načini izgube telesne teže, redno jemanje zdravil, vplivi škodljivih navad, potovanja, izogibanje infekcijam, vsakoletna cepljenja, počitek, redna telesna dejavnost/telesni treningi ter spolna dejavnost. Zdravstveno vzgojo izvaja individualno s pomočjo učnih in vzgojnih metod, kot so: metoda ustnega razlaganja, pogovora/razgovora, demonstracije, praktičnih del, prepričevanja, vedenja in navajanja, preprečevanja in spodbujanja ter si pomaga z različnimi učili in učnimi pripomočki: grafoskop in prosojnice; računalnik, projektor in elektronske prosojnice; merilec krvnega tlaka in pulza; blazino za telovadbo; stol; tablo in flomastre; model srca; piramido zdrave prehrane in telesne dejavnosti ter različne negovalne pripomočke. Kvas (1011) poudarja, da je potrebno z bolnikom vzpostaviti sproščujoč in zaupen odnos, kjer lahko bolnik izrazi svoje želje, bojazni in pričakovanja, je slišan, pomirjen in spodbujen, ko ne vidi izhoda.

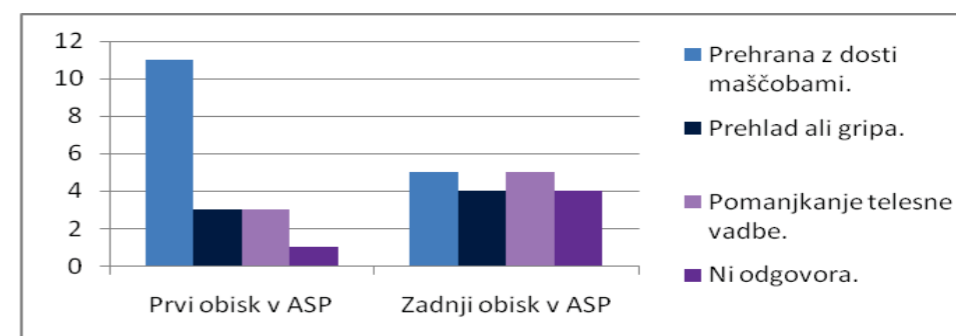
REZULTATI

V raziskavo je bilo vključenih 13 moških in 5 žensk s srčnim popuščanjem, ki obiskujejo ASP na KOŽB v UKCL. V raziskavi niso sodelovali tisti bolniki s srčnim popuščanjem, za katere je bilo zdravstveno osebje mnenja, da so informacije in navodila o bolezni dobro osvojili, so dovolj motivirani in so ASP obiskali le enkrat. Anketirani so bili tisti bolniki, ki so se morali zdravstveno vzgojnega procesa udeležiti večkrat. To so bili predvsem starejši bolniki, tisti slabše motivirani za samooskrbo svoje bolezni in so si novo pridobljeno znanje težje zapomnili. V nadaljevanju so predstavljeni rezultati v obliki grafov.



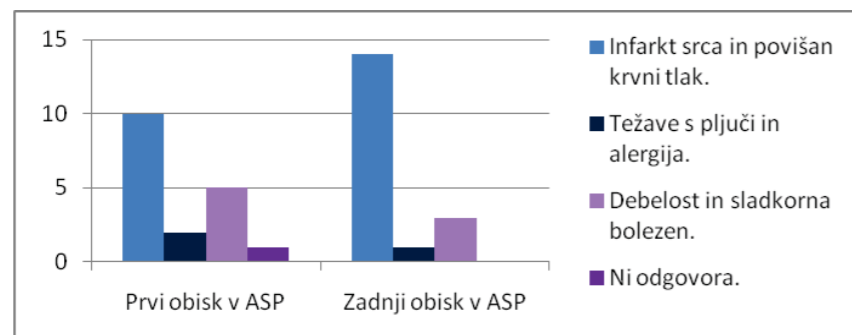
Slika 1: Dovoljena dnevna količina zaužite tekočine za bolnike s srčnim popuščanjem

Ob prvem obisku ni bilo seznanjenih z omejitvijo dnevnega vnosa tekočine pri bolnikih s srčnim popuščanjem 12 (67 %) anketiranih, ob zadnjem pa 10 (56 %) (slika 1).



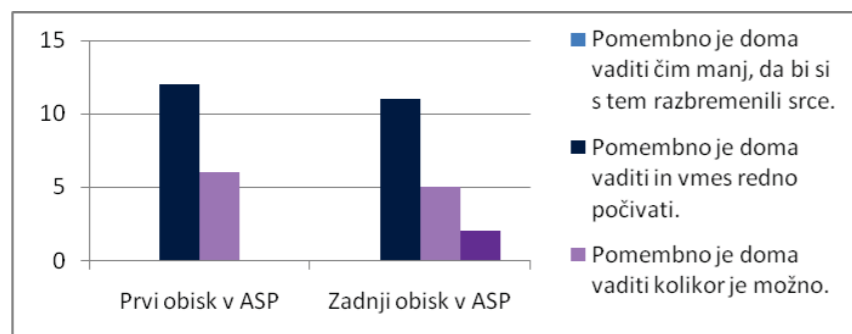
Slika 2: Vzroki hitrega poslabšanja simptomov srčnega popuščanja

Ob prvem obisku kar 15 (83 %) anketiranih bolnikov ni poznalo vzrokov hitrega poslabšanja srčnega popuščanja, ob zadnjem pa 13 (78 %) (slika 2).



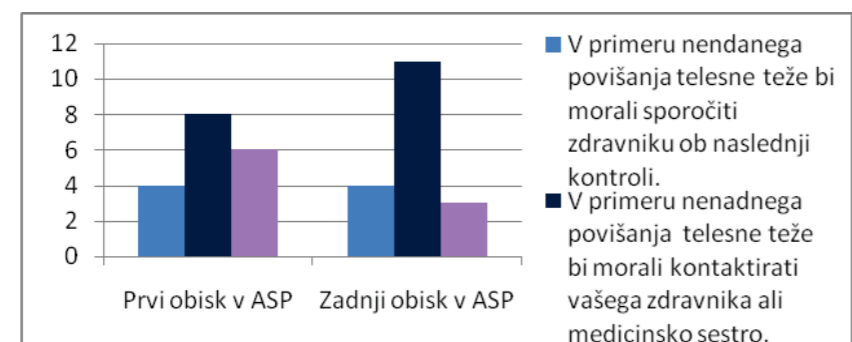
Slika 3: Glavni vzroki srčnega popuščanja

Ob prvem obisku so pravilno trditev "Infarkt srca in povišan krvni tlak." navedli 4 anketirani (22 %) manj kot ob zadnjem obisku (slika 3).



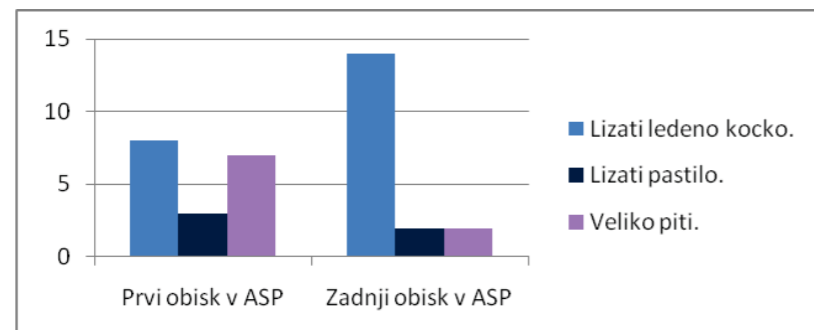
Slika 4: Telesna vadba pri bolnikih s srčnim popuščanjem

Pravilno trditev od navedenih je glede izvajanja telesne vadbe ob prvem obisku en anketiran bolnik (6 %) navedel več kakor ob zadnjem (slika 4).



Slika 5: Povišanje telesne teže pri bolnikih s srčnim popuščanjem

Kaj storiti v primeru povišanja telesne teže, je ob prvem obisku pravilno odgovorila skoraj polovica anketiranih (44 %), ob zadnjem obisku pa 3 (37 %) bolniki več kot ob prvem (slika 5).



Slika 6: Ukrepi ob hudi žeji bolnika s srčnim popuščanjem

Ob prvem obisku 10 (56 %) anketiranih bolnikov ni vedelo, da si žejo najlažje pogasijo z ledeno kocko, ob zadnjem pa so pravilno odgovorili skoraj vsi anketirani (slika 6).

RAZPRAVA

Z rezultati raziskave, ki smo jo opravili v ASP na KOŽB UKCL, smo ugotovili, da je ob prvem obisku ambulate 6 bolnikov (33 %) pravilno navedlo dovoljeno dnevno količino zaužite tekočine pri srčnem popuščanju, ob zadnjem pa 8 (44 %). Kar 10 bolnikov (56 %) pa je bilo še vedno mnenja, da lahko dnevno spijejo 1,5 – 2,5 l tekočine. Ti rezultati nam lahko povedo, da so bolniki dobro informirani glede omejitve tekočine in da se zavedajo, da si s pretiranim vnosom te lahko dodatno obremenijo že tako oslajeno srce. Heart failure (2007) navaja, da lahko pride do povečane količine tekočine v krvi, kadar se v telesu zadržuje odvečna tekočina. Srce mora potiskati večjo količino krvi po telesu in je zato dodatno obremenjeno. Bolniki imajo zato pogosto določeno omejitev pitja tekočin. Ta so običajno giblje med 1– 1,5 l dnevno.

Da je najpogostejši vzrok hitremu poslabšanju simptomov srčnega popuščanja prehlad ali gripa, so ob prvem obisku v ASP vedeli le 3 bolniki (17 %) in le 4 (22 %) ob zadnjem. Iz analize podatkov lahko sklepamo, da dejavnikov, ki jih zaradi njihove bolezni posebej ogrožajo, bolniki še vedno ne poznajo dovolj dobro. Luckson (2009) meni, da je pomembno, da bolnikom svetujemo cepljenje proti pnevmokokni pljučnici in gripi. Na ta način se izognejo respiratornim infektom, ki lahko izrazito poslabšajo njihovo zdravstveno stanje.

Glavne vzroke srčnega popuščanja je ob prvem obisku pravilno navedlo 10 vprašanih bolnikov (56 %), ob zadnjem obisku pa 14 (78 %), medtem, ko so 3 bolniki (17 %) še vedno prepričani, da bolezen povzročata debelost in sladkorna bolezen. En bolnik (6 %) vzroke pripisuje težavam s pljuči in alergijami. Ugotavljamo, da so anketirani dokaj dobro poznali vzroke srčnega popuščanja že ob prvem obisku, ob zadnjem pa je s poznavanjem vzrokov bolezni napredovalo še nekaj bolnikov. Traves (2009) navaja, da mora bolnik pridobiti dovolj znanja o bolezni ter razmisliti, kaj to zanj pomeni, preden lahko sam nadzoruje svojo bolezen. Kladnik (2008) poudarja, da mora biti bolnik dobro seznanjen z dejavniki tveganja za srčno popuščanje in biti motiviran za spremembo načina življenja oziroma življenjskega sloga.

Anketirani bolniki v povprečju dobro vedo, da je za njih pomembno, da so telesno dejavni ter da vmes redno počivajo. Pravilno je ob prvem obisku ambulate odgovorilo 12 bolnikov (67 %), ob drugem pa le še 11 (61 %). Rezultati kažejo, da so bolniki seznanjeni s pomembnostjo telesne vadbe, ne vedo pa dobro, kako to pravilno prilagoditi svoji bolezni. While in Kiek (2009) opozarjata, da so številne raziskave večkrat potrdile prednosti telesne vadbe pri bolnikih s srčnim popuščanjem; s telesno vadbo se izboljša telesna vzdržljivost, simptomi bolezni so manj izraženi, izboljša se kakovost življenja in zmanjša število ponovnih hospitalizacij. Janša Tontelj (2004) dodaja, da mora bolnik telesno dejavnost prilagajati bolezni; v dnevih, ko se dobro počuti, naj bo vadba daljša, kadar se počuti slabše, in mora zaradi otekanja in težav z dihanjem vzeti več diuretika, pa naj počiva.

V primeru, da se bolniku poviša telesna teža za več kot 2 kg v času dveh do treh dni, bi o tem takoj obvestilo zdravnika ali medicinsko sestro ob prvem anketiranju (prvi obisk ambulate) le 8 bolnikov (44 %), ob drugem anketiranju pa 11 (61 %). Iz rezultatov sklepamo, da bolniki ob začetku zdravstvenega vzgojnega procesa še niso bili dobro seznanjeni o nenadnem povišanju telesne teže ter resnosti tega simptoma. Ob zadnjem obisku je bil napredek v poznavanju sicer opazen, kljub temu pa je še vedno prevelik odstotek tistih bolnikov, ki so o tem premalo seznanjeni. Kapš in sodelavci (2009) poudarjajo, da je bolnika treba seznaniti z rednim spremljanjem telesne teže, ki naj postane del njegovega vsakdana. Tako lahko opazijo porast telesne teže in v primeru nenadnega neželene porasta, torej več kot 2 kg v treh dneh, obvestijo zdravstveno osebje ali prilagodijo odmerek diuretika (povečajo odmerek, če opazijo vztrajno naraščanje telesne teže).



8 (44 %) bolnikov je ob prvem obisku v ASP pravilno odgovorilo, da bi si ob hudi žeji pomagali z lizanjem ledene kocke, kar 7 (39 %) pa jih je menilo, da bi morali veliko piti. Ob zadnjem obisku je pravilno odgovorilo 14 (78 %) bolnikov, 2 (11 %) bolnika pa bi žejo še vedno gasila z veliko zaužite tekočine. Ugotovimo lahko, da ob prvem obisku velik odstotek bolnikov ni razumel pomena omejitve pitja tekočine. Boljši rezultati so se pokazali ob zadnjem obisku, ko se je večina anketiranih že dobro zavedala, kako se vzdržati pitju pri hudi žeji. Searson (2007, cit. po Lavrinec, 2008) pravi, da si za zmanjševanje občutka suhih ust bolniki lahko pomagajo s pogostejšo ustno higieno, žvečenjem žvečilnega gumija in sesanjem ledenih kock. Pitje tekočin je bolnikom treba odsvetovati, saj tako dodatno obremenijo cirkulatorni volumen.

SKLEP

Na osnovi rezultatov raziskave ambulantno vodenih bolnikov s srčnim popuščanjem na KOŽB smo ugotovili, da so anketirani bolniki z določenimi vprašanji dobro seznanjeni (predvsem so nekateri dobro poznali definicijo bolezni, kaj je vzrok otekanju nog, funkcijo srčne mišice) obenem pa smo ob prvem obisku v ambulanti pri mnogih bolnikih zasledili pomanjkljivo znanje o bolezni. Prevladovali so predvsem bolniki, ki bolezni niso dobro poznali. Skozi celoten proces zdravstvene vzgoje bolnikov v ASP se je znanje večine bolnikov izboljšalo. Največ znanja so pokazali pri vprašanjih, ki se nanašajo na pomen tehtanja, rednega jemanja predpisanih zdravil, kakšen je učinek soli v telesu in vzrokov srčnega popuščanja. Slabše so se izkazali v poznavanju pomena pogostosti tehtanja, kateri so simptomi poslabšanja bolezni, kdaj je treba obvestiti zdravstveno osebje ter kako svojemu zdravstvenemu stanju in počutju pravilno prilagoditi telesno vadbo. Na teh področjih bi bolniki potrebovali še večji poudarek, pomembno pa je tudi, da pri zdravstveni vzgoji upoštevamo posameznikove sposobnosti učenja, kognitivno stanje ter ostale dejavnike, ki vplivajo na njihovo pomnjenje informacij in novo pridobljenega znanja.

LITERATURA

Heart failure matter.org. Practical heart failure information for patients, families, and caregivers. HFA of ESC; 2007. Dostopno na: <http://www.heartfailurematters.org/EN/Pages/index.aspx> (31.10.2012).

Janša Trontelj K. Ambulantno vodenje bolnikov s srčnim popuščanjem. In: Zbornik predavanj, Medicinska sestra ob bolniku s srčnim popuščanjem, Velenje, 12. in 13. november 2004. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji; 2004: 21-32.

Janša Trontelj K. Zdravstveno vzgojno delo v ambulanti za srčno popuščanje: živeti s kronično boleznijo. In: Zbornik prispevkov z recenzijo, Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester, Ljubljana, 25. november, 2011. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2011: 107-17.

Kapš P, Kapš R, Kapš P, Ostojic Kapš S. Bolezni srca in žilja. Ljubljana: Narodna in univerzitetna knjižnica; 2009: 70-86.

Kladnik M. Standard poučevanja bolnika s srčnim popuščanjem. In: Zbornik predavanj, 18. strokovni seminar, Zdravstveno vzgojno delo na področju internistične zdravstvene nege, Slovenj Gradec, 28. marec 2008. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v internistično infektološkem področju; 2008: 73-82.

Kvas A. Medicinske sestre na področju promocije zdravja in zdravstvene vzgoje: kje smo, kam gremo? In: Kvas A, eds. Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2011: 33-45.

Lavrinec J. Prehranska podpora srčno-žilnih bolnikov z napredovalo boleznijo. In: Zbornik predavanj, XXI. strokovno srečanje, Zdravstvena oskrba srčno-žilnega bolnika z napredovalo boleznijo, Radenci, 30. in 31. maj 2008. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji; 2008: 91-100.

Luckson M. Managing chronic heart failure. Pract Nurse. 2009;37(4):39-44. Dostopno na: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=4&hid=9&sid=62c6ba64-bd0c-4ba0-ab14-0e647e3bcc08%40sessionmgr4&bdata=Jmxhbm9c2wmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=c8h&AN=2010553326> (2.5.2012).

Mravljak K. Zdravstvena vzgoja bolnika s srčnim popuščanjem v Bolnišnici Topolščica. V: zbornik predavanj, Medicinska sestra ob bolniku s srčnim popuščanjem, Velenje, 12. in 13. november 2004. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji; 2004: 17-20.

Rushton CA, Satchithananda DK, Kadam UT. Comorbidity in modern nursing: a closer look at heart failure. Br J Nurs. 2011; 20(5): 280-5.

Štajer D, Koželj M. In: Kocijančič A, Mrevlje F, Štajer D, eds. Interna medicina. Ljubljana: Založba Littera Picta d.o.o.; 2005: 114-22.

Tansey P. Counting the cost of heart failure to the patient, the nurse and the NHS. Br J Nurs. 2011; 19(22) :1396-401. Dostopno na: <http://web.ebscohost.com/ehost/results?sid=799b8e75-1ca4-4738-89e197627f7ecd4f%40sessionmgr14&vid=2&hid=9&bquery=Chronic+heart+failure%3a+promoting+quality+%22of%22+life&bdata=JmRiPWntZWRUJmxhbm9c2wmdHlwZT0wJnNpdGU9ZWVhc3QtbGl2ZQ%3d%3d> (2.5.2012).

Traves B. The role of the nurse in the education and support of patients and carers. European society of cardiology heart failure association standards for delivering heart failure care. Eur J Heart Fail. 2009;1(8): i33-5.

Vrtovec B, Poglajen G. Sodobni načini zdravljenja srčnega popuščanja. Zdrav Vestn. 2011; 80(3): 302-15.

While A, Kiek F. Chronic heart failure: promoting quality of life. London: BR J Community Nurs. 2009; 14(2): 54-9. Dostopno na: <http://web.ebscohost.com/nukweb.nuk.uni-lj.si/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=126&sid=a64802aa-b23e-40e4-bc018af72ccc6def%40sessionmgr112> (21.3.2012).

Zobavnik J. Telesna dejavnost pri bolnikih s srčnim popuščanjem. In: Zbornik predavanj, Medicinska sestra ob bolniku s srčnim popuščanjem, Velenje, 12. in 13. november 2004. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji; 2004: 38-51.

132E

VPLIV REEDUKACIJSKEGA PROGRAMA ZA PACIENTE S SLADKORNO BOLEZNIJO TIP 2 NA POKAZATELJE METABOLNE UREJENOSTI

IMPACT OF REDUCATIONAL PROGRAM FOR PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES ON INDICATOR OF METABOLIC ORDERLINESS

Vanja Kosmina Novak, dipl. m. s.

Zdravstveni dom Koper, Specialistična ambulanta za diabetike

Ključne besede: Pacient s sladkorno boleznijo tip 2, edukacija, reedukacija, učinki reedukacije

IZVLEČEK

Predstavitve problema: Pozni zapleti sladkorne bolezni so pomemben vzrok obolevanja in prezgodnje smrti, pacientu slabšajo kakovost življenja, zdravljenje zapletov je veliko finančno breme. Zato je zdravljenje sladkorne bolezni tip 2 usmerjeno v preprečevanje poznih zapletov, njihovo zgodnje odkrivanje ter takojšnje in učinkovito zdravljenje. Veliko vlogo pri teh nalogah ima medicinska sestra edukator. Kazalnike urejenosti sladkorne bolezni določamo s standardiziranimi metodami – HbA1c, ki je mera za urejenost glikemije v daljšem časovnem razdobju in ima napovedno vrednost za kronične zaplete. Ciljna vrednost HbA1c je manj kot 7,0 %, ker je tveganje za nastanek ali napredovanje kroničnih zapletov minimalno. Slovenske smernice za klinično obravnavo sladkorne bolezni tipa 2 pri odraslih osebah določajo, da mora biti edukacija dostopna vsem pacientom s sladkorno boleznijo ves čas zdravljenja, obvezno pa: ob postavitvi diagnoze, ob spremembi načina zdravljenja ter v rednih časovnih presledkih (vsaj 1x letno) = reedukacija. (Re)edukacija mora pacientu ponuditi pomembna in jasna sporočila, ki mu bodo pomagala samostojno in optimalno skrbeti za svojo bolezen.

Namen: V Specialistični ambulanti za diabetike v Kopru smo se odločili za izvajanje poskusnega strukturiranega programa reedukacije pacientov s sladkorno boleznijo tipa 2. Želeli smo ugotoviti, kako reedukacijski program pri pacientih s sladkorno boleznijo tip 2 vpliva na pokazatelje metabolne urejenosti. Kot kazalnike uspešnosti smo določili HbA1c in telesno težo.

Sklepne ugotovitve: Dokazali smo, da je smiselno izvajati reedukacijski program. Učinki niso le kratkotrajni, saj so HbA1c in telesna teža po enem letu še vedno nižji.

Keywords: A patient with type 2 diabetes, education, reeducation, reeducation effects. 

ABSTRACT

Problem: Late complications of diabetes are a major cause of morbidity and premature death, the patient deteriorating quality of life, treatment of complications is a major financial burden. Therefore, the treatment of diabetes type 2 is prevention-oriented late complications, early detection and prompt, effective treatment. A large role in these tasks is a nurse educator. Indicators of glycemic control is determined by standardized methods - HbA1c is a measure of glycemic control over a longer span of time and has a predictive value for chronic complications. Target HbA1c less than 7.0%, whereas the risk or progression of

chronic complications is minimal. Slovenian guidelines for the clinical management of type 2 diabetes in adults state that education should be available to all patients with diabetes duration of treatment, and in any case: at diagnosis, at the change of therapy and at regular intervals (at least 1x per year) = reeducation. (Re) Education of the patient offer a clear and important message that will help independent and optimal care for their illness.

Aim : The aim of study performed in out patient diabetic clinic in Koper was to find out the impact of life style reeducation program on metabolic parameters in type 2 diabetic patients. The parameters followed were HbA1c and body weight.

Findings: After 12 month of study duration we found the significant decrease on both parameters 

We have shown that it is reasonable to implement reeducation program. Effects are not only short-lived, as the HbA1c and body weight after one year is still lower.

UVOD

Sladkorna bolezen sodi med tiste kronične bolezni, ki zaradi svoje pogostnosti ter zahtevne in kompleksne obravnave predstavljajo velik javno-zdravstveni problem (Nacionalni program za obvladovanje sladkorne bolezni 2010-2020). Svetovna zdravstvena organizacija ocenjuje (WHO), da ima na svetu 285 milijonov odraslih ljudi sladkorno bolezen (2010), po ocenah Mednarodne federacije za sladkorno bolezen je leta 2007 bilo v Sloveniji 125.000 odraslih ljudi s prepoznano boleznijo (Nacionalni program za obvladovanje sladkorne bolezni 2010-2020, World health organization). Sladkorna bolezen tip 2 je kronična, nenalezljiva, neozdravljiva in progresivna bolezen. Je heterogena motnja presnove, za katero je značilna trajno zvišana glukoza v krvi. Zvišana koncentracija glukoze v krvi nastane zaradi neskladja med spodbujanjem in izločanjem insulina, neodzivnostjo perifernih tkiv na delovanje insulina in kasneje povečane aktivnosti glukagona, ki ob vse slabši učinkovitosti insulina pripomore k sproščanju zaloga glukoze iz jeter (Janež, Ravnik Oblak 2009; Medvešček, 2009).

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Potek bolezni je običajno počasen in napredujoč. Diagnozo postavimo na podlagi klinične slike in izvida koncentracije glukoze v krvi na tešče ali naključno (Koselj, 2006). Značilni simptomi sladkorne bolezni tipa 2 so povečana žeja, pogosto uriniranje in nepojasnjena izguba teže. Merila za diagnozo sladkorne bolezni so:

- simptomi sladkorne bolezni in naključna koncentracija glukoze v plazmi \geq Nacionalni program za obvladovanje sladkorne bolezni 2010-2020. 1mmol/l,
- koncentracija glukoze v plazmi na tešče ≥ 7.0 mmol/l,
- koncentracija glukoze v plazmi 2 uri po oralnem glukoza tolerančnem testu ≥ 11.1 mmol/l (Janež, Ravnik Oblak 2009; Medvešček, 2009; Koselj, 2006).

Zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2 je farmakološko in nefarmakološko. Temelji na takojšnji vključitvi pacienta in svojcev v proces zdravljenja. Cilj zdravljenja je doseči sledeče cilje: odsotnost simptomov in znakov bolezni, preprečevanje akutnih in kroničnih zapletov, izboljšanje kakovosti življenja, pacientove socialne usposobljenosti ter zmanjšanje umrljivosti. Zanesljivi znanstveni dokazi kažejo, da urejenost krvnega sladkorja zmanjša bolezenske zaplete (Zaletel Vrtovec, 2009). Sladkorna bolezen lahko po več letih trajanja okvari različne telesne organe. Poškodba organov nastane zaradi okvare žil, ki jih prehranjujejo. Makroangiopatija (okvara velikih žil) se kaže kot možganska kap, srčna kap, angina pectoris in gangrena, ki lahko vodi v amputacijo. Pri vsakem bolniku s sladkorno boleznijo tipa 2 odkrivamo dejavnike tveganja za aterosklerotično srčno-žilno bolezen, in sicer ob postavitvi diagnoze in pozneje enkrat letno z namenom njihovega obvladovanja. Mikroangiopatija (okvara drobnih žil) povzroča diabetično nefropatijo, diabetična

retinopatijo in nevropatijo. Pri nefropatiji gre za prizadetost kapilarnih žil v glomerulih. Primarni ukrepi, kot so urejen krvni tlak in glikemija, ter dosledno upoštevanje navodil, lahko zavrejo oz upočasnijo napredovanje nefropatije. Diabetična retinopatija je najpogostejši vzrok za novonastalo slepoto med odraslimi. Poznamo neproliferativno in proliferativno obliko retinopatije. Dejavniki tveganja so trajanje sladkorne bolezni, hiperglikemija, hiperholesterolemija in arterijska hipertenzija. Diabetična polinevropatija je pogost zaplet sladkorne bolezni tipa 2. Okvara zajema vse segmente živčevja z zelo pestro klinično sliko. Najpogostejša je distalna simetrična sensorimotorična polinevropatija (Nacionalni program za obvladovanje sladkorne bolezni 2010-2020; Strattonetal., 2000).

Pozni zapleti sladkorne bolezni so pomemben vzrok obolevanja in prezgodnje smrti, bolniku pa slabšajo kakovost življenja, zdravljenje zapletov je veliko finančno breme. Zato je zdravljenje sladkorne bolezni tip 2 usmerjeno v preprečevanje poznih zapletov, njihovo zgodnje odkrivanje ter takojšnje, učinkovito zdravljenje (Nacionalni program za obvladovanje sladkorne bolezni 2011-2020; Naiketal. 2011; Zaletel Vrtovec, 2009; Strattonetal. 2000; DESG; IDF, 2011). Pozne zaplete lahko preprečimo z zdravim načinom življenja ter z obravnavo previsokega krvnega sladkorja, tlaka in maščob. Celostna obravnava vseh naštetih stanj je vsebinsko, izvedbeno in organizacijsko zelo zahtevna naloga (Nacionalni program za obvladovanje sladkorne bolezni 2010-2020). Veliko vlogo pri teh nalogah ima medicinska sestra edukator (Naiketal., 2011; Visser, Snoek, 2004; Rickheimetal., 2002).

Kazalnike urejenosti sladkorne bolezni določamo s standardiziranimi metodami, ki morajo biti dostopne. Urejenost glikemije ocenimo z glikiranim hemoglobinom A1c (HbA1c), ki je mera za urejenost glikemije v daljšem časovnem razdobju in ima napovedno vrednost za kronične zaplete. Odraža povprečje koncentracije glukoze v krvi v preteklih 2-3 mesecih in predstavlja zlati standard za oceno nadzora nad glikemijo. Hemoglobin je beljakovina v eritrocitih, ki prenašajo kisik iz pljuč do vseh delov telesa. Krvni sladkor se v telesu veže na beljakovine in tako nastaja povezava med krvnim sladkorjem in eritrocitom. Višja kot je raven krvnega sladkorja, bolj intenzivna bo povezava s hemoglobinom in izmerili bomo višji odstotek hemoglobina, na katerega je vezan krvni sladkor (Razpredelnica 1). Ciljna vrednost HbA1c je $\leq 7,0\%$, ker je pri taki vrednosti HbA1c tveganje za nastanek ali napredovanje kroničnih zapletov minimalno (Medvešček, Mrevlje, 2011).

Edukacija je pomemben sestavni del oskrbe pacientov s sladkorno boleznijo in je vseživljenjski proces učenja. Njen cilj je bolnika usposobiti za odgovorno sprejemanje odločitev glede samooskrbe svoje bolezni in s tem izboljšati metabolno urejenost in zmanjšati tveganje za akutne in kronične zaplete sladkorne bolezni (Diabetes UK, 2003). Slovenske smernice za klinično obravnavo sladkorne bolezni tipa 2 pri odraslih osebah (Medvešček, Mrevlje, 2011) določajo, da mora biti edukacija dostopna vsem bolnikom s sladkorno boleznijo ves čas zdravljenja, obvezno pa:

- ob postavitvi diagnoze,
- ob spremembi načina zdravljenja,
- v rednih časovnih presledkih (vsaj 1x letno)= reedukacija.

Edukacija mora bolniku ponuditi pomembna in jasna sporočila, ki mu bodo pomagala samostojno in optimalno skrbeti za svojo bolezen. Vsi zdravstveni strokovnjaki, ki delujejo v timu, morajo imeti ustrezno znanje in veščine za izvajanje edukacije. Študije kažejo, da je edukacija pacientov učinkovita, saj vsaj kratkoročno izboljšuje klinične rezultate in kakovost življenja. Prav tako iz študij izhaja, da so skupinski izobraževalni programi učinkovitejši od individualnega pristopa (Medvešček, Mrevlje, 2011; Naiketal., 2011; Visser, Snoek, 2004; Rickheimetal., 2002). S strukturirano reedukacijo 1x letno vzdržujemo motivacijo za zdravljenje oziroma življenjski slog, ki pacientom zagotavlja samo-vodenje sladkorne bolezni (Diabetes UK, 2011). Zato smo se v Specialistični ambulanti za diabetike v Kopru odločili za izvajanje poskusnega programa reedukacije pacientov s sladkorno boleznijo, ki predstavlja osrednji problem tega prispevka. Učne vsebine, ki so bile del redukacijskega programa so: Sladkorna bolezen tip 2, Zdrava

prehrana, Telesna aktivnost, Zdrav življenjski slog, Kronični zapleti, Arterijska hipertenzija in Samokontrola.

Slovenske smernice za klinično obravnavo sladkorne bolezni tipa 2 pri odraslih osebah določajo, da je edukacija kontinuiran proces in mora biti pacientu zagotovljen vsaj enkrat letno zaradi vzdrževanja motivacije za zdravljenje in seznanjanja z novostmi v zdravljenju te bolezni (Medvešček, Mrevlje, 2011). Kljub temu pa praksa kaže, da izdelanih pristopov in tovrstnih programov v Sloveniji še nimamo.

Namen prispevka je na podlagi navedenih ugotovitev predstaviti evalvacijo poskusno vpeljanega reedukacijskega programa in premisliti načine njegove umestitve v vsakdanjo klinično prakso v diabetoloških ambulantah.

Iz problema izhajajo raziskovalna vprašanja:

1. Kakšen je vpliv reedukacije na vrednosti HbA1c pri pacientih s sladkorno boleznijo tipa 2 v obdobju enega leta?
2. Kakšen je vpliv reedukacije na telesno težo pri pacientih s sladkorno boleznijo tipa 2 v obdobju enega leta?
3. Kakšen je vpliv reedukacije na HbA1c in telesno težo pri tistih pacientih, ki se zdravijo s prehrano in telesno aktivnostjo?
4. Kakšen je vpliv reedukacije na antidiabetično terapijo pri pacientih s sladkorno boleznijo tipa 2 v obdobju enega leta?

METODE DELA

V raziskavi smo uporabili kvantitativni pristop, in sicer deskriptivno neeksperimentalno raziskovalno metodo (Vogrinc, 2008; Sagadin, 1993).

a) Udeleženci raziskave

V raziskavi je sodelovalo 133 pacientov s sladkorno boleznijo tip 2, ki so bili vabljeni na reedukacijo (celoten vzorec). Starost udeležencev je med 18 in 89 let, obeh spolov. Vsi pacienti so bili obravnavani od junija 2009 v Specialistični ambulanti za diabetike Koper. Od 133 vabljenih smo v program reedukacije vključili 81 pacientov, ki so se povabilu odzvali (R-DA), 51 pacientov, ki se reedukacije ni udeležilo (R-NE), pa smo spremljali kot opazovalno skupino.

b) Tehnika zbiranja podatkov in raziskovalni pripomoček

Raziskava je potekala na podlagi retrospektivne analize dokumentov (zdravstveni karton sladkornega bolnika, edukacijski karton), pri čemer sta bila ključni meritvi HbA1c in telesne teže.

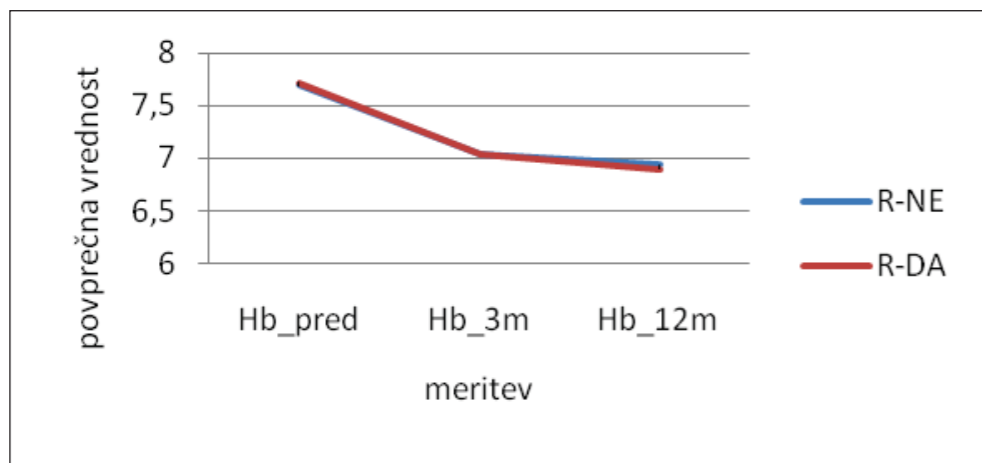
c) Postopek zbiranja in obdelave podatkov

Raziskovalni podatki so bili zbrani v obdobju od 1. 6. 2009 do 1. 12. 2010. Vneseni so bili v datoteko in obdelani na deskriptivni ravni statistične analize v SPSS programu. Pri tem sta bila uporabljena statistična postopka izračuna aritmetične sredine (M) in *t*-testa.

REZULTATI

Vpliv reedukacije na vrednosti HbA1c pri pacientih s sladkorno boleznijo tipa 2 v obdobju enega leta

Vrednosti HbA1c smo za namen raziskave merili v treh časovnih točkah: prvič pred reedukacijo, drugič po treh mesecih in tretjič po enem letu. Pred reedukacijo je bila povprečna vrednost HbA1c celotnega vzorca 7,7 %, po treh mesecih 7 %, po enem letu pa 6,9 %, kar pomeni da se je vrednost v enem letu znižala za slab odstotek. Na sliki 2 so prikazane izmerjene vrednosti HbA1c posebej za skupino pacientov, ki se je udeležila reedukacije (R-DA) in skupino pacientov, ki se reedukacije ni udeležila (R-NE oz. opazovana skupina).



Slika 1: Spremljava ravni HbA1c v obdobju enega leta (Hb_pred=meritev pred reedukacijo, Hb_3m=meritev po treh mesecih in Hb_12m=meritev po 12 mesecih)

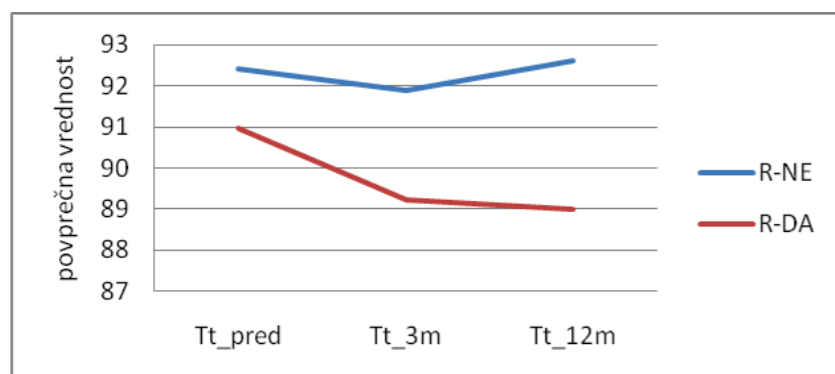
Iz slike 2 vidimo, da je HbA1c po enem letu v obeh skupinah pacientov upadel. Izračun t -testa je pokazal, da med skupinama na splošno ni razlik, znotraj skupin pa je v enoletnem obdobju prišlo do statistično pomembnega upada vrednosti HbA1c:

razlike v povprečni vrednosti HbA1c v nobeni od meritev (pred reedukacijo, po 3 in po 12 mesecih reedukacije) med skupino diabetikov, ki so se udeležili reedukacije in skupino diabetikov, ki se reedukacije niso udeležili, niso statistično pomembne (t -test_{predR} = -0,121, df = 131, p = 0,904; t -test_{3mR} = -0,077, df = 127, p = 0,939, t -test_{12mR} = 0,186, df = 122, p = 0,853)

razlike v povprečni vrednosti HbA1c v obdobju enoletne reedukacije pri diabetikih, ki so se udeležili reedukacije, so statistično pomembne (t -test_{predR-12mR} = 5,415, df = 76, p = 0,000), kar pomeni, da so se v tem obdobju pri njih v povprečju vrednosti HbA1c znižale. Podoben statistično pomemben upad vrednosti HbA1c smo zabeležili pri skupini diabetikov, ki se niso udeležili reedukacije (t -test_{predR-12mR} = 4,684, df = 46, p = 0,000).

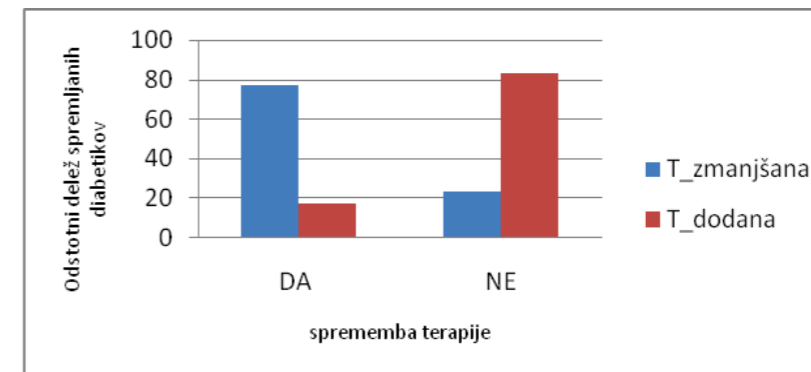
Vpliv reedukacije na telesno težo pri pacientih s sladkorno boleznijo tipa 2 v obdobju enega leta

Tudi telesno težo v raziskavo vključenih pacientov smo za namen raziskave merili v treh časovnih točkah: prvič pred reedukacijo, drugič po treh mesecih in tretjič po enem letu. Pred reedukacijo je bila povprečna telesna teža celotnega vzorca 91,5 kg, po treh mesecih 90,2 kg, po enem letu pa 90,4 kg, kar pomeni, da se je vrednost v enem letu na ravni celotnega vzorca znižala za kilogram. Na sliki 3 je prikazana spremljava telesne teže posebej za skupino pacientov, ki se je udeležila reedukacije (R-DA) in skupino pacientov, ki se reedukacije ni udeležila (R-NE oz. opazovana skupina).



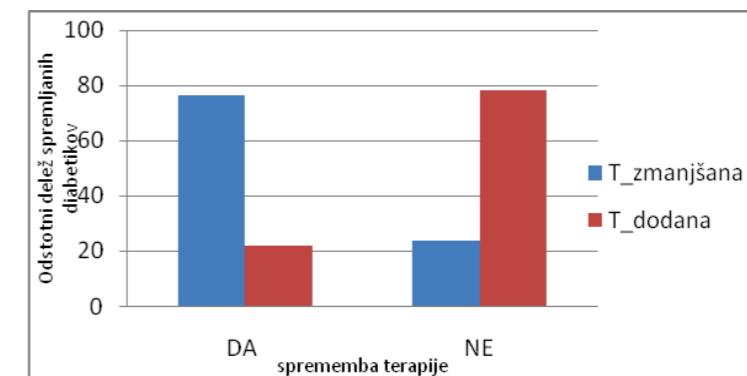
Slika 2: Spremljava telesne teže v obdobju enega leta (Tt_pred=meritev pred reedukacijo, Tt_3m=meritev po treh mesecih in Tt_12m=meritev po 12 mesecih)

Razlike v povprečni vrednosti telesne teže v obdobju enoletne reedukacije pri diabetikih, ki so se udeležili reedukacije, so statistično pomembne (t -test_{predR-12mR} = 3,874, df = 75, p = 0,000), kar pomeni, da se je v tem obdobju njihova telesna teža znižala in sicer v povprečju za 2 kilograma. V skupini diabetikov, ki se reedukacije niso udeležili, pa je statistična analiza pokazala ohranjanje telesne teže (t -test_{predR-12mR} = 0,527, df = 46, p = 0,527).



Slika 3: Vpliv reedukacije na spremembo terapije pri pacientih, ki so se reedukacije udeležili (R-DA)

Iz slike 5 je razvidno, da se je pri skupini reeduciranih pacientov v enoletnem obdobju spremljanja pri večini pacientov (76 %) terapija zmanjšala oziroma pri večini pacientov ni bila dodana (78,4 %).



Slika 4: Sprememba terapije pri pacientih, ki se reedukacije niso udeležili (R-NE)

Iz slike 6 je razvidno, da se je pri skupini nereeduciranih pacientov v enoletnem obdobju spremljanja pri večini pacientov (76,8 %) terapija zmanjšala oziroma pri večini pacientov ni bila dodana (82,9 %).

RAZPRAVA

V raziskavi smo preučevali vpliv reedukacije pri odraslih pacientih s sladkorno boleznijo tipa 2 na vrednosti HbA1c in telesno težo; zanimalo nas je tudi, kako se ta dva parametra spreminjata pri skupini pacientov, ki se zdravijo samo s prehrano in telesno aktivnostjo. Predpostavili smo, da ima reedukacija pozitiven vpliv, tudi v primeru, ko izločimo peroralne antidiabetike, inzulin in inkretine.

Raziskovalni rezultati so pokazali naslednje:

1. Reedukacija ima statistično pomemben vpliv na vrednost HbA1c po treh mesecih in po enem letu.
2. Reedukacija ima statistično pomemben vpliv na telesno težo po treh mesecih in po enem letu.
3. Reedukacija kot negovalna intervencija in edini terapevtski ukrep se je pokazala kot uspešna.
4. Reedukacija kot terapevtski ukrep ima vpliv na zmanjšanje antidiabetične terapije.

Predstavljene ugotovitve potrjujejo pomen kontinuirane edukacije pacientov s sladkorno boleznijo tipa 2, ki jo poudarjajo tudi Slovenske smernice za klinično obravnavo bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2 pri



odraslih osebah (Medvešček, Mrevlje, 2011) in relevantni mednarodni viri (Visser, Snoek, 2004; IDF, 2011; Diabetes UK, 2011). Ključno mesto v tem procesu imajo medicinske sestre – edukatorji, ki vodijo negovalne intervencije, pacienta motivirajo za zdravljenje, krepijo njegovo samozavest ter ga usmerjajo k samovodenju (Medvešček, Mrevlje, 2011; Polonskyetal., 2003; Diabetes UK, 2003; IDF, 2011).

Nenazadnje je treba omeniti pomanjkanje raziskav, s katerimi bi bolje razumeli in bolj učinkovito reševali problematiko na področju edukacije pacientov s sladkorno boleznijo tipa 2, pa tudi na določene metodološke probleme, denimo velikost vzorca ali vključevanje drugih medicinskih in psiholoških parametrov v raziskovalni model. Zato ta raziskava ni pomembna le z vidika predstavljenih rezultatov, temveč predstavlja spodbudo in odpira nova vprašanja za raziskovanje na področju zdravstvene nege v prihodnje.

LITERATURA

DESG. Teaching letter Number 5. Counselling on late complications.

Diabetes UK. Care recommendation. Education of people with diabetes. 2003.

Diabetes UK. Care recommendation. Structured patient education. Dostopno na:

http://www.who.int/whr/1977/media_centre/press_releas/en/index3html<17.12.2011>

International Diabetes Federation. International Curriculum for Diabetes Health Professional education. Macrovascular disease. Dostopno na: http://www.idf.org/webdata/docs/IDF%20Curriculum_III-7d%20Macrovascular%20disease_EN.pdf.<17.12.2011>

Janež A, Ravnik Oblak M. Etiopatogeneza sladkorne bolezni tipa 2. Sladkorna bolezen. Priročnik za zdravnike 3. izdaja. Ljubljana, 2009; 9-11.

Koselj M. Definicija, diagnoza, klasifikacija in epidemiologija sladkorne bolezni. Sladkorna bolezen. Priročnik. Ljubljana, 2006; 42-45.

Medvešček M, Mrevlje F, (ur). Slovenske smernice za klinično obravnavo bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2 pri odraslih osebah. Ljubljana, 2011.

Medvešček M. Vzroki zvišanja krvnega sladkorja in sladkorne bolezni. Sladkorna bolezen tipa 2. Kako jo obvladati in živeti z njo. Ljubljana, 2009; 16-18.

Naik AD, Teal CR, Rodriguez E, Haidet P. Knowing the ABCs: A comparative effectiveness study of two methods of diabetic education. Patient Education and Counseling 2011; 85: 383-89.

Polonsky WH, Earles J, Smith S, et al. Integrating medical management with diabetes selfmanagement training: a randomised control trial of the diabetes outpatient intensive treatment programe. Diabetes care 2003; 26(11): 3048-53.

Republika Slovenija, Ministrstvo za zdravje. Nacionalni program za obvladovanje sladkorne bolezni 2010-2020.

Rickheim PL, Weaver TK, Flader JL, Kendall DM. Assessment of group versus individual education: a randomised study. Diabetes care 2002; 25(2): 269-74.

Sagadin J. Poglavlja iz metodologije pedagoškega raziskovanja. Ljubljana, 1993.

Stratton IM, Adler AI, Neil HA, Matthews DR, Manley SE, Cull CA, et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. BMJ 2000; 321(7258): 405-12.

Visser A, Snoek F. Perspectives on education and counseling for diabetes patient. Patient Education and Counseling 2004; 53: 251-55.

Vogrinc J. Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju. Ljubljana, 2008.

World health organization. Diabetes. Dostopno na: www.diabetes.org.uk/About_us/Our_views/Care_raecommen.2008.<17.12.2011>

Zaletel Vrtovec J. Kronični zapleti sladkorne bolezni. Priročnik za zdravnike. Ljubljana, 2009.

KARIERNI RAZVOJ ZAPOSLENIH



ZEMLJEVID ZNANJA – ORODJE ZA NAČRTOVANJE IZOBRAŽEVANJA

MAP OF KNOWLEDGE AS AN EDUCATION PLANNING TOOL

dr. Saša Kadivec, prof. zdr. vzg.

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

Robert Sotler, dipl. zn.

Splošna bolnišnica Brežice

sasa.kadivec@klinika-golnik.si

Ključne besede: znanje, zemljevid znanja, usposobljenost, medicinske znanje

IZVLEČEK

Zemljevid znanja je orodje za ugotavljanje razlik med obstoječim in potrebnim znanjem. Pokaže usposobljenost posameznika in hkrati, kako usposobljena oseba je potrebna. V pomoč je pri planiranju izobraževanja in razporejanju kadra v time. Zemljevid znanja omogoča ciljno usmerjan razvoj sodelavcev, skladno z ugotovljenimi potrebami organizacije. Nevarnosti predstavljajo napačna interpretacija podatkov, preobremenitev posameznikov, ki so v zemljevidu označeni kot eksperti, in zastaranje podatkov. Zemljevid znanja je »živa« stvar, ki jo je treba stalno obnavljati.

Keywords: knowledge, map of knowledge, qualification, medical knowledge

ABSTRACT

Map of knowledge is a tool for the identification of differences between the existing and the required knowledge. The map shows the individual's ability and, at the same time, how qualified a person is needed. It helps to plan the education of staff and organisation of staff into teams, and also enables a goal-oriented development of employees. There is however a danger of data misinterpretation, the overburdening of employees who are registered as experts, and obsolete data. The map of knowledge is a live document which has to be continually updated.

UVOD

Uspešno upravljanje znanja danes prištevamo med kazalnike uspeha. Ključno pri načrtovanju izobraževanja je prepoznavanje potreb. Vsak vodja si mora jasno odgovoriti na vprašanje, kakšno znanje mora imeti posameznik, kaj morajo znati timi in izvajalci posameznih procesov. Pomoč pri orientaciji so zemljevidi znanja, ki pokažejo razliko med obstoječim in potrebnim znanjem. Zemljevid znanja nam jasno pokaže, kako je z usposobljenostjo posameznika in kako usposobljenega posameznika želimo imeti, hkrati pa omogoča sledenje kariernemu razvoju. Zemljevid znanja nam pokaže, kaj posameznik v določeni skupini zna in ali je to znanje potrebno za uresničevanje razvojne zgodbe organa (Hočevar Podgoršek, 2010). Zato je to dobro uporabno orodje za načrtovanje razvoja sodelavcev tudi v zdravstveni negi. Namen prispevka je na primeru dveh bolnišnic pokazati uporabo zemljevida znanja na področju zdravstvene nege.

Dolžnost in odgovornost vsake medicinske sestre je nenehno izpolnjevanje svojega strokovnega znanja. Postopkov, za katere nima ustreznih znanj, ne sme izvajati. Ko pa znanje pridobi, ga je dolžna posredovati v svoji delovni sredini. Odkloniti mora vsak poseg, ki ni v skladu s strokovnim ravnanjem (Kersnič, Filej, 2006).

Zdravstvena oskrba za pacienta je varna le v primerih, ko se v zvezi z zdravljenjem preprečuje škoda in vse kar je povezano z okoliščinami fizične varnosti bivanja in pacientove prisotnosti pri izvajalcu zdravstvenih dejavnosti (Balažič, et al., 2009).

Zemljevidi znanja nam omogočajo pregled: obstoječih znanj/veščin (tudi »tihih« znanj), potrebnih znanj, kam usmeriti razvoj zaposlenih, ključnih sposobnosti v bolnišnici in pričakovanih znanj/veščin od novih sodelavcev.

Za praktično uporabo to pomeni:

1. hiter pregled obstoječih znanj/veščin posameznikov po:

- osebah (za posameznika),
- oddelkih (znanja oseb na oddelku),
- kategorijah;

2. hiter pregled »lukenj« - katera znanja so slabo zastopana in kje najti posameznike, ki se bodo usposabljali na teh področjih;

3. hiter pregled stopnje zastopanosti znanja (enostavno bo npr. najti nekoga, ki bo znanje A prenesel na drugega – stopnja »znam, uporabljam in učim druge«;

4. enostavnejša priprava načrta izobraževanja za potrebe bolnišnice (Kadivec, 2009).

KAKO DO ZEMLJEVIDA ZNANJA

Da bi vzpostavili zemljevid znanja, priporočajo viri različne pristope (Eppler1998 cit. po Košir, Gorup Reichman, 2003):

1. PROCESI – prepoznati procese, ki jih bomo podprli z matriko znanja. Zemljevid znanja naj bi naredil vidno znanje o procesu, znanje v procesu in znanje kot rezultat procesa.
2. VIRI – potrebno je določiti za proces potrebne vire znanja. To so eksperti, podatkovne baze, dokumenti, metode, zunanje povezave...
3. SISTEMATIČNO UREJANJE – po posnetku virov znanja morajo biti le-ti urejeni tako, da so dostopni vsem zaposlenim in lahko obvladljivi.
4. VIZUALIZACIJA – integracija sistematično urejenega znanja v vizualno, interaktivno sliko, s pomočjo katere povezujemo znanje z delovnimi procesi in posameznimi delovnimi okolji.
5. OSVEŽEVANJE PODATKOV.

Oblikovanje zemljevida znanja

Oblikovanje zemljevida znanja zajema naslednje korake:

1. opredelitev ključnih vsebin oz. kakšno znanje potrebujemo za uspešno, učinkovito ter strokovno izvedo procesa;
2. opredelitev delovnih in poslovnih procesov ter znanje za njihovo izvajanje;
3. posnetek stanja in opredelitev vrste, stopnje in nosilcev znanja;

4. analiza vprašalnikov, povezava zemljevida znanja in segmentacije;
5. sistematična, enostavna in pregledna ureditev zemljevida znanja;
6. vzdrževanje vsebine zemljevida znanja (Vasić, 2004; Hočevar Podgoršek, 2010).

Zato se mora zemljevid znanja voditi interdisciplinarno in obnavljati obstoječe znanje (Vasić, 2004). Nevarnosti zemljevida znanja predstavljajo napačna interpretacija podatkov, preobremenitev posameznikov, ki so v zemljevidu znanja označeni kot eksperti, in zastaranje podatkov v smislu neažurnosti podatkov v zemljevidu znanja. Zato je zemljevid znanja »živa« stvar, ki jo je treba stalno obnavljati. Če ga ne dopolnjujemo, kmalu nastane le še zbirka podatkov, ki ne izpolnjuje svojega namena. Kako uporaba zemljevida znanja deluje v praksi je prikazano na primeru dveh bolnišnic: Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik in Splošne bolnišnice Brežice.

Zemljevid znanja v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik (Klinika Golnik)

Namen zemljevida znanja je, da pokaže na znanje zaposlenih, da ne ostane zakrito in neizkoriščeno. Predstavlja nam orodje, ki pokaže razkorak med potrebnimi in obstoječimi znanji in nam je v pomoč pri planiranju izobraževanja in razporejanju kadra v time. S pomočjo zemljevida znanja ciljno usmerjamo razvoj naših sodelavcev.

Zemljevid znanja smo prepoznali kot orodje za razporejanje kadra in planiranje izobraževanj. Zemljevid znanja smo najprej pripravili za osebje zdravstvene nege v posameznih organizacijskih enotah. V naslednjem koraku smo jih združili na nivoju celotne organizacije in določili kriterije za vzdrževanje statusov v zemljevidu znanja.

Na Kliniki Golnik imamo matrike znanja oblikovane že nekaj let. Oblikovali smo delovno skupino za razvojni projekt Razvoj zaposlenih v zdravstveni negi, ki pripravlja zemljevid znanja. Sestava delovne skupine je namenska in zajema člane z vseh področij zdravstvene nege, ki so vezane na razvoj zaposlenih v zdravstveni negi.

Naloge delovne skupine:

- Zbiranje zemljevidov znanja vseh enot/oddelkov,
- izdelava zemljevidov znanja za področje zdravstvene nege,
- sodelovanje z vodilnimi medicinskimi sestrami oddelkov pri pripravi vsakoletne obnovitve zemljevida znanja.

Naloge vodilnih medicinskih sester:

- Pregled in dopolnitev že obstoječih zemljevidov znanja za področje zaposlenih;
- sodelovanje z zaposlenimi;
- spodbuda za samoocenitev zaposlenih glede usposobljenosti posameznih področij dela.

Za pripravo zemljevida znanja so odgovorne vodilne medicinske sestre bolniškega oddelka/enote. Za večjo preglednost uporabljamo prikaz zemljevida znanja v obliki tabel, ki jasno in zgoščeno pokažejo, kakšno znanje posameznik ima in kateri so procesi dela, ki imajo vrzeli v znanju in potrebe po usposabljanju zaposlenih za izvedbo. Zemljevid znanja je v Kliniki Golnik orodje za prepoznavo in načrtovanje ključnih kompetenc in orodje za prepoznavanje potreb za nove zaposlitve. Legenda, ki jo uporabljamo za vsako znanje je: 1 – redno izvaja, 2 – lahko izvaja, 3 – izvaja pod nadzorom, 4 – ni planiran za izvajanje, 5 – ne more izvajati. Višje je povprečje, večja je vrzel v znanju.

Proces priprave zemljevida znanja v Kliniki Golnik je sestavljen iz korakov:

1. opredelimo potrebna znanja;
2. opredelimo obstoječa znanja; v tem procesu sodeluje vodja skupaj z zaposlenim, da opredelita stopnjo obstoječega znanja po legendi;
3. prepoznavanje procesov in znanja, ki služijo pripravi plana izobraževanja zaposlenim.

V zemljevidu znanja so opredeljena specifična znanja, ki jih mora medicinska sestra po zaključku šolanja pridobiti med praktičnim delom v Kliniki Golnik (slika 1).

Potrebna znanja					
	znanje A	znanje B	znanje C	znanje D	znanje D
oseba 1.	2	2	1	4	4
oseba 2.	1	1	1	4	4
oseba 3.	1	1	5	3	3
oseba 4.	1	1	1	4	4
oseba 5.	2	2	1	4	4
oseba 6.	4	4	3	1	4

Opredelitev obstoječih znanj in stopnja, kako jih obvladamo

Legenda: 1 – redno izvaja, 2 – lahko izvaja, 3 – izvaja pod nadzorom, 4 – ni planiran za izvajanje, 5 – ne more izvajati.

Slika 1: prikaz zemljevida znanja

Zemljevid znanja v Splošni bolnišnici Brežice (Matrika obveznih znanj v zdravstveni in babiški negi)

Na strokovnem kolegiju medicinskih sester in babic je bila v letu 2012 sprejeta odločitev o uvedbi projekta fleksibilne matrike znanj zaposlenih. Splošna bolnišnica Brežice ima v zdravstveni in babiški negi (v nadaljevanju ZN) manj kot 150 zaposlenih in spada med manjše slovenske bolnišnice. Zaradi tega so že v preteklosti nastajale specifične težave pri organizaciji dela in zagotavljanju kakovosti ter varnosti pri izvajanju ZN. Delovna skupina je bila ustanovljena iz vrst strokovnih vodij in njihovih namestnic s sodelovanjem pomočnika direktorja za področje ZN. Z izvedbo izobraževanj se je poskusno pričelo v drugi polovici leta 2012, v letu 2013 pa je načrtovano, da se izvedba izobraževanj intenzivno nadaljuje do zelenega cilja, tj. izobraziti vse zaposlene v zdravstveni in babiški negi. Veljavnost znanj iz posameznega sklopa je tri leta, izjema so le postopki TPO, ki se jih bo obnavljalo vsako leto (Slika 2). Po vsakem sklopu bo potekalo preverjanje znanja in priprava načrta dodatnih izobraževanj za zaposlene, ki ne bodo uspešno opravili preverjanja.

Poglavitni razlogi za uvedbo projekta so bili:

- Večja preglednost nad strokovno usposobljenostjo zaposlenih.
- Povečanje fleksibilnosti in strokovnega znanja zaposlenih.
- Izboljšanje kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev.
- Izboljšanje varnosti pri delu in preprečevanje poškodb pri delu.
- Dvig zadovoljstva zaposlenih.
- Dvig zunanjšega ugleda bolnišnice in zaupanja pacientov.

Naloge delovne skupine:

- Opredelitev in priprava izobraževalnih vsebin;
- izdelava načrtov po posameznih izobraževalnih sklopih (Slika 3);
- izdelava in priprava internega strokovnega gradiva;
- dolžnost tekočega spremljanja strokovnih smernic;
- tekoče strokovno dopolnjevanje matrike znanj;
- izvedba izobraževanj po strokovnih sklopih;
- preverjanje znanja in dokumentiranje;
- priprava individualnih izobraževalnih načrtov zaposlenih.

Vsa izobraževanja bodo izvedena v prostorih Splošne bolnišnice Brežice v namenskem prostoru z ustreznimi pripomočki. Poleg bolnišničnih predavateljev bodo sodelovali vabljeni zunanji predavatelji, strokovnjaki z določenih področij ZN. Nekatera izobraževanja bodo pripravljena na način, da bo zaposlenim omogočeno pridobivanje licenčnih točk s strani Zbornice-Zveze.

Izvedbeni načrt strokovnega teoretičnega in praktičnega usposabljanja medicinskih sester, babic / zdravstvenikov v SB Brežice

Splošna bolnišnica Brežice
Moja zdravilja

Temos
Quality in Medical Care Worldwide

ACCREDITATION CANADA
INTERNATIONAL
Quality Quality Health Services

MATRIKA OBVEZNIH ZNANJ v zdravstveni in babiški negi

Izvedbeni načrt strokovnega teoretičnega in praktičnega usposabljanja medicinskih sester, babic / zdravstvenikov

Ime in PRIIMEK: _____ Leto zaključka šolanja: _____ Stopnja izobrazbe: IV, V, VI, VII, VIII Oddelek: _____

Leto zaposlitve v SB: _____ Strokovni naziv: TZN, SMS, B, dipl. MS/ B Licenčna št. vpisa v register Zbornice/Zveze: _____

Vsak zaposleni v ZN in Babiški negi, se je obvezen strokovno usposabljati vsake 3 leta v skladu z načrtom usposabljanja vseh medicinskih sester/zdravstvenikov, ki je bil sprejet na Kolegiju vodij v ZN in babiške nege v SB Brežice dne 8. 3. 2012.

Kandidat/ka se je usposabljal /a dni v Splošni bolnišnici Brežice in osvojil /a naslednja obvezna znanja ter veščine (ustrezno označi z »x«):

Osnove TPO <input type="checkbox"/> EI <input type="checkbox"/> Aspiracija <input type="checkbox"/> Aplikacija O2 <input type="checkbox"/> Osnove monitoringa <input type="checkbox"/> (CIT)	Usposobljenost velja do _____ podpis.....
EKG / defibrilator <input type="checkbox"/> ZN venske poti <input type="checkbox"/> I.V tekočine in sistemi <input type="checkbox"/> (INT)	Usposobljenost velja do _____ podpis.....
ZN kirurške rane <input type="checkbox"/> ZN kronične rane <input type="checkbox"/> Ocena in dokumentiranje RZP <input type="checkbox"/> (KRG/INT)	Usposobljenost velja do _____ podpis.....
Sterilnost <input type="checkbox"/> Preprečevanje okužb <input type="checkbox"/> Higiena rok <input type="checkbox"/> Higijenska urejenost <input type="checkbox"/> (OP/ CIT)	Usposobljenost velja do _____ podpis.....
Splošno o zdravilih <input type="checkbox"/> Rokovanje z zdravili/cepivi <input type="checkbox"/> Stranski učinki-ukrepi <input type="checkbox"/> (lekarna)	Usposobljenost velja do _____ podpis.....
Laboratorij/Transfuzija <input type="checkbox"/> Odvzem in transport krvnih vzorcev <input type="checkbox"/> Dokumentiranje <input type="checkbox"/> (LAB)	Usposobljenost velja do _____ podpis.....
Preprečevanje padcev <input type="checkbox"/> Uporaba PVU <input type="checkbox"/> Inkontinenčni pripomočki <input type="checkbox"/> (PKLI/ INT)	Usposobljenost velja do _____ podpis.....

Slika 2: Prikaz osnovne strani matrike znanj v SB Brežice

ZEMLJEVID ZNANJA KOT UČINKOVITA POT K RAZVOJU POSAMEZNIKA V SPLOŠNI BOLNIŠNICI JESENICE

MAP OF KNOWLEDGE AS EFFECTIVE WAY TO THE DEVELOPMENT OF THE INDIVIDUAL IN THE GENERAL HOSPITAL JESENICE

Zdenka Kramar, dipl. m. s.

Splošna bolnišnica Jesenice

zdenka.kramar@sb-je.si

Ključne besede: izobraževanje, prenos in preglednost znanja

IZVLEČEK

V članku želimo predstaviti vzpostavitev zemljevida znanja v Splošni bolnišnici Jesenice. Zemljevid znanja nam omogoča, da postane znanje vidno, saj na ta način prikazujemo tisto znanje, ki je skrito v posameznikih.

Znanje je danes vse bolj priznana kategorija neotipljivega vira, ki lahko močno vpliva na uspešno delovanje bolnišnice. V preteklosti smo znanje, ki so ga imeli zaposleni v bolnišnici, velikokrat spregledali. Z odhodom zaposlenega, še posebno, če je odšel ključni sodelavec je z njim odšlo veliko njegovega znanja.

Zato smo aktivno pristopili k izdelavi projekta za vzpostavitev zemljevida znanja. Najprej smo izvedli usposabljanje vodji za ustrezno in pravočasno iskanje znanja ter s pomočjo periodičnih in izhodnih pogovorov poskušali sistematično preprečiti odliv znanja. Nato smo nadgradili tudi razvojne pogovore, popisali znanje in veščine ter izdelali zemljevid znanja in veščin.

Zemljevid znanja je podlaga, s katero smo opredelili trenutna in potrebna znanja zaposlenih, ki so ključna za načrtovanje nadaljnjega razvoja posameznika, enote in celotne bolnišnice. Takšne podlage so med drugim pomembne za vse zaposlene, ker tako lažje načrtujemo in izvajamo izobraževanja in usposabljanja. V zemljevidu znanja smo dejansko popisali in opredelili vsa potrebna znanja, ki so potrebna za učinkovito, strokovno, varno in kakovostno delo pri pacientu in s katerimi razpolagajo zaposleni.

Keywords: education, knowledge transfer and transparency

ABSTRACT

This article presents the creation of a knowledge map at the Jesenice General Hospital. A knowledge map allows knowledge to be made visible because it presents knowledge that is concealed within individuals.

Today knowledge is an increasingly recognized category of intangible resource that can have a great effect on a hospital's successful operation. In the past, hospital employees' knowledge was often overlooked. The departure of an employee—especially one that played a key role—also meant the departure of much of his or her knowledge.

We have therefore started a project to create a knowledge map. First of all, we trained leaders to seek out knowledge in an appropriate and timely manner, and tried to systematically prevent the loss of knowledge

Izvedbeni načrt strokovnega teoretičnega in praktičnega usposabljanja medicinskih sester, babic / zdravstvenikov v SB Brežice



Delavnica: EKG / defibrilator, ZN venske poti, i.v. raztopine in sistemi / izvajalec SB Brežice- INT oddelek					
ZAP. št.	Trajanje 8 ur	Mentorji	T	P	Legenda: T = teorija, P = praktično usposabljanje
1	*vpisati datume	T. Cerjak H. Hostar R. Sotler	3		TEORETIČNE VSEBINE - EKG in postavitve elektrod (Sotler) - Motnje pri snemanju EKG-ja (Sotler) - Uporaba in poznavanje funkcij defibrilatorja - Prikaz najpogostejših patoloških srčnih ritmov - Vrste venskih pristopov - ZN venskega pristopa - Vrste i.v. raztopin - Hramba i.v. raztopin - Infuzijski sistemi - Transfuzija 4 PRAKTIČNA ZNANJA - Postavitev elektrod in snemanje EKG - Odprava tehničnih težav pri snemanju EKG - Uporaba defibrilatorja - Prepoznavna AMI, fibrilacije, normalnega ritma - Preveza venskega pristopa - Menjava i.v. raztopin - Menjava infuzijskih sistemov - Kontrola pretoka transfuzije 1 PREVERJANJE ZNANJA (teoretični in praktični del) ** Uporaba standardov SB Brežice SZN: 03/2009, 05/2009, 06/2009, 07/2009, 26/2009, 35/2009, 38/2009, 55/2009;
Skupaj ur			4	4	

Slika 3: Prikaz enega od tematskih sklopov matrike znanj v SB Brežice

SKLEP

S planiranjem izobraževanja, ki sledi potrebam prakse in uresničevanjem plana izobraževanj v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik in Splošni bolnišnici Brežice, se zagotavlja kontinuiran razvoj stroke in investicijo v zaposlene. Z izdelavo in rednim ažuriranjem zemljevida znanj je možen stalen pregled nad potrebami po specifičnih znanjih osebja zdravstvene nege in možnostmi za razvoj zaposlenih.

LITERATURA

Balažič J, Brulc U, Ivanc B, Korošec D, Kralj K, Novak B, et al. Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP) s komentarjem. 1. natis. Ljubljana: GV Založba; 2009: 79-93.

Gorup Reichmann Ž. Zemljevidi znanja. In: Žargi D, Dolinšek S, Lekič Z, Kiauta M, Malovrh N, eds. Slovensko združenje za kakovost, 12. letna konferenca, Bernardin, 5. in 6. novembra 2003. S kompetentnostjo do osebne kakovosti: zbornik referatov. Ljubljana: Slovensko združenje za kakovost, 2003: 59-62.

Hočevar Podgoršek K. Interni prenos znanja kot priložnost in izziv pri kadrovskem poslovanju. Kadrov Inf. 2010; (7): 23-7.

Kersnič P, Filej B. (ur). Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Mednarodni kodeks etike za babice. 2. izd. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije- Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2006.

Vasič V. Prenos znanja v Gorenju - zemljevid znanja. Gib. 2004; 13(6-7): 1-13. Dostopno na: http://www.gorenjegrup.com/si/filelib/gorenje_group/corporate/professional_contribution/prenos_znanja_v_gorenju1.pdf (18. 2. 2013).

Kadivec S. Matrika fleksibilnosti - orodje za načrtovanje izobraževanja. In: Brumen M, Železnik D, Pirš K, eds. Kakovost v zdravstveni in babiški negi - odgovorni, kompetentni in inovativni zaposleni: zbornik predavanj in posterjev 2. Znanstvenega simpozija z mednarodno udeležbo. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 2009: 121-24.

by conducting periodic and exit interviews. We then also improved development discussions, inventoried knowledge and skills, and worked out a knowledge and skills map.

The knowledge map is a basis for defining current and necessary employee knowledge that is key for planning the further development of individuals, units, and the entire hospital. Among other things, such a basis is important for all employees because it makes it easier to plan and carry out employee education and training. The knowledge map actually inventoried and defined all necessary knowledge that is required for effective, professional, safe, and quality work with patients and that employees have at their disposal.

UVOD

Znanje je tista disciplina, za katero je nujno, da se prenaša med ljudmi. Ljudje znanje prenašajo že od nekdaj, informacije potujejo na različne načine iz generacije v generacijo. Vse večje je zavedanje, da lahko posamezna ustanova veliko pridobi, če uspe vse znanje, ki je nakopičeno pri zaposlenih, identificirati in posledično tudi uporabiti. Znanje delimo na individualno in skupinsko znanje. Individualno znanje je last posameznika in je lahko zelo specializirano. Skupinsko znanje pa se nanaša predvsem na prenos med zaposlenimi in ni last posameznika (Walsh, Ungso, 1991). Prav tako se mora vodstvo ustanove zavedati, da ni pomembno samo znanje, ki ga posameznik ima, ampak predvsem ravnanje z ljudmi, ki to znanje imajo. Za prenos znanja je pomembna tudi organizacijska kultura, ki mora biti taka, da si ljudje zaupajo in si tako delijo svoje znanje med seboj.

Kramer in Schmalenberg (2004) navajata, da je dostopnost do izobraževanja in podpora izobraževalnih možnosti med osmimi motivatorji, ki izboljšujejo zadovoljstvo medicinskih sester. V preteklosti je bilo v kliničnem okolju le malo pozornosti namenjene izobraževanju medicinskih sester in prenosu znanja. Ta odnos se je v zadnjih letih spremenil. Ustanove, ki omogočajo izobraževanje svojim zaposlenim, spodbujajo kulturo odličnosti. To pa je povezano z visoko stopnjo zadovoljstva in samozavesti zaposlenih.

Pri načrtovanju strategije izobraževanja se je smiselno osredotočiti na prenos znanja in identificirati vsa znanja, ki jih zaposleni imajo. To je tudi osnova za karierni razvoj in doseganje čim višje stopnje znanja. Na ta način lahko dosežemo višjo stopnjo zadovoljstva in motiviranosti osebja, posledično pa povečanje pripadnosti ustanovi. Kramer in Schmalenberg (2004) navajata, da v bolnišnicah, ki podpirajo prenos znanja in izobraževanje lastnih kadrov, zaposleni najpogosteje navajajo, da je eden najpomembnejših razlogov za odločitev, da ostanejo v bolnišnici prav možnost izobraževanja in pridobivanja novih znanj ter priložnosti za razvoj kariere. Stalno izobraževanje je danes nujno potrebno za zagotavljanje kakovosti in varnosti in uvajanje stalnih izboljšav (Tlholoe, 2006). Najpomembnejši cilj nadaljnega izobraževanja je izboljšanje in spodbujanje kakovostne oskrbe pacientov (Koyama, 1996). Stefanik s sodelavci (1994) je navedel, da je stalno izobraževanje pomembno pri strateškem načrtovanju zavodov zaradi pozitivnega vpliva na kakovost oskrbe pacientov. Menedžment znanja mora biti vpet v celotno delovanje bolnišnice in mora biti najpomembnejša komponenta pri upravljanju s človeškimi viri. Menedžment znanja je danes vse bolj pomemben. Veliko dela, ki se ga danes opravi, sloni na prenosu informacij, vse bolj se pojavlja potreba po prenosu neformalnega v formalno znanje, zaposleni imajo veliko znanja, poleg tega se vse bolj pojavlja tudi mobilnost kadra in posledično lahko odliv znanja iz ustanove. Vodilni v institucijah bi se morali zavedati, da ima znanje zaposlenih največjo dodano vrednost takrat, ko ga uporablja čim več zaposlenih. Zato je toliko bolj pomembno, da ustanova vsa znanja shrani in ga v ključnih trenutkih lahko tudi uporabi. Shranjevanje znanja nam omogoča zemljevid znanja. Dimovski (2005) zemljevid znanja opredeljuje kot vizualni prikaz organizacijskega znanja in nam kaže pot do zaposlenih, ki imajo določena znanja, ali pa do zbirke dokumentov, kjer lahko ta znanja najdemo. Dobro izdelan zemljevid znanja je močno orodje, ki lahko pospeši prenos znanja in spremeni odnose med zaposlenimi. Pri izdelavi zemljevida znanja lahko odkrijemo znanje, ki je bilo do sedaj neizkoriščeno, skrite povezave in manjkajoče znanje, ki bi bilo potrebno za uspešno delovanje ustanove. Prav tako je pomembno, da pri oblikovanju zemljevida znanja sodeluje čim večji krog zaposlenih.

Oblikovanje procesa zemljevida znanja v Splošni bolnišnici Jesenice

V zadnjih letih smo v bolnišnici izvedli veliko aktivnosti na področju usposabljanja in izobraževanja zaposlenih. Ob tem so se pojavile potrebe po večji preglednosti znanja in veščin zaposlenih. Na osnovi tega smo se odločili, da poskušamo to področje opredeliti z izdelavo zemljevida znanja.

Že v sami strategiji in viziji bolnišnice smo opredelili znanje in izobraženost kadrov kot pomemben element naše uspešnosti. Prav tako je znanje pomembna vrednota vseh zaposlenih v bolnišnici. Zato smo bili pri oblikovanju toliko bolj prepričani, da je upravljanje z znanjem pomembno tudi zaradi večje fleksibilnosti in potrebnih organizacijskih sprememb.

Zaposleni se pred tem nismo zavedali pomena znanja, prav tako je bilo pridobivanje znanja brez nekega konkretnega cilja.

Najpogostejši razlogi za prenos znanja:

- izboljšanje dela med oddelki,
- doseganje višje dodane vrednosti pri odjemalcih (pacientih),
- izboljšanje operativnih in funkcionalnih procesov,
- zmanjšanje stroškov izobraževanja in usposabljanja,
- spodbujanje inovacij,
- dvig prihodkov,
- zmanjšanje izpostavljenosti specifičnim tveganjem (Dorten, 2004).

Vse napisane razloge bi lahko prenesli tudi v bolnišnično okolje. K usposabljanju in izobraževanju smo dodali še mehki pristop. Še bolj se je izoblikovala učeča se organizacija, ki je postala s tem bolj pregledna.

Pri razvijanju zemljevida znanja se pojavijo tudi ovire:

- velik dvom o uporabnosti,
- ni ustrezne motivacije in nagrajevanja,
- ni zaupanja v oceno znanja,
- nesprejetje zemljevida znanja med zaposlenimi,
- zaposleni niso vključeni pri oblikovanju zemljevida znanja,
- ni prenosa znanja z drugimi ustanovami,
- nezadostno opredeljene potrebe po prenosu informacij,
- ni informacijske podpore,
- nezadostna koordinacija,
- pomanjkanje časa zaposlenih in ne opredeljena strategija (Dorten, 2004).

Za začetek razvoja sistematičnega znanja in zemljevida znanja štejemo leto 1995 (Nonaka, Takeuchi, 1995). Potem je sledil skokovit razvoj informacijske podpore in komunikacijske tehnologije. Danes je izredno veliko različnih orodij za vodenje in upravljanje znanja in je ena od pomembnih inovacij, ki bodo spremenile način usposabljanja in pridobivanja znanja.

Zemljevid znanja mora vsebovati vsa znanja, ki so potrebna za izvajanje neposrednega dela ob pacientu, in tudi vsa znanja, ki jih posameznik ima in bi jih lahko pri delu potrebovali.



Zemljevid znanja smo v bolnišnici razdelili pet stopenj:



- opredelili smo potrebe po znanju in veščinah po posameznih strokah, izdelali smo proces poteka izdelave in dopolnitve zemljevida znanja,
- izvedli smo pregled obstoječega stanja in opredelili stopnje znanja ter odgovorne osebe,
- izdelali smo orodje za vodenje – Razpredelnica,
- opredelili smo način stalnega dopolnjevanja in spreminjanja zemljevida znanja.

Prav tako smo opredelili tri področja znanja:

- strokovno znanje in veščine, ki je neposredno vezano na delo ob pacientu,
- osebno znanje in veščine – splošno znanje; to so tista znanja, ki jih ima posameznik na določenem področju (računalniško znanje, znanje tujih jezikov, druga vedenja, ki bi lahko koristila ustanovi),
- vodenje: to so znanja, ki jih mora imeti vodja oz. nekdo, ki ga prepoznamo za bodočega vodjo.

Prednosti zemljevida znanja v bolnišnici:

- Boljši pregled nad znanjem posameznika in vpogled v vrzeli znanja pri posameznikih in skupinah. Posledično je lažje usmerjanje in načrtovanje izobraževanja in usposabljanje zaposlenih.
- Omogoča identifikacijo perspektivnih zaposlenih, ki imajo določena znanja in sposobnosti in kompetence. To je lahko tudi izhodišče pri iskanju kadrov za ključna delovna mesta ali vključevanje v projektne time.
- Večje zadovoljstvo zaposlenih, da se izobražujejo in usposabljujejo na področjih, ki jih želijo dopolniti.
- Poveča pomen letnih razgovorov.

Slabosti vzpostavitve zemljevida znanja v bolnišnici:

- težave pri določitvi stopnje znanja – težka ocena pri določenih poklicnih skupinah,
- stalno dopolnjevanje in obnavljanje zemljevida znanja,
- slaba informacijska podpora.

Potek prenosa znanja v bolnišnici

V bolnišnici smo že pred leti vzpostavili kompetenčni sistem, ki opredeljuje kompetence kot vse *sposobnosti* in *zmožnosti*, potrebne, da nekdo uspešno in učinkovito opravi določeno delo in naloge. Obsegajo znanja, veščine, spretnosti, lastnosti, vedenja, motive, stališča, vrednote. Modeli kompetenc so izjemno učinkovito orodje, s katerim zaposlenim komuniciramo *kaj* od njih pričakujemo in *kako* to lahko dosežejo (Gruban, 2003).

Izdelali smo delokroge, ki so skupaj s kompetencami izhodišče za razporeditev na delovno mesto. Opredeljeno imamo tudi sistemizacijo delovnih mest.

Pri opredelitvi zemljevida znanj za posameznika izhajamo iz zaključkov in dogovorov na letnem razgovoru.

Redni letni razgovori so sestavni del vodenja, oblika komuniciranja med zaposlenimi, motiviranje, vzdrževanje in izboljševanje delovne klime. Letni razgovor je trajnostni proces, ki naj poteka preko celega leta in ne enkratni dogodek ali izpolnitev predpisanega obrazca. (Gruban, 2003).

V bolnišnici prav na podlagi izvedenih letnih razgovorov dobimo podatke o:

- potencialu znanja, interesnih dejavnosti, splošnih znanjih in o željah zaposlenih in o osebnem razvoju zaposlenega,
- informacijo o pripravljenosti sodelovanja v projektih in timih,

- predlogi zaposlenih o spremembah pri pridobivanju znanja in usposabljanja.

Za celotno vodenje in upravljanje z znanjem posameznika imamo določeno odgovorno osebo, ki skrbi za celoten proces zemljevida znanja. Poleg tega imamo odgovorno osebo, ki usklajuje izobraževanje in usposabljanje, ki se črpa iz letnega načrta izobraževanja in usposabljanja ter potreb glede na razvoj posameznih strok in dejavnosti.

Vse aktivnosti potekajo s delovanjem kadrovske službe, ki koordinirajo delovanje vseh segmentov. Pri prenosu znanja vključujemo posamezne prepoznane strokovnjake na določenem področju (skrbnik za osrednji venski kateter, koordinator za kronične rane, padce, posebne varovalne ukrepe, bolnišnične okužbe, kategorizacija potreb po zdravstveni negi...).

Vsi skupaj pa skrbijo, da se znanja stalno posodabljujejo in se istočasno vnesejo v bazo podatkov oz. zemljevid znanja.

Načrtovanje zemljevida znanja za posameznika

Pri načrtovanju zemljevida znanja za posameznika je pomemben že uvodni intervju pri novozaposlenemu. Z že zaposlenimi smo izvedli individualne razgovore in se dogovorili o vsebini in stopnji znanja ter kompetencah, ki so jih razvili med delom v bolnišnici. Opredelili smo stopnjo doseženega in potrebnega znanja. Prav tako smo opredelili osebna znanja in sposobnosti.

Zemljevid znanja stalno dopolnjujemo glede na potrebe in spremembe ter razvoj procesa dela, novih znanj in tehnološkega napredka. Sprememba zemljevida znanj poteka stalno ob rednih letnih razgovorih, na osnovi tekočih pridobljenih znanj.

Opredelili smo pet stopenj znanja:

- 5 - usposobljen za prenos znanj in izkušenj na sodelavce,
- 4 - ima dovolj znanja in izkušenj za samostojno izvajanje nalog,
- 3 - ima dovolj znanja, izkušnje pridobiva pri delu v timu,
- 2 - osnovno teoretično znanje,
- 1 - ne izvaja, ni potrebno.

Da zemljevid znanja zaživi v celoti, je potrebno, da sodelujejo vsi ključni subjekti, ki so odgovorni za razvoj in prenos znanja in identificiranje pravih oseb v projektne time.

Doprinos zemljevida znanja v Splošni bolnišnici Jesenice

- Zemljevid znanja nam omogoča prenos dobrih praks znotraj bolnišnice (kroženje kadra v smislu prenosa znanja in pridobitve novih znanj).
- S pomočjo zemljevida znanja lažje dosežemo zastavljene cilje: »Poenotenje prakse zdravstvene nege in oskrbe«.
- V primeru pomanjkanja kadra možnost zapolnitve vrzeli z zaposlenim, ki ima doseženo stopnjo znanja za delo na drugem oddelku. Na ta način je tudi lažje in hitrejše uvajanje novo zaposlenih.
- Zemljevid znanja sprotno dopolnjujemo in spreminjamo (letni razgovori, razvoj posameznih strok, pridobljena znanja in veščine).
- Lažje načrtovanje in pridobivanje finančnih sredstev za izvedbo izobraževanj in delavnic.



ZAKLJUČEK

Celoten proces kreiranja in dopolnjevanje zemljevida znanja je kompleksen proces in pomembno orodje za večjo preglednost in razvoj ter prenos znanja. V bolnišnici smo na tem področju na začetku poti. V začetku so se pojavile različne ovire, ki so bile predvsem posledica nerazumevanj, in ne poznavanje, da bo zemljevid znanja prinesel večjo preglednost in usmerjeno pridobivanje in nadgradnjo znanja. Po dveh letih dela se kažejo prvi rezultati, ki zelo dobro vplivajo na posameznika in celotno organizacijo.

LITERATURA

- Dimovski V, Purger M, Škerlovaj Žnideršič J. Učeca se organizacija: ustanovite podjetje znanja, Ljubljana: GV založba; 2005: 326 -.
- Dorten O. Knowledge management in flex, SIEMENS- Pictures of future Spring, 2004.
- Gruban B. Uvajanje sistemov kompetenc, Model(iranje) poslovne uspešnosti, Posvet, GV Izobraževanje, d.o.o., 29. januar 2004, Ljubljana; Dostopno na: prek:www.dialogos.si/slo/objave/clanki
- Koyama M, Holzemer WL, Kaharu C, Watanabe M, Yoshii Y, Otawa K. Assessment of a continuing education evaluation framework. J Contin Educ Nurs. 1996;27(3):115-9. Pub Med PMID: 8715878.
- Kramer M, Schalenberg C. Essentials of a magnetic work environment, part 1. Nursing. 2004;34(6):504.
- Nonaka T, Takeuchi H. Knowledge creating company: how japanese companies create the dynamic of innovation. New York: Oxford University Press; 1995: str.139-str 145.
- Stefanik RL, Cassandra K, Edwards-Beckett J, Gresham Copeland S, Hoffman M, Hulls P, et al. Perception of nursing staff development. A replication study. J Nurs Staff Dev. 1994; 10(3): 115-9.
- Tiholoe MM: Role of nurse managers as executives. Nursing Update, 2006; 30(8):5. Walsh JP, Ungson GR. Organizational memory. Acad Manage Rev. 1991; 16(1): 57-91

113C

RAZVIJANJE DELOVNE KARIERE IZVAJALCEV ZDRAVSTVENE NEGE V INTENZIVNIH ENOTAH UNIVERZITETNEGA KLINIČNEGA CENTRA MARIBOR

DEVELOPING A PROFESSIONAL CAREER OF HEALTH CARE PROVIDERS IN THE INTENSIVE CARE UNITS OF THE UNIVERSITY MEDICAL CENTER MARIBOR

Iris Živko mag. zdr.- soc. manag.

Univerzitetni klinični center Maribor

iris.zivko@ukc-mb.si

Ključne besede: izobraževanje, osebni razvoj, napredovanje, zadovoljstvo

IZVLEČEK

Izhodišča: Danes, ko posamezniku ni več zagotovljena služba do konca življenja, je načrtovanje delovne kariere zelo pomembno. Spremembe v okolju in hiter razvoj tehnologije povzročajo vedno večje zahteve uporabnikov storitev, predhodno pridobljeno znanje zaposlenih ne zadošča več. Prej ko se lotimo razmišljanja o razvoju delovne kariere in si jo sistematično načrtujemo, bolj smo lahko uspešni. Zaradi vse večje umske zahtevnosti pri opravljanju delovnih nalog, se morajo zaposleni sami, kot tudi delovne organizacije odločiti za nadaljnje izobraževanje in razvoj kadrov, s katerimi bodo poskušali obdržati in povečati svojo konkurenčnost na trgu. Zavedati se moramo, da posamezniki ostanejo tako dolgo na enem delovnem mestu, dokler se lahko še učijo in osebno razvijajo. Izobraževanje in usposabljanje izvajalcev zdravstvene nege v intenzivnih enotah je torej nujno, če želimo kakovosten in strokoven zdravstveni sistem, ki učinkovito sledi spremembam. Osnovni namen raziskovalne naloge je bil ugotoviti možnosti in ambicije izvajalcev zdravstvene nege v intenzivnih enotah Univerzitetnega kliničnega centra Maribor in podpora delovne organizacije pri doseganju teh ambicij. Empirični cilji so bili usmerjeni v ugotavljanje zadovoljstva anketirancev z možnostmi razvoja kariere, stopnje motivacije za učenje in količino prenosa znanja iz izobraževanja v neposredno delovno okolje in ugotoviti, ali je za Univerzitetni klinični center Maribor njihovo znanje in izobraževanje vložek ali investicija.

Metode: Uporabljena je bila deskriptivna raziskovalna metoda s pomočjo prevzemanja teoretičnih osnov že znanih in objavljenih slovenskih in tujih avtorjev. Ciljna skupina anketiranih so bili izvajalci zdravstvene nege na Oddelku za intenzivno interno medicino, Oddelku za anesteziologijo, intenzivno terapijo in terapijo bolečin ter izvajalci zdravstvene nege intenzivne enote na Kliniki za pediatrijo v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor. Podatki so bili pridobljeni z anketnim vprašalnikom, urejeni s pomočjo kvantitativne analize.

Rezultati: V raziskavi je bilo ugotovljeno, da se anketiranci zavedajo izjemnega pomena strokovnega izpopolnjevanja in vseživljenjskega učenja, saj menijo, da je pomembno za njihov osebni in strokovni razvoj. Sedanje delovno mesto jim ne predstavlja vrhunca njihove kariere. Kljub temu, da je Univerzitetni klinični center Maribor učeča se organizacija, so mnenja anketiranih glede spodbude izobraževanja znotraj organizacije različna, prav tako je večina anketiranih mnenja, da jim v organizaciji ni omogočeno napredovanje.

Razprava in zaključki: Raziskava razvoja delovne kariere izvajalcev zdravstvene nege v intenzivnih enotah Univerzitetnega kliničnega centra Maribor kaže na to, da je način izobraževanja podrejen modelom izobraževanja iz preteklosti in da za izobraževanje in razvoj zaposlenih v intenzivnih enotah skrbijo le linijski vodje. Na osnovi ugotovitev je bila predlagana prenova sistema izobraževanja in razvoja zaposlenih.

Keywords: education, personal development, progression, satisfaction

ABSTRACT

Backgrounds: Today, when an individual is no longer guaranteed a job for the life time, planning one's career is very important. Changes in the environment and the rapid development of technology cause the increasing demands of service- users, previously acquired knowledge of employees is no longer enough. The sooner we start thinking about developing working careers and about the systematic planning of them, the more we can be successful. Due to the growing intellectual complexity in the performance of duties, the employees themselves, as well as labor organizations have to decide for the further education and the human resource development, which will try to maintain and increase their competitiveness on the market. We have to be aware that individuals stay in one job as long they still can learn and personally develop. Education and training of health care providers in intensive care units is therefore essential if we want a quality and professional health-care system that effectively tracks changes. The main objective of the study was to determine the possibilities and ambitions of nursing in the intensive care units of the University Medical Centre Maribor and the support of the work organization in achieving these ambitions. Empirical goals were oriented to determine respondents satisfaction with the career development opportunities, the level of motivation for learning and knowledge transfer from the education into the direct work environment and to determine whether for the University Clinical Center Maribor their knowledge and education are an input or an investment.

Methods: The descriptive research method by assuming the theoretical bases of already known and published Slovenian and foreign authors has been used. The target group of respondents were the providers of the intensive care at the department of Internal Medicine, Department of Anaesthesiology, Intensive therapy and pain therapy and the providers of the health care at the intensive care unit at the Paediatric Clinic at the University Medical Centre Maribor. The data have been obtained by a questionnaire and arranged with the help of the quantitative analysis.

Results: The study has determined that the respondents are aware of the exceptional importance of the professional development and the lifelong learning, because they believe that it is important for their personal and professional development. The post does not represent the climax of their career. Despite the fact that the University Clinical Center Maribor is a learning organization, the views of respondents regarding the training incentives within the organization are distinguished, also the majority of the respondents believe that their progression in the organization is not enabled.

Discussion and conclusions: The research of the work career development of the health care providers in the intensive care units of the University Medical Centre in Maribor shows that the way of the education is subordinated to the education model in the past and that for the education and the development of the employees in the intensive care units only the line managers are taking care. Based on the findings a renovation of the education and development system of the employees has been propounded.

UVOD

UKC Maribor je javna zdravstvena ustanova na sekundarnem in terciarnem nivoju, kar pomeni, da mora znanju in sposobnostim zaposlenih posvečati veliko pozornost in še bolj spodbujati pridobivanje strokovnih znanj. Nenehno učenje zagotovo pomaga organizaciji, da oblikuje svoje zaposlene tako, da so

prilagodljivi in razmišljajo ob tem kar delajo. To dvoje je nujno potrebno, da zaposleni v celoti izkoristijo svoj ustvarjalni potencial. Doživljanje delovne kariere je za izvajalce zdravstvene nege posebne vrste motivacijsko sredstvo, ki jih sili v ustrezne aktivnosti. Ni tako pomembno, kako zaposleni doživljajo svojo preteklo kariero, pomembno je kako doživljajo prihodnjo.

Razvoj delovne kariere izvajalcev zdravstvene nege je zelo specifičen v primerjavi z drugimi poklici, saj ne obstaja neko enotno pravilo, kako naj se načrtuje. Kadrovske službe, ki imajo v organizacijah zelo pomembno vlogo pri načrtovanju delovne kariere zaposlenega, imajo na področju zdravstva predvsem vlogo urejanja delovnopravnega področja in vlogo koordinatorja pri finančni realizaciji posameznega izobraževanja oziroma usposabljanja (Kralj, 2006).

Razvoj kariere lahko definiramo kot pomikanje izvajalcev zdravstvene nege na višji strokovni nivo, na različna področja prakse zdravstvene nege ali na položaj, kjer so prevladujoče različne funkcije, ki vključujejo podjetniško, neodvisno in avtonomno profesionalno vlogo izvajalcev zdravstvene nege (Požun, 2008).

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Razvoj in načrtovanje delovne kariere poteka v dialogu med delovno organizacijo in posameznikom. Vsak razvoj kariere lahko opazujemo iz dveh zornih kotov in sicer iz zornega kota posameznika in iz zornega kota organizacije. Isti dogodek lahko ima za posameznika na eni strani in organizacijo na drugi strani povsem drugačen pomen (Brečko, 2006).

Glede na to, da je poslovna uspešnost organizacije v veliki meri odvisna od delovne učinkovitosti njenih sodelavcev, je razumljivo, da bi morali v vsaki organizaciji sistematično spremljati in analizirati delovno uspešnost vsakega posameznika. Proces ocenjevanja delovne uspešnosti daje posamezniku informacije, ki mu pomagajo bolj realistično oceniti lastne kapacitete in nagnjenja, ter skladnost njegovih interesov z interesi organizacije (Jamšek, 1998).

Zdravstvena nega in kariera

Odločitev za poklic zdravstvenega delavca spremlja nagnjenje k humanosti in altruizmu. V tem poklicu so zaposleni vezani na tesno delo in sodelovanje z ljudmi, zato je pravilna izbira poklica pri izvajalcih zdravstvene nege pogoj, da lahko uresničijo svoja pričakovanja in da doživljajo pri tem zadovoljstvo in poklicno izpolnitev.

Karijerne kompetence, ki jih zdravstveni delavci pridobimo v šoli, v delovnem okolju in z življenjskimi izkušnjami, se akumulirajo v tako imenovani karierni kapital. Tega lahko razvijamo, lahko pa sčasoma izgubi na vrednosti. Razvijati ga je možno z dodatnim izobraževanjem in usposabljanjem, kar pomeni dodatno osebno naložbo za prihodnost.

Kakor vsako uspešno podjetje, ki si izdelata strateški načrt razvoja, si lahko tudi izvajalci zdravstvene nege svojo poklicno pot vrednotimo v tem okvirju. Začetek zajema analizo stanja, kjer si posameznik postavi vprašanje: »Katere so moje glavne prednosti?« Te lahko predstavljajo interes za določeno področje, ambicije. Vprašati pa se je tudi potrebno: »katere so moje slabosti?« Po končani analizi stanja mora posameznik zaznati priložnost v delovnem okolju in ugotoviti, katere so tiste dejavnosti, ki so perspektivne in predstavljajo možnost nadaljnega razvoja. Po analizi osebnega stanja pri sebi in v okolju, je potrebno določiti poslanstvo, ki je bistveni del strateškega načrta. Ko vemo, kaj poklicno smo in kaj v poklicu in življenju hočemo, si zastavimo dolgoročne in kratkoročne poklicne cilje, ki morajo ustrezati posamezniku kot ustvarjalcu lastne kariere. Po vsem tem moramo izbrati načine doseganja tistih ciljev, s katerimi bomo uresničevali naše poslanstvo.

Klasično lahko opredelimo karierno pot na vertikalno in horizontalno karierno pot. Na področju zdravstvene nege to pomeni, da svojo delovno kariero gradimo na vzpenjanju po vodstveni lestvici ali s specializacijo na posameznem strokovnem področju. Vertikalno napredovanje je navadno povezano z odmikom od strokovnega področja, saj so pomembnejša znanja s področja vodenja in voditeljstva, včasih tudi s področja ekonomije. Horizontalo napredovanje pa je navadno vezano na ožje visoko strokovno področje, ki je pogosto vezano z večjo stopnjo odgovornosti. Znotraj horizontalnega napredovanja je možna tudi krožna karierna pot: zaposleni znotraj organizacije zamenja področje svojega dela oziroma področje specializacije (Štular, 2006).

Namen in raziskovalna vprašanja

Namen raziskave je bilo analizirati trenutne razmere v intenzivnih enotah Univerzitetnega kliničnega centra Maribor in ugotoviti stanje na področju izobraževanja in kariere ter usmeriti empirične cilje v ugotavljanje zadovoljstva anketirancev z možnostmi razvoja kariere, stopnje motivacije za učenje in količino prenosa znanja iz izobraževanja v neposredno delovno okolje in ugotoviti, ali je za Univerzitetni klinični center Maribor njihovo znanje in izobraževanje vložek ali investicija.

V ta namen smo si zastavili štiri raziskovalna vprašanja:

- Ali se izvajalci zdravstvene nege v intenzivnih enotah Univerzitetnega kliničnega centra Maribor zavedajo pomena izobraževanja?
- Ali izvajalci zdravstvene nege v intenzivnih enotah Univerzitetnega kliničnega centra Maribor menijo, da so dosegli vrhunec delovne kariere?
- Ali v organizaciji posvečajo dovolj pozornosti izobraževanju izvajalcem zdravstvene nege v intenzivnih enotah?
- Ali v organizaciji posvečajo dovolj pozornosti razvoju delovne kariere izvajalcem zdravstvene nege v intenzivnih enotah?

METODE

Raziskava je temeljila na kvantitativni analizi dobljenih podatkov. Uporabljena je bila deskriptivna ali opisna raziskovalna metoda. Za pridobivanje podatkov je bil uporabljen anketni vprašalnik, ki je bil sestavljen iz dveh sklopov in je vseboval 27 vprašanj. Prvi sklop je vseboval demografske podatke, kot so spol, starost, izobrazba, zaposlitev in delovna doba. Drugi del pa vprašanja glede možnosti izobraževanja in razvijanja kariere. Anketni vprašalnik smo sestavili sami in uporabili metodo anonimnosti. Vprašanja so bila zaprtega tipa, kar pomeni, da so se zaposleni odločali med že podanimi odgovori. Raziskava je potekala v intenzivnih enotah Univerzitetnega kliničnega centra Maribor in sicer sedem dni v mesecu juniju leta 2011.

Pred pričetkom raziskave smo podali vlogo za opravljanje raziskave na strokovnih področjih na Službo zdravstvene nege Univerzitetnega kliničnega centra. Ob zagotavljanju kriterija prostovoljnega sodelovanja in anonimnosti smo dobili pisno dovoljenje. Za izvedbo raziskave smo se morali povezati s strokovnimi vodji zdravstvene nege izbranih oddelkov in se dogovoriti za velikost vzorca anketiranih izvajalcev zdravstvene nege in načina razdeljevanja in zbiranja anket.

Ciljna skupina anketiranih so bili izvajalci zdravstvene nege, in sicer 24 anketiranih, zaposlenih na Oddelku za intenzivno interno medicino, 20 anketiranih, zaposlenih na Oddelku za anesteziologijo, intenzivno terapijo in terapijo bolečin ter 20 anketiranih, zaposlenih na Kliniki za pediatrijo v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor. Skupaj je bilo anketiranih 64 izvajalcev zdravstvene nege različne starosti, spola in stopnje izobrazbe. Vrnjenih in izpolnjenih je bilo vseh 64 anketnih vprašalnikov, kar predstavlja 100% odziv.

REZULTATI

V raziskavi je sodelovalo 59 žensk in 5 moških, zaposlenih na treh oddelkih Univerzitetnega kliničnega centra Maribor. Večina anketirancev je bila starih med 26 in 35 let (39,1%). Delovna doba zaposlenih je različna, večina je zaposlena v organizaciji manj kot pet let (31,1%), medtem ko je teh z delovno dobo več kot 20 let skoraj enako (29,7%).

Glede na zahtevnost dela je bila pričakovana visoka stopnja izobrazbe, kar nam izvedena anketa ravno ne potrjuje, saj je največ anketiranih (48,4%) s srednješolsko izobrazbo, sledijo zaposleni z visoko strokovno izobrazbo (45,3%) in šele nazadnje zaposleni z univerzitetno izobrazbo (6,3%).

Raziskava je pokazala, da je bil za veliko večino (81,3%) prihod v organizacijo prva zaposlitev, kar pomeni, da organizacija pridobiva mlade in prilagodljive kadre. Velika večina (79,7%) anketiranih predolgo vztraja na enem delovnem mestu. Ne želijo si sprememb, delo jim postaja rutina, kar pa postopno vodi v izgorelost. Žal se ne zavedajo, da se karierni kapital bogati z delovnimi izkušnjami oziroma z menjavo delovnega okolja (Brečko 2006).

Skoraj vsi anketirani (96,9%) menijo, da je znanje organizaciji ključnega pomena, kar se kaže tudi v tem, da so skoraj vsi anketiranci (92,2%) mnenja, da je zanje osebno ter za njihov osebni razvoj in kariero zelo pomembno nenehno izobraževanje. Ugotovili smo, da več kot polovica anketirancev (56,2%) meni, da je spodbude glede izobraževanja znotraj organizacije premalo ali je ni.

Raziskava nam je pokazala, da se vodje zavedajo, da sama izobrazba brez delovnih izkušenj ne pomeni veliko. Med anketiranimi (68,8%) prevladuje mnenje, da pri poverjanju določenih nalog s strani vodij nimajo prednosti tisti, ki so visoko izobraženi, ampak tisti, ki imajo s tem delom izkušnje.

Problem v organizaciji vidimo v namenjanju sredstev za izobraževanje. Velika večina anketiranih (81,3%) je mnenja, da se ne nameni dovolj sredstev za izobraževanje.

Odločitev o tem, kdo se bo izobraževal, v večini primerov podajo strokovni vodje oddelkov (84,4%) in le v majhnem odstotku zaposleni sami (15,6%). Razvidno je, da so strokovni vodje tisti, ki vidijo potrebe po dodatnih znanjih, seveda pa se morajo prilagajati kadrovske zmogljivosti in finančnim sredstvom oddelka (Tavčar, 2006).

Glede izobrazbe so si mnenja deljena, saj velika večina anketirancev (87,5%) meni, da boljša izobrazba ni nagrajena, za delno nagrajevanje se je odločil le majhen procent (12%) anketiranih. Pridobljeni rezultati raziskave nam kažejo, da se vložek v izobrazbo skozi podsistem ocenjevanja v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor ne obrestuje.

Vse ravni v organizaciji se ne izobražujejo enakomerno. Več kot polovica anketiranih (59,4%) je mnenja, da se največ izobražuje vodstvo. Iz tega je razvidno, da organizacija vlaga v ključne kadre. Več kot polovica anketiranih (59,4%) se ne pogovarja z vodjo o nadaljnji karieri v organizaciji, kar ni pohvalno. Proces ocenjevanja delovne uspešnosti daje posamezniku informacije, ki mu pomagajo bolj realistično oceniti lastne kapacitete in nagnjenja, ter skladnost njegovih interesov z interesi organizacije (Jamšek, 1998).

Rezultati raziskave nam pokažejo, da je večina anketiranih (88,2%) seznanjenih ali delno seznanjenih z možnostmi dodatega izobraževanja. Prav tako je več kot polovica anketiranih (76,6%) delno zadovoljnih ali pa zadovoljnih s ponudbo izobraževanja, ki jim jo ponuja organizacija. To nam pove, da so zaposleni dovolj motivirani za izobraževanje znotraj organizacije in da so vodilni dovolj informirani o vsebinah izobraževanja.

S pridobljenimi rezultati smo ugotovili, da večina anketiranih (65,6%) ne hodi v šolo ob delu. Od 22 anketiranih, ki ob delu hodijo v šolo, pa je večina (18,8%) takih, ki si sami plačujejo šolanje in nimajo pogodbe in s tem določenih obveznosti do delovne organizacije.



Razlog odločitve za dodatno izobraževanje znotraj organizacije ali izven nje je največkrat (34,4%) zaradi obveznih vsebin, ki jih potrebujejo za nabiranje licenčnih točk, kot pogoj za podaljšanje licence. Največkrat se udeležujejo enodnevnega izobraževanja (73,5%).

Več kot polovica je mnenja (53,1%), da jim je pridobljeno znanje, ki ga pridobijo z neformalnim izobraževanjem, delno v pomoč pri nadaljnjem delu, kar je tudi namen in cilj teh izobraževanj.

Shapiro (1998) je mnenja, da je zadovoljstvo s kariero v zdravstveni negi povezano s starostjo zaposlenih ozi. stopnjo razvoja poklicne poti. Mnenje večine (60,9%) je, da jim sedanje delovno mesto ne predstavlja vrhunca njihove kariere, kar pomeni, da hočejo nekaj več in boljšega. Ti so motivirani za razvijanje in izobraževanje, saj je to dobro za njihovo osebno in karierno rast. Pripravljeni so zapustiti sedanje delovno mesto ter oditi na slabše plačano, če bi to ustrezalo njihovim sanjam o karieri (56,3%).

Zavedamo se, da imajo na razvoj kariere velik vpliv organizacije z lastnimi sistemi napredovanj, spodbujanji in zagotavljanji priložnosti za izkazovanje ustvarjalnih sposobnosti, povezane tudi s starostjo (Miglič, Vukovič, 2006). Da jim organizacija ne omogoča napredovanja, je mnenja večina aketirancev (60,9%), kljub temu pa bi jih večina ostala svoji organizaciji (65,6%).

Odgovori na zastavljena vprašanja

Iz rezultatov ankete sklepamo, da se anketiranci zavedajo izjemnega pomena nenehnega izobraževanja, saj velika večina (96,9 %) anketiranih, meni, da je za organizacijo znanje ključnega pomena, nekoliko manj anketiranih (92,2 %) meni, da je nenehno izobraževanje zelo pomembno zanje osebno ter za njihov osebni razvoj in kariero. Velika večina (61%) anketiranih, se je opredelila, da znanje, pridobljeno v času izobraževanja, vsaj malo, srednje ali veliko vpliva ter jim pomaga pri nadaljnjem delu.

Večina anketiranih (60,9%) meni, da sedanje delovno mesto ne predstavlja vrhunca njihove kariere, kar pomeni, da hočejo nekaj več in boljše. Malo več kot polovica (56,3%) anketiranih, bi bila pripravljena zapustiti sedanje delovno mesto ter oditi na slabše plačano, če bi to ustrezalo njihovim sanjam o karieri. Ta podatek kaže na to, da so anketiranci prepričani, da je pomembnejše zadovoljstvo z delom in osebnim razvojem, kot plača (Shapiro, 1998). Več kot polovica anketiranih (65,6%), bi ostalo zvestih svoji organizaciji, medtem ko jih nekaj razmišlja (32,8%), da bi kariero nadaljevali drugje.

Mnenja glede spodbude izobraževanja znotraj organizacije so različna. Kljub temu, da je Univerzitetni klinični center učeča se organizacija, je manj kot polovica (45,3%) anketiranih mnenja, da je spodbude premalo. Da pa je spodbude dovolj, je odgovorilo 43,8 % anketiranih. Večina anketiranih (81%) je mnenja, da se ne nameni dovolj sredstev za izobraževanje zdravstvenih delavcev. Drugačen odziv anketiranih pa je glede zadovoljstva s ponudbo izobraževanj znotraj organizacije, saj je večina anketiranih seznanjena z možnostmi dodatnega izobraževanja ter delno zadovoljna ali zadovoljna s ponudbo izobraževanja, ki jim jih ponuja organizacija, kar je zelo pozitivno.

Menimo, da v organizaciji ne posvečajo dovolj pozornosti razvoju kariere, saj se več kot polovica anketiranih (59,4%), ne pogovarja o razvoju kariere s svojim nadrejenim, organizacija nima pripravljene načrta osebnostnega razvoja, večina anketiranih (60,9%) je mnenja, da jim v organizaciji ne omogočajo napredovanja. Mnenje Kralja in sodelavcev (2008) je, da bi strokovni vodja moral skupaj s prenovljeno kadrovsko službo izdelati načrt in vsebino izvajanja letnih razgovorov, ki iz izkušenj mnogih organizacij predstavljajo najustreznejši način ugotavljanja kariernih ambicij izvajalcev zdravstvene nege. Organizaciji bi to pomagalo pri odkrivanju in zagotavljanju pravih kadrov na pravem delovnem mestu.

DISKUSIJA

Ne moremo ravno govoriti o zadovoljstvu izvajalcev zdravstvene nege intenzivnih enot v UKC Mariboru z možnostmi razvoja delovne kariere. Skela Savič in Lokar (2008) sta mnenja, da mora vsak posameznik prevzeti aktivno vlogo pri oblikovanju svoje kariere, kar pa pri ključnih kadrih ni razvidno. Zaposleni še vedno pričakujejo, da bo za njihovo kariero poskrbela organizacija oziroma njihovi nadrejeni. Posamezniki nimajo izbranih ciljev v karieri in ne poti za doseganje teh ciljev. Le majhen odstotek anketiranih se izobražuje na lastno pobudo ob delu in se zaveda pomembnosti in nujnosti usposabljanja ter ima pozitiven odnos do sprememb, ki jih prinaša usposabljanje.

Stopnja motivacije za učenje in količina prenosa znanja v neposredno delovno okolje pri izvajalcih zdravstvene nege je različno. Bukovčeva (2008) je mnenja, da zaposleni, ki pristopajo k načrtovanju sistematično in so zadovoljni sami s sabo in pri delu, kakovostno opravljajo svoje delo, so motivirani in odprti za novosti. Nekateri so pripravljene širiti svoje znanje ter razvijati in izpopolnjevati svoje sposobnosti, medtem ko se drugi udeležijo izobraževanja in usposabljanja, ker so prisiljeni. Dejstvo je, da so odnosi do izobraževanja med zaposlenimi različni in da nekateri izmed njih odvrtačajo potencialne udeležence od izobraževanja in so moteči za učni proces. Rezultati raziskave kažejo, da ima organizacija pomanjkljivo izdelano strategijo usposabljanja in razvoja in da sta večkrat sama sebi namen. Pridobljeno znanje jim na posameznih delovnih mestih ne spodbudi dovolj alternativnih načinov videnja, da bi jih pripeljalo do ustvarjalnih rešitev problemov, kar je tudi namen in cilj teh izobraževanj. Neupoštevanje organizacijskega sistema in njihovih procesov vpliva na uspešnost usposabljanja, še zlasti, če se vsebina usposabljanja ne ujema z zmožnostjo okolja (Miglič, Vukovič, 2006).

Na vprašanje:« Ali je za Univerzitetni klinični center Maribor znanje in izobraževanje zdravstvenih delavcev intenzivnih enot vložek ali investicija?« Bi lahko odgovorili, da kljub številnim kazalcem vrednosti usposabljanja kot investicije za organizacijo (Miglič, Vukovič, 2006), ostaja zaznavanje teh vrednot v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor nizka. Organizacija ima omejene vire za usposabljanje, predvsem finančne, in njihovo razporejanje zagotovo ni v prid intenzivnim enotam.

ZAKLJUČEK

Na podlagi raziskave o načrtovanju kariere izvajalcev zdravstvene nege intenzivnih enot v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor smo prišli do spoznanja, da je način usposabljanja podrejen modelom iz preteklosti in da ni v bistvu, razen linijskih vodij, nikogar, ki bi skrbel za izobraževanje in razvoj zaposlenih. Na osnovi teh ugotovitev, ki so bistvo te raziskave, bi predlagali prenovo sistema izobraževanja in razvoja zaposlenih. Predlagali bi zaposlitev strokovnjakov, ki bi znali analizirati obstoječe stanje na področju ravnanja z zaposlenimi in uvesti sisteme, ki bodo izvajalcem zdravstvene nege v Univerzitetnem kliničnem centru omogočili boljši karierni razvoj v prihodnosti.

Kakovostna analiza potreb po usposabljanju bi prinesla dvojno korist. Na eni strani bi pokazala kakšno znanje, spretnosti in osebne lastnosti so potrebne za učinkovito izvajanje del in nalog, na drugi strani pa, kakšno znanje, spretnosti in osebne lastnosti zaposleni že imajo in kaj potrebujejo. Takšen način ugotavljanja in ocenjevanja potreb, zaradi tesne povezanosti z oblikovanjem programov usposabljanja in napotitvami posameznikov na ustrezna usposabljanja, zagotavlja, da se s sredstvi, vloženimi v usposabljanje, dosežejo tako cilji posameznika kot organizacije.

LITERATURA

Brečko D. Načrtovanje kariere kot dialog med organizacijo in posameznikom. Ljubljana: Planet GV; 2006.

Bukovec N. Karierni razvoj medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov: diplomsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru; 2008.

Jamšek F. Ocenjevanje delovnih dosežkov: V Management kadrovskega virov. Ljubljana: FDV; 1998: 213- 44.



Kralj B. Vrednotenje dejavnikov razvoja kariere zdravstvenih delavcev : magistrsko delo. Kranj: FOV; 2006.

Kralj B, Rajkovič V, Kljajič Borštnar M. Razvoj kariere zdravstvenih delavcev v strokovno poslovni skupnosti Ginekološka klinika. V: Rajkovič V. et al. ur. Znanje za trajnostni razvoj: zbornik 27. mednarodne znanstvene konference o razvoju organizacijskih znanosti, Slovenija, Portorož, 19-21 marec 2008. Kranj: Moderna organizacija 2008.

Miglič G, Vukovič G. Metode usposabljanja kadrov. Kranj: Moderna organizacija; 2006.

Požun P. 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: Jaz in moja kariera : zbornik predavanj / z mednarodno udeležbo. Jesenice: Visoka šola za zdravstvo; 2008.

Shapiro M. A career ladder based on Beners model. JONA; 1998, 28: 13-9.

Skela Savič B, Lokar K. Karierni razvoj-eden izmed glavnih dejavnikov napredka profesije zdravstvene nege, In: Skela Savič B., Ramšak Pajk J., Kaučič M.K, eds. Jaz in moja kariera: zbornik predavanj z mednarodno udeležbo. Jesenice: Visoka šola za zdravstvo, 2008.

Štular S. Ali lahko v zdravstvu govorimo o kariernem razvoju zaposlenih? V: Skela-Savič B, Ramšak Pajk J, Kaučič BM. Seminar z mednarodno udeležbo: Jaz in moja kariera. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2006: 47-53.

Tavčar IM. Management in organizacija. Sinteza konceptov organizacije kot instrumenta in kot skupnosti interesov. Koper: Univerza na Primorskem. Fakulteta za management; 2006: 31.

PROFESIONALIZACIJA ZDRAVSTVENE NEGE



123 A

SPREMLJANJE STROKOVNIH NOVOSTI IN RAZISKOVANJE V ZDRAVSTVENI IN BABIŠKI NEGI

KEEPING ABREAST OF THE PROFESSIONAL DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN NURSING CARE AND MIDWIFERY

viš. pred. mag. Ema Dornik, viš. med. ses., prof. zdr. vzg.

Vrbanska c. 12b, Maribor

ema.dornik@guest.arnes.si

Ključne besede: raziskovano delo, medicinske sestre, babice, zdravstvena nega, babiška nega

IZVLEČEK


Uvod: Medicinske sestre in babice so največja poklicna skupina v sistemu zdravstvenega varstva. Že desetletja si prizadevajo za razvoj in priznanje svojega področja kot samostojne znanstvene discipline, a bi svoje klinično delovanje morale bolj podpirati z raziskovanjem. Predstavljen je del rezultatov, zbranih v raziskavi o Informacijski podpori raziskovanju in klinični praksi v zdravstveni negi.

Metode: K sodelovanju smo povabili 500 naključno izbranih diplomiranih medicinskih sester/babic vpisanih v Register izvajalcev v dejavnosti zdravstvene in babiške nege (z dne 1. 1. 2010) pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Vzorec (n = 158) predstavlja 11,9 % izbrane populacije (n = 4.187). Uporabili smo strukturiran anketni vprašalnik. Zanimalo nas je ali med dvema kategorijama izobrazbe (visoko strokovna ter univerzitetna ali več) obstajajo statistično značilne razlike glede spremljanja strokovnih novosti, motivacije za raziskovanje ter osebne vključenosti v raziskovanje. Opazovane spremenljivke so merjene na številski merski lestvici, zato je uporabljen preizkus domnev o razlikah med aritmetičnima sredinama za dva neodvisna vzorca (t-test).

Rezultati: S pomočjo 5-stopenjske lestvice so sodelujoči ocenjevali pomembnost spremljanja strokovnih novosti (= 4,68), raziskovanja (= 4,44) in osebne vključenosti v raziskovanje v lastni stroki (= 3,75). Ugotovili smo, da med dvema kategorijama izobrazbe obstajajo statistično pomembne razlike v spremljanju strokovnih novosti (p < 0,001), kot tudi v oceni pomembnosti raziskovanja v zdravstveni/babiški negi nasploh (p < 0,001), ter da obstajajo statistično pomembne razlike glede osebne vključenosti v raziskovanje (p = 0,044). Odgovori nakazujejo, da so raziskave v zdravstveni/babiški negi le redkost (29,9 %), ali da raziskav praktično ni (21 %). Pri 17,2 % anketiranih postaja raziskovanje vsakdanje delo, nasproti temu 21 % anketiranih v raziskavah nikoli ne sodeluje, ali pa ne sodelujejo, ker to ni v opisu njihovih del in nalog. Rezultati kažejo, da je raziskovanje pomembno za klinično prakso, ter da le-to pomeni izboljšave za paciente, hkrati pa se kaže, da v delovnem okolju ni podpore in posluha za spremembe, kot tudi da vodstvo ne podpira raziskovanja v klinični praksi zdravstvene/babiške nege (= 2,60).

Diskusija in zaključek: Na podlagi predstavljenih rezultatov lahko potrdimo, da je za medicinske sestre/babice spremljanje novosti v zdravstveni/babiški negi in raziskovanje ter osebna vključenost v to zelo pomembna, kar lahko kaže na visoko stopnjo motiviranosti za raziskovalno delo. Hkrati je izpostavljen problem redkih raziskav v klinični praksi, kar ni v prid na dokazih temelječi znanstveni disciplini. Za

izboljšanje stanja so potrebne izobražene, kritične, kreativne in samostojne medicinske sestre/babice, ki bodo imele možnost izobraževanja v svojem poklicu do vseh znanstvenih nazivov in bodo aktivno raziskovale in objavljale svoja dognanja.

Key words: nursing research, nurses, midwives, nursing care, midwifery 

ABSTRACT

Introduction: Nurses and midwives are the biggest professional group in the Slovenian health care system. For years they have been striving for the development and acknowledgment of their professional field to become an independent scientific discipline, however, they should support their clinical work more with research work. The article focuses on the core results collected in a research study about information support of the research and clinical practice in health care.

Methods: A random sample of 500 nurses, who finished a degree and were registered in a Register of providers of health and midwifery care (as on 1 January 2010) in the Nurses and Midwives Association of Slovenia, were invited to participate in the study. The sample ($n = 158$) presents 11,9% of the chosen population ($n=4,187$). A structured questionnaire was used for the study. We explored if the type of degree (i.e. professional college degree, university degree, or higher) shows statistical differences regarding the three variables, i.e. keeping abreast of the professional developments, motivation for research and personal involvement in research. The variables were measured by a numerical scale, using the independent samples t-test.

Results: By using a 5-level scale the participants were to assess the importance of the variables keeping abreast of the professional developments ($= 4,68$), research ($= 4,44$) and personal involvement in research ($= 3,75$). The results indicate statistically significant differences in the first variable, i.e. keeping abreast of the professional developments ($p < 0,001$), as well as in the assessment of the importance of research in nursing care/midwifery in general ($p < 0,00a$), and in personal involvement in research ($p = 0,044$). The answers show that research in nursing care/midwifery is scarce (29,9%) or there is practically no research (21%). 17,2% of the participants claim research is their every day work, where as 21% of the participants never participate in research or their job description does not include research. The results also show that research is important for clinical practice and it means improvement for patients. On the other hand the results indicate that the working environment does not support research in clinical practice of nursing care/midwifery ($= 2, 60$).

Discussion and conclusions: On the basis of the presented results it can be confirmed that the nurses/midwives believe keeping abreast of the professional developments, research and their personal involvement in research is important, which can show their high motivation for research work. However, the study exposes the problem of scarce research in clinical practice, which does not help to develop the scientific discipline. In order to improve the present state, we need educated, critical, creative and independent nurses/midwives, who will get a chance to be educated and trained in their profession, be able to be awarded scientific titles and will actively publish their research work.

UVOD

Znanstvena podlaga določene dejavnosti je osnova za njeno zanesljivost, učinkovitost in tudi ugled v družbi. Pravo raziskovalno delo se lahko začne razvijati, ko je (številčno) dovolj medicinskih sester, ki si pridobijo ustrezno izobrazbo in potrebno znanje (Grbec, 1990; 1996). Na pomembnost znanstveno raziskovalnega dela (ZRD), ki je potrebno za razvoj zdravstvene nege (ZN), že precej časa opozarjajo Strajnar in Jeraj (1979), Šlajmer-Japelj (1979a, 1979b), Filej (1996), Pajnkihar (2005), Skela Savič (2009) in

drugi ter ves ta čas nakazujejo potrebo po drugačnem izobraževanju medicinskih sester in spodbujanju ZRD v ZN.

Na splošno velja, da je raziskovalno delo tesno povezano z možnostjo izobraževanja. Raziskovanje je izjemnega pomena za uresničevanje ciljev za razvoj ZN kot znanstvene discipline (Skela Savič, 2009). Polit in Beck (2008) pravita, da je raziskovanje v ZN sistematično poizvedovanje za razvoj zaupanja vrednih dokazov o stvareh, ki so pomembne za profesijo ZN, ki vključuje klinično prakso, izobraževanje, administracijo in informatiko ter pišeta, da je končni cilj raziskovanja predvsem razvoj novega znanja.

Za razvoj raziskovalnega dela je pomembno širjenje znanja, kar tudi omogočajo strokovni in znanstveni časopisi ter bibliografske zbirke podatkov. K ustreznim rezultatom iskanja po bibliografskih bazah podatkov pomembno prispeva tudi informacijska pismenost posameznika. Mayer (2007) opozarja, da je za relevantne iskalne strategije in rezultate potreben čas in vaja, da ob pravem času najdeš prave informacije. Opozarja, da bi bilo potrebno v procesu izobraževanja spodbujati uporabo elektronsko dostopnih bibliografskih zbirk kot sta Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) in Medline.

METODE

Zanimalo nas je ali med dvema kategorijama izobrazbe (visoko strokovna ter univerzitetna ali več) obstajajo statistično značilne razlike glede spremljanja strokovnih novosti, motivacije za raziskovanje ter osebne vključenosti v raziskovanje. Opazovane spremenljivke so merjene na številski merski lestvici, zato je uporabljen preizkus domnev o razlikah med aritmetičnima sredinama za dva neodvisna vzorca (t-test).

Opis instrumenta

Uporabili smo strukturiran anketni vprašalnik, ki je vključeval vprašanja z zaprtimi in odprtimi odgovori in se je nanašal na sledeče spremenljivke: demografski podatki, o poznavanju in uporabi informacijskih virov za iskanje literature za področje zdravstvene in babiške nege (ZBN), o raziskovalnem delu in njegovem širjenju, o odnosu do raziskovalnega dela, o presoji, o lastni informacijski pismenosti sodelujočih. Vprašalnik je bil zavezan k anonimnosti in zaupnosti in smo ga predhodno testirali na 15 naključno izbranih medicinskih sestrah s končano visoko strokovno izobrazbo v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor.

Vzorec

K sodelovanju smo povabili 500 naključno izbranih diplomiranih medicinskih sester ali diplomiranih babic, vpisanih v Register izvajalcev v dejavnosti zdravstvene in babiške nege (z dne 1. 1. 2010) pri Zbornici – Zvezi (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije). Zaradi napačnih naslovnikovih podatkov so se na Zbornico – Zvezo kot pošiljatelja vrnila tri pisemske ovojnice, tako je vabilo za sodelovanje v raziskavi prejelo 497 anketirancev, kar je predstavljalo izhodiščni vzorec. Vrnilo se je 158 izpolnjenih anketnih vprašalnikov; delež odgovorov je 31,8 %. Izhodiščni vzorec ($n = 497$) predstavlja 11,9 % izbrane populacije ($n = 4.187$).

Potek raziskave in obdelava podatkov

K sodelovanju smo anketirane povabili pisno s pisemsko ovojnico v katero smo vložili: spremni dopis z obrazložitvijo in vabilom k anonimnemu sodelovanju, anketni vprašalnik ter frankirano in na avtorico naslovljeno pisemsko ovojnico za vračilo izpolnjenega anketnega vprašalnika. Anonimnost anketiranja smo zagotovili tako, da avtorica ni videla naslovnikov in je bila pošta poslana z Zbornice - Zveze. Anketiranje je

potekalo od 16. 6. 2010 (odposlana pošta) do 14. 12. 2010, ko je bil vrnjen zadnji anketni vprašalnik. Za primerjavo številskih spremenljivk med skupinami anketirank smo uporabili neparni t-test. Za mejo statistične značilnosti/pomembnosti smo vzeli vrednost 0,05. Podatke smo obdelali s statističnim programom SPSS 16 (Statistical Package for the Social Sciences). Pri obdelavi in primerjavi podatkov smo za vsakega sodelujočega upoštevali najvišjo stopnjo dosežene izobrazbe.

Častno razsodišče I. stopnje pri Zbornici-Zvezi je podalo sklep (št. 99/2010 z dne 14. 6. 2010), da raziskava ustreza vsem etičnim kriterijem za izvedbo raziskave.

REZULTATI

Opis vzorca

Anketni vprašalnik je izpolnilo 158 oseb povabljenih k sodelovanju. Odgovorilo je 10 moških ter 147 žensk ($n = 157$), eden sodelujoči ni izpolnil podatka o svojem spolu ($n = 158$). Povprečna starost sodelujočih je bila 38 let ($n = 155$, min. = 24, maks. = 49, $s = 9,146$). Delež tistih, ki so stari nad 50 let nizek (14,2 %), prevladuje starostna skupina od 30 - 39 let (38,7 %). Povprečna delovna doba je znašala 15 let ($n = 153$). Anketirani so označili, da imajo dokončano: višjo strokovno izobrazbo ($n = 60$); visoko strokovno izobrazbo ($n = 145$); univerzitetno izobrazbo ($n = 17$) ter podiplomsko izobrazbo ($n = 3$). Med visoko strokovno izobrazbo je večina diplomiranih medicinskih sester oz. diplomiranih zdravstvenikov, ter 7 (4,8 %) diplomiranih babic.

Spremljanje strokovnih novosti

Z namenom, da bi ugotovili, kako pomembno je spremljanje strokovnih novosti v ZN, smo sodelujoče prosili, da s pomočjo 5-stopenjske lestvice ocenijo pomembnost, kjer je 1 - ni pomembno, 3 - srednje pomembno, 5 - zelo pomembno. V povprečju je za sodelujoče spremljanje novosti, raziskovanje in osebna vključenost v raziskovanje v lastni stroki zelo pomembno (Razpredelnica 1).

Razpredelnica 1: Pomembnost spremljanja strokovnih novosti in raziskovanja v zdravstveni / babiški negi ter pomembnost osebne vključenosti v raziskovanje

	\bar{x}	s
Pomembnost spremljanja novosti v ZBN	4,68	0,598
Pomembnost raziskovanja v ZBN	4,44	0,753
Pomembnost osebne vključenosti v raziskovanje ZBN	3,75	0,942

Legenda: - \bar{x} povprečna vrednost, s - standardni odklon

Ugotovili smo (Razpredelnica 2), da obstajajo statistično pomembne razlike v spremljanju novosti v ZBN med dvema kategorijama izobrazbe ($p < 0,001$). Za tiste z višjo stopnjo izobrazbe (univerzitetna ali več) je spremljanje strokovnih novosti bolj pomembno (= 4,95) kot za tiste z nižjo stopnjo izobrazbe (visokošolska strokovna izobrazba)(= 4,64).

Razpredelnica 2: Pomembnost spremljanja novosti v ZBN

Stopnja izobrazbe	n	\bar{x}	s	p
višja -, visoko strokovna	137	4,64	0,627	< 0,001
univerzitetna, podiplomska	21	4,95	0,218	

Legenda: n - število, - \bar{x} povprečna vrednost, s - standardni odklon, p - meja statistične značilnosti

Pomembnost raziskovanja v zdravstveni negi in babištvu

Kot zelo pomembno je raziskovanje v ZBN (nasploh) ocenilo 57,6 % sodelujočih, le majhen delež anketirancev misli, da raziskovanje v ZBN ni pomembno (1,3 %).

Primerjava med dvema skupinama je pokazala (Razpredelnica 3), da obstajajo statistično značilne razlike v oceni, kako pomembno je za raziskovanje v ZBN nasploh ($p < 0,001$). Za anketirane z višjo stopnjo izobrazbo je raziskovanje bolj pomembno (= 4,86) kot za tiste z nižjo stopnjo izobrazbe (= 4,38).

Razpredelnica 3: Pomembnost raziskovanja v ZBN nasploh - primerjava med stopnjami izobrazbe

Stopnja izobrazbe	n	\bar{x}	s	p
višja -, visoko strokovna	137	4,38	0,778	< 0,001
univerzitetna, podiplomska	21	4,86	0,359	

Legenda: n - število, - \bar{x} povprečna vrednost, s - standardni odklon, p - meja statistične značilnosti

Osebna vključenost v raziskovanje v zdravstveni negi in babištvu

Pomembnost osebne vključenosti v raziskovanje v ZN so anketirani ocenjevali na 5-stopenjski lestvici (pri tem je 1 - ni pomembno, 3 - srednje pomembno, 5 - zelo pomembno). Največji delež anketiranih meni, da je osebna vključenost v raziskovanje v ZN srednje pomembna (36,1 %) ali pomembna (32,9 %), le majhen delež (5,8 %), jih meni, da osebna vključenost v raziskovanje ni pomembna.

Obstajajo statistično pomembne razlike glede osebne vključenosti v raziskovanje v ZN med dvema kategorijama izobrazbe sodelujočih ($p = 0,044$, Razpredelnica 4)

Razpredelnica 4: Pomembnost osebne vključenosti v raziskovanje ZBN - primerjava med dvema kategorijama izobrazbe

Stopnja izobrazbe	n	\bar{x}	s	p
višja -, visoko strokovna	135	3,70	0,941	< 0,044
univerzitetna, podiplomska	20	4,15	0,875	

Legenda: n - število, - \bar{x} povprečna vrednost, s - standardni odklon, p - meja statistične značilnosti

Strinjanje s trditvami o raziskovanju

Odgovori nakazujejo, da so raziskave v ZBN le redkost (29,9 %) ali da raziskav praktično ni (21 %). Pri 17,2 % anketiranih postaja raziskovanje vsakdanje delo, nasproti temu 21 % anketiranih v raziskavah nikoli ne sodeluje ali pa ne sodelujejo, ker to ni v opisu njihovih del in nalog. Rezultati (Razpredelnica 5) kažejo, da je raziskovanje pomembno za klinično prakso, ter da le-to pomeni izboljšave za paciente, hkrati pa se kaže, da v delovnem okolju ni podpore in posluha za spremembe, kot tudi, da vodstvo ne podpira raziskovanja v klinični praksi ZBN (= 2,60).

Razpredelnica 5: Strinjanje s trditvami o raziskovanju

Trditve	\bar{x}	s
Raziskovanje ni pomembno za prakso ZBN	1,54	0,937
Medicinske sestre/babice nimamo časa za raziskovanje	2,24	0,943
Medicinske sestre/babice nimamo znanj za raziskovanje	2,08	0,891
Raziskovanje za pacienta ne pomeni nobenih izboljšanj	1,42	0,632
Vodstvo ne podpira raziskovanja v praksi ZBN	2,60	0,892
V delovnem okolju ni podpore in posluha za spremembe	2,60	0,934

Legenda: \bar{x} - povprečna vrednost, s - standardni odklon. Lestvica strinjanja: 1 - se sploh ne strinjam, 2 - se ne strinjam, 3 - se strinjam, 4 - se zelo strinjam

Izkazalo se je, da ni statistično značilnih razlik med strinjanjem s trditvami o raziskovanju in ravnijo izobrazbe sodelujočih.

DISKUSIJA IN ZAKLJUČEK

Sodelujoči, ki imajo dokončano univerzitetno izobrazbo (ali več), se statistično pomembno razlikujejo v motivaciji za raziskovanje od tistih, ki imajo visoko strokovno izobrazbo, prav tako obstajajo statistično značilne razlike v spremljanju novosti v ZBN med dvema primerjanima skupinama ($p < 0,001$). Za tiste z višjo stopnjo izobrazbe je spremljanje strokovnih novosti bolj pomembno ($= 4,95$) kot za tiste z nižjo stopnjo izobrazbe ($= 4,64$). Obstajajo tudi statistično značilne razlike glede pomembnosti raziskovanja v ZBN nasploh ($p < 0,001$). Za tiste z višjo stopnjo izobrazbe je raziskovanje v ZBN bolj pomembno ($= 4,86$) kot za tiste z nižjo stopnjo izobrazbe ($= 4,38$). Ugotovimo, da ni statistično značilnih razlik med dvema ravnema izobrazbe pri trditvah o raziskovanju v klinični praksi ZBN. Za razvoj raziskovanja in dojemanje njegove pomembnosti ima pomembno vlogo izobrazba medicinskih sester (Dornik, 2002; Pahor, 1988; 1989). Rezultati potrjujejo, da izobrazba pomembno vpliva na motivacijo za ZRD, na spremljanje novosti v lastni profesiji in na pomembnost osebne vključenosti v raziskovanje v ZN med dvema kategorijama izobrazbe sodelujočih.

Medicinske sestre v razvitih državah in tudi pri nas so znane predvsem po svoji naklonjenosti h kakovosti, medtem ko svoje klinično delovanje zelo malo podpirajo z raziskovanjem in imajo malo temeljnih raziskav, še posebej v primerjavi z medicino. Gradnja kakovosti na izkušnjah, brez bazičnih raziskav, je neustrezna in zdravstvene nege ne bo umestila kot znanstvene discipline. Če ni bazičnih raziskav, težko izvajamo aplikativne raziskave in ne moremo uvajati celovite kakovosti na osnovi dokazov (Skela Savič, 2008).

Ne gre spregledati problema redkih raziskav v klinični praksi ZN, kar ni v prid na dokazih temelječi znanstveni disciplini. Pahor (1988; 1989; 2006) je opozarjala na prepad med izobraževanjem in klinično prakso ter poudarila, da izobrazba praviloma prinese širši razpon sposobnosti in znanj kot samo delovne izkušnje.

Kaže, da je ta prepad kljub vsem naporom v smeri drugačnega in boljšega izobraževanja še vedno prisoten, tudi napredek v smeri samostojne znanstvene discipline je še vedno (pre)počasen. Za izboljšanje stanja so potrebne izobražene, kritične, kreativne in samostojne medicinske sestre in babice, ki bodo imele možnost izobraževanja v svojem poklicu do vseh znanstvenih nazivov in bodo aktivno raziskovale in objavljale svoja dognanja.

LITERATURA

- Dornik E. Vpliv sprememb v izobraževanju medicinskih sester v Sloveniji na objavljanje v njihovem strokovnem glasilu. Ljubljana: Filozofska fakulteta; 2002: 64-6.
- Filej B. Raziskovalno delo v zdravstveni negi pri nas in v svetu. Obzor Zdr N. 1996;30(3/4):77-8.
- Grbec V. Razvojni trendi v zdravstveni negi. Zdrav Obzor. 1990;24(5/6):251-4.
- Grbec V. Raziskovalno delo v zdravstveni negi pri nas in v svetu. Obzor Zdr N. 1996;30(3/4):145-7.
- Mayer DK. Have a minute? Clin J Oncol Nurs. 2007;11(5):611.
- Pahor M. Nekateri razvojni procesi (osamosvajanja in povezovanja) v zdravstvu: magistrska naloga. Ljubljana: Fakulteta za sociologijo, politične vede in novinarstvo; 1988: 63-83.
- Pahor M. Odnosi med zdravstvenimi delavci kot dejavnik razvoja zdravstva. Zdrav Obzor. 1989;23(1/2):43-64.
- Pahor M. Medicinske sestre in univerza. Domžale: Izolit; 2006: 69-80
- Pajnikihar M. Odnos med teorijo in raziskovanjem v zdravstveni negi. In: Kaluža J, Kljajič M, Leskovač R, Rajkovič V, Paape B, Šikula M, eds. Sinergija metodologij: zbornik 24. mednarodne konference o razvoju organizacijskih znanosti, Slovenija, Portorož, 16. - 18. marec 2005. Kranj: Moderna organizacija; 2005: 1296-303.
- Polit DF, Beck TC. Nursing research: principles and methods. 7th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2008: 3-167.
- Skela Savič B. Kako približati raziskovanje klinični praksi zdravstvene nege? In: Kadivec, S. ed. Zbornik predavanj: program za medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege. 4. slovenski pneumološki in alergološki kongres 2008, Portorož, 14.-15. september 2008. Golnik: Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo; 2008: 23-6.
- Skela Savič B. Zdravstvena nega in raziskovanje: nekateri vplivni dejavniki za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline v Sloveniji. Obzor Zdr N. 2009;43(3):209-22.
- Šlajmer-Japelj M. Raziskovalno delo medicinskih sester. Zdrav Obzor. 1979a;13(1/2):41-4.
- Šlajmer-Japelj M. Kdaj lahko ocenjujemo kvaliteto dela medicinske sestre? Zdrav Obzor. 1979b;13(4/5):203-5.
- Strajnar J, Jeraj H. Smernice za raziskovalno delo v negi bolnika. Zdrav Obzor. 1979;13(1/2):45-52.

KDO SO REŠEVALCI V SLOVENSKEI NUJNI POMOČI

WHO ARE RESCUERS WORK IN SLOVENIAN PRE HOSPITAL EMERGENCY SYSTEM

Jože Prestor, dipl. zn., strok. sod.

Zbornica – Zveza, Sekcija reševalcev v zdravstvu

joze.prestor@gmail.com

Ključne besede: zdravstvena nega, prebolnišnična nujna medicinska pomoč, izobrazba, dodatno izobraževanje

IZVLEČEK

Uvod: Na usodo življenjsko ogroženih pacientov na terenu vpliva tako organizacija kot usposobljenost strokovnjakov, ki izvajajo nujno pomoč. Tim prebolnišnične nujne medicinske pomoči sestavljajo zdravnik in dva reševalca, ki imata praviloma najmanj srednjo zdravstveno izobrazbo. Namen raziskave je bil ugotoviti, kakšna je dinamika spreminjanja izobrazbe med slovenskimi reševalci.

Metode: Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela. Presečna raziskava je zajela vse slovenske reševalce, ki se vključujejo v nujno medicinsko pomoč. Raziskava je bila izvedena maja in junija 2012. Instrument raziskave je bil anketni vprašalnik. Raziskava ni bila anonimna, zbrani podatki pa so bili anonimizirani in ne omogočajo sledljivosti do udeležencev raziskave. Vzorec raziskave predstavlja celotno populacijo.

Rezultati: Odziv na raziskavo je bil 99,07 % in je ugotovljeno, da imajo slovenski reševalci danes višjo izobrazbo kot pred 7 leti. 14 % jih ima končano prvo stopnjo študija iz zdravstvene nege, dodatnih 16% jih je vključenih v dodiplomski študij in ga bodo končali v naslednjih dveh letih. Delodajalci reševalce podpirajo pri izobraževanju.

Diskusija in zaključek: Slovenski reševalci se izobražujejo formalno in neformalno, dinamika spreminjanja izobrazbe pomembno vpliva na sestavo tima v nujni medicinski pomoči. Reševalci so pripravljene prevzeti večjo odgovornost za svoje delo.

Keywords: Nursing care, pre hospital emergency medical service, education, vocational training

ABSTRACT

Introduction: An organization as the qualifications of the experts who carried out emergency aid impact on the fate of the patient's life on the field. Prehospital emergency medical team is creating of a doctor and two paramedics, who are at least graduates on secondary health school. The purpose of the research was to find out what is the dynamics of changing education among Slovenian paramedics.

Methods: Descriptive method was used. Cross-sectional survey covered all Slovenian paramedics, which are included in emergency medical system. The survey was conducted in May and June 2012. Instrument research was survey questionnaire. The survey was not anonymous. Aggregated data were anonymized and not allow traceability to the participants in the research. Sample research represents the entire population.

Results: The response to the survey was 99,07% and was found that a Slovenian paramedics have today

higher education than 7 years ago. 14% of them have graduated the study in nursing, an additional 16% of them are involved in undergraduate studies. They will be finished in the next two years. Employers support paramedics in education.

Discussion and conclusion: Slovenian paramedics are educated formally and informally, the dynamics of changing education has a significant impact on the composition of the team in prehospital emergency medical system. Paramedics are ready to assume greater responsibility for their work.

UVOD

V zadnjih letih se izobrazbena raven reševalcev dviga. Izobraževanje in razvoj poklica še ni dosegel zelene točke, zato tudi vloga reševalcev ni povsem dorečena. V prispevku je prikazana dinamika spreminjanja izobrazbe slovenskih reševalcev.

Danes v Sloveniji izvajajo nujno medicinsko pomoč (v nadaljevanju NMP) na terenu zdravniki splošne – družinske medicine, medicinske sestre in zdravstveni tehniki, pretežno v okviru zdravstvenih domov. Kljub temu, da službo NMP v Sloveniji omenja že Zakon o zdravstveni dejavnosti iz leta 1992, so bili pogoji za izvajanje službe prvič opredeljeni konec leta 1996 s Pravilnikom o službi nujne medicinske pomoči (UrList RS 1996 - 2008). Njegova naloga je bila uveljaviti in poenotiti vse elemente prebolnišnične in bolnišnične NMP, katera mora izpolnjevati dva osnovna dejavnika - kratek odzivni čas in ustrezna medicinska oskrba za vse državljane (ZZDej 1992-04).

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Zdravnik in reševalci, ki sestavljajo ekipo NMP, morajo biti dodatno izobraženi na področju nujne medicinske pomoči. Kljub veliki ponudbi raznih oblik neformalnega izobraževanja in izpopolnjevanja je pomembna skrb za dvig formalne izobrazbe. Kadrovske pogoje za izvajalce zdravstvene nege v reševalni dejavnosti, objavljeni v Pravilniku o prevozih pacientov (UrList RS, 2009), so bili v času objave nadrealni glede na izobrazbeno strukturo reševalcev. Glede na splošno prepričanje, da se je povečal vpis na dodiplomski študij, je raziskava skušala odgovoriti na vprašanja o dinamiki formalnega izobraževanja med reševalci.

Poklici reševalcev v nujni medicinski pomoči

V nujni medicinski pomoči in dejavnosti prevozov bolnikov imamo dva profila izvajalcev zdravstvene nege in en profil sodelavcev v zdravstvu – voznikov. Izobraževanja voznikov, ki niso zdravstveni delavci, strokovno združenje medicinskih sester ne more regulirati in nadzirati. Njihovo usposobljenost ureja in preverja preko svojih organov Ministrstvo za zdravje. Nivo zahtevnosti njihovega znanja je primerljiv z znanjem in usposobljenostjo bolničarja.

Tehnik zdravstvene nege (zdravstveni tehniki, medicinski tehniki in srednji zdravstveniki) zasedajo delovno mesto voznika v NMP in na nujnih reševalnih prevozih. Pri nenujnih prevozih pacientov, ki niso življenjsko ogroženi, zasedajo tudi delovno mesto spremljevalca pacienta. Njihova srednješolska izobrazba s področja zdravstvene nege se mora nadgraditi z nacionalno poklicno kvalifikacijo (NPK) Zdravstveni reševalec, ki predstavlja temeljno formalno izobrazbo za vse reševalce v R Sloveniji (Posavec, 1999). Razpis za prve skupine reševalcev je konec leta 2010 objavil Izobraževalni center UKC RP Ljubljana, ki je pooblaščen izvajalec programa. V maju 2012 se je zaključil četrti razpis, uspešno je pridobilo certifikat poklicne kvalifikacije že 160 zdravstvenih tehnikov.

Diplomirani zdravstveniki zasedajo mesto ob življenjsko ogroženem pacientu v ekipi NMP in ekipi za izvajanje nujnih reševalnih prevozov. Poleg dodiplomskega visokošolskega izobraževanja, usklajenega z Direktivo 2005/36 ES, bi morali biti zaradi narave dela v prebolnišnem okolju vsi deležni dodatnega

usposabljanja iz zdravstvene nege življenjsko ogroženega pacienta (Posavec, 2007). Nujna medicinska pomoč zahteva od vseh članov najvišje možno znanje in usposobljenost za izvajanje zahtevnih postopkov ohranjanja življenja. Dodatno pa delo otežujejo kadrovske omejitve, saj so vsi postopki omejeni na zgolj tri člane tima in običajno kritično malo časa.

Pregled literature

Za pripravo raziskave se je najprej izvedlo kritično branje dostopne literature s poudarkom na raziskavah s področja razvoja sistema NMP in reševalne dejavnosti v Sloveniji. Za pripravo prispevka se je najprej izvedel pregled literature s poudarkom na raziskavi s področja razvoja sistema NMP in reševalne dejavnosti. Leta 2005 je bila v sklopu priprave diplomskega dela izvedena raziskava med vsemi enotami NMP v Sloveniji. Pri zbiranju podatkov je bilo ugotovljeno, da v sistemu NMP sodeluje 394 medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Po opravljeni raziskavi z odzivnostjo 60% je bilo po oceni iz rezultatov 31 diplomiranih zdravstvenikov, ostali pa zdravstveni tehniki. Voznikov brez zdravstvene izobrazbe je bilo leta 2005 v sistemu NMP še več kot 250 (Prestor, 2005). Mohor (2011) ugotavlja, da nujne prevoze in v ekipi NMP spomladi 2011 v Sloveniji izvaja še 23 voznikov brez zdravstvene izobrazbe. Ker je bil odziv na raziskavo 80 %, se realna ocena približa številki 30 voznikov. Je bilo pa v isti raziskavi ugotovljeno, da se v sistem NMP vključuje po oceni iz rezultatov okoli 110 diplomiranih zdravstvenikov in 610 zdravstvenih tehnikov.

METODE

Sekcija reševalcev v zdravstvu je med reševalnimi postajami izvedla raziskavo kadra s poudarkom na posnetku dinamike pridobivanja dodatne formalne izobrazbe. Podatke je Sekcija zbirala s pomočjo anketnega vprašalnika, ki ga izpolnjujejo vodje reševalnih služb in kadrovske službe zdravstvenih zavodov. Vsebuje podatke o doseženi izobrazbi, spolu, starosti in delovnih izkušnjah v NMP. Anketa zajema tudi aktualno izobraževanje na programih s področja zdravstvene nege, iz katere bo moč narediti projekcijo vsaj še za naslednji dve leti. Ker se večino študija izvaja v obliki izrednega, plačljivega študija, se zbirajo podatki o morebitni participaciji zavoda k šolnini. Raziskava je deskriptivna ali opisna, glede na čas izvedbe pa presečna. Raziskava se je izvajala maja in junija 2012. Dobljeni podatki so obdelani kvantitativno in izraženi v enostavnih kvotnih številkah ali deležih, dinamika spreminjanja je bila obdelana statistično z analizo Hi-kvadrat. Analiza podatkov se je izvajala s pomočjo programa MS Excel, za statistično obdelavo se je uporabljal MS SPSS 17.

REZULTATI

V raziskovano skupino so bile uvrščeni vse reševalne postaje, ki se vključujejo v nujno medicinsko pomoč. Od 48 povabljenih se je odzvalo 47 služb. Podatki zajemajo 856 reševalcev. Glede na število zaposlenih reševalcev (864) odziv predstavlja 99,07 odstotni delež vseh zaposlenih. Delež se uporablja pri interpretaciji rezultatov v razpravi. Zasebni izvajalci reševalne dejavnosti so bili povabljeni v raziskavo, a se niso odzvali. V skladu s pravnimi akti RS zasebni izvajalci niso vključeni v sistem NMP, temveč se v sistem vključujejo zgolj na poziv enot NMP. Zato zajete službe predstavljajo enovit vzorec.

Struktura slovenskih reševalcev po spolu

Delež reševalk v sistemu NMP v trenutnem preseku je 12,15 %, povprečno so mlade 37 let in štiri mesece. Na reševalni službi so zaposlene 9 let in pol meseca, vse imajo najmanj srednjo zdravstveno šolo, 22,8 % jih ima končano visoko šolo, dodatnih 23,81 % se jih trenutno izobražuje na bolonjski prvi in nekaj (5,71 %) drugi stopnji iz zdravstvene nege.

Reševalci so v povprečju stari 36 let in sedem mesecev. Delo na reševalni postaji opravljajo 10 let in šest mesecev, brez zdravstvene izobrazbe jih je še 11,45 %. Med njimi jih 23,23 % obiskuje srednjo zdravstveno šolo, v povprečju imajo vsi že opravljen tretji letnik. Od vseh reševalcev jih je 11,69 % že zaključilo visoko šolo iz zdravstvene nege, 13,66 % jih je trenutno vpisano v nadaljnji študij na prvi bolonjski stopnji. 16,95 % od njih je absolventov, v povprečju končujejo drugi letnik.

Struktura slovenskih reševalcev glede na delovno mesto

V dejavnost opravljanja nenujnih reševalnih prevozov se vključuje 70,1 % vseh reševalcev iz sistema NMP Slovenije. V povprečju so stari 36 let in osem mesecev, delovne dobe imajo 10 let in štiri mesece, med njimi je tudi 5 % reševalk. Glede na izobrazbo se v dejavnost vključuje 8,5 % reševalcev brez zdravstvene izobrazbe, 40,8 % zdravstvenih tehnikov, 14,1 % zdravstvenih reševalcev (NPK) in 6,6 diplomiranih zdravstvenikov.

V dejavnost opravljanje nujnih reševalnih prevozov se vključuje 70,7 % vseh reševalcev iz sistema NMP Slovenije. V povprečju so stari 36 let in dva meseca, delovne dobe imajo 10 let in štiri mesece, med njimi je tudi 6,3 % reševalk. Glede na izobrazbo se v dejavnost vključuje 4,8 % reševalcev brez zdravstvene izobrazbe, 40,2 % zdravstvenih tehnikov, 14,4 % zdravstvenih reševalcev (NPK) in 10,6 diplomiranih zdravstvenikov. Dodatno jih je med zaposlenimi zdravstvenimi tehniki in zdravstvenimi reševalci že 14 % vpisanih na dodiplomski študij.

Neposredno v dejavnost NMP se vključuje 73,1 % vseh reševalcev iz sistema NMP Slovenije. V povprečju so stari 35 let in devet mesecev, delovne dobe imajo 10 let in dva meseca, med njimi je tudi 10,1 % reševalk. Glede na izobrazbo se v dejavnost vključuje 2,2 % reševalcev brez zdravstvene izobrazbe, 43,1 % zdravstvenih tehnikov, 14,7 % zdravstvenih reševalcev (NPK) in 12,9 diplomiranih zdravstvenikov. Dodatno jih je med zaposlenimi zdravstvenimi tehniki in zdravstvenimi reševalci že 14 % vpisanih na dodiplomski študij.

Soglasje delodajalca za šolanje

Šolanje delodajalci podpirajo zelo različno. Za reševalce brez zdravstvene izobrazbe, ki se izobražujejo na srednjih zdravstvenih šolah, je značilno, da so v povprečju stari 39 let in pet mesecev, na reševalni postaji delajo devet let in pol, a izobraževanje kar v 53 % plačujejo v celoti sami. Sicer je v zadnjih 10 letih pridobilo srednjo izobrazbo 31,97 % reševalcev, od teh 24,61 % v obliki izrednega študija. Delež delodajalcev, ki so pomagali pri izrednem študiju je povsem enak z ugotovljenim deležem trenutno v šolanje vključenih voznikov. Dodatno izobraževanje na bolonjski prvi stopnji za poklic diplomirani zdravstvenik delodajalci trenutno podpirajo v 63,63 %. V preteklih desetih letih so reševalce, ki so izredno pridobivali visokošolsko izobrazbo podpirali v 57,14%. Je pa med delodajalci danes tudi 22,38 % takšnih, ki vpisanim reševalcem v celoti plačujejo študij. 2,08 % reševalcev obiskuje tudi študij na drugi bolonjski stopnji, polovica jih je že absolventov. Delodajalec podpira enega od njih.

Dinamika spreminjanja izobrazbe

Iz raziskave smo z analizo izločili reševalce, ki se vključujejo neposredno v nujno medicinsko pomoč, in jih primerjali s podatki iz leta 2005. Najprej smo statistično primerjali delež sodelavcev brez zdravstvene izobrazbe. Hipotezo, da ni razlik med populacijami, smo zavrnil, saj je pri standardnem odklonu ($df = 1$) verjetnost ($p = 5,72 \cdot 10^{-52}$) enaka nič. Največji negativni odklon je pri številu reševalcev brez zdravstvene izobrazbe. Nato smo statistično primerjali razmerja med reševalci s srednjo izobrazbo in končano najmanj visokošolsko. Tudi hipotezo, da ni razlik med primerjanimi doseženimi izobrazbami, smo zavrnil, saj je pri



standardnem odklonu ($df=1$) verjetnost ($p = 5,3 \cdot 10^{-7}$) enaka nič. Največji pozitivni odmik je pri doseženi visokošolski izobrazbi.

RAZPRAVA

Iz rezultatov je razvidno, da se med slovenskimi reševalci povečuje delež reševalk, ki so v povprečju bolje izobražene, kot reševalci. Delež reševalcev brez zdravstvene izobrazbe se pomembno zmanjšuje in obratno narašča delež visoko izobraženega kadra. Dinamika je potrjena s statistično značilnimi razlikami.

Problemi reševalcev, ki so pretežno povezani z vlogo v sistemu NMP, so bili večkrat predstavljeni na Mednarodnem simpoziju o urgentni medicini v Portorožu (Prestor, 2011; Prestor 2012). Zaradi varčevanja v zdravstvu ali celo drugačnih razlogov so reševalci v zadnjih dveh letih tarča nameravanemu nižanju standardov. Najprej je bila predvidena ukinitve delovnega mesta diplomiranega zdravstvenika, istočasno pa že tudi poskus ponovnega uvajanja voznikov brez zdravstvene izobrazbe v ekipe NMP in za nujne reševalne prevoze. V skladu z veljavnimi pravnimi akti pa vozniki brez zdravstvene izobrazbe lahko opravljajo delo voznika na nenujnih reševalnih prevozih do leta 2016, potem pa samo še na sanitetnih prevozih. Pritiski na nižanje kadra se vršijo še naprej, kar pa ni v skladu s pričakovanim profilom v NMP (Žmavc, 2007). Poleg posameznikov iz zdravstvenega managementa pritiska izvaja tudi plačnik. V splošnem dogovoru 2012 je priznani plačni razred za zdravstvene tehnike v reševalni dejavnosti tako nizek, da plačnik ne bo pokrival stroškov dela niti v primeru, če bi delodajalec zaposlil voznike brez zdravstvene izobrazbe namesto vseh zdravstvenih tehnikov.

Na srečo se s spremembo izobrazbene strukture spreminja odnos sodelavcev v zdravstvu do zaposlenega kadra v NMP. Leta 2005 so zdravniki ocenili, da je najprimernejša izobrazba za reševalca srednja šola z dodatnim programom usposabljanja (45%), takoj na drugo mesto pa predlagajo visoko šolo z dodatnim usposabljanjem (36,%). Stališče zdravnikov do izobrazbe se je po 7 letih dokaj spremenilo, saj jih kar 62 % meni, da je ustrezna le visoka šola z dodatnim usposabljanjem. Res pa so bili v omenjeni raziskavi vključeni le zdravniki, ki se vključujejo v NMP na prehospitalskih (PHE) enotah (Stanič, 2012). Kljub vsemu pa zdravniki še vedno dajejo v odnosu do reševalcev večjo pozornost izkušnjam v NMP kot doseženi formalni izobrazbi. Kar 26 odstotkov zdravnikov meni, da bi izkušen diplomirani zdravstvenik lahko celo prevzel vodenje tima NMP v primeru, ko bi bil v timu prisoten manj izkušen zdravnik. Zanimivo je dejstvo, da si 68 % reševalcev želi dodatnega izobraževanja in dodatnih odgovornosti za delo pri ogroženem pacientu (Stanič, 2012).

Rezultati raziskave in pregleda objavljenih raziskav potrjujejo, da so reševalci prepoznali potrebo po dodatnem formalnem izobraževanju in da jih delodajalci pri študiju podpirajo. Rezultati izvedenega popisa potrjujejo, da je dinamika spreminjanja formalne izobrazbe reševalcev v zadnjih letih izjemna in še traja. Glede na to, da je v raziskavo vključeno 99 % delež reševalcev v NMP Slovenije, realna projekcija izobraževanja prikazuje, da bodo vsa delovna mesta v ekipah NMP in ekipah za nujne prevoze pacientov do leta 2014 zasedena z reševalci z ustreznim nivojem formalne izobrazbe s področja zdravstvene nege.

Prisoten vpis na podiplomski študij pa posredno nakazuje, da si reševalci želijo dodatnega izobraževanja reševalcev in vidijo potrebo po formalnem pridobivanju potrebnih dodatnih znanj in veščin skupaj s pooblastili za opravljanje dela. Pri vsakdanjem delu v NMP reševalci pogosto presegajo pooblastila, ki so razmejena na področju zdravstvene nege. Potreba po visoko izobraženem kadru je že dlje izražena za delo neposredno ob ogroženem pacientu, saj so delovna mesta strokovnega vodje skupine ali službe že zasedli sodelavci s formalno višjo izobrazbo. Z višanjem izobrazbe in usposobljenosti reševalcev se povečuje tudi pripravljenost reševalcev za prevzemanje dodatnih nalog in odgovornosti pri oskrbi življenjsko ogroženega pacienta.

ZAKLJUČEK

Rezultati raziskave in pregleda objavljenih raziskav potrjujejo, da so reševalci prepoznali potrebo po dodatnem formalnem izobraževanju in da jih delodajalci pri študiju podpirajo. Vpis na podiplomski študij pa posredno nakazuje, da si reševalci želijo dodatnega izobraževanja reševalcev in vidijo potrebo po formalnem pridobivanju potrebnih dodatnih znanj in veščin skupaj s pooblastili za opravljanje dela. Pri vsakdanjem delu v NMP reševalci pogosto presegajo pooblastila, ki so razmejena na področju zdravstvene nege. Potreba po višje izobraženem kadru je že dlje izražena neposredno ob ogroženem pacientu, saj so delovna mesta strokovnega vodje skupine ali službe že pred leti zasedli sodelavci s formalno višjo izobrazbo.

LITERATURA

- Mohor M. Anketa o delovanju predbolnišničnih enot NMP v Sloveniji v letu 2011, Urgentna medicina: izbrana poglavja, 18. Mednarodni simpozij o urgentni medicini, Portorož, Slovensko združenje za urgentno medicino; 2011: 102-15.
- Posavec A. Podiplomsko izobraževanje diplomiranega zdravstvenika – reševalca. Diplomsko delo. Ljubljana, Visoka šola za zdravstvo, 1999
- Posavec A. Izobraževalni sistem za slovenskega reševalca v zdravstvu V Zdravstveni reševalec - poklic, poslanstvo ali izziv. Posavec A. ur. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - ZDMSBZTS, Sekcija reševalcev v zdravstvu, Ljubljana 2007; 11-6.
- Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči. Uradni list RS št. 77/1996.
- Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči. Uradni list RS št. 57/2007.
- Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči. Uradni list RS št. 106/2008.
- Pravilnik o prevozihih pacientov. Uradni list RS št. 107/2009, spremembe 31/2010.
- Prestor J. Zdravstvena nega v predbolnišnični nujni medicinski pomoči: diplomsko delo, Ljubljana: Univerza Ljubljana, Visoka šola za zdravstvo, 2005.
- Prestor J. Problemi zdravstvenih reševalcev v sistemu NMP, Urgentna medicina: izbrana poglavja, 18. Mednarodni simpozij o urgentni medicini, Portorož, Slovensko združenje za urgentno medicino; 2011: 140-5.
- Prestor J. Vloga reševalcev v sistemu nujne medicinske pomoči, Urgentna medicina: izbrana poglavja, 19. Mednarodni simpozij o urgentni medicini, Portorož, Slovensko združenje za urgentno medicino; 2012: 177-81.
- Splošni dogovor 2012. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, elektronska gradiva dostopno na <http://www.zzs.si/zzs/info/egradiva.nsf/o/6A52802068FB6C45C1257998003B0713> <15.01.2013>
- Stanič K. Vpliv tima nujne medicinske pomoči na poklicne aktivnosti članov tima: diplomsko delo, Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, 2012.
- Zakon o zdravstveni dejavnosti /ZZDej/. Uradni list RS, št. 9/1992, 45/1994, 104/92, 37/1995, 8/1996, 59/1999, 77/98, 90/1999, 98/1999, 31/2000, 36/2000, 45/2001, 131/2003, 135/2003, 2/2004, 80/2004 .
- Žmavc A. Kakšnega reševalca potrebuje nujne medicinska pomoč Slovenije V Zdravstveni reševalec - poklic, poslanstvo ali izziv. Posavec A. ur. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - ZDMSBZTS, Sekcija reševalcev v zdravstvu, Ljubljana 2007; 63-7.



123E

ENOTA NEAKUTNE BOLNIŠNIČNE OBRAVNAVE V UKC MARIBOR

UNIT FOR NON - ACUTE HOSPITAL TREATMENT IN UKC MARIBOR

Ksenija Kramberger, dipl. m. s.

Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za kožne in spolne bolezni

ksenija.kramberger@gmail.com

Ključne besede: pacient, zdravstvena nega, zdravstvena vzgoja, medicinska sestra, celostna zdravstvena obravnava

IZVLEČEK

Neakutna bolnišnična obravnava (NBO) v Univerzitetnem kliničnem centru (UKC) Maribor je nadaljevanje akutne diagnostične in terapevtske obravnave pacienta, pri katerem obravnava bolezni ne zahteva več diagnostičnih in terapevtskih postopkov ali posegov, potrebuje pa nadaljevanje zdravstvene nege, zdravstveno vzgojo in rehabilitacijo za izboljšanje njegove sposobnosti za samooskrbo (Peternej, Šorli, 2004).

V prispevku sta predstavljena proces obravnave pacienta v Enoti za neakutno bolnišnično obravnavo za potrebe UKC Maribor in vloga medicinske sestre, ki aktivno ugotavlja in rešuje negovalne in socialne probleme, v katere so dejavno vključeni pacienti in njihovi svojci, z namenom doseči čim večjo stopnjo samostojnosti za izvajanje osnovnih življenjskih aktivnosti pacienta in s tem izboljšati kakovost življenja pacienta ter povečati varnost odpusta v domače ali institucionalno okolje njegovega bivanja.

Prikazani so podatki, ki jih v Enoti za NBO (ENBO) sistematično spremljamo od začetka dejavnosti, za leto 2011 in 2012: število predlogov za premestitev v ENBO, število zavrženih predlogov za premestitev, uspešno/neuspešno urejeni odpusti, uspešnost NBO glede na kategorijo zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege ob sprejemu in ob odpustu pacienta ter drugi kazalniki kakovosti, ki so spremljani.

Key words: patient, health care, health education, nurse, holistic health treats

ABSTRACT

Non - acute hospital treatment in UKC Maribor is a continuation of acute diagnostic and therapeutic treatment of the patient. Treatment of disease does not require diagnostic and procedures or interventions any more. It needs continuation of health care, health education and rehabilitation to improve patient's ability for self-care.

The contribution presents the process of treating the patient in the Unit for non-acute hospital treatment for UKC Maribor and exposed role of nurse. Nurse actively identifies and solves social problems and the care in which patients and relatives are actively involved. Nurse purpose is achieve the greatest possible degree of autonomy to perform basic activities of life the patient, improve patient quality of life and enhance the security of dismissal in the home or institutional environment of his stay.

It contains information provided by the unit are systematically monitored since the beginning of the

activities, for the year 2011, 2012: a number of proposals to remove the unit, the number of rejected proposals to remove successfully/ unsuccessfully arranged remission of the patient's, the effectiveness of the treatment in the unit according to the category of complexity of hospital nursing care at the admission of the patient to the Department and at the discharge of the patient and other quality indicators, which are observed.

UVOD

Definicije za neakutno obravnavo zajemajo različne aktivnosti, ki so potrebne za vzpostavitev večje samostojnosti pacienta. Glede na raznolikost potreb pacientov in predvsem pogosto sočasnost zdravstvenih in socialnih problemov se oblike obravnave pacientov po zaključku akutne obravnave poimenujejo različno: intermediate care, transitional care, subacute care, respite care, short term care, restoration care, nurse - led inpatient care, sub acute care, intermediate care (Peternej, Šorli, 2004).

V sklopu prostorov Oddelka za kožne in spolne bolezni UKC Maribor je bila 1. 4. 2011 ustanovljena Enota za neakutno bolnišnično obravnavo (NBO), ki šteje petnajst postelj.

V NBO sprejmemo pacienta, ki je zaključil akutno zdravljenje, vendar zaradi potreb po zdravstveni negi ali urejanja socialnega okolja ne more v domačo oskrbo. Z ustanovitvijo omenjene enote se je dvignila stopnja samooskrbe in varnosti pacientov ob odpustu, izboljšala se je njihova kakovost življenja po odpustu.

Z NBO pacienta je možnost za ustrezno urejanje pogojev in njegovo kakovostno namestitev po odpustu iz bolnišnice bistveno večja, saj se pacient in njegovi svojci pogosto srečujejo s prezasedenostjo ustreznih institucij (domovi starejših), ob tem pa so, ob nastali odvisnosti zaradi bolezni, v veliki stiski. Potrebujemo čas za pripravo pogojev za sprejem bolnega svojca nazaj v domače okolje. Čas obravnave pacienta v NBO zato namenimo nadaljevanju prizadevanj za ureditev ustreznih pogojev, bodisi za premestitev v institucionalno varstvo ali v domače okolje. Pri tem je vloga medicinske sestre in socialne službe v zavodu izjemno pomembna.

NBO v UKC Maribor

V okviru NBO se razvijajo nove oblike zdravstvene oskrbe pacientov. Na ta način se hitreje sprostijo prezasedene bolniške postelje na akutnih oddelkih. Zaradi naraščanja števila starostnikov in drugih kroničnih pacientov, ki po končanem akutnem zdravljenju potrebujejo pomoč pri zagotavljanju življenjskih aktivnosti, njim in njihovim svojcem omogočamo strokovno, varno in kakovostno oskrbo, pomoč in podporo.

Pri svojem delu si prizadevamo, da bi se izboljšala pripravljenost pacientov in njihovih svojcev na odpust v domače okolje. Pomembna pa je tudi vključitev ostalih zdravstvenih služb pri njihovi obravnavi ter prilagajanje vsebine in organizacije dela njihovim potrebam.

Proces NBO:

- izvajamo v Enoti za NBO UKC Maribor,
- predstavlja sestavni del programa UKC Maribor,
- sledi osnovnim in specifičnim kriterijem, potrebam zavoda,
- zaradi izvajanja specifičnega programa NBO za lastne potrebe celotnega zavoda v obstoječi organizacijski enoti oddelka, ki razen tega izvaja tudi akutno obravnavo pacientov, je za razmejevanje obeh programov na oddelku potrebno zagotavljati upoštevanje meril za sprejem pacientov v NBO (intenzivnost in vsebina dela se glede na vrsto obravnave razlikujeta).

**Namen NBO:**

- izključno nadaljevanje zdravstvene nege, zdravstvene vzgoje in rehabilitacije pacientov,
- razbremenitev bolniških oddelkov, na katerih poteka akutna obravnava pacientov,
- zmanjševanje števila ponovnih, nenačrtovanih sprejemov pacientov v akutno obravnavo,
- racionalizacija zdravstvenih timov za izvajanje NBO z obravnavo na skupni lokaciji in poenotenje obravnave pacientov v NBO,
- celostna in kakovostna obravnava pacientov in svojcev, izboljšanje pacientovega poznavanja bolezni in njenih zapletov, izboljšanje kakovosti življenja z boleznijo,
- izboljšanje kakovosti priprave pacienta in svojcev na odpust, posledično zagotavljanje večje stopnje varnosti v domačem okolju.

Cilji NBO:

- v ugotavljanje in reševanje negovalnih in socialnih problemov dejavno vključiti pacienta in svojce,
- doseči čim višjo stopnjo samostojnosti za izvajanje osnovnih življenjskih aktivnosti (povečanje sposobnosti samooskrbe pacienta),
- izboljšati kakovost življenja in povečati varnost odpusta.

Pobuda za pričetek NBO in premestitev pacienta

Pobudo za premestitev pacienta v NBO poda lečeči zdravnik pacienta v akutni obravnavi, ki povsem upošteva merila za premestitev pacienta v NBO in je za pacienta, skupaj z zdravnikom Oddelka za kožne in spolne bolezni, odgovoren do njegovega odpusta. Če se zdravstveno stanje pacienta poslabša, tako da potrebuje diagnostiko ali akutno zdravljenje, se pacient vrne na akutni oddelek glede na vzrok poslabšanja pacientovega zdravstvenega stanja po posredovanju in dogovoru zdravnika Oddelka za kožne in spolne bolezni.

Sprejem pacienta v NBO je vedno načrtovan:

- v Enoto za NBO sprejmemo le paciente, ki so bili pred tem sprejeti na akutni oddelek zavoda zaradi razloga, ki je zahteval akutno hospitalno obravnavo.

Merila za sprejem v NBO:

- zaključna akutna obravnava pacienta z akutnim in kroničnim obolenjem, katerega zdravstveno stanje je stabilno, vendar po končanem diagnostičnem in terapevtskem programu potrebuje nadaljevanje zdravstvene nege, zdravstveno vzgojo in rehabilitacijo,
- pacient, ki po končanem terapevtskem programu v akutni obravnavi in pred odhodom v domačo oskrbo ali drugo organizirano obliko varstva potrebuje nadaljevanje zdravstvene nege.

Medicinski kriteriji za sprejem pacienta iz akutne obravnave:

- hemodinamsko in respiratorno stabilen, elektrolitsko urejen pacient,
- pacient, ki ni nosilec večkratno odpornih mikroorganizmov (MRSA, ESBL),
- pacient brez intravenozne terapije (razen v primeru, ko je ta vzrok za premestitev pacienta v NBO),
- psihično urejen pacient, ki ima v bolnišnici preizkušeno sedativno ali antipsihotično terapijo ter za to ne potrebuje stalnega nadzora.

Kriteriji, ki izključujejo sprejem pacienta v NBO:

- pacient, nosilec večkratno odpornih mikroorganizmov (MRSA, ESBL),
- pacient s paliativno oskrbo,
- pacient v vegetativnem stanju.

Dokumentacija ob sprejemu:

- medicinska: za premestitev mora imeti pacient zaključeno dokumentacijo (potek bolezni, diagnoze, načrt odpusta), kjer je razviden razlog premestitve v neakutno bolnišnično obravnavo;
- negovalna: premestitveni list ZN, z opredeljenimi negovalnimi, rehabilitacijskimi ali drugimi problemi.

Načrtovanje NBO obsega:

- oceno potreb pacienta po zdravstveni negi in zdravstveni vzgoji,
- oceno potreb po rehabilitaciji,
- oceno potreb po socialni obravnavi,
- oceno potreb po medicinski obravnavi.

Program NBO:

- zdravstvena nega,
- zdravstvena vzgoja (učenje in pridobivanje znanja),
- pacienti in svojci pridobijo znanje o osebni negi, prehrani, hranjenju, gibanju, ureditvi ležišča in varnega bivalnega okolja, preprečevanju razjede zaradi pritiska, medicinsko tehniških pripomočkov,
- motivacija (poudarek na spodbujanju in podpori pacienta pri opravljanju osnovnih življenjskih aktivnosti in dejavnosti, ki izboljšujejo kakovost življenja pacienta z boleznijo, kljub prizadetosti in invalidnosti),
- samostojnost (osnovni cilj je izboljšati sposobnost samooskrbe pacienta do čim višje stopnje),
- vključevanje svojcev (v vse faze zdravstvene nege in oskrbe pacienta, v zdravstveno vzgojo, rehabilitacijo in socialno obravnavo pacienta),
- fizioterapija in rehabilitacija (pacienti v Enoti za NBO nadaljujejo fizioterapijo in rehabilitacijo, začeto na matičnem oddelku),
- socialna obravnava (socialna delavka UKC Maribor).

Na podlagi ocene stanja pacienta ob sprejemu sodelujoči v NBO opredelijo cilje. Doseganje zastavljenih ciljev v procesu zdravstvene nege in zdravstvene vzgoje, rehabilitacije in socialne obravnave neprekinjeno spremljajo, dokumentirajo in vrednotijo.

Načrtovanje odpusta pacienta obsega iz NBO:

- dogovor o datumu odpusta z lečečim zdravnikom,
- obvestilo svojcev o predvidenem odpustu,
- obvestilo ustreznim strokovnim službam o času predvidenega odpusta.

Odpust pacienta iz NBO:

- odpustno pismo zdravstvene obravnave izbranemu osebnemu zdravniku napiše lečeči zdravnik pacienta, dodatek k odpustnici oziroma odpustno pismo iz NBO, recepte in nalog za prevoz pa napiše zdravnik Oddelka za kožne in spolne bolezni,

- dokument zdravstvene nege ob odpustu – premestitvi napiše diplomirana medicinska sestra.

Nenačrtovan odpust pacienta iz NBO

Ob poslabšanju zdravstvenega stanja in premestitvi v akutno obravnavo je potrebno obvestiti zdravnika Oddelka za kožne in spolne bolezni. V primeru smrti pacienta smrt ugotavlja in potrjuje zdravnik na Oddelku za kožne in spolne bolezni. Glede na vzrok poslabšanja pacientovega stanja je potrebno pacienta premestiti v akutno obravnavo oddelka ter seveda obvestiti lečečega zdravnika.

Koordinator NBO

Koordinator NBO je diplomirana medicinska sestra, vezni člen obravnave pacientov s potrebami po nadaljnji obravnavi v domačem okolju ali institucionalnem varstvu in omogoča kontinuiteto, kakovost in varnost obravnave odpusta, boljšo informiranost pacienta, njegove družine in izvajalcev zdravstvene in socialne oskrbe na vseh ravneh obravnave.

Koordinator NBO mora poznati organiziranost UKC Maribor in zdravstvenega sistema. Poznati mora specifičnosti obravnave pacientov s kroničnimi obolenji, imeti mora večšine učinkovitega komuniciranja ter organizacijske sposobnosti.

Razpolaga s posteljami in se glede na merila odloči za sprejem v NBO. Ob tem obišče pacienta in preveri njegovo zdravstveno in negovalno stanje, pregleda pacientovo dokumentacijo (medicinsko negovalno), se posvetuje z lečečim zdravnikom pacienta ter drugimi sodelavci v NBO. Ob izpolnjevanju meril v NBO se medicinska sestra dogovori za termin in potek sprejema ter koordinira sprejem pacienta z lečečim zdravnikom.

Naloge in kompetence koordinatorja NBO in koordinatorja odpusta:

- koordinacija dela z vodji negovalnih timov oddelkov UKC Maribor in ostalimi službami, vključenimi v zdravstveno nego in oskrbo pacienta, ki se nanaša na pripravo pacienta na sprejem/premestitev v NBO in odpust,
- sistematično spremljanje pravočasnega ugotavljanja potreb pacienta z obiskom pacienta na oddelku in pregledom negovalne in medicinske dokumentacije pred sprejemom/premestitvijo v NBO ter s standardnim vprašalnikom pred odpustom,
- priprava, spremljanje in preverjanje izvedbe potrebnih zdravstveno-vzgojnih programov in učenja večšin pacienta in svojcev,
- spremljanje aktivnega vključevanja pacientov v načrtovanje odpusta,
- komunikacija s pacientom pred sprejemom in teden dni po odpustu,
- informiranje pacienta o aktivnostih, ki so vezane na odpust (pisne in ustne informacije),
- komunikacija s pacientovim osebnim izbranim zdravnikom,
- komunikacija s patronažno medicinsko sestro v pacientovem lokalnem okolju in drugimi službami, ki bodo izvajale potrebno oskrbo.

Vloga in pomen dela medicinske sestre v NBO se izražata v kazalnikih kakovosti, ki jih spremljamo:

- število predlogov za premestitev v ENBO,
- število zavrnjenih predlogov za premestitev,
- uspešno/ neuspešno urejeni odpusti,
- uspešnost NBO glede na kategorijo zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege ob sprejemu in ob odpustu.

Razpredelnica 1: Prikaz števila predlogov za premestitev v ENBO

Podani predlogi za premestitev v ENBO				
Vsi podani predlogi	Število bolnikov 2011	%	Število bolnikov 2012	%
Obravnavani bolniki	60	60,6	60	53,6
Zavrnjeni predlogi	39	39,4	52	46,4
Skupaj	99	100	112	100

Razpredelnica 2: Prikaz zavrnjenih predlogov za premestitev v ENBO

Zavrnjeni predlogi za premestitev v ENBO				
Razlogi za zavrnitev	Število bolnikov 2011	%	Število bolnikov 2012	%
ESBL pozitivni	18	46,1	12	23,1
MRSA pozitivno	0	0	1	1,9
ESBL in MRSA pozitivno	0	0	1	1,9
Poslabšanje stanja in niso bili primerni za ENBO	6	15,3	4	7,7
Bolniki, ki so umrli pred premestitvijo v ENBO	6	15,3	6	11,5
Bolniki, ki so bili premeščeni v domsko varstvo (od tega je ena bolnica že bila varovanka doma za ostarele v l. 2011)	3	7,7	28	53,8
Bolniki, ki so odšli domov na lastno željo	6	15,3	0	0
Skupaj	39	100	52	100

Razpredelnica 3: Prikaz obravnavanih bolnikov v ENBO

Obravnavani bolniki v ENBO				
	Število bolnikov 2011	%	Število bolnikov 2012	%
Uspešno urejeni odpusti	55	91,7	58	90,6
Neuspešno urejeni odpusti (smrt)	1	1,6	3	4,7
Še hospitalizirani bolniki iz leta 2011, 2012	4	6,7	3	4,7
Skupaj	60	100	64	100

Razpredelnica 4: Prikaz uspešnosti NBO glede na kategorijo zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege

Uspešnost glede na kategorijo ZN (brez fizioterapije – še ni bila urejena v letu 2011)					
	Vrsta kategorije	Število bolnikov 2011	%	Število bolnikov 2012	%
Ob sprejemu	2. kategorija	13	21,7	6	9,4
	3. kategorija	47	78,3	58	90,6
Skupaj		60	100	64	100
Ob odpustu	2. kategorija	20	33,3	26	40,6
	3. kategorija	36	60	35	54,7
Bolniki, ki še niso bili odpuščeni		4	6,7	3	4,7
Skupaj		60	100	64	100

Razpredelnica 5: Prikaz kazalnikov kakovosti, ki jih spremljamo v ENBO

Kazalniki kakovosti, ki jih spremljamo v ENBO				
	Število bolnikov 2011	%	Število bolnikov 2012	%
Delež vseh odpuščenih pacientov *bolniki še niso bili odpuščeni	56 *4	93,3	61 *3	95,3
Delež premestitev nazaj v akutno obravnavo	8	13,3	4	6,5
Število uspešno urejenih odpustov domov, domsko varstvo, PBZ.	47	75,2	54	84,4
Število neuspešno urejenih odpustov (smrt)	1	1,6	3	4,7
3 Zadovoljstvo bolnikov in svojcev	Izvaja se anketa 1x letno skupaj z ostalimi v UKC Maribor		Izvaja se anketa 1x letno skupaj z ostalimi v UKC Maribor	
4 Zadovoljstvo multidisciplinarnega tima	Izvaja se anketa 1x letno skupaj z ostalimi v UKC Maribor		Izvaja se anketa 1x letno skupaj z ostalimi v UKC Maribor	

Razpredelnica 6: Prikaz povprečne ležalne dobe/ na bolnika v ENBO

Povprečna ležalna doba na bolnika v ENBO	
Leto 2011	Leto 2012
18,85 dni	24,8

RAZPRAVA

Pomen kakovostne zdravstvene oskrbe pacienta od sprejema do odpusta iz NBO je zelo pomemben.

Na podlagi kazalnikov kakovosti, ki jih sistematično spremljamo, ter s pomočjo naših izkušenj v času izvajanja NBO, je jasno nakazana potreba po izvajanju tovrstne dejavnosti znotraj zavoda in možnosti njenega razvoja v prihodnje.

Glede na število predlogov za premestitev in število zavrnjenih predlogov zaradi kriterijev, ki izključujejo sprejem v ENBO, ki so prikazani v razpredelnici 1 in 2, je razvidno, da potreba po NBO narašča, vendar zaradi izvajanja dejavnosti v okviru oddelka, kjer se izvaja tudi akutna obravnava pacientov, kriteriji za sprejem pacientov v ENBO omejujejo sprejem vseh pacientov, ki NBO potrebujejo. V prihodnje bi bilo, glede na potrebe pacientov, smotrno zagotoviti večje prostorske in kadrovske zmožnosti za izvajanje dejavnosti.

Glede na prikaz pacientov, ki so bili obravnavani v ENBO, se je število uspešno urejenih odpustov povečalo, kar je razvidno iz tabele 3 in 4. Zelo dobro so prikazani podatki uspešnosti glede na kategorizacijo pacientov. Delež pacientov, ki so bili hospitalizirani v tretji kategoriji ob sprejemu, se je bistveno povečal na drugo kategorijo ob odpustu. Ta podatek nam pove, da smo pri svojem delu uspešni, kljub omejitvam, ki jih pred nas postavlja okolje. Zadovoljstvo pacientov in njihovih svojcev predstavlja motivacijo za naše delo v prihodnje.

Glede na kazalnike kakovosti, ki jih spremljamo v ENBO in so prikazani v razpredelnici 5, je razvidno, da se je število uspešno urejenih odpustov domov, v domsko varstvo in PBZ povečalo, kar kaže na dobro organizacijsko in komunikacijsko dejavnost s socialno službo UKC Maribor in različnimi domovi upokojencev.

Pri premestitvi pacientov v domače okolje se občasno še pojavijo problemi svojcev. Kljub času, ki je svojcem na razpolago za ureditev bivalnih razmer v domačem okolju in v načrtu odpusta dogovorjeno skupaj z njimi

(urejeno ležišče, varno bivalno okolje itd.), se zaradi socialnih ali drugih stisk svojcev razmere urejajo dlje, kar vpliva na podaljšanje hospitalizacije pacienta.

Smrtnost pacientov v ENBO je sorazmerna s težjimi zdravstvenimi stanji kronično bolnih, starejših pacientov, ki jih obravnavamo v enoti.

SKLEP

Zadovoljstvo pacientov, svojcev ter multidisciplinarnega tima je izraženo v anketi »Zadovoljstvo zaposlenih«, ki se v UKC Maribor izvaja letno.

Z dobro organizacijo dela, od sprejema do odpusta, ter celostno obravnavo pacienta, ob upoštevanju njegovih psihofizičnih in socialnih potreb, preprečujemo številne zaplete ter tako ponovne hospitalizacije pacientov. Zelo pomembno pri naši obravnavi je zagotavljanje najvišje stopnje zadovoljstva pacienta in izvajalcev zdravstvene oskrbe.

Neakutna bolnišnična obravnava je pomemben člen v procesu celostne oskrbe pacienta in njegovih svojcev, zato si je potrebno prizadevati, da se njena dejavnost krepi in razvija.

Medicinske sestre prepoznavamo vlogo zagovornika potreb pacienta in njegovih svojcev, zato bomo svoje aktivnosti tudi v prihodnje namenili razvoju dejavnosti NBO.

LITERATURA

DRUSTVO-MSZT-POMURJA.><http://drustvo-mszt.pomurja.si/zborniki/starejsi/datoteke/assets/downloads/page0020.pdf>> Dostop: 30. 1. 2013.

Dinsdale P. Middle ground. Nurs Stand 2000; 14:13.

Hancock S. Intermediate care and older people. Nurs stand 2003; 17: 45–51.

Klinična pot bolnišnične neakutne obravnave. Golnik: Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergologijo Golnik, 2005.

Navodilo za delo UKC Maribor N–01–91–00: Proces obravnave pacienta v enoti za neakutno bolnišnično obravnavo. Izdaja: 02, 2012.

Peternej A, Šorli J. Neakutna obravnava – nepogrešljiv del v celostni zdravstveni oskrbi. Zdrav. vestn. 2004; 73: 743–8.

Peternej A et. al. Projekt potreb in organiziranost negovalnih oddelkov in zavodov v RS. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2000.

Peternej A. Organizacijski in ekonomski prikaz negovalnega oddelka v Bolnišnici Golnik. Kranj: Gea College, 1998.

Wiles R, Postle K, Steiner A. et. al. Nurse – led intermediate care: an opportunity to develop enhanced roles for nurses? J Adv. Nurs. 2001; 34: 813– 21.



KAKOVOST V DELOVNEM OKOLJU



133A

ZADOVOLJSTVO ZASEBNIH PATRONAŽNI MEDICINSKIH SESTER - V PRIMEŽU PREDNOSTI IN SLABOSTI ZASEBNIŠTVA

JOB SATISFACTION OF PRIVATE COMMUNITY NURSES - IN THE GRIP OF THE PROS AND CONS OF PRIVATE PRACTICE

predav. Andreja Krajnc, viš. med. ses., univ. dipl. org.

Patronažna zdravstvena nega in babištvo Sladki Vrh

Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester

andreja.krajnc@trnovska-vas.si

Ključne besede: koncesija v patronažnem varstvu, patronažna zdravstvena nega, zadovoljstvo zaposlenih

IZVLEČEK

V zadnjem času se zaradi velikih ekonomskih in socialnih sprememb spreminja tudi vsebina patronažne zdravstvene nege. Spremenjena patologija prebivalstva, povečanje deleža starostnikov, hiter razvoj medicine, spremembe v bolnišničnih obravnavah in varčevalni ukrepi v zdravstvu postavljajo stroko patronažne zdravstvene nege pred velike izzive. Le patronažna medicinska sestra, ki bo pri svojem delu zadovoljna, bo sposobna ustrezno odgovoriti na te odzive in učinkovito opravljati svoje poslanstvo.

V prispevku je na podlagi rezultatov ankete, ki je bila izvedena med patronažnimi medicinskimi sestrami koncesionarkami, predstavljeno zadovoljstvo patronažnih medicinskih sester koncesionark z njihovim delom. Predstavljeni so glavni motivi, ki so patronažne medicinske sestre vodili v odločitev za pridobitev koncesije, ter prednosti in slabosti koncesij v patronaži, kot jih vidijo patronažne medicinske sestre koncesionarke.

Keywords: concession in community health care, community nursing care, employee satisfaction

ABSTRACT

Due to considerable economic and social changes in recent years community nursing profession has been changing. Increased number of chronic diseases, growing population of elderly, rapid development of medicine, changes in inpatient treatments, shorter hospitalization and savings in public healthcare community is representing huge challenges for community nursing profession. A community nurse will be able to face these challenges and fulfill her mission only if she feels fulfilled at her work.

Based on the results of the survey conducted among the members of association of private community nurses this article shows the job satisfaction rate of community nurses. It explains the main motives that led the community nurses to acquire concession as well as advantages and disadvantages of private practice from the community nurse perspective.

UVOD

Živimo v času velikih sprememb in prilagajanj doma, na delovnem mestu in v družbi. Če želimo spremembam slediti tako, da bomo s svojim življenjem in delom zadovoljni, to od nas zahteva veliko mero znanja, odgovornosti, spretnosti in veščin.

Stopnja zadovoljstva medicinskih sester z delom je odraz sprememb v delovnem okolju, do katerih pride zaradi vpliva zunanjih in notranjih dejavnikov. Pri medicinskih sestrah, ki izkazujejo visoko stopnjo zadovoljstva z delom, lahko pričakujemo učinkovitejšo sodelovanje znotraj tima, boljše medosebne odnose, večjo stopnjo zadovoljstva pacientov, manjši pojav stresa in manjšo mero čustvene izgorelosti na delovnem mestu (Prosen, 2010).

Zadovoljstvo z delom v zdravstveni negi predstavlja izziv vsaki zdravstveni organizaciji, še posebej v času ekonomskih in socialnih pretresov, ki neposredno ali posredno vplivajo na delovanje zdravstvenega sistema. Prilagajanje zdravstvene organizacije vplivom iz zunanjega in notranjega okolja organizacije, ki je lahko bolj ali manj uspešno, pomembno vpliva na zadovoljstvo zaposlenih z delom v zdravstveni negi. Prav slednje je pomemben indikator delovanja zdravstvenega sistema, saj bistveno vpliva na storilnost, fluktuacijo in absentizem izvajalcev zdravstvene nege ter na kakovost storitev zdravstvene nege. Zadovoljstvo z delom je ključni element pri odločitvi o prostovoljnem odhodu iz delovne organizacije (Lu H, 2005).

Zadovoljstvo pri delu je pogoj za ustvarjanje zdravega in učinkovitega organizacijskega okolja. Dejavniki, ki vplivajo na zadovoljstvo zaposlenih različni avtorji različno delijo in definirajo. Dejstvo je, da zaposleni nekaterim dejavnikom zadovoljstva pripisujejo večji pomen, drugim manjšega.

Mihaličeva (Mihalič, 2008) pravi, da na zadovoljstvo posameznika vplivajo različni dejavniki. Ti so vezani zlasti na sodelavce, fizične pogoje dela, nadrejene, plačo, način dela in podobno. Ključno vprašanje pa je, kateri so v praksi dejansko tisti najpomembnejši predpogoji za zadovoljstvo zaposlenih. Po rezultatih mednarodnih raziskav na tem področju omenja sledeče dejavnike zadovoljstva:

- definiranje pričakovanj in jasno predstavljanje ciljev,
- spodbujanje sposobnosti in interakcije z nadarjenostjo,
- izpostavljanje dosežkov pri delu in spodbujanje samoiniciativnosti,
- prispevanje k razvoju organizacije preko osebnega razvoja,
- razvijanje solidarnosti in prijateljstva v medsebojnih poslovnih odnosih,
- izpostavljanje pomena prispevka posameznika za uspehe organizacije,
- omogočanje odprte in predvsem demokratične komunikacije,
- spodbujanje zdrave konkurenčnosti med zaposlenimi,
- motiviranje zaposlenih.

Večina zaposlenih v zdravstvu čuti, da so preobremenjeni pri delu. Med najbolj stresnimi dejavniki so problemi povezani s pacienti. Marsikdaj pa stres ne izhaja iz zdravstvene nege pacientov, temveč tudi iz odnosov s sodelavkami, sodelavci, v stroki in v celotnem zdravstvenem timu (Skoberne, 2001).

Na področju zadovoljstva z delom v zdravstveni negi so bile v tujini in tudi pri nas opravljene številne raziskave. Iz vseh izhaja, da obstajajo specifični indikatorji zadovoljstva pri delu glede na posamezne dejavnosti zdravstvene nege.

Koncesionirana patronažna dejavnost

Zdravstveno dejavnost kot javno službo opravljajo pod enakimi pogoji javni zdravstveni zavodi in druge pravne in fizične osebe na podlagi koncesije. Za opravljanje zdravstvene dejavnosti morajo imeti dovoljenje ministrstva, pristojnega za zdravje, izpolnjevati pa morajo tudi druge, z zakonom o zdravstveni dejavnosti določene pogoje (ZZDej, 3.člen).

Zasebno opravljanje zdravstvene dejavnosti ločimo na zdravstveno dejavnost, ki jo opravljajo zasebni zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci brez koncesije (»čisti« zasebniki) ter na zdravstveno dejavnost, ki jo opravljajo tisti zdravstveni delavci s koncesijo v mreži javne zdravstvene službe. Koncesionarji v zdravstvu zasebno opravljajo zdravstvene programe iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki se financira javno. Koncesionar kljub zasebnosti še vedno opravlja javno zdravstveno službo, njeno organiziranje pa je naloga države (Česen, 2003).

V praksi se pojem zasebnika in koncesionarja pogosto enači in je nepravilno razumljen. Ko govorimo o zasebnikih v zdravstvu največkrat ne mislimo na tisti majhen delež zasebnikov, ki nimajo koncesije in jim bolniki zdravstvene storitve neposredno plačujejo, ampak na zasebnike s koncesijo. Kdor torej v skladu z veljavno zakonodajo pridobi koncesijo za opravljanje patronažne dejavnosti, preide iz javnega v zasebni sektor, kljub temu pa še vedno opravlja javno službo.

V skladu z veljavnim Zakonom o zdravstveni dejavnosti je patronažno varstvo organizirano kot samostojna služba ali kot organizacijska enota osnovnega zdravstvenega varstva v zdravstvenih domovih. Zdravstvena nega v patronažnem varstvu je integralni del primarne zdravstvene nege in s tem primarnega zdravstvenega varstva.

Nosilka zdravstvene nege v patronažnem varstvu je diplomirana medicinska sestra in jo lahko opravlja tudi kot samostojno dejavnost (koncesija), vendar je vključena v mrežo javnega zdravstva. Tudi kot koncesionarka mora prevzeti vsa področja delovanja, to je zdravstveno socialno obravnavo posameznika, družine in skupnosti, zdravstveno nego nosečnice, otročnice in novorojenčka na domu in zdravstveno nego ter oskrbo pacienta na domu (Železnik, 2011).

Prednosti in slabosti koncesionirane patronažne dejavnosti

Zasebnitvo v zdravstvu naj bi prineslo določene prednosti, kot so stremljenje k uvajanju novega oziroma podjetniške inovacije, nagnjenost k večjim spremembam, smotrno in bolj preudarno gospodarjenje z viri, svobodna izbira kupca. Privatizacija v zdravstvu naj bi povzročila, da bodo zaposleni v zdravstvu z razpoložljivimi človeškimi, materialnimi in finančnimi viri dosegli boljše rezultate, naredili več in svoje delo kvalitetnejše opravili (Česen, 2006).

Zasebno zdravstvo prinaša, poleg prej omenjenih prednosti, še druge koristi. Med njimi bi bilo smiselno izpostaviti zadovoljstvo pacientov, ki je pri zasebnih izvajalcih višje, po mnenju pacientov je tudi raven storitev boljša, kot v javnem zdravstvu, nekateri omenjajo, da je odnos zasebnika prijaznejši do pacienta in njihova zavzetost za pacienta večja, velikega pomena pa so vsekar tudi bistveno krajše čakalne vrste za paciente (Infolife, 2013).

Podobne prednosti vidimo tudi, če pogledamo zasebnitvo v patronažni dejavnosti, kjer se, v primerjavi s patronažnimi varstvi v javnih zavodih, kot velika prednost pojavlja fleksibilna organizacija dela in preglednost financiranja. Menagement patronažnega varstva v javnih zavodih pogosto nima v rokah dovolj močnih vzvodov, da bi zaposlene motiviral h kakovostni, strokovno in stroškovno učinkoviti obravnavi varovancev na terenu. Zasebnice imajo prav tako kot javni zavodi natančno opredeljeno količino storitev, ki jih lahko opravijo z razpoložljivimi sredstvi, vendar je razlika v tem, da vsakršno povečevanje obsega dela in preseganje programa praktično ogrozi njihovo preživetje, medtem ko za preživetje javnega zavoda

poskrbi država.

Če je bilo pred leti moč načrtovati obseg storitev v patronažni dejavnosti in ga prilagajati glede na letni plan, ki je načrtovan s strani plačnika, to danes praktično ni mogoče. Danes patronažne medicinske sestre v povprečju več kot 80% programa opravijo kot kurativne obravnave, torej po naročilu zdravnika. Od tistih nekaj manj kot 20% preventive, pa predstavljajo več kot polovico le te tako imenovani babiški obiski, izvajanje katerih je odvisno od števila rojstev na nekem terenskem območju. Tako se v praksi zgodi, da določene koncesionarke presegajo načrtovani in financiran obseg storitev za več kot 20 %, preseganje programa pa je izključno njihov strošek.

Omejena in natančno določena količina razpoložljivih finančnih sredstev je do neke mere prednost koncesionarstva, saj koncesionarja sili v racionalizacijo svojega delovanja, vendar se ta prednost lahko hitro obrne v slabost, ker to predstavlja oviro za izvajanje dela koncesionarjev. Če bi med koncesionarkami v patronaži dosledno veljal sistem »daj - dam«, bi varovanci na terenu, predvsem proti koncu koledarskega leta, ostali brez nujno potrebne patronažne oskrbe.

Najpogostejši razlogi, ki jih patronažne medicinske sestre navajajo kot razlog odločitve za zasebnost:

- želja po samostojnosti,
- rigidna organizacija dela v patronažni službi v javnem zavodu,
- večja možnost osebnega in strokovnega razvoja,
- izboljšanje kakovosti storitev in prilagajanje individualnim potrebam varovancev,
- nezmožnost demokratične in dvosmerne komunikacije z nadrejenimi v javnem zavodu,
- premalo transparentna poraba finančnih sredstev, namenjenih za patronažno dejavnost v javnem zavodu,
- nezmožnost samostojnega odločanja o potrebnih dodatnih strokovnih izobraževanjih,
- slabi medsebojni odnosi in slaba organizacijska klima,
- neenakomerna delovna obremenitev glede na plačilo za opravljeno delo,
- samostojnost pri izbiri najprimernejših osnovnih delovnih sredstev, opreme in materialov za neposredno delo na terenu.

METODE

Za prispevek je bila uporabljena deskriptivna raziskovalna metoda. Za potrebe rezultatov merjenja zadovoljstva zasebnih patronažnih medicinskih sester pri njihovem delu je bilo med vse članice Združenja zasebnih patronažnih medicinskih sester razdeljeno 90 anketnih vprašalnikov. Sodelovanje v anketi je bilo anonimno in prostovoljno. Namen ankete je bil ugotoviti, kako so patronažne medicinske sestre zasebnice zadovoljne pri svojem delu v primerjavi z njihovim zadovoljstvom pri delu v javnem zavodu in katere so po njihovem mnenju prednosti in pomanjkljivosti zasebnosti.

Po opravljeni anketi so bili rezultati - 67 vrnjenih vprašalnikov - obdelani s pomočjo programov Microsoft Excel in Microsoft Word. Rezultati ankete bodo služili za predstavitev v tem prispevku.

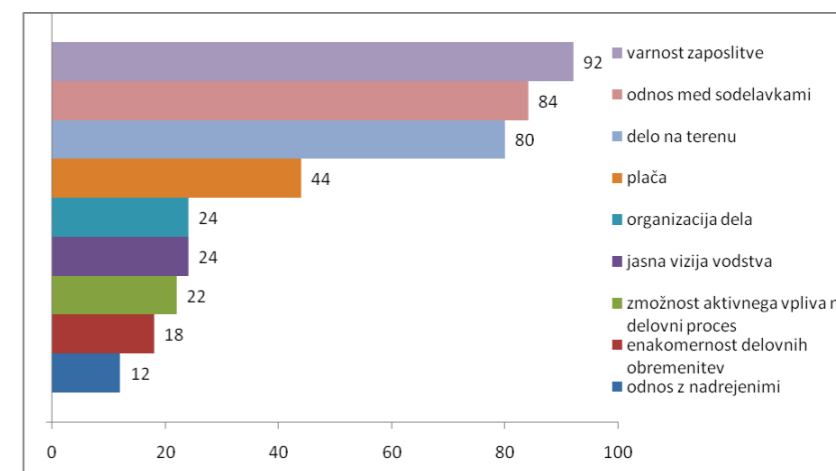
Anketni vprašalnik je bil razdeljen v pet sklopov: zadovoljstvo z delom v javnem zavodu, zadovoljstvo z delom v zasebnosti, vzroki za odhod v zasebnost, prednosti zasebnosti, pomanjkljivosti in težave v zasebnosti.

PREGLED UGOTOVITEV

Na prvi sklop vprašanj, ki se je nanašal na *zadovoljstvo z delom v javnem zavodu* je bilo najpogosteje izpostavljeno: nezadovoljstvo z odnosom nadrejenih (88%), neenakomernost delovnih obremenitev (82%),

nezmožnost aktivnega vpliva na delovni proces (78%), nejasna vizija vodstva (76%), rigidna organizacija dela (76%), slaba plača (56%) (Slika 1).

Po drugi strani pa so bile anketirane zasebne patronažne medicinske sestre, ko so bile zaposlene v javnem zavodu, zadovoljne z varnostjo zaposlitve (92%), socialno varnostjo (88%), odnosom med sodelavkami (84%) in neposrednim delom na terenu (80%) (Slika 1).



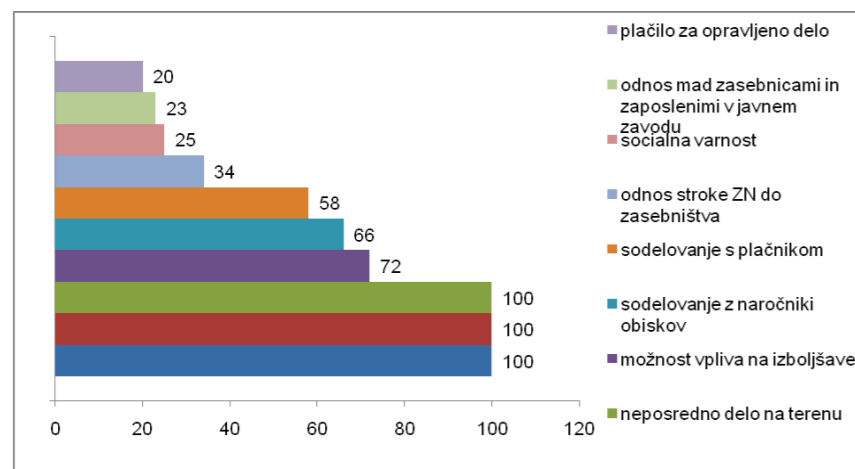
Slika 1. Zadovoljstvo z delom v javnem zavodu pred odhodom v zasebnost

Iz podatkov je razvidno, da so poglobitveni faktorji nezadovoljstva v javnem zavodu tudi *vzroki za odločitev za zasebnost*. Med vzroke odločitve za zasebnost so patronažne medicinske sestre koncesionarke navajale: želja po samostojnosti (98 %), večja možnost za osebni in strokovni razvoj (92%), slabi odnosi z vodilnimi (88%), nezmožnost demokratične in dvosmerne komunikacije z nadrejenimi (82%), nezadovoljstvo z delovnim časom (78%), nezmožnost soodločanja o strokovnih izobraževanjih (72%). Le redke anketirane so med vzroke navedle: želja po večjem zaslužku (22%), nezadovoljstvo z delom na terenu (18%), slabi odnosi s sodelavci (20%).

Anketirane so kot *prednosti zasebnosti* v 100% navedle: večje zadovoljstvo pri delu, možnost samostojnega razpolaganja s finančnimi viri, prilagodljivost delovnega časa, fleksibilna organizacija dela glede na potrebe varovancev na terenu, možnost strokovnega in osebnega razvoja, manj stresa zaradi slabih medsebojnih odnosov, samostojnost pri odločanju o strokovnih izpopolnjevanjih, prilagajanje investicij v opremo glede na individualne interese in potrebe, boljši delovni pogoji, večja motivacija za strokovni razvoj, večja strokovna in stroškovna osveščenost.

Kot *slabost zasebnosti* je bila najpogosteje izpostavljena večja razpoložljivost varovancem (78%), manjša socialna varnost (72%), večja obremenjenost z logistiko (68%), večja individualna strokovna in poslovna odgovornost (62%), nenehna skrb za racionalizacijo poslovanja (68%).

Anketirane zasebne patronažne medicinske sestre so pri svojem delu v *zasebnosti* 100% zadovoljne z možnostjo osebnega razvoja, sodelovanjem med zasebnicami, z neposrednim delom s pacienti na terenu. Najmanjši odstotek zadovoljstva kažejo s plačilom za opravljeno delo (20%), odnosom med zasebnicami in zaposlenimi v javnem zavodu (23%), socialno varnostjo (25%), odnosom stroke zdravstvene nege do zasebnosti (34%) (Slika 2).



Slika 2. Zadovoljstvo z delom v zasebnštvu

Na vprašanje, če bi se še enkrat odločila za poklic patronažne medicinske sestre, so vse anketiranke razen ene odgovorile potrdilno. Enak je bil tudi delež odgovorov na vprašanje, če bi se še enkrat odločile za pot zasebnštva.

DISKUSIJA IN ZAKLJUČKI

Rezultati ankete so pokazali, da so patronažne medicinske sestre v javnih zavodih imele večjo socialno varnost, večjo varnost zaposlitve in dobre medsebojne odnose s sodelavkami, vendar so se, predvsem zaradi večje možnosti za svoj osebni razvoj, želje po samostojnosti, nezmožnosti vpliva na učinkovitejšo organizacijo dela in slabih delovnih pogojev, odločile za pot zasebnštva. Delo na terenu kot zasebnice opravljajo z večjim zadovoljstvom, kot so ga opravljale kot zaposlene v javnem zavodu, vendar se pri svojem delu dnevno srečujejo z veliko obremenjenostjo z logistiko, s krmarjenjem med strokovno, časovno in poslovno učinkovitostjo, s skrbjo za racionalno poslovanje in pomanjkljivim sodelovanjem med zasebnicami in patronažnimi medicinskimi sestrami, zaposlenimi v javnih zavodih.

Rezultati ankete so lahko pomembna izhodišča za ukrepe, s katerimi bi povečali zadovoljstvo zasebnih patronažnih medicinskih sester z njihovim delom.

Na podlagi rezultatov ankete in kritičnega razmišljanja o patronažni zdravstveni negi v današnjem času je potrebno spodbuditi vse patronažne medicinske sestre k boljšemu sodelovanju med zasebnicami in zaposlenimi patronažnimi medicinskimi sestrami v javnih zavodih. Skupne rešitve nerešene in nedorečene problematike v patronažni zdravstveni negi bodo ohranile in enotno razvijale temeljne usmeritve patronažne zdravstvene nege. Tako zasebnice kot patronažne medicinske sestre, zaposlene v javnih zavodih, vedno težje obvladujejo situacijo povečanja obremenitve z delom, ko se na eni strani vse več težjih zdravstvenih stanj ob zgodnjih odpuščajih iz bolnišnic obravnava v domačem okolju, na drugi strani pa se iz dneva v dan bolj krčijo finančna sredstva, ki so namenjena tem obravnavam.

Patronažna zdravstvena dejavnost se iz dneva v dan srečuje s težjimi nalogami. Na terenu so povečuje potreba po skrbi za vse bolj starajočo in bolno populacijo, katere problemi in potrebe postajajo obsežnejši, njihova pričakovanja vse večja, medtem ko zdravstvena politika še vedno šepa za temi potrebami in se ruši pod finančno težo starajočega se prebivalstva. Zaradi povečanega obsega kurativne dejavnosti se neprestano zmanjšuje delež preventivne dejavnosti v patronažnem varstvu, pa čeprav bi morale biti aktivnosti patronažne medicinske sestre usmerjene v preventivno delovanje, torej predvsem v krepitev in izboljšanje zdravja.

Zadovoljstvo pri delu patronažnih medicinskih sester bo tudi v bodoče zagotovo odvisno od dobrega medsebojnega sodelovanja med zasebnicami patronažnimi sestrami in patronažnimi medicinskimi

sestrami, zaposlenimi v javnih zavodih, kajti le s skupnimi močmi bo moč razkorak med realnimi potrebami stroke na terenu in finančnimi zmožnostmi zdravstvenega sistema zmanjšati v korist bolnikov, ki so obravnavani v patronažnem varstvu.

LITERATURA

Česen M. Management javne zdravstvene službe. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanje; 2003

Česen M. Reforma zdravstva v Sloveniji. Ljubljana: ZZS; 2006

Infolife. Prednosti zasebnega zdravstva. Dostopno na:

<http://www.infolife.si/zdravstvo/zdravstvena-dejavnost> (6 .januar 2013)

Lu H, Wile AE, BarriballKL. Job satisfaction among nurses: a literature review. Int J Nurs Stud. 2005; 42 (2): 221-7.

Mihalič R. Povečajmo zadovoljstvo in pripadnost zaposlenih. Mihalič in Partner d.n.o..Škofja Loka, 2008; 12-17

Prosen M. Zadovoljstvo z delom v zdravstveni negi. Indikatorji zadovoljstva medicinskih sester. Obzor Zdr N 2010; (44): 71

Skoberne M. Supervizija v zdravstveni negi. Obzor Zdr N 2001; (35): 241-5

Zakon o zdravstveni dejavnosti (uradno prečiščeno besedilo) (ZZDej).Uradni list Republike Slovenije št. 9/1992

Železnik D. Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu.Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije- Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011: 5

133B

ORGANIZACIJSKA KULTURA V ZDRAVSTVENEM DOMU LJUBLJANA - ENOTA ŠIŠKA

ORGANIZATIONAL CULTURE IN COMMUNITY HEALTH CENTRE LJUBLJANA - ŠIŠKA

Beti Zafran, mag. zdr. nege

Zdravstveni dom Ljubljana enota Šiška, Ljubljana

beti.zafran@zd-lj.si

Ključne besede: Kultura hierarhije, prihodnost, kultura klana, zdravstvena organizacija

IZVLEČEK

Predstavitev: Organizacijska kultura, ki je sprejeta in v soglasju z zaposlenimi ter okoljem lahko veliko pripomore k uspešnosti delovne organizacije. Namen raziskave je bil ugotoviti trenutno organizacijsko kulturo in želje zaposlenih za organizacijsko kulturo v prihodnosti v Zdravstvenem domu Ljubljana enota Šiška. Fokus je bil na: katere so tiste vrednote, norme oz. prepričanja, ki prevladujejo, kako bi lahko stanje izboljšali, kaj storiti, da bi izpolnili pričakovanja zaposlenih v največji možni meri. Predpostavka je bila, da v Zdravstvenem domu - Šiška prevladuje kultura hierarhije.

Metode: Uporabljena je bila opisna metoda dela. Instrument dela je bil OCAI – anketni vprašalnik. Analiza je bila narejena na programu open office org.-calculator – tabele. Raziskava je potekala v zdravstvenem domu Ljubljana – Šiška od 8. 9. 2008 do 12. 9. 2008. Vzorec je bil naključen in je zajemal 20% zaposlenih na posameznem oddelku.

Rezultati: V sedanjosti prevladuje kultura hierarhije, za prihodnost si zaposleni želijo kulturo klana. Podobni rezultati se pojavijo za vsak sklop vprašanj posebej. Rezultati niso presenetljivi, saj je v zdravstvenih organizacijah v našem prostoru velikokrat prisotna organizacijska kultura hierarhije.

Diskusija: Ponujene so možne rešitve za spremembo organizacijske kulture, katera bi prinesla več zadovoljstva zaposlenim in s tem tudi uporabnikom. V nadaljevanju bi bilo smiselno izvesti raziskavo, ki bi osvetlila, kakšno organizacijsko kulturo si želijo uporabniki storitev.

Keywords: Culture of hierarchy, future, clan culture, health organization

ABSTRACT

Presentation: Organizational culture, accepted by the employees and its surrounding can greatly contribute to the success of a work organization. The purpose of the research was to determine the current organizational culture and the wishes of employees regarding a future organizational culture in this community health centre. The emphasis was: which values, norms and beliefs were the most dominant, how we could improve the state and what to do to fulfil the expectations of employees. The assumption was that a culture of hierarchy is the most present in this community health centre.

Methods: A descriptive method of work was used. The instrument was OCAI – a survey/questionnaire. The analysis was made with open office-calculator-tables. The research help place in community health centre

Ljubljana-Siska from 8.9.2008 to 12.9.2008. The pattern was random and covered 20% of employees on each department.

Results: A culture of hierarchy is dominant in the present. Employees wish for a clan culture in the future. Similar results appear in each segment of questions. Results aren't surprising because a culture of hierarchy is present in lots of health organizations in our area.

Discussion: Possible solutions for a change in the organizational culture are offered, which would bring more satisfaction to the employees, and therefore, to the users as well. It would be sound to conduct a research which would bring light to which organizational culture the users want.

UVOD

Pri organizacijski kulturi lahko govorimo o odnosih, ki so prisotni med notranjimi interesnimi skupinami in se kažejo tako navznoter, kot tudi navzven.

Za vpogled v organizacijsko kulturo je nujno sodelovanje zaposlenih, saj le z njihovo pomočjo lahko pridobimo podatke, s katerimi lahko opredelimo, kakšna je kultura podjetja. Povezanost se vedno prične pri posamezniku in se nato širi navzven in pod vplivom kulture okolja vrača do posameznika. Pri delovni organizaciji, kakršna je zdravstveni dom, je morda organizacijska kultura še toliko pomembnejša, saj je po svoji naravi dela usmerjena v pomoč ljudem. Zato je zelo pomembno, da deluje taka ustanova po nekem sistemu vrednot, prepričanij in norm, ki so skladne tako z notranjim in tudi zunanjim okoljem.

V raziskavi smo želeli ugotoviti kakšna je organizacijska kultura v zdravstvenem domu Ljubljana - Enota Šiška in ali drži predpostavka, da prevladuje kultura hierarhije.

Predvsem nas je zanimalo:

- katere so tiste vrednote, norme oz. prepričanja, ki prevladujejo,
- kako bi lahko stanje izboljšali,
- kaj storiti, da bi izpolnili pričakovanja zaposlenih v največji možni meri.

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Opredelitev pojma organizacijska kultura

Beseda kultura izvira iz latinskega jezika in v širšem pomenu označuje vse tisto, kar je človek ustvaril skozi stoletja in kar je cenjeno kot dosežek v književnosti, umetnosti, ideologiji, religiji in tehnologiji (Vila, 1994). Rozman (2000) definira organizacijo kot sestavo razmerij med člani neke institucije (zdržbe), ki zagotavlja obstoj, značilnosti združbe, ter smotrno uresničevanje cilja. Zanimanje za organizacijsko kulturo se je razmahnilo zaradi različnih vzrokov. Tako navajajo Rozman in sod. (1993) tri najpomembnejše vzroke. Prvi je objava del s področja poslovne organiziranosti. Naslednji vzrok je bil „japonski gospodarski čudež“ konec sedemdesetih let. Tako so raziskovalci želeli odkriti vzroke za tak vzpon japonskega gospodarstva. Tretji vzrok je v raziskovanju vrednot posameznika, saj so managerji na prehodu v osemdeseta leta prejšnjega stoletja ugotovili, da ne morejo več podrejenih motivirati s klasičnimi pristopi. Zato so iskali načine kako pritegniti zaposlene, da bi delovali v smeri boljših rezultatov in identifikacije s cilji podjetja.

Različni avtorji razlagajo pojem organizacijska kultura različno, tako v ožjem pomenu kot v širšem, ki ne opredeljuje samo organizacijske kulture, kot vrednote, ampak tudi prepričanja, simbole, pravila, norme, postopke, tehnologijo in način ravnanja. Pojem organizacijska kultura je tako možno opredeliti kot celovit sistem norm, vrednot, predstav, prepričanij in simbolov, ki določa način obnašanja in odzivanja vseh zaposlenih in tako oblikuje pojavno obliko nekega podjetja. Številne definicije dokazujejo, da avtorji pojem organizacijske kulture opredeljujejo zelo različno (Ivanko, 2000). Vila (1994) piše, da je organizacijska kultura način razmišljanja in sistem mišljenja, ki je skupen ljudem v neki organizaciji in razlikuje eno od

druge. Je „družbeno lepilo“, ki povezuje člane neke organizacije.

Cameron in Qunn (1999) sta razvila teoretični model imenovan „The Competing Values Framework“ (CVF) - Model konkurenčnih vrednot. Ta model jima je služil za podlago vprašalnika „The Organizational Culture Assessment“ - OCAI. Prednosti tega instrumenta so v dokajšnji enostavnosti in razumljivosti. Ponuja trditve, ki jih anketirani oceni po tem, v kolikšni meri ustreza opis delovni organizaciji. Vprašalnik tudi ponudi veliko število dimenzij organizacijske kulture ter kakšna je moč in skladnost organizacijske kulture v organizaciji. V modelu obstajajo štirje tipi kultur, ki jih razberemo iz števila dodeljenih točk, prisojenih odgovorom A, ki opisujejo kulturo klana, B, ki opisujejo adhoc kulturo, C, ki opisujejo kulturo trga, D, ki opisujejo kulturo hierarhije. Najpomembnejše značilnosti določene organizacijske kulture so (razpredelnica 1):

Razpredelnica 1: Najpomembnejše značilnosti organizacijskih kultur po tipologiji Cameron-a in Quinn-a

<p>KLAN primerna za majhna podjetja, timsko delo in predanost organizaciji, močan poudarek na razvoju zaposlenih, jasno začrtani cilji in strategije, mentorska vloga vodij, uspeh so zadovoljni zaposleni</p>	<p>ADHOC primerna za majhna podjetja, dinamičnost in kreativnost članov, inovativnost in nenehen napredek, visoka nagnjenost vodij k tveganju, uspeh so novi in unikatni izdelki</p>
<p>HIERARHIJA primerna za velika kompleksna podjetja, podrobni opisi delovnih nalog, formalna pravila, nizka stopnja tveganja, vodje zanima predvsem učinkovitost, uspeh so nizki stroški in visoka učinkovitost</p>	<p>TRG primerna za večja podjetja, pomembni so predvsem rezultati, tekmovalnost med zaposlenimi, agresivni stil vodenja, vizija uspeha je povečanje tržnega deleža</p>

Tri faze oblikovanja kulture podjetja navajajo Rozman in sod. (1993). Najprej se stanje analizira, vrednoti in šele nato oblikuje kulturo, ki je skladna s strategijo podjetja in organizacijsko strukturo. Če ugotovimo skladnost med organizacijsko kulturo in strategijo ter cilji podjetja, je potrebno samo krepiti obstoječe stanje.

Ob neskladju je potrebno najprej opredeliti težišče delovanja, ki ga izvede delovna skupina, za katero je zaželeno, da je sodelovala že v predhodnih fazah. Pomen težišča delovanja je, da se določi ključna področja razhajanj med strategijo in cilji na eni strani ter organizacijsko kulturo na drugi. V drugem delu je potrebno sprejeti in izpeljati nujne ukrepe za izboljšanje organizacijske kulture (Možina in sod. 2002).

METODE

V raziskavi je bila uporabljena opisna metoda dela. Za instrument je služil anketni vprašalnik „The Organizational Culture Assessment“ - OCAI. Analiza je bila narejena na programu open office org.-calculator – tabele. Raziskava je potekala v zdravstvenem domu Ljubljana – Šiška od 8. 9. 2008 do 12. 9. 2008. Za izvedbo raziskave je bilo pridobljeno soglasje strokovnega vodje in vodje enote za izvedbo ankete. Sodelujočih je bilo 20% zaposlenih (30 oseb), brez zaposlenih v zobnih ambulantah, ker zaradi adaptacije niso bili prisotni v ustanovi. Izbor udeležencev v raziskavi se je izvedel po ključu, kdor pride prvi iz oddelka in ima primerno izobrazbo (proporcionalno sem zajela zaposlene vseh izobrazbenih struktur). Slabost te raziskave je v omejenem številu razdeljenih vprašalnikov, zaradi odsotnosti zaposlenih v zobozdravstvu, omejenega časa, ki je bil na voljo za izvedbo, in omejena finančna sredstva.

Prejeto je bilo 18 odgovorov, kar pomeni 60% vseh vprašanih. Od tega sta bila 2 neveljavna in nista bila vključena v analizo. Za analizo je bilo primernih 16 odgovorov, kar pomeni 53% odgovorov.

Vprašalnik omogoča sistematično vključitev velikega števila dimenzij organizacijske kulture. Prav tako omogoča prikaz obstoječega stanja organizacijske kulture in želje zaposlenih v prihodnosti. Vprašalniku je bil dodan še kriterij spola, skupna delovna doba in dosežena stopnja izobrazbe, ker je bila izdelana tudi primerjava med odgovori glede na izobrazbo. Za primerjavo po spolu je bilo premalo respondentov moškega spola.

REZULTATI

Pri analizi sem najprej seštela vse odgovore pod trditve A (za sedaj - trenutna situacija), nato sem dobila njihovo povprečje in delila vsoto s številom respondentov. Enako sem storila za trditve pod B, C in D. Isti postopek sem ponovila pri postavki prihodnost.

Iz analize trenutnega stanja je razvidno, da se je predpostavka potrdila, v sicer majhnem vzorcu, ki lahko služi kot podlaga za večjo raziskavo. Največ respondentov se je odločilo, da je najbolj prisotna **kultura hierarhije** (Razpredelnica 1).

Večina vseh vprašanih se je opredelila, da bi želeli imeti **v prihodnosti kulturo klana**. Razlika v prevladujoči organizacijski kulturi v sedanjosti in v željah za prihodnost je 17,71% (Razpredelnica 2).

Razpredelnica 1: Sedanje stanje -vsi respondenti

SEDANJOST	A	B	C	D
Vsote točk	2795	865	1635	4305
Število vprašanih	6	6	6	6
Povprečje točk	465,83	144,17	272,5	717,5
Število udeležencev	16	16	16	16

Razpredelnica 2: Željeno stanje za prihodnost -vsi respondenti

PRIHODNOST	A	B	C	D
Vsote povprečij	6005	1570	625	1400
Število vprašanih	6	6	6	6
Povprečje točk	1000,83	261,67	104,17	233,33
Število udeležencev	16	16	16	16

Po skupnih vrednosti na vprašalnikih sem razdelila vprašalnike na tiste, ki so imeli doseženo stopnjo izobrazbe srednjo ali manj in na višjo ali več.

Pri izobrazbi **srednja ali manj** sem dobila 6 respondentov, kar je 26,6% vseh vprašanih. Tudi pri tej analizi ni bistvenega odstopanja od skupnega rezultata. V sedanjosti prevladuje kultura hierarhije, nato sledi kultura klana, kultura trga in na zadnjem mestu je adhoc kultura (Razpredelnica 3). V prihodnosti bi vprašani s srednješolsko izobrazbo ali manj želeli imeti kulturo klana, sledi ji kultura hierarhije, adhoc kultura in na zadnjem mestu je kultura trga (Razpredelnica 4).

Respondenti s to stopnjo izobrazbe so tudi ocenili, da je v sedanjosti močnejša kultura hierarhije (4,4%), kot pri respondentih v skupnem številu in manj (za 4,6%) za kulturo klana v prihodnosti kot pri skupnem seštevku.

Razpredelnica 3: Sedanje stanje - srednja izobrazba

SEDANJOST				
	A	B	C	D
Vsote točk	780	430	615	1775
Število vprašanj	6	6	6	6
Povprečje točk	130	71,67	102,5	295,83
Število udeležencev	6	6	6	6

Razpredelnica 4: Željeno stanje za prihodnost - srednja izobrazba

PRIHODNOST				
	A	B	C	D
Vsote točk	2085	490	295	730
Število vprašanj	6	6	6	6
Povprečje točk	347,5	81,67	49,17	121,67
Število udeležencev	6	6	6	6

Pri analizi po kriteriju stopnja izobrazbe višja ali več v sedanjosti prav tako prevladuje organizacijska kultura hierarhije, sledijo ji kultura klana, kultura trga in na zadnjem mestu je adhoc kultura (Razpredelnica 5). Za prihodnost si v tej kategoriji želijo kulturo klana, nato za razliko od prejšnje kategorije adhoc kulturo, sledijo ji kultura hierarhije in kultura trga (Razpredelnica 6).

Tudi pri tej analizi ni velikih odstopanj v primerjavi s skupnim številom in srednjo izobrazbo ali manj. Očitno se vse izobrazbene skupine dokaj enotno strinjajo o prevladujoči kulturi v delovni organizaciji.

Razpredelnica 5: Sedanje stanje -višja izobrazba ali več

SEDANJOST				
	A	B	C	D
Vsote točk	2010	440	1010	2540
Število vprašanj	6	6	6	6
Povprečje točk	335	73,33	168,33	423,33
Število udeležencev	10	10	10	10

Razpredelnica 6: Željeno stanje za prihodnost - višja izobrazba ali več

PRIHODNOST				
	A	B	C	D
Vsote točk	3930	1080	330	660
Število vprašanj	6	6	6	6
Povprečje točk	655	180	55	110
Število udeležencev	10	10	10	10

Glede na dobljene rezultate vseh prejetih vprašalnikov je pri vseh sklopih trditev **sedanja** prevladujoča organizacijska kultura **hierarhična**. Za prihodnost je tudi pri vseh sklopih vodilna kultura klana.

Hierarhija je bolj opazna v sedanjosti pri sklopu stil vodenja, lepilu organizacije in strateških poudarkih. V vseh postavkah je jasna težnja v prihodnosti za transformacijo v organizacijsko kulturo klana (Razpredelnica 7).

Razpredelnica 7: Posamezni sklopi trditev za opis organizacijske kulture v sedanjosti in prihodnosti

SKLOP	ORGANIZACIJSKA KULTURA	SEDANJOST	PRIHODNOST
SKLOP 1 SPLOŠNI KARAKTER	KLAN (A)	28,13	68,75
	ADHOC (B)	18,94	15,31
	TRG (C)	23,13	6,56
	HIRARHIJA (D)	37,81	9,38
SKLOP 2 STIL VODENJA	KLAN (A)	18,75	56,88
	ADHOC (B)	8,44	15
	TRG (C)	22,19	6,88
	HIRARHIJA (D)	50,63	21,25
SKLOP 3 RAVNaNJE Z LJUDMI	KLAN (A)	34,06	53,75
	ADHOC (B)	11,25	23,75
	TRG (C)	16,25	5,63
	HIRARHIJA (D)	38,44	16,88
SKLOP 4 LEPILO ORGANIZACIJE	KLAN (A)	33,13	68,75
	ADHOC (B)	6,25	13,13
	TRG (C)	18,31	7,5
	HIRARHIJA (D)	50,31	10,63
SKLOP 5 STRATEŠKI POUĐARKI	KLAN (A)	20,31	61,25
	ADHOC (B)	18,63	19,06
	TRG (C)	19,06	6,25
	HIRARHIJA (D)	50	13,44
SKLOP 6 KRITERIJ USPEHA	KLAN (A)	40,31	65,94
	ADHOC (B)	6,56	11,88
	TRG (C)	11,25	6,25
	HIRARHIJA (D)	41,88	15,94

RAZPRAVA

Za prihodnost si zaposleni želijo pri sklopu **splošni karakter** spremembo, ki bo bolj na splošno prijazna do zaposlenih, saj je sedaj prisotna moč in togost. Zdi se, da sedanja kultura hierarhije duši medsebojno sproščenost, čeprav je v postavki lepilo organizacije prav hierarhija tista, ki drži ljudi skupaj. Morda je težava v tem, da bi zaposleni želeli spremembo, vendar pa se zaradi zelo zakoreninjenih vzorcev težko sprejemajo spremembe in s tem drugačna razmerja, po drugi strani pa si jih želijo. **Stil vodenja** je v sedanjosti nagnjen k organiziranju in učinkovitemu poteku dela, kjer se ceni točnost. V prihodnosti pa si zaposleni želijo več mentorstva in svetovalnega dela vodstva. Sklop **ravnanja z ljudmi** tudi jasno kaže na organizacijsko kulturo hierarhije, katera ima značilnosti predvidljivega in stabilnega okolja z zagotovljenim delovnim mestom. Malo je maneverskega prostora za samoiniciativnost. Za prihodnost je zaželeno bolj timsko delo, več enakopravnega sodelovanja, svobode odločanja in soglasja. Formalna pravila in jasno razdeljena hierarhična razmerja so **lepilo organizacije**. Nepredvidljivi dogodki niso zaželeni. V prihodnosti bi bili za lepilo organizacije bolj primerni tesnejši stiki z medsebojnim zaupanjem in pripadnost skupnosti oz. organizaciji. Pri **strateških poudarkih** je poudarjena stabilnost. Pomembna je tudi učinkovitost in kontrola. Cilj je zadovoljiti širok krog klientov. Za zaposlene je v prihodnosti bolj pomemben osebni in karierni razvoj. Želje so po toplejših odnosih, zaupanju in sodelovanju. Pri sklopu trditev za **kriterij uspeha** je poudarek na planiranju, točnosti, zadovoljstvu klientov, brez motenj in učinkovitost z nizkimi stroški. V prihodnosti si zaposleni želijo več izobraževanja. Generalni poudarek je tudi na skrbi za zaposlene in njihove potrebe.

Rezultati v tem delu po naši oceni niso presenetljivi, saj pri poteku dela v zdravstvu obstajajo formalna pravila in hierarhija v odnosih, kar je tako rekoč značilnost zdravstvenih delovnih organizacij v našem prostoru.

Po tako enotnih rezultatih za različne izobrazbene ravni je nesporno, da si zaposleni želijo menjave organizacijske kulture, ki bo bolj usmerjena v timsko delo, bolj povezane medsebojne odnose brez velikih



razlik v hierarhiji. Tako rekoč bolj družinske odnose s kulturo, kjer bi bili drug do drugega prijazni, bi si zaupali in pomagali. Tako vzdušje bi pozitivno vplivalo na zaposlene in posledično tudi na uporabnike. Morda motijo zaposlene tudi nejasno začrtani cilji in strategije, ker ni jasno, kaj se bo pravzaprav z zdravstvenim sistemom kot celoto dogajalo v prihodnje. Indici so, da se bo v zdravstvu v prihodnosti uveljavilo predvsem načelo gospodarnosti, ki pa jo nekateri razumejo samo kot pridobivanje dobička. Predvsem bi bilo smiselno težiti k uspešnosti in učinkovitosti, kot jo predstavljata Rozman in Kovač (2012), realizacije pa ne razlagata kot zniževanje standardov oskrbe uporabnikov.

Nekateri možni dejavniki in usmeritve za spreminjanje organizacijske kulture so lahko, da člani izvršnega posloводства postanejo vzorniki z obnašanjem in dajo ostalim zgled. Včasih je bolje pridobiti nekaj managerjev od drugod, saj lažje uveljavljajo drugačno kulturo, ker so neobremenjeni. Novi simboli, obredi in zgodbe naj zamenjajo stare. Formaliziranje nenapisanih pravil, predpisi naj se dosledno uveljavljajo. Izbirati in postaviti na višje položaje delavce, ki poosebljajo nove vrednote. Ustvariti vzdušje, kjer prevladuje zaupanje. Sistem nagrajevanja naj spodbuja uveljavljanje novih vrednot. Obstoječe pod-kulture je mogoče razrahljati s kolobarjenjem sodelavcev med različnimi delokrogli. Nekaj od teh dejavnikov oziroma usmeritev je že realiziranih, kot je formaliziranje pravil, kar je bilo potrebno za pridobitev certifikata ISO 9001.

Zaposleni si želijo v prihodnosti – ne glede na izobrazbo - kulturo klana. To pomeni več timskega dela, medsebojne pomoči, odprto komunikacijo in spoštovanje s kakovostnimi odnosi. To bi lahko dosegli z bolj jasno postavljenimi cilji in strategijo, čeprav je trenutna situacija zaradi privatizacijskih teženj temu nenaklonjena. Zaposlenim bi bilo potrebno te skupne cilje in strategijo tudi jasno predstaviti, da ne pride do težav pri uvajanju sprememb (Čater, 2011). Po podatkih raziskave, ki je bila narejena leta 2012 in jo je za Zdravstveni dom Ljubljana opravilo podjetje OK consulting, je že prišlo do tarnzicije v posameznih elementih organizacijske kulture iz tradicionalne - hierarhične v bolj moderno (ZDL, 2012).

ZAKLJUČEK

Organizacijska kultura je nekaj neoprijemljivega. Zelo je pomembna pri doseganju dobrih rezultatov, vpliva na zadovoljstvo zaposlenih in posledično na kliente oziroma na samo interakcijo med ljudmi, ki se v tej organizaciji srečujejo.

V analizi obstoječega stanja v Zdravstvenemu domu Šiška se je pokazalo, da je tako, kot je na splošno znano za zdravstvene ustanove, tudi tu prevladujoča kultura hierarhije. Glede same učinkovitosti in manjšanja stroškov bi bila primerna, vendar pa so želje zaposlenih bolj močno naklonjene kulturi klana.

Želja po kulturi klana je v sedanjih razmerah toliko bolj razumljiva, saj so nekako bolj negotovi časi glede zaposlitve, vedno večje zahteve zavarovancev in zavarovalnice, posledično pa seveda tudi vodstva. Ljudje v takih razmerah iščemo zaveznitva, si želimo večje moči in večjo moč odločanja. To pa omogoča kultura klana, ki pa učinkovitosti in racionalizacije ne izključuje.

Kljub temu, da vzorec ni velik, je kazalec, da je morda čas za premislek in spremembe. Vpeljevanje nove kulture v skladu z obstoječimi cilji in strategijo je proces, pri katerem je potrebno tesno sodelovanje. Morda je ravno to lahko neka rdeča nit pri uvajanju sprememb med zaposlenimi, ki si želijo timskega in enakopravnega dela.

LITERATURA IN VIRI

Cameron KS, Quinn RE. Diagnosing and Changing Organizational Coulture. B.k.: Addison-Wesley Publishing Company, 1999.

Dostopno: http://www.gsbc.colorado.edu/student_tools/documents/OCAI_2_2005.doc

Čater T. Taktično planiranje in kontrola. Ljubljana: Univerza v Ljubljani. Ekonomska fakulteta, 2011: 66-67

Ivanko Š. Strukture in procesi v organizaciji. Ljubljana: Univerza v Ljubljani. Visoka upravna šola 2000: 252

Možina S. in sod. Managment nova znanja za uspeh. Radovljica: Didakta, 2002:177-95

Rozman R, Kovač J, Koletnik F. Management. Ljubljana: Gospodarski vestnik, 1993:168

Rozman R. Analiza in oblikovanje organizacije. Ljubljana: Univerza v Ljubljani. Ekonomska fakulteta, 2000: 154

Rozman R, Kovač J. Managment. Ljubljana: GV Založba, 2012: 80-102

Vila A. Organizacija in organiziranje. Kranj: Moderna organizacija, 1994

ZDL. Poročilo o merjenju organizacijske klime in zadovoljstva zaposlenih. Ljubljana:

O.K.Consultig, 2012: Dostopno na:

<https://www.zdlj.si/egroupware/webdav.php/home/012%20Raziskovalna%20dejavnost%20v%20ZDL/4%20Ankete%20med%20zaposlenimi%20v%20ZDL/2011/Poro%C4%8Dilo%20o%20merjenju%20organizacijske%20klime%20in%20zadovoljstva%20zaposlenih.pdf>

KAKOVOST DELOVNEGA ŽIVLJENJA IN ZDRAVJE ZAPOSLENIH

QUALITY OF WORKING LIFE AND HEALTH OF EMPLOYEES

Tanja Korošec, univ. dipl. soci., dipl. m. s.

Patronažno zdravstveno varstvo Marija Zalar

Ključni besede: zadovoljstvo, blagostanje, delo

IZVLEČEK

V članku je analiziran odnos med kakovostjo delovnega življenja in zdravjem zaposlenih ter primerjane ocene zadovoljstva z zdravjem, življenjem in ekonomskim stanjem anketiranih. Avtorico so zanimale so tudi razlike med zaposlenimi ženskami in moškimi.

V teoretičnem delu članka so predstavljeni splošni pojmi, ki se nanašajo na obravnavano tematiko. Poudarek je na definiranju pojmov zdravja, kakovosti življenja in delovnega življenja.

Na osnovi analize dela podatkov iz Evropske družboslovne raziskave (ESS), ki je bila izvedena leta 2005, so preverjane zastavljene hipoteze. S pomočjo programa SPSS for Windows 12.0 je avtorica oblikovala sintetične spremenljivke zadovoljstva z zdravjem, življenjem in ekonomskim stanjem ter spremenljivke na temo kakovosti delovnega življenja.

Rezultati statističnih analiz kažejo na povezanost med kakovostjo delovnega življenja, pogoji dela in zdravjem zaposlenih. Moški so bolj kot ženske zadovoljni z zdravjem, življenjem, ekonomskim stanjem in kakovostjo delovnega življenja.

Keywords: satisfaction, well being concept, work

ABSTRACT

In the article were examined relations between quality of working life and health of employees and compared assessments of satisfaction with health, life and economic situation of respondents. Author was also interested in the differences between employed women and men.

In theoretical part there are introduced general concepts, which refer to the discussed theme. The emphasis was made on defining concepts of health, quality of life and working life.

Based on the analysis, which was made from a part of data of European Social Survey (ESS) in 2005, the hypotheses were varified. With programme SPSS for Windows 12.0 there was formed synthetic variables for satisfaction with health, life and economic situation and variables for quality of working life.

The results of statistical analyses are pointing towards a connection between quality of working life, working conditions and health of employees. In comparison with women men are more satisfied with their health, life, economic situation and quality of working life.

UVOD

Obravnavana tema in glavni problem se nanašata na zadovoljstvo zaposlenega posameznika v moderenem času. Službe postajajo vse bolj zahtevne, ljudje jim posvečajo vse več svojega časa in posledično tudi prostega časa. V prostem času naj bi se vsak posameznik sprostil in na ta način ohranjal svoje zdravje. Je torej problem ogromnega porasta kroničnih bolezni morda tudi v nezadovoljstvu s plačo, delovnimi razmerami in pomanjkanjem časa zase? V prispevku se avtorica sprašuje, kakšna je povezanost dela z življenjem posameznika in posledično vplivom na njegovo zdravje.

Cilj prispevka je analizirati povezave med kakovostjo delovnega življenja in zdravjem zaposlenih in prikazati razlike glede na spol. Namen je torej statistično preveriti vse zastavljene hipoteze.

Hipoteze so naslednje:

- Kakovost delovnega življenja je povezana z zadovoljstvom z zdravjem. Zadovoljstvo z zdravjem zvišujejo pozitivni kazalci delovnega življenja in znižujejo negativni kazalci delovnega življenja.
- Kakovost delovnega življenja je povezana z zadovoljstvom z življenjem. Zadovoljstvo z življenjem zvišujejo pozitivni kazalci delovnega življenja in znižujejo negativni kazalci delovnega življenja.
- Zadovoljstvo z ekonomskim stanjem je povezano s kakovostjo delovnega življenja.
- Kakovost delovnega življenja in zdravje zaposlenih v Sloveniji sta v primerjavi z odgovori korespondentov iz ostalih držav slabše ocenjena.
- Zadovoljstvo z zdravjem, zadovoljstvo z življenjem in zadovoljstvo z ekonomskim stanjem so prenosorazmerno povezane spremenljivke.
- Moški so bolj kot ženske zadovoljni z zdravjem, življenjem, kakovostjo dela ter ekonomskim stanjem in izobrazbo.

TEORETIČNA IZHODIŠČA

»Kakovost delovnega življenja je sredstvo za povečevanje produktivnosti s pomočjo boljše motiviranosti in večjega zadovoljstva delavcev, zmanjševanja stresnih situacij, izboljšanja komuniciranja ter zmanjševanja odpora do sprememb. Delavce je potrebno pritegniti k reševanju problemov, ki zadevajo njih in njihove odnose z organizacijo« (Svetlik, 1996: 162).

»Kakovost življenja ni odvisna le od sredstev, ki jih imajo ljudje, temveč tudi od tega, kako ta sredstva uporabljajo. Kakovost življenja se prav tako ne more meriti le z lastništvom materialnih sredstev in z zadovoljevanjem materialnih potreb, temveč tudi z nematerialnimi viri ter z zadovoljevanjem nematerialnih potreb. Cilj tovrstnega raziskovanja je bil od vsega začetka ponuditi dodatne, neekonomske kazalce družbenega razvoja« (Svetlik, 1996-predgovor).

Svetlik je leta 1998 povzel Desslerja (1988) in pravi, da je kakovost delovnega življenja izražena z možnostmi zaposlenih, da z delom v organizaciji zadovoljujejo svoje osebne potrebe. Svetlik ugotavlja, da je kakovost delovnega življenja v organizaciji določena:

- s poštenim, enakopravnim in spodbujevalnim obravnavanjem zaposlenih,
- z možnostmi vseh zaposlenih, da v največji meri uporabljajo svoje sposobnosti in da dosežejo največjo mero samouresničitve,
- z odkritim in zaupljivim komuniciranjem med vsemi zaposlenimi,
- z aktivno vlogo vseh zaposlenih pri sprejemanju pomembnih odločitev, ki zadevajo njihovo delo,
- z ustreznim in poštenim nagrajevanjem in
- z varnim in zdravim delovnim okoljem (Kern, 2001: 115).

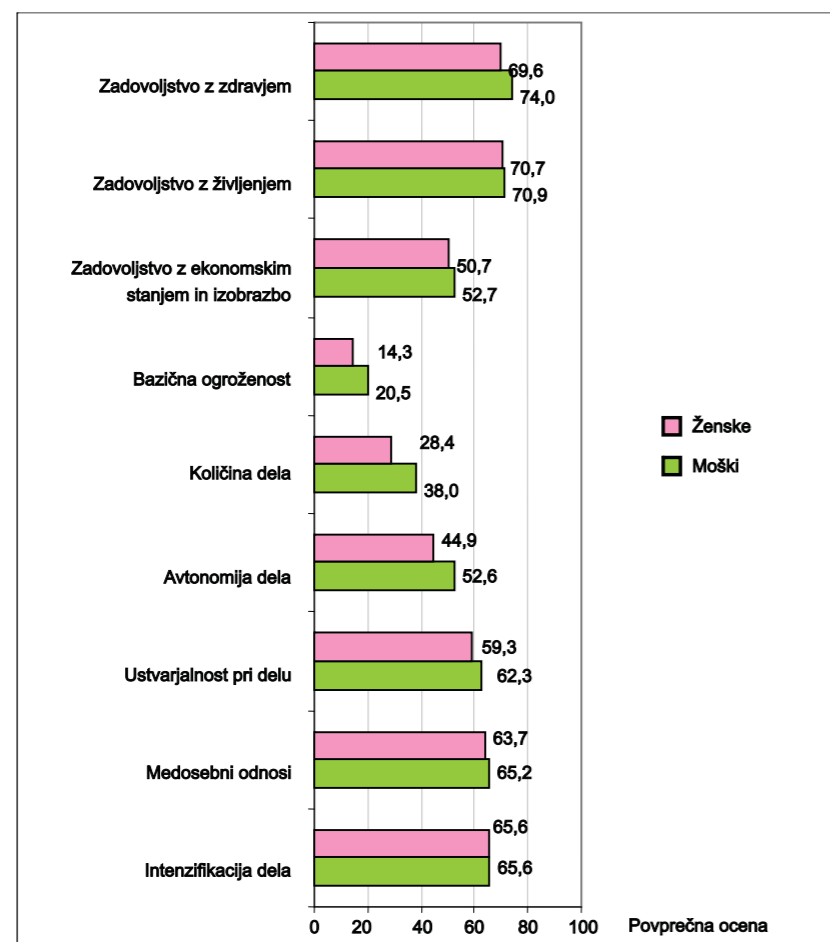
Državo blaginje bi najsplošneje lahko opredelili kot državo, kjer je organizirana moč namenoma uporabljena (prek mehanizma oblikovanja politike in njene implementacije) za korekcijo posledic delovanja tržnih sil v vsaj naslednjih treh smereh (Briggs, 2000):

- z zagotavljanjem minimalnega dohodka posameznikom in družinam, ne glede na tržno vrednost njihovega dela ali premoženja
- z zmanjševanjem obsega nevarnosti, ki izhajajo predvsem iz dogajanj na trgu delovne sile (različni t.i. socialni primeri), ki so povezani z različnimi primeri nesposobnosti za delo (invalidnost, bolezen, nesreče), primeri brezposelnosti in tipičnimi »nedelavnimi« življenjskimi cikli (materinstvo, starost, otroštvo, šolanje,...)
- z zagotavljanjem vsem državljanom, ne glede na njihov status ali razred, socialne storitve in dobrine v skladu z vnaprej dogovorjeno nacionalno ravno, ki je (lahko) določena kot optimum ali minimum.

METODE

V prispevku so analizirani podatki, ki so bili zbrani znotraj Evropske družboslovne raziskave ESS (European Social Survey, 2005). Izbrani podatki so analizirani s pomočjo programa za obdelavo statističnih podatkov, ki se imenuje SPSS for Windows 1.2 (Statistical Products and Service Solutions). Iz vseh danih spremenljivk so oblikovane sintetične spremenljivke zadovoljstva z zdravjem, življenjem in ekonomskim stanjem ter spremenljivke na temo kakovosti delovnega življenja (bazična ogroženost, količina dela izven ustaljenega delovnega časa, avtonomija dela, ustvarjalnost pri delu, medosebni odnosi in intenzifikacija dela). Sintetične spremenljivke so oblikovane zaradi lažje obdelave ogromne količine podatkov in s tem bolj nazornega prikaza dejanskega stanja. Omenjena raziskava je dostopna na spletu, zato posebno dovoljenje

Slika 1: Razlike med moškimi in ženskami po posameznih sintetičnih spremenljivkah



Razpredelnica 1: Izračunane korelacije med vsemi sintetičnimi spremenljivkami

		Zadovoljstvo z zdravjem	Zadovoljstvo z življenjem	Zadovoljstvo z ekonomskim stanjem in izobrazbo	Bazična ogroženost	Količina dela izven ustaljenega del. časa	Avtonomija dela	Ustvarjalnost pri delu	Medosebni odnosi	Intenzifikacija dela
Zadovoljstvo z zdravjem	Pearson. korelac.	1	,280(**)	,143(**)	-,073(**)	,027(**)	,074(**)	,077(**)	,141(**)	-0,003
	Sig. (2-smerna)	.	0	0	0	0	0	0	0	0,68
	Število (N)	38644	38619	38298	17379	20765	38208	14632	38511	17471
Zadovoljstvo z življenjem	Pearson. korelac.	,280(**)	1	,442(**)	-,107(**)	-,031(**)	,193(**)	,235(**)	,214(**)	-,079(**)
	Sig. (2-smerna)	0	.	0	0	0	0	0	0	0
	Število (N)	38619	38623	38281	17371	20755	38192	14626	38492	17464
Zadovoljstvo z ekonom. stanjem in izobrazbo	Pearson. korelac.	,143(**)	,442(**)	1	-,097(**)	-0,002	,112(**)	,124(**)	,108(**)	-,074(**)
	Sig. (2-smerna)	0	0	.	0	0,723	0	0	0	0
	Število (N)	38298	38281	38301	17331	20699	37891	14590	38173	17419
Bazična ogroženost	Pearson. korelac.	-,073(**)	-,107(**)	-,097(**)	1	,158(**)	-,086(**)	0,01	-,035(**)	,137(**)
	Število (N)	17379	17371	17331	17382	17353	17358	14527	17346	17334
Količina dela izven ustaljenega del. časa	Pearson. korelac.	,027(**)	-,031(**)	-0,002	,158(**)	1	,172(**)	,123(**)	,029(**)	,200(**)
	Število (N)	20765	20755	20699	17353	20767	20684	14610	20722	17443
Avtonomija dela	Pearson. korelac.	,074(**)	,193(**)	,112(**)	-,086(**)	,172(**)	1	,379(**)	,095(**)	-0,004
	Število (N)	38208	38192	37891	17358	20684	38215	14621	38085	17450
Ustvarjalnost pri delu	Pearson. korelac.	,077(**)	,235(**)	,124(**)	0,01	,123(**)	,379(**)	1	,107(**)	,132(**)
	Število (N)	14632	14626	14590	14527	14610	14621	14635	14603	14596
Medosebni odnosi	Pearson. korelac.	,141(**)	,214(**)	,108(**)	-,035(**)	,029(**)	,095(**)	,107(**)	1	-,023(**)
	Število (N)	38511	38492	38173	17346	20722	38085	14603	38512	17437
Intenzifikacija dela	Pearson. korelac.	-0,003	-,079(**)	-,074(**)	,137(**)	,200(**)	-0,004	,132(**)	-,023(**)	1
	Število (N)	17471	17464	17419	17334	17443	17450	14596	17437	17474

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

za dostop ni bilo potrebno. S pomočjo podprogramov (Frequencies, Recode in Compute) so bile izračunane korelacije oziroma povezave med spremenljivkami in Pearsonov koeficient, ki je mera linearne povezanosti med vsaj dvema, intervalno povezanima spremenljivkama (Kropivnik in Trampuž, 2000).

Uporabljeni so le podatki zaposlenih respondentov in respondentk, v samo raziskavo so bili namreč vključeni naključni mimoidoči. Na vprašanja je odgovarjalo 47 537 ljudi, veljavnih odgovorov pa je 38 651. Le-ti se porazdelijo med 33 376 zaposlenih, 4 647 samozaposlenih in 628 ljudi, ki delajo za lastno družinsko podjetje (European Social Survey, 2005).

REZULTATI

Moški so od žensk bolj zadovoljni z zdravjem, življenjem in ekonomskim stanjem. Na delovnih mestih se počutijo manj bazično ogrožene, čeprav delajo več kot ženske. Pri svojem delu so bolj ustvarjalni, imajo boljše medosebne odnose in imajo večjo avtonomijo. Po intenzivnosti oba spola enako ocenjujeta svoje delo.

Razpredelnica 2: Razporeditev povprečnih ocen zadovoljstva z zdravjem, zadovoljstva z življenjem in zadovoljstva z ekonomskim stanjem

	Zadovoljstvo z zdravjem	Zadovoljstvo z življenjem	Zadovoljstvo z ekonomskim stanjem
Nemčija	70,3	73,8	50,6
Velika Britanija	75,2	75,2	61,4
Švedska	74,6	80,3	64,8
Španija	73,9	65,8	41,5
Slovaška	68,0	62,4	44,9
Švica	76,4	80,2	56,7
Slovenija	68,9	69,8	47,0

DISKUSIJA

Zdravje in delo se uvrščata med najpomembnejše vrednote posameznika in družbe. Zato je tudi spremljanje zdravja v povezavi z delom in obratno že tradicionalno deležno precejšnje pozornosti. Tudi v sodobnih razvojnih in političnih dokumentih se področje zdravja in varnosti delavcev redno pojavlja med prioritarnimi nalogami delovanja in doseganja izboljšav.

Z analizo je ugotovljeno, da je stopnja kakovosti delovnega življenja povezana s stopnjo zadovoljstva z zdravjem in zadovoljstva z življenjem. Avtonomija na delovnem mestu, možnost ustvarjalnosti pri delu in medosebni odnosi so pozitivno povezani z zadovoljstvom z zdravjem in z zadovoljstvom z življenjem. Bolj kot ima posameznik proste roke pri organizaciji svojega dela in več kot ima svobode na delovnem mestu, bolj se počuti zdrav in bolj je zadovoljen s samim seboj. Po drugi strani pa sta bazična ogroženost na delovnem mestu in intenzifikacija dela negativno povezana z zadovoljstvom z zdravjem in zadovoljstvom z življenjem. Bolj kot je delo fizično in psihično naporno, manj se ljudje počutijo zdrave in zadovoljne z življenjem. Torej bolj se ljudje počutijo zdrave in zadovoljne z življenjem, boljši je njihov odnos do dela in posledično je boljša tudi kakovost delovnega življenja in produktivnost samega dela. Ugotovljeno je tudi, da je zadovoljstvo z ekonomskim stanjem povezano s kakovostjo delovnega življenja. Torej bolj kot je posameznik zadovoljen s svojim ekonomskim stanjem, bolj je zadovoljen tudi s kakovostjo delovnega življenja.

Kakovost delovnega življenja je povezana tudi z Allardtovimi kazalci delovnega življenja, saj morajo biti po njegovem mnenju za visoko kakovost dela in dobro posameznikovo blagostanje, zagotovljene potrebe »biti«, »ljubiti«, »imeti« in potrebe po varnosti (Allardt, 1993). Werther in Davis (1993) sta mnenja, da je storilnost mogoče povezati z dvigom kakovosti delovnega življenja. Prav tako tudi management celovite kakovosti ter Birch in Paul (2003) poudarjajo celovit pristop h kakovosti delovnega življenja in postavljajo zadovoljstvo posameznika kot bistveni kazalec kakovosti delovnega življenja.

Zadovoljstvo z zdravjem, zadovoljstvo z življenjem in zadovoljstvo z ekonomskim stanjem so med seboj povezani s pozitivnimi korelacijami. Opažamo, da sta najmočnejše povezana zadovoljstvo z življenjem in zadovoljstvo z ekonomskim stanjem.

Državljeni Slovenije se glede na povprečne ocene res nahajajo med prebivalci, ki so manj zadovoljni z ugodnostmi svojega socialnega modela. Zadovoljstvo z zdravjem, življenjem in ekonomskim stanjem ter avtonomijo pri delu in medosebne odnose ocenjujejo slabše kot državljani preostalih modelov socialne politike v Evropi. Prebivalstvo Slovenije se stara in socialna varnost se pomika od varne k negotovi prihodnosti. Delovna mesta postajajo vse bolj fleksibilna in negotova, trg delovne sile pa je premalo prilagodljiv, saj se v Sloveniji pojavlja veliko dolgotrajno brezposelnih ljudi. Potrebne so spremembe, a ne takšne, ki bi pomenile žrtvovanje socialne države in krčenja pravic, temveč spremembe za oblikovanje pravičnejše in dolgoročno vzdržne socialne države, ki bo hkrati ljudi spodbujala k večji aktivnosti. Spremembe so nujne predvsem zaradi globalizacije in staranja slovenske družbe. Oboje zahteva prilagoditev socialnih sistemov, ne le pri nas, ampak v vseh evropskih državah. Zagotovo pa bi morali v Sloveniji v prihodnosti ukrepati tudi v smislu večje varnosti na delovnem mestu in manjše intenzitete dela.

Analiza povprečnih vrednosti glede na spol kaže, da so moški res bolj zadovoljni od žensk. Moški so bolj zadovoljni z zdravjem, ekonomskim stanjem, življenjem, avtonomijo pri delu, medosebnimi odnosi in ustvarjalnostjo pri delu, ženske pa so manj bazično ogrožene na delovnem mestu in delajo manj izven ustaljenega delovnega časa kot moški. Delo obeh spolov je po ocenah ljudi popolnoma enako intenzivno. Tudi raziskava o kakovosti dela in zaposlitve v Evropi iz leta 2002 prikazuje veliko razliko v zadovoljstvu z ekonomskim stanjem in življenjem med moškimi in ženskami. Moški so po podatkih omenjene raziskave mnogo bolje plačani za svoje delo. Boljša plača pa vodi v večje zadovoljstvo z življenjem in ekonomskim stanjem. Če sta zagotovljena ta dva faktorja, je posledica zagotovo višja kakovost delovnega življenja. V raziskavi iz leta 2002 je omenjena visoka, kar 56 odstotna intenzivnost dela v Evropi, medtem ko raziskava ESS iz leta 2005 kaže na 65,5 povprečno oceno intenzivnosti dela.

Zanimiv je tudi podatek, da so moški bolj kot ženske bazično ogroženi na delovnem mestu in so vseeno bolj zadovoljni s svojim zdravjem. Bazična ogroženost se še vedno vrednoti predvsem v smislu fizične in ne toliko psihične ogroženosti na delovnem mestu. Dejstvo je tudi, da se prijavi vsaka še tako majhna fizična poškodba na delovnem mestu, medtem ko je dokazovanje psihične ogroženosti zelo velik problem. Prav tako je znano, da se pogosteje fizično poškodujejo moški, saj so nosilci večine fizičnih dejavnosti. Nasilje in nadlegovanje na delovnem mestu pa se pogosteje vrši nad ženskami, ki si zaradi lastne varnosti in eksistence le-tega ne upajo prijaviti.

ZAKLJUČEK

V prihodnosti se bo morala celotna Evropa še bolj povezati, predvsem v smislu zagotavljanja enakih možnosti, priložnosti in socialnih pravic za vse ljudi. Nujno bo zvišati stopnjo kakovosti dela in se v bodoče še bolj usmeriti na posameznika in njegove potrebe. Le na ta način bo možno izboljševati stopnjo zadovoljstva zaposlenih na vseh področjih. Glede na to, da je stopnja zadovoljstva z ekonomskim stanjem delno odvisna tudi od izobrazbe, bo potrebno zaposlene usmerjati v vseživljenjsko učenje, organizacije pa v učeče se ustanove. Izobrazba predstavlja človeški kapital, z nivojem izobrazbe pa raste tudi posameznikova skrb za lastno zdravje. V Sloveniji bo potrebno širiti promocijo zdravja, preventivo bolezni in zdrav način življenja. Rezultati analize kažejo, da je nivo zadovoljstva z zdravjem in življenjem v Sloveniji na precej nizki ravni. Glede na prevladujoči sedeči način dela, bo moral v prihodnosti tudi vsak posameznik poskrbeti za zdrav način prehranjevanja in gibanja. Zadovoljstvo z zdravjem in življenjem zaposlenih sta posledici načina in kakovosti dela, torej bo potrebno v bližnji prihodnosti poskrbeti za čim bolj zdravo, ugodno in posamezniku prijazno delovno okolje.



LITERATURA

- Allardt E. Having, loving, being: An alternative to the Swedish Model of Welfare Research. In: Nussbaum M, Sen A. The Quality of Life. Oxford: Clarendon Press; 1993: 88-94.
- Birch C, David P. Life and work. Sydney: UNSW Press; 2003.
- Briggs A. The Welfare State in Historical Perspective. In: Pierson C, Castles F. The Welfare State. A reader. Polity Press in association with Blackwell Publishers Ltd. Cambridge, Oxford, Malden; 2000.
- European Social Survey. (2005). Dostopno na: <http://www.europeansocialsurvey.org> (16.6.2007).
- Kern B, Ovsenik M, Ovsenik J. Osnove organizacije za socialno delo. Študijsko gradivo. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo; 2001.
- Kropivnik S, Trampuž C. Analize podatkov z SPSS-om. Predavanja in vaje, RC Fakulteta za družbene vede. Ljubljana; 2000.
- Svetlik I. Kakovost življenja v Sloveniji. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 1996.
- Svetlik I. Oblikovanje dela in kakovost delovnega življenja. In: Možina S, Svetlik I. Management kadrovskih virov. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 1998: 175-204.
- Werther BW, Davis K. Human Resources and Personnel Management. New York: McGraw-Hil; 1993.

133D

MOTIVACIJA ZAPOSLENIH KOT POMEMBEN ELEMENT KAKOVOSTI V ZDRAVSTVENI NEGI

EMPLOYEE MOTIVATION AS AN IMPORTANT ELEMENT IN THE QUALITY OF NURSING

predav. Mojca Dobnik, univ. dipl. org., dipl. m. s.

Univerzitetni klinični center Maribor

viš. predav. mag. Mateja Lorber, univ. dipl. org, viš. med. ses.

Fakulteta za zdravstvene vede, Univerze v Mariboru

mojca.dobnik@triera.net

Ključne besede: zdravstvena nega, zaposleni, kakovost

IZVLEČEK

Izhodišča: Motivacija je tisto, zaradi česar ljudje ob določenih spretnostih in znanju delajo. Le z izboljševanjem kakovosti storitev in motiviranimi ter zadovoljnimi zaposlenimi se lahko nižajo stroški zdravljenja in oskrbe. Pri motiviranju obstaja cela paleta stvari, ki so pomembne za posameznika, včasih je mogoče s povsem preprostimi managerskimi prijemi marsikaj narediti. Namen raziskave je bil ugotoviti vpliv motivacije, izobraževanja in raziskovanja na kakovost v zdravstveni negi.

Metode: Raziskava je temeljila na kvantitativni metodologiji. Uporabljena je bila opisna raziskovalna metoda, za metodo zbiranja podatkov pa smo uporabili anketni vprašalnik, ki je vseboval 54 vprašanj zaprtega tipa. V raziskavo so bili vključeni zaposleni v zdravstveni negi v eni od bolnišnic v Sloveniji. Podatke smo statistično obdelali z računalniškim programom SPSS 20.0. Za ugotavljanje statistično pomembnih razlik med posameznimi spremenljivkami smo uporabili t-test. Uporabili smo tudi korelacijsko analizo ter univariatno regresijsko analizo, da smo ugotavljali vpliv posamezne neodvisne spremenljivke na odvisno spremenljivko.

Rezultati: Ugotovili smo, da se proučevane spremenljivke, kot so motivacija zaposlenih ($r=0,485$; $p<0,001$), izobraževanje ($r=0,422$; $p<0,001$) in raziskovanje ($r=0,307$; $p<0,001$) statistično pomembno pozitivno povezujejo s kakovostjo v zdravstveni negi. Hkrati smo z regresijsko analizo ugotovili, da ima na kakovost v zdravstveni negi statistično pomembno najmočnejši vpliv motivacija ($\beta=0,362$; $p<0,001$), sledi izobraževanje ($\beta=0,182$; $p=0,035$) in raziskovanje ($\beta=0,127$, $p=0,041$). Z vsemi tremi proučevanimi dejavniki lahko pojasnimo 38 % celotne variabilnosti kakovosti v zdravstveni negi.

Diskusija in zaključek: Znano je, da imajo motiviranje zaposlenih, izobraževanje in raziskovanje pomemben vpliv na zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi. Skrb vseh zaposlenih v zdravstveni negi mora postati zavedanje, da je potrebno nenehno izboljševanje zdravstvenih storitev. Hkrati pa je potrebno zavedanje, da vir konkurenčne prednosti niso samo storitve in finančni viri, temveč tudi motivirani zaposleni. Smiselno bi bilo redno spremljanje dejavnikov, ki vplivajo na motivacijo.

Keywords: health care, employment, quality

ABSTRACT

Introduction: Motivation is what makes people with certain skills and knowledge work. Only by improving the quality of service and motivated and satisfied employees can reduce their costs of treatment and care. In motivating a whole range of things that are important to the individual, sometimes it can be quite simple with managerial approaches done. The purpose of this study was to determine the effect of motivation, education and research on quality in healthcare.

Methods: The study was based on quantitative methodology. Used the descriptive research method, the method of data collection, we used a questionnaire, which contained 54 closed-ended questions. The study included employees in health care in one of the hospitals in Slovenia. Data were statistically analyzed with the computer program SPSS 20.0. To determine the differences were statistically significant, we used the individual variables we used t-test. We also used univariate correlation analysis and regression analysis, we tested the effect of each independent variable on the dependent variable.

Results: We found that the studied variables such as employee motivation ($r = 0.485$, $p < 0.001$), education ($r = 0.422$, $p < 0.001$) and exploration ($r = 0.307$, $p < 0.001$) significantly positively correlated with quality in health care. At the same time we have the regression analysis found that the quality of health care in the strongest statistically significant impact motivation ($\beta = 0.362$, $p < 0.001$), followed by education ($\beta = 0.182$, $p = 0.035$) and exploration ($\beta = 0.127$, $p = 0.041$). With all three factors under study can explain 38% of the total variability in the quality of nursing care.

Discussion and conclusion: It is well known that employee motivation, education and researches an important impact on the quality of nursing care. Concern for all employees in health care must become aware of the need for continuous improvement of healthcare services. At the same time, it is necessary to recognize that a source of competitive advantage not only services and financial resources, but also motivated employees. It would be regular monitoring of the factors that influence motivation.

UVOD

Beseda motiv izhaja iz latinske besede »movere«, ki pomeni gibati se, oziroma širše nagib, pobuda za kaj, vzrok, razlog, namen, glavna, vodilna misel (Verbinc, 1997). Marentič-Požarnikova (1980) definira motivacijo kot "...proces izzivanja človekove aktivnosti, njenega usmerjanja na določene predmete in uravnavanja, da bi se dosegli določeni cilji ...". Z motivacijo se torej odkriva proces izzivanja človekove aktivnosti in njenega usmerjanja k določenim ciljem.

Motivirati zaposlene za doseganje ciljev pomeni spodbuditi ljudi na način, z motivacijskimi dejavniki, da bodo opravili naloge učinkovito, na podlagi lastne odločitve. Motivacijski dejavniki so spodbuda in vir energije, ki motivira človeka, da opravi določeno aktivnost. Po mnenju strokovnjakov se uspešen menedžer drži predpisanih postopkov, uspešen vodja pa zna navdihniti in navdušiti, vplivati na ljudi in jih motivirati, da si prizadevajo k visoki kakovosti, da se razvijajo, da presegajo minimalne zahteve svojega delovnega mesta in da ustvarjajo nove zamisli. Zanimive so trditve različnih strokovnjakov, da se kljub upoštevanju razlik med vodenjem in menedžmentom v praksi obe ravni delovanja prekrivata in jih običajno ne omenjajo ločeno. Po njihovih mnenjih vodenje v organizaciji pomeni vplivanje na sodelavce, da bi usmerjali svoje ravnanje k doseganju ciljev organizacije, da bi povečali svoja prizadevanja k boljšim rezultatom. To naj bi počeli prostovoljno, ne pa iz strahu pred negativnimi posledicami (Jooste, 2004).

Motivacija in motiviranje

Motivacija pomeni narediti nekaj, ali spodbuditi vedenje zaposlenih do večje uspešnosti, produktivnosti in s tem pripomore k boljši kakovosti (Awosusi, 2011). Na področju zdravstvenega varstva je uresničevanje

zdravstvenih ciljev v populaciji v veliki meri odvisno od zagotavljanja učinkovite, dostopne, izvedljive in visoko kakovostne storitve. Če so zaposleni v zdravstvu prisotni v zadostnem številu in ustrezno porazdeljeni po različnih strokah in geografskih regijah, ima to močan vpliv na splošno delovanje zdravstvenega sistema (Rigoli, Dussault, 2003). Izdelana politika za upravljanje človeških virov je izdelana v večini držav, s tem uravnavajo neravnovesja, ki ogrožajo zmogljivost sistemov zdravstvenega varstva za doseg svojih ciljev (Dussault, Dubois, 2003).

Zaposleni v zdravstvenem sektorju ima posebne značilnosti, ki jih ni mogoče prezreti, in motivacija lahko igra ključno vlogo v številnih nujnih izzivih zdravstva danes (Ratanawongsa, Howell, Wright, 2006). Na tem področju je naloga motivacije: uravnavati gospodarske odnose med tistimi, ki uporabljajo sistem, in sistemom samim (zdravstvenim osebjem in pacienti) in heterogenostjo delovne sile, s katero se upravlja (Goldsmith, 2005). Zdravstvene organizacije, se soočajo z zunanjimi pritiski, ki jih ni mogoče učinkovito izpolniti brez ustreznih prilagoditev in razvojem delovne sile, zato se zdi, da je ključni del zdravstvene politike razvojni proces (Dubois, Singh, 2009).

Keršmanec (2009) navaja naslednje dejavnike, ki v delovni organizaciji vplivajo na motivacijo:

- pohvale in graje;
- poznavanje rezultatov dela;
- pričakovanja zaposlenih;
- sodelovanje;
- tekmovanje;
- različne možnosti vplivanja na delo.

Motiviranje je pomembna sposobnost vodilnega osebja. Vodilno osebje se mora zavedati individualnih potreb zaposlenih in povezati želeni učinek z ustreznostjo dejavnosti zaposlenih in motiviranju zaposlenih nameniti dovolj časa.

Zaman s sodelavci (2011) ugotavljajo, da obstaja sicer veliko dejavnikov, ki vplivajo na motiviranost in uspešnost zaposlenega, kot so: delovni pogoji, sodelavci, odnos delodajalca, priložnost za usposabljanje, varnost pri delu in splošne usmeritve institucije ter postopki za nagrajevanje zaposlenih. Ajayi (2004) ugotavlja, da je potrebno za optimalno uspešnost in kakovost redno motivirati zaposlene in jih spodbujati tako materialno kot nematerialno. Glen (1998) celo trdi, da kakovosti zdravstvene nege ni mogoče presojati z vidika učinkovitosti, temveč je po njegovem ključ izboljšanja le v izboljšanju motivacije in čustvenih tendenc.

METODOLOGIJA

Namen raziskave je bil ugotoviti dejavnike, ki vplivajo na kakovost v zdravstveni negi. V ta namen smo si zastavili dve hipotezi:

Hipoteza 1: Izobraževanje, raziskovanje in motivacija se statistično pomembno povezuje s kakovostjo v zdravstveni negi.

Hipoteza 2: Motivacija zaposlenih ima statistično najpomembnejši vpliv na kakovost v zdravstveni negi.

V okviru raziskovalnega procesa smo uporabili kvantitativni pristop raziskovanja, kot metodo raziskovanja smo uporabili poizvedovanje, za metodo zbiranja podatkov pa anketni vprašalnik, ki je vseboval vprašanja zaprtega tipa. Raziskavo smo izvedli v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor. Pred izvedbo raziskave smo pridobili pisno soglasje vodstva Univerzitetnega kliničnega centra Maribor. Razdelili smo 200 anketnih vprašalnikov, kar je predstavljalo 14,8 % populacije med 1400 zaposlenimi v zdravstveni negi Univerzitetnega kliničnega centra Maribor. Vrnjenih in popolno izpolnjenih je bilo 158, kar je predstavljalo

79 % odziv. V raziskavi so sodelovali zaposleni v zdravstveni negi, do trditev so se opredeljevali na 5-stopenjski Likertovi lestvici. Uporabili smo različne statistične metode s pomočjo računalniškega programa SPSS 20,0. Z uporabo opisne statistike smo ugotavljali statistično pomembne razlike med posameznimi spremenljivkami. Uporabili smo Pearsonov koeficient korelacije za ugotavljanje povezave med proučevanimi spremenljivkami, z regresijsko analizo pa smo analizirali vpliv neodvisnih spremenljivk na odvisno spremenljivko ter s tem pojasnili delež variabilnosti odvisne spremenljivke s proučevanimi neodvisnimi spremenljivkami.

REZULTATI

V raziskavi je sodelovalo 158 zaposlenih v zdravstveni negi, od tega je bilo 26 (16,5 %) moških in 132 (83,5 %) žensk. Sodelovalo je 86 (54,4 %) zaposlenih s srednješolsko izobrazbo, 3 (19 %) zaposlenih z višješolsko izobrazbo, 62 (39,2 %) zaposlenih z visokošolsko izobrazbo, 5 (3,2 %) zaposlenih z univerzitetno izobrazbo in 2 (1,3 %) zaposlena z magisterijem. Povprečna starost zaposlenih je bila 38,5 let (najnižja starost je bila 20 let in najvišja starost je bila 56 let). Vodje so na vodilnem položaju povprečno 6,9 let (najmanj 1 leto in največ 15 let).

V Razpredelnici 1 so prikazani rezultati povprečnih vrednosti in standardnega odklona za proučevane spremenljivke: izobraževanje, raziskovanje, motivacija in kakovost. Ugotovili smo, da je najvišje ocenjena spremenljivka kakovost ($3,87 \pm 0,49$) in najnižje je s strani zaposlenih ocenjena spremenljivka raziskovanje ($3,17 \pm 0,51$).

Razpredelnica 1: Rezultati proučevanih spremenljivk

Spremenljivke	N	Min	Max	M	Standardni odklon
Izobraževanje	158	1,88	4,88	3,31	0,634
Raziskovanje	158	1,83	4,42	3,17	0,511
Motivacija	158	1,90	4,40	3,19	0,524
Kakovost	158	2,36	4,86	3,87	0,489

V nadaljevanju smo uporabili še Pearsonov korelacijski koeficient za ugotavljanje korelacije med proučevanimi spremenljivkami. Ugotovili smo, da se proučevane spremenljivke, kot so motivacija zaposlenih ($r=0,485$; $p<0,001$), izobraževanje ($r=0,422$; $p<0,001$) in raziskovanje ($r=0,307$; $p<0,001$) statistično pomembno pozitivno povezujejo s kakovostjo v zdravstveni negi.

V nadaljevanju smo z ANOVO ugotavljali statistično pomembne razlike v proučevanju izobraževanja, raziskovanja, motivacije in kakovosti glede na delovno dobo in stopnjo izobrazbe. Rezultati so prikazani v Razpredelnici 2.

Razpredelnica 2: Rezultati ANOVE za proučevane spremenljivke

Spremenljivke	Izobrazba		Delovna doba	
	F	p	F	p
Izobraževanje	10,658	<0,001	1,189	0,315
Raziskovanje	12,399	<0,001	1,304	0,258
Motivacija	1,716	0,149	1,762	0,111
Kakovost	1,173	0,393	1,053	0,393

Ugotovili smo, da glede na leta delovne dobe (izkušnje) ne prihaja do statistično pomembnih razlik pri proučevanih spremenljivkah, kot so izobraževanje, raziskovanje, motivacija in kakovost. Hkrati smo pa

ugotovili, da glede na izobrazbo prihaja do statistično pomembnih razlik le pri spremenljivkah raziskovanje in izobraževanje.

V Razpredelnici 3 so predstavljeni rezultati regresijske analize za spremenljivko kakovost. Ugotavljali smo vpliv izobraževanja, raziskovanja in motivacije na kakovost v zdravstveni negi.

Razpredelnica 3: Rezultati regresijske analize za kakovost

Kakovost	Spremenljivke	Beta	t	p
$R^2=0,382$	Izobraževanje	0,182	2,129	0,035
	Raziskovanje	0,127	1,651	0,041
	Motivacija	0,362	4,625	<0,001

Z regresijsko analizo smo ugotovili, da ima motivacija najmočnejši vpliv ($\beta=0,362$; $p<0,001$) na kakovost, sledi izobraževanje ($\beta=0,182$; $p=0,035$) in raziskovanje ($\beta=0,127$, $p=0,041$). Z vsemi tremi proučevanimi dejavniki lahko pojasnimo 38 % celotne variabilnosti kakovosti v zdravstveni negi. Iz rezultata ugotovimo, da na kakovost v zdravstveni negi vplivajo tudi drugi dejavniki, ki pa niso bili predmet dane raziskave.

RAZPRAVA

Ugotovili smo, da se motivacija anketiranih zaposlenih ne razlikuje glede na izobrazbo in delovno dobo, kljub temu da je Nedussies (2012) v raziskavi ugotovil, da se motivacija razlikuje na podlagi starosti, izobrazbe in delovnih izkušenj, medtem ko ni opaziti večje razlike v motivaciji za delo, ki temelji na spolu. Prav tako je ugotovil, da so medicinske sestre, ki so prejele nagrado, manj motivirane za nagrado, imajo pa s tem pomemben in pozitiven prispevek za motivacijo.

Ugotovili smo, da je najvišje ocenjena spremenljivka kakovost in najnižje s strani zaposlenih ocenjena spremenljivka raziskovanje, kar kaže na to, da vsi zaposleni še vedno ne prepoznajo pomena raziskovanja in izobraževanja za kakovostno opravljanje storitev v klinični praksi. Prav tako smo ugotovili, da leta delovne dobe, to pomeni izkušnje, statistično pomembno ne vplivajo na proučevane spremenljivke, kot so izobraževanje, raziskovanje, motivacija in kakovost. Hkrati smo ugotovili, da glede na izobrazbo prihaja do statistično pomembnih razlik le pri spremenljivkah raziskovanje in izobraževanje. Pomembno vlogo pri tem ima srednji menedžment, da vzpodbudi zaposlene za sodelovanje v izobraževanju in raziskovanju. Ugotovili smo, da se proučevane spremenljivke, kot so motivacija zaposlenih, izobraževanje in raziskovanje, statistično pomembno pozitivno povezujejo s kakovostjo v zdravstveni negi, s čimer lahko potrdimo prvo zastavljeno hipotezo. Prav tako so Thiengburanatham s sodelavci (2011) ugotovili, da se motivacijski dejavniki zmerno pozitivno povezujejo s kakovostjo zdravstvene nege glede na zaznavanje medicinskih sester. Prav tako so ugotovili, da bi z motivacijskimi in higienskimi dejavniki lahko napovedali 97,6 % kakovosti. Hkrati je Awosusi (2011) ugotovil, da ni bistvene razlike med vzroki za nizko motiviranost medicinskih sester in njihovo uspešnostjo.

V nadaljevanju smo ugotovili, da ima motivacija statistično najmočnejši vpliv na kakovost, sledi izobraževanje in raziskovanje. Glede na rezultate regresijskega koeficienta lahko potrdimo tudi drugo zastavljeno hipotezo, saj smo ugotovili, da motivacija statistično pomembno vpliva na kakovost v zdravstveni negi. Tudi Lambrou s sodelavci (2010), Nedussies (2012), Ovretveit (2005) in Tzeng (2002) ugotavljajo, da motiviranost in zadovoljstvo zaposlenih pripomore k višji kakovosti storitev. Motivirani zaposleni sodelujejo, dajejo pobude, predloge ter delujejo v korist pacienta in zavoda.



ZAKLJUČEK

Odgovor na vprašanje, kako motivirati vedno manj zaposlenih, ob vedno večjih obremenitvah, se skriva v tem, da se zaposleni počutijo varne, potrebne, spoštovane in cenjene. Menedžment ima možnost vpliva na življenje zaposlenih, zato mora upoštevati potrebe posameznika, novo tehnologijo, ki ponuja izzive in priložnosti za doseganje potreb ter zagotavljanje usposabljanj za zagotovitev potreb tako zaposlenega, kakor pacienta z opravljanjem kakovostne zdravstvene nege, kar je mogoče doseči z motiviranjem zaposlenih. Le motiviran zaposlen bo imel občutek varnosti, bo samozavesten, zadovoljen in imel bo občutek pripadnosti.

LITERATURA

- Ajayi K. Leadership, motivation, team work and information management for organizational efficiency. Niger J Soc Sci. 2011;1-16.
- Awosusi OO. Motivation and job performance among nurses in the Ekiti state environment of Nigeria. Int J Phar Bio Sci. 2011; 2(2): 1-13.
- Dubois CA, Singh D: From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systemic approach to health workforce management. Hum Resour Health 2009, 7 : 87.
- Dussault G, Dubois CA. Human resources for health policies: a critical component in health policies. Hum Resour Health 2003, 1 : 1.
- DuBrin J. Andrew. Fundamentals of Organizational Behavior. 2002. Second Edition, Thomson Learning, Cincinnati.
- Glen S. Emotional and motivationa tendencies: the key to quality nursing care?. Nurs Ethics. 1998; 5(1). 36-42.
- Goldsmith SB. Principles of Health Care Management: Compliance Consumerism and Accountability in the 21st Century. 1st edition. Sudbury, MA: Jones and Bartlett; 2005.
- Jooste K. Leadership: a new perspective. Journal of Nursing Management, 12, 2004; 217- 23.
- Keršmanec Tadeja. 2009. Motivacija zaposlenih za izobraževanje in izpopolnjevanje na enoti intenzivne nege in terapije nedonošenčkov v porodnišnici Ljubljana. Fakulteta za organizacijske vede, Univerze v Mariboru (Magistrsko delo).
- Lambrou P, Kontodimopoulos N, Niakas D. Motivation and job satisfaction among medical and nursing staff in a Cyprus public general hospital. Hum Res Health. 2010; 8(26): 1-9.
- Marentič Požarnik B. Dejavniki in metode uspešnega učenja. Ljubljana: DDU Univerzum, 1980.
- Nedussies N. Relationship between rewards and nurses' work motivation in Addis Ababa hospitals. Ethiop J Health Sci. 2012; 22(2): 107-12.
- Ovretweit J. Leading Improvement. J Health Organ Manag. 2005; 19(6): 413-30.
- Ratanawongsa N, Howell EE, Wright SM. What motivates physicians throughout their careers in medicine? Compr Ther. 2006; 32(4):210-17.
- Rigoli F, Dussault G. The interface between health sector reform and human resources in health. Hum Resour Health. 2003;1:9.
- Thiengburanatham U, Intraprasong B, Kaewpan W, Sillabutra J. How motivation to work affects nursing service quality according to perception of registered nurses at Phyathai hospital in Bangkok, Thailand. J Pub Health Dev. 2011; 9(2):143-53.
- Tzeng HM. The influence of nurses' working motivation and job satisfaction on intention to quit: an empirical investigation in Taiwan. Int J Nurs Studies. 2002; 39:867-78.
- Verbinc S. Slovar tujk. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1989.
- Zaman K, Hafiza NS, Shah SS, Jamseheed H. Relationship between rewards and employee motivation in the non-profit organization of Pakistan. Business intelligence Journal. 2011; 4(2): 327-34.

133E

MOTIVACIJA ZA DELO Z VIDIKA MEDICINSKIH SESTER

MOTIVATION FOR WORK FROM A NURSE'S PERSPECTIVE

Petrischa Robnik, dipl. m. s. (VS)

Splošna bolnišnica Slovenj Gradec

Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec, Alumni klub

viš. pred. mag. Boris Miha Kaučič

doc. dr. Danica Železnik

Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec

petrischa.robnik@gmail.com¹

Ključne besede: zadovoljstvo, delovno mesto, motiv, potreba, čustva

IZVLEČEK

Teoretična izhodišča: Motivacija je proces, s katero pri osebi dosežemo dovednost za določeno vedenje. Zaposlene v zdravstveni negi motivirajo tako notranji, kot zunanji dejavniki, ki vplivajo na zadovoljstvo medicinskih sester na delovnem mestu. Namen raziskave je ugotoviti, kateri motivacijski dejavniki pozitivno/negativno vplivajo na izvajalce zdravstvene nege na delovnem mestu.

Metode: Uporabili smo kvantitativno metodo raziskovanja. Za zbiranje podatkov smo kot instrument uporabili anketni vprašalnik. Uporabili smo neslučajnostni, priročni vzorec. Raziskavo smo opravili med zaposlenimi na področju zdravstvene nege v eni od splošnih bolnišnic. V raziskavi je od 345 zaposlenih v zdravstveni negi, sodelovalo 109 anketiranih (35,2 % realizacija vzorca). Podatki so bili obdelani v programu SPSS (18.0). Koeficient Cronbach alfa je pri vseh sklopih presegal vrednost 0,7.

Rezultati: Izvajalci zdravstvene nege so pripisali trditvam o motivaciji pri delu velik pomen in sicer so izpostavili največji povprečni pomen motivacije pri delu z zadovoljnim pacientom in dobrimi odnosi s sodelavci (PV=4,7) ter v stalnosti zaposlitve (PV=4,6). Najmanjši povprečni pomen motivacije pri delu je bil naveden v samomotivaciji, nagradah v obliki pohval, zadovoljnim nadrejenim in možnostjo pridobitve višje izobrazbe (PV=4,1).

Razprava in zaključek: Izvajalci zdravstvene nege so s svojim življenjem zelo zadovoljni in so ponosni, da opravljajo poklic medicinske sestre. Največ jim pomeni zadovoljni pacient. Iz pregleda literature je razvidno, da je najboljši način nagrajevanja tisti, ki ga izvajamo dovolj pogosto, ob razvojnih napredkih zaposlenih. Nagraditi je potrebno uspešnost pri delu, pridobitev novih znanj, sposobnosti in novih kompetenc, inovativnost ipd. Izvajalci zdravstvene nege bi začutili še večjo pripadnost delovni organizaciji, če bi jih za njihovo delo še dodatno motivirali.

1. Prispevek temelji na diplomskem delu z naslovom Dejavniki, ki vplivajo na zadovoljstvo medicinskih sester na delovnem mestu, ki ga je Petrischa Robnik, dipl. m. s. (VS) izdelala v okviru dodiplomskega visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje Zdravstvena nega. Mentor diplomskega dela je bil viš. pred. mag. Boris Miha Kaučič in somentorica, doc. dr. Danica Železnik. Javni zagovor diplomskega dela je potekal na Visoki šoli za zdravstvene vede Slovenj Gradec v mesecu septembru 2012

Keywords: satisfaction, workplace, motive, need, feelings

ABSTRACT

Theoretical background: Motivation is a process, with which we achieve the goal of making a person susceptible to certain behaviour. Nursing employees are motivated by inner and outer factors, which influence the nurse's satisfaction in the workplace. The purpose of this research was to determine, which motivational factors positively or negatively influence nurses at their workplace.

Methods: We used the quantitative method for this survey. The instrument for data gathering was a questionnaire. We used a non-coincidental and convenient sample. The survey was carried out among the nursing employees in one of the general hospitals. From a total of 345 employees 109 have agreed to take the survey (a 35.2% sample realization). Data were processed with the SPSS programme (version 18.0). The Cronbach alfa coefficient exceeded the value 0.7 in all sections.

Results: Nurses have emphasised the statements about motivation, namely they have exposed that the highest average significance of motivation at work was having a satisfied patient and having good relationships with their co-workers (PV=4.7), as well as having a full-time job (PV=4.6). The lowest values were recorded by self-motivation, rewards in the form of compliments, satisfied superiors, and the opportunity to get a higher education (PV=4.1).

Discussion and conclusion: Nurses are very satisfied with their lives, and are proud to be working in such a profession. A satisfied patient means the most to them. From literature reviews we can see that the best way of rewarding is the one, which we use often enough, at advances of employees. It is necessary to reward work performance, acquiring of new knowledge, skills and competences, innovativeness, etc. Nurses would feel an even bigger affiliation to their organization if they were additionally rewarded for their work.

UVOD

Priprava na delo je bistven element motivacije in kakovosti opravljenega dela. Vsak posameznik si postavlja svoja merila. Če v delu vidi smisel, s katerim bo po njegovem prepričanju dosegel načrtovane cilje, potem bo za to delo zagotovo motiviran. Dejstvo je, da so ljudje najbolj motivirani za tisto delo, za katerega že v naprej vedo, da bodo z njim dosegli uresničljive cilje, zelo narobe je namreč postavljati takšne cilje, za katere že vnaprej vedo, da so težko uresničljivi. Ker je od posameznika odvisno, kakšne cilje si postavlja, je temu primerna tudi motivacija za delo. Največja motivacija za delo medicinskim sestram je kakovostno opravljena zdravstvena nega in posledično zadovoljen pacient.

Namen prispevka je predstaviti, kateri motivacijski dejavniki pozitivno/ negativno vplivajo na izvajalce zdravstvene nege na delovnem mestu.

Na podlagi opredeljenega raziskovalnega problema smo oblikovali raziskovalno vprašanje: Kateri motivacijski dejavniki pozitivno/negativno vplivajo na zaposlene v zdravstveni negi?

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Motivacija je postopek spodbujanja nekoga k delovanju ali proces, s katerim pri osebi dosežemo dovezetnost za določeno vedenje. Ljudi motivirajo tako notranji kot zunanji dejavniki. Nekateri učenjaki zagovarjajo mnenje, da zunanje nagrade dominirajo nad notranjimi nagradami, zato je izkazovanje notranjih nagrad neučinkovito in navaja tudi, da je raziskava ljudi iz različnih organizacij ugotovila, da zunanje nagrade ne spodkopavajo notranjih motivacij in zato lahko o motivaciji govorimo kot o notranjih in zunanjih stvareh, ki vzpodbujajo ali osebo vabijo k sodelovanju (Scobie, 2009).

Shinn (2004) je mnenja, da obstajajo različne vrste motivacije – notranja in zunanja. Notranjo motivacijo imenuje tudi samomotivacija. Zunanja motivacija pa je tisto, kar pogosto merijo psihologi – podgane v

labirintih, motivacijski časi, koleracije itd. Prepričan je, da moč za delovanje človek najde v sebi, in da pojma motivacija ne gre jemati v znanstvenem, raziskovalnem smislu. Samomotivacijo deli na dva dela. Prvi je mentalni, kjer si mora posameznik v duhu zamisliti, kam bi rad šel. Drugi del pa je fizičen, kjer mora delovati, da bi do tja prišel. Duh in delovanje sta enako pomembna, kar primerja z vožnjo z avtomobilom – preden sedemo vanj in začnemo voziti, moramo vedeti, kam gremo. Samomotivacija – misel in delovanje - je ključ do uspeha.

Peternej (2006) navaja, da je samomotivacija eden močnejših dejavnikov motiviranja, ki vpliva na zadovoljstvo medicinskih sester na delovnem mestu. Pravi, da na osebnostno zorenje vpliva veliko dejavnikov, predvsem pa je posameznik sam tisti, ki lahko doprinese največ k prepoznavanju in spoštovanju svojega dela, odnosom, svoji samopodobi in podobi, ki jo želi ustvariti tudi v očeh sodelavcev, prijateljev, bežnih znancev in ne nazadnje tudi pacientov. Samopodoba medicinske sestre je pomemben dejavnik zadovoljne medicinske sestre na delovnem mestu.

Motiviranje je eno izmed področij, ki mu je znanost namenila obilo pozornosti. Nastale so številne teorije, te pa lahko v grobem delimo na dva dela. **Vsebinske teorije motivacije** obravnavajo naravo človekovih potreb in poskušajo določiti specifične potrebe, ki motivirajo posameznika ter pojasnjujejo, zakaj posameznik ravna na določen način. **Procesne metode teorije** pa poskušajo razložiti spremembe v posameznikovem vedenju. Gre za vprašanje, kako posameznikovo vedenje spodbujati, voditi in vzdrževati (Brejc, 2004).

Brejc (2004) je mnenja, da je najbolj znana motivacijska teorija potreb ali Maslow-ova motivacijska teorija. Bistvena njena značilnost je hierarhija potreb, ki jo lahko ponazorimo s piramido ali stopnicami. Ko posameznik zadovolji potrebo nižje ravni, si prizadeva za višjo, in ko to zadovolji, še k višji itd. Zadovoljevanje potreb poteka po stopnicah oziroma ravnih navzgor, vendar se lahko zgodi, da posameznik »pade« nekaj stopnic navzdol, in se nato ponovno vzpenja.

Potrebe po samopotrjevanju odsevajo željo posameznika, da bi se spopadel z zahtevnejšimi nalogami, kjer uspeh ni zagotovljen. Visoko postavljen cilj, ki ga posameznik doseže, pomeni potrditev sposobnosti (Brejc, 2004).

Herzbergova dvofaktorska teorija motivacije je nastala na osnovi proučevanja Maslow-ove motivacijske teorije. Herzberg je postavil ostrejšo ločnico med nižjimi in višjimi potrebami kot Maslow. Prišel je do dejavnikov, ki jih je poimenoval *higieniki*, ki sami ne vplivajo na aktivnost zaposlenih, odpravljajo pa okoliščine, ki bi lahko kvarno vplivale na zaposlene. Higieniki so politika organizacije, nadzor, plača, delovne razmere, varnost pri delu, odnos do sodelavcev in do vodje. Če je kakovost teh dejavnikov pod pričakovanjem, bodo ljudje nezadovoljni, ustreznost teh dejavnikov pa ne povečuje zavzetosti zaposlenih za delo. Druga skupina dejavnikov so *motivatorji*, ki povečujejo pripravljenost za delo, spodbujajo zaposlene k večji aktivnosti, ne povzročajo pa nezadovoljstva, če teh dejavnikov ni. Motivatorji so uspeh, priznanje, napredovanje, odgovornost, samostojnost pri delu in podobno. Po Herzbergu je zadovoljstvo z delom povezano z vsebino dela, nezadovoljstvo pa se nanaša na delovne razmere in dejavnike v zvezi z delom. Vsebina dela mora omogočiti zaposlenim, da zadovoljijo svoje potrebe po uspehu, priznanju in odgovornosti (Brejc, 2004).

Zadovoljevanje primarnih potreb je samo po sebi umevno in človek za to ne potrebuje posebne spodbude. Zadovoljevanje sekundarnih potreb pa zadeva njegov socialni status, njegovo varnost, moč in podobno. Za to pa je treba človeka spodbuditi k določeni dejavnosti, ki vodi k uresničitvi želja, ciljev oziroma potreb. Da bi človek ravnal v določeni smeri, mora imeti pred očmi predstavo o tem, kaj bo s tem pridobil, kakšen cilj bo dosegel. Imeti mora motiv. Motiv je vzgib, ki povzroči in usmerja človekovo dejavnost (Brejc, 2004).

Raziskava, ki sta jo opravila Torrington in Hall (1987; povz. po Svetlik in Zupan, 2009), kaže, da s primernim oblikovanjem dela lahko povečamo motivacijo delavcev za delo in da to izboljšuje delovne dosežke in povečuje zadovoljstvo delavcev ter jih hkrati pozitivno spodbuja.

Motiviranje zaposlenih je pomembna sposobnost vodilnega osebja in da za večino velja, da motivirani posamezniki praviloma dosegajo boljše rezultate kot nemotivirani. Brejc (2004) navaja, da so v ameriški študiji ugotovili, da delavce motivira:

- zanimivo delo;
- ustrezna strokovna oprema in podpora, da lažje opravijo svoje delo;
- zadostna informiranost;
- dovolj pristnosti;
- dobra plača;
- priložnost za razvijanje posebnih sposobnosti;
- varnost zaposlitve;
- da vidijo učinke svojega dela.

Ta lista motivov še zdaleč ni popolna. Lahko bi dodali še medsebojne odnose, pohvale, nagrajevanja, delovni čas, skratka nobena lista ne more biti splošno veljavna, lahko je samo začasne vrednosti in velja za določene ljudi v določenem času (Brejc, 2004).

Motivacija se tesno povezuje s čustvovanjem. Ko so zadovoljene potrebe in motivi, doseženi motivacijski cilji, se pojavljajo pozitivna čustva: zadovoljstvo, veselje, ponos, ... Nasprotno pa se pojavijo ob ovirah in nezadovoljenih potrebah negativna čustva: nezadovoljstvo, jezo, strah, sram, razočaranje, krivda in druga. Tako čustva kot motivi imajo velik pomen v človeškem življenju. Obnašanje je motivirano: vsakršno delo se izvede pod vplivom določenih motivov (Musek, Pečjak, 2001).

METODE

Uporabili smo kvantitativno metodo dela. Kot instrument za zbiranje podatkov smo uporabili anketni vprašalnik, ki je bil zgrajen iz dveh delov, motivaciji je bil namenjen en sklop s 14 trditvami, ki so jih anketirani ocenjevali po pet stopenjski Likertovi lestvici, pri čemer pomeni 1 zelo malo pomembno, 2 malo pomembno, 3 niti pomembno niti nepomembno, 4 pomembno in 5 zelo pomembno. Anketni vprašalnik smo oblikovali na podlagi pregleda literature.

Raziskava je potekala v mesecu juniju 2012 v eni od slovenskih regijskih bolnišnic med zaposlenimi na področju zdravstvene nege. Uporabili smo neslučajnostni, priročni vzorec. Anketni vprašalnik je prejelo 310 izvajalcev zdravstvene nege. Vrnjenih je bilo 109 anketnih vprašalnikov (35,2% realizacija vzorca). V raziskavi je sodelovalo 100 (9,7%) oseb ženskega spola, moških je sodelovalo 9 (8,3%) in sicer je bilo od tega 58 (53,2%) anketiranih s srednje šolsko izobrazbo in 51 (46,8%) anketiranih z visoko strokovno izobrazbo ali več. Povprečno število delovne dobe v letih je bilo 17,9 let.

Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno, zagotovili smo anonimnost z oddajo anketnega vprašalnika v pisemsko ovojnico in v namensko škatlo za zbiranje anketnih vprašalnikov na oddelkih. Upoštevali smo etične vidike raziskovanja. Pred izvedbo raziskave smo pridobili soglasje bolnišnice.

Podatki so bili vneseni in obdelani v statističnem programu SPSS 18.00. Iz zbranih podatkov smo izračunali povprečno vrednost, standardni odklon in modus. Koeficient Cronbach alfa je pri vseh sklopih presejal vrednost 0,7, kar v strokovni literaturi predstavlja prag za dovolj visoko stopnjo zanesljivosti vzorca (Nunnally, Bernstein, 1994).

REZULTATI

V nadaljevanju prikazujemo rezultate, ki se nanašajo na ugotavljanje dejavnikov, ki motivirajo zaposlene v zdravstveni negi.

Razpredelnica 1: Dejavniki, ki motivirajo zaposlene v zdravstveni negi za delo

Dejavniki motivacije	min	maks	PV	SO	modus (%)
Notranja motivacija/samomotivacija	1	5	4,1	0,8	4 (52,3)
Nagrada v obliki pohvale	2	5	4,1	0,8	4 (48,6)
Nagrada v obliki plačila (stimulacija, višja plača idr).	1	5	4,4	0,8	5 (55,0)
Ustrezen delovni čas	2	5	4,3	0,7	4 (45,9)
Napredovanje v delovni organizaciji	1	5	4,2	0,9	4 (41,3)
Zadovoljen pacient	3	5	4,7	0,6	5 (74,3)
Zadovoljen nadrejeni	1	5	4,1	0,9	4 (42,2)
Dobri odnosi s sodelavci	2	5	4,7	0,6	5 (70,6)
Stalnost zaposlitve	2	5	4,6	0,6	5 (63,3)
Možnost kariernega razvoja	2	5	4,2	0,8	5 (42,2)
Samostojnost pri delu	2	5	4,5	0,6	5 (53,2)
Možnost koriščenja dopusta in prostih dni	3	5	4,5	0,7	5 (58,7)
Možnosti dodatnega strokovnega izpopolnjevanja	1	5	4,3	0,8	5 (45,0)
Možnosti formalnega izobraževanja (pridobitev višje izobrazbe)	1	5	4,1	0,9	5 (39,4)

PV: povprečna vrednost, SO: standardni odklon, modus: najpogostejša ocena

Iz razpredelnice 1 je razvidno, da so vsi dejavniki motivacije pri delu izvajalcev zdravstvene nege bili ocenjeni visoko, s povprečno oceno nad 4 (pomembno). Izvajalce zdravstvene nege najbolj motivira pri delu zadovoljen pacient in dobri odnosi s sodelavci (PV=4,7). Sledi stalnost zaposlitve (PV=4,6). Najmanjši pomen motivacije pri delu je bil naveden v samomotivaciji, nagradah v obliki pohval, zadovoljnim nadrejenim in možnostjo pridobitve višje izobrazbe (PV=4,1). Najpogosteje so podali oceno 5 (zelo pomembno) trditvi zadovoljen pacient (v 74,3 %). Najnižja ocena motivacije je bila navedena ocena 4 (pomembno) in sicer pri pomenu napredovanja v delovni organizaciji (v 41,3 %).

Materialnim dobrinam in nagradam v obliki pohval ne pripisujejo večje vrednosti. Zaposleni pohvalo sicer smatrajo kot pomembno, s strani nadrejenih pa jo ocenjujejo kot slabo, saj so v sklopu trditve, ki so se nanašale na zadovoljstvo medicinskih sester z medsebojnimi odnosi na delovnem mestu, trditvi, da glavna medicinska sestra oddelka anketirance pogosto pohvali za njihovo delo, navedli najmanjše strinjanje (PV=2,8). Dodelili so ji najnižjo oceno 3 (se ne morem opredeliti).

RAZPRAVA

Motivacija za delo zaposlene naravno, neprisiljeno in samoumevno usmerja, da dosegajo rezultate. Prav tako je motivacija za delo za doseganje ciljev organizacije bistvenega pomena. Motivacija se kaže v predanosti delu in prizadevanjih za doseganje ciljev.

Izvajalci zdravstvene nege so veliko pomembnost pripisali trditvam o motivaciji pri delu in sicer so izpostavili največji pomen zadovoljstvu pacienta, dobrim odnosom s sodelavci in stalnosti zaposlitve. Torej lahko izpostavimo dejavnika, ki vplivata na zadovoljstvo izvajalcev zdravstvene nege na delovnem mestu: **zadovoljstvo pacienta in stalnost**, oziroma **varnost zaposlitve**, katero na svoji listi motivov izpostavlja tudi Brejc (2004). Prav tako so v raziskavi, ki jo je opravljala Jakšetova (2007), rezultati pokazali, da je varnost zaposlitve najpomembnejši dejavnik zadovoljstva pri delu. Tudi Študentska (2010) v raziskavi ugotavlja, da je stalnost, oziroma varnost zaposlitve najpomembnejši dejavnik zadovoljstva pri delu. Torej lahko trdimo,

da je stalnost zaposlitve eden pomembnejših dejavnikov zadovoljstva pri delu, čeprav ga v bolnišnici, kjer smo opravili raziskavo, izvajalci zdravstvene nege na prvo mesto sicer ne postavljajo, pa rezultati kažejo, da jim je varnost zaposlitve zelo pomembna. Najmanjši pomen motivacije pri delu je bil naveden v samomotivaciji. Tudi nagrade v obliki pohval, zadovoljnim nadrejenim in možnosti pridobitve višje izobrazbe zaposlenim večje motivacije za delo ne predstavljajo. Zaposleni pohvalo sicer smatrajo kot pomembno, s strani nadrejenih pa jo ocenjujejo kot slabo (PV=2,8). Vsi dejavniki motivacije so bili ocenjeni visoko, kar pomeni, da zaposleni motivaciji pripisujejo pomembno vrednost. Izvajalci zdravstvene nege se strinjajo, da samomotivacija oziroma notranja motivacija vpliva na zadovoljstvo pri delu, vendar je v primerjavi z drugimi dejavniki motivacije ocenjena slabše, zato tudi mi, tako kot Shinn (2004), Scobie (2009), Peternelj (2006), Rotar (2006) idr., ne moremo zagotovo trditi, da je notranja motivacija pomemben dejavnik zadovoljstva na delovnem mestu. V literaturi notranjo motivacijo omenjajo kot eno izmed dejavnikov, ki vplivajo na zadovoljstvo pri delu, vendar nikjer nismo zasledili, da bi kakšna raziskava potrdila, da je samomotivacija pomembnejša od drugih dejavnikov zadovoljstva. Prav tako zaposlene nagrada v obliki pohvale ali zadovoljni nadrejeni ter možnost pridobitve višje izobrazbe motivira za delo, vendar so te dejavnike medicinske sestre ocenile najnižje. Študentska (2010) ugotavlja, da so nagrade in pohvale drugi najpomembnejši dejavnik, ki vpliva na zadovoljstvo pri delu. Podobno ugotavlja tudi Hrvačanin (2006).

Na vprašanje, kako osebni dohodek medicinskih sester vpliva na zadovoljstvo z delovnim mestom, smo ugotovili, da so večje zadovoljstvo z delom navedle medicinske sestre v najvišjem plačilnem razredu (1201 EUR ali več), najnižjo pa v najnižjem plačilnem razredu (500-800 EUR). Eno-faktorska analiza variance ni pokazala statistično pomembne razlike v povprečni oceni zadovoljstva pri delu glede na višino osebnega dohodka, zato smo mnenja, da medicinske sestre večje pomembnosti višini osebnega dohodka ne pripisujejo in ga tudi ne povezujejo z zadovoljstvom na delovnem mestu. Podobne rezultate je dobila Študentska (2010), kjer anketirani vplivu osebnega dohodka tudi ne pripisujejo večjega pomena. Vpliv osebnega dohodka na zadovoljstvo pri delu je bil ocenjen s skoraj najnižjo oceno. Brejc (2006) pravi, da za mladega uslužbenca, ki si ustvarja družino, pomeni denar pot do stanovanja, za poslovneža srednjih let, ki ima zagotovljene glavne materialne potrebe in denar za drage hobije, je denar še vedno močan motivator. Zanimivo bi bilo primerjati vpliv osebnega dohodka na zadovoljstvo pri delu po starostnih skupinah. Jakše (2007) v raziskavi ugotavlja, da anketiranci višini osebnega dohodka niso pripisovali večjega pomena oziroma so ga postavili šele na četrto mesto.

ZAKLJUČEK

Izvajalci zdravstvene nege so zelo velik pomen namenili ocenjevanju v sklopu, kjer so se trditve nanašale na dejavnike motivacije. Vsem dejavnikom so pripisali zelo visok pomen, čeprav so posebej izpostavili motivacijski dejavnik »zadovoljni pacient« in »dobri odnosi s sodelavci« ter »stalnost zaposlitve«, kar pa ne pomeni, da ostali dejavniki za njih niso bili pomembni. Iz tega lahko sklepamo, da izvajalci zdravstvene nege dajejo motivaciji pri delu zelo velik pomen. Dobro bi bilo ugotoviti, zakaj na izvajalce zdravstvene nege nagrajevanje, napredovanje, plačilo in drugi dejavnike, ki so jim sicer namenili visoko povprečno oceno, v bistvu nimajo večjega vpliva za motivacijo pri delu. To področje nameravamo raziskati v prihodnosti.

Izvajalce zdravstvene nege bi bilo potrebno dodatno motivirati za njihovo delo, saj bi tako dosegli večje zadovoljstvo na delovnem mestu. S pomočjo anket bi lahko izvedli analizo individualnih motivatorjev. Vsakega zaposlenega bi povprašali o tem, kaj ga motivira in kaj ga demotivira ter se z njim pogovorili o načinih motiviranja in stimuliranja. Predlagamo tudi, da bi se dosledno opravljali redni letni razgovori s strani nadrejenih. Pogovarjali bi se o težavah, s katerimi se srečujejo na delovnem mestu, lahko bi predlagali izboljšave, ... idr. in zaposleni bi na ta način začutili večjo pripadnost in lojalnost delovni organizaciji, kar bi jih še dodatno motiviralo za delo.

LITERATURA

- Brejc M. Ljudje in organizacija v javni upravi. Ljubljana: Fakulteta za upravo; 2004, 265.
- Hrvačanin, M. Vpliv medsebojnih odnosov na zadovoljstvo pri delu. [Diplomsko delo]. Kranj: Univerza v Mariboru. Fakulteta za organizacijske vede; 2006.
- Jakše S. Dejavniki motivacije in zadovoljstva na delovnem mestu. [Diplomsko delo]. Koper: Univerza na Primorskem. Fakulteta za menagement Koper; 2007.
- Musek J. Pečjak, V. Psihologija. Ljubljana: Educy, 2001.
- Nunnally JC. Bernstein IH. Psychometric theory (3rd ed). McGraw-Hill. New York, 1994.
- Peternelj A. Zrcalce, zrcalce povej . . . Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v delovnem timu. Priložnost za izboljševanje kakovosti. In: Kvas A. eds. V: Zdravniški vestnik. Zbornik z recenzijo. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2006, 28-29.
- Rotar PB. Motivacija, ključ h glasbi. Nova Gorica: Educa, Melior, 2006.
- Scobie JC. Dolgoročno vodenje. Ljubljana: Krščansko društvo Horeb, 2009.
- Shin G. Čudež motivacije: vodnik do sreče in uspeha. Ljubljana: Tuma, 2004.
- Svetlik I. Zupan N. Menedžment človeških virov. In: Svetlik I. Zupan N. ur. Učbenik. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 2009.
- Študentska J. Motiviranje zaposlenih za delo. [Diplomsko delo]. Brežice: Visoka strokovna šola: Ekonomska in trgovska šola, 2010.



UČENJE V KLINIČNEM OKOLJU



114A

UPORABA OBJAVLJENIH ZGODB PACIENTOV Z RAKOM PRI UČENJU ŠTUDENTOV V KLINIČNEM OKOLJU

APPLICATION OF PUBLISHED STORIES OF PATIENTS WITH CANCER IN TEACHING STUDENTS IN THE CLINICAL SETTING

Mojca Kotnik, prof. zdr. vzg., strok. sod.

Miladinka Matković, viš. med. ses., univ. dipl. kult., strok. sod.

Katarina Lokar, prof. zdr. vzg.

Onkološki inštitut Ljubljana

Sedina Kalender Smajlovič, dipl. m. s., strok. sod.

Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice

mkotnik@onko-i.si

Ključne besede: onkološka zdravstvena nega, pripovedi, kvalitativna raziskava

IZVLEČEK

Izhodišča: Pacientovo doživljanje bolezni je dragocen vir podatkov za zdravstvene delavce. Z namenom približati študentom zdravstvene nege intimno izkušnjo pacientov ob bolezni, je bila uvedena nova oblika individualnega dela študenta v onkološki zdravstveni negi – branje zgodb, ki so jih napisali onkološki pacienti.

Metode: Od marca do junija 2012 je bilo analiziranih 105 refleksij študentov 2. letnika zdravstvene nege Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. Uporabljen je bil kvalitativni raziskovalni pristop. Za analizo podatkov je bila uporabljena metoda vsebinske analize, s katero so bile analizirane štiri vsebinske kategorije in frekvence pojavnosti.

Rezultati: Pri kategoriji »Pacientovi pogledi na bolezen« je bilo najbolj izpostavljeno čustveno področje (57 %), pri »Komunikaciji« negativne izkušnje med zdravstvenimi delavci in pacienti (53 %), pri »komplementarnem zdravljenju« sprememba načina življenja (50 %) in v 52 % so študenti doživljali pozitivna čustva ob prebiranju knjig.

Diskusija in zaključki: Takšen pristop v klinični praksi bi lahko prinesel v študijski proces novo dimenzijo kakovosti.

Key words: oncological nursing care, narratives, qualitative research

ABSTRACT

Purpose: Patients' perceptions of their disease are useful sources of information for health care professionals who interact daily with cancer patients. In the academic year 2011/2012 each of the students of the College of Nursing Jesenice during clinical practice at the Institute of Oncology Ljubljana was

assigned to read a book written by a cancer patient and to write a reflection on its content. The aim of this assignment was to bring patients' intimate cancer experiences closer to students. Introduced was a new form of individual student work in the oncological nursing care.

Methods: From March to June 2012 were analyzed 105 students' reflections by full-time and part-time second year students of the College of Nursing Jesenice. A descriptive qualitative approach was used for the study. The data analysis was based on the content analysis method with which the four categories of content and the frequency of occurrence were analyzed.

Results: With a frequency of occurrence of 57% the most common result in the category "The patient's perception of the illness" was the emotional field; with a frequency of occurrence of 53% the most common result in the category "Communication" were the negative experiences between health care professionals and patients; with a frequency of occurrence of 50% the most common result in the category "Complementary therapies" was the change of lifestyle; and, finally, with a frequency of occurrence of 52% students experienced positive emotions while reading cancer patients' books in the category "Students' experiences".

Discussion and conclusions: This approach of clinical learning could introduce new quality dimensions into the nursing student program.

UVOD

Mnoge kulture in tudi številne znanstvene discipline priznavajo, da pripovedovanje zgodb o lastni bolezni dobrodelno vpliva na paciente. Pripovedovanje zgodb je oblika komunikacije, ki pomaga osebam, da se uspešno soočijo z boleznijo in jo tudi predelajo (Ramšak, 2007). Avtobiografske in biografske pripovedi o bolezni, smrti, zdravljenju, ki jih pripovedujejo ali napišejo pacienti, se imenujejo patografije. Pomembno je tudi poslušanje teh zgodb, ker se na ta način oseba odmakne od lastne bolečine, strahu, ob zgodbah drugih vidijo prihodnost, doživljajo močno empatijo in spoznajo kako je možno preživeti raka (Ramšak, 2009).

Pripovedovanje zgodb je tudi oblika poučevanja in spoznavanja/učenja. Koristi tako pacientom, medicinskim sestram kot študentom. Pacienti lahko izrazijo sebe, svoje notranje napetosti in rešijo konflikte. Hkrati se lahko prepustijo spominom in premišlujejo, kar utegne delovati terapevtsko pri soočanju z boleznijo. Pacienti lahko tako razvijejo večji občutek lastne vrednosti in samozavedanje. Medicinske sestre pa ob pacientovem pripovedovanju zgodb lahko izluščijo informacije, ki morda niso zabeležene v osnovni zdravstveni dokumentaciji, a so za zdravljenje vseeno ključnega pomena. Dodatna pozitivna plat je lažje načrtovanje procesa zdravstvene nege in izboljšanje komunikacije (McAllister, 2009; Schwartz, Abbott, 2007). Poleg tega je način pripovedovanja zgodb lahko metoda za izobraževanje in izpopolnjevanje osebja. Kot sama oblika je pripovedovanje zgodb pripomoček, ki študentom omogoča boljše razumevanje in spoštovanje posameznikovih preživetih izkušenj ter pripomore k boljšemu končnemu izidu zdravljenja. Je oblika učenja, ki spodbudi razmišljanje in refleksijo ter širi obzorje. Hkrati poveča samopodobo, razvije kritično in analitično mišljenje, uči etičnosti in kulturne taktosti, izboljša komunikacijske tehnike ter poveča moč in upanje (Kelly, Howie, 2007; Schwartz, Abbott, 2007). Je pomembno orodje za poučevanje študentov, posredovanje znanja in reševanje težav. Razvijanje kritičnega mišljenja je študentom v pomoč pri boljšem reševanju težav (Schwartz, Abbott, 2007).

Študenti Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice (VŠZNJ) so imeli v okviru klinične prakse določen čas namenjen individualnemu delu. V okviru individualnega dela študent povezuje praktične veščine in znanje, znanje utrjuje in nadgrajuje, vključuje svojo kreativnost in sposobnost kritičnega mišljenja. Individualno delo spodbuja študenta k intenzivnejšemu razmišljanju o bolj kakovostnem delu s pacienti, sprejemanju odgovornosti za delo, k razvoju profesionalne odličnosti in širjenju znanja v času izobraževanja (Pivač, 2010). Na Onkološkem inštitutu Ljubljana smo za študijsko leto 2011/2012 predlagali drugačno obliko

individualnega dela za prakso iz onkološke zdravstvene nege. Študente smo želeli pritegniti k pacientovim osebnim izkušnjam, povezanimi z njegovo boleznijo, zdravstveno oskrbo in sistemom zdravstvenega varstva. Želeli smo, da bi študenti spoznali, kakšno je življenje s pacientove perspektive. S tem pristopom smo želeli usmeriti pozornost študenta v različnost doživljanja bolezni in situacij in jim pomagati, da se osredotočijo na pacienta kot posameznika ter jih tako usmerjati v k pacientom orientirano zdravstveno nego. Doživljanje in izkušnje pacientov so dragoceni viri za študente zdravstvene nege, ker odgovarjajo na vprašanja, kot so: Kako je, ko zbolíš za rakom? Kako je, ko si hospitaliziran? Kako je, ko si zdravljen s kemoterapijo? ipd.

Z empirično raziskavo smo želeli analizirati refleksije individualnega dela, ki so jih napisali študenti 2. letnika rednega in izrednega študija zdravstvene nege na VŠZNJ. V refleksijah so nas zanimali pacienti pogledi na bolezen, doživljanje odnosa med njimi in zdravstvenimi delavci, s katerimi so se srečevali med samo boleznijo, ali so se med svojim zdravljenjem posluževali komplementarnih metod zdravljenja ter predvsem odziv študentov na prebrano knjigo.

Raziskovalna vprašanja, na katera smo si želeli odgovoriti, so bila:

- S katerimi težavami, problemi so se srečevali pacienti med svojo boleznijo?
- Kakšno vlogo so imeli zdravstveni delavci med njihovim zdravljenjem oz. kako so jih pacienti doživljali?
- Ali so uporabljali alternativne metode zdravljenja in katere?
- Kako so študenti doživljali prebrano knjigo?

METODE

Raziskava temelji na kvalitativnem raziskovalnem pristopu. V vzorec je bilo vključenih 38 študentov 2. letnika rednega študija in 29 študentov izrednega študija 2. letnika zdravstvene nege na VŠZNJ v študijskem letu 2011/2012. Študenti rednega študija so prebrali dve knjigi in napisali dve refleksiji, izrednega eno knjigo in napisali eno refleksijo, izmed sklopa šestih knjig, ki so jih napisali pacienti, ki so zboleli za različnimi vrstami raka. Vse knjige so bile slovenske in napisali so jih pacienti, ki so se zdravili v Sloveniji. Kot raziskovalni inštrument za zbiranje podatkov smo uporabili refleksije študentov na prebrane knjige. Zbiranje podatkov je potekalo v času od marca do junija 2012.

Obdobje pregleda literature je potekalo od decembra 2012 do januarju 2013. Uporabili smo naslednje baze podatkov: COBIB, SI, CINAHL in PubMed. Omejitve pri iskanju literature so bile: članki v slovenskem in angleškem jeziku, obdobje od leta 2005 do leta 2013. Ključne besede, ki smo jih uporabili: študenti zdravstvene nege, rak, pripovedovanje zgodb, nursing students, cancer, storytelling, analysis narrative. Vključili smo samo članke s celotnim besedilom.

Za analizo zbranih podatkov je bila uporabljena metoda vsebinske analize, s katero so bile identificirane vsebinske kategorije in frekvence pojavnosti (Vogrinc, 2008). Na podlagi analize besedila smo določili kode, ki smo jih razvrstili v podkategorije in le-te v štiri kategorije in eno temo (Graneheim, Lundman, 2004). Navedli smo tudi posamezne primere študentov, na podlagi katerih smo določali kode. Glavno kategorijo/temo smo poimenovali »Refleksija zgodb pacientov z rakom«, ki smo jo proučevali z vidika štirih kategorij: pacienti pogledi na bolezen, komunikacija, komplementarno zdravljenje, doživljanje študentov.

REZULTATI

V kategorijo »Pacienti pogledi na bolezen« smo vključili naslednje podkategorije: čustva, telo in odnosi, poimenovali kode ter določili frekvence pojavnosti.

Razpredelnica 1: Pojavnost težav, problemov s katerimi so se srečevali pacienti med svojo boleznijo

PODKATEGORIJE	FREKVENCE	ODSTOTKI	KODE
Čustva	92	57 %	Žalost, občutki, strah, dvom, pogum, depresija, dobra volja, pozitivizem, vzrok bolezni, šok, jeza, osamljenost, preizkušnja.
Telo	42	26 %	Slabost, telesna temperatura, izpadanje las, porušenje imunskega sistema, zunanji videz.
Odnosi	27	17 %	Obremenjenost družine. Prijateljstvo. Sprememba življenja.
SKUPAJ	161	100 %	

Študenti so navedli naslednje primere:

»Rak se je pojavil tudi v njegovi družini, vendar ga te izkušnje niso pripravile na soočenje z zverjo.« (IZR9 – študent izrednega študija)

»Rak v življenje vstopi nenadoma in podre vsakodnevni ustaljeni red.« (IZR13 – študent izrednega študija)

»In ravno rak, ki mu pravi sovražnik in učitelj, ji je pokazal kako lepo je živeti.« (IZR22 – študent izrednega študija)

V kategorijo »Komunikacija« smo vključili naslednjo podkategorijo: komunikacija pacient -zdravstveni delavec, poimenovali kodo ter določili frekvence pojavnosti.

Razpredelnica 2: Vloga zdravstvenih delavcev in komunikacija s pacienti

PODKATEGORIJA	FREKVENCE	ODSTOTKI	KODE
Komunikacija pacient – zdravstveni delavec	25	40 %	Pozitivna čustva.
	4	6 %	Nevtralna čustva.
	33	54 %	Negativna čustva.
SKUPAJ	62	100 %	

Študenti so navedli naslednje primere:

»Medicinska sestra je tisti košček v mozaiku boja proti raku, ki jim prinese zmago nad kruto boleznijo.« (IZR23 – študent izrednega študija)

»V zgodbi moteča prisotna uporaba nekonvencionalnih poti pristopa do zdravljenja, zdravstvenega osebja in postopkov zdravljenja.« (IZR19 – študent izrednega študija)

V kategorijo »Komplementarno zdravljenje« smo vključili naslednje podkategorije: meditacija in druge oblike sproščanja, komplementarne metode zdravljenja in sprememba načina življenja, poimenovali kodo ter določili frekvence pojavnosti.

Razpredelnica 3: Uporaba komplementarnih metod zdravljenja

PODKATEGORIJE	FREKVENCE	ODSTOTKI	KODE
Meditacija in druge oblike sproščanja	17	27 %	Meditacija, vizualizacija, joga, glasba, sproščanje.
Komplementarne metode zdravljenja	14	23 %	Bioenergija, zdravilstvo.
Sprememba načina življenja	31	50 %	Potovanja, druženje, izpovedi, sprememba prehrane, selitev.
SKUPAJ	62	100 %	

Študenti so navedli naslednje primere:

»Dva tedna po zadnji kemoterapiji je začela z intenzivnim čiščenjem telesa. Med samim zdravljenjem ni uporabljala nikakršnih dodatkov ali zelišč, saj je bila mnenja, da morajo zdravila narediti svoje.« (R13 – študent rednega študija)

»Ne pusti, da bi rak spremenil njeno življenje...živi življenje, hodi na sprehode, družijo se s prijateljicami, aktivna povsod in s tem pozabi na vse kar se skriva za besedo rak.« (R24 – študent rednega študija)

V kategorijo »Doživljanja študentov« smo vključili naslednje podkategorije: pozitivna doživljanja, sprememba vrednot, negativna doživljanja, poimenovali kodo ter določili frekvence pojavnosti.

Razpredelnica 4: Odziv študentov do prebrane knjige

PODKATEGORIJA	FREKVENCE	ODSTOTKI	KODE
Odnos študenta do prebrane vsebine	55	52 %	Pozitivna doživljanja.
	26	24 %	Sprememba vrednot.
	26	24 %	Negativna doživljanja.
SKUPAJ	107	100 %	

Študenti so navedli naslednje primere:

»Priznam, da mi je bila naloga sprva odveč, zdaj pa lahko rečem, da je bil to dobro izkoriščen čas.« (IZR22 – študent izrednega študija)

»Glavna oseba se kot slehernik moderne družbe ne zaveda, da ogroditelj trpljenja ob hudi bolezni, ki lahko pomeni tudi konec življenja, predstavlja družbeno potlačitev in s tem nezmožnost simbolizacije smrti kot take.« (IZR19 – študent izrednega študija)

»Velikokrat se mi je zazdelo, da se s to knjigo poslavlja na žalostno veseli način.« (IZR16 – študent izrednega študija)

RAZPRAVA

Na podlagi analize rezultatov smo ugotovili, da so se študenti v svojih refleksijah najbolj osredotočali na pacientove probleme, ki so se pojavili tekom bolezni. Študenti zdravstvene nege morajo imeti široko razumevanje o bolezni raka, da lahko zagotavljajo varno in učinkovito zdravstveno nego v kliničnem okolju. Pomembno je, da se naučijo prepoznavati svoje izkušnje pri zdravstveni oskrbi pacientov, prepoznati morajo lastne vrednote, strah, negotovost in predsodke v zvezi s samo diagnozo. To so pokazale tudi kvalitativne raziskave tujih avtorjev, kjer so se uporabljali intervjuji pacientov (Gidman, 2012; Sanford, et al., 2011; Doumit, et al., 2010). Missel, Birkelund (2011) ugotavljata kako pacienti potrebujejo podporo in ljubezen družine ter prijateljev, kar je bilo izpostavljeno tudi pri refleksijah študentov VŠZNJ. Kar v 57 % je izpostavljen čustveni vidik, ki zajema zgoraj naštetu, telesne težave pa le v 26 %.

Študenti so se manj osredotočili na komunikacijo med pacienti in zdravstvenim osebjem. To si lahko razlagamo s tem, da so knjige prebrali in niso imeli osebnega stika s pacienti iz knjig. Ko pa izpostavijo komunikacijo, izpostavijo predvsem negativna čustva (53 %) pri komunikaciji pacient zdravstveni delavec. Vendar, če ta rezultat razložimo v povezavi z naslednjim (»doživljanje študentov«), ugotovimo, da jih je 52 % izrazilo pozitivna doživljanja do prebrane vsebine, lahko razumemo, da so se študenti močno identificirali s pacienti in izpostavljali v svojih zapiskih predvsem negativna čustva pacientov ob komunikaciji z zdravstvenimi delavci. Tudi v literaturi je zaslediti vidik komunikacije med pacienti in zdravstvenim osebjem (Kav, et al., 2013; Gidman, 2012). Ramšakova (2009) meni, da so pacientke z rakom dojk navajale, da je bilo za motnje komunikacije med njimi in zdravstvenimi delavci krivo pomanjkanje

empatije dela zdravstvenega osebja. Največja krivda temu je bila na strani organizacije dela v zdravstvu. Zanimivo je tudi, da so se vsi pacienti iz različnih knjig srečali s komplementarnimi metodami zdravljenja. Poleg meditacij, obiskov pri zdravilcih, spremembe prehrane so vsi spremenili način življenja (to se pojavi v 50 % primerov) in nekateri med njimi iskali uteho v potovanjih, delom v različnih organizacijah oz. s pisanjem knjige, v katero so izlili svojo dušo. Rezultati glede doživljanja prebrane knjige so razmeroma pozitivni. Različna doživljanja ob branju knjige (jok, žalost, spremembe vrednot oseb, ki so napisale knjigo...) se izražajo tudi pri intervjujih, ki so jih naredili tuji avtorji (Kav, et al., 2013; Gidman, 2012).

Študenti so svoje refleksije napisali zelo različno. Eden izmed razlogov je lahko ta, da s takšnim načinom dela/učenja nimajo veliko izkušenj, saj se je pisanje refleksij uveljavilo v zadnjih letih študija, še manj je izkušenj s področja refleksije prebranih knjig, ki jih napišejo pacienti z rakom.

Pri pregledu literature smo zasledili, da so se z analizami zgodb pacientov z rakom ukvarjali tudi nekateri avtorji. Ramšak (2007, 2009) je izvedla anketo s pacientkami, zbolelimi za rakom dojke, kjer jo je zanimalo doživljanje in prestajanje te bolezni z vidika pacienta. Podatke je pridobila s pomočjo anketnih vprašalnikov, ki so jih izpolnile pacientke z rakom dojke. Podobno kot so zaznali študenti (Razpr. 1), so se tudi one soočale s smrtjo, žalostjo in občutkom sramu. Nekaj tujih avtorjev je naredilo tudi kvalitativne raziskave z intervjuji s tega področja (Sanford, et al., 2011), vendar drugih primerljivih raziskav, kjer so bile analizirane objavljene zgodbe z vidika študentov, nismo zasledile. Nekateri raziskovalci, ki so se ukvarjali s podobnimi raziskavami (mi smo uporabili pisano besedo, oni izgovorjeno) so prišli do zaključkov, da študenti s poslušanjem oz. branjem pacientovih zgodb premaknejo svoj pogled iz nekega tradicionalno sprejetega v zdravstveni negi v drugo žarišče in postavijo pacienta in njegova doživljanja v središče. To je razlog, da ti raziskovalci predlagajo vpeljavo takšnega učenja v študijske programe zdravstvene nege (Kav et al., 2013; Sanford et al., 2011; Gidman, 2012; Missel, Birkelund, 2011).

ZAKLJUČEK

Avtorice smo se s takšno obliko učenja prvič srečale, tako praktično kot teoretično. Pričakovanja so bila visoka, vendar smo po analizi študentskih zapisov ugotovile, da bi bilo potrebno spremeniti način pridobivanja informacij od študentov. Preiti bi bilo potrebno od esejskega zapisa do zapisa, vodenega s ciljno usmerjenimi vprašanji. V prihodnosti bomo s takšnim pristopom v klinični praksi nadaljevali, vendar nameravamo oblikovati raziskovalni instrument, za katerega upamo, da bo ponudil bolj ustrezne rezultate.

Tudi za študente je bil takšen način dela novost, po drugi strani pa zapišejo, da je v klinično usposabljanje prinesel neko svežino in po mnenju avtoric tudi dvig nivoja kakovosti. Menimo, da je to prvi korak proti opolnomočenju študentov za razmišljanje o pacientovih pogledih in perspektivah ter o intimnih izkušnjah pacientov, ki imajo kronično bolezen. A seveda tudi o lastnih intimnih občutkih do bolezni in do vsega tistega, kar je onkraj bolezni. Za trenutek so študenti stopili v »čevlje pacientov«. Mogoče so se ti izkazali za premajhne, prevelike ali pravšnje. Pa to niti ni tako pomembno. Pomembno je, da so jih imeli za trenutek na svojih nogah. In to izkušnjo si bodo lahko vedno priklicali v spomin. To je tisti presežek, ki je tako neprecenljiv. In s tem je namen nas avtoric tega prispevka in mentorice študentom dosežen.

LITERATURA

Doumit MAA, Saghir NE, Huijjer HA, Kelley JH, Nassar N. Living with breast cancer, a Lebanese experience. *Eur J Oncol Nurs.* 2010; 14(1): 42-8.

Gidman J. Listening to stories: valuing knowledge from patient experience. *Nurse Educ Pract.* 2012, <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2012.09.006> (15.1.2013).

Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today.* 2004; 24(2): 105-12.

Kav S, Citak EA, Akman A, Erdemir F: Nursing students' perceptions towards cancer and caring for cancer patients in Turkey. *Nurse Educ Pract.* 2013; 13(1): 4-10.

Kelly T, Howie L. Working with stories in nursing research: procedures used in narrative analysis. *Int J Ment Health Nurs.* 2007; 16(2): 136-44.

McAllister M, John T, Gray M, Williams L, Barnes M, Allan J, et al. Adopting narrative pedagogy to improve the student learning experience in a regional Australian university. *Contemp Nurse.* 2009; 32(1-2): 156-65.

Missel M, Birkelund R. Living with incurable oesophageal cancer. A phenomenological hermeneutical interpretation of patient stories. *Eur J Oncol Nurs.* 2011; 15(4): 296-301.

Pivač S. Individualno delo študenta na klinični praksi. In: Skela Savič B, (ur.), Hvalič Touzery S, (ur.), Kavčič BM (ur.). Kako izboljšati odnos zdravstvenih delavcev v kliničnem okolju in študentov zdravstvene nege do gerontologije ter dvigniti strokovni ugled do dela s starejšimi : interaktivna konferenca z učnimi delavnicami, Jesenice, 9. in 10. september, 2010 : zbornik prispevkov z recenzijo. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010: 35-8.

Ramšak M. Družbeno-kulturne podobe raka dojke v Sloveniji. Ljubljana: Delo revije; 2007.

Ramšak M. Avtopatografije med etiko in poetiko. *ČKZ.* 2009; 37(235-236): 215-31.

Sanford J, Townsend-Rocchiccioli J, Quiett K, Trimm D. «I see my mother's face»: student nurse experiences caring for cancer patients. *Eur J Oncol Nurs.* 2011; 15(1): 46-52.

Schwartz M, Abbott A. Storytelling: a clinical application for undergraduate nursing students. *Nurse Educ Pract.* 2007; 7(3): 181-6.

Vogrinc J. Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta; 2008: 143-90.

POUČEVANJE IN UČENJE ZDRAVSTVENE NEGE V KLINIČNEM OKOLJU

TEACHING AND LEARNING OF NURSING CARE IN A CLINICAL SETTING

asist. mag. Vesna Čuk, prof. zdr. vzg., višja predavateljica

Univeza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju

Psihiatrična bolnišnica Idrija

vesna.cuk@fvz.upr.si

Ključne besede: zdravstvena nega, učno okolje, poučevanje, učenje, študent, mentor

IZVLEČEK

Izhodišče: Sodobna praksa v izobraževanju zdravstvene nege spreminja procese poučevanja in učenja v kliničnem okolju ter omogoča razvoj kompetenc študentov in profesionalni razvoj zaposlenih.

Metode: Pregledna kvantitativna neeksperimentalna pedagoška raziskava, katere namen je bil ugotoviti značilnosti izkustvenega učenja v kliničnem okolju, je bila izvedena v letu 2012 na reprezentativnem vzorcu 570 rednih študentov zdravstvene nege in vzorcu 318 kliničnih mentorjev. Uporabljen je bil merski instrument IPUKO-ZN, izdelan v namen raziskave.

Rezultati: Ugotovljene organizacijske značilnosti v delovnih okoljih vplivajo na izvajanje kliničnega usposabljanja zdravstvene nege. Ugotovili smo pomembne razlike v ocenjevanju trditev med študenti in kliničnimi mentorji. V prispevku je predstavljena delna analiza podatkov ene od proučevanih spremenljivk. Ugotovili smo povezanost med pristopi k poučevanju in učenju in organizacijskimi dejavniki, ki pomembno vplivajo na uspešnost izkustvenega učenja zdravstvene nege v kliničnem okolju. Klinično usposabljanje vodijo klinični mentorji, za njih je poučevanje dodatna delovna obremenitev. V povprečju klinični mentorji ne delajo s študenti več kot polovico delovnega časa. Študenti so v povprečju premalo vključeni v timsko delo in strokovne pogovore, zelo različno pa se tako po ocenah študentov kot mentorjev v kliničnih okoljih izvajajo procesne aktivnosti zdravstvene nege.

Diskusija in zaključek: V delovnih in kliničnih okoljih je mentorstvo med najpomembnejšimi strategijami poučevanja in učenja, ki omogoča razvoj kompetenc v zdravstveni negi. Ugotovitve raziskave opozorijo na pomanjkljivosti v klinični praksi, konceptualni model poučevanja in učenja zdravstvene nege v kliničnem okolju pa daje priložnost za povečevanje kakovosti izobraževanja zdravstvene nege v slovenskem prostoru.

Keywords: nursing, learning environment, teaching, learning, student, mentor

ABSTRACT

Introduction: Advance reflective practice in nursing education is changing the processes of teaching and learning in a clinical setting and allows for the development of competencies for students and professional development of our employees.

Methods: Quantitative research, pedagogical and transparent nonexperimental whose purpose was to find out the characteristics of experiential learning in the clinical environment, was carried out in 2012 on

a representative sample of 570 full-time students of nursing and a sample of 318 clinical mentors. The measurement was used instrument IPUKO-N constructed for the purpose of research.

Results: We found that organizational characteristics in work environments affect the implementation of the clinical training of nursing and what are the differences in perception between students and clinical mentors. This paper is presented a partial analysis of the data of one of the studied variables. We have found the connection between the approaches to teaching and learning and organisational factors that have a significant impact on the performance of experiential learning product.

Discussion and conclusion: In work and clinical environments is among the most important coaching strategies of teaching and learning, allowing the development of competences in the health care. The findings of the research attention to deficiencies in clinical practice, the conceptual model of the teaching and learning of nursing care in a clinical setting, however, gives an opportunity to increase the quality of nursing education in Slovenia.

UVOD

»Zdravstvena nega je zdravstvena disciplina, ki obravnava posameznika, družino in družbeno skupnost v času zdravja in bolezni s ciljem, da se doseže čim višja stopnja zdravja. (ICN, 2006; Zbornica-Zveza, 2010). Vsi poklici, ki delajo z ljudmi, potrebujejo za svoj profesionalni razvoj podporne sisteme, ki so vpeti v delovno okolje. Uvajanje sodobne prakse v izobraževanje je spreminjanje in profesionalni razvoj, ki podpira napredek posameznika, omogoča vpogled v procese učenja, spodbuja samorefleksijo ter upošteva individualne razlike in potrebe posameznika (Vonta 2007:24). V Sloveniji izvajamo študijski program zdravstvene nege, po katerem morajo študenti v treh letih šolanja opraviti 4600 ur, kar znaša 180 ECTS. Študijski programi zdravstvene nege so usklajeni z zahtevami Evropske unije in polovica ur je namenjena praktičnemu usposabljanju v kliničnih okoljih. V delovnih okoljih učnih baz so se s povečevanjem števila izobraževalnih zavodov in števila vključenih študentov pojavile potrebe po večjem številu usposobljenih kliničnih mentorjev. Teorija in praksa sta v kliničnem okolju povezani. Klinično usposabljanje v delovnih okoljih je predpisana oblika izobraževanja v zdravstveni negi. V skladu s programi visokošolskega dodiplomskega študijskega programa Zdravstvena nega je eden od učnih ciljev kliničnega usposabljanja razvoj ključnih in specifičnih kompetenc; razvoj sposobnosti etičnega odločanja in ravnanja ter razvoj sposobnosti refleksije in kritičnega mišljenja.

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Izobraževanje je proces pridobivanja znanja, spretnosti, sposobnosti in oblikovanja vrednot. Didaktika je znanstvena disciplina, ki obravnava vsebino, metode in organizacijo pouka v šolah. Predmet didaktike je izobraževanje na različnih nivojih in oblikah. Marentič Požarnik (2000) ugotavlja pomen zagotavljanja in vrednotenja kakovosti visokošolskega študija, ki zahteva bistvene spremembe v pojmovanju učiteljeve vloge, spreminjanje učnih metod in študija, za kar pa je potreben sistemski pristop in stalno usposabljanje učiteljev. Model za razumevanje poučevanja in učenja na podlagi raziskovanja in izkušenj v visokoškolskem izobraževanju so strokovnjaki proučevali značilnosti glede na učno vsebino in ugotovili ključne elemente modela: značilnosti študentov, njihove predhodne izkušnje, trenutno dožemanje sedanje učne situacije ter vsebine poučevanja, ki vplivajo na študentov pristop k učenju ter na kakovost in izide učenja. Na podlagi raziskovanja zaznavanja študentov o njihovi učni situaciji in pristopih k učenju so razvili vprašalnik za spremljanje kakovosti poučevanja in učnih izidov CEQ (Course Experience Questionnaire), ki vsebuje pet navedenih ključnih kategorij uspešnosti. V obširni raziskavi na populaciji 8829 študentov iz 51 različnih študijskih smeri, tudi zdravstvenih ved: medicine in zdravstvena nege, so ugotovili, da so pristopi študentov k učenju kot npr. globinsko učenje bolj povezani s percepcijo študentov o dobrem poučevanju, jasnih ciljih in možnostjo pridobivanja samostojnosti, površinski pristop k učenju pa je bolj povezan z doživljanjem prezahtevnih nalog in obremenitev ter doživljanjem prezahtevnega in neprimerne ocenjevanja. Študente

je potrebno opremiti z določeno količino teoretičnih znanj, ki omogočijo pridobivanje različnih zmožnosti, za kar je potrebno uveljaviti metode, ki študente aktivneje vpletejo v pridobivanje znanja in kompetenc (Prosser in Trigwell, 2000; Marentič Požarnik, 2000)

Pomen izkušenj pri učenju so utemeljevali različni teoretiki kot na primer Kolb (1984), Dewey (1997) in Jarvis (2002), ki so ugotavljali pomen učenja s pomočjo izkušenj ter da morajo učitelji pri poučevanju omogočiti progresivno - napredno učno okolje. Izkušveno učenje je interaktiven proces. Izkušnje so osnovne in pomembne ter vplivajo na dojetje učne situacije in tudi na pristope študentov v klinični učni situaciji. Razvoj kompetenc pomeni učinkovitost in raven uporabe znanja, veščin, presoje in vrednot. V kliničnem okolju je pomemben prenos in uporaba teorije v prakso, izkušveno učenje v delovnem okolju in razvoj poklicnih kompetenc. Podpora študentom v učnem okolju jih spodbuja k samostojnosti, neposredno komuniciranje z vsakodneвно refleksijo konkretnih delovnih izkušenj omogoča sodelovanje v skupini oziroma kliničnem timu. Učenje na delovnem mestu v kliničnem okolju omogoča proces razvoja in spodbuja proces učenja »za poklic« in »v poklicu« z edukativno, podporno ali usmerjevalno funkcijo v različnih oblikah (Lynch et. al, 2008). Klinično okolje ponuja možnosti izkušvenega, situacijskega in problemskega učenja. Iz okolja šole, kjer so aktivnosti strukturirane, vstopajo študenti v okolja, ki so nepredvidljiva in jih je težko kontrolirati. O uvajanju metod izkušvenega učenja poročajo avtorji raziskave Acheson in Gall (2003), ki navajajo ugotovitve o ocenjevanju študentov in učiteljev praktikov v procesu učenja v kliničnem okolju. Ugotovili so, da je učenje študentov in pridobivanje spretnosti v kliničnem okolju povezano z nivojem pozornosti in motivacije študentov, od učnega stila mentorja in načina komunikacije pri podajanju vsebin ter od uporabe aktivnih učnih metod učenja ter interakcije v skupini. Mlad odraščajoči človek brez izkušenj ima svoje osebne lastnosti, svoja pričakovanja, vrednote, predznanja in motivacijo, kot tudi težave, ki jih ne smemo spregledati (Bartlett et. al, 2000).

V delovnih in kliničnih učnih okoljih se je mentorstvo uveljavilo kot pomembna strategija poučevanja in učenja. Mentorstvo opredeljujemo kot odnos, v katerem mentor nudi podporo in vodenje študentom, da povečajo samozavest, razvijajo sposobnosti in se socializirajo znotraj področja prakse (Jarvis, 2002; Herman, Mandell, 2004). Mentor se mora zavedati svojih lastnih sposobnosti in omejitev, sposobnosti odločanja in poklicnih možnosti. V kliničnem okolju se uveljavlja pristop, pri katerem imajo klinična okolja svoje neposredne mentorje na oddelkih, ki vodijo praktično usposabljanje (Ohrling, 2000, 2001). Mentorstvo je strategija, ki pripomore pri zagotavljanju pozitivnih izkušenj študentov znotraj kliničnega okolja (Kinnell in Hughes, 2010; Lynch et al, 2008). Različne pilotske študije (Čuk, Hvala, 2009) ugotavljajo, da zaradi prevelikega števila učečega se kadra v kliničnih okoljih, mentor ne preživi dovolj časa s študenti. Študenti ocenjujejo, da bi se naučili več, če bi bil na praksi prisoten šolski koordinator ali mentor iz šole. Podobne ugotovitve navajajo tudi tuje študije, ki uveljavljajo profil učitelja - praktika za izobraževanje vseh strokovnjakov iz prakse. Enako kot motiviranost študentov je torej pomembna tudi motiviranost mentorjev, predavateljev ali predavateljev - praktikov. Aiken et. al. (2002); Acheson et. al. (2003); Andrews et. al. (2006), Ohrling (2001) ugotavljajo, kako pomembno je, da se zaposleni počutijo varno pri izražanju stališč in idej, da se učeči se počutijo sprejeti in dobrodošli v delovnem okolju, ker se zaposleni trudijo za pozitivno klimo v učnem okolju, v katerem so prepoznani pozitivni medosebni odnosi med tistimi, ki se učijo in drugimi zaposlenimi. Z vzpostavitvijo dobrega odnosa učitelj da možnost za kakovostno vsebinsko oz. učno komunikacijo. Pomembno je, da imajo mentorji občutek za pričakovanja študentov in predstavijo pričakovanja in okvir njihovem vedenju (Marentič - Požarnik, 2000; Ohrling, 2000, Guilbert, 2004). Bartlett et. al., 2000) so identificirali razvojne stopnje in preko njih različne pristojnosti mentorjev, ko učijo in v delo uvajajo druge od nesamostojnega in negotovega začetnika do izkušene strokovnjaka.

Namen

Temeljni namen raziskave je bil na osnovi rezultatov obširne pregledne empirične pedagoške kvantitativne in akcijske kvalitativne raziskave o mentorski vlogi v kliničnem okolju izdelati konceptualni model in

vplivati na razvoj mentorstva v kliničnem okolju ter na razvoj kompetenc študentov zdravstvene nege v slovenskem prostoru. Identificirali, opisali in razložili smo dejavnike kliničnega usposabljanja študentov dodiplomskega bolonjskega študijskega programa Zdravstvena nega v procesu poučevanja in učenja v kliničnem okolju in ugotovili povezanost in vpliv na razvoj kompetenc. V članku predstavimo ugotovitve na podlagi analize podatkov ene proučevane spremenljivke.

Postavili smo si raziskovalno vprašanje, kateri so vplivni dejavniki v procesih poučevanja in učenja v kliničnih učnih okoljih in kako klinična okolja na organizacijski ravni vplivajo na pridobivanje znanja, spretnosti in vrednot? Na podlagi proučevanja vzorcev ciljne populacije študentov in mentorjev smo v kvantitativni raziskavi preverili hipotezo, da je razvoj mentorske vloge povezan z individualnimi in organizacijskimi značilnostmi.

METODE

Za preverjanje splošnih in specifičnih hipotez ter proučevanje povezanosti med spremenljivkami smo v raziskavi postavili konceptualni raziskovalni model, da bi ugotovili značilnosti in vplivne dejavnike poučevanja in učenja v kliničnih okoljih. Ugotavljali smo statistično povezanost med njimi z analizo podatkov iz vzorca študentov (N1) in vzorca kliničnih mentorjev (N2) ter ugotavljali razlike med skupinami. Neodvisne nominalne spremenljivke so bile demografske značilnosti oseb in podatki o vzorcu študentov in mentorjev: spol, starost, letnik šolanja, izobraževalni zavod, učni zavod, vrsta zdravstvenega zavoda, področje kliničnega usposabljanja in podatki o dolžini usposabljanja. Odvisne spremenljivke so bili vplivni dejavniki poučevanja in učenja v kliničnem okolju, značilnosti kliničnih okolij, značilnosti mentorske vloge, značilnosti razvoja kompetenc mentorjev in študentov.

Opis inštrumenta

V raziskavi smo po predhodnem ugotavljanju veljavnosti in zanesljivosti v letu 2012 uporabili merski inštrument IPUKO1 na reprezentativnem vzorcu študentov (N1) in merski instrument IPUKO 2 na vzorcu kliničnih mentorjev (N2). Vprašalnik je vseboval 7 spremenljivk in 72 meril, s katerimi so anketiranci ocenjevali stališča o proučevanih spremenljivkah. Vprašalnik je vseboval trditve za vrednotenje stališč in stopnje strinjanja, ki so izražene z nominalno mersko lestvico s stopnjevanjem. Uporabili smo pet stopenjsko Likertovo lestvico strinjanja: 1 - se sploh ne strinjam s trditvijo; 2- se delno ne strinjam; 3- se niti strinjam, niti ne strinjam; 4 - se deloma strinjam, 5 - se popolnoma strinjam s trditvijo.

Opravljen je bila validacija vprašalnika IPUKO-ZN, ki je bil preverjen v predštudiji na pilotnem vzorcu in na podlagi utemeljenih raziskav. Zanesljivost lestvic vprašalnika, izražena kot notranja konsistentnost lestvic oz. Cronbachov alfa (α), ki je bila 0,972 (N1) in 0,978 (N2).

Opis vzorca

Vzorec N1 predstavlja reprezentativni vzorec - 570 rednih študentov zdravstvene nege iz štirih slovenskih visokošolskih zavodov, kar predstavlja 50 % populacije rednih študentov, vpisanih na študij v študijskem letu 2011/12. Vzorec N2 predstavlja 318 kliničnih mentorjev iz učnih zavodov, kjer se izvaja klinično usposabljanje iz zdravstvene nege na različnih področjih, ki so podali soglasje k sodelovanju v raziskavi.

REZULTATI

Postavili smo si raziskovalno vprašanje, kako klinična okolja na organizacijski ravni vplivajo na pridobivanje znanja, spretnosti in vrednot. V drugem delu prve splošne hipoteze (H1b) smo predvidevali, da poleg individualnih značilnosti na razvoj mentorske vloge v kliničnem okolju vplivajo tudi organizacijske značilnosti (MO). Specifične hipoteze so bile, da organizacijske značilnosti kliničnega okolja

vključujejo organizacijo in vodenje dela ter izvajanje procesnih aktivnosti. Predvidevali smo, da značilnosti medosebnih delovnih odnosov omogočajo prenos znanja in izkušenj v kliničnem okolju. Z merili v spremenljivki MO smo v kliničnem okolju ugotavljali organizacijo kliničnega usposabljanja ter pogoje za delo in učenje študentov ter medsebojne delovne odnose, ki omogočajo prenos znanja v prakso. Analiza podatkov iz vzorca študentov (N1=570) in analiza podatkov iz vzorca kliničnih mentorjev (N2=318) je prikazana združeno v tabeli 2.

Razpredelnica 1: Opisna statistika za spremenljivko MO v vzorcu N1-študenti in vzorcu N2-kliničnih mentorjev

Sprem MO	Merila MO Organizacijske značilnosti	Povprečje N1=570	Standardni odklon N1= 570	Povprečje N2=318	Standardni odklon N2=318
MO 1	Odnosi med študenti, mentorji in zaposlenimi v kliničnem okolju so temeljili na medsebojnem spoštovanju.	4,13	0,987	4,30	0,822
MO 2	Timsko delo in medpoklicno sodelovanje v kliničnem okolju je bilo dobro organizirano.	3,84	0,982	4,13	0,802
MO 3	Organizacija dela je omogočila dostopnost zdravstvenega osebja v kliničnem okolju.	3,90	0,878	4,09	0,785
MO 4	V kliničnem okolju je bil organiziran prenos znanja in izkušenj med vsemi zaposlenimi in študenti.	3,63	1,063	4,19	0,838
MO 5	Poučevanje študentov v kliničnem okolju je bilo za mentorje dodatna delovna obremenitev.	3,28	1,330	4,13	1,026
MO 6	V kliničnem okolju so mentorji neposredno delali s študenti več kot polovico delovnega časa.	2,84	1,283	3,69	1,218
MO 7	Študenti so lahko sodelovali na sestankih z osebjem in se vključili v strokovne pogovore.	2,84	1,363	3,32	1,289
MO 8	Učenje študentov v kliničnem okolju so organizirali in vodili klinični mentorji.	3,67	1,117	4,25	0,947
MO 9	Študenti so se v neposrednem okolju učili izvajati procesne aktivnosti zdravstvene nege.	3,90	1,037	4,37	0,818
MO 10	Zdravstveno osebje v kliničnem okolju je bilo študentom dosegljivo za pomoč in informacije.	3,90	1,014	4,35	0,795
	MO - POVPREČJE (1-10)	3,5940	0,65934	4,0811	0,5943

Spremenljivka MO je vključila 10 meril, ki so ocenjevala značilnosti dela: organizacijo in vodenje, izvajanje procesnih aktivnosti, delovne obremenitve, porabljen čas – MO 5,6,7,8 in 9 ter področje medsebojnih delovnih odnosov v kliničnem okolju: spoštovanje, timsko delo, dostopnost, dosegljivost za pomoč, prenos znanja in izkušenj – MO 1,2, 3, 4 in 10.

Splošno hipotezo H1b, da je razvoj mentorske vloge povezan z organizacijskimi značilnostmi kliničnega okolja, potrdimo. Merila so statistično značilno povezana ($p=0,00$), ugotovili smo tudi razlike v odgovorih med vzorci študentov in mentorjev ter glede na letnik študija in specialna področja zdravstvene nege, kjer v učnih zavodih poteka klinično usposabljanje. Potrdili smo tudi dve specifični hipotezi.

H1b-1: Klinično okolje na ravni organizacije in vodenja mentorjev vpliva na pridobivanje znanja in spretnosti študentov med kliničnim usposabljanjem v delovnem okolju.

H1b-2: Klinično okolje na ravni medosebnih odnosov vpliva na pridobivanje spretnosti in sposobnosti študentov med kliničnim usposabljanjem v delovnem okolju.

Študenti se s povprečno oceno 2,84 deloma ne strinjajo in mentorji se v povprečju manj strinjajo (3,69), da so neposredno delali s študenti več kot polovico delovnega časa. Drugo pomembno merilo, s katerim so se študenti v povprečju deloma niso strinjali (povprečje 2,84), je bilo sodelovanje študentov na sestankih z osebjem in vključenost v strokovne pogovore. Merilo MO7 so tudi mentorji ocenili z najnižjo povprečno oceno med vsemi drugimi merili (povprečje 3,32) in edino to merilo je bilo ocenjeno z nižjo oceno od 4, kar pomeni, da so se mentorji v povprečju delno bolj strinjali z drugimi merili. S testom ANOVA smo ugotavljali tudi, da so v vzorcu mentorjev razlike v oceni stališč glede na področje zdravstvene nege pri vseh merilih razen pri merilu MO7 (različno so vključevali študente v strokovne pogovore in MO8 (da so delo organizirali in vodili klinični mentorji), ker je vrednost statistične značilnosti višja od 0,05. Organizacija dela v kliničnem okolju omogoči dostopnost zdravstvenega osebja. Študenti se s tem merilom v povprečju deloma manj strinjajo (3,90), mentorji se v povprečju deloma strinjajo (4,09). Študenti od zaposlenih pričakujejo medsebojno spoštovanje in dosegljivost zdravstvenega osebja za pomoč in informacije, s čimer se deloma strinjajo tako študenti (4,13) kot mentorji (4,30). Študenti in mentorji se deloma strinjajo, da so odnosi med študenti, mentorji in zaposlenimi v kliničnem okolju temeljili na medsebojnem spoštovanju in da je bilo zdravstveno osebje dosegljivo za pomoč in informacije. Po povprečnih ocenah študentov (3,84) se deloma manj strinjajo, da je bilo timsko delo in medpoklicno sodelovanje v kliničnih okoljih dobro organizirano, od ocen mentorjev, ki so se s trditvijo v povprečju deloma strinjali (4,13). Z ANOVA testom smo ugotovili statistično pomembne razlike v vzorcu študentov pri merilu MO2 ($p=0,017$) in merilu MO9 ($p=0,023$), pri drugih merilih glede na letnik študija ni bilo ugotovljenih statistično pomembnih razlik.

DISKUSIJA IN ZAKLJUČEK

Značilnosti kliničnega okolja na organizacijski ravni vključujejo organizacijo dela, vodenje mentorjev, vključenost v delo in strokovne pogovore, izvajanje procesnih aktivnosti zdravstvene nege in razpoložljive vire. To pomeni, da se pričakuje, da mentorji neposredno delajo s študenti več kot polovico delovnega časa in da za mentorje delo s študenti v kliničnem okolju ni dodatna delovna obremenitev. V povprečju mentorji med kliničnim usposabljanjem v delovnem okolju ne delajo neposredno s študenti več kot polovico delovnega časa in jim manj omogočijo sodelovanje na sestankih z osebjem in vključevanje v strokovne pogovore. Glede na področja zdravstvene nege so razlike v izvajanju procesnih aktivnosti zdravstvene nege. Ugotovili smo razlike glede na letnik študija in specialna področja zdravstvene nege, kjer klinično usposabljanje poteka. Predstavljene delne ugotovitve obširne raziskave o poučevanju in učenju zdravstvene nege v kliničnem okolju so pokazale močno povezanost med značilnostmi kliničnega okolja na organizacijski in individualni ravni. Izkustveno in reflektivno učenje z delom je alternativa klasičnim metodam poučevanja in učenja v zdravstveni negi, ki po mnenju Poikele (2006), Ohrling (2001) in Nilsson (2000) tvorijo znanje, ki temelji na odnosu med koncepti, vsebino učenja in refleksijo vsebine v delovnem okolju.

LITERATURA

- Andrews JD, Brodie AD, Andrews PJ, Hillan E, Thomas G, Wong J. Personal roles and communications in clinical placement: A qualitative study of nursing students perception and some models for practice. *Int J Nurs Stud* 2006. 43(7): 861-74.
- Acheson KA, Gall MD. *Clinical supervision and teacher development* (5th edition). New York, John Wiley & sons. 2003. 79-139.
- Aiken L, Clarke S, Sloane D, Sochalski J, Silber J. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction, *JAMA*. 2002. 288: 1987-1993
- Bartlett HP. A comparison of the nursing competence of graduates and diplomats from UK nursing programmes. *J Clin Nurs* 2000; 9: 369-381.



Čuk V, Hvala N. Vpliv kliničnega okolja na zadovoljstvo študentov s klinično prakso. V: Zbornik predavanj z recenzijo 2. mednarodne znanstvene konference Teorija, raziskovanje in praksa – trije stebri, na katerih temelji sodobna zdravstvena nega, Ljubljana, 18-19. september 2009. Visoka šola za zdravstveno nego, 332- 41.

Dewey J. Experience and education. New York, Touchstone book; 1997: 25-47.

Gilbert JJ. Zasnova poučevanja učenja in struktura programa. V: Didaktični priročnik za učitelje na zdravstvenih šolah. Maribor: Unigrafika. 2004.

Herman L, Mandell A. From teaching to mentoring. London, Routledge; 2004: 59-63.

Jarvis P. Adult and Continuing Education. London-New York, Routledge; 2002: 59-96.

Lynch L, Hancox K, Happell B, Parker J. Clinical supervision for nurses. UK, Wiley-Blackwell; 2008.

Kolb D. Experiential learning. Experience as the source of learning and development. New Jersey, Prentice hall, 1984: 32-40.

Lynch L, Hancox K, Happell B. Clinical supervision for Nurses. Wiley-Blackwell.UK; 2008.

Marentič Požarnik B. Psihologija učenja in pouka. Ljubljana: DZS. 2000.

Mednarodni svet medicinskih sester predlaga usmeritve o globalnih kompetencah medicinskih sester Utrip. Ljubljana: Zbornica- Zveza.: 2006 11-24.

Nilsson L. The significance of a mentor programme. Ph thesis. Department of education. Lulea. 2000.

Ohrling K, Hallberg IR. Student nurses lived experience of preceptorship. International Int J Nurs Stud, 2000;37(1): 13-23.

Ohrling K. The meaning of preceptorship: nurses lived experience of being a preceptor. J Adv Nurs 2001 33(4), 530-540.

Poikela E, Nummenmaa R. Understanding problem based learning. University press. Tampere. Finland. 2006.

Prosser M, Trigwell K. Understanding Learning and Teaching. The Experience in Higher Education. Buckingham: Open University Press. 2000: 4-145.

Vonta T, Rutar S, Istenič Starčič A, Borota B. Mentorstvo v profesionalnem razvoju učitelja in vzgojitelja. Koper: UP Pedagoška fakulteta. 2007.

World Health Organization (2002). Nursing midwifery services: Strategic directions 2002-2008. Dostopno na: http://w3.who.org/LinkFiles/Resources_Anglais.pdf (15. 12. 2012)

114C

NEKATERI VIDIKI DOŽIVLJANJA PRAKTIČNEGA USPOSABLJANJA PRI DELODAJALCU DIJAKOV SREDNJE ZDRAVSTVENE ŠOLE MURSKA SOBOTA

SOME ASPECTS OF THE EXPERIENCE OF PRACTICAL TRAINING FOR STUDENTS OF EMPLOYER HEALTH SCHOOL SATURDAY MURSKA SOBOTA

pred. Edvard Jakšič, mag. zdr. nege

Talanyjeva 5, 9000 Murska Sobota

Ključne besede: praktični pouk, praktično usposabljanje, dijak

IZVLEČEK

V članku so predstavljene ugotovitve glede doživljanja praktičnega pouka in praktičnega usposabljanja pri delodajalcu (Splošna bolnišnica Murska Sobota) dijakov Srednje zdravstvene šole Murska Sobota.

Pri raziskavi smo želeli ugotoviti, kako doživljajo praktično usposabljanje pri delodajalcu dijaki.

V raziskavi je bila uporabljena kvantitativna deskriptivna metoda družboslovnega raziskovanja. Kot instrument raziskave je bil uporabljen anketni vprašalnik, ki je vseboval 13 vprašanj odprtega in zaprtega tipa. Raziskava je potekala na Srednji zdravstveni šoli Murska Sobota v času razrednih ur. Želeli smo ugotoviti predvsem splošno oceno dijakov glede enomesečnega usposabljanja v kliničnem okolju.

Na osnovi analize in fizičnih podatkov ugotavljamo, da so se dijaki pri izvajanju PUD-a (Praktično usposabljanje z delom) le v 14,8 % odgovorov počutili kot neenakovreden član negovalnega tima. Mentor se je s svojim delom zelo oziroma občasno vključeval v izvajanje PUD-a le 14,8 % dijakov je odgovorilo, da je njegovo vključevanje bilo redko.

Spodbuden je tudi odgovor glede pridobivanja znanja pri teoretičnem pouku v šoli, ki je v večini zelo uporabno ali uporabno, le 6,3% dijakov je odgovorilo, da je manj uporabno. Pri izvajanju PUD-a so se najbolj potrudile srednje medicinske sestre, saj je tako odgovorilo 85,1% dijakov. Zanimivo je tudi, da se dijaki v izobraževalnem programu najbolj počutijo v kliničnem okolju pri izvajanju PUD-a, saj je tako odgovorilo 72% dijakov.

Ugotavljamo, da je klinično okolje v bolnišnici zelo prilagodljivo potrebam dijakov, saj je 83% dijakov odgovorilo, da so upoštevali njihove želje glede razporeda delovnika.

Pri splošni oceni izvajanja PUD-a so se dijaki odločili za oceno 4 in sicer v 74,4%. Ocene zavzetosti mentorja na PUD-u pa so najbolj pogosto 3,4 in 5. Vsaka omenjena ocena ima dobrih 30% odgovorov.

Keywords: practical lessons, hands-on training, student

ABSTRACT

The paper presents findings concerning the experience of practical instruction and practical training in employer medical students of the High School Murska Sobota. In my research I wanted to find out how students are experiencing PUD.

The study used the descriptive method of quantitative social research. As a research instrument, the questionnaire was used, which contained 13 questions open and closed. The survey was conducted at a secondary medical school Murska Sobota during class time. Based on the analysis and physical data to note that the students in the implementation of PUD, but only in 14.8% of the respondents feel unequal member of the nursing team. Mentor has their work or very occasionally involved in the implementation of the PUD, but only 14.8% of students responded that his involvement was rare.

Assessment of students on the acquisition of practical knowledge in more than half of the responses chosen for the clinical implementation of environment-a PUD is also a response regarding the acquisition of theoretical knowledge in the class at school, which is the most useful or very useful, only 6.3% of students responded that they are less useful. In carrying out the PUD's the greatest efforts medium nurses, as it is so responded to 85.1% of students. It is also interesting that the students in the educational program best feeling in the clinical setting in the implementation of a PUD, it is 72% of the students responded.

I note that the clinical environment of the hospital is very adaptable to the needs of students as 83% of students responded that they followed their wishes regarding the schedule of working hours. In the overall assessment of the implementation of a PUD, the students chose to evaluate the 4 and in 74.4%. Reviews mentor commitment to PUD-u are most often 3.4 and 5 Each score has said more than 30% of responses.

UVOD

Dijaki srednjih zdravstvenih šol pridobivajo znanje pri teoretičnem znanju v šolskem okolju, pri praktičnem pouku v bolnišničnem okolju in pri praktičnem usposabljanju pri delodajalcu. Šolski sistem se trudi, da bi obe izobraževalni okolji bili med seboj čim bolj povezani. Z raziskavo sem želeli ugotoviti, kako na vsa ta različna okolja izobraževanja gledajo dijaki, ki so v izobraževalnem sistemu.

OPREDELITEV OBDOBJA MLADOSTNIŠTVO

Mladostništvo vsebuje velik delež negotovosti, saj je to obdobje, ko zapuščamo čas otroštva in prehajamo v odraslo dobo.

S psiho-socialnega vidika spadajo mladostniki med rizične skupine in to zagovarjamo z različnimi argumenti. Mladostniki se nahajajo v vmesnem razvojnem obdobju, ko so izpostavljeni intenzivnemu telesnemu in duševnemu razvoju. Cel čas so izpostavljeni velikim socialnim spremembam in od vseh družbenih skupin najbolj nagnjeni k različnim odvisnostim. Ravno v tem obdobju se mladostniki neposredno srečajo z alkoholom, tobakom in drogami. Poleg tega je potrebno še omeniti, da se od mladostnikov vedno več pričakuje in smo do njih velikokrat tudi po krivici zelo kritični.

Značilnosti razvojnega obdobja mladostništva

Mladostništvo - adolescenca je obdobje, ki za vsakega posameznika pomeni prehod med dvema svetovoma, prehod iz enega sveta, otroškega, v drugi svet, svet odraslih. V našem kulturnem krogu smo vajeni videti v mladostništvu obdobje nestabilnosti. Pred očmi imamo podobo najstnika, čustveno labilnega mladostnika, ki pada iz ene v drugo emocionalno krizo, ki se upira, odklanja avtoriteto staršev in ustvarja probleme in težave sebi in drugim (Musek, 1995, 37).

Dijaki srednje zdravstvene šole so normalno odraščajoči mladostniki, kot vsi ostali, ki se vsakodnevno srečujejo z nami učitelji in zdravstvenim osebjem pri praktičnem pouku.

Pomoč dijakom – mladostnikom je namreč naša dolžnost, ki je jasno zapisana tudi v Kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Ob tem še nismo omenili poklicne orientacije mladostnikov pred zelo pomembno življenjsko odločitvijo. V že zelo zgodnjem obdobju se morajo mladi dokaj specifično odločiti za poklic, ki bi ga naj opravljali skozi poklicno obdobje svojega življenja. Postavljamo si vprašanje, ali so mladi pri svojih 14-tih letih resnično že tako daleč zreli, da se znajo samostojno odločati. Pri tem si postavimo še dodatno vprašanje, ali so dobili dovolj informacij o poklicu, za katerega se bodo usposabljali.

ZNAČILNOSTI SREDNJEŠOLSKEGA IZOBRAŽEVANJA V ZDRAVSTVENI NEGI

V okviru srednješolskega izobraževanja so programi razdeljeni na srednje strokovno izobraževanje (tehnik zdravstvene nege), ki traja štiri leta, srednje poklicno izobraževanje (bolničar – negovalec), ki traja tri leta, in poklicno tehniško izobraževanje (3+2), ki traja dve leti. Poklicno tehniško izobraževanje smo ohranili tudi v novem izobraževalnem programu zdravstvene nege.

Pogoj za vključitev v izobraževalne programe je uspešno končana osnovna šola ter ustrezno zdravstveno stanje za opravljanje del in nalog v stroki, kar kandidat dokaže z zdravniškim potrdilom. Pogoj za vpis v program poklicno tehniškega izobraževanja pa je končana izobrazba bolničar – negovalec.

Izobraževanje v šolskem okolju pri splošno izobraževalnih in strokovnih predmetih

Na podlagi sprejetega Zakona o poklicnem in strokovnem izobraževanju (2006) je na področju srednješolskega izobraževanja zdravstvene nege prišlo do številnih sprememb. Omenjeni zakon v 12. členu izobraževalni program srednješolskega izobraževanja razčleni v posamezne izobraževalne module. Modul pa opredeli kot programsko enoto ciljev in vsebin, ki se določi v skladu z izhodišči za pripravo izobraževalnih programov.

V 13. členu Zakon o poklicnem in strokovnem izobraževanju (2006), kot spremembo uvaja odprti kurikulum, kjer se izobraževalni programi strokovnega izobraževanja, v skladu z izhodišči za pripravo izobraževalnih programov, oblikujejo tako, da del izobraževalnega programa določijo šole skupaj s socialnimi partnerji. V našem primeru so to Splošna bolnišnica Murska Sobota in domovi za starejše občane, kjer naši dijaki opravljajo praktični pouk.

Odprti kurikulum je novost v izobraževalnih programih in je namenjen hitremu odzivanju na potrebe delodajalcev in novostim v stroki. Odprti kurikulum dijakom omogoča izvajanje bolj prilagojenega izobraževanja. Določi ga šola v sodelovanju z delodajalci in drugimi zainteresiranimi iz lokalnega okolja.

V 14. členu Zakon o poklicnem in strokovnem izobraževanju (2006) izobraževalni program ovrednoti s kreditnimi točkami, ki so merska enota za vrednotenje vseh oblik dela, ki ga mora opraviti povprečen dijak za doseganje izobraževalnih ciljev.

Kot spremembo glede na prejšnji izobraževalni program pa omenjeni zakon v 31. členu uvaja praktično usposabljanje z delom pri delodajalcu.

Za izvedbo praktičnega usposabljanja z delom se z delodajalci (Splošna bolnišnica Murska Sobota) običajno dogovori šola, ki tudi poskrbi za spremljanje dijakov med praktičnim usposabljanjem.

Ob celotni prenovi izobraževalnega programa zdravstvena nega v modularni sistem se spremeni tudi naziv izobrazbe. Tako bodo naši dijaki ob zaključku srednješolskega izobraževanja zdravstvene nege pridobili naziv srednja medicinska sestra oz. srednji zdravstvenik.

V skladu s 3. členom Zakona o poklicnem in strokovnem izobraževanju (2006) se srednja strokovna izobrazba zdravstvene nege zaključi z uspešno opravljeno poklicno maturo.



Izobraževanje pri praktičnem pouku

Dijaki srednjih zdravstvenih šol v tretjem letniku izobraževanja na šoli prvič prestopijo prag kliničnih vaj v bolnišnici in domu starejših občanov. Ves praktičen pouk je mentorsko voden, tako da dijaki opravljajo naloge in zadolžitve pod skrbnim nadzorstvom svojega šolskega mentorja. V novem sistemu pa se uveljavlja še Praktično usposabljanje z delom (PUD).

Ker poteka praktični pouk v bolnišničnem okolju, ki je učna baza srednje zdravstvene šole, se mora celotni proces izobraževanja prilagajati standardom in kriterijem, ki veljajo na posameznem oddelku strokovnega področja.

Bolnišnico sestavljajo posamezne organizacijske enote - oddelki. Bolniški oddelk je zaključena enota za opravljanje nalog s področja zdravljenja. Oddelki so poimenovani po posameznih organskih sistemih, ki jih zdravimo. Splošne bolnišnice so zavodi za zdravljenje več vrst bolezni, ki ima zmogljivosti za najmanj naslednja področja: interno medicino, kirurgijo, pediatrijo in ginekologijo s porodništvom (Kisner et al., 1998, 7).

Medsebojno sodelovanje in prilagajanje je za uspešno delo nujno. Od dijakov se pričakuje, da je njihovo delo in prisotnost čim manj opazno in motljivo.

Poleg tega je treba omeniti doživljanja dijakov pri praktičnem pouku, o katerih sicer redko govorimo. Dijak se znajde v novem okolju, med novimi člani negovalnega in zdravstvenega tima, med pacienti s svojimi individualnimi potrebami, nadzorom mentorja, ki pričakuje, da se bo dijak čim več naučil.

Ker v bolnišničnem okolju še vedno velja sistem hierarhije, se od dijakov pričakuje, da upoštevajo in spoštujejo proces dela. Za uspešno delo in sodelovanje se morata tako dijak kot tudi šolski mentor vključiti v negovalni tim kot tudi širši zdravstveni tim.

Uspešno komuniciranje je prav tako pomembno za sporazumevanje in prenos informacij v timu zdravstvene nege, zdravstvenem in interdisciplinarnem timu (Hajdinjak, Meglič, 2006, 38).

Interdisciplinarni tim sestavljajo strokovnjaki več strokovnih in znanstvenih disciplin (Pajnkihar 1999, 219).

Negovalni tim se vključuje v širši zdravstveni tim, v katerega so vključeni tudi strokovnjaki drugih zdravstvenih področij, kot so: zdravnik, fizioterapevt, socialni delavec, psiholog, dietetik, inženir radiologije, laboratorijski tehnik, ...itd.

Zato morajo pripadniki stroke znanje stalno in neprekinjeno dopolnjevati in posodabljati. To ni prepuščeno le posameznikovi iniciativi, ampak je normativno urejeno in je dolžnost in obveznost vsakega pripadnika stroke, ki v njej poklicno deluje. Ta znanja si pridobiva in pogloblja na kongresih, strokovnih seminarjih in drugih oblikah strokovnega izpopolnjevanja (Hajdinjak, Meglič, 2006, 46).

Le z veliko motivacije za izobraževanje in pridobivanjem novega znanja lahko računamo na razvoj stroke zdravstvene nege.

METODE

Uporabljena je bila kvantitativna deskriptivna metoda družboslovnega raziskovanja. Raziskava je temeljila na študiju znanstvene in strokovne literature ter člankov. Kot instrument raziskave je bil uporabljen anketni vprašalnik, ki je vseboval 36 vprašanj odprtega in zaprtega tipa.

Raziskava je potekala na Srednji zdravstveni šoli Murska Sobota v času razrednih ur od 1. 9. 2012 – 1. 10. 2012.

V anketi je sodelovalo 100 dijakov četrtil letnikov Srednje zdravstvene šole Murska Sobota. Sodelovanje je bilo prostovoljno.

Anketirancem je bila zagotovljena anonimnost podatkov. Seznanjenji so bili z namenom in cilji raziskave ter opozorjeni, da je sodelovanje v raziskavi prostovoljno in da imajo pravico zavrnitve.

Pred pričetkom raziskave je bilo pridobljena pisno soglasje vodstva Srednje zdravstvene šole Murska Sobota.

REZULTATI

Razpredelnica 1: Spol

Moški	32 %
Ženski	68 %

Razpredelnica 2: Splošna ocena PUD-a

Kako bi na splošno ocenil izvajanje PUD-a?

1	0
2	2,1 %
3	2,1 %
4	74,4 %
5	21,2 %

Večina dijakov (74,4 %) je ocenila izvajanje PUD-a z oceno 4.

Razpredelnica 3: Ocena zavzetosti mentorja na PUD-u

Kako bi ocenil zavzetost mentorja na PUD-u?

1	0
2	4,2 %
3	31,9 %
4	34,1 %
5	29,7 %

Zavzetost mentorja dijaki ocenjujejo v večjem delu z ocenami med 3 in 5.

Razpredelnica 4: Počutje glede enakovrednosti v neg. timu

Pri izvajanju PUD-a sem se počutil kot enakovreden član neg. tima?

Da	44,6 %
Ne	14,8 %
občasno	40,4 %

Razpredelnica 5: Moteči dejavniki na PUD-u

Kaj te je najbolj motilo pri izvajanju PUD-a?

Izvajanje osebne higiene pacientov	17,02 %
Zgodnje vstajanje	55,9 %
Neprijazno osebje	8,5 %
Naporno delo	4,2 %
Drugo	12,7 %

Moteči dejavnik na PUD-u dijaki v 55,9 % ocenjujejo zgodnje vstajanje.

**Razpredelnica 6: Vključevanje mentorja na PUD-u**

Kako se je vključeval mentor na PUD-u v moje delo?

Zakaj se je vključeval	31,9 %
Občasno se je vključeval	53,1 %
Redko se je vključeval	14,8 %

Razpredelnica 7: Pridobitev praktičnega znanja

Kje ste dobili več praktičnega znanja?

Na PUD-u	51,6 %
Pri praktičnem pouku s šolskim mentorjem	29,7 %
Na PUD-u in praktičnem pouku sem dobil enako znanja	19,1 %

Polovica (51,6 %) dijakov je mnenja da so največ praktičnega znanja dobili na PUD-u.

Razpredelnica 8: Uporabnost teoretičnega znanja na PUD-u

Znanje ki smo ga dobili pri teoretičnem pouku v šoli je na PUD-u:

Zelo uporabno	55,3 %
Uporabno	38,3 %
Manj uporabno	6,3 %

Le 6,3 % dijakov je mnenja, da je teoretično znanje manj uporabno.

Razpredelnica 9: Ocenitev zdravstvenega osebja na PUD-u

Zdi se mi da sem pri izvajanju PUD-a najbolj potrudil:

Medicinske sestre	85,1 %
Diplomirane med. sestre	14,8 %
Fizioterapevti	0
Zdravniki	0
Čistilke	0

Po mnenju dijakov so se na PUD-u najbolj potrudile medicinske sestre (85,1 %)

Razpredelnica 10: Počutje na PUD-u glede delovne sile

Pri izvajanju PUD-a sem se večkrat počutil kot delovna sila.

Da	27,6 %
Ne	12,7 %
Včasih	59,5 %

Razpredelnica 11: Počutje na PUD-u glede faktorja odvečnosti

Pri izvajanju PUD-a sem se večkrat počutil odveč oz. v napoto.

Da	6,4 %
Ne	61,7 %
Včasih	30,6 %

61,7 % dijakov zanikajo, da bi se na PUD-u počutili v napoto.

Razpredelnica 12: Počutje dijakov glede na izobraževalno okolje

Kje v izobraževalnem programu se najbolje počutiš?

Pri teoretičnem pouku v šoli	13 %
Na praktičnem pouku z šolskim mentorjem	15 %
Na PUD-u	72 %

Kar 72 % dijakov se najbolje počuti na PUD-u.

Razpredelnica 13: Načrti po zaključku šolanja

Ko bom zaključil šolanje na SZŠ MS:

Se bom zaposlil v zdravstvenih institucijah	14 %
Se bom zaposlil v nezdravstvenih institucijah	0
Bom študiral in se zaposlil v zdravstvenih institucijah	60 %
Bom študiral in se zaposlil v ne zdravstvenih institucijah	26 %

60 % dijakov si želi študirati in se zaposliti v zdravstvenih institucijah.

RAZPRAVA

Na osnovi analize in fizičnih podatkov ugotavljam, da so se dijaki pri izvajanju PUD-a le v 14,8 % odgovorov počutili kot neenakovreden član negovalnega tima. Ta rezultat je spodbujajoč, saj se mora dijak v kliničnem okolju počutiti sprejet. Mentor se je s svojim delom zelo oziroma občasno vključeval v izvajanje PUD-a, le 14,8 % dijakov je odgovorilo, da je njegovo vključevanje bilo redko. Bistvo izvajanja PUD-a je, da dijak pridobiva znanje ob neposredni prisotnosti mentorja.

Ocena dijakov glede pridobitve praktičnega znanja se je v več kot polovici odgovorov odločila za klinično okolje izvajanja PUD-a. Spodbuden je tudi odgovor glede pridobivanja znanja pri teoretičnem pouku v šoli, ki je v večini zelo uporabno ali uporabno, le 6,3 % dijakov je odgovorilo, da je manj uporabno. Pri izvajanju PUD-a so se najbolj potrudile srednje medicinske sestre, saj je tako odgovorilo 85,1 % dijakov. Zanimivo je tudi, da se dijaki v izobraževalnem programu najbolje počutijo v kliničnem okolju pri izvajanju PUD-a, saj je tako odgovorilo 72 % dijakov. Ta odgovor je zelo spodbuden, saj se dijaki najbolje počutijo v okolju, ki bo v prihodnosti predstavljalo njihovo delovno okolje.

Ocenjujem, da je klinično okolje v bolnišnici zelo prilagodljivo potrebam dijakov, saj je 83 % dijakov odgovorilo, da so upoštevali njihove želje glede razporeda delovnika.

Razmisliti pa gre glede vprašanja počutja dijakov kot delovne sile, saj večji del odgovorov predstavlja Da oziroma Včasih.

Pri splošni oceni izvajanja PUD-a so se dijaki odločili za oceno 4 in sicer v 74,4 %. Ocene zavzetosti mentorja na PUD-u pa so najbolj pogosto 3,4 in 5. Vsaka omenjena ocena ima dobrih 30 % odgovorov.

SKLEP

Ob uvedbi modularnega sistema izobraževanja in novosti ob praktičnem usposabljanju pri delodajalcu spremljamo novosti, predvsem pa ocene dijakov na tak način izobraževanja. Smotrno je, da povratno informacijo dobimo tudi od dijakov, ki so najbolj neposredno vključeni v izobraževanje. Zdi se nam, da je izobraževanje pri delodajalcu pozitivna oblika izobraževanja in jo je potrebno spodbujati tudi v prihodnosti.



LITERATURA

- Hajdinjak G, Meglič R. Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Univerza v Ljubljani. Visoka šola za zdravstvo, 2006.
- Kisner N, Rozman M, Klasinc M, Pernat S. Zdravstvena nega. Maribor: Založba obzorja, 1998.
- Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2006.
- Musek J. Osebnost in vrednote. Ljubljana: Educy, d. o. o., 1995.
- Pajnikihar M. Teoretične osnove zdravstvene nege. Maribor: Visoka zdravstvena šola Maribor, 1999.
- Zakon o poklicnem in strokovnem izobraževanju. Uradni list Republike Slovenije št. 79/2006.

114D

OPERACIJSKA MEDICINSKA SESTRA V SIMULACIJSKEM CENTRU

OPERATING ROOM NURSE IN SIMULATION CENTER

Tatjana Požarnik, dipl. m. s., spec. perioperat. ZN

Tatjana Trotovšek, dipl. m. s., spec. menedž.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Operacijski blok

tatjana.pozarnik@gmail.com

Ključne besede: operacijska zdravstvena nega, učenje s simulacijo, pacient

IZVLEČEK

Simulacijski center, ki so ga v Univerzitetnem kliničnem centru (UKC) Ljubljana slovesno odprli junija 2011, je narejen po vzoru podobnih centrov v tujini. Namenjen je izobraževanju in usposabljanju vseh zdravstvenih profilov, zaposlenih v UKC Ljubljana ter zdravstvenemu osebju iz drugih ustanov po Sloveniji in tujini. S pomočjo treningov in izobraževanj zdravstvenega osebja v operacijski sobi bo le-ta pomembno prispeval k izboljšanju varnosti pri obravnavi pacientov.

Keywords: operating nursing, simulation learning, patient

ABSTRACT

The simulation center, which was inaugurated at the University Medical Center (UMC) Ljubljana in June 2011, is modeled on similar centers abroad. It is intended for education and training of all health professionals in the UMC Ljubljana, and health staff from other institutions in Slovenia and abroad. With trainings and education of health professionals it will significantly contribute to improved safety in the treatment of patients.

UVOD

Medicinsko delovno okolje se nenehno tehnološko razvija in v uporabo prihajajo novi, sodobni izdelki ter znanja iz novih tehnologij. Razen tehnološkega razvoja se razvija tudi znanje, povezano z zdravljenjem pacienta, njegovo zdravstveno nego in razumevanje človeške fiziologije. Takšno hitro razvijajoče se okolje seveda zahteva tudi drugačne edukacijske metode že v času šolanja za kompetentno bodoče delo zdravstvenega osebja (Turk, Križmarić, Mičetić-Turk D, 2005).

Medicinske sestre in zdravniki se pri svojem delu srečujejo s sofisticiranimi aparati predvsem v operacijskem bloku, v enoti intenzivne nege, na dializi, fizioterapiji in še na mnogih mestih, kjer tehnična znanja načeloma ne spadajo v njihovo stroko. Vendar pa ravno tehnika in tehnologija skrbita, da se pacienti ohranijo pri življenju tako dolgo, dokler si njihov organizem ne opomore. S pomočjo biomedicinske tehnologije se spremljajo pacientove vitalne funkcije in se na podlagi sprememb fizioloških parametrov prinašajo odločitve ter sprožajo akcije v obliki terapij (Turk, Križmarić, Mičetić-Turk D, 2005).



Izobraževanje v zdravstveni negi se vedno hitreje pomika proti elektronski in računalniški podpori, kajti le-te nam nudijo učinkovitejše pridobivanje znanja. Učenje, pridobljeno na izkušnjah simulacije, nam omogoča poglobljeno učenje, ki je v današnjem času izrednega pomena, saj delo na področju operacijske zdravstvene nege ne more predstavljati rutinskega dela (Fanning RM, et al., 2013).

Simulacijski pristop je eden izmed možnih načinov za poglobljeno razumevanje fizioloških procesov, ki potekajo v telesu. Simulacije tako zapolnijo podrobnosti ter vrzeli in ponudijo celovito sliko v razumevanju delovanja človeškega organizma. Potrdijo in razširijo začetna, oziroma osnovna razumevanja, pridobljena s klasičnim učnim pristopom, hkrati pa kvantitizirajo mnoge alternative. Ker se od zdravstvenega delavca zahteva in pričakuje, da ravna strokovno in pravilno v vsakem trenutku, so seveda pridobljene izkušnje v kabinetu nujno potrebne, preden se pristopi k pacientu v klinični praksi. Takšna izkušnja omogoča, da se znebijo občutki negotovosti in strahu pred določenimi intervencijami (Turk, Križmarić, Mičetić-Turk D, 2005).

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Simulacijski center UKC Ljubljana obsega operacijsko sobo, enoto za intenzivno zdravljenje, dva seminarska prostora z računalniško opremo, garderobo, pisarniški prostor in pomožne prostore za shranjevanje funkcionalne opreme in potrošnega materiala. V simulacijskem centru sta na voljo dve lutki »različnih starosti«, ena odrasla, in ena v starosti otroka, med 5 in 7 let, ki sta nameščeni v realnem kliničnem okolju operacijske sobe oziroma v sobi za intenzivno zdravljenje. Pri obeh lutkah je mogoče simulirati številne klinične primere, s katerimi se srečujemo v naši vsakodnevni praksi na različnih specialističnih področjih.

Simulacijsko izobraževanje zdravnikov in osebja zdravstvene nege poteka s pomočjo igranja vlog, z uporabo računalniških aplikacij za obravnavo različnih kliničnih stanj in procesov, z uporabo simulatorjev posameznih delov telesa ter visoko tehnološko razvite lutke, ki deluje na osnovi mehanske in programske opreme in »odslikava« realnega pacienta. Pri simulacijskem učenju je zelo pomemben vidik tudi spoznavanje uporabe opreme ter učenje in utrjevanje komunikacijskih veščin (s pacientom in znotraj tima). Standardna in zelo pomembna faza simulacijskega učenja je analiza opravljenega postopka na osnovi avdiovizualnega posnetka. V razpravi pod vodstvom inštruktorja, izkušenega strokovnjaka, se analizira kaj je bilo narejeno dobro, kaj ne in kako bi naj bilo narejeno še boljše (Gordon JA, Pawlowski J, 2002).

Učenje s simulacijo lahko pomaga pridobiti oceno o timski učinkovitosti v komunikaciji, razumevanje jasnosti pravil, podpori in izkoriščenosti virov in globalno ocenitev tima. Za sodelovanje v operacijskem timu in ocenjevanje njegove uspešnosti je treba razviti klinično simulacijo scenarijev. Koraki v razvoju simulacijskega scenarija vključujejo:

- prepoznavanje ciljnega občinstva,
- opredeliti in jasno navesti objektivnost in učni izid scenarijev,
- razvijanje ustreznih značilnosti scenarija, vključno z vrsto in njenim trajanjem,
- določanje sredstev za ocenjevanje,
- določanje predpostavk in omejitev,
- pripravo podrobnih protokolov in omejitev ter
- poročanje (Anderson, Leflore, 2008).

Učenje s simulacijo v operacijski zdravstveni negi pomeni pomembno dopolnitev izobraževanja za operacijske medicinske sestre, saj je dokazano, da to usposabljanje skrajšuje krivuljo učenja, podaljšuje ohranjanje znanja, izboljšuje delovanje pod stresom, izboljšuje timsko delo ter omogoča pridobivanje ročne spretnosti. Izobraževanje poteka v simuliranem okolju operacijske sobe brez tveganja za varnost pacienta (Scalese RJ et al., 2008).

V Operacijskem bloku Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana smo pričeli v letu 2012 s pripravo izobraževanja operacijskih medicinskih sester s področja laparoskopske kirurgije. Izobraževanje je namenjeno operacijskim medicinskim sestram za osvežitev in pridobivanje novih znanj s področja laparoskopske kirurgije, uporabe specialne laparoskopske opreme in kirurških inštrumentov, elektrokirurgije ter pridobivanja spretnostnih izkušenj. Izobraževanje je sestavljeno iz teoretičnega in praktičnega usposabljanja v časovnem obsegu osmih pedagoških ur.

VSEBINE TEORETIČNEGA DELA

Priprava operacijske sobe na laparoskopski poseg

Pred vsakim operativnim posegom operacijska medicinska sestra preveri delovanje sistemov in aparaturo, ki jih potrebuje za posamezen operativni poseg - delovanje električne napeljave na steni in stativih, delovanje aparata za elektrokoagulacijo, delovanje laparoskopskega stolpa, delovanje generatorja za harmonični skalpel. Tekom operativnega posega upravlja s potrebnimi sistemi in aparaturo ter jih ves čas nadzoruje.

Operativni položaj pacienta

Operativni položaj je določena lega telesa pacienta, ki je nujno potrebna za uspešnost operativnega posega. Vsak položaj lahko povzroči potencialne zaplete. Verjetnost zapleta narašča s starostjo pacienta in vzdrževanjem enakega položaja daljši čas. Nameščanje pacientov v operativni položaj zahteva veliko skrb, znanje in previdnost. Strokovna in tehnično pravilna namestitvev zmanjšuje nevarnost krvavitve, poškodb kosti, živcev in tkiv, krvnega obtoka in centra za dihanje (Hrovat, 2002).

Operacijska medicinska sestra je pomemben član tima, ki sodeluje pri nameščanju pacienta v operativni položaj. Za opravljanje svojih del in nalog nujno potrebuje znanja iz:

- anatomije in fiziologije,
- splošnih učinkov zdravil in anestetikov,
- dejavnikov, ki vplivajo na pacienta,
- tehnike položajev,
- poškodbenih mehanizmov,
- morebitnih zapletov,
- delovanja aparaturo, ki se uporabljajo pri operativnem posegu,
- poznavanja naprav in pripomočkov za izvedbo operativnega položaja (Hrovat, 2002).

Ustrezen operativni položaj zagotavlja dobro dostopnost operativnega polja. Vsak položaj ima svoje specifične lastnosti. Osnovne lege telesa so: hrbtne lega, trebušna lega in bočna lega. Iz teh osnovnih leg pa izhajajo različni položaji, potrebni za različne operativne tehnike.

Elektrokirurgija

Namen varnostnih ukrepov pri uporabi električnih naprav v medicinski praksi je zaščititi pacienta pred neželeno in škodljivo uporabo elektromedicinskih aparatov in uporabnika - zdravstvenega delavca, ki aparate upravlja ter ostalo osebje, ki med delom pride v stik z napravo neposredno ali posredno prek pacienta ali upravljavca (Prešeren M et al., 1998).

Operacijska medicinska sestra mora preveriti delovanje aparata za elektrokoagulacijo, poznati osnovne principe elektrokoagulacije, znati namestiti nevtralno elektrodo na pravo mesto glede na operativni poseg, mora biti seznanjena z nevarnostmi v elektrokirurgiji.



Uporaba sodobnih hemostatikov

Operacijska medicinska sestra mora biti seznanjena z možnostjo uporabe sodobnih hemostatikov, njihovimi lastnostmi in delovanjem le-teh, možnih stranskih učinkih, rokovanjem in shranjevanjem, pri čemer upošteva navodila proizvajalca.

VSEBINE PRAKTIČNEGA DELA

Uporaba osnovnih in specialnih laparaskopskih inštrumentov

Operacijska medicinska sestra mora poznati osnovni kirurški inštrumentarij kot tudi specialni kirurški inštrumentarij, ki se uporablja pri laparaskopskih operativnih posegih (optika, optični kabel za izvor svetlobe, kamera, različne laparaskopske prijemalke, škarje in ostali inštrumenti, harmonični skalpel, inštrumenti za radiofrekvenčno ablacijo ...).

Uporaba laparaskopskih spenjalnikov

Operacijska medicinska sestra mora poznati različne vrste spenjalnikov, ki se uporabljajo pri laparaskopskih operativnih posegih, poznati mora njihove lastnosti, delovanje, pravilno rokovanje (sestavljanje in razstavljanje spenjalnika, vstavljanje polnil), shranjevanje in odlaganje po končanem operativnem posegu.

Laparaskopski poseg na simulatorju

Operacijskim medicinskim sestram bo predstavljen najsodobnejši simulator, ki je na voljo v Simulacijskem centru, za pridobivanje spretnosti za izvedbo določenih operativnih posegov (v tem primeru odstranitev žolčnika).

Izobraževanje se bo zaključilo s pisnim preizkusom znanja.

Skupina nadzornih operacijskih medicinskih sester se bo izobraževanja udeležila v mesecu marcu 2013. Po končanem izobraževanju bomo izvedli evalvacijo programa izobraževanja in ga po potrebi prilagodili za vse ostale operacijske medicinske sestre.

DISKUSIJA IN ZAKLJUČEK

V zadnjem času se veliko govori o varnosti v operacijski sobi, tako za paciente, kot tudi člane zdravstvenega osebja. Dejstvo je, da vsako leto nastane na tisoče resnih zdravstvenih zapletov, več kot tretjina teh incidentov potekala v operacijski sobi. Nujno potrebne so posebne zahteve v zvezi z znanjem in delom zdravstvenih delavcev, ki delujejo v operacijski sobi (Gordon JA e tal., 2002).

Čeprav velika večina operativnih posegov poteka brez zapletov, bi člani operacijskega tima morali biti sposobni delovati kot ekipa v nepričakovanih, življenjsko nevarnih situacijah. Timsko usposabljanje s pomočjo simulacije je ena izmed možnosti za doseganje teh ciljev. S pravilnim načrtovanjem in z upoštevanjem predlaganih ukrepov za razvoj simulacijskega scenarija, vodje operacijske zdravstvene nege pomagajo zagotoviti, da je operacijski tim uspešen pri ocenjevanju končnega izida bolezni pri zdravljenju pacientov (Anderson, Leflore, 2008).

LITERATURA

Anderson M, Leflore J. Playing It Safe: Simulated Team Training in the OR. AORN JOURNAL 2008; 87(4): 772-9.

Fanning RM, Gaba DM. The Role of Debriefing in Simulation-Based Learning. Dostopno na: <http://www.scoop.it/t/simulation-in-nurse-education> (28.1.2013).

Gordon JA, Pawlowski J. Education on-demand: the development of a simulator-based medical education service. Acad Med. 2002; 77(7): 751-2.

Horvat B. Proces zdravstvene nege in vidiki, ki vplivajo na namestitev bolnika v ustrezen operativni položaj. Zbornik XIII – Kakovost medoperacijske zdravstvene nege danes za jutri, Portorož, 22.-25. Maj 2002. Ljubljana: Sekcija operacijskih medicinskih sester, 2002: 99 – 109.

Issenberg SB, McGaghie WC, Hart IR eds. Simulation technology for health care professional skills training and assessment. JAMA. 1999 Sep 1; 282(9):861-6.

Prešeren M, Slak A. Osnove varnosti v elektrokirurgiji. 3M. Ljubljana, 1998.

Scalese RJ, Obeso VT, Issenberg SB. Simulation technology for skills training and competency assessment in medical education. J Gen Intern Med. 2008;23 Suppl 1:46-9.

Turk Z, Križmaric M, Mičetić-Turk D. Simulacija bolezni - nova oblika edukacije medicinskega kadra. Medicinski mesečnik. 2005; (1): 35-8.

114E

PREDSTAVITEV AKTIVNOSTI ZDRUŽENJA ZASEBNIH PATRONAŽNIH MEDICINSKIH SESTER – prenova informacijskega sistema

ACTIVITIES OF THE ASSOCIATION OF PRIVATE COMMUNITY NURSES – renovation of the information system

predav. Andreja Krajnc, viš. med. ses., univ. dipl. org.

Patronažna zdravstvena nega in babištvo Andreja Krajnc, Sladki Vrh

Majda Nešič, dipl. m. s.

Zavod Majda, Žikarce

Urška Flajs, dipl. m. s.

Patronaža in zdravstvena nega na domu Urška Flajs, Žalec

Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester- ZZPMS

andreja.krajnc@trnovska-vas.si

Ključne besede: patronažna dejavnost, elektronsko dokumentiranje, koncesija v patronažnem varstvu

IZVLEČEK

Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester (ZZPMS) združuje patronažne medicinske sestre, ki delajo v sistemu javnega zdravstva kot koncesionarke. S svojimi številnimi aktivnostmi in projekti si že osmo leto prizadeva, da bi svojim članom nudilo pomoč, strokovno in poslovno podporo. Združenje aktivno deluje tudi navzven in zastopa interese svojih članic pri kreiranju politike patronažne zdravstvene nege.

Članice Združenja ZPMS si že nekaj let prizadevajo za posodobitev svojega dela s pomočjo elektronskega dokumentiranja, saj zastareli in neučinkoviti način statističnega poročanja ne omogoča realnih podatkov o dejansko opravljenem delu in aktivnostih v patronažnem varstvu. Posamezne članice Združenja ZPMS so s pomočjo programske hiše Audax pripravile nov predlog elektronskega dokumentiranja, ki bi omogočalo selektivno uporabo podatkov za potrebe strokovnega dokumentiranja patronažne zdravstvene nege, statističnega poročanja v patronažnem varstvu in beleženja izvedenih aktivnosti za potrebe plačnika.

Keywords: community nursing, electronic documentation, private practice in community nursing

ABSTRACT

Association of private community nurses (ZZPMS) represents community nurses working in the public healthcare system. For the past 8 years the association has organized numerous activities and projects, focused on providing support to its members, professionally and businesswise. The Association actively works externally and represents the interests of its members at creating policy for community nursing.

Members of the Association (ZPMS) have been working on electronic documentation system to modernize their work, as obsolete and inefficient method of statistical reporting does not provide appropriate data on

actual work and activities performed in community nursing. In cooperation with software house Audax they have prepared a draft of electronic documentation system that would allow selective use of data for the needs of documenting professional work, statistical reporting in community nursing and recording of all executed activities for the payer.

UVOD

V zadnjem času je stroka patronažne zdravstvene nege postavljena pred velik izziv. Na eni strani hiter razvoj medicine in stroke zdravstvene nege, ki terja vedno nove in nove obravnave tudi v patronaži, izrazite demografske spremembe s povečanjem deleža starostnikov in sprememba patologije, ki spreminja obseg in vsebino storitev v patronaži, na drugi strani pa finančna kriza celotnega zdravstvenega sistema, ki pavšalno zmanjšuje cene vedno zahtevnejših in obsežnejših storitev tudi izvajalcem patronažne zdravstvene nege.

Polivalentna patronažna dejavnost, ki opravlja aktivno zdravstveno varstvo najbolj ranljivih skupin prebivalstva, je v času, ko zaradi brezposelnosti in vsesplošne krize naraščajo socialne stiske med ljudmi, ko so v porastu kronična obolenja, razne oblike zasvojenosti in nasilja v družini, ko bolnišnice zaradi reševanja ekonomskih težav vse hitreje in vse težja stanja prepuščajo v domačo oskrbo, je bolj kot kdajkoli potrebna konkretnega prilagajanja tem spremembam in sodelovanja z vsemi, ki so kakorkoli vključeni v njeno izvajanje, organiziranje in financiranje.

V ZZPMS se že od samega začetka delovanja teh sprememb zavedajo, jim poskušajo kar se da aktivno slediti in se jim prilagoditi in nanje s svojimi predlogi in pobudami opozarjati tako strokovno kot tudi s finančnega stališča.

Trenutno aktualno poročanje o delu patronažne službe je za potrebe državne statistike neustrezno, saj se še vedno večina podatkov vnaša ročno v zastarel obrazec, ki omogoča napake in prikrojevanje podatkov, obseg pridobljenih podatkov in njihova uporabna vrednost pa ne zadoščata več potrebam in razvoju stroke.

ZZPMS si že nekaj let prizadeva za posodobitev svojega dela s pomočjo elektronskega dokumentiranja. Ročno pisanje kartotek za potrebe strokovnega dela in zastarel način beleženja podatkov, ki so potrebni za statistiko, so namreč strokovno, časovno in finančno neučinkoviti, podatki o delu patronažnih medicinskih sester pa zaradi zastarelega načina prikazovanja njihovega dela včasih celo zavajajoči.

PREDSTAVITEV ZZPMS

Zasebne patronažne medicinske sestre spadajo med zasebne izvajalce zdravstvene dejavnosti, ki na podlagi pridobljene koncesije opravljajo patronažno zdravstveno dejavnost v mreži javne zdravstvene službe.

Z namenom združevanja svojih interesov, zavzemanja za izboljšanje pogojev opravljanja zasebne patronažne dejavnosti, zastopanja članic pri prizadevanjih za uveljavljanje pravic s področja opravljanja zasebne patronažne dejavnosti, spremljanja pomembne zakonodaje, nujenja pomoči in podpore bodočim zasebnicam v postopku pridobivanja koncesije, sodelovanja pri razvoju stroke patronažne zdravstvene nege in medsebojnega druženja je bilo v letu 2005 ustanovljeno Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester (ZZPMS). Združenje je ob njegovi ustanovitvi leta 2005 štelo 18 članic ustanoviteljic in v skladu z veljavno zakonodajo delovalo kot prostovoljno, samostojno, nepridobitno združenje. S svojimi številnimi aktivnostmi je članicam omogočalo, da so se srečevale, spoznavale in strokovno sodelovale znotraj Združenja ter aktivno sodelovale v skupnih projektih na državnem nivoju, ki so bili pomembni tako za članice Združenja kot tudi za razvoj stroke patronažne zdravstvene nege.

Statut Združenja zasebnih patronažnih medicinskih sester v 7. členu navaja:

»Namen združenja je povezati izvajalce patronažne zdravstvene nege, ki to dejavnost opravljajo kot zasebno zdravstveno dejavnost, za lažje uresničevanje skupnih interesov v smislu prizadevanja za hitrejši, načrtni razvoj zasebnitva, za izboljšanje pogojev opravljanja zasebne patronažne dejavnosti, za zagotavljanje socialne varnosti članov, pomoč bodočim zasebnicam v postopkih za pridobivanje koncesij in družabništvo.«

Od ustanovitve pa do danes je bilo v okviru ZZPMS izvedeno mnogo pomembnih projektov in aktivnosti, ki so pripomogli k osebnemu in strokovnemu napredku njegovih članic, prepoznavnosti njegovih članic, k bolj pozitivnemu odnosu do zasebnosti v patronažni dejavnosti in k napredku razvoja stroke. V letu 2012 je bilo v Združenje ZPMS včlanjenih 92 članic, skozi vseh osem let svojega delovanja je nadaljevalo in nadgrajevalo prvoten namen in cilje ustanovitve ZZPMS. ZZPMS vsako leto organizira eno strokovno srečanje na temo aktualne problematike in novosti v patronažni zdravstveni negi, v letu 2012 je organiziralo že osmo strokovno srečanje z naslovom: Patronažno varstvo v obdobju zgodnjega starševstva. V okviru ZZPMS je bil v skladu z zahtevami zdravstvenega inšpektorata RS pripravljen Program za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb v zasebni patronažni dejavnosti, ki ga uporabljajo tudi mnoge izvajalke patronažne zdravstvene nege v javnih zavodih. V skladu z zahtevami zakonodaje ima vsaka članica Združenja svojo osebno spletno stran, povezano članice sodelujejo tudi na forumu ZZPMS, kjer si izmenjujejo izkušnje in mnenja glede aktualnih dogodkov v zdravstvu in patronažni zdravstveni negi.

Zadnja tri leta ZZPMS organizira enkrat letno dvodnevno strateško delavnico, katere namen je, da se prediskutirajo znanja in izkušnje, pregledajo izvršene naloge za nazaj, postavijo cilji in poti za naprej in da se predvsem med člani izvršilnega odbora ZZPMS ponovno obudi motivacija, zagon in podpora za potrebne spremembe. V tem duhu je v prijetnem zimskem ambientu potekala tudi letošnja 3. strateška delavnica v januarju 2013 na Gori Oljki.

POTREBE PO SPREMEMBAH IN RAZVOJU ELEKTRONSKEGA DOKUMENTIRANJA

Elektronska dokumentacija je sistem, ki uporablja računalniško opremo in specializirano programsko opremo z namenom zbiranja, shranjevanja, obdelovanja, razvrščanja, tiskanja in prikazovanja zdravstvenih podatkov o pacientu, ki so potrebni za analizo kliničnih podatkov (Blažič, 2011).

Statistično poročilo o delu Patronažnega varstva (Obr. št. 8,95) je trenutno edini uradni dokument na nivoju države, ki posreduje podatke o delu patronažne službe. Zbrani podatki so statistično obdelani in letno objavljeni v Zdravstveno statističnem letopisu Inštituta za varovanje zdravja. So pomembna osnova za oceno stanja na področju patronažnega varstva Slovenije ter služijo za načrtovanje in vodenje zdravstvene politike ter oblikovanje ukrepov za ohranitev in promocijo zdravja. Zaradi zastarelosti obrazca in načina zbiranja, to je agregiranja podatkov v posamezne skupine, je uporabna vrednost le-teh bistveno manjša, kot bi lahko bila. Tako zbrani podatki ne dopuščajo medsebojnega povezovanja, primerjanja in preverjanja, služijo nam lahko zgolj za površno primerjanje in ocenjevanje dogajanja v patronažnem varstvu (Zavrl, 2010).

Tudi stroka patronažne zdravstvene nege je že zdavnaj opozorila na ta problem, pa vendar še do danes ni bilo v prakso vpeljanih konkretnih rešitev na tem področju.

Informacijski sistem je za zdravstveno nego pomemben zaradi (Filej, 1999):

- razvoja enotne terminologije,
- enotnega poimenovanja negovalnih problemov ali potreb oz. negovalnih diagnoz v zdravstveni negi,
- enotnega sistema zbiranja podatkov,
- hitrejšega dokumentiranja podatkov,
- možnosti kontrole opravljenega dela,
- merjenja uspešnosti opravljenega dela,
- zbiranja podlag za izdelavo statističnih in analitičnih poročil,
- finančnega vrednotenja opravljenega dela,
- uvajanje podlag za zdravstveno in raziskovalno delo v zdravstveni negi,
- evidentiranja prispevka zdravstvene nege k celostni obravnavi varovanja.

Posodobitev dokumentiranja patronažne zdravstvene nege in s tem tudi statističnega poročanja bi zagotovila večjo transparentnost, učinkovitejše delo patronažne medicinske sestre, boljše načrtovanje dela in ne nazadnje večjo varnost tako bolnika kot patronažne medicinske sestre (Šušteršič, 1999).

Čeprav je bila uvedba informacijskih sistemov v zdravstvu sprva namenjena bolj administrativnemu osebju za obračunavanje zdravstvenih storitev ter za ekonomske in statistične namene kot pa strokovnemu osebju, patronažne medicinske sestre pri svojem vsakdanjem delu računalnik že nekaj let dnevno uporabljajo za potrebe vnašanja in fakturiranja opravljenih storitev.

Medicinske sestre se moramo zavedati, da danes računalnik ni le pomožno orodje pri osnovnem delu, brez katerega bi ravno tako delovali. Nasprotno. Postaja vse pomembnejši, saj se zdravstvo in zdravstvena nega vplivu informacijskih tokov ne moreta izogniti (Blažič, 2011).

Kljub uporabi informacijske tehnologije se na področju zdravstvene nege še vedno ustvarjajo podatki v papirni obliki, kar privede do podvajanja podatkov in dokumentov in s tem tudi nepotrebnega podvajanja dela izvajalcev zdravstvene nege.

Podatkovni standardi, minimalen nabor podatkov in enotna dokumentacija so osnova za elektronsko evidentiranje podatkov v zdravstveni negi. Pomembno vlogo pri njihovi uvedbi ima država. Razširjenost in uporaba informacijske tehnologije pa močno vpliva na raven razvoja informatike v zdravstveni negi (Priatelj, 2005).

PREDLOG E - KARTOTEKE V PATRONAŽNI ZDRAVSTVENI NEGI

O pomenu e-dokumentiranja je v stroki patronažne zdravstvene nege govora že nekaj let, vendar še do danes ni v praksi zaživel noben konkreten model e-kartoteke v patronažni zdravstveni negi.

Medicinske sestre kot nosilke dejavnosti zdravstvene nege morajo voditi strokovno dokumentacijo o svojem delu. Z dokumentiranjem in poročanjem prenašajo posebne informacije o zdravstvenem stanju bolnika in o intervencijah, ki so usmerjene v doseganje bolnikovih ciljev (Železnik, 2001).

V okviru projekta Model orodja za zagotavljanje kakovosti s pomočjo dokumentacije je v zdravstveni negi (Šušteršič, 2005) projektna skupina pripravila informacijski model in prototip e-dokumentacije zdravstvene nege v patronažnem varstvu. Ti rezultati so bili predstavljeni in sprejeti na Razširjenem strokovnem kolegiju za zdravstveno nego.

Med večino patronažnih medicinskih sester, članic ZZPMS, ni čutiti odpora računalniško podprtemu sistemu dokumentiranju, pač pa je čutiti veliko željo po posodobitvi obstoječega sistema. Odpor do novih tehnologij je po navadi čutiti tam, kjer ni dovolj znanja za delo z računalnikom, kjer niso dovolj dobro poznane prednosti takšnega dokumentiranja in ne nazadnje, kjer uporabniki niso vključeni v oblikovanje informacijskega procesa.

Danes lahko govorimo o relativno dobri računalniški opremljenosti izvajalcev patronažne zdravstvene nege, vendar predstavljajo problem zastarele vsebine zbranih podatkov in neusklajene informacijske rešitve, ki ne dopuščajo primerljivosti.

Velika večina članic ZZPMS za vnašanje storitev za potrebe Zavoda za zdravstveno zavarovanje in statistike pri svojem delu uporablja računalniški program «Patronaža» računalniške hiše Audax. S pomočjo programerjev so članice že od vsega začetka sodelovale pri pripravi in ustreznih posodobitvah in nadgradnjah programa, da bi bil čim bolj uporaben, učinkovit in prijazen za uporabnika.

Skupaj s programsko hišo Audax je bil pripravljen predlog e-kartoteke v patronažni zdravstveni negi. Predlog »e-kartoteke« je pripravljen tako, da bi ustrezna računalniška rešitev omogočala, da se podatki o obravnavah v patronažni dejavnosti le enkrat zabeležijo in se potem selektivno izpišejo in vrednotijo za potrebe financiranja, statistike in za potrebe strokovnega dokumentiranja patronažne zdravstvene nege.



Pripravo predloga elektronskega dokumentiranja patronažne zdravstvene nege so pripravile izvajalke patronažne zdravstvene nege glede na obstoječo dokumentacijo patronažne zdravstvene nege in v skladu s sprejetimi standardi in dokumenti sodobne zdravstvene nege, zato je način beleženja razumljiv in prilagojen izvajalcem v praksi, hkrati pa upošteva vse elemente sodobne zdravstvene nege.

Na ta način bi se patronažne medicinske sestre izognile zastarelemu načinu podvajanju ročnega beleženja podatkov, kar bi pripomoglo h kvalitetnejši izvedbi patronažne zdravstvene nege. Statistični podatki, pridobljeni iz takšne e-kartoteke, pa bi bili verodostojni, sledljivi glede na posameznega izvajalca in patronažno obravnavo in pripravljene v takšni obliki, ki bi dopuščala izvedbo ustreznih statističnih analiz, ki bi bile verodostojne in uporabne za načrtovanje in vodenje zdravstvene politike na področju patronažnega zdravstvenega varstva.

Zaradi povečanega obsega potreb po zdravstveni negi na domu in zaradi strokovno zahtevnejših obravnav se povečujejo tudi stroški, ki so predvideni za patronažno dejavnost. Posodobljen način zbiranja in poročanja bi omogočil tudi preciznejše in pravičnejše planiranje sredstev, vsekakor bi bil racionalnejši (Šušteršič, 1999).

ZAKLJUČEK

Gleda na aktualna dogajanja v družbi in v zdravstvu je stroka patronažne zdravstvene nege v nezavidljivem položaju. Demografski trend staranja in slabšanja socialno ekonomskih razmer prebivalcev na eni strani iz dneva v dan povečujeta potrebe ljudi po patronažni zdravstveni negi, na drugi strani pa se iz meseca v mesec krčijo sredstva, namenjena patronažni dejavnosti.

Z uvedbo enotnega računalniško podprtega e-zapisa bi lahko na eni strani dosegli razbremenitev zaposlenih, na drugi strani pa bi objektivno zbrani podatki stroki služili kot tehten argument za uvajanje prepotrebni sprememb tudi na področju financiranja patronažnega zdravstvenega varstva.

Določeni zapisi, citirani v tem prispevku, ki so še danes aktualni, so stari dvanajst in več let, pa vendar stroka v vseh teh letih ni našla poenotenja glede poimenovanja in dokumentiranja patronažne zdravstvene nege. Upravičeno se vzbuja strah, da bo, če stroka poenotenja nemudoma ne bo našla, kmalu prisiljena uporabljati vsebine, ki jih bodo pripravili strokovnjaki, ki delovanja patronažne zdravstvene nege v praksi ne poznajo.

LITERATURA

Blažič M. Računalniško podprta dokumentacija zdravstvene nege in varovanje pacientovih podatkov: magistrsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2011:1-11

Filej B. Pregled razpoložljivih informacijskih sistemov za zdravstveno nego v Sloveniji. V: Šlajmer M.(ur). Informatika v zdravstveni negi: Prispevek za razvoj. Maribor: Univerza v Mariboru. Visoka zdravstvena šola, 1999: 87-100

Prijatelj V. Priložnosti in ovire pri elektronskem zbiranju podatkov zdravstvene nege. Obzor Zdr N. 2005; 39(3):175-9

Šušteršič O, Rajkovič V, ur. Mesto in vloga računalniško podprtega informacijskega sistema patronažne zdravstvene nege. Obzor Zdrav N. 1999; 33(3-4): 151-8.

Zavrl D. Patronažno varstvo Slovenije včeraj, danes, jutri. Obzor Zdr N. 2010;44(2): 117-25

Železnik D. Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije-Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011

E-ZDRAVSTVENA NEGA



124A

OBLIKOVANJE ELEKTRONSKE VLOGE ZA SPREJEM PACIENTA NA NEGOVALNI ODDELEK

E-APPLICATION FORMING FOR ADMISSION OF THE PATIENT TO THE NURSING CARE UNIT

Aleksandar Pavlović, mag. zdr. nege

Negovalna bolnišnica, Univerzitetni klinični center Ljubljana

mag. Tamara Štemberger Kolnik, dipl. m. s., ET

doc. dr. Boštjan Žvanut

Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju

Ključne besede: e-zdravje, e-vloga za sprejem na negovalni oddelek, informacijsko komunikacijska tehnologija

IZVLEČEK

Izhodišča: Negovalni oddelki sodijo pod neakutno bolnišnično obravnavo. Informacijsko komunikacijska tehnologija se uporablja predvsem znotraj bolnišnic, ni pa povezave med bolnišnicami. Preklop na e-poslovanje na nacionalni ravni bi pomenil izziv za oblikovanje enotne vloge za sprejem pacienta na takšen oddelek.

Metode: Izdelava enotne e-vloge za sprejem pacienta na negovalni oddelek na podlagi intervjujev v šestih negovalnih oddelkih.

Rezultati: Sprejemna dokumentacija na negovalnih oddelkih je neurejena in neenotna.

Diskusija in zaključek: Za poenotenje postopka so potrebni enotni kriteriji za sprejem pacienta, ki pripomorejo k oblikovanju enotnega računalniško pripravljenega obrazca za sprejem pacienta na negovalne oddelke ali bolnišnice. Prednosti obrazca v elektronski obliki so v prihranku časa, papirja in izogibanju nečitljivi pisavi ter nepotrebni administraciji.

Key words: e-health, e-application for acceptance to the intermediate care department, information communication technology

ABSTRACT

Starting points: The intermediate care departments are part of the non-acute medical care. Information communication technology is used especially within hospitals but there is no connection between the hospitals. Switching to e-business at the national level would mean a challenge for creating a unified application for accepting patients to such department.

Methods: Making of the unified e-application for acceptance of patients to the intermediate care department based on the interviews in the six intermediate care departments.

Results: The acceptance documentation in the intermediate care departments is unarranged and non-unified.

Discussion and Conclusion: Unified criteria for acceptance of patients are needed for unifying the procedure, which help to create a unified electronic application form for acceptance of patients to intermediate care departments or hospitals. The advantages of the electronic application form are time and paper savings, also one can therefore avoid unreadable handwriting and unnecessary administration.

UVOD

Večina svetovnih držav je sprejela definicijo, po kateri je starostnik vsaka oseba starejša od 65 let (Health statistics and health information systems). Pri starostnikih so dolgotrajne kronične bolezni in stanja zelo pogosta (Toth, 2009), zato je večkrat potrebna tudi hospitalizacija in zdravljenje v bolnišnici. Vendar pa po akutni negi marsikateri starostnik še vedno potrebuje zdravstveno nego in rehabilitacijo. V ta namen se je razvila neakutna bolnišnična obravnava, ki predstavlja obliko zdravljenja, ko iz zdravstvenih ali socialnih razlogov bolnika po akutni obravnavi ni možno vrniti v domače okolje (ZZZS, 2010). Neakutna bolnišnična obravnava obsega podaljšano bolnišnično zdravljenje, zdravstveno nego in paliativno oskrbo (ZZZS, 2010; Ministrstvo za zdravje, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, ZZZS, 2008; Ministrstvo za zdravje et al., 2012). Do namestitve na oddelek neakutne bolnišnične obravnave so v Sloveniji upravičeni tisti pacienti, ki (ZZZS, 2010; Ministrstvo za zdravje, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, ZZZS, 2008; Ministrstvo za zdravje et al., 2012):

- so popolnoma ali delno odvisni od pomoči drugih pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti in živijo sami ter niso sposobni funkcioniranja v domačem okolju;
- so v terminalni fazi kronične bolezni;
- imajo obsežne kronične rane, pri katerih je pričakovati celjenje;
- nimajo ožjih svojcev in jih zaradi zdravstvenega stanja ni možno odpustiti v domače okolje;
- jih zaradi različnih zahtevnih zdravstvenih stanj ni možno odpustiti niti v domače okolje niti v socialnovarstveni zavod.

V Sloveniji se je neakutna bolnišnična obravnava pričela izvajati ločeno od akutne obravnave leta 2003, ko je bil v Bolnišnici Golnik odprt prvi samostojni negovalni oddelek z 22 posteljami (Peternej, 2004; Peternej, 2005). V Sloveniji je trenutno 26 negovalnih oddelkov, ki izvajajo neakutno bolnišnično obravnavo (Ministrstvo za zdravje et al., 2012).

Kako pa je z dokumentacijo na teh oddelkih? V Sloveniji večina dela v zdravstvu temelji na papirnati dokumentaciji. Raziskava iz leta 2006 je pokazala, da si le slabih 13 % zaposlenih v zdravstvu pri dokumentiranju pomaga z računalnikom (Rajkovič, Šušteršič, Zupančič, 2006). Kljub temu, so se prve oblike elektronskih medicinskih zapisov pojavile že v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja. Tudi v slovenskem prostoru je bila v devetdesetih letih vpeljana uporaba računalnikov v ambulantah osebnega zdravnika in t.i. "pametna zdravstvena kartica", ki predstavlja zametek elektronskega zdravstvenega zapisa (Iljaž, 2005). Ker je Slovenija članica EU, se je tudi pri nas uveljavil koncept e-Health, ki jasno poudarja zahtevo po urejeni zdravstveni informatiki vsake države članice s ciljem povezave evropskih zdravstvenih informacijskih sistemov, ki bi omogočali uveljavljanje zdravstvenega varstva kjerkoli v EU (prav tam). Tako je Slovensko Ministrstvo za zdravje (2005) izdelalo načrt e-Zdravje²⁰¹⁰ Strategija informatizacije slovenskega zdravstvenega sistema 2005–2010. V njem so opisani dosežki in nadaljnji cilji na tem področju. Med drugimi tudi združitev zdravstvenih in socialnih informacijskih sistemov v celovit sistem na nacionalni ravni s poudarkom na vzpostavitvi enotnega zdravstvenega informacijskega portala, ki bo subjektom zdravstvenega sistema omogočal varno in zanesljivo izmenjavo podatkov, izvajanje elektronskih storitev, kot tudi enotno in pregledno informiranje ter povezljivost s primerljivimi sistemi v EU do konca leta 2010. Kot tudi uveljavitev e-poslovanja kot običajnega načina dela v slovenskem zdravstvu do konca leta 2010.

Primer takšnega delovanja najdemo na Danskem, kjer imajo na nacionalnem nivoju standarde in rešitve za: elektronski recept, nacionalni zdravstveni portal, elektronske napotnice, elektronska odpustna pisma, elektronsko naročanje laboratorijskih izvidov in rezultatov, elektronsko naročanje rentgenskega slikanja in rezultatov, in elektronska povračila (ZZZS, 2007). Danski spletni portal Sundhed.dk, ki je uradni portal javnih zdravstvenih storitev, omogoča tako pacientom kot zdravstvenim delavcem komuniciranje in dostop do zdravstvenih informacij (Sundhed.dk, 2008). V Sloveniji pa smo, kljub podobno zastavljenim ciljem, še daleč za Dansko. Nimamo nacionalnega zdravstvenega portala niti enotne elektronske dokumentacije. In vendar bi to lahko bila razbremenitev zdravstvenega osebja nepotrebnih administrativnih problemov (Pavlovič, Pavič, Žvanut, 2011).

S prispevkom želimo prikazati stanje na področju vodenja e-vloge za sprejem pacientov na negovalne oddelke v Sloveniji in predstaviti prototip informacijskega sistema, ki bi omenjeni problem rešil. Tako v Sloveniji kot v Evropi se kažejo težnje po večji informatizaciji zdravstva. Pregled literature in izkušnje iz prakse kažejo, da v Sloveniji ni enotnega postopka za vodenje in sprejem pacientov na negovalni oddelek (v smislu vloge za sprejem). Določitev enotnega postopka bi olajšala informatizacijo omenjenega postopka ter s tem zaposlenim v zdravstvu, ki se z omenjeno problematiko ukvarjajo, omogočila preglednejše in popolnejše informacije, olajšala marsikatero nepotrebno administrativno prepreko in neupravičeno porabo sredstev.

Raziskovalna vprašanja, ki smo si jih zastavili so:

1. Kako poteka postopek sprejema pacientov na različnih negovalnih oddelkih v Sloveniji?
2. Kako je možno omenjeni postopek ustrezno informatizirati tako, da bi podprl delo vseh negovalnih oddelkov v Sloveniji?

METODE

Uporabljena je bila metoda intervjuvanja. Na podlagi opravljenih intervjujev smo nato izdelali enotno e-vlogo za sprejem pacienta na negovalni oddelek.

Enote opazovanja

Izmed 26 slovenskih negovalnih oddelkov smo priložnostno izbrali pet tipičnih oddelkov. Zaradi varnosti podatkov bodo imena ustanov šifrirana s črkami A, B, C, D in E. Intervjuji so bili izvedeni z vodilnimi medicinskimi sestrami na izbranih oddelkih. Intervjuvanci so pristali na to, da se pridobljene podatke uporabi za izdelavo prototipa informacijskega sistema za podporo e-vlogi za sprejem pacienta na negovalni oddelek.

Po končani izdelavi prototipa e-vloge za sprejem pacienta na negovalni oddelek je bila opravljena predstavitev prototipa in njegova evalvacija v treh negovalnih oddelkih. Dva od oddelkov sta bila že obiskana v prvi fazi raziskave (oddelek B in D), dodatno je bila evalvacija izvedena v ustanovi, kjer predhodno nismo izvedli intervjuja (oddelek F).

Pripomočki

Za pridobivanje podatkov je bil uporabljen strukturiran intervju v prvi in zadnji fazi. Prototip e-vloge za sprejem na negovalni oddelek je bil izdelan v razvojnem okolju Microsoft Access 2007.

Potek raziskave

Raziskava je sestavljena iz faze izvedbe intervjujev, faze razvoja prototipa in faze evalvacije. Intervjuji v prvi fazi so bili izvedeni od marca do konca junija 2012. Prvi fazi je sledila faza razvoja prototipa informacijskega

sistema na osnovi zbranih podatkov iz intervjujev in pregleda literature. Zadnja, tretja faza - evalvacija je bila izpeljana septembra in oktobra 2012. Prototip e-vloge za sprejem pacienta na negovalni oddelek je bil predstavljen na oddelkih B, D in F. V oddelku C in E zaradi časovne stiske vodilnih medicinskih sester prototip ni bil predstavljen, zato je bila v fazi evalvacije vključena dodatna ustanova, negovalni oddelek F.

REZULTATI

Izkazalo se je, da so kriteriji za sprejem pacienta na negovalni oddelek dokaj enotni, saj so le ti opredeljeni v dogovoru z zavarovalnico v Področnem dogovoru za bolnišnice (Ministrstvo za zdravje, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, ZZZS, 2008). Bolj natančno opredeljene kriterije imajo le na oddelku B. Razlikujejo se vloge za sprejem na negovalni oddelek. Vlogo v papirnati obliki ima izoblikovano oddelek B in oddelek E. Drugje premeščanje poteka na podlagi ustnih dogovorov, prosto napisane vloge, vloge za sprejem v dom starejših občanov ali pa uporabljajo kombinacijo naštetega.

Elektronska vloga za sprejem na negovalni oddelek

Prototip informacijskega sistema za vodenje e-vloge za sprejem pacienta na negovalni oddelek, ki je predstavljen v nadaljevanju, sicer temelji na vlogi za sprejem pacienta v papirnati obliki, vendar hkrati zajema kriterije vseh ostalih obiskanih negovalnih oddelkov. Izdelana e-vloga za sprejem na negovalni oddelek bi se teoretično lahko uporabljala v vseh negovalnih oddelkih v Sloveniji.

E-vlogo bi izpolnjevale pristojne diplomirane medicinske sestre v bolnišnicah, ki bi želele pacienta, ki ustreza kriterijem, premestiti iz akutnega na neakutni oddelek. Na negovalnem oddelku pa ima pristojna diplomirana sestra možnost pregleda vseh vnesenih vlog.

Aplikacija je zaradi večje preglednosti v celoti na eni strani. Sestavljena je iz šestih različnih sklopov. V *uvodni del* se vpisujejo osnovni podatki in sicer številka vloge, datum, podatki o pacientu in kliniki/oddelku, kjer se trenutno nahaja. V sklop o *funkcionalnem stanju pacienta* se vpisuje, ali se pri pacientu izvaja fizioterapija ali je pacient pripravljen sodelovati v rehabilitacijskih programih in katere terapevtske tehnike so bile uporabljene pri obravnavi pacienta. Naslednji sklop je namenjen *podatkom o zmožnosti za samooskrbo*. Sem se vpisujejo podatki o telesni mobilnosti pacienta, sposobnosti hoje, zmožnosti za samostojno osebno higieno, zmožnost samostojnega oblačenja in osebne urejanja, zmožnost samostojnega uživanja hrane, zmožnost samostojnega opravljanja telesne potrebe, psihično stanje pacienta, komunikacija, inkontinenca urina in blata, brisi na MRSA (datum izvidov), ali je pacient v izolaciji (zakaj), ali ima razjedo zaradi pritiska (zakaj), vrsta diete in posebnosti. Naslednji sklop se nanaša na *podatke o zdravstvenem stanju pacienta*. V to rubriko se vpisujejo medicinske diagnoze in kronične bolezni, terapija, ki jo pacient prejema, omejitve pri izvajanju fizioterapije/delovne terapije, posebnosti, ali je akutna obravnava zaključena, ali je zdravstveno stanje pacienta stabilno, ali pacient prejema intravenozno terapijo, ali je paliativni pacient. Predzadnji sklop se nanaša na *podatke o negovalnih problemih, diagnozah*. Vpisuje se, ali so svojci pacienta seznanjeni s premestitvijo, ali ima pacient urejeno nastanitev po zaključeni obravnavi, zakaj pacient potrebuje storitve negovalnega oddelka, ali gre pacient po zaključeni obravnavi v domačo oskrbo, ali ima oddano vlogo za sprejem v dom starejših občanov (v kateri dom starejših občanov so bile oddane vloge in kdaj). V *zadnjem, zaključnem delu*, se vpiše socialno delavko in njen kontakt, svojce in njihov kontakt, odgovornega zdravnika in odgovorno medicinsko sestro.

Evalvacija elektronske vloge za sprejem pacienta na negovalni oddelek

E-vloga je bila predstavljena na negovalnem oddelku B in D, kjer je bil izveden intervju že v fazi zbiranja podatkov za oblikovanje programa, dodatno pa še na negovalnem oddelku F. Na vseh treh negovalnih oddelkih so aplikacijo e-vloge za sprejem na negovalni oddelek ocenili kot uporabno za njihov oddelek.

Prednosti so videli v preglednosti, hitrosti, brez nečitljive pisave, brez odvečne papirologije. E-vlogo so na oddelku F primerjali s svojo papirnato vlogo in ugotovili, da se ujema z elektronsko v vseh bistvenih kategorijah. Ravno zato so jo ocenili kot primerno za uporabo na njihovem oddelku.

DISKUSIJA IN ZAKLJUČEK

Tekom raziskovanja se je izkazalo, da kljub enotnim kriterijem za sprejem, ne obstaja enotna dokumentacija sprejemanja pacientov na negovalni oddelek. To ne preseneča glede na podatek raziskave dokumentacije v slovenskem zdravstvu iz leta 2006, kjer je bilo ugotovljeno, da je znotraj zdravstvenih institucij kar 86 % dokumentov predpisanih na ravni institucije (Rajkovič, Šušteršič, Zupančič, 2006).

Negovalni oddelki imajo kriterije za sprejem določene s Področnim dogovorom za bolnišnice, ki ga sprejmejo z zavarovalnico (Ministrstvo za zdravje, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, ZZZS, 2008). Podlaga za sprejem pacienta na obiskanih bolnišnicah je različna: pisne vloge za sprejem, ustni dogovor, prosto napisana vloga in vloga za sprejem v dom starejših občanov. To pomeni, da v Sloveniji ni enotne vloge za sprejem pacientov na negovalni oddelek, kljub enotnim kriterijem za sprejem. Tudi načini podajanja vloge so različni (obrazci, prosto napisani, ustni).

Skladno z navedenim lahko odgovorimo na prvo raziskovalno vprašanje: »Kako poteka postopek sprejema pacientov na različnih negovalnih oddelkih v Sloveniji?« Ugotovljeno je bilo, da ni enotnega postopka sprejemanja pacientov na negovalni oddelek, da pa bi se postopek dalo informatizirati tako, da se poenotene kriterije za sprejem oblikuje s pomočjo ustreznega računalniškega programa, v našem primeru je bil to Microsoft Access 2007.

Naslednje raziskovalno vprašanje je bilo: »Kako je možno omenjeni postopek ustrezno informatizirati tako, da bi podprl delo vseh negovalnih oddelkov v Sloveniji?« To je bilo doseženo z upoštevanjem kriterijev za sprejem. Skladno z zbranimi podatki in pregledom literature je bil oblikovan predlagani enovit postopek ter s pomočjo razvojnega okolja Microsoft Access 2007 razvit prototip informacijskega sistema, ki omenjeno področje podpira. Prototip je bil evalviran na treh oddelkih, kjer se je izkazalo, da bi bila predlagana rešitev uporabna. Izkazalo se je, da imajo tudi na oddelku F, ki ni bil prvotno vključen v zbiranje podatkov, svojo vlogo za sprejem na negovalni oddelek, ki je popolnoma skladna s ključnimi elementi predlaganega prototipa. Morda se je na začetku zastavljalo vprašanje, ali je 6 oddelkov dovolj, vendar pa s povečevanjem števila negovalnih oddelkov najverjetneje ne bi pridobili dodatnih informacij, saj naj bi imeli povsod enake kriterije za sprejem. Kot meni Yin (2003), pa lahko po drugi strani tudi dobro zasnovana raziskava, kjer se določene predpostavke izkažejo kot utemeljene na več kot dveh primerih, predstavlja močan argument.

Prototip informacijskega sistema za vodenje e-vloge za sprejem pacienta na negovalni oddelek je sedaj izdelan. Seveda ga je potrebno še implementirati v produkcijsko okolje. Kakšne so torej možnosti, da se to tudi dejansko zgodi? Bolnišnice v Sloveniji imajo večinoma razširjeno uporabo IKT znotraj ustanov, ni pa povezave med bolnišnicami (Gašperšič, 2008). Tako bi morda lahko e-vlogo za sprejem na negovalni oddelek najprej uporabili znotraj posameznih bolnišnic, da bi ugotovili njeno funkcionalnost. Glede na izkazano uporabo e-vloge znotraj posameznih bolnišnic pa bi lahko oblikovali optimalno vlogo, ki bi zajemala vse ključne informacije in obdržala svojo pregledno obliko. Z vsemi rubrikami in vprašanji se dobi bistvene podatke o pacientu, ki so pomembni za negovalno osebje, fizioterapijo in delovno terapijo, zdravnika ter socialno delavko. S tem so pokrita vsa področja za celostno obravnavo pacienta, in že takoj je razvidno, ali je pacient sploh primeren za sprejem na negovalni oddelek.

Ob dejanski uporabi informacijskega sistema v praksi bi se pokazalo, koliko bi takšna oblika vloge dejansko poenostavila in olajšala postopek sprejema pacienta in koliko bi prihranili na času. Uspeh pa je delno odvisen tudi od tega, kako uporabniki aplikacije podpirajo takšen način dela. Če je projekt uvedbe takšnega načina dela dobro izpeljan in je kader, ki bo z informacijskim sistemom predhodno delal, dovolj poučen o delu z njim, potem tudi skeptiki vidijo prednosti informatizacije dela v zdravstvu. Rogers (2003) namreč



navaja, da morajo uporabniki imeti možnost preizkusa. Nenazadnje pa, ko se zbere kritična masa uporabnikov, ki s tako rešitvijo želijo delati, se ovire za zavračanje inovacije postopoma odpravijo (Rogers, 2003).

LITERATURA

- Gašperšič J. Quo vadis, informatika v zdravstvu? Infor Med Slov. 2008;13(2):30–4. Dostopno na: http://www.sdmi.si/informatica_medica_slovenica/volume132008_2.pdf (28.4.2012).
- Health statistics and health information systems. Definition of an older or elderly person. Dostopno na: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefolder/en/index.html> (23.4.2012).
- Iljaž R. Elektronski zdravstveni zapis in »online« zdravstvene storitve v osnovnem zdravstvu. Infor Med Slov. 2005;10(1): 26–34. Dostopno na: http://www.sdmi.si/informatica_medica_slovenica/volume102005.pdf (28.4.2012).
- Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. e-Zdravje2010(2005). Strategija informatizacije slovenskega zdravstvenega sistema 2005–2010. Dostopno na: www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/.../eZdravje116slo.doc (21.7.2012).
- Ministrstvo za zdravje, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (2008). Področni dogovor za bolnišnice za pogodbeno leto 2008. Dostopno na: www.zdravniskazbornica.si/library/includes/file.asp?FileId=827 (4.7.2012).
- Ministrstvo za zdravje, Zdravniška zbornica Slovenije, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Lekarniška zbornica Slovenije, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Splošni dogovor za pogodbeno leto 2012. (Priloga BOL II/b) Dostopno na: <http://www.zzs.si/zzs/info/egradiva.nsf/o/6A52802068FB6C45C1257998003B0713> (4.7.2012).
- Pavlovič A, Pavič K, Žvanut B. Opredelitev poslovnih zahtev za e - napotnico. V: Lahe M, ur. Lovrenčič A, ur. Razvijanje medpoklicnega sodelovanja v času študija na področju zdravstvenih ved: 3. študentska konferenca s področja zdravstvenih ved. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2011: 154–9.
- Peternelj A. Izvajanje programa neakutne obravnave v KOPA - Golnik. Bilten 2005; 21(1): 11–8.
- Peternelj A, Šorli J. Neakutna obravnava - nepogrešljiv del v celostni zdravstveni oskrbi. Zdrav vestn. 2004;73(10):743–8. Dostopno na: http://www.sz.dsi/user_files/vsebina/Zdravniski_Vestnik/vestnik/st6-6-7/st6-6-7-371-378.htm (13.6.2012).
- Rajkovič U, Šušteršič O, Zupančič J. Model e-dokumentiranja patronažne zdravstvene nege. Obzor Zdr N. 2006; 40(4): 197–204. Dostopno na: http://www.obzornikzdravstvenenega.si/Celoten_clanek.aspx?ID=782ba9e6-8652-46ef-ae6d-388eeef7623a (18.7.2012).
- Rogers EM. Diffusion of Innovations. New York: Free Press; 2003: 258–264.
- Sundhed.dk. (2008) The Danish e-Health Portal. Dostopno na: <https://www.sundhed.dk/service/english/> (18.7.2012).
- Toth M. Staranje prebivalstva iz vidika razvoja zdravstvenega zavarovanja. Kakovostna starost: časopis za socialno gerontologijo in gerontagogiko. 2009; 12(1): 46–53.
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Oblikovanje in financiranje programov v bolnišnicah. Občasnik akti & navodila. 2010; 2/2 del: 115–6. Dostopno na: [http://www.zzs.si/ZZS/info/egradiva.nsf/0/b2a6638bd0a4227cc1257711001b3c31/\\$FILE/Ob%20C4%8Dasnik%20Akti%20&%20navodila_2.%20del_03.05.2010.pdf](http://www.zzs.si/ZZS/info/egradiva.nsf/0/b2a6638bd0a4227cc1257711001b3c31/$FILE/Ob%20C4%8Dasnik%20Akti%20&%20navodila_2.%20del_03.05.2010.pdf) (19.7.2012).
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Učna delavnica: Elektronski recepti na Danskem. Recept. 2007; 5 (2): 75–7. Dostopno na: [http://www.zzs.si/zzs/info/egradiva.nsf/0/6e957f5608188729c12573a900309c1e/\\$FILE/Bilten%20RECEPT%20december%202007.pdf](http://www.zzs.si/zzs/info/egradiva.nsf/0/6e957f5608188729c12573a900309c1e/$FILE/Bilten%20RECEPT%20december%202007.pdf) (18.7.2012).
- Yin RK. Cass Study Research: Design and Methods. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications; 2003: 25–65.

124B

MODEL E – DOKUMENTACIJE KLINIČNE POTI ZA SRČNO OPERACIJO

E – DOCUMENTATION MODEL OF CLINICAL PATHWAY FOR HEART SURGERY

Blanka Pust, dipl. m. s., mag. zdr. nege

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični oddelek za kirurgijo srca in ožilja,

prof. dr. Vladislav Rajkovič

Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede

doc. dr. Marija Zaletel

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta

blanka.pust@kclj.si

Ključne besede: e-zdravje, informatika v zdravstveni negi, dokumentiranje v zdravstveni negi, klinična pot, klinična smernica.

IZVLEČEK

Uvod: Učinkovito dokumentiranje procesov zdravstvene nege je eden ključnih problemov zdravstvene nege kot temeljne sestavine celovitega sistema zdravstvenega varstva. Ustreznost dokumentiranja se nanaša na obvladovanje velikega števila zahtevnih informacij. Zdravstveni delavci pri svojem delu potrebujejo prave informacije, ki pripomorejo k čim boljši zdravstveni obravnavi pacientov. Pri tem je smiselno izrabiti možnosti, ki jih ponuja sodobna informacijska in komunikacijska tehnologija. Uvedba in uporaba klinične poti omogoča boljše sprotne in zanesljive zbiranje, obdelavo in prikaz podatkov, ki so pomembni za zdravljenje pacientov. Klinična pot je orodje, ki temelji na uveljavljenem znanju v zdravstvu in opredeljuje standardni način zdravljenja. S tem se prispeva h kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave. V zdravstvu je potreben enoten informacijski sistem. Predlagani model računalniško podprte dokumentacije omogoča prenovi klasične dokumentacije klinične poti za srčno operacijo v e-dokumentacijo. Pri tem je z ustrezno objektno usmerjeno organizacijo in uporabo sodobne informacijske komunikacijske tehnologije možno doseči novo kvaliteto v pogledu celovite obravnave pacienta. Računalniška implementacija modela je v podporo izvajalcem zdravstvene obravnave, zmanjšuje pa tudi možnost napak pri delu.

Namen: Namen prispevka je prikazati model računalniško podprte dokumentacije obravnave pacienta po klinični poti pri operaciji na odprtem srcu. Ob tem gre za prenovi klasične papirne dokumentacije v e-dokumentacijo. Model prispeva k poenotenemu pristopu k delu, izboljšanju varnosti pri procesu zdravljenja pacienta od sprejema do odpusta iz bolnišnice, k transparentnosti in sledljivosti opravljenega dela.

Metode: Na osnovi domače in tuje strokovne literature ter lastnih praktičnih izkušenj je izdelan model e-dokumentacije. Model je prototipno realiziran na računalniku in testiran v praksi. Rezultati testiranja so strnjeni v analizo SWOT.

Rezultati: Izdelan je model dokumentacije klinične poti za srčno operacijo. Model je računalniško realiziran in testiran v praksi ter kritično ovrednoten. Gre za prenovi klasične dokumentacije v elektronsko. Predlagana rešitev vodi k celovitejši in kakovostnejši obravnavi pacienta. Zaposlenim pripomore k

natančnejši in celoviti dokumentaciji zdravstvene oskrbe. Sistemski pristop omogoča dobro sodelovanje med vsemi zaposlenimi v zdravstvu.

Razprava in zaključek: Uporabniki vidijo v e-dokumentaciji priložnost za izboljšanje kakovosti in varnosti v procesu zdravljenja pacienta od sprejema do odpusta iz bolnišnice, transparentnost in sledljivost opravljenega dela, hiter dostop do potrebnih podatkov ob pacientu, razvoj raziskovalne dejavnosti in ob tem pridobivanje novih znanj, zmanjšanje administrativnega dela in reorganizacijo določenih delovnih procesov. Ob tem se seveda zavedajo pasti, ki jih prinaša uporaba sodobne informacijske komunikacijske tehnologije. Dejstvo pa je, da se za organizacijo dela potrebuje sprotno in zanesljivo zbiranje, obdelavo in prikaz podatkov, ki so pomembni za zdravstveno obravnavo pacienta. Predlagani e-model dokumentacije klinične poti za srčno operacijo je le en korak k dvigu kakovosti pri zagotavljanju kontinuirane zdravstvene nege.

Keywords: e-health, informatics in health care, documenting in nursing care, clinical pathway, clinical guideline.

ABSTRACT

Introduction: Efficient documentation processes of nursing is one of the key problems of nursing care as a fundamental component of a comprehensive health care system. The adequacy of the documentation refers to the management of a large number of complex informations. Health professionals in their work need the right information, contributing to the better medical treatment of patients. In doing so, it makes sense to use the possibilities offered by modern information and communications technology. The introduction and application of the clinical pathway allows better real-time and reliable collection, processing, and display of data, which are relevant for the treatment of patients. The clinical pathway is a tool that is based on established knowledge in health care and defines a standard way of treatment. This contributes to the quality and safety of medical treatment. In health care is needed in an integrated information system. The proposed model of computerised documentation allows the renovation of the classic documentation of clinical paths for congestive heart operation in e-documentation. It is with the proper object-oriented organization and the use of modern information and communication technology may achieve a new quality in the comprehensive treatment of the patient. Computer implementation of the model is in support of the providers of medical treatment, reduces as well as the possibility of errors.

Purpose: The purpose of this paper was to show a model of computer-supported documentation of treatment of a patient in a clinical way in operation on the open heart. It is for the renewal of classical, paper documentation in e-documentation. The Model has contributed to a common approach to work, improving safety in the process of treatment of a patient of acceptance to the dismissal from the hospital, transparency and traceability of work performed.

Methods: On the basis of domestic and foreign professional literature and their own practical experience has made a model of e-documents. The Model is a prototype implemented on a computer, and tested in practice. The test results are collapsed in the SWOT analysis.

Results: A model of documentation of clinical paths for congestive heart surgery is designed. The Model is a computer realized and tested in practice and critically evaluated. Goes for a makeover of the classic documentation electronically. The proposed solution leads to a more integrated and better treatment of the patient. Employees contributing to more accurate and comprehensive documentation in medical care. The system approach allows good cooperation between all employees in health care.

Discussion and conclusion: Users see in e-documentation an opportunity to improve safety in the process of treatment of a patient of acceptance to the dismissal from the hospital, transparency and traceability of

work performed, with quick access to the required information on the patient, the development of research activities and the acquisition of new skills, reducing paperwork and the reorganization of certain work processes. This, of course, aware of the dangers posed by modern information and communication technology. The fact is that, for the organisation of work, needs up-to-date and reliable collection, processing, and display of data, which are relevant for the medical treatment of a patient. The proposed e-model documentation of clinical paths for congestive heart surgery is only one step towards raising quality in the provision of continuous nursing care.

UVOD

Informatika v zdravstvu lahko prinaša dodano vrednost. Sem sodi tudi ustrezna dokumentacija. Učinkovito dokumentiranje procesov zdravstvene nege je eden ključnih izzivov zdravstvene nege kot temeljne sestavine celovitega sistema zdravstvenega varstva. Ustreznost dokumentiranja se nanaša na obvladovanje velikega števila zahtevnih informacij. Pri tem je smiselno izrabiti možnosti, ki jih ponuja sodobna informacijska in komunikacijska tehnologija (IKT) ne le v administrativnem, ampak tudi v kognitivnem smislu, ob tem pa je potrebno paziti, da ne pride do novih problemov, kot so problemi varnosti, zasebnosti in integritete človeka (Rajkovič, 2010; Trček et al.; 2007; Wolf et al., 2006).

Dokumentiranje je pomemben element sodobne zdravstvene nege. Dokumentacija zdravstvene nege predstavlja podatke o pacientu in njegovi družini, na osnovi katerih medicinska sestra načrtuje proces zdravstvene nege, ki v grobem obsega ugotavljanje negovalnih problemov, postavljanje negovalnih diagnoz, izvajanje in evalvacijo negovalnih aktivnosti (Gordon, 2003; Rajkovič, Šušteršič, 2000).

V večini slovenskih zdravstvenih institucij še ni ustreznega elektronskega zapisa, ki bi vseboval vse podatke, ki se nanašajo na proces zdravstvene nege, ki ga medicinske sestre izvajajo pri pacientih. Večina podatkov, ki se v Sloveniji zbirajo, zajema medicinske diagnoze in diagnostično terapevtske postopke oziroma posege, ne pa tudi podatkov drugih zdravstvenih profilov. Informatika v zdravstvu pa je področje, na katerem je zdravstvenemu sistemu mogoče dati prepoznavno dodano vrednost. Medicinske sestre (MS) svoje delo le delno evidentirajo. Podatki o zdravstveni negi se večinoma beležijo v papirni in ne elektronski dokumentaciji (Kodele in sod., 2005; Prijatelj, 2005).

V zadnjem desetletju se veliko piše o elektronskem zapisu zdravstvenih podatkov, elektronskem zdravstvenem kartonu, enotnem elektronskem zapisu zdravljenja, s tem pa se izboljšuje zdravstvena obravnava in rezultati zdravljenja (Coiera et al., 2007; Prijatelj, 2005). To je tudi eden od ciljev zdravstvene reforme, ki poteka v Sloveniji. Strategija razvoja in s tem posredno nadgradnja informatizacije slovenskega zdravstva je bila sprejeta v več korakih, o čemer priča kar nekaj dokumentov. Eden ključnih v zadnjem desetletju je poimenovan »eZdravje 2010«. Dosedanje izkušnje doma in razvitem svetu kažejo, da je to težko dosegljiv cilj strategije, predvsem zaradi pomanjkanja standardov, nepripravljenosti na sprejem nove tehnologije (Kodele in sod., 2005). V današnjem obdobju IKT ni več ovira za elektronsko dokumentiranje. Še vedno obstajajo določeni problemi v smislu povezljivosti informacijskih sistemov in integracije v nacionalno bazo podatkov in finančni problemi pri nabavi novejših informacijske tehnologije. Ni več vprašanja, ali je računalnikov dovolj, ampak, ali so dlančniki in tablice ustrezno orodje za podporo delu MS (Prijatelj, 2005). Tisti, ki delajo v zdravstveni negi, si želijo večjega vpliva na razvoj in udeležanje informacijskih rešitev. Dobre informacijske rešitve so povezane z vsebino in etiko strokovnega področja zdravstvene nege.

Klinične poti (KP) so ključnega pomena pri obravnavi pacienta, saj zagotavljajo nepretrgano in usklajeno zdravstveno oskrbo med različnimi ustanovami in izvajalci ter združujejo več dejavnosti, nudijo podporo kakovostnejši zdravstveni oskrbi, katere središče je uporabnik zdravstvenih storitev (Hindle, Yazbeck, Wahl, 2004). Za kakovostno obravnavo in celosten pristop k spremljanju pacienta na KP je pomembna povezanost dokumentacije zdravstvene nege z drugimi dokumenti. Zato je poleg papirne oblike dokumentacije

potrebno razvijati računalniško podprte rešitve, s katerimi lahko vplivamo na zmanjševanje papirnatih evidenc, preprečevanje nastanka napak v procesu zdravljenja in zdravstvene nege, optimizacijo procesov ter racionalno razporejanje virov (Priatelj, Trenz, Pavlovič, 2011; Šušteršič, Rajkovič, 2004).

Uvajanje informacijskih sistemov je velika sprememba v razmišljanju, zavedanju in delovanju vseh, ki sodelujejo v procesu zdravljenja. Spremembe se vedno dogajajo na vseh ravneh in vedno moramo upoštevati tudi vse sodelujoče pri načrtovanju in uvajanju novosti.

Namen prispevka

S prispevkom želimo prikazati model računalniško podprte dokumentacije obravnave pacienta po KP pri operaciji na odprtem srcu ter odgovoriti na naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kateri izzivi, prednosti in slabosti se pojavljajo pri uporabi elektronskega zapisa KP?
- Ali je možno model izvesti v praksi in ga kritično ovrednotiti?
- V čem je dodana vrednost implementacije modela glede na proces obravnave po KP?

Ob tem gre za prenovo klasične papirne dokumentacije v e-dokumentacijo. Za organizacijo našega dela potrebujemo sprotno in zanesljivo zbiranje, obdelavo in prikaz podatkov, ki so pomembni za zdravstveno obravnavo pacienta. V ta namen je smiselna uporaba klinične poti (KP), kot orodje, ki izhaja iz ciljev e-zdravja in elektronske, to je računalniško podprte dokumentacije. Model prispeva k poenotenemu pristopu k delu, izboljšanju varnosti pri procesu zdravljenja pacienta od sprejema do odpusta iz bolnišnice, k transparentnosti in sledljivosti opravljenega dela.

METODE DELA

Osredotočili smo se na oblikovanje elektronskega zapisa, ki v praksi omogoča ustrezno zbiranje potrebnih podatkov pri pacientih, operiranih na srcu. Elektronsko dokumentiranje smo primerjali s papirnim načinom dokumentiranja zdravstvene obravnave in ugotavljali prednosti in slabosti obeh načinov.

Na osnovi primerjalne analize domače in tuje strokovne literature, iskane v mednarodnih bazah podatkov UpToDate, Cobis, CINAHL, PubMed/Medline, Cochrane, EFL Direct, s ključnimi besedami e-zdravje, informatika v zdravstveni negi, dokumentiranje v zdravstveni negi, klinična pot, klinična smernica, s poudarkom na KP in elektronskem dokumentiranju v zdravstvu, je bil izdelan model e-dokumentacije. Model je bil prototipno realiziran na računalniku in kritično ocenjen na osnovi testiranja v praksi. Pri testiranju so sodelovali vsi izvajalci zdravstvene oskrbe, to so administratorke, zdravniki – specialisti kirurgi, specializanti kirurgije, anesteziologi – specializanti in specialisti, fizioterapevti (FTH), MS in zdravstveni tehniki (ZT). Rezultati testiranja so strnjeni v analizo SWOT in sicer v prednosti, slabosti, priložnosti in nevarnosti.

REZULTATI

E-dokumentacija ne pomeni le prenove dokumentacije same, ampak predvsem prenovo obstoječih procesov. Le ta predstavlja informacijski model, ki je namenjen njegovemu organiziranju in upravljanju v skladu z zastavljenimi cilji ob uporabi IKT. Tudi dokumentacijo zdravstvene nege moremo in moramo podpreti s sodobno IKT (Rajkovič, 2010; Watkins et al., 2009; Šušteršič, Rajkovič, Rajkovič, 2007).

Model e-dokumentacije klinične poti za srčno operacijo

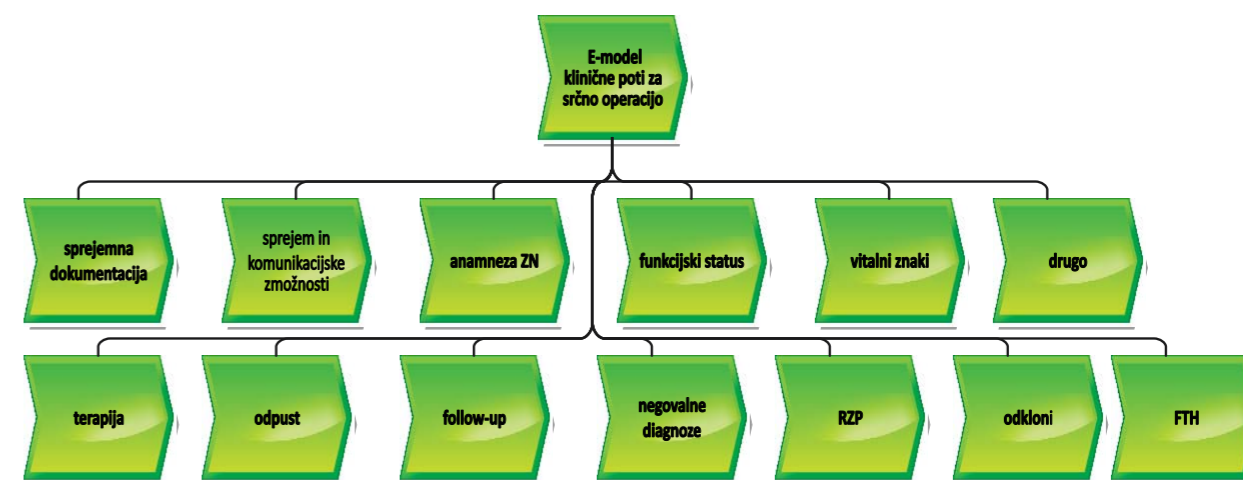
Na Kliničnem oddelku za kirurgijo srca in ožilja (KOKVK) Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana je skupina, ki je bila zadolžena za oblikovanje kliničnih smernic, pripravila dokument »Klinična pot

obrnave pacienta z ishemično boleznijo srca in aortno stenozo«. Pri oblikovanju dokumenta so sodelovali vsi udeleženci v procesu zdravljenja pacienta: kirurgi, anesteziologi, MS, ZT, FTH in administratorji. Na podlagi tega dokumenta pa smo v letu 2010 oblikovali in v prakso vpeljali papirno obliko KP za srčno operacijo.

Predstavitev računalniške rešitve modela e-dokumentiranja

Po uveljavljeni in uporabljeni papirni dokumentaciji KP smo s programom Microsoft Office Access 2007 udeležili še model e-dokumentiranja. Program je obsežen komplet orodij, s katerimi lahko sledimo podatkom, o njih poročamo in jih izmenjavamo z drugimi.

Program smo namestili na vse obstoječe računalnike na KOKVK, vključno z ambulanto na Polikliniki in v Centralnem operacijskem bloku v operacijskih dvoranah. Paciente spremljamo od poziva na operacijo, do operativnega posega in po odpustu, zato imamo v programu tudi obrazce, kjer so ta spremljanja tudi zabeležena.



Slika 1: Shematični prikaz elementov E-modela klinične poti za srčno operacijo.

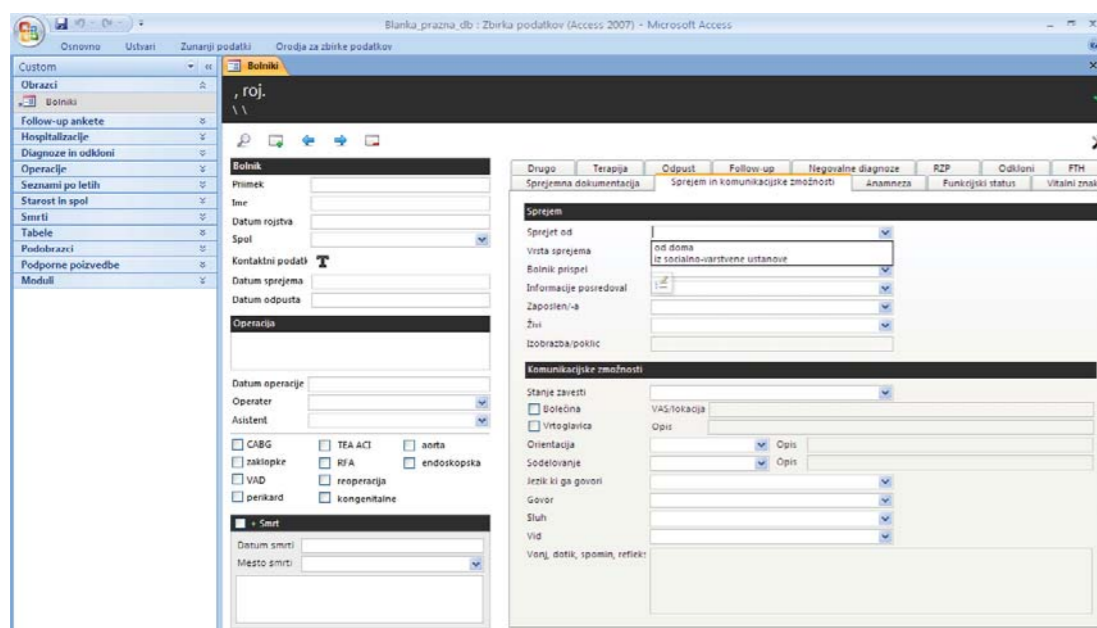
Legenda kratic: anamneza ZN – anamneza zdravstvene nege, follow-up – spremljanje, RZP – razjeda zaradi pritiska, FTH – fizioterapija.

Predlagani model e-dokumentacije (slika 1) predstavlja eno izmed možnosti poteka celostne obravnave pacienta v času zdravljenja, urejenost dokumentacije, možnost statistične obdelave, znanstveno raziskovalnega ter timskega dela.

Računalniški program

Po prijavi se odpre osnovna stran programa, kjer so vpisani pacientovi osnovni podatki (ime in priimek, rojstni podatki, datum sprejema, operacije in odpusta (oz. tudi smrti), vrsta operativnega posega, operater). Za vpisovanje naslova in kontaktnih podatkov odpremo podokno, ki je temu namenjeno. Model vsebuje povezavo na dokument, ki je namenjen kirurgu in anesteziologu. Oba po pregledu dokumentacije vpišeta svoja navodila. Kirurg vpiše tudi predpisano terapijo, pri tem pa si pomaga z že urejenim seznamom najpogostejših predpisanih zdravil pri srčnih pacientih.

Po zaključenem pregledu v ambulanti KOKVK pacienta sprejme MS na kliničnem oddelku, ki v času sprejema s pacientom opravi razgovor, ugotavlja negovalne probleme z oblikovanjem negovalnih diagnoz po sistemu PES, ZT pa opravi merjenje vitalnih funkcij. Vse to se zabeleži v e-dokument (slika 2).



Slika 2: Ekranska slika začetnih korakov e-dokumentacije

Za lažje vpisovanje so narejeni sezname določenih najpogostejših podatkov, tako da se vpiše le začetna črka in se nato potrdi zapis. Tako so shranjeni sezname podatkov za oblikovanje negovalnih anamnez in negovalnih diagnoz s kodo, seznam oddelkov in bolnišnic, seznam odklonov, seznam razlogov za hospitalizacijo.

Vse podatke, ki se sistematično zbirajo in spremljajo v času zdravljenja s pomočjo KP, se lahko statistično obdelata. Zato smo s pomočjo Microsoft Office Access 2007 oblikovali poizvedbe, ki se jih kasneje izvozi in uredi s pomočjo programa v Wordov dokument. Vsi izvajalci, ki so bili vključeni v implementacijo in hkrati testiranje, so sproti beležili svoja opažanja v smislu analize »SWOT«. Ti »zapiski« so bili ob izvajanju usmerjenih intervjujev zelo pomembni.

KRITIČNA ANALIZA REZULTATOV IMPLEMENTACIJE IN TESTIRANJA

Na osnovi implementacije in testiranja je bila izdelana analiza »SWOT«. Ugotovitve so strnjene v naslednje prednosti, slabosti, priložnosti in nevarnosti.

Prednosti:

- vnos podatkov na enem mestu;
- boljša preglednost dokumentacije ob sprejemu, hitrejša in lažje vodenje pacienta med hospitalizacijo in ob odpustu;
- hitrejši vpogled v podatke za vse člane zdravstvenega tima za boljše poznavanje pacienta ter lažjo medsebojno komunikacijo;
- zmanjšanje papirne dokumentacije.

Slabosti:

- trenutno dvojno delo in časovna obremenitev, saj je v uporabi vsa papirna dokumentacija zdravstvene obravnave;
- možnost napak pri vnašanju podatkov in zlorabe le teh;
- nezaupanje in odpor zdravstvenih delavcev v informacijski sistem in spremembe.

Priložnosti:

- možnost nadgradnje dokumentacije in zbiranja podatkov in s tem kakovostnejša zdravstvena oskrba;
- možnost načrtovanja dela in izmenjave informacij;
- sodobno IKT enostavnejša statistična obdelava našega dela;
- razvoj raziskovalne dejavnosti in ob tem pridobivanje novih znanj.

Nevarnosti:

- slab informacijski sistem in možnost izgube podatkov ob sesutju informacijskega sistema;
- premalo tehnične podpore, potreba po večjem številu računalnikov, tudi prenosnih, za ob posteljno beleženje;
- dodatna birokracija, ker ni poenotenega informacijskega sistema za celostno obravnavo in vodenje vseh storitev (vnos v Birpis, slikovni material, laboratorij, itd.);
- prevelika pozornost do računalnika in manj do pacienta.

RAZPRAVA

Učinkovito dokumentiranje procesov zdravstvene nege je eden ključnih izzivov zdravstvene nege kot temeljne sestavine celovitega sistema zdravstvenega varstva. Ustreznost dokumentiranja se nanaša na obvladovanje velikega števila zahtevnih informacij. Pri tem je smiselno izrabiti možnosti, ki jih ponuja sodobna IKT ne le v administrativnem, ampak tudi v kognitivnem smislu, ob tem pa je potrebna pozornost, da ne pride do novih problemov, kot so problemi varnosti, zasebnosti in integritete človeka (Rajkovič, 2010; Trček et al., 2007; Tang in McDonald, 2006; Wolf et al., 2006; Rodrigues, Wilson in Schanz, 2001).

Različni avtorji opisujejo dokumentiranje v zdravstveni negi s pomočjo IKT kot elektronsko podporo delu MS, ki ji je pripomoček za evidentiranje velikega števila pomembnih informacij, povezovanje razpršenih virov ter osnova za odločanje, načrtovanje in vrednotenje procesa zdravstvene nege. Dostopnost informacij, verjetnost posredovanja in kakovost sodelovanja članov zdravstvenega tima vpliva na izmenjavo informacij, hkrati pa zagotavlja, da se pomembne informacije ne izgubijo (Priatelj, 2012; Wood, 2011; Rajkovič in sod., 2002).

Saba (2002) pravi, da je za napredek zdravstvene nege pri upravljanju klinične prakse zdravstvene nege zahteval dokaz, da »ima početje MS dejansko pozitiven učinek«. Podatke v zdravstveni negi je bilo treba identificirati, da se je izmerila zdravstvena nega pacientov.

Osnova za izboljševanje kakovosti in varnosti sta merjenje in dokumentiranje. V Sloveniji še ni enotnega informacijskega sistema. Ob upoštevanju priporočil in smernic ob uveljavljanju projekta eZdravje smo uspeli predlagati in uveljaviti e-model dokumentacije KP za srčno operacijo, ki prispeva k celoviti in kakovostnejši obravnavi pacienta, služi za prenovo klasične dokumentacije, zaposlenim pa olajša in izboljša delo.

Robida (2009) pravi, da kakovost zraste znotraj zdravstvene organizacije, presoja lastnega dela pa je prvina profesionalnosti. Z uporabo znanj in metod sodobne informacijske in računalniške znanosti smo izdelali e-model dokumentacije KP za srčno operacijo in ga v praksi testirali. Predstavlja sistemski model informatizacije celostne zdravstvene obravnave pacienta po klinični poti. Predlagana rešitev vodi k celovitejši in kakovostnejši obravnavi pacienta. Zaposlenim pripomore k natančnejši in celoviti dokumentaciji pri zdravstveni oskrbi. Sistemski pristop omogoča dobro sodelovanje med vsemi zaposlenimi v zdravstvu. Računalniška implementacija modela je v podporo delu izvajalcem zdravstvene obravnave, zmanjšuje pa tudi možnost napak pri delu.

Uporabniki vidijo v modelu e-dokumentacije KP za srčno operacijo priložnost za izboljšanje varnosti v



procesu zdravljenja pacienta od sprejema do odpusta iz bolnišnice, transparentnost in sledljivost opravljenega dela, hiter dostop do potrebnih podatkov o pacientu, razvoj raziskovalne dejavnosti in ob tem pridobivanje novih znanj, zmanjšanje administrativnega dela in reorganizacijo določenih delovnih procesov. Ob tem se seveda zavedajo nevarnosti, ki jih prinaša sodobna IKT. Predvsem jih vidijo v možnosti izbrisa ali izgubi podatkov, s tem tudi dokumentov, ob izpadu informacijskega sistema. Problematična pa je lahko tudi varnost vnesenih podatkov oz. njihova zloraba ter nezaupanje in odpor zdravstvenih delavcev v informacijski sistem in spremembe. Dejstvo pa je, da za organizacijo dela potrebujemo sprotno in zanesljivo zbiranje, obdelavo in prikaz podatkov, ki so pomembni za zdravstveno obravnavo pacienta. Ustrezna elektronska dokumentacija predstavlja ne le izziv, ampak konkreten prispevek. Klinične poti kot orodje pa izhajajo iz ciljev e-zdravja.

ZAKLJUČEK

Predlagani e-model dokumentacije klinične poti za srčno operacijo je le en korak k dvigu kakovosti pri zagotavljanju kontinuirane zdravstvene oskrbe. Gre za model, ki omogoča hiter in celovit dostop do zapisanih podatkov pacienta. Odkrivanje in beleženje odklonov pa pomeni korak k izboljšavam v procesu učenja in odpravljanju odklonov, kar lahko pozitivno vpliva na zagotavljanje varne zdravstvene oskrbe pacienta. Vsekakor je informatizacija sistemov prihodnost, vendar pa nam problem predstavlja pomanjkanje primerne sodobne IKT, saj kljub veliki ponudbi na trgu, delo opravljamo brez sodobnih prenosnih računalnikov. Model elektronsko podprtega procesa zdravstvene obravnave pacienta po klinični poti predstavlja dodano vrednost. Je priložnost za odpravo papirne dokumentacije zdravstvene obravnave, in ne nazadnje omogoča standardiziran zapis podatkov, ki se lahko uporablja za statistično analizo, učenje in razvoj.

LITERATURA

- Coiera E, Sintchenko V, Usherwood T. Are clinicians' information needs and decision support affected by different models of care? Experimental Study. In: Kuhn KA, Warren JR and Leong TY. MEDINFO 2007: Proceedings of the 12th World Congress on Health (Medical Informatics: Amsterdam:IOS Press: 2007: 895- 9.
- Gordon M. Negovalne diagnoze: priročnik. Radizel, Rogina.2003.
- Hindle D, Yazbeck AM, Wahl J. Klinične poti v 17 državah Evropske unije: Pregled mnenj strokovnjakov. Zdrav Vestn 2004; 73: 839-45.
http://www.szdz.si/user_files/vsebina/Zdravniki_Vestnik/vestnik/st4-11/st4-11.htm. <16.5.2012>
- Kodele D, Košir F, Marušič D in Sušelj M eZdravje- Strategija informatizacije slovenskega zdravstvenega sistema do leta 2010. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. 2005.
- Prijatelj V. Priložnosti in ovire pri elektronskem zbiranju podatkov zdravstvene nege. Obzor Zdr N 2005; 39 (3): 175-9.
- Prijatelj V Organizacijski informacijski model preprečevanja napak v procesu zdravstvene nege. Doktorska disertacija. Maribor: Univerza v Mariboru. Fakulteta za organizacijske vede. 2012.
- Prijatelj V, Trenz Z, Pavlovič I. Elektronski terapevtsko temperaturni list kot element zagotavljanja varne zdravstvene obravnave. V: Berkopec M (ur.). Ali bo e-zdravju sledila e-zdravstvena nega / 3. dnevi Marije Tomšič. Novo mesto: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Visoka šola za zdravstvo Novo Mesto, 2011: 33.
- Rajkovič U Sistemski pristop k oblikovanju e-dokumentacije zdravstvene nege. Doktorska disertacija. Kranj: Fakulteta za organizacijske vede.2010.
<http://dkum.uni-mb.si/lzpisGradiva.php?id=13827>. <22.3.2012>
- Rajkovič V, Šušteršič O Informacijski sistem patronažne zdravstvene nege. Kranj: Moderna organizacija.2000.
- Rajkovič V, Šušteršič O, Rajkovič U, Porenta A in Zupančič J Kako z e - predstavitev približamo uporabniku Mednarodno klasifikacijo prakse zdravstvene nege? Infor Med Slov 2002; 7 (1): 5-10.

Robida A. Pot do odlične zdravstvene prakse. Vodnik za izboljševanje kakovosti in presojo lastne zdravstvene prakse. Ljubljana: Planet GV.2009.

Rodrigues RJ, Wilson P, Schanz SJ. The regulation of privacy and data protection in the use of electronic health information. Washinton DC: Pan American health organization. 2001.

Saba VK. Pregled klasičnega sistema zdravstvenega varstva na domu (HHCC). ACENDIO 2002. Obzor Zdr N 2002; 36(4): 255–65.

Šušteršič O in Rajkovič V. Model orodja za zagotavljanje kakovosti s pomočjo dokumentacije v zdravstveni negi. Bled: Zbornik kongresa Slovenskega društva za medicinsko informatiko, 2004: 94-107.

Šušteršič O, Rajkovič V, Rajkovič U Z E-dokumentacijo do kakovostne zdravstvene nege. V: Filej B (ur.) in Kersnič P (ur.). Zbornik predavanj in posterjev 6. mednarodnega kongresa zdravstvene in babiške nege: Zbornik z recenzijo. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. 2007: 45-57.

Tang PC in McDonald CJ Electronic health record systems. V: Shortliffe EH in Cimino JJ (ur.). New York: Springer: Biomedical informatics: computer application in health care and biomedicine 2006; : 447–75.

Trček D, Trobec R, Pavešič N, Tasić JF Informations systems security and human behavior. Behav inf tehnol 2007; 26 (2): 113-8.

Watkins TJ, Haskell RE, Lundberg CB, Brokel JM, Wilson ML, Hardiker N Terminology use in electronic health records: Basic principles. Urol Nurs 2009; 29 (5): 321-7.

Wolf DM, Greenhouse PK, Diamond JN, Fera W in Mc Cormick DL Community hospital successfully implements eRecord and CPOE. Comput Inform Nurs 2006; 24 (6): 307-16.

Wood D (2011). Electronic Documentation Calls for Standardized Nursing Language. NurseZone. Nursing News. Dostopno na: <http://www.nursezone.com/nursing-news-events/more-news.aspx?id=17905>. <22.3.2012>

124C

UVEDBA E - AMBULANTNEGA KARTONA GINEKOLOŠKE KLINIKE UNIVERZITETNEGA KLINIČNEGA CENTRA LJUBLJANA

IMPLEMENTATION OF THE DISPENSARY ELECTRONIC MEDICAL RECORD AT THE DEPARTMENT OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY, UNIVERSITY MEDICAL CENTRE LJUBLJANA

Vesna Rugelj, dipl. m. s.

Mateja Pogorelc, dipl. babica

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika

vesna.rugelj@kclj.si

Ključne besede: e-karton, ginekološka ambulanta, aktivnosti zdravstvene nege, informatizacija

IZVLEČEK

V dobi informatizacije je nastala tudi velika potreba informatizacije v zdravstvu. To je še posebno opazno v ambulantni dejavnosti na sekundarnem in terciarnem nivoju slovenskega zdravstva. Mnogo delovnih procesov je že informatiziranih, še vedno pa se srečujemo z nepovezanostjo med njimi in posledičnim podvajanjem dela, kar povzroča vrsto problemov, izvajanje procesa zdravstvene nege pa je nezanesljivo in nedokazljivo. Namen prispevka je predstaviti pomembnost informatizacije v zdravstvu. Predstavljen je projekt razvoja elektronskega ambulantnega kartona na Ginekološki kliniki Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, pri katerem sodelujejo zdravniki, medicinske sestre in babice, administratorji, informatiki in zunanji sodelavci.

Uvedba e-ambulantnega kartona bo pozitivna pridobitev tako za paciente kot za zaposlene in ves zavod. Za uspešno implementacijo programa v prakso pa je potrebna predstavitev projekta in računalniško izobraževanje vseh zaposlenih že v času razvoja projekta.

Keywords: medical e-record, gynecology department, nursing activities, informatization

ABSTRACT

The age of informatics brought a great need of informatization in health care, which is especially noticed in ambulatory activity at the secondary and tertiary level of Slovenian health care. Many work processes have already been computerized, but we still notice a disconnection between them and consequently duplication of work, which is causing a lot of problems and making implementing nursing process methods unreliable and provable. The purpose of this paper is to present the importance of informatization in health care. In the paper we represent a project of development of an electronic medical chart at the Clinic for the Gynecology and Obstetrics of the University Medical Centre Ljubljana, involving doctors, nurses, midwives, administrators, ITs and external associates.

The implementation of medical e-chart will be a major acquisition for both the patients and the employees. But presentation of the project and computer education of the employees is needed to successfully implement the program in practice.

UVOD

Informacijski sistem je opredeljen kot množica medsebojno odvisnih komponent (strojna oprema, komunikacijska oprema, programska oprema, ljudje, organizacija), ki zbirajo, procesirajo, hranijo in porazdeljujejo podatke in s tem podpirajo tako temeljne kot tudi odločitvene procese v organizaciji. Informacijski sistemi so neposredno povezani s poslovanjem in vodenjem organizacije. Če so dobro zasnovani, omogočajo boljše načrtovanje in nadzor nad izvedenim delom ter omogočajo večjo povezanost v organizaciji. Njihov ključni namen je izboljšati delo tako s stroškovnega kot časovnega vidika (Žvanut, 2003).

V prihodnosti bo e-zdravje predstavljalo ključno podporo razvoju zdravstva. Pri tem je potrebno zagotoviti največjo kakovost in učinkovitost na tem področju. V okviru e-zdravja bo imel velik pomen elektronski zdravstveni zapis. Ključne aplikacije ne bodo delovale brez elektronskega shranjevanja in dostopa do zapisa podatkov o bolniku. Podatki elektronskega zdravstvenega zapisa bodo na voljo ustreznim aplikacijam. Informacijsko-komunikacijska tehnologija se v okviru e-zdravja uporablja pri osnovni obravnavi bolnika, pri izboljšanju komunikacije med zdravstvenimi delavci in organizacijami, pri logističnih in finančnih administrativnih procesih in pri podpori zdravstvenih raziskav (Belšak, 2006).

Elektronski zdravstveni karton je postal v Združenih državah Amerike (ZDA) nacionalna prednostna naloga, za njegovo smiselno uporabo v praksi bodo namenili do 29 milijard (\$) zveznih spodbud. V študiji, v kateri so iskali pozitivne povezave med elektronskim zdravstvenim kartonom in kakovostjo, so ugotovili izboljšanje kakovosti oskrbe pacientov ob uporabi računalniških programov kot podpora medicinskim odločitvam (Kern et al, 2012).

Weber trdi, da je razvoj informatike v zdravstvu in zdravstveni negi zelo pomemben tako v Sloveniji kot Evropi. Slovenija pri tem igra pomembno, v nekaterih primerih celo vodilno vlogo. Smo prvi v Evropi, ki smo uvedli elektronsko kartico zdravstvenega zavarovanja (Dornik, Prijatelj, 2011).

Prehod od papirnega na elektronsko poslovanje je proces, ki je v slovenskem zdravstvu počasnejši, kot je v komercialnem sektorju. Kljub temu se v zadnjem času vse več sredstev in pozornosti namenja intenzivnemu posodabljanju zbiranja podatkov za osnovne zdravstveno statistične potrebe na vseh področjih zdravstvene dejavnosti. Prav dejavnost zdravstvene nege je področje, kjer se ta proces modernizacije izvaja izredno počasi (Kavčič, 2007).

Mnogo delovnih procesov je že informatiziranih, še vedno pa se srečujemo z nepovezanostjo med njimi in posledičnim podvajanjem dela, kar povzroča vrsto problemov. Pogosto je za paciente moteče, da morajo svoje težave in vzrok prihoda v ambulanto, kadar na pregled niso naročeni, opisati večkrat, saj je komunikacija med medicinsko sestro in zdravnikom le ustna. Ob tem je težje pravilno triažiranje pacientov, izvajanje procesne metode zdravstvene nege pa je nezanesljivo in nedokazljivo, predvsem v urgentnih ambulantah, kjer ne obstajajo obsežnejši kartoni pacientov v papirni obliki. Podvajanje dela in težave se pojavljajo pri vseh sodelujočih v ambulanti obravnavi pacienta. Tako v urgentni ambulanti zdravnik izvid pregleda ročno piše na list papirja ali diktira v diktafon, administratorka pa ga prepíše, pri čemer je točnost prepisa odvisna od berljivosti pisave zdravnika, razločnosti govora in razumevanja ter usposobljenosti administratorke. Zaradi ročnega vnašanja obračuna storitev obstaja velika možnost pomanjklivega obračuna in posledično neplačilo opravljenih storitev. V specialističnih ambulantah pa zdravnik izvid vpiše v ambulantni karton pacientke, zapis pregleda pa ni natančen in popoln, pogosto zapisan kot »St. gyn. b.p.«. Tako ima administratorka težave, ko mora izvid prepisati kot mnenje specialista za osebne ginekologa pacientke. Navodila medicinske sestre, predvsem zdravstveno vzgojno delo, pogosto ni nikjer zabeleženo in tako je tudi njeno delo nedokazljivo.

Da bi se izognili pomanjkljivostim, da bi izboljšali kakovost in varnost zdravstvene obravnave, beležili in evidentirali tudi opravljene postopke in intervencije zdravstvene nege, omogočili sledljivost vseh

opravljenih preiskav in prinesenih izvidov, se na Ginekološki kliniki Univerzitetnega kliničnega centra (UKC) Ljubljana razvija in vpeljuje elektronski ambulantni karton (e-ambulantni karton), ki je varen, v realnem času potekajoč, na pacienta osredotočen vir informacij za zdravstvene delavce, ki sodelujejo v zdravstveni obravnavi pacienta. V projektu razvoja e-ambulantnega kartona bodo sodelovali zdravniki, medicinske sestre, administratorji, informatiki ter zunanji sodelavci (Lukanović, 2012).

METODE

Namen prispevka je predstaviti pomembnost informatizacije v zdravstvu in projekt razvoja e-ambulantnega kartona na Ginekološki kliniki UKC Ljubljana.

V prvem delu smo pregledali literaturo s področja informatizacije v zdravstvu. Uporabili smo literaturo, dostopno na svetovnem spletu, literaturo, pridobljeno v času priprave na projekt, in literaturo članov delovne skupine. Izbirali smo literaturo, ki obrazloži pomen informatizacije v zdravstvu, e-dokumentacije in pomen za zdravstveno nego.

V drugem delu smo z retrospektivno metodo dela opisali proces izgradnje e-ambulantnega kartona na Ginekološki kliniki UKC Ljubljana ter težave in probleme, ki se ob tem pojavljajo.

Pregled literature

Informacijski sistem zdravstvene nege pomeni globalno posnemanje aktivnosti zdravstvenih delavcev na svojem področju. Gre za dokumentiranje zdravstvene nege, zbiranje, urejanje podatkov, načrtovanje, izvajanje in vrednotenje dela po procesni metodi dela. Informacijski sistemi v zdravstveni negi v zadnjem času pridobivajo na razsežnosti, saj so bili informacijski sistemi na začetku omejeni na relativno majhno število procesov (Belšak, 2006).

Ustrezna dokumentacija je ključnega pomena za upravljanje procesov tudi na področju zdravstvene nege. Gre za celovito spremljanje podatkov o pacientu na klinični poti, ki se nanašajo na zdravstveno nego. Pri tem upoštevamo procesno metodo dela v zdravstveni negi, obravnavo pacienta na osnovi Hendersonovega teoretičnega modela, ki vključuje 14 temeljnih življenjskih aktivnosti in uporabo mednarodno priznanih klasifikacij zdravstvene nege. Taka dokumentacija omogoča sledljivost, transparentnost, selektivnost, spremljanje in analize, kar vodi v izboljšanje procesov in sistemov ter povečanje varnosti pacienta in članov zdravstvenega tima. E-dokumentacija ne pomeni le prenovno dokumentacije same, ampak predvsem prenovno obstoječih procesov (Rajkovič, Šušteršič, Rajkovič, 2009).

Pust meni, da je učinkovito dokumentiranje procesov zdravstvene nege ključna sestavina celovitega sistema zdravstvenega varstva. Ustreznost dokumentiranja se nanaša na obvladovanje velikega števila informacij. V zdravstvu je potreben enoten informacijski sistem (Dornik, Prijatelj, 2012).

Načrtovanje in uvajanje izboljšav in sprememb za prakso brez sodelovanja temeljnih elementov prakse - uporabnikov teh sprememb, je obsojeno na neuspeh. Medicinske sestre so nosilke zdravstvene nege, uporabnice informacijskega sistema, ki jim delno nudi podporo pri vsakodnevem delu. Spremembe se potrebne, da izboljšamo kvaliteto in kakovost dela, da mu damo dodano vrednost. Uvajanje informacijskih sistemov je velika sprememba v razmišljanju, zavedanju in delovanju vseh, ki sodelujejo v procesu zdravljenja. Spremembe se vedno dogajajo na vseh nivojih in je potrebno upoštevati vse sodelujoče pri načrtovanju in uvajanju novosti (Popović, 2009).

E-ambulantni karton so digitalno shranjene klinične in administrativne zdravstvene informacije o vseh prejšnjih zdravstvenih težavah pacienta za potrebe zdravstvene oskrbe, poučevanja in raziskovanja, ob zagotovljeni zaupnosti podatkov. Je orodje za pomoč pri nujenju zdravstvene oskrbe na vseh nivojih in segmentih oskrbe, ki je dostopno preko zdravstvenih računalniških omrežij. Temeljno poslanstvo

elektronskih zapisov je predvsem podpora in pomoč pri celostni in vseživljenjski zdravstveni oskrbi posameznika in skupnosti. E-ambulantni karton združuje vse zapise o obravnavi pacienta v celotnem življenjskem obdobju, slikovne podatke, rezultate preiskav, konzultacij ter izvidov. Podatke izmenjuje z že obstoječimi podsistemi, kot so vnos podatkov in pregled rezultatov, naročanje preiskav, spremljanje dogodkov, laboratorijski, lekarniški in radiološki informacijski sistem, možnost dostopa do vseh podatkov o pacientu v organizaciji, raziskovalnih baz podatkov. Zaščito in varnost podatkov omogoča preko kontrole dostopov ter elektronskih podpisov. E-ambulantni karton podpira tudi zbiranje podatkov za namene, ki niso neposredna klinična praksa, kot je statistika, obračun, spremljanje kakovosti, poročanje navzven, načrtovanje virov ter javnozdravstveni nadzor bolezni in zdravstvenih stanj. E-ambulantni karton je lahko osnova za kategorizacijo zdravstvene in babiške nege v ambulantni dejavnosti (Lukanović, 2012).

REZULTATI

Pri načrtovanju izgradnje e-ambulantnega kartona sodelujeta Ginekološka in Interna klinika UKC Ljubljana. Že v načrtu projekta razvoja e-ambulantnega kartona so predvideli, da bodo pri njem sodelovali zaposleni, ki so vključeni v proces ambulantne obravnave pacientk. Takoj v začetku sta bili imenovani medklinični delovni skupini, na vsaki kliniki ena. Delovni skupini sta neodvisni, med seboj pa si izmenjujeta informacije in predlagane rešitve.

V delovno skupino Ginekološke klinike so bili imenovani zdravnik, dve diplomirani medicinski sestri in administratorka. Po uvodnem zagonu in zbranih dokumentih, ki jih uporabljajo v vseh ambulantah Ginekološke klinike, je nastal nekajmesečni premor, saj (nekateri) člani komisije niso vedeli, kako naj se projekta lotijo. Prišlo je do nekaterih menjav in razširitve skupine z diplomirano babico. Nova vodja skupine je predlagala imenovanje še širše skupine, ki bi delovala le v okviru Ginekološke klinike. V tej skupini sodelujejo po en zdravnik in ena medicinska sestra oziroma babica iz ambulant vseh kliničnih oddelkov ter fizioterapevtka in socialna delavka, ki pripravljata dokumente za svoji področji.

Člani širše delovne skupine so imeli nalogo, da za svojo ambulanto pripravijo nabor podatkov, postopkov in intervencij, s katerimi se srečujejo pri obravnavi pacientov ter vse dokumente, ki jih v tiskani obliki že uporabljajo pri svojem delu. Posebej je bilo poudarjeno, da ne smejo pozabiti na tiste aktivnosti, ki jih izvajajo, pa jih sedaj posebej ne zapisujejo in so s tem nedokazljive – s tem je bilo mišljeno predvsem delo medicinskih sester in babic, ki v ambulantni dokumentaciji pogosto ni vidno.

Opredelitev poslovnih zahtev

Ožja delovna skupina je opredelila poslovne zahteve za informatizacijo e-ambulantnega kartona ter osnovni izgled uporabniškega vmesnika. Ta naj bo razdeljen v tri horizontalne dele, pri čemer je prvi del namenjen administrativnim podatkom, drugi podatkom zdravstvene nege in tretji medicinskim (zdravniškim) podatkom. Na dogovorjenih obiskih posameznih ambulant, skupaj s predstavnico podjetja List d.o.o., katerega informacijski program na Ginekološki kliniki uporabljamo, so to predstavili članom širše delovne skupine, se seznanili s posebnostmi v njihovih enotah in poskušali rešiti njihove težave in pomisleke. Potem so zbrane podatke in dokumente združili skupaj, podatke strukturirali, postavili module in po navodilih informatikov dali informatizirati.

Zaznani problemi

Opazovanje dosedanjega dela in (neformalni) pogovori s sodelavci so bili poleg obstoječe ambulantne dokumentacije članom ožje delovne skupine vodilo pri opredelitvi poslovnih zahtev in odločitvi, kateri podatki so potrebni pri posamezni obravnavi in na kakšen način jih umestiti v e-ambulantni karton.



Že pred načrtovano informatizacijo in v času načrtovanja projekta so zaposleni v ambulantah, predvsem medicinske sestre in babice, pogosto poročali o »nevidnosti« njihovega dela, saj svojega dela nimajo kam zabeležiti. To velja predvsem za ambulante, kjer ne obstaja obsežnejša ambulanta dokumentacija (urgentne ambulante). Same so zaznale in se tudi zavedale, da svojega dela in s tem tudi potrebe po zaposlitvi ne morejo dokazati, kaj šele ovrednotiti. Tako je bilo pričakovati, da bodo, če bodo sodelovale v širši delovni skupini, zelo hitro opredelile vse zahteve za informatizacijo procesa v njihovih ambulantah.

V nasprotju s pričakovanji pa so se pojavili razni pomisleki. Pogosto je bilo slišati, da ne bi smeli deliti dela zdravstvene nege in dela zdravnikov, saj da se delo med seboj prepleta in dopolnjuje. Ob tem nekako niso hoteli ali niso zmogli slišati, da bo osnovno okno programa razdeljeno na posamezne enote le z namenom, da vsak zaposleni takoj ve, kam mora vpisati podatke, ki jih je pridobil pri obravnavi pacienta, ob tem pa bodo zapisani podatki vidni vsem, ki jih morajo v procesu obravnave pacienta videti. S tem bo tudi enostavnejša avtorizacija vpisanih podatkov ter lažje strukturiranje podatkov.

V pogovorih članov delovne skupine z zaposlenimi v ambulantah je bil pogosto izpostavljen odpor zaposlenih do informatizacije, saj so v novih programih videli le še eno dodatno delo. Pogosto se izgovarjajo na to, da jim bo vpisovanje podatkov v računalnik vzelo preveč časa, da se ne bodo imeli časa ukvarjati s pacienti. Pri tem argumentirane in dokazane prednosti elektronskih zapisov obravnav njihovih pomislekov v večini niso ovrgli. Očitno je, da jih, predvsem starejše zaposlene, skrbi delo z računalnikom in nepoznanimi programi. Ob tem so medicinske sestre mnenja, da zdravniki pri obravnavi ne bodo hoteli uporabljati računalnika in bodo izvide še naprej pisali ročno, pri tem pa ne povedo, da jih je strah, da bodo to potem morale delati one same. V nasprotju z mišljenjem medicinskih sester pa se je v pogovorih z zdravniki izkazalo, da v večini informatizaciji ne nasprotujejo, čeprav bodo morali svoje ugotovitve med obravnavo pacientov sami vpisovati v program. To predvsem velja za mlajše zdravnike, ki pri svojem delu računalnik in že informatizirane procese na kliniki pogosteje uporabljajo že sedaj.

RAZPRAVA

Informacijski sistem e-ambulantni karton bo omogočal kvalitetnejšo in preglednejšo obravnavo pacientov v ambulantah Ginekološke klinike. E-ambulantni karton bo tako prednost za zaposlene v ambulantah, obračunu storitev in za ves zavod, predvsem pa bo pacientom omogočal kvalitetno in varno obravnavo in bo preprečil neželene dogodke kot posledica neinformiranosti sodelujočih v obravnavi pacientov o njihovem stanju in preteklih obravnavah.

Za uspešen razvoj in kasnejšo implementacijo programov pa je ključno sodelovanje zaposlenih, ki bodo program uporabljali. Kljub vsem v svetu že dokazanim prednostim elektronskih zapisov obravnav uvedba novih računalniških programov v prakso pri medicinskih sestrah in zdravnikih vzbuja strah in odpor, saj v tem ne vidijo prednosti in razbremenitev, temveč le dodatno delo. Skrbi jih delo z računalnikom in nepoznanimi programi, predvsem starejše zaposlene, zato jim je potrebno prednosti informatizacije procesov pravočasno in nazorno predstaviti. Le tako bodo nove programe sprejeli kot dobrodošel pripomoček in olajšanje odločitev pri svojem delu.

SKLEP

Uvedba e-ambulantnega kartona v ambulantah Ginekološke klinike UKC Ljubljana bo pozitivna pridobitev tako za paciente kot za zaposlene in ves zavod. V projektu razvoja e-ambulantnega kartona sodelujejo zaposleni, ki ga bodo pri svojem delu uporabljali, zaradi česar se pričakuje, da bo razvit tako, da bo odpravil vse ugotovljene pomanjkljivosti dosedanjega dela. Za uspešno implementacijo programa v prakso pa je potrebna predstavitev projekta in računalniško izobraževanje vseh zaposlenih že v času razvoja projekta, predvsem tistih, ki jim uvedba novih programov in drugačne vrste dela vzbuja strah ali odpor.

LITERATURE IN VIRI

Belšak M. E-zdravje in dokumentacija zdravstvene nege: diplomsko delo univerzitetnega študija. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede; 2006: 20-1.

Dornik E, Prijatelj V. Razvoj informatike v zdravstveni negi – od teorije k praksi: poročilo o strokovnem srečanju Sekcije za informatiko v zdravstveni negi SDMI. Infor Med Slov. 2011; 16 (2): 35-41.

Dornik E, Prijatelj V. Poročilo o jesenskem srečanju članov Sekcije za informatiko v zdravstveni negi, SIZN 2012. Infor Med Slov. 2012; 17(2): 25-8.

Kavčič S. Model povezave e-dokumentacije zdravstvene nege z zdravstveno statistiko: diplomsko delo univerzitetnega študija. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede; 2007: 1.

Kern LM, Barrón Y, Dhopeswarkar RV, Edwards A, Kaushal R. Electronic Health Records and Ambulatory Quality of Care. J Gen Intern Med. 2013; 28 (4): 496-503.

Lukanović A. Razvoj in uvedba e-ambulantnega kartona: raziskava. Ljubljana: 2012. Dostopno na: [http://terciar.intranet.kclj.si\(6.2.2012\)](http://terciar.intranet.kclj.si(6.2.2012))

Popović S. Informatika in zdravstvena nega. In: Majcen Dvoršak S et al, eds. Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč / 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije. Ljubljana, 11. – 13. maj 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2009: 143E

Rajkovič U, Šušteršič O, Rajkovič V. Upravljanje procesov bolnišnične zdravstvene nege z e-dokumentacijo. In: Kvas A, ed. Pravno-etične dileme – izziv za profesijo zdravstvene nege: zbornik predavanj. XXV. strokovno srečanje Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji. Velenje, 13. november 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2009: 109-19.

Žvanut B. Računalništvo in informatika v zdravstvu. Koper: samozal; 2003: 20-1.

124D

ELEKTRONSKI ZDRAVSTVENI ZAPIS EDUKACIJ PACIENTA S SLADKORNO BOLEZNIJO: RAZVOJ PROTOTIPA INFORMACIJSKEGA SISTEMA

ELECTRONIC HEALTH RECORD OF EDUCATION OF THE PATIENT WITH DIABETES: DEVELOPMENT OF PROTOTYPE INFORMATION SYSTEM

Ajda Brdar, dipl. m. s.

doc. dr. Boštjan Žvanut

mag. Tamara Štemberger Kolnik

Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju

Ključne besede: medicinska sestra - edukatorica, dokumentiranje, informatizacija. 

IZVLEČEK

Teoretična izhodišča: Zdravstveno informacijska tehnologija je ključnega pomena za izboljšanje učinkovitosti in kakovosti zdravstvenega varstva. V Sloveniji je večina dokumentacije v zdravstveni negi zelo zastarela in še vedno v papirni obliki. Ni na voljo ustreznega informacijskega sistema za vodenje evidenc o pacientih s sladkorno boleznijo. Obstoječe informacijske rešitve ne podpirajo ustrezno dela vseh članov zdravstvenega tima, predvsem medicinskih sester - edukatoric.

Metode: Cilj raziskave je bil identificirati minimalni nabor podatkov, ki je nujno potreben za informatizacijo vodenja evidenc podatkov o pacientih s sladkorno boleznijo, ter izdelava prototipa informacijskega sistema.

V prvi fazi so avtorji s pomočjo pregleda literature podrobneje analizirali stanje na področju informatizacije zdravstva in omenjenega področja v Sloveniji. Z analizo obstoječih dokumentov za evidentiranje edukacij so identificirali elemente minimalnega nabora podatkov, potrebnega za vodenje pacientov s sladkorno boleznijo. Pri tem so se omejili na podatke, ki se nanašajo na obravnavo pacienta in edukacijo. V drugi fazi so s pomočjo vprašalnikov s ključnimi osebami v Sloveniji na področju edukacije pacientov s sladkorno boleznijo v sodelujočih institucijah preverili primernost, razumljivost in uporabnost posameznih elementov ugotovljenega minimalnega nabora podatkov ter jih dopolnili. V tretji fazi so s pomočjo programa Microsoft Access 2010 razvili prototip informacijskega sistema za vodenje podatkov o pacientih s sladkorno boleznijo, katerega osnova je predlagani minimalni nabor podatkov. V zadnji fazi so opravili evalvacijo predlaganega prototipa s pomočjo intervjujev strokovnjakov z omenjenega področja.

Rezultati: Raziskava je pokazala, da imajo ključne osebe v Sloveniji na področju edukacije pacientov s sladkorno boleznijo pozitiven odnos do e-dokumentiranja, zavedajo se potrebe po uvedbi poenotene elektronskega zdravstvenega zapisa za vodenje podatkov o pacientu s sladkorno boleznijo. Menijo, da bo zmanjšal čas dokumentiranja, možnost napak, vplival na boljšo preglednost, edukacijo kot kontinuiran proces in kakovost dela, predvsem pa postal bogata baza podatkov za nadaljnje raziskovalno delo.

Razprava in zaključek: Predlagani prototip predstavlja osnovo za razvoj informacijskega sistema za podporo delu medicinske sestre - edukatorice v Specialistični ambulanti za diabetike. Glede na pozitivne ocene v fazi evalvacije lahko trdimo, da je ključna aktivnost razvoja informacijskega sistema, t.j. opredelitev poslovnih zahtev, zaključena.

Keywords: nurse - educator, documentation, informatisation. 

ABSTRACT

Theoretical foundations: Health information technology is crucial to improve the efficiency and quality of health care. In Slovenia, most of nursing documentation is very outdated and still in paper form. There is no adequate information system for manage the data of patients with diabetes. The exist ingolutions do not provide adequate support to diabetologists and other members of the health care team, espaciall ynurses - educators.

Methods: The goal of this study was to identify the minimum data set, which is necessary for the informatization of the health record for patients with diabetes and development of a information system prototype.

The first phase consisted of the detailed analysis of the situation in this field in Slovenia through literature review. By analyzing existing documents for recording education, a minimum set fo rpatients with diabetes wa sidentified. We have limited data relating to the treatment and education of patients, which is in the domain of nursing. In the second phase questionnaired were sent to key persons in the participating institutions in Slovenia in the field of education of patients with diabetes to check the appropriateness, under standability and usefulness of the elements of the minimum data set of patients with diabetes. In the third phase we developed a information system prototype for managing data of patients with diabetes with a program Microsoft Access 2010, whose based on the proposed minimum data set. In the last phase, we conducted the evaluation of th eproposed prototype through interviews with specialist in the field.

Results: Research has shown that the key persons in Slovenia in the field of education of patients with diabetes have a positive attitude to e-documentation and aware the need to introduce a unified electronic medical records for patients with diabetes. They believe that it will reduce the time of documentation, the possibility of errors, it will affect on the quality of work and education to be a continuous process. In particular it will became a rich database for further research.

Discussion and conclusion: The proposed prototype is the basis for the development of an information system to support the work of nureses in the specialist clinic for diabetes. Based on positive reviews in the evaluation phase can be argued that the key activity of information system development, the definition of business requirements is completed.

UVOD

V Sloveniji je večina dokumentov v zdravstveni negi in oskrbi, namenjena vodenju procesa dela medicinskih sester, zelo zastarela in v papirnati obliki. Podobno stanje je prisotno tudi pri vodenju evidenc o pacientih s sladkorno boleznijo, saj v Sloveniji ni na voljo ustreznega informacijskega sistema, ki bi to področje podpiral. Na področju dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe so informacijske rešitve razvite predvsem za potrebe zdravstvenih ustanov, informacijski sistemi so prilagojeni predvsem za potrebe zdravstvenega zavarovanja in le delno omogočajo pridobivanje zelenih statističnih podatkov (Kadivec in sod., 2011). Pri pregledu razpoložljive literature nismo zasledili vira, ki bi ustrezno definiral minimalni nabor podatkov za vodenje evidenc podatkov o pacientih s sladkorno boleznijo. Prav tako se pri razvoju informacijskih sistemov lahko pojavi nevarnost, da predlagani minimalni nabor podatkov ni primeren za različne zdravstvene ustanove. Namen raziskave je določitev minimalnega nabora podatkov in nato informatizacija omenjenega problema.

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Sladkorna bolezen ali diabetes mellitus je med najpogostejšimi kroničnimi boleznimi, ki v razvitem svetu dobiva epidemične razsežnosti (Medvešček, Pavčič, 2009). Po ocenah ima kar 366 milijonov ljudi na svetu

sladkorno bolezen, od tega jih ima več kot 95% tip 2, in vsakih 10 sekund zaradi njenih posledic nekje na svetu nekdo umre (IDF, 2011).

Edukacija

V Sloveniji zdravstveni tim na sekundarni ravni zdravstvene oskrbe (diabetološki tim) sestavljata zdravnik, ki je posebno usposobljen za delo s pacienti s sladkorno boleznijo, in medicinska sestra - edukatorica z dodatnim znanjem s področja diabetologije, ki se ukvarja z njihovo edukacijo in jo v Sloveniji imenujemo edukator (Medvešček, Pavčič, 2009). Edukacija je pomemben sestavni del oskrbe pacientov s sladkorno boleznijo (Medvešček, Pavčič, 2009). Njen cilj je usposobiti pacienta za dejavno sodelovanje pri zdravljenju svoje bolezni in s tem izboljšati presnovno urejenost ter zmanjšati tveganje za akutne in kronične zaplete sladkorne bolezni (Battelino in sod., 2008). Sladkorno bolezen tipa 2 lahko preprečimo z zdravim načinom življenja (Kerstin Petrič in sod, 2010). Edukacija pacientov s sladkorno boleznijo je učinkovita, saj vsaj kratkoročno izboljšuje klinične rezultate in kakovost življenja (Norrisetal., 2002; Gary etal., 2003, Rendersetal., 2001).

Medicinska sestra - edukatorica svetuje glede: osnov sladkorne bolezni, zdrave prehrane v okviru zdravljenja, zdravega sloga življenja, dejavnikov tveganja za aterosklerozo, akutnih in kroničnih zapletov, zdravljenja z inzulinom, posebno v fazi uvajanja inzulina ali pri okrepitvi inzulinske sheme, samokontrole, izbora merilnika, ravnanja z njim, vodenja dnevnika samokontrole, spoznavanja in izogibanja hipoglikemije, uravnavanja krvnega sladkorja v posebnih okoliščinah in še marsičesa drugega (Medvešček, Pavčič, 2009). V slovenskem nacionalnem programu za obvladovanje sladkorne bolezni je med drugimi naveden izziv okrepiti edukacijo z uporabo informacijske tehnologije (Kerstin Petrič in sod, 2010).

Dokumentiranje edukacij v diabetologiji - stanje v Sloveniji

V Specialističnih ambulantah za diabetike se edukacija dokumentira v »Zdravstveno vzgojni list sladkornega bolnika« (Slika 1). Zdravstveno vzgojni list je bil izdelan leta 1992 in danes ne podpira potreb medicinskih sester edukatoric pri njihovem delu. Gre za zelo zastarel obrazec, kjer so vsebine pomanjkljive, kar pomeni, da je veliko edukacij potrebno ročno napisati in to predstavlja dodaten čas, ki ga medicinske sestre - edukatorke porabijo za dokumentiranje.

Slika1: Zdravstveno vzgojni list sladkornega bolnika (DZS d.d., Obr. 8,62 f.)

Primer rešitve v Nemčiji in na Hrvaškem

Pregled informacijskega sistema CroDiab NET (Sveučilišna klinika za diabetes, 2010), ki se uporablja v vsakdanji klinični praksi in pokriva več kot 50 000 pacientov iz 22 centrov iz vse Hrvaške, kaže, da je

področje beleženja edukacij razmeroma slabo pokrito. DIAMAX je strokovna programska dokumentacija, ki jo uporabljajo v Specialističnih ambulantah za diabetike v Nemčiji (Axaris - software & systems GmbH, 2010), in pomanjkljivo podpira beleženje podatkov o edukacijah.

METODE DELA

Minimalni nabor podatkov, ki je nujno potreben za informatizacijo vodenja evidence podatkov o edukacijah pacientov s sladkorno boleznijo, še ni na voljo. Določitev minimalnega nabora podatkov in nato informatizacija omenjenega problema pa je predpogoj za izvajanje sodobne zdravstvene nege.

Raziskovalna vprašanja so naslednja:

1. Kakšno je stanje na področju informatizacije diabetologije v Sloveniji?
2. Kateri so elementi minimalnega nabora podatkov o pacientih s sladkorno boleznijo v Sloveniji?
3. Katere elemente minimalnega nabora podatkov pacientov s sladkorno boleznijo potrebuje medicinska sestra - edukatorica v Sloveniji za kakovostno opravljanje svojega dela?

V prvi fazi smo s pomočjo pregleda literature podrobneje analizirali stanje na področju informatizacije zdravstva in omenjenega področja v Sloveniji. Z analizo obstoječih dokumentov za evidentiranje edukacij smo identificirali elemente minimalnega nabora podatkov, potrebnega za vodenje pacientov s sladkorno boleznijo. Pri tem smo se omejili na podatke, ki se nanašajo na obravnavo pacienta in edukacijo. V drugi fazi smo s pomočjo vprašalnikov z odgovornimi medicinskimi sestrami v specialističnih ambulantah za diabetike v sodelujočih institucijah v Sloveniji (treh bolnišnicah in dveh zdravstvenih domovih), preverili primernost, razumljivost in uporabnost posameznih elementov ugotovljenega minimalnega nabora podatkov ter jih dopolnili. V tretji fazi smo s pomočjo programa Microsoft Access 2010 razvili prototip informacijskega sistema za vodenje podatkov o pacientih s sladkorno boleznijo, katerega osnova je predlagani minimalni nabor podatkov. V zadnji fazi smo opravili evalvacijo predlaganega prototipa s pomočjo intervjujev strokovnjakov z omenjenega področja.

REZULTATI

Minimalni nabor podatkov

Vodstvenim delavcem na področju edukacije pacientov s sladkorno boleznijo v Sloveniji smo poslali anketo s predlaganim minimalnim naborom podatkov. Vprašali smo jih za mnenje o predlaganem zapisu elementov minimalnega nabora podatkov in dodatnih elementih elektronskega zdravstvenega zapisa. Razpredelnica 1 in 2 prikazujeta minimalni nabor podatkov za vodenje evidence podatkov o pacientih s sladkorno boleznijo, ki smo ga skupaj z anketiranci popravili in dopolnili.

Minimalni nabor podatkov pacientov s sladkorno boleznijo smo razvrstili v štiri skupine, ki smo jih identificirali pri delu medicinskih sester - edukatoric v Specialistični ambulanti za diabetike Koper:

1. zapis o pacientu,
2. zapis o pregledih pacienta s sladkorno boleznijo,
3. zapis o edukacijah,
4. zapis o diabetičnem stopalu.

Minimalni nabor podatkov je predstavljen v magistrski nalogi (Brdar, Žvanut, Štemberger Kolnik, 2013).

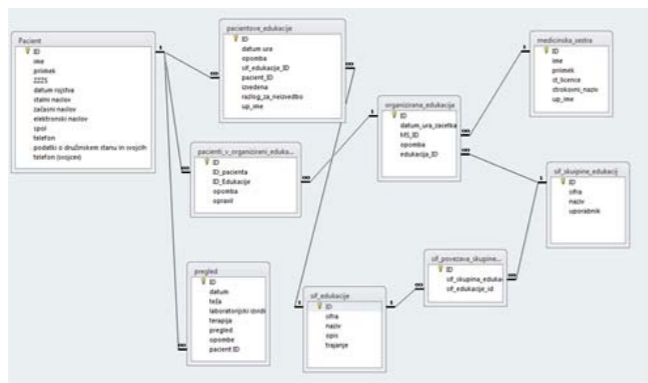
Analiza petih anket medicinskih sester - edukatoric je pokazala, da je večina dokumentacije zdravstvene nege v diabetologiji zelo zastarela in še vedno v papirnati obliki. Analiza odgovorov kaže, da ključne specialistične ambulante za diabetike v Sloveniji nimajo elektronsko podprte evidence edukacij. Razvidno je, da ambulante, ki imajo »formalno« informacijsko podprto e-dokumentiranje edukacij, razpoložljivih

informativskih rešitev ne uporabljajo ali kvečjemu za beleženje ključnih podatkov za vodenje statistike. Slednje kaže na neustreznost uporabljenih informativskih rešitev. Omejitve predstavlja majhen vzorec anketnih vprašalnikov, zaradi tako specifičnega področja, in majhno število centrov za zdravljenje pacientov s sladkorno boleznijo v Sloveniji.

Podatkovni model

Na osnovi minimalnega nabora podatkov smo razvili podatkovni model (Slika 2). V podatkovnem modelu je ključna razpredelnica »Pacient«, kjer se vnašajo ključni podatki o pacientu, ki se nanašajo na področje edukacij. V Tabelo »Medicinska_sestra« so vnesene vse osebe, ki imajo dostop do informacijskega sistema. V omenjeni tabeli se shranjujejo osebni podatki zdravstvenih delavcev ter tudi: strokovni naziv in številka licence. V Tabelo »Pregled« se shranjujejo pregledi pri specialistu za diabetologijo po datumih. Vpisane so vse edukacije, katere se izvajajo v določeni ambulanti. Potrdimo opravljeno edukacijo ter označujemo ime medicinske sestre - edukatorke.

Razpredelnica »Šif_educacije« predstavlja seznam razpoložljivih edukacij (t.j. seznam vsebin), ki se lahko izvedejo večkrat. Slednje se beleži v Tabelo »Pacientove_educacije« - eden ali več pacientov se lahko udeleži edukacije. Več pacientov se lahko udeleži več sklopov edukacij. Slednje so definirane v šifrantu »Šif_Skupine_educacij«. Ena medicinska sestra - edukatorka lahko vodi več sklopov edukacij. Pacient lahko izvede določeno edukacijo večkrat in v več sklopih.



Slika 2: Izdelani podatkovni model v orodju

RAZPRAVA

Cilj prispevka je bil določitev minimalnega nabora podatkov pacienta s sladkorno boleznijo in nato razvoj prototipa informacijskega sistema. S pregledom literature smo ugotovili, da ni minimalnega nabora podatkov za vodenje podatkov o pacientih s sladkorno boleznijo in v Sloveniji ni ustreznega informacijskega sistema. Z raziskavo smo identificirali in preverili minimalni nabor podatkov pacienta s sladkorno boleznijo, ki jih potrebuje medicinska sestra - edukatorka v Sloveniji za kakovostno opravljanje njenega dela.

Analiza anket medicinskih sester - edukatork je pokazala na neustreznost uporabljenih informativskih rešitev za beleženje edukacijskih vsebin. Ker je edukacija pacientov s sladkorno boleznijo učinkovita, saj vsaj kratkoročno izboljšuje klinične rezultate in kakovost življenja (Norrisetal., 2002; Gary etal., 2003; Rendersetal., 2001), menimo, da je to področje potrebno informatizirati.

S pomočjo orodja Microsoft Access 2010 smo razvili prototip informacijskega sistema za vodenje podatkov o pacientih s sladkorno boleznijo, katerega osnova je predlagani minimalni nabor podatkov. Modelirali smo prototip aplikacije, ker informativski sistem poenostavlja potek dela in procesov, dodaja vrednost zaradi lažje obdelave podatkov.

Poleg tega primeren informativski sistem lahko spodbuja medicinske sestre pri uporabi metod, ki temeljijo na znanstvenih dokazih (Fogelberg, Wadensten, 2008). Predlagan informativski sistem ponuja možnost opomnikov in vsi anketiranci se strinjajo, da bi opomniki bili smiselni in bi olajšali delo medicinske sestre - edukatorke pri načrtovanju intervencij zdravstvene nege. Zato je potrebno izdelati ustrezne informativske sisteme, prilagojene uporabnikom.

Pomembna je uporaba poenotene terminologije, da bi se lahko doseglo semantično interoperabilnost (Peric, 1995). Zato smo v katalog edukaciji vključili vsebine iz kurikulumu edukaciji. Dopustili smo možnost, da se vsebine lahko dodajajo in spreminjajo. Če se edukacije beležijo z informativskim sistemom, ki temelji na poenoteni terminologiji, so podatki primerljivi in se lahko uporabijo v raziskovalne namene.

Pričakuje se, da bo nov informativski sistem prihranil čas zaradi hitrejšega vnosa podatkov. Podatki bodo natančnejši ter bomo lahko dobili rezultate dela. Stroški novega informativskega sistema se bodo najverjetneje povrnili s časom, ki bi ga medicinske sestre - edukatorke porabile za ročno vnašanje podatkov. Največji prihranek časa se pridobi z evalviranjem rezultatov, statistiko, poročili. Tako bi z istimi razpoložljivimi viri opravili kvalitetnejše delo v krajšem času. S predlaganim informativskim sistemom bi imeli nadzor nad opravljenimi edukacijami in možnost vpogleda pri neopravljenih ter enostavnejše in kakovostnejše dokumentiranje. Predlagani prototip informativskega sistema je enostaven, pregleden za uporabo in omogoča hitro vnašanje podatkov s čim manj koraki. Podatkovni model, ki smo ga zasnovali, omogoča enostavno pripravo edukacijskih poročil in s tem delo medicinskih sester - edukatork bolj pregledno.

Skladno z razgovori z medicinskimi sestrami - edukatorkami in evalvatorkami lahko trdimo, da bi prototip informativskega sistema, če bi bil razvit v celoti, na primeren način podprl in olajšal edukacijsko delo medicinske sestre - edukatorke v specialistični ambulanti za diabetike z zmanjšanjem časa dokumentiranja in natančnejšimi podatki.

Potrebno bi bilo uvesti poenoten informativski sistem za celotno državo, ne samo v diabetologiji ampak na področju celotnega zdravstvenega sistema. S takšnim ukrepom bi najverjetneje zmanjšali stroške (podvajanje izvidov, preiskav), prihranili bi čas (tako zdravstvenim delavcem kot pacientom) in zdravniki ter medicinske sestre bi imeli več podatkov o pacientu, kar bi vplivalo na kakovostnejšo obravnavo pacienta.

Medicinske sestre morajo igrati pomembno vlogo pri razvoju in oblikovanju informativskega sistema, od opredelitve poslovnih zahtev do iskanja načinov, kako klinično strokovno znanje vključiti v sistem. Sodobno zdravstvo preprosto ne more več brez informativske tehnologije. Razvoj informativskega sistema ne more biti v celoti prepuščen strokovnjakom, ki se ne spoznajo na zdravstvo. Glede na to, da je v zdravstvu zaposlenih največ medicinskih sester (39%), morajo slednje imeti pomembno vlogo pri oblikovanju informativskih sistemov in uporabiti vse možnosti, ki jih omogoča informativska tehnologija (Priatelj, 2005).

ZAKLJUČEK

Slovenske medicinske sestre - edukatorke, ki se ukvarjajo z edukacijo pacientov s sladkorno boleznijo, so pokazale pozitiven odnos do elektronskih zdravstvenih zapisov, vidijo prednosti in se strinjajo z uvedbo dodatnih funkcionalnosti (poročila o izvedenih edukacijah, opomniki, shranjevanje meritev krvnega sladkorja). Menijo, da bo elektronski zdravstveni zapis zmanjšal čas dokumentiranja, možnost napak in vplival na boljšo preglednost dokumentacije.

Prav tako pa so v fazi evalvacije pokazale izrazito naklonjenost predlaganemu prototipu rešitve, ki omogoča poenotenje podatkov o edukaciji pacienta s sladkorno boleznijo in s tem njegovo kakovostnejšo obravnavo.

Pričujoča raziskava je poleg predlaganega minimalnega nabora podatkov in izdelanega prototipa pokazala, da morajo medicinske sestre imeti ključno nalogo pri razvoju elektronskih zdravstvenih zapisov in



informativskih sistemov v zdravstvu. Pri snovanju kakovostnega zdravstvenega informacijskega sistema je potrebno upoštevati tudi podatke za dokumentiranje zdravstvene nege in zahteve medicinskih sester pri razvoju elektronskih zdravstvenih zapisov, ker večino dokumentacije o pacientu (v Specialistični ambulanti za diabetike) dokumentira medicinska sestra - edukatorka.

Evalvacija prototipa informacijskega sistema je pokazala, da je primerno zasnovan in kot tak tudi uporaben. Glede na zapisano je faza opredelitev poslovnih zahtev kot ključna aktivnost razvoja informacijskega sistema končana. Sledi še razvoj informacijskega sistema, ki temelji na testiranju v specialistični ambulanti za diabetike, dopolnitvah s strani avtorja in plasiranju.

LITERATURA

Axaris software & systeme gmbh. [DPV2] DIAMAX: Diabetes dokumentation.

<http://axaris.de/joomla/index.php/software-fuer-das-gesundheitswesen/diamax<7.7.2012>>.

Brdar A, Žvanut B, Štemberger Kolnik T. Elektronski zdravstveni zapis pacienta s sladkorno boleznijo: razvoj prototipa informacijskega sistema. Magistrska naloga. Izola: Fakulteta za vede o zdravju, 2013: 31–34.

Battelino T, Blinc A, Globočnik Petrovič M, Janež A, Lejko Zupanc T, Medvešček M, in sod. Slovenske smernice za zdravstveno oskrbo Bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, 2008: 7–10.

Fogelberg DM, Wadensten B. Nurses' experience and opinions about using standardised care plans in electronic health records: a questionnaire study. JCN 2008; 17(16): 2137–45.

Gary TL, Genkinger JM, Guallar E, Peyrot M, Brancati FL. Meta-analysis of randomized educational and behavioral interventions in type 2 diabetes. Diabetes Educator 2003; 29(3): 488–501.

International Diabetes Federation (2011). IDF Diabetes Atlas.

<http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/foreword<4.6.2012>>.

Kadivec S, Bregar B, Buček Hajdarevič I, Černivec J, Horvat M, Klemenc D, in sod. Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2011: 27–9.

Kerstin Petrič V, Zaletel Vrtovec J, Medvešček M, Piletič M, Tomažič M, Bulc M in sod. Nacionalni program za obvladovanje sladkorne bolezni: strategija razvoja 2010-2020. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2010: 21–60.

Medvešček M, Pavčič M. Sladkorna bolezen tipa 2: kako jo obvladovati in živeti z njo: sto receptov za zdravo prehrano. Ljubljana: Litterapicta, 2009: 79–82.

Norris SL, Lau J, Smith SJ, Schmid CH, Engelgau MM. Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis on the effect on glycemic control. Diabetes Care 2002; 25(7): 1159–71.

Peric HK. Dokumentiranje v zdravstveni negi - ali je res potrebno. Obzor Zdr N 1995; 29(5): 167-70.

Prijatelj V. Priložnosti in ovire pri elektronskem zbiranju podatkov zdravstvene nege. Obzor Zdr N 2005; 39 (3): 175–9.

Renders CM, Valk GD, Griffin SJ, Wagner EH, Eijk J, Assendelft W. Interventions to improve the management of diabetes in primary care, outpatient, and community settings: a systematic review. Diabetes Care 2001; 24(10): 1821–33.

Sveučilišna klinika Vuk Vrhovac. Cro Diab Net. <http://www.idb.hr/crodiabnet.htm<7.7.2012>>.

124E

OBLIKOVANJE MODELA ELEKTRONSKEGA ZAPISA ZDRAVSTVENE NEGE

BUILDING A MODEL OF ELECTRONIC NURSING CARE RECORDS

Cvetka Krel, dipl. m. s

Jožefa Tomažič, viš. med. ses., univ. dipl. org

Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za interno medicino

zsl. prof. dr. Vladislav Rajkovič

Fakulteta za organizacijske vede

doc. dr. Ana Habjanič, univ. dipl. org.

Fakulteta za zdravstvene vede

Peter Benedik, univ. dipl. org. inf.

SRC Infonet d.o.o.

cvetka.krel@ukc-mb.si

Ključne besede: dokumentiranje ZN, elektronski zapis ZN, informatika

IZVLEČEK

Izhodišča: Pacient predstavlja središče obravnave medicinskih sester. Zdravstvena nega (ZN) pri pacientu mora biti strokovno izvedena ter ustrezno dokumentirana, da zagotovimo varnost pacientom in varstvo pacientovih podatkov. Ustrezno dokumentiranje zagotavlja zaščito dela izvajalcev zdravstvenih storitev. Temelj elektronskega zapisa ZN je enotna terminologija, standardi ZN, dosegljiva informacijska tehnologija in obstoječa zakonodaja. Zaradi pomanjkljivosti na omenjenih področjih v Sloveniji še vedno nimamo elektronskega zapisa ZN. Namen prispevka je analizirati dokumentiranje ZN v papirni in elektronski obliki. Analiziran bo oblikovan model elektronskega zapisa ZN in podane ugotovitve po testiranju v kliničnem okolju. Ustrezno oblikovan model elektronskega zapisa bi v praksi omogočal ustrezno zbiranje in obdelavo podatkov ZN in obravnavo pacienta po procesni metodi dela.

Metode: Raziskava temelji na analizi obstoječe dokumentacije ZN v papirni obliki in oblikovanega modela elektronskega zapisa ZN. Testiranje modela elektronskega zapisa ZN smo izvajali maja 2012. Raziskava je vključevala 20 pacientov z Oddelka za nefrologijo v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor. Prototipna rešitev informacijskega sistema je bila nameščena na dva stacionarna računalnika (v delovnem prostoru) in na tablični računalnik. Šest diplomiranih medicinskih sester je vnašalo podatke neposredno pri pacientu ali pa kasneje v delovnem prostoru. Primerjale so prednosti in slabosti obeh načinov zbiranja in vnašanja podatkov.

Rezultati: Prototipna rešitev modela elektronskega zapisa ZN zagotavlja obravnavo pacienta po vseh fazah procesa ZN, vključuje tudi dokumentiranje venskih dostopov, punkcij in vitalnih znakov na eni vstopni točki - na zaslonskem oknu mobilne naprave, kar omogoča hiter dostop do informacij, kar pa je v papirni dokumentaciji razdrobljeno na različnih obrazcih (spremljanje intravenoznih kanalov, profil krvnega tlaka, temperaturni list...). Z analizo izdelanega modela elektronskega zapisa ZN in obstoječe dokumentacije v

papirni obliki smo ugotovili, da so medicinske sestre v elektronskem zapisu bolj celostno dokumentirajo zdravstveno nego. Rezultati testiranja so povzeti v obliki zapaženih prednosti, pomanjkljivosti, priložnosti in nevarnosti, tj. v obliki analize **SWOT** (ang. Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats).

Diskusija in zaključki: Raziskava pripomore k lastni oceni obstoječega dokumentiranja ZN in oceni oblikovanega modela elektronskega zapisa ZN ter oceni testiranja v klinični praksi. Vsekakor je namen elektronskega zapisa ZN strokovno ustrezno dokumentiranje ZN, ki zagotavlja varnost pacientom, varstvo pacientovih podatkov in zaščito opravljenega dela izvajalcev zdravstvenih storitev. Z dokumentiranjem in finančnim ovrednotenjem vseh posegov in postopkov ZN bi tako lahko tudi prikazali finančni delež opravljenega dela izvajalcev negovalnega tima v obravnavi pacienta.

Key words: nursing care documentation, nursing care electronic record, informatics

ABSTRACT

Background: The patient represents the central subject of treatment performed by a nurse. Nursing care of a patient must be performed professionally and suitably documented to ensure patient security and safety of patient's data. Suitable documentation ensures protection of work performed by the health care service providers. The basis of a nursing care electronic record lies in a unified terminology, standards of nursing care, accessible information technology and existing legislation. Due to deficiencies in aforementioned areas we still do not have the nursing care electronic record established in Slovenia. The purpose of the article is to analyze the documentation of nursing care in paper and electronic form. The model of nursing care electronic record will be analyzed, and later on the results of testing in clinical environment will be presented. Suitably shaped model of electronic record could in practice enable suitable collection and processing of nursing care data, as well as patient's treatment according to a process method of work.

Methods: The research is based on the analysis of the existing documentation of nursing care in paper form and the proportioned model of a nursing care electronic record. Testing of the electronic nursing care record model was performed in May 2012. Twenty patients in the Department of Nephrology at University Medical Centre Maribor were involved in the research. The prototype solution of the information system was installed on two stationary computers (in the work area) and on a tablet computer. Six nurses were entering the data on the spot or later in their work space. They have compared advantages and disadvantages of both types of data collection and entering of data.

Results: The prototype solution of the electronic nursing care record ensures treatment of a patient according to all process phases of nursing care, it includes documentation of venous access, punctures and vital signs at a single access point – in a window of a program on mobile device, which enables quick access to information, that can be in paper documentation found on different paper forms (monitoring of intravenous drips, blood pressure profile, temperature sheet,...). With the analysis of the proportioned model of electronic nursing care record and existing documentation in paper form, we came to a conclusion, that nurses document the nursing care more comprehensively. The results of testing are given in the form of observed strengths, weaknesses, opportunities and threats, i.e. in the form of SWOT analysis.

Discussion and Conclusions: The research contributes to self-evaluation of the existing nursing care documentation, and helps at evaluation of both the proportioned model of electronic record of nursing care and its testing in clinical practice. The aim of the nursing care electronic record is a professional and suitable documentation of nursing care that ensures patient security and safety of patient's data and protection of work done by the health care service providers. By documentation and financial evaluation of all the procedures in nursing care, we could present the financial share of the work done by the members of nursing care team involved in patient's treatment.

UVOD

Analiza raziskav elektronskega dokumentiranja zdravstvene nege (ZN) potrjuje, da je elektronski zapis dokumentiranja zdravstvene obravnave pacienta ustrežnejši od papirne oblike dokumentiranja (Choi et al., 2004; Kim et al., 2011). Papirna oblika dokumentacije se lahko izgubi ali uniči in lahko vsebuje veliko človeških napak zaradi pomanjkljivega dokumentiranja ter nečitljivosti. Elektronski zdravstveni zapisi so stroškovno učinkoviti, ker so manjši stroški tiskanja. Pomanjkljivost pri elektronskem dokumentiranju nastaja zaradi tehničnih težav in je takrat onemogočen vpogled v elektronsko zdravstveno dokumentacijo. Težava je tudi pri uporabi računalnikov, ker se starejši zaposleni težje prilagajajo računalniški tehnologiji, v primerjavi z mlajšimi sodelavci. Dokumentacija v papirni obliki je običajno enostavnejša za zaposlene, v primerjavi z elektronskimi zapisi, za katera so potrebna dodatna znanja iz računalništva (Ammenwerth et al., 2011).

Večina slovenskih zdravstvenih institucij še nima ustreznega elektronskega zapisa ZN, kateri bi zagotavljal dokumentiranje ZN po procesni metodi dela (Priatelj, 2012). Podatki, ki se elektronsko zbirajo pri obravnavi v zdravstvenih institucijah, se nanašajo na medicinske diagnoze in posege oziroma postopke, ne pa tudi udeležbo drugih zdravstvenih profilov. Storitve medicinskih sester se le delno evidentirajo in zato niso ustrezno ovrednotene. Podatki o zdravstveni negi se večinoma beležijo v papirni in ne v elektronski obliki (Priatelj, 2005). V zadnjem desetletju se veliko piše o elektronskem zapisu zdravstvenih podatkov, o elektronskem zdravstvenem kartonu, o enotnem elektronskem zapisu zdravljenja. To je tudi eden od ciljev zdravstvene reforme, ki poteka v Sloveniji (Kelc, Dinevski, 2010). Dosedanje izkušnje v drugih evropskih državah ali v svetu in dogajanje na področju zdravstvene reforme v Sloveniji kažejo, da je to težko dosegljiv cilj, predvsem zaradi pomanjkanja enotne dokumentacije, standardov, nepripravljenosti na sprejem nove tehnologije in deficita v finančnih resursih (Priatelj et al., 2011).

Namen

Namen raziskave je bil oblikovanje modela elektronskega zapisa ZN, ga testirati v klinični praksi ter ugotoviti prednosti in slabosti dokumentiranja ZN v papirni in elektronski obliki. Raziskovalno vprašanje in hipoteza sta postavljena skladno z namenom raziskave.

Raziskovalno vprašanje: Kakšne prednost in slabosti se pojavljajo pri uporabi modela elektronskega zapisa v zdravstveni negi?

Hipoteza: Medicinske sestre bolj celostno dokumentirajo zdravstveno nego z elektronskim zapisom kot medicinske sestre, ki uporabljajo način dokumentiranja v papirni obliki.

METODE

Izdelali smo model elektronskega zapisa ZN. V prvi fazi smo zbrali in oblikovali podatke za izdelavo modela elektronskega zapisa, potem smo izdelali prototipno rešitev in jo preizkusili v praksi. Raziskava je vključevala 20 pacientov iz Oddelka za nefrologijo, ki so bili seznanjeni z namenom raziskave. Testiranje modela elektronskega zapisa ZN je bilo izvedeno maja 2012, skladno s pridobljenim dovoljenjem v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor, kjer se je izvajala raziskava. Za oblikovanje podatkov elektronskega zapisa ZN nam je bila v pomoč obstoječa literatura ZN (Diers, 2001; Gordon, 2006; Hajdinjak, Meglič, 2006; Malovrh, 2004; Ogorevc, 2011; Skinder Savić, Kalender Smajlovič, Selan, 2010). Prototipna rešitev elektronskega zapisa je bila nameščena na dva stacionarna računalnika (v delovnem prostoru) in na enem tabličnem računalniku. Medicinske sestre so vnašale podatke neposredno pri pacientu ali pa kasneje v delovnem prostoru in tako primerjale prednosti in slabosti obeh načinov zbiranja in vnašanja podatkov. Diplomirane medicinske sestre so vnašale naslednje podatke: ob sprejemu pacienta – negovalno anamnezo, vsak dan so spremljale in dokumentirale psihofizično stanje pacienta in podatke

povezale z načrtom ZN. Elektronski zapis ZN je medicinski sestri omogočal tudi vnos in spremljanje venskih dostopov, vitalnih funkcij, bolečine, laboratorijskih preiskav, punkcij ter razne druge podatke. V zaključnem delu je sledilo ovrednotenje in kritična analiza modela elektronskega zapisa ZN, katerega smo primerjali z obstoječim dokumentiranjem ZN v papirni obliki. Podali smo končne ugotovitve ter predloge za izboljšave in morebitne izzive.

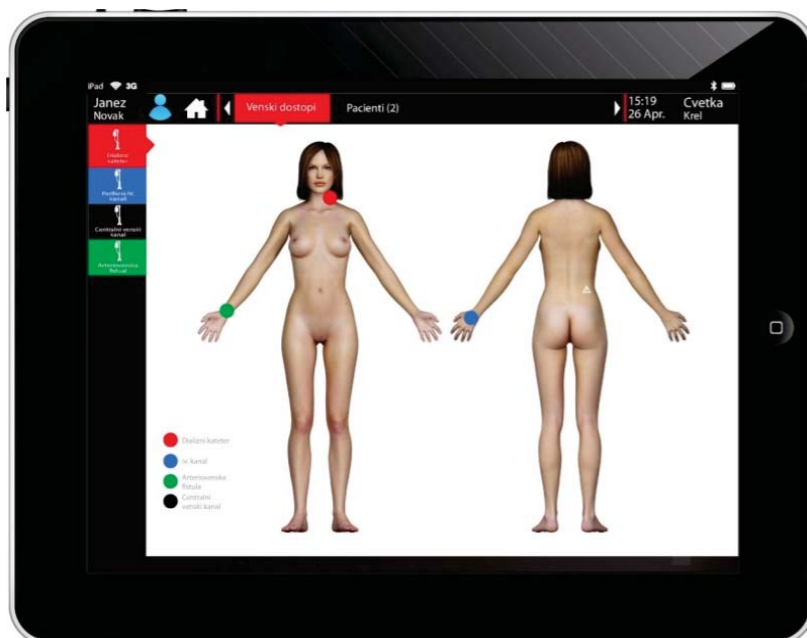
REZULTATI

Oblikovali smo zaslonska okna za prenosne mobilne naprave (tablične računalnike).



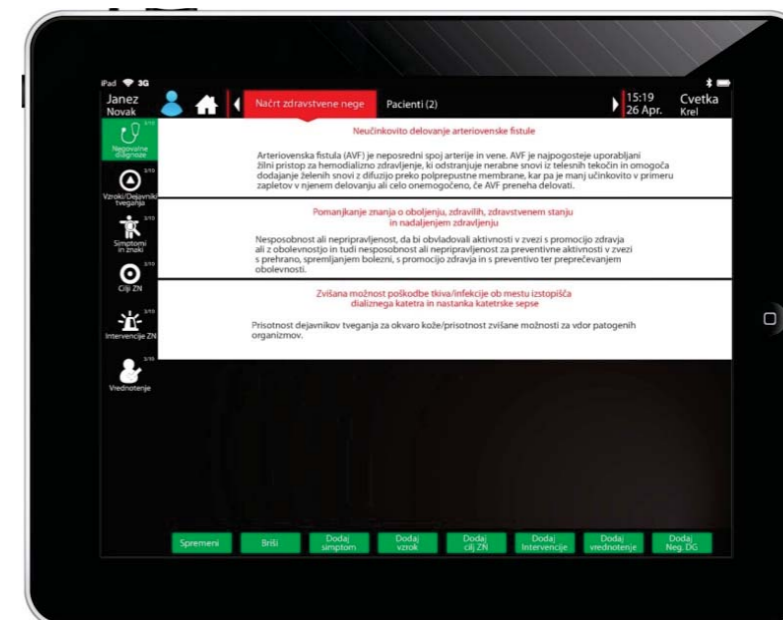
Slika 1: Osnovni meni zaslonskega okna (Vir: Krel, 2013)

Osnovni meni je razdeljen na levi in desni del. Na levi strani imamo podatke o sprejemu pacienta, na sredini so naslednji meniji: psihofizično stanje pacienta-sprejem, psihofizično stanje-bolnišnična dnevna obravnava, načrt ZN, vitalne funkcije, venski dostopi, punkcije in razno. Iz predstavljenih menijev s klikom odpiramo naslednja okna, ki nam omogočajo vnos podatkov pri obravnavi pacienta.



Slika 2: Venski dostopi (Vir: Krel, 2013)

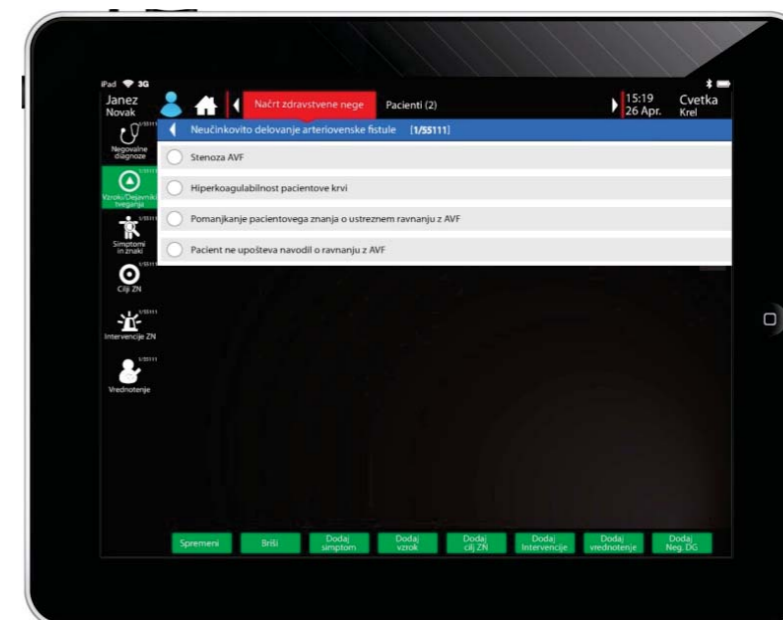
V tem oknu imamo možnost, da na pacientu označimo mesta, kjer ima vstavljen dializni kateter, periferne intravenozne kanale, arteriovensko fistulo in druge centralne venske kanale.



Slika 3: Negovalne diagnoze (Vir: Krel, 2013)

Model elektronskega zapisa ZN nam je omogočal dokumentiranje ZN po procesni metodi dela. Oblikovali smo tri negovalne diagnoze in jih testirali v kliničnem okolju:

- neučinkovito delovanje arteriovenske fistule,
- pomanjkanje znanja o obolenju, zdravlilih, zdravstvenem stanju in nadaljnjem zdravljenju,
- zvišana možnost poškodbe tkiva/infekcije ob mestu izstopišča dializnega katetra in nastanka katetrse seapse.



Slika 4: Vzroki in dejavniki tveganja (Vir: Krel, 2013)

Slika prikazuje možne vzroke in dejavnike tveganja pri negovalni diagnozi - Neučinkovito delovanje arteriovenske fistule.

RAZPRAVA

Z analizo obstoječe dokumentacije v papirni obliki smo ugotovili, da le ta omogoča dokumentiranje izvedenih posegov in postopkov ZN z načinom potrjevanja v že oblikovani mreži. Medicinske sestre ne dokumentirajo ZN po procesni metodi dela, ker obrazec ni ustrezno oblikovan in ni dovolj prostora za zapis posebnosti pri obravnavi pacienta. Vse posebnosti glede izvedenih posegov in postopkov ZN ponovno dokumentirajo na obrazec Negovalno poročilo ZN, kar predstavlja podvajanje dokumentiranja in kjer je zajeta velikokrat le subjektivna ocena medicinske sestre, niso pa zapisani pomembni podatki o pacientovi obravnavi. Model elektronskega zapisa ZN zagotavlja obravnavo pacienta v vseh fazah procesa ZN, vključuje tudi dokumentiranje venskih dostopov, punkcij in vitalnih znakov na eni vstopni točki - na zaslonem oknu mobilne naprave, kar omogoča hiter dostop do informacij, kar pa je v papirni dokumentaciji razdrobljeno na različnih obrazcih (spremljanje intravenoznih kanalov, profil krvnega tlaka, temperaturni list...). Z analizo obeh načinov dokumentiranja smo ugotovili, da medicinske sestre bolj celostno dokumentirajo zdravstveno nego. Rezultati testiranja so povzeti v obliki zapaženih prednosti, pomanjkljivosti, priložnosti in nevarnosti, tj. v obliki analize **SWOT** (ang. Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats).

Prednosti:

- vnos podatkov neposredno ob pacientovi postelji,
- enostaven in hiter dostop do informacij o pacientu, analiza in podpora pri odločanju,
- obravnavo pacienta po procesni metodi dela,
- racionalizacija dela,
- preprečujemo izgubo podatkov med zdravstveno oskrbo,
- povezovanje razpršenih podatkov iz različnih obstoječih obrazcev,
- ni podvajanja dokumentiranja ZN,
- pri ponovni hospitalizaciji ne bi bilo potrebno iskati dokumentacije v centralnem arhivu.

Slabosti:

- rešitev zajema ozek nabor podatkov glede na značilnost obravnave nefrološkega pacienta in poskusno zajema le oblikovanje in testiranje treh negovalnih diagnoz,
- zajema le podatke, ki se nanašajo na zdravstveno nego in ne zajema obravnave ostalih izvajalcev zdravstvenega tima,
- aplikacija ne omogoča, da bi podatke natisnili na papir,
- ni povezave z bolnišničnim informacijskim sistemom.

Priložnosti:

- rešitev je dobra osnova za nadaljnji razvoj e - dokumentiranja ZN.

Nevarnosti:

- previsoki stroški za uvedbo programske rešitve (informacijsko komunikacijske tehnologije),
- preveč posvečanja dela računalniku namesto pacientu,
- odpor izvajalcev ZN, predvsem starejših medicinskih sester, ki nimajo računalniškega znanja,
- zmanjšanje strokovne pozornosti in kritičnega razmišljanja.

ZAKLJUČEK

V Sloveniji zdravstvene ustanove nimajo enotne dokumentacije ZN, kar predstavlja temelj za oblikovanje elektronskega zapisa in mora biti v kratkem cilj realizacije medicinskim sestram in zdravstvenim ustanovam. Potrebno je oblikovati enotni elektronski zdravstveni zapis celotne obravnave pacienta, vseh izvajalcev v procesu zdravljenja, od sprejema do odpusta in se povezati z ostalimi zdravstvenimi ustanovami, ki obravnavajo pacienta po končanem zdravljenju v bolnišnici. Za ovrednotenje dela medicinskih sester je pomembno, da je dokumentiran vsak poseg in postopek ZN. Z ustreznim elektronskim dokumentiranjem dela je mogoče zagotoviti varnost pacientom ter varstvo njihovih podatkov. Izvajalcem zdravstvenih storitev pa zagotavlja zaščito opravljenega dela in omogoča, da se posege in postopke finančno ovrednoti ter opredeli tudi finančni delež pri obravnavi pacienta, ki je bil izveden s strani negovalnega tima.

LITERATURA

- Ammenwerth E, Rauchegger F, Ehlers F, Hirsch B, & Schaubmayr C. Effect of a nursing information system on the quality of information processing in nursing: An evaluation study. *International Journal of Medical Informatics*. 2011;80 (1): 25-38.
- Choi J, Chun J, Lee K, Lee S, Shin D, Sookyoung H, et al. MobileNurse: hand-held information system for point of nursing care, South Korea. *Comput Methods Programs Biomed*. 2004;74(3):245-54.
- Diers D. What Is Nursing? In: McCloskey Dochterman J, Keeedy GH, eds. *Current Issues in Nursing*. Missouri: Mosby; 2001: 5-13.
- Gordon M. Negovalne diagnoze - priročnik. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego; 2006: 201-02.
- Hajdinjak G, Meglič R. Sodobna ZN. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2006: 61-141.
- Kelc R, Dinevski D. Koncept digitalizacije temperaturnega lista v informatizirani bolnišnici *Informatica Medica Slovenica* 2010; 15: 31-2.
- Kim H, Dykes PC, Thomas D, Winfield LA, Rocha RA. A closer look at nursing documentation on paper forms: preparation for computerizing a nursing documentation system. *Computers in Biology and Medicine*. 2011;51(4):182-9.
- Krel C. Modeliranje znanja zdravstvene nege za potrebe e-dokumentacije: magistrsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2013: 70-9.
- Malovrh M. Kronična ledvična odpoved. In: Buturovič Ponikvar J, Ponikvar R, eds. *Dializno zdravljenje*. Ljubljana: Klinični center, Interna klinika, Klinični oddelek za nefrologijo; 2004:23-35.
- Ogorevc D. ZN pacienta z akutno ledvično odpovedjo. In: Rep M, Rabuza B, eds. *Zbornik ZN v nefrologiji, dializi in transplantaciji*, Rogaška Slatina, 1.-2. april 2011. Celje: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2011: 63-71
- Prijatelj V. Organizacijsko informacijski model preprečevanja napak v procesu ZN: doktorska disertacija Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede; 2012: 55-78.
- Prijatelj V. Priložnosti in ovire pri elektronskem zbiranju podatkov ZN. *Obzor Zdr N*. 2005;39 (3): 175-179. Dostopno na: http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=ae82d7e2-5738-40f0-b36b-b5f3c1df6a69 (22. 2. 2013).
- Prijatelj V, Dornik E, Rajkovič U, Žvanut B. Razvoj informatike v zdravstveni negi v Sloveniji. In: Dornik E, Prijatelj V, eds. *Zbornik predavanj ob deseti obletnici delovanja Sekcije za informatiko v zdravstveni negi*. Podčetrtek, 17.-18. November 2011. Ljubljana: Slovensko društvo za medicinsko informatiko, Sekcija za informatiko v zdravstveni negi; 2011: 10-23.
- Skinder Savič K, Kalender Smajlovič S, Selan N. Merjenje, nadzor, dokumentiranje vitalnih in drugih pomembnih znakov za oceno pacientovega stanja. In: Skela Savič B, Kaučič M, Filej B, K. Skinder Savič K, Mežik Veber M, Romih K, eds. *Teoretične in praktične osnove ZN*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010: 132-178.



MEDOSEBNI ODNOSI V NEGOVALNEM TIMU



POSLEDICE SINDROMA IZGORELOSTI V ZDRAVSTVENI NEGI

CONSEQUENCES OF BURNOUT SYNDROME IN NURSING

Helena Kristina Halbwachs, viš. med. ses., univ. dipl. org.

Sinnergy e.U. , Mühlgasse 2, 2540 Bad Vöslau, Avstrija

Ključne besede: nezadovoljstvo, izgorelost, zdravstvena nega, posledice, kakovost zdravstvene nege

IZVLEČEK

Sindrom izgorelosti v zdravstveni negi je pojav, na katerega moramo biti pozorni, saj spada poklic medicinske sestre med poklice z visoko stopnjo ogroženosti za nastanek tega pojava. Namen članka je opozoriti na izgorelost, na njene vzroke ter pogostnost, in ugotoviti, kakšne posledice ima ta pojav predvsem na kakovost zdravstvene nege. Pregled literature na tem področju nedvomno kaže, da so posledice izgorelosti mnogoplastne, saj prizadanejo tako posameznika, njegovo družino, njegovo delovno in socialno okolje ter kakovost zdravstvene nege. Članek navaja številne posledice, ki jih občuti pacient, od manj resnih, kot so npr. nezadovoljstvo pacienta, do najhujših posledic, ki zajemajo celo povečano umrljivost pacientov. Pomembno je, da se teh posledic zavedamo in ukrepamo v smislu lajšanja stresa in preprečevanja izgorelosti.

Key words: dissatisfaction, burnout, nursing, consequences, quality of nursing

ABSTRACT

Nursing profession belongs to professions with high risk of developing burnout syndrome, therefore we need to pay close attention to this phenomenon. The purpose of this article is to focus attention on burnout, its causes and frequency and to list its consequences, especially the impact on the quality of nursing, by reviewing the relevant literature. The results show that the burnout impacts not only the person itself, but also his/her family, work and social environment as well as the quality of nursing. The article lists many consequences, felt by the patient, from less serious, like patient dissatisfaction, to most serious consequences, including even the increased mortality. It is very important to be aware of these consequences and to act in the direction of stress management and burnout prevention.

UVOD

Medicinske sestre se v svojem poklicu nenehno srečujejo s specifičnimi čustvenimi, psihičnimi in fizičnimi napori, saj praktično vsak dan preživijo med ljudmi, ki potrebujejo njihovo pomoč - med bolnimi, trpečimi, zaskrbljenimi., ter med sodelavci in sodelavkami v več ali manj strogem hierarhičnem sistemu. Menzies je že leta 1960 identificiral osnovne vire stresa v zdravstveni negi: skrb za bolnike, odločanje, odgovornost in spremembe (Menzies, 1960). To znanje se je tekom let poglobilo ter vodilo do spoznanja, da spada poklic medicinske sestre med poklice z visoko stopnjo ogroženosti za nastanek sindroma izgorelosti ter da je v tej poklicni skupini prevalenca sindroma izgorelosti tudi do 4x višja kot pri normalni populaciji (Business Doctors, 2006) ter tudi višja kot pri mnogih ostalih poklicih v zdravstvu (Aiken et al, 2001).

Posledice sindroma izgorelosti so večplastne in prizadanejo tako dotično osebo in njeno družino, kot tudi sodelavce, stranke (v primeru medicinskih sester paciente), in nenazadnje celotno družbo (Maslach, Leiter, 1997).

Pričujoči članek želi s pregledom literature podati odgovor na vprašanje, ali je izgorelost resen problem v zdravstveni negi, kakšne so posledice tega pojava oz. kako vpliva izgorelost na kakovost zdravstvene nege, in s tem prispevati k izboljšanju ozaveščenosti te zelo aktualne problematike. Literatura je bila pridobljena z večletnim zbiranjem člankov in drugih del s področja stresa in izgorelosti v zdravstveni negi, pa tudi med splošno populacijo. Nekateri navedeni viri so del študijskega gradiva dvosemestrskega študija preprečevanja stresa in managementa izgorelosti na dunajskem BF Institutu (Berufsförderung Insitut), večina pa je bila pridobljena bodisi preko knjižnične izposoje, bodisi preko spleta, predvsem preko podatkovne baze Pub Med (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>) s ključnimi besedami: zdravstvena nega, izgorelost, posledice.

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Primarni viri stresa in nezadovoljstva v zdravstveni negi

Poklic medicinske sestre je po mnenju avtorice tega članka eden najlepših poklicev, kar jih obstaja. Kljub temu, da prinaša s seboj veliko lepega in pozitivnega, pa se je pri vsakdanjem delu potrebno soočiti z mnogimi negativnimi občutki.

Izjemno obsežna raziskava Ameriške zveze medicinskih sester je pokazala, da so najpogostejši občutki medicinskih sester ob zaključku delovnega dne sledeči:

splošna izčrpanost in nemoč (50%), žalost, ker se bolnikom ne da še bolj pomagati (44%), nemoč vpliva na spremembe, ki bi bile potrebne za bolj varno, kakovostno zdravstveno nego (40%), strah, kaj bo z bolniki (26%) (American Nurses Association, 2002).

Po teoriji in izsledkih Maslachove in Leiterja (1997) sta stres na delovnem mestu in sindrom izgorelosti neposredna posledica nezadovoljstva v službi. Kot primarne vire nezadovoljstva v službi navajata naslednje faktorje:

- preveliko delovno obremenitev oz. previsoko zahtevnost dela (npr. zaradi premalo osebja, neadekvatne razporeditve osebja),
- pomanjkljivo kontrolo nad situacijo (premajhna možnost odločanja oz. vpliva na odločitve, ki se tičejo zdravstvene nege, profili drugih poklicev odločajo o zdravstveni negi),
- nezadostno priznanje (nezadostno denarno nadomestilo, nezadostno priznanje ob uspehih zdravljenja, premajhne možnosti napredovanja, premalo pozitivnih povratnih informacij),
- pomanjkanje podpore iz delovnega okolja (nerazumevanje nadrejenih za težave zdravstvene nege, pomanjkanje kolegične podpore, stroga hierarhija),
- občutek, da se dogajajo krivice, nepoštenosti, nespoštovanje,
- konflikt osnovnih vrednot (npr. bolnik bi moral biti po vrednotah zaposlenega na prvem mestu, vendar v praksi ni tako).

Številne raziskave potrjujejo izsledke Maslachove in Leiterja (1997), kot npr.:

- Preveliko delovno obremenitev zaradi premalo osebja navajata kot najbolj pogost vir stresa in izgorelosti dve obsežni raziskavi (Lapagne, Hughes, 2007, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations, 2002).
- Pomanjkanje kontrole nad situacijo: Raziskava, opravljena med 1200 medicinskimi sestrami, je pokazala tudi, da se 40% medicinskih sester počuti nemočno vplivati na spremembe, ki bi bile potrebne za zagotavljanje bolj varne in bolj kakovostne zdravstvene nege. Eden najpomembnejših virov stresa za te

medicinske sestre predstavlja dejstvo, da profili izven zdravstvene nege odločajo o delu medicinske sestre (Lapagne, Hughes, 2007).

- Nezadostno priznanje: Priznanje pomeni priznavanje deleža pri rezultatih, primerno plačilo in možnost napredovanja. Aiken et al (2002) ugotavljajo, da je pri medicinskih sestrah nezadovoljstvo s plačilom in občutek, da njihov delež pri oskrbi pacienta ni zadostno priznan, nižji kot pri ostalih poklicih v zdravstvu. 48% medicinskih sester je v tej raziskavi poročalo o nezadovoljstvu zaradi premajhnega priznanja in več kot dve tretjini o nezadovoljstvu zaradi nezmožnosti napredovanja.
- Nespoštljiv odnos, krivice, slaba kolegičnost: V slovenskem prostoru je bila zelo odmevna raziskava o nasilju na delovnih mestih medicinskih sester iz leta 1999. Prikazala je, da je dobrih 72% medicinskih sester že doživelo nasilje na delovnem mestu, bodisi verbalno, fizično, psihično, telesno, ekonomsko ali spolno (Klemenc, Pahor et al, 1999). Ameriška raziskava, ki se je ukvarjala le z neprimernim vedenjem zdravnikov do medicinskih sester, je jasno pokazala, da tovrstne izkušnje močno načnejo delovno moralo medicinskih sester, vodijo v povečano nezadovoljstvo v službi ter v izgorelost. Po njihovih podatkih je bilo že 92,3 % medicinskih sester priča neprimernemu vedenju zdravnikov, kljub temu, da so ocenile, da se le okoli 3% zdravnikov obnaša neprimerno oz. je verbalno, psihično, fizično ali spolno nasilnih. (Rosenstein, 2002). Slovenska raziskava na področju psihiatrične zdravstvene nege je prav tako prikazala, da so odnosi najpomembnejši dejavnik stresa (Peterka Novak et al, 2010).

V obsežni avstrijski raziskavi (Business Doctors, 2006) je bilo ugotovljeno, da je največji faktor za povišano ogroženost nastanka sindroma izgorelosti delovni čas medicinskih sester. Ogroženost je namreč precej večja pri polno zaposlenih medicinskih sestrah, kot pri medicinskih sestrah, ki so zaposlene za manj kot 38 ur tedensko. Nekaj drugih raziskav prav tako navaja delovni čas kot pomemben faktor; 12-urni delovniki ogrožajo signifikantno bolj kot 8-urni delovniki. Tudi starost vpliva na tveganje za izgorelost - tako je bilo ugotovljeno, da imajo nekoliko povečano tveganje mlajše, neizkušene medicinske sestre pod 30 let, verjetno zaradi soočanja s paleto negativnih čustev, ki naj bi v tem obdobju prevladovala nad pozitivnimi (Erickson, Grove, 2007).

Stopnja ogroženosti in prevalenca sindroma izgorelosti

Stopnja ogroženosti medicinskih sester za sindrom izgorelosti kot tudi sama prevalenca izgorelosti je že mnogokrat raziskana tema. Raziskave so med seboj pogosto težko primerljive zaradi uporabe različne metodologije, vendar kljub temu rezultati kažejo, da je verjetnost nastanka izgorelosti pri medicinskih sestrah signifikantno višja kot pri splošni populaciji in tudi pogosto višja kot pri ostalih poklicih v zdravstvu (Business Doctors, 2006). V obsežni mednarodni raziskavi, v kateri je sodelovalo 43000 medicinskih sester iz 700 bolnišnic petih držav, je avtorica Aiken s sodelavci prikazala, da je do 43% medicinskih sester v kategoriji čustvene izčrpanosti doseglo visoko število točk, kar kaže na visoko stopnjo izgorelosti (Aiken et al, 2001). Do podobnih zaključkov je prišla ameriška raziskava, izvedena med medicinskimi sestrami v pediatrični zdravstveni negi, ki je sicer raziskovala razlike v prevalenci izgorelosti in doživljanju stresa glede na etnično poreklo medicinskih sester (Garret et al, 2004).

Podobno je tudi avstrijska raziskava pokazala, da ima več kot 60% zaposlenih v zdravstveni negi srednje do visoko tveganje za nastanek sindroma izgorelosti, za razliko od splošne populacije, kjer je tveganje okoli 18% (Business Doctors, 2006).

Na drugem koncu sveta je bilo v japonski raziskavi ugotovljeno, da je prevalenca sindroma izgorelosti v skupini medicinskih sester, zaposlenih v psihiatrični zdravstveni negi, med 51 do 59 odstotki (Imai et al, 2004).

Slovenska raziskava, izvedena v socialnem zavodu - domu za ostarele občane, je pokazala, da je tveganje za sindrom izgorelosti največje med bolničarji - negovalci (81% s srednjim do visokim tveganjem za

izgorelost), sledijo medicinske sestre s srednješolsko izobrazbo (63,6%), med diplomiranimi medicinskimi sestrami pa je bilo tveganje v 50% zmerno. Avtorica predvideva, da je visoko tveganje pri bolničarjih, ki v socialnih zavodih preživijo 24 ur na dan ob pacientu, imajo največ kontakta z njim ter s svojci, po eni strani posledica prevelike zahtevnosti dela za ta profil, po drugi strani pa precej nizke pozicije v hierarhiji zdravstvenih poklicev in s tem tudi nizkega priznanja za svoje delo ter majhnih možnosti za odločanje (Halbwachs, 2011).

Glede na razpoložljive podatke je moč sklepati, da delo na različnih strokovnih področjih zdravstvene nege nima signifikantnega vpliva na stopnjo ogroženosti ter da so prej naštetih faktorji v delovnem okolju, ki povzročajo nezadovoljstvo v službi, večjega pomena. Primerjalna raziskava med medicinskimi sestrami v gerontološki zdravstveni negi in v akutni bolnišnični zdravstveni negi ni prikazala nobenih razlik (Hare, Prat, 1988). Podobno je ugotovila tudi švedska raziskava, ki kot zaključek navaja, da na stopnjo izgorelosti mnogo bolj vplivajo razpoložljivi podporni resursi na delovnem mestu kot sama zahteva dela (Peterson, 2008). Ameriška anketa, opravljena med različnimi profili medicinskih sester, je pokazala, da so v službi najbolj nezadovoljne medicinske sestre na bolnišničnih oddelkih, ne glede na patologijo, ki jo oddelek obravnava, nato sledijo njihove nadrejene medicinske sestre, nato medicinske sestre v patronažni zdravstveni negi, najmanj nezadovoljne pa so medicinske sestre v anesteziji ter babice. Izsledke te ankete je zopet moč razložiti s prej navedenimi faktorji - profili z večjo avtonomijo ter možnostjo odločanja kažejo manj nezadovoljstva pri delu (Health Resources and Services Administration, Bureau of Health Professions, 2004).

Posledice sindroma izgorelosti v zdravstveni negi

Posledice izgorelosti so vedno večplastne in prizadanejo tako žrtev izgorelosti in njene bližnje, kot tudi sodelavce, delodajalce, družbeno blaginjo in s tem celotno družbo (Maslach, 1997).

Na osebnostnem nivoju se običajno kažejo kot psihični simptomi (anksioznost, otožnost, sarkazem...) in somatski simptomi (glavoboli, bolečine lokomotornega parata, alergije, ...), lahko pa kot bolezni, kot so bolezni odvisnosti ter depresija. Ti simptomi lahko vodijo do težav v družini oz. v poglabitev že obstoječih. Na delovnem mestu pride do pojavov, kot so absentizem (odsotnost z dela), prezenteizem (fizična prisotnost na delovnem mestu, vendar odsotnost z mislimi), visoka fluktuacija, kar vse povzroča delodajalcem in s tem celotni družbi znatno finančno škodo (Maslach, Leiter, 1997).

Pri pojavu izgorelosti v zdravstveni negi pride še do drugačnih vrst posledic, in sicer do posledic za varnosti in zdravje pacientov. Dimenzije izgorelosti, kot sta čustvena izčrpanost ter depresionalizacija, namreč povzročita, da ustvari prizadeta oseba distanco med seboj in pacientom, prav tako kot distanco do kolegov in kolegic, kar vodi v poslabšanje medsebojnih odnosov ter v ogrožanje kakovosti zdravstvene nege (Lyckholm, 2001).

Absentizem in/ali zmanjšana delovna storilnost prizadete osebe povzroči večjo delovno obremenitev za preostale medicinske sestre, s čimer pride do začaranega kroga, saj se s tem zviša tveganje za nastanek sindroma izgorelosti tudi pri le-teh. Poleg tega se pojavijo posledice za pacienta, ki se lahko kažejo kot povečano nezadovoljstvo pacientov z zdravstveno nego. Tako je raziskava avtorjev Vahey et al (2004) pokazala, da je bilo zadovoljstvo pacientov z oskrbo dvakrat večje na oddelkih, kjer je za njih skrbelo zadostno število medicinskih sester, kjer so nadrejeni izkazovali podporo zdravstveni negi in kjer so med medicinskimi sestrami in zdravniki vladali dobri odnosi. Na takšnih oddelkih je bilo tudi tveganje za nastanek izgorelosti pri medicinskih sestrah signifikantno manjše.

Posledice za pacienta pa so lahko mnogo hujše kot le zmanjšano zadovoljstvo z oskrbo. Pred nedavnim je obsežna raziskava, ki je zajela 7000 medicinskih sester v 161 bolnišnicah, pokazala, da obstaja signifikantna povezava med izgorelostjo medicinskih sester in številom bolnišničnih okužb pacientov (Cimiotti et al,

2012). Do podobnih rezultatov so prišli v Švici, kjer so ugotovili, da ima premalo osebja v zdravstveni negi kot posledico več kot 30% zvišanje tveganja za nastanek bolnišničnih okužb (Hugonet et al, 2007).

Zaključki teh dveh raziskav sovpadajo z zaključki raziskave, ki je že mnogo pred tem dokazala, da vpliva prisotnost sindroma izgorelosti na številčno razmerje med medicinskimi sestrami in pacienti - več pacientov na medicinsko sestro pa pomeni povečano tveganje za smrtnost pacienta ter močno povišano tveganje za nastanek izgorelosti pri medicinskih sestrah (Aiken et al, 2002).

Sistematičen pregled 28-ih raziskav, ki preučujejo številčna razmerja med medicinskimi sestrami in pacienti ter vpliv na izzide zdravljenja, je pokazal, da je vsako povečanje osebja v zdravstveni negi povezano z zmanjšanim tveganjem za bolnišnične okužbe ter s krajšo hospitalizacijo na intenzivnih oddelkih oz. na splošno v bolnišnicah (Kane et al, 2007).

Vsak izpad medicinske sestre povzroči tudi povečano tveganje za napake pri dajanju zdravil ter za razne druge incidente. Tako je 63% medicinskih sester, ki so naredile napako pri dajanju zdravil, v neki anketi menilo, da je bila napaka posledica nezadostnega števila osebja in prevelike obremenjenosti (Ludvik, Silva, 2003).

DISKUSIJA

Poklic medicinske sestre je nedvomno poklic, v katerem je tveganje za nastanek sindroma izgorelosti višje kot pri splošni populaciji. Raziskave jasno kažejo, da je v poklicu prisotnih mnogo različnih virov stresa, ki povečujejo to tveganje, ne glede na dejstvo, da tudi individualni in socialni faktorji vplivajo na stres in izgorelost (Maslach, Leiter, 1997). Poleg raziskanih virov stresa, kot so prevelika delovna obremenitev, velike psihične in fizične obremenitve, strog hierarhični sistem, ki mnogokrat ovira učinkovito in spoštljivo komunikacijo, pomanjkanje moči za odločanje, pomanjkanje pozitivnih povratnih informacij in priznanj, nesorazmerno plačilo pomembnosti in zahtevam dela, naporen delovni čas in drugo, obstaja po hipotezi avtorice tega članka še nekaj faktorjev, ki verjetno pripomorejo k povečanemu tveganju in bi jih bilo vredno raziskati:

- Osebe, ki se odločijo za poklic medicinske sestre, imajo močno željo pomagati sočloveku in mnogokrat že apriori postavijo potrebe sočloveka pred lastne potrebe, zato so že "po naravi" bolj izpostavljene sindromu izgorelosti - k temu pripomore še dejstvo, da v zdravstveni negi močno prevladuje ženska populacija, zaradi materinskega čuta in tradicionalne vzgoje nagnjena k temu, da postavlja lastne potrebe v ozadje.
- V zdravstveni negi obstaja stalen časovni pritisk, ki onemogoča, da se oseba nekoliko umakne, kadar je izpostavljena močnim stresnim faktorjem. Zelo pogoste so prekinitve, na delovnem mestu pogosto ni veliko možnosti za miren pogovor ter refleksijo.
- Zdravstvena nega je, tako kot zdravstvo nasploh, nenehno izpostavljena ekonomskim pritiskom, ki terjajo varčevanje ter omejitve. To predstavlja stres za medicinsko sestro tako zaradi skrbi, kako bo to vplivalo na pacienta kot tudi na samo delovno mesto (plačilo, varnost delovnega mesta). Poleg tega lahko zavoljo teh pritiskov pride do hudih konfliktov moralnih in etičnih vrednot, npr. ko medicinska sestra zaradi finančnih pritiskov ne more zadovoljiti pacientovih potreb, tako kot meni, da bi bilo strokovno najbolje, oz. ko je pri odločitvah prisiljena pred strokovno upoštevati finančno komponento.
- Pomanjkanje znanja in veščin o soočanju s stresom in o preventivnih ukrepih proti izgorelosti.

Strokovnjaki na področju zdravstvene nege, na področju medicine in mnogih drugih znanosti v zdravstvu imajo v času formalnega izobraževanja ter kasneje na delovnem mestu večinoma le malo možnosti, da spoznajo veščine uspešnega spopadanja s stresom in s preventivnimi ukrepi za preprečevanje izgorelosti. Cochranova analiza raziskav na tem področju, ki jo je izvedla Petersonova (2008), kaže, da sta redna supervizija ter dolgoročni projekti, usmerjeni predvsem v učenje določenih tehnik spopadanja s stresom (npr. Mindfulness-Based Stress Reduction- trening čuječnosti), najučinkovitejša ukrepa preprečevanja



sindroma izgorelosti, medtem ko imajo posamična predavanja in podobne intervencije precej manjši učinek.

Prvi korak k zmanjševanju stresa in preprečevanju izgorelosti na področju zdravstvene nege je ozaveščenost, da ne gre za problem in odgovornost posameznika, temveč za mnogo širši pojav, ki prinaša težke posledice ne le prizadetemu, temveč tudi pacientu, delodajalcu in celotni družbi. Odgovornost za preprečevanje izgorelosti na delovnem mestu nosi le delno in omejeno posameznik (Maslach, Leiter, 1997). Predvsem delodajalci so tisti, ki lahko že z enostavnimi ukrepi, kot so organizacija dela, redne supervizijske aktivnosti, treningi v smislu izboljšanja komunikacijske kulture, ukrepi za utrjevanje timske pripadnosti, veliko prispevajo k preprečevanju tega uničujočega pojava, in s tem k boljšemu zdravju zaposlenih ter k bolj kakovostni, bolj varni zdravstveni negi. V program dodatnih izpolnjevanj je potrebno vključiti izobraževanja o spopadanju s stresom ter o priporočljivih ukrepih na osebnem nivoju vsakega posameznika, vendar je potrebno upoštevati, da imajo le ta najboljši učinek, kadar gre za sistematske, ponavljajoče se treninge in učne delavnice konkretnih tehnik in veščin.

ZAKLJUČEK

Ugotovili smo, da sta stres in izgorelost v zdravstveni negi pogost pojav, večinoma bolj povezana s samimi pogoji dela (prevelike obremenitve, premalo vpliva in priznanj) kot z značilnostmi populacije pacientov. Posledice izgorelosti se kažejo na osebnostnem nivoju (npr. psihosomatske težave), v družini in socialnem okolju posameznika, prav tako pa tudi na delovnem mestu npr. kot povečan absentizem in prezentizem, slaba delovna klima, visoka fluktuacija, pogostejše poškodbe na delovnem mestu. Posledično vpliva izgorelost na kakovost zdravstvene nege oz. na samega pacienta, na njegovo varnost in na zdravstvene izzide. Ne le, da se močno zmanjša zadovoljstvo pacientov, pojavijo se pogostejši incidenti, kot npr. napake pri izvajanju diagnostično-terapevtskega programa (predvsem pri dajanju zdravil), podaljša se potrebna hospitalizacija, statistično signifikantno se poveča tveganje za bolnišnične okužbe ter za smrt pacienta. Nenazadnje občuti posledice zavoljo vsega naštetega tudi celotna družba. Glede na pogostost sindroma izgorelosti in resnost posledic le-tega je potrebno, da se v vsaki delovni ustanovi izvajajo aktivnosti za njegovo preprečevanje, prepoznavo in pomoč prizadetim. Prav gotovo je vsak ukrep boljši kot zatiskanje oči pred pojavom sindroma izgorelosti in pretvarjanjem, da gre pri njem le za problem posameznika.

LITERATURA

- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*. 2002; 288(16): 1987-1993
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Busse R, Clarke H et al. Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Aff* 2001; 20(3): 43-53
- American Nurses Association (ANA). Analysis of American Nurses Association staffing survey, 2002. Dostopno na: www.nursingworld.org/staffing/, 19.12.2011
- Business-doctors International. Österreich Erste Große Burnout-studie, Phase 1, 2006. Business-doctors International HRM & Business-Consulting Network GmbH. Dostopno na: http://www.business-doctors.at/images_dokumente/Burnoutstudie%20Summery.pdf, 10.10.2011
- Cimmioti et al. Nurse staffing, burnout and health care-associated infection. *Am J Infect Control* 2012; 40:6:486-490
- Erickson RJ, Grove WJC. Why emotions matter: age, agitation, and burnout among registered nurses. *Online J Nursing*, 2007(13). Dostopno na: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/vol132008/No1Jan08/ArticlePreviousTopic/WhyEmotionsMatterAgeAgitationandBurnoutAmongRegisteredNurses.html>, 24.3.2013

Garret D, Evanset N. Ethnic Differences in Burnout, Coping, and Intervention Acceptability Among Childcare Professionals, University of Florida. Dostopno na: http://www.ualberta.ca/~jenny/Burnout_ChildcareProfessionals.pdf, 29.11.2011

Halbwachs HK. Übersicht von Burnout in der Kranken- und Gesundheitspflege inklusive Beurteilung des Burnout Risikos in einem slowenischen Altersheim. Diplomarbeit. BFI Wien, 2011:19-21

Hare J, Pratt C. Burnout: differences between professional and paraprofessional nursing staff in acute care and long-term care health facilities. *J Appl Gerontol* 1988; 7(1):60-72

Health Resources and Services Administration, Bureau of Health Professions. The Registered Nurse Population: Findings from the March 2004 National Sample Survey of Registered Nurses. Rockville, US Department of Health and Human Services. Dostopno na: bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/rnsurvey/rnsurvey2004.pdf. 20.1.2013

Hoffman AJ, Scott LD. Role stress and career satisfaction among registered nurses by work shift patterns. *J Nurs Adm* 2003;33(6):337-42.

Hugonnet S, Chevrolet JC, Pittet D. The effect of workload on infection risk in critically ill patients. *Crit Care Med*. 2007;35(1):76-81

Imai H et al. Burnout and work environments of public health nurses involved in mental health care. *Occup Environ Med* 2004; 61(9):764-768

Iskra-Golec I, Folkard S, Marek T, et al. Health, well-being and burnout of ICU nurses on 12- and 8-h shifts. *Work Stress* 1996;10(3):251-6.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Health Care at the Crossroads: Strategies for Addressing the Evolving Nursing Crisis. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 2002. Dostopno na: http://www.jointcommission.org/assests/1/18/health_care_at_the_crossroads.pdf, 30.1.2013

Kane RL, Shamliyan TA, Mueller C, Duval S, Wilt TJ. The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis. *Med Care*. 2007;45(12):1195-1204.

Klemenc D, Pahor M. Nasilje na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji. V: Klemenc D,

Pahor M, ur. Nasilje in spolno nadlegovanje na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji: zbornik člankov s strokovnega srečanja mednarodno udeležbo Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. 2000;12-35.

Lapane KL, Hughes CM. Considering the employee point of view: perceptions of job satisfaction and stress among nursing staff in nursing homes. *J Am Med Dir Assoc*. 2007; 8(1): 8-13

Lyckholm L. Dealing with stress, burnout and grief in the practice of oncology. *Lancet Oncol* 2001; 2(12): 750-5

Ludwick R, Silva MC. Errors, the nursing shortage and ethics: survey results. *Online J Issues Nursing*. 2003; 8(3): 9.

Maslach C, Leiter MP. The Truth about Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About it. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1997

Menzies IEP. Nurses under stress. *Internatl Nurs Rev* 1960; 7: 9-16.

Peterka Novak J, Bregar B, Možgan B, Vajda A. Dejavniki, ki povzročajo stres pri zaposlenih v psihiatrični zdravstveni negi. Zbornik: Kako zmanjšati stres in izgorevanje na delovnem mestu. Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, Nov 2010; 24-30

Peterson Ula, Stress and Burnout in Healthcare workers. Department of clinical neuroscience, Karolinska University, Stockholm, Sweden, 2008; 27-31. Dostopno na: <http://diss.kib.ki.se/2008/978-91-7409-041-3/thesis.pdf>, 9.10.2011

Rosenstein A. Nurse- Physician Relationships: Impact on Nurse Satisfaction and Retention. *Am J Nurs*; 2002;102(6): 26-34

Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP, Vargas D. Nurse burnout and patient satisfaction. *Med Care*. 2004; 42(2): II57-II66.



ORGANIZACIJA DELA



212A

IZIDI ZDRAVSTVENE NEGE NA NEGOVALNEM ODDELKU UKC LJUBLJANA

NURSING OUTCOMES IN NURSING DEPARTMENT OF UMC LJUBLJANA

mag. Maja Klančnik Gruden, prof. zdr. vzg.

Alma Sušič, dipl. m. s.

Vida Oražem, dipl. m. s.

Nataša Čermelj, dipl. m. s.

Urška Hvala, dipl. m. s.

Asja Jaklič, dipl. m. s.

Smiljana Kazić, prof. zdr. vzg.

Maja Medvešček Smrekar, prof. zdr. vzg.

Erika Predalič, dipl. m. s.

Alenka Roš, dipl. m. s.

Đurđa Sima, dipl. m. s.

Nada Vigec, prof. zdr. vzg.

Univerzitetni klinični center Ljubljana

maja.klancnik@kclj.si

Ključne besede: izidi zdravstvene nege, samooskrba, klasifikacija izidov zdravstvene nege, vsakodnevne aktivnosti

IZVLEČEK

Izhodišča: Merjenje izidov zdravstvene nege in spremljanje sprememb v statusu pacienta skozi čas zagotavlja pot do izboljšanja kakovosti zdravstvene obravnave pacientov. V preteklosti je bila zdravstvena nega odvisna od uporabe interdisciplinarnih izidov, ki so bili primarno razviti za medicino (Moorhead et al, 2013). Glavni namen študije je, izmeriti razliko v stanju izida zdravstvene nege Samooskrba: vsakodnevne aktivnosti ob sprejemu ter ob odpustu. Raziskovalna hipoteza: Izid zdravstvene nege Samooskrba: vsakodnevne aktivnosti se tekom hospitalizacije pacientov na Negovalnem oddelku UKC Ljubljana statistično pomembno izboljšajo. Raziskovalna vprašanja: Za koliko se izboljša izid zdravstvene nege Samooskrba: vsakodnevne aktivnosti tekom hospitalizacije pacientov na Negovalnem oddelku UKC Ljubljana? Pri koliko pacientih se izboljša status izida zdravstvene nege Samooskrba: vsakodnevne aktivnosti tekom hospitalizacije pacientov na Negovalnem oddelku UKC Ljubljana? Kateri indikatorji izida zdravstven nege Samooskrba: vsakodnevne aktivnosti se izboljšajo najbolj?

Metode: Kvantitativna študija je bila izvedena na Negovalnem oddelku UKC Ljubljana. Opazovali smo deset indikatorjev izida zdravstvene nege Samooskrba: vsakodnevne aktivnosti od 1. novembra 2012 do 1. februarja 2013 pri vseh sprejetih in odpuščenih pacientih v tem obdobju. Vključenih je bilo 59 pacientov. Za statistično analizo je bil uporabljen Wilcoxonov test predznačnih rangov.

Rezultati: Rezultati kažejo, da se je stopnja odvisnosti izida zdravstvene nege zmanjšala pri vseh opazovanih indikatorjih izida zdravstvene nege. Napredek v samostojnosti je statistično značilen ($p < 0,01$) pri vseh opazovanih spremenljivkah. Izid se je izboljšal pri 61 % pacientov. Stopnja odvisnosti se je najbolj zmanjšala pri indikatorjih: premikanje z invalidskim vozičkom, hoji, osebni higieni ter hranjenju.

Diskusija z zaključkom: Rezultati, ki smo jih dobili z raziskavo, so potrdili trditve, da se stopnja odvisnosti pri izvajanju temeljnih življenjskih aktivnosti zmanjša pri tistih pacientih, kjer oskrba temelji na aktivnostih zdravstvene nege in rehabilitacije. Na izboljšanje izidov ključno vplivajo aktivnosti zdravstvene nege, ki so pri pacientih na Negovalnem oddelku individualno načrtovane na osnovi celostne ocene stanja ter kontinuirano vrednotene znotraj negovalnega tima.

Key words: nursing outcomes, self-care, nursing outcome classification, activities of daily living

ABSTRACT

Introduction: Measuring nursing outcomes and capture changes in the status of patient over time provide a way to improve the quality of patient care. In the past nursing has been dependent on the use of interdisciplinary outcomes developed primarily for physician practice (Moorhead et al., 2013). The main objective was to measure the difference in status of nursing outcome Self-Care: Activities of Daily Living at the admission and at the discharge. Research hypothesis: Nursing outcome Self-Care: Activities of daily living improve during the hospital stay in non-acute hospital ward. Research questions: How much the status of the nursing outcome Self-Care: Activities of daily living has improved during the hospital stay in non-acute hospital ward? At how many patients the status of the nursing outcome Self-Care did: Activities of daily living improve during the hospital stay in non-acute hospital ward? Which indicators of the nursing outcome Self-Care: Activities of daily living has improved mostly?

Methods: The quantitative study was performed at Nursing Department of University Medical Centre Ljubljana. We observed 10 indicators of nursing outcome Self-Care: Activities of Daily Living from 1.11.2012 to 1.2.2013 at all patients admitted to and discharge from Nursing Department in this period. 59 patients were included in the study. Wilcoxon signed rank test with continuity correction was used for data analyse.

Results: Results show significant progress (p -value $< 0,01$) in independency at all observed indicators of nursing outcome Self-Care: Activities of daily living. Nursing outcome improved at 61% of patients. Dependency rate has lowered the most at four indicators: wheelchair mobility, walking, hygiene and eating.

Discussion and conclusion: The results, which were obtained through a survey, confirmed that the degree of dependence in the implementation of basic living activities, reduced in those patients where care is based on the activities of medical care and rehabilitation (Garašević et al, 2012; Richmond and Aitken, 2011). It is important to plan individual nursing care and rehabilitation.

UVOD

Vrednotenje učinkovitosti zdravstvene obravnave je postalo nuja v Združenih državah Amerike (Head et al., 2003). Ključ do podatkov o izidih zdravstvene nege, ki so občutljivi na negovalne intervencije, je uporaba Klasifikacije izidov zdravstvene nege (Nursing Outcomes Clasification). Na negovalne intervencije odziven izid zdravstvene nege je stanje, vedenje ali zaznava posameznika (družine ali skupnosti), pri katerih se meri skozi čas odzivnost na negovalne intervencije. Vsak izid ima pridruženo skupino indikatorjev, ki se uporabljajo za opredelitev statusa pacienta v odnosu do izida. Merjenje izidov zdravstvene nege in spremljanje sprememb v statusu pacienta skozi čas zagotavlja pot do izboljšanja kakovosti zdravstvene obravnave pacientov. V preteklosti je bila zdravstvena nega odvisna od uporabe interdisciplinarnih izidov,

ki so bili primarno razviti za medicino. Standardizirani na zdravstveno nego odzivni izidi zdravstvene nege nam omogočajo raziskovanje učinkov negovalnih intervencij skozi čas ter v okolju zdravstvene nege (Moorhead et al, 2013).

Schreuders in sodelavci (2012) so ugotovili, da zdravstvena nega, ki jo izvede medicinska sestra s podiplomsko izobrazbo, bolj pozitivno vpliva na izide pri pacientu, kot so: razjede zaradi pritiska, okužbe kirurških ran, padci, napake pri dajanju zdravil, obvladovanje bolečine in zdravstvena vzgoja. Richmond in Aitken (2012) trdita, da se medicinske sestre na enkratni način soočajo s kompleksnimi tako fizičnimi kot psihološkimi potrebami travmatoloških pacientov oz. njihovih družin ter imajo pomemben vpliv na izboljšanje dolgoročnih izidov obravnave. Vpliv negovalnih intervencij na izide obravnave pri pacientu lahko opazujemo na neakutnem oddelku, ki ga vodi medicinska sestra.

V pričetku leta 2011 se je odprl prvi Negovalni oddelek v okviru Univerzitetnega Kliničnega Centra Ljubljana, na katerem se opravljajo storitve zdravstvene nege in oskrbe ter rehabilitacije. Negovalni oddelek ima 32 zaposlenih. Negovalni oddelek vodi diplomirana medicinska sestra. Ostali člani tima so zdravniki, diplomirane medicinske sestre, diplomirani zdravstveniki, tehniki zdravstvene nege, fizioterapevti, delovna terapevtka, socialna delavka, administratorica, tajnica, strežnice, gospodinje, kurirka ter bolničarka. Negovalni oddelek je namenjen neakutni zdravstveni oskrbi in negi pacientov, pri katerih je končano akutno zdravljenje bolezni ali poškodbe, zaradi katere so bili sprejeti v bolnišnico. Ti pacienti predvidoma naj nebi potrebovali diagnostičnih ali terapevtskih postopkov ali posegov, potrebujejo pa zdravstveno nego in oskrbo, rehabilitacijo, zdravstveno vzgojo, ki je ni mogoče zagotoviti v domači oskrbi.

Sprejem bolnika na Negovalni oddelek poteka načrtovano. Negovalni oddelek ima 33 postelj in te so namenjene pacientom, ki so bili predhodno hospitalizirani v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana (UKCL) na kateri koli kliniki. O primernosti napotitve in sprejema na oddelek vedno odloča multidisciplinarni tim. Postopek sprejema poteka individualno na podlagi izpolnjenega obrazca in sprejemnih kriterijev Negovalnega oddelka. Za premestitev bolnika v Negovalni oddelek mora klinika, na kateri se zdravi pacient, vložiti vlogo za premestitev. Na vlogi mora biti razvidno, da je pacientovo akutno stanje zaključeno in kakšen je razlog premestitve v Negovalni oddelek. Pacient mora ob premestitvi imeti ustrezno negovalno dokumentacijo z opredeljenimi negovalnimi, rehabilitacijskimi ali drugimi problemi ter zdravniško dokumentacijo. Pred pričetkom obravnave se za vsakega posameznika izdelata individualni načrt zdravstvene nege in rehabilitacije. Pacienta ocenijo zdravniki, medicinska sestra, fizioterapevt, delovni terapevt in socialna delavka. S pomočjo te ocene se opredeli cilje. Predvidena hospitalizacija na Negovalnem oddelku traja do 30 dni, v izjemnih primerih tudi nad 30 dni.

Tim zdravstvene nege vključuje diplomirane medicinske sestre in zdravstvene tehnike, ki se vsi vključujejo v zdravstveno nego pacienta. Negovalne intervencije vključujejo: učenje dnevni aktivnosti, motiviranje in spodbujanje in /ali zagotavljanje popolne ali delne pomoči pri samooskrbi. Poleg tega medicinske sestre zagotavljajo pacientom zdravstveno vzgojne nasvete ter nasvete, kako čim prej doseči višjo raven samostojnosti pri samooskrbi oz. temeljnih življenjskih aktivnostih. Medicinska sestra vsak dan oceni vsakega pacienta ter pri njem določi raven samooskrbe. Na podlagi ocene že ob sprejemu določi negovalne diagnoze in cilje, pojav dodatnih negovalnih diagnoz je dokumentiran tekom hospitalizacije. Enkrat tedensko poteka na oddelku negovalna vizita z namenom vrednotenja napredka pacientov. Enkrat tedensko poteka tudi sestanek multidisciplinarnega tima, ki obravnava vsakega pacienta posebej tako z vidika zdravstvene nege, zdravljenja, rehabilitacije in socialnih potreb. V timu se načrtujejo tudi dolgoročni cilji, rehabilitacijski potenciali in odpusti.

Namen

Glavni namen študije je bil izmeriti razliko v stanju izida zdravstvene nege Samooskrba: vsakodnevne aktivnosti ob sprejemu ter ob odpustu. Izid zdravstvene nege Samooskrba: vsakodnevne aktivnosti je

povzet iz Klasifikacije izidov zdravstvene nege – NOC (Moorhead et al., 2013) in vsebuje 10 indikatorjev.

Raziskovalna hipoteza

- Izid zdravstvene nege Samooskrba: vsakodnevne aktivnosti se tekom hospitalizacije pacientov na Negovalnem oddelku UKC Ljubljana statistično pomembno izboljšajo.

Raziskovalna vprašanja

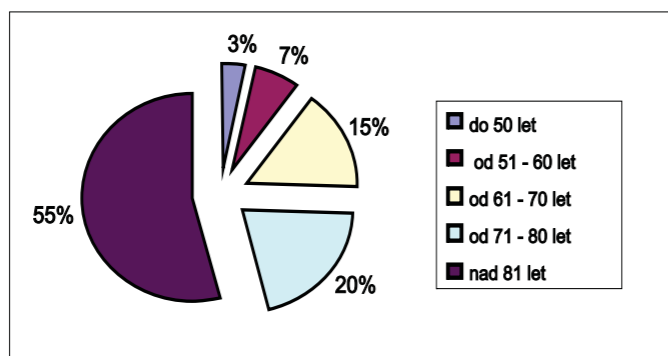
- Za koliko se izboljša izid zdravstvene nege Samooskrba: vsakodnevne aktivnosti tekom hospitalizacije pacientov na Negovalnem oddelku UKC Ljubljana?
- Pri koliko pacientih se izboljša status izida zdravstvene nege Samooskrba: vsakodnevne aktivnosti tekom hospitalizacije pacientov na Negovalnem oddelku UKC Ljubljana?
- Kateri indikatorji izida zdravstven nege Samooskrba: vsakodnevne aktivnosti se izboljšajo najbolj?

METODA DELA

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela. Raziskava je bila izvedena na Negovalnem oddelku UKC Ljubljana. Opazovali smo deset indikatorjev izida zdravstvene nege Samooskrba: vsakodnevne aktivnosti od 1. novembra 2012 do 1. februarja 2013 pri vseh sprejetih in odpuščenih pacientih v tem obdobju. Opazovalci so bile diplomirane medicinske sestre, zaposlene na Negovalnem oddelku. Podatke so beležile na poseben, v ta namen oblikovan obrazec. Odvisnost pacientov je bila opazovana na lestvici od 1 do 5 (1-neodvisen, 2-neodvisen s pripomočkom, 3-potrebuje pomoč, 4-potrebuje pomoč in pripomoček, 5-popolnoma odvisen). Opazovalci so bili izobraženi o pravilnem zbiranju podatkov; imeli pa smo tudi skupne sestanke za razreševanje dilem. Statistična analiza podatkov je bila izvedena v programu SPSS za Windowse. Podatki so bili kvantitativno obdelani s pomočjo Wilcoxonovega testa predznačnih rangov.

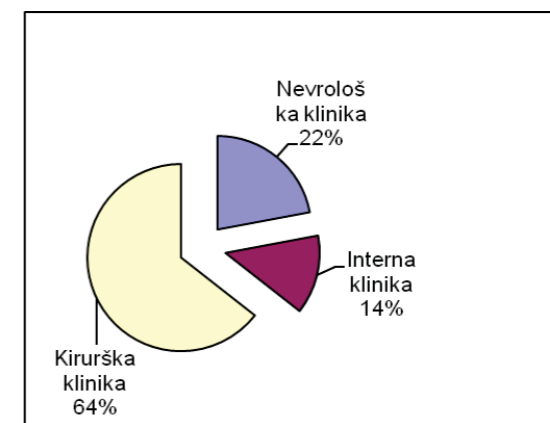
Vzorec

V raziskavo smo vključili 59 pacientov, tri smo izključili, ker so umrli ali bi premeščeni nazaj v akutno obravnavo v prvih treh dneh po premestitvi. V vzorcu je bilo več oseb ženskega spola (62,7 %). Povprečno trajanje hospitalizacije je bilo 26,6 dni (SD 11,4). Povprečno število spremljajočih medicinskih diagnoz, ki so jih imeli vključeni 3,6 (SD 2,8). Po zaključku hospitalizacije jih je bilo odpuščenih v domačo oskrbo 54,2 %, v domove starejših občanov 28,8 %, v zdravilišča 6,8 %, umrlo je 5,1 % vključenih, 5,1 % pa jih je bilo premeščenih nazaj v akutno obravnavo.



Slika 1: Starostna struktura vključenih pacientov

Povprečna starost vključenih pacientov je bila 77,3 leta. Več kot polovica pacientov je bila starejša od 80 let. Mlajših od 60 let je bilo 10 % pacientov.



Slika 2: Klinike UKC Ljubljana s katerih so bili premeščeni vključeni pacienti

Klinike s katerih so bili vključeni pacienti premeščeni na Negovalni oddelku, so bile: Kirurška klinika, Nevrološka in Interna klinika; največ s Kirurške klinike – skoraj dve tretjini pacientov, predvsem s KO za travmatologijo.

REZULTATI

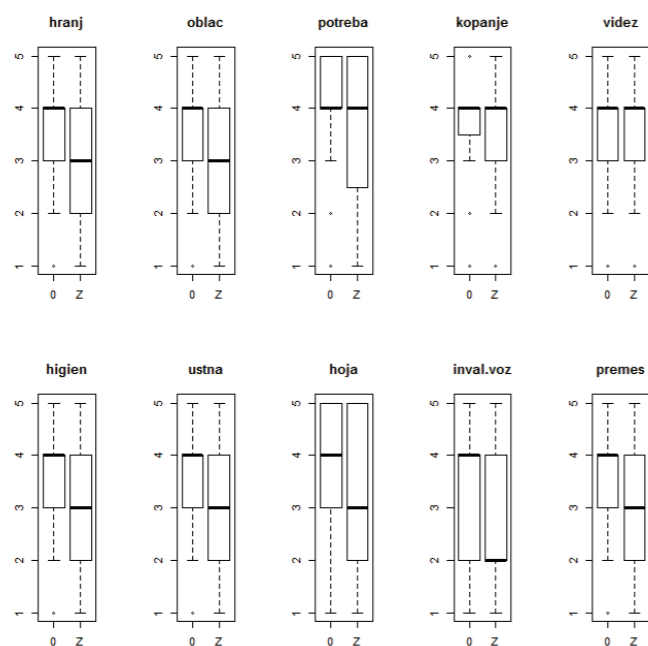
Rezultati kažejo, da se je stopnja odvisnosti izida zdravstvene nege zmanjšala pri vseh opazovanih indikatorjih izida zdravstvene nege. Napredek v samostojnosti je statistično značilen ($p < 0,01$) pri vseh opazovanih spremenljivkah (glej tabelo 1). Izid zdravstvene nege Samooskrba: vsakodnevne aktivnosti ob odpustu se je izboljšal za 0,44 točke glede na oceno ob sprejemu. Izid se je izboljšal pri 61 % pacientov. Rezultati kažejo, da so pri vseh aktivnostih standardne deviacije ob sprejemu manjše kot ob odpustu, kar kaže, da je med pacienti glede zmožnosti za samooskrbo ob sprejemu manj razlik kot ob odpustu. Stopnja odvisnosti se je najbolj zmanjšala pri indikatorjih: premikanje z invalidskim vozičkom (za 0,56 točke), hoji (za 0,56 točke), osebni higieni (za 0,49 točke) ter hranjenju (za 0,49 točke), kar nam pokaže tudi mediana (glej slika 3).

Razpredelnica 1: Izid zdravstvene nege:

Samooskrba: vsakodnevne aktivnosti ob sprejemu ter ob odpustu

Indikator	Ob sprejemu			Ob odpustu			p-value
	Mean	SD	Mediana	Mean	SD	Mediana	
Hranjenje	3,53	1,04	4	3,03	1,35	3	0,0003
Oblačenje	3,54	1,01	4	3,17	1,32	3	0,0017
Opravljanje telesne potrebe	4,00	0,96	4	3,61	1,30	4	0,0009
Kopanje	3,81	0,88	4	3,49	1,22	4	0,0036
Urejanje videza	3,76	0,86	4	3,49	1,21	4	0,0084
Osebna higiena	3,54	1,09	4	3,05	1,36	3	0,0003
Ustna nega	3,51	1,10	4	3,05	1,36	3	0,0005
Hoja	3,78	1,19	4	3,22	1,49	3	0,0002
Premikanje z invalidskim vozičkom	3,56	1,19	4	3,00	1,41	2	0,0000
Premeščanje	3,49	1,24	4	3,05	1,44	3	0,0008

Lestvica: 1-popolnoma samostojen, 2-potrebuje pripomoček, 3-potrebuje pomoč, 4-potrebuje pomoč in pripomoček, 5-popolnoma odvisen brez sodelovanja



Slika 3: Indikatorji izida zdravstvene nege Samooskrba: vsakodnevne aktivnosti ob sprejemu in odpustu

Legenda: Hranjenje (hranj), Oblačenje (oblac), Opravljenje telesne potrebe (potreba), Urejanje videza (videz), Osebna higiena (higien), Ustna nega (ustna), Premikanje z invalidskim vozičkom (inval.voz), Premeščanje (premes), 0 – ob sprejemu, Z – ob odpustu, 1 do 5 – stopnja odvisnosti/samostojnosti

Pomemben del zdravstvenega tima na Negovalnem oddelku tima so tudi: dva fizioterapista in delovni terapevt, ki so vključeni v rehabilitacijo pacientov (Garašević et al, 2012). Predvidevamo, da tudi oni vplivajo na nekatere opazovane indikatorje izida zdravstvene nege Samooskrba: aktivnosti vsakodnevnega življenja, kar predstavlja omejitve raziskave. V svoji študiji so Garašević in sodelavci (2012) dokazali, da je ob odpustu 22 % več pacientov samostojno hodilo kot ob sprejemu na Negovalni oddelek. Tudi Liem in sodelavci (1986) so proučevali vpliv svojega rehabilitacijskega programa na aktivnosti vsakodnevnega življenja.

DISKUSIJA

Negovalni oddelek predstavlja nadaljevanje zdravstvene oskrbe in zdravstvene nege pacientov po akutni fazi obolenja ali poškodbe. Glavni cilj obravnave je doseči čim večjo stopnjo samostojnosti pri opravljanju temeljnih življenjskih aktivnosti oziroma povrnitev v stanje pred boleznijo. Skozi raziskavo smo ugotovili, da se je stopnja odvisnosti izidov zdravstvene nege na Negovalnem oddelku zmanjšala pri vseh opazovanih indikatorjih. Največji napredek pri samostojnosti je opazen pri indikatorjih premikanja z invalidskim vozičkom, hoji, osebni higieni in hranjenju. To so temeljne življenjske aktivnosti, ki pacientom omogočajo neodvisnost in samostojnost.

Rezultati, ki smo jih dobili z raziskavo, so potrdili trditve iz pregledane literature. Več avtorjev je v svojih raziskavah ugotavljalo, da se stopnja odvisnosti pri izvajanju temeljnih življenjskih aktivnosti zmanjša pri tistih pacientih, kjer oskrba temelji na aktivnostih zdravstvene nege in rehabilitacije (Garašević et al, 2012; Richmond and Aitken, 2011). Pomemben je individualni načrt zdravstvene nege in rehabilitacije. Iz literature je razvidno, da nadaljevanje zdravstvene oskrbe in nege po zaključeni akutni fazi zdravljenja vidno doprinese k napredku pri vseh funkcionalnih aktivnostih. Rezultati, ki smo jih dobili z raziskavo, se kljub temu, da nanje lahko vpliva subjektivnost opazovalca, ujemajo s trditvami iz pregledane literature. Napredek v vseh opazovanih indikatorjih ni le zasluga zdravstvene nege in medicinskih sester. Zasluge pri tem imajo tudi ostali člani multidisciplinarnega tima, ki paciente obravnava celostno.

V raziskavi smo se omejili le na izide zdravstvene nege, povezane s samooskrbo in mobilnostjo. V prihodnje bi bilo zanimivo in koristno raziskati tudi izide zdravstvene nege na področju socialne interakcije in počutje pacientov na emocionalnem področju.

ZAKLJUČEK

Skozi raziskavo smo potrdili raziskovalno hipotezo, da se samostojnost pacientov pri vsakodnevnih življenjskih aktivnostih samooskrbe tekom hospitalizacije na Negovalnem oddelku pomembno izboljša. Na izboljšanje izidov ključno vplivajo aktivnosti zdravstvene nege, ki so pri pacientih na Negovalnem oddelku individualno načrtovane na osnovi celostne ocene stanja ter kontinuirano vrednotene znotraj negovalnega tima.

LITERATURA

Garašević Z, Kocijan D, Kovačič A. Rehabilitacija na negovalnem oddelku UKC Ljubljana. *Kakovostna starost*. 2012;15(1):47-56.

Head BJ, Maas M, Johnson M. Validity and Community-Health-Nursing Sensitivity of six Outcomes for Community Health Nursing with Older Clients. *Public Health Nursing*. 2003;20(5):385-98.

Liem, PH, Chernoff R, Carter WJ. Geriatric Rehabilitation Unit: A 3-Year Outcome Evaluation. *J Gerontol*. 1986;41(1):44-50.

Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, eds. *Nursing Outcomes Classification. Measurement of Health Outcomes. Fifth Edition*. St. Louis: Elsevier Mosby, 2013.

Richmond TS, Aitken LM. A model to advance nursing science in trauma practice and injury outcomes research. *Journal of Advanced Nursing*. 2011;67(12):2741-2753.

Schreuders L, Bremner AP, Geelhoed E, Finn J. Nurse perceptions of the impact of nursing care on patient outcomes: An exploratory study. *Contemporary Nurse*. 2012;41(2):190-197.

212B

MODELIRANJE DELOVNIH PROCESOV V BABIŠTVU S POMOČJO UML DIAGRAMOV Z NAMENOM NJIHOVE OPTIMIZACIJE

MODELING WORKING PROCESSES IN MIDWIFERY THROUGH UML DIAGRAMS IN ORDER TO THEIR OPTIMIZATION

asist. Anže Čeh, ing. zoot., dipl. bab.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika, Klinični odddelek za perinatologijo

anze.ceh@kclj.si

Ključne besede: Babištvo, Unified modeling language, diagramske tehnike.

IZVLEČEK

Standardni jezik za modeliranje (UML) je bil razvit z namenom podpore pri načrtovanju objektno usmerjenih software-skih sistemov. S pomočjo UML lahko grafično opišemo različne algoritme sistema. V osnovi uporabljamo 4 diagramske tehnike prikaza.

Izhodišča: V prispevku je prikazana možnost uporabe UML modeliranja z namenom optimizacije delovnih procesov v babištvu. Metoda je uveljavljena na različnih drugih področjih že nekaj let in temelji na diagramskem prikazu algoritmov.

Metode: Avtor je pregledal obstoječo literaturo v letih od 2007 do 2012 in preveril možnost uporabe različnih UML diagramov za shematski prikaz delovnih procesov. UML definira 13 vrst diagramov, v članku bodo opisani trije, po mnenju avtorja primerni za aplikacijo v delovni proces obporodne babiške nege. To so: Diagram primerov uporabe (Use case), razredni diagram (Class diagram) in diagram aktivnosti (Activity diagram). Uporabljena bo deskriptivna metoda dela.

Rezultati: Avtor pričakuje, da je možno posamezne delovne procese izboljšati in racionalizirati, kar prispeva k racionalizaciji dela različnih poklicnih skupin, ki sodelujejo v obporodni babiški negi.

Diskusija: Avtorji UML (Booch, Jacobson, Rumbaugh) so razvili poenoteni jezik za modeliranje, razvojni proces izdelave modela pa uporabnik izbere sam glede na lastne potrebe. Z UML diagrami lahko grafično poenostavljeno predstavimo sistem, objekte, dogodke in stanja v različnih pogledih. Diagrami so razdeljeni v dve večji skupini. Statični diagrami, ki služijo modeliranju podatkovne sestave sistema, in dinamični, ki služijo modeliranju procesnih lastnosti oz. funkcionalnosti sistema.

Zaključek: Obporodna babiška nega predstavlja veliko aktivnosti, ki jih je moč optimizirati. Te aktivnosti in procesi so pomembni predvsem za vodilni kader, ki lahko na ta način pravilno razporeja s človeškimi resursi.

Keywords: Midwifery, Unified Modeling Language, Visual notations

ABSTRACT

Standard modeling language (UML) has been developed to assist the planing of object-oriented software systems. Using UML we're able to graphically describe different algorithms of the system. Basically, we use four display visual notations.

Background: This article discusses the possibility of using UML modeling in order to optimize working processes in midwifery. The method is implemented in various other professions for several years and is based on the diagram algorithms.

Methods: The author reviewed existing literature in the years from 2007 to 2012 and examined the possibility of using various UML diagrams for the midwifery workflow. UML defines 13 types of diagrams, this article is describing three of them in the opinion of the author and suitable for application in workflow of the perinatal midwifery care. These diagrams are: Use case diagram, Class diagram and Activity diagram. In article is used the descriptive research method.

Results: The author expects, that the individual work processes can be improved and streamlined, which helps to streamline the work of the various professional groups involved in the perinatal midwifery care.

Discussion: The authors of UML (Booch, Jacobson, Rumbaugh) have developed a unified modeling language, the development process of manufacturing and model user choice according to their own needs. In the UML diagrams can be presented graphically simplified system, objects, events and situation in different ways. The diagrams are divided into two major categories: Static diagrams for modeling data system planing and dynamic for serving processes modeling.

Conclusion: Perinatal Midwifery Care represents a lot of activities that can be optimized. These activities and processes are especially important for leading staff, which can thus be properly distributed to human resources.

UVOD

UML (Unified Modeling Language) je splošno uporabljan vizualni modelirni jezik za razvoj sistemov. Njegova glavna značilnost je, kot že pove samo ime, da je poenoten v komunikaciji do programskega inženirstva. Jezik vsebuje slovar besed in pravila za konstrukcijo besed jezika v stavkih, ki nam služijo za komunikacijo. Pravimo mu tudi jezik za modeliranje, saj vsebuje besede in gradnike, s katerimi predstavimo konceptualni in fizični ustroj sistema. Z modeliranjem lahko spoznamo sistem. Običajno za opis določenega sistema več različnih med seboj povezanih sistemov. UML jezik nam pove na kakšen način kreiramo definirane modele sistema.

Programski jezik opisuje več diagramskih tehnik, ki so opisane v nadaljevanju prispevka in predstavljajo podlago za oblikovanje lastnega procesa razvoja.

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Zgodovina UML

Jeziki za objektno modeliranje so se pojavili že v sredini sedemdesetih let, vzrok njihovih pojavov je pojav novih potreb in povečana kompleksnost softverskih sistemov. V obdobju od 1989 do 1994 se je število jezikov za objektno modeliranje iz začetnih deset povzpelo na več kot petdeset (Selić, 2012).

UML je nastal z združitvijo večih metodologij za objektno orientirano analizo in načrtovanje, med katerimi so bile najpomembnejše naslednje:

- OMT (Object Modeling Technique) avtorja Rumbaugh-a,



- OOSE (Object Oriented Software Engineering) avtorja Jacobson-a,
- OOSA (Object Oriented Systems Analysis) avtorja Shlaer-Mellor,
- OOA/OOD (Object Oriented Analysis and Design) avtorja Yourdon in Coad,
- Booch-93 – metodologija avtorja Booch-a. (Tartalja, 2011)

Po letu 1994 je bil razvoj orodij UML v bliskovitem porastu. Razvijalci in avtorji različnih sistemov so se pričeli združevati in usklajevati, kar je privedlo do poenotenja.

Kasneje je bil UML v okviru OMG (Object Management Group) standardiziran in poenoten za modeliranje sistemov.

Cilji in namen aplikacije UML

Osnovni cilji razvoja jezika UML se lahko strnejo v naslednjih točkah (Slokar, 2005):

- Razviti vizualni modelirni jezik, ki bo uporabnikom omogočal razvoj in izmenjavo modelov. UML naj se osredotoča na razmeroma majhno množico osnovnih konceptov, ki zadovoljujejo potrebe v razvoju večine programskih sistemov in ki jih ni nujno vedno uporabiti v polnem številu.
- Omogočiti razširjanje ali specializacijo osnovnih konceptov in s tem prilagajanje jezika posebnim potrebam projektov, ne da bi predefinirali osnovne koncepte.
- Razviti jezik, ki bo neodvisen od programskega jezika in razvojnega procesa, kar zagotavlja podporo široki paleti projektov, kjer lahko jezik UML uporabimo brez modifikacij.
- Razviti formalno osnovo za razumevanje modelirnega jezika, ki naj pomaga uporabniku pri spoznavanju in uporabi jezika. UML naj definira formalno definicijo statičnega formata modela s pomočjo meta modela, predstavljenega v obliki razrednih diagramov.
- Spodbuditi rast trga objektnih orodij, saj poenotena razvojna notacija omogoča boljšo podporo s strani dobaviteljev in lažjo izmenjavo podatkov.
- Razviti podporo za visokonivojske razvojne koncepte kot so sodelovanja, ogrodja, vzorci in komponente. Jasno definirana semantika naprednih konceptov je zelo pomembna za popolno izkoriščanje objektno tehnologije in ponovne uporabe.
- Integrirati najboljše izkušnje iz prakse. Ključno vodilo v ozadju razvoja jezika UML je združevanje najboljših izkušenj iz praktičnih primerov z upoštevanjem različnih pogledov na nivoje abstrakcije, arhitekture, problemska področja, faze razvoja, tehnike implementacije itd.

Konceptualni model in grajenost UML

Osnovni gradniki UML modela so:

- Elementi (Things),
- Povezave (Relationships),
- Diagrami (Diagrams).

Elementi so namenjeni opisovanju strukture, obnašanja, združevanja ali opomb. Omogočajo prikaz različnih pogledov na sistem. Strukturni elementi, ki prikazujejo statični pogled na sistem, so: razred, vmesnik, sodelovanje, primer uporabe, komponenta, vozlišče. Dinamična elementa, ki pa prikazujeta obnašanje sistema, pa sta interakcija in diagram stanj (Rumbaugh, Jacobson, Booch, 1999).

Povezave predstavljajo odnose med razredi in so abstraktna predstavitev odnosov realnega sveta. Povezava med odvisnima razredoma je primer povezave med razredoma. Povezave v UML lahko razdelimo na: odvisnosti, asociacije, generalizacije in realizacije.

Diagrami oziroma diagramske tehnike jezika UML omogočajo štiri različne poglede na problemsko področje. Prvi je pogled na uporabniške zahteve, kjer uporabljamo diagrame *primerov uporabe*, ki izvirajo neposredno iz Jacobsonove OOSE metodologije. V drugo skupino lahko uvrstimo statični pogled na problemsko domeno, kjer uporabljamo *razredne diagrame* (nekoliko spremenjena diagramska tehnika, povzeta iz Rumbaugh-ove OMTmetodologije) in *objektne diagrame*. Tretji pogled predstavlja skupina diagramskih tehnik, ki modelirajo obnašanje sistema in interakcijo med objekti sistema. Sem spadajo *diagrame stanj*, s katerimi opišemo prehajanje stanj za posamezne razrede, in *diagrame aktivnosti*, ki prikazujejo izvajanje aktivnosti sistema (Slokar, 2005).

METODE

Pregledana je bila obstoječa literatura v letih od 2007 do 2012 in preverjena možnost uporabe različnih UML diagramov za shematski prikaz delovnih procesov v babištvu. Pregledani so bili elektronski viri Univerzitetne knjižnice Maribor. Najdeno je bilo sedem relevantnih prispevkov, od teh so bili v prispevku uporabljeni štirje. V prispevku prikazani diagrami so izdelani s pomočjo orodja ArgoUML, ver. 0.34 (<http://argouml.tigris.org>).

UML definira 13 vrst diagramov, v članku so opisani trije (diagram primerov uporabe, razredni diagram in diagram aktivnosti), po mnenju avtorja primerni za aplikacijo v delovni proces obporodne babiške nege. Uporabljena je deskriptivna metoda dela.

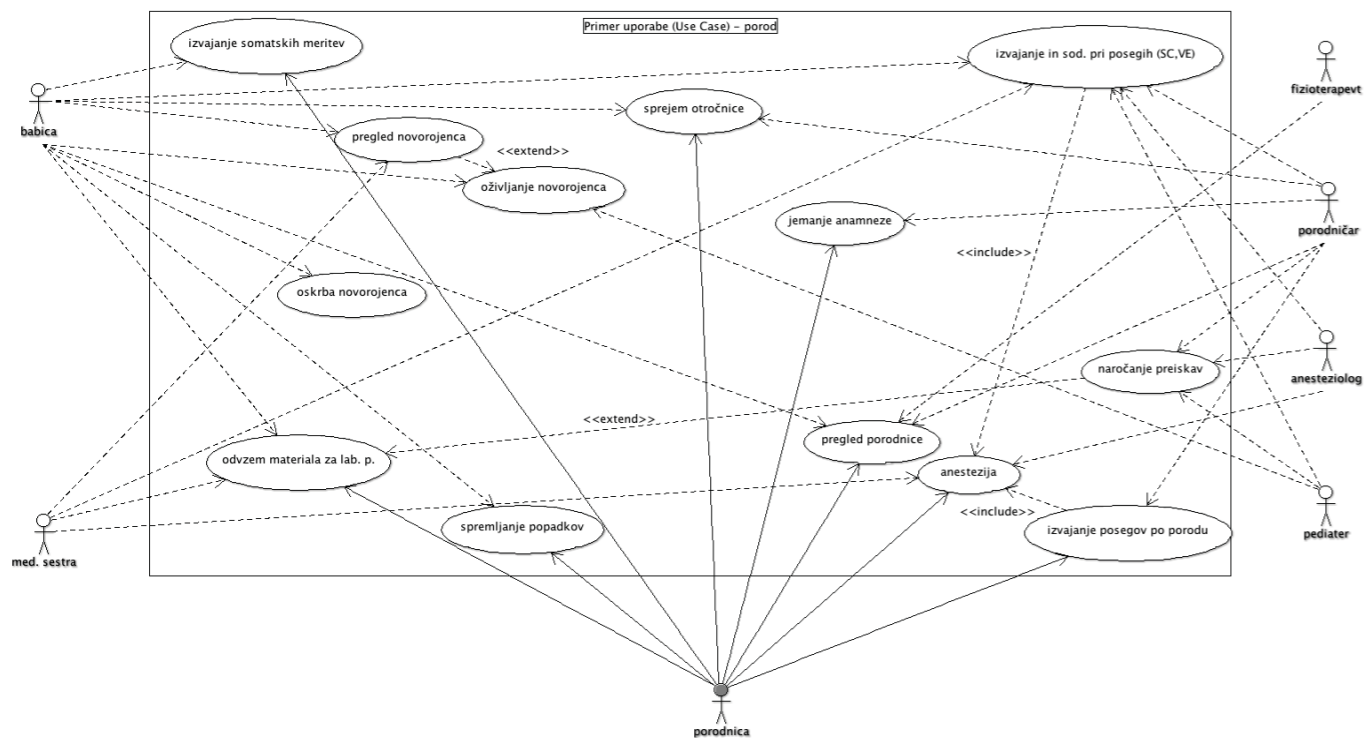
REZULTATI IN PREGLED UGOTOVITEV

Opredelevitev poslovnih zahtev

Diagrami primerov uporabe (UseCase Diagram)

V nadaljevanju je avtorjev prikaz primera informatizacije obporodnega in ožjega poporodnega obdobja. Prikazan je primer opisa poslovnih zahtev informatiku, ki jih poda zdravstveni strokovnjak (babica) z dodatnimi znanji na področju informatike.

V diagramu so prikazani ključni akterji sistema: Porodnica, babica (za porodnico skrbi od sprejema do odpusta na oddelek), porodničarj, (vključi se, ko je potrebna operativna pomoč pri porodu) in ostalih akterjev, ki se vključujejo po potrebi. Za uspešno izvedbo sta pomembni predvsem dobra povezava med akterji in dobro sodelovanje.



Slika 1: Diagram primera uporabe
Preglednica 1: Akterji sistema

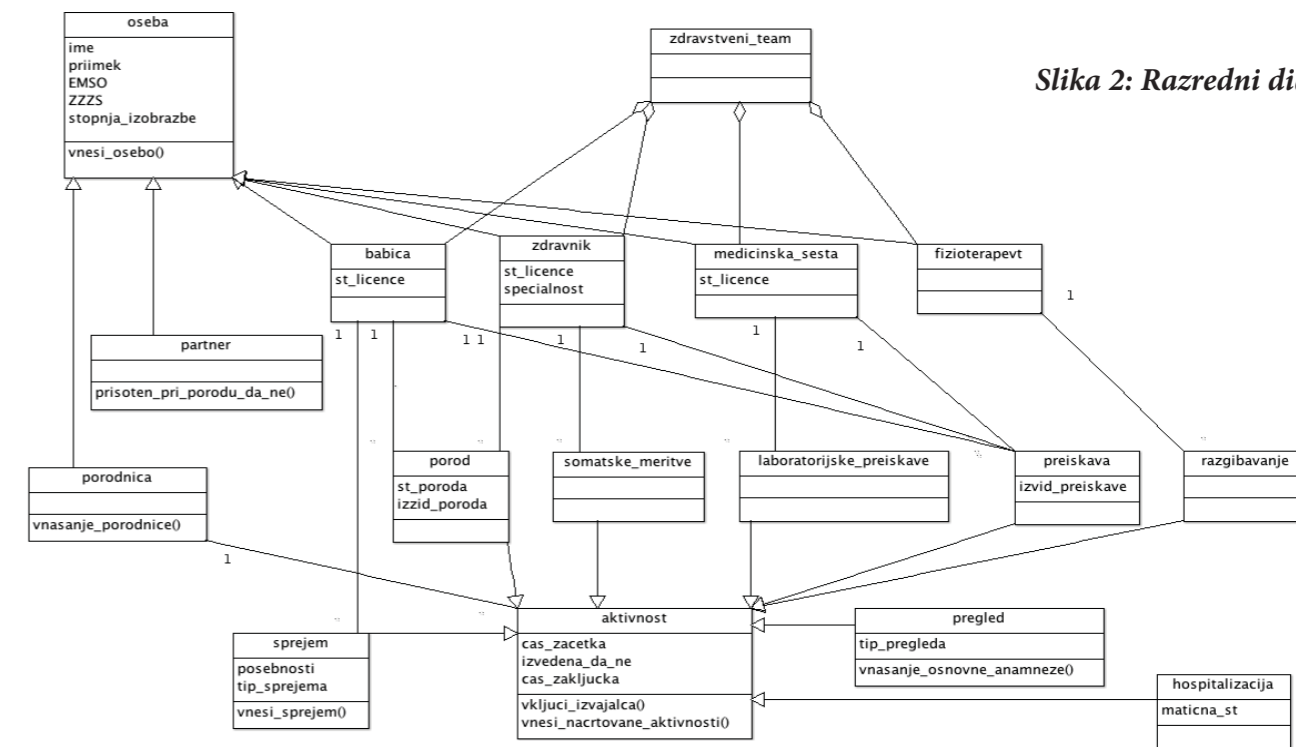
Akter	Opis
Babica	Je oseba, ki sodeluje pri sprejemu, pripravi, obporodni skrbi porodnice. Izvaja predpisane preiskave in somatske meritve.
Medicinska sestra	Je oseba, ki sodeluje pri sprejemu porodnice na oddelek otročnic in izvaja zdravstveno nego.
Porodničar	Je oseba, ki izvaja diagnostični terapevtski program.
Fizioterapevt	Je oseba, ki izvaja razgibavanje in spremlja gibalne sposobnosti porodnice.
Anesteziolog	Je oseba, ki izvaja diagnostični terapevtski program.
Pediater	Je oseba, ki izvaja diagnostični terapevtski program.
Porodnica	Je oseba, ki potrebuje zdravstveno oskrbo in pri kateri je lahko izvedena ena ali več aktivnosti.

Preglednica 2: Primeri uporabe sistema

Primer uporabe	Opis
Izvajanje somatskih meritev	Opravi jih babica, izvide pošlje zdravniku.
Pregled novorojenca	Izvajata ga babica in pediater z namenom ugotavljanja stanja.
Oživljanje novorojenca	Izvajata ga babica in pediater z namenom vzpostavitve življenjskih funkcij.
Sprejem otročnice	Izvaja medicinska sestra.
Izvajanje in sodelovanje pri posegih (SC, VE...)	Izvaja porodničar z namenom pomoči pri porodu.
Naročanje preiskav	Izvajata ga porodničar in anesteziolog z namenom ugotavljanja stanja.
Jemanje anamneze	Izvajata ga porodničar in babica.
Pregled porodnice	Izvajata ga porodničar in babica z namenom ugotavljanja stanja.
Anestezija	Izvede jo anesteziolog z namenom omlitvičenja in povzročitve neobčutljivosti.
Izvajanje posegov po porodu	Izvajata jih porodničar in babica z namenom reševanja zapletov.
Odvzem materiala za lab	Izvede ga babica, material pošlje v laboratorij.
Spremljanje popadkov	Izvaja babica z namenom ugotavljanja kvalitete popadkov.

Razredni diagram (Class Diagram)

Porodnica je vključena v babiško nego, ki jo izvaja babica s kompetencami. V razrednem diagramu so poleg razredov (prikazanih s pravokotnikom), prikazani še posamezni atributi in metode, ki razred opisujejo. Med razredi so osnovne povezave (asociacije – ang. association) in posebne vrste asociacij - agregacije (ang. Aggregation) ter kompozicije (ang. Composition).



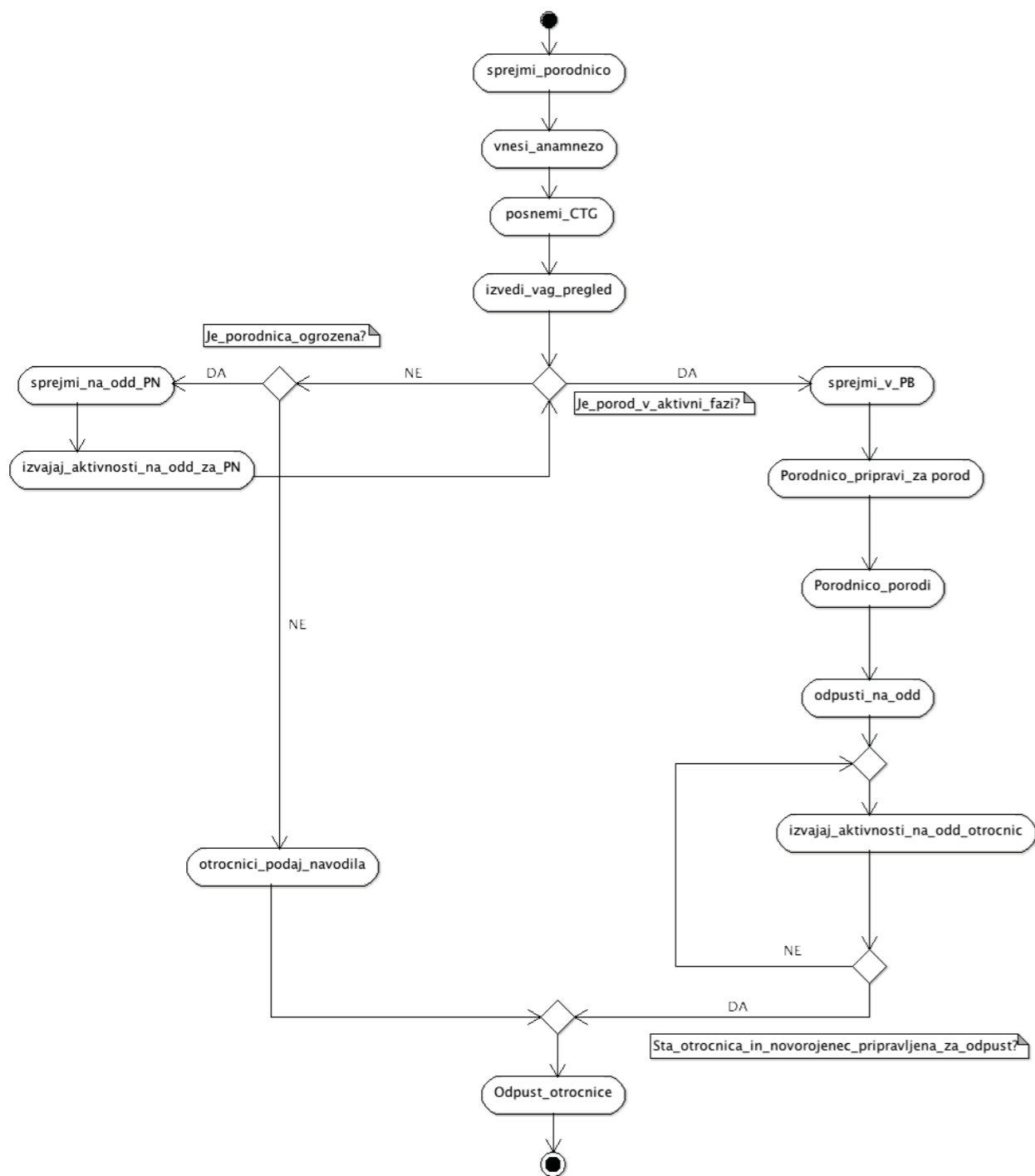
Slika 2: Razredni diagram

Preglednica 3: Seznam razredov

Razred	Opis
Oseba	Je posameznik, pri katerem opisujemo: ime, priimek, EMŠO, spol, št. ZZS in stopnjo izobrazbe
Porodnica	Je oseba, koristnica zdravstvene oskrbe, pri porodnici je lahko izvedena ena ali več aktivnosti.
Partner	Je oseba, ki spremlja porodnico med porodom in je prisoten na njeno željo.
Babica	Je oseba, ki sodeluje pri sprejemu, pripravi, obporodni skrbi porodnice. Izvaja različne preiskave in somatske meritve. Pri njej opisujemo stopnjo izobrazbe in številko licence.
Zdravnik	Je oseba, ki izvaja diagnostično terapevtski program. Pri njem opisujemo specialnost in številko licence.
Medicinska sestra	Je oseba, ki sodeluje pri sprejemu porodnice na oddelek otročnic in izvaja zdravstveno nego na oddelku. Pri njej opisujemo stopnjo izobrazbe in številko licence.
Fizioterapevt	Je oseba, ki izvaja gibalne vaje.
Zdravstveni tim	Sestavljajo ga različni strokovnjaki, kot so babice, zdravniki, medicinske sestre in fizioterapevti.
Porod	Je fiziološki proces pri porodnici.
Somatske meritve	So dejavnosti, ki vključujejo meritve telesne teže, RR.
Laboratorijske preiskave	So preiskave telesnih tekočin z namenom ugotavljanja določenih parametrov, ki privedejo do postavitve diagnoze.
Preiskava	Je dejanje z namenom ugotoviti določene parametre, ki privedejo do postavitve diagnoze.
Razgibavanje	Je dejavnost s katero porodnica izboljša gibljivost.
Sprejem	Je aktivnost, ki jo izvajata babica in zdravnik in pri kateri opisujemo čas, posebnosti in tip.
Pregled	Je ključna aktivnost, ki jo izvede babica ali zdravnik z namenom ugotavljanja stanja.
Hospitalizacija	Je sprejem porodnice v porodnišnico.
Aktivnost	Je dejavnost. V aktivnosti beležimo vrsto dejavnosti, ki jih izvajajo različni zdravstveni delavci.

Diagram aktivnosti (Activity diagram)

Diagram prikazuje primer triažiranja v porodnišnici z algoritmom odločanja ob sprejemu. Prikazane so akcije, ki se izvedejo v okviru posamezne operacije. Diagram aktivnosti vsebuje naslednje elemente: aktivnost, kontrolni tok, vejanje in začetno ter končno stanje.



Slika 3: Diagram aktivnosti

Preglednica 4: Seznam aktivnosti

Aktivnost	Opis
Sprejem porodnice	Vključuje vnašanje osebnih podatkov in pisanje dokumentacije.
Vnašanje anamneze	Podatki se vnesejo v informacijski sistem, napiše jo zdravnik.
Snemanje CTG	Vključuje spremljanje PSU in popadkov.
Izvajanje vaginalnega pregleda	Vključuje preiskovalno metodo z namenom ugotavljanja stanja dilatacije materničnega ustja.
Sprejem na oddelek za PN	Vključuje aktivnosti pri nosečnici v zvezi s sprejemom na oddelek.
Sprejem v PB	Vključuje aktivnosti pri porodnici v zvezi s sprejemom v PB.
Izvajanje aktivnosti na oddelku za PN	Vključuje aktivnosti spremljanja porodnice in ploda na oddelku za PN.
Priprava porodnice	Vključuje aktivnosti priprave na porod.
Porod	Vključuje aktivnosti v ožjem obdobju.
Odpust na oddelek otročnic	Vključuje aktivnosti pri porodnici in novorojencu, povezane s premestitvijo na oddelek otročnic.
Izvajanje aktivnosti na oddelku otročnic	Vključuje aktivnosti pri porodnici in novorojencu na oddelku otročnic.
Podajanje navodil	Vključuje informacije, ki se posredujejo otročnici pred odpustom.

RAZPRAVA

Poenoten jezik za modeliranje UML je grafični jezik za vizualizacijo, specifikacijo, načrtovanje in dokumentacijo programske opreme. Ponuja vzorce za načrtovanje sistema, vključujoč konceptualne stvari, kot so poslovni procesi in funkcije sistema, kakor tudi bolj konkretne stvari, kot so vgrajeni stavki programskega jezika, sheme baze podatkov in ponovno uporabne programske komponente (Fetih, 2004). Z UML diagrami lahko grafično poenostavljeno predstavimo sistem, objekte, dogodke in stanja v različnih pogledih. Diagrami so razdeljeni v dve večji skupini. Statični diagrami, ki služijo modeliranju podatkovne sestave sistema, in dinamični, ki služijo modeliranju procesnih lastnosti oz. funkcionalnosti sistema. Prav tako, kot vsi zdravstveni delavci, so tudi babice/babičarji pri svojem delu obremenjeni z administrativnimi aktivnostmi, ki neposredno krajšajo čas, ki bi ga bilo potrebno preživeti ob porodnici. Optimizacija delovnih procesov lahko bistveno pripomore k učinkovitosti dela. Težava je največkrat v pomanjkljivem znanju informatike pri babicah na vodstvenih položajih, ki bi informatiku opredelile poslovne zahteve za rešitve, z namenom izboljšanja delovnih procesov.

ZAKLJUČEK

Jezik za objektno modeliranje UML predstavlja skupek najboljših postopkov v objektno orientiranem modeliranju. Je rezultat večletnega dela, katerega cilj je poenotenje metod, ki so najpogosteje v uporabi pri razvoju informacijskih rešitev. Na področju zdravstva še ni implementiran, vendar v prihodnosti predstavlja dobro izhodišče za opredeljevanje poslovnih zahtev. Omenjeni načini so zanimivi tudi za babiško stroko, saj se lahko na ta način izboljšajo in optimizirajo delovni procesi.

Prvo pravilo kakršnekoli tehnologije je, da avtomatizacija neke učinkovite operacije povečuje njeno učinkovitost.

Drugo pravilo pa pravi, da avtomatizacija neučinkovite operacije povečuje njeno neučinkovitost.

Bill Gates



LITERATURA

- Rumbaugh J, Jacobson I, Booch G. The Unified Modeling Language Reference Manual. Addison Wesley; 1999: 512.
- Selič B. Projektovanje softvera - Jezik UML. Niš: Mašinski fakultet, Univerzitet u Nišu; 2012: 32.
- Tartalja I. Projektovanje softvera. Beograd: Elektrotehnički fakultet, Univerzitet u Beogradu; 2011: 166.
- Slokar T. Objektivno orientirano modeliranje informacijskega sistema operativnega procesa v centru vodenja elektrodistribucije: magistrsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta; 2005: 47-53.
- Fetih M. Razvoj programske rešitve za elektronski števec električne energije s pomočjo jezika za modeliranje UML. magistrsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta; 2004: 12-58.

212D

VLOGA KOORDINATORJA ODPUSTA PACIENTA V SPLOŠNI BOLNIŠNICI JESENICE

THE ROLE OF PATIENT TREATMENT COORDINATOR AT JESENICE GENERAL HOSPITAL

Jana Lavtižar, dipl. m. s.

Gordana Sivec, dipl. m. s.

Splošna Bolnišnica Jesenice

jana.lavtizar@sb-je.si

Ključne besede: načrtovanje odpusta, koordinator zdravstvene obravnave, multidisciplinarni tim, pacient

IZVLEČEK

Vzpostavitev sistema načrtovanja odpusta v domačo oskrbo je eden od pomembnih dejavnikov zdravstvene oskrbe pacientov. Načrtovanje odpusta iz bolnišnic je proces, ki se začne pred sprejemom v bolnišnico in se konča po odpustu pacienta. V primeru-zaznanih ovir pri načrtovanju odpusta se v načrtovanje vključi socialna delavka, pacienta pa se po zaključeni akutni obravnavi premesti na oddelek za zdravstveno nego. Na oddelku za zdravstveno nego se izvaja neakutna obravnava, ki poleg negovalne oskrbe pacienta vključuje rehabilitacijo s pomočjo fizioterapije in delovne terapije ter morebitno oskrbo ran. S tem se zagotavlja optimalna priprava pacienta na odpust ali premestitev iz bolnišnice in dosega kakovostno in varno obravnavo pacienta. Z multidisciplinarnim pristopom se doseže največjo možno stopnjo samostojnosti pacienta pri izvajanju življenjskih aktivnosti, ki pripomorejo k ozdravljenju ali ohranitvi zdravja. Pomemben element neakutne obravnave je tudi izvajanje družinskih konferenc, ki vključujejo pacienta, celotni zdravstveni tim in svojce/skrbnike. 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 stanje pred sprejemom v bolnišnico, predvsem njegove želje in pričakovanja. Pri odpustu so nam ključne informacije zagotavljanje zdravstvene in socialne oskrbe v domačem okolju. Pri uvedbi načrtovanja odpusta pacienta je potreben sistematičen pregled, razmislek o učinkoviti realizaciji ob upoštevanju smernic oziroma priporočil sodobne literature.-

Key words: planned discharge, patient treatment coordinator, multidisciplinary team, patient

ABSTRACT

The establishment of the system of planned discharge into home care is one of the most important factors in healthcare. The planning of the discharge into home care is a part of a continuous process that has to begin prior to admission to hospital and ends after the discharge of the patient. If obstacles for the discharge of the patient arise during the admission, social worker is included into treatment and the patient is transferred onto the nursing ward. Non-acute care is being carried out; nursing care is being complemented by rehabilitation with physiotherapy and occupational therapy and eventual wound nursing. By all these the best possible preparation for discharge or transference from hospital is being made and quality and safe treatment of the patient are ensured. By using multidisciplinary approach the highest possible degree of

patient independence with daily activities that influence convalescence or health preservation are achieved. An important component of non-acute care is the so-called family conferences where the patient, the entire healthcare team and relatives/ caretakers take part. The establishment of the systematic planned discharge of the patient enables the patient to pass the entire treatment and the proceeding from hospital to home care. It is very important to check the patient's condition prior to admission to hospital and to ask the patient about his wishes and expectations. When it comes down to discharge, information about healthcare and social care in the home environment is very important. The introduction of the planned discharge requires a systematic review, a reflection about the effective realization with procedures and principles considered respectively the literature recommendations.

UVOD

Zaradi staranja prebivalstva je v bolnišnice sprejetih vse več pacientov s kroničnimi obolenji. Ležalne dobe se skrajšujejo in intenzivnost njihove obravnave se povečuje. Pacienti morajo ob odpustu doseči najvišjo možno stopnjo samostojnosti pri aktivnostih, ki pripomorejo k ozdravljenju in ohranitvi zdravja. Naloga zdravstvenih delavcev je odgovorna in zahtevna. S skrajševanjem ležalne dobe so pacienti odpuščeni iz bolnišnice veliko prej, kot je bilo to v preteklosti in imajo še po odpustu do dokončnega okrevanja veliko potreb.

V smernicah ministrstva za zdravje v Veliki Britaniji je opredeljeno, da je lahko sprejem v bolnišnico in odpust iz nje za posameznika, njegovo družino zelo stresen dogodek. Za večino ljudi je zdravljenje uspešno in se po postavitvi diagnoze, zdravljenju in rehabilitaciji hitro vrnejo v običajno življenje. Nekateri ljudje potrebujejo dodatno pomoč pri okrevanju. Potrebe, ki jih imajo, so lahko številne in različne in jih pacienti sami ne morejo izpolniti (Department of health (DH), 2003).

Že ob sprejemu je zato potrebno pripraviti ustrezen načrt odpusta, da ne pride do ponovnega sprejema pacienta zaradi pomanjkljivega odpusta prejšnje hospitalizacije. Hkrati s tem preprečimo povečanje stroškov obravnave, ki jih v tem času ne smemo zanemariti. Pri odpustu pacienta je pomemben celoten multidisciplinarni tim, ki se pri svojem delu mora usklajevati in dopolnjevati.

Ob odpustu je potrebno upoštevati pacientovo stanje, njegove želje, potrebe in hkrati zagotavljati varno in učinkovito okrevanje. V obravnavo je potrebno vključiti ostale službe izven bolnišnice: socialno službo v okolju, kjer pacient živi, in patronažno službo. Istočasno je potrebno že med pripravo na sprejem ter ves čas hospitalizacije vključiti svoje oz. skrbnike.

V smernicah je zapisano, da je načrtovanje odpusta iz bolnišnice del nenehnega procesa, ki se mora začeti pred začetkom načrtovanega sprejema in čim hitreje za ostale sprejeme. Gre za nadgradnjo, kjer se posamezne ocene pacientovega stanja naredijo že pred sprejemom (DH, 2003).

Vzpostavitev dela koordinatorja odpusta

Koordinator zdravstvene obravnave v splošni bolnišnici Jesenice je diplomirana medicinska sestra, ki ima delovne izkušnje na kirurškem oddelku za kirurgijo in internem oddelku za interni oddelek. Pomembna in vidna je njena aktivna vloga vključevanja v zdravstveno obravnavo pacienta. Koordinator zdravstvene obravnave združuje delo koordinatorja sprejema pacientov in načrtovanja programa in koordinatorja odpusta. Tako gre za združeno delo dveh posameznikov, ki lepo zaokroži obravnavo v neko celoto.

Koordinatorji zdravstvene oskrbe pacientov so v večini medicinske sestre. Pri načrtovanju pacientovega odpusta je njihova vloga oblikovati učinkovite odnose, s ključnimi posamezniki pri pacientovem načrtu odpusta na oddelkih in pojasnitev informacij o odpustu, le te posredovati na strateški ravni (Proudlove, Boaden, Jorgensen, 2007; Watts, Pierson, Gardner, 2007).

Koordinatorja zdravstvene obravnave je potrebno vključiti takoj ob sprejemu v bolnišnico oziroma v prvih 24 urah od sprejema.

DIAS standard za bolnišnice v 25. poglavju opredeljuje načrtovanje odpusta pacienta. Bolnišnice morajo pripraviti protokol z namenom vzpostavitve sistema za načrtovanje učinkovitega odpusta, ki velja za vse paciente in se prične izvajati takoj, ob ali že pred sprejemom v bolnišnico (DIAS standard za bolnišnice, 2011).

Pri načrtovanih sprejemih je vključitev koordinatorja potrebna pred sprejemom v bolnišnico. V splošni bolnišnici Jesenice poteka takšna obravnava pacienta pred operacijo za resekcijo raka na debelem črevesju. Pacient je povabljen na razgovor teden dni pred operativnim posegom. V primeru urgentnih sprejemov se koordinator zdravstvene obravnave vključi v obravnavo ob sprejemu pacienta in sicer sodeluje na jutranji timski predaji pacientov.

Zelo pomembno je, da se opredelijo dejavniki za pacientov odpust ali premestitev, tako da je mogoče ukrepati in zgodaj načrtovati oskrbo. Če za to bolnišnica nima določenega posebnega strokovnega tima, mora biti odgovoren za oceno in načrtovanje odpusta zdravstveni tim na oddelku, kjer se pacient zdravi. Najpogostejši razlog, da odpust ni pravočasen in da se podaljša bivanje v bolnišnici je takrat, ko za posameznika ni na voljo najprimernejše nastanitve po odpustu iz bolnišnice (Godden, McCoy, Pollock, 2009).

Pri koordiniranju odpusta je potrebno sodelovanje celotnega multidisciplinarnega tima in načrtovanje vseh aktivnosti, ki bodo pripeljale do hitrejšega odpusta. Multidisciplinarni tim pomaga koordinatorju zdravstvene obravnave načrtovati, usklajevati pravočasen odpust in preprečevati ponoven sprejem in tako zagotavljati uspešno delovanje koordinatorja zdravstvene obravnave.

Deset korakov do uspešnega delovanja koordinatorja odpusta (DH 2004):

1. Pripravljenost multidisciplinarnega tima, da proaktivno pristopa k pravočasnemu odpustu. Potrebno je imeti stalen pregled prostih posteljskih kapacitet in iskanje vzrokov, ki bi lahko vplivali na zasedenost postelj in prepočasni in nenačrtovani odpust posameznih pacientov. Uporabiti je potrebno podatke za ponazoritev pomena pravočasnega odpusta, npr. sedem dnevna analiza seznama pacientov, ki čakajo na sprejem oz. prosto posteljo.
2. Skrb za pravočasni odpust mora biti cilj vseh, ki so vključeni v oskrbo pacientov, vključno z medicinsko sestro, ki je pričela z načrtovanjem odpusta.
3. Pri tem je pomembna tudi podpora vodstva (predstojnik, glavna medicinska sestra, strokovni direktor) in usmeritve, ki jih ima zdravstveni zavod na tem področju.
4. Dogovorjen obseg dela in število pacientov, ki bodo v nekem obdobju obravnavani.
5. Vsi člani multidisciplinarnega tima morajo poznati svojo vlogo in odgovornost pri celostni oskrbi in pri odpustu. Seznanjeni morajo biti, ali je odpust preprost ali je bolj kompleksen.
6. Potrebno je zagotoviti sistemski pristop k izvajanju celotnega procesa (proces razporejanja, pričakovani datum odpusta, dokumentacija o pacientovih zapisih/opombah, pregled nad frekvenco gibanja pacientov na oddelku).
7. Pri pripravi procesa dela koordinatorja je potrebno prepoznati potrebna znanja, ki jih mora imeti izbrana medicinska sestra, določiti je potrebno aktivnosti in kompetence, ki jih bo pri delu potrebovala. Poleg tega je potrebno stalno ugotavljanje potreb po izobraževanju in usposabljanju.
8. Pred dokončno odločitvijo o načinu izvajanja načrtovanja odpustov je priporočljiv pilotni projekt, ki se ga zaključi z mnenjem tima o novem pristopu in vplivu sprememb na celotno oskrbo pacientov.
9. Pripraviti in vzpostaviti je potrebno politiko zaupanja (vključiti smernice/kriterije).



10. Nenehno izboljšanje politike in smernic, glede na povratne informacije svojcev, pacientov/negovalnega osebja, poročila o odklonih in pregledom stanja.

11. Za izboljšanje poteka dela stalno zbiramo podatke, opazujemo, analiziramo in pregledujemo obstoječe stanje (izkušnje pacientov, vzorec sprejemov in odpustov preko tedna in za vikend).

Koordinator v načrtovanje odpusta in postavljanje ciljev aktivno vključuje pacienta in njegove svojce. Pomembno je, da koordinator pridobi podatke o tem, kako je potekala oskrba pacienta doma pred sprejemom v bolnišnico. Obenem pa koordinator svetuje glede izvajanja negovalnih postopkov po odpustu in izvaja zdravstveno vzgojno delo.

Načrtovanje pacientovega odpusta se izvede v bolnišnici. S pridobljenimi informacijami se načrtuje oskrba, odpust, premestitev ali napotitev v ustrezne ustanove ali v ambulantno obravnavo (DIAS standard za bolnišnice, 2011).

Načrtovanje odpusta

Zelo pomembno je, da se opredelijo dejavniki za pacientov odpust ali premestitev, tako da je mogoče ukrepati in zgodaj načrtovati oskrbo. Če za to bolnišnica nima določenega posebnega strokovnega tima, mora biti odgovoren za oceno in načrtovanje odpusta zdravstveni tim na oddelku, kjer se pacient zdravi. Najpogostejši razlog, da odpust ni pravočasen in da se podaljša bivanje v bolnišnici, je takrat, ko za posameznika ni na voljo najprimernejše nastanitve po odpustu iz bolnišnice (Godden, McCoy, Pollock, 2009).

Pomembno je načrtovanje aktivnosti zdravstvene nege, da se lahko pravočasno uredi morebitna potrebna namestitve v drugo ustanovo ali pridobi ustrezne pripomočke, ki pacientu v domačem okolju olajšajo opravljanje osnovnih življenjskih aktivnosti.

Pravočasni odpust

Pravočasni odpust je, ko je pacient odpuščen domov ali premeščen v drugo zdravstveno ustanovo, takoj ko je klinično stanje pacienta stabilno in je primeren za odpust (DH, 2004).

Pravočasni odpust je možen samo s skrbno načrtovanimi aktivnostmi od sprejema dalje in aktivnim vključevanjem ter sodelovanjem vseh članov multidisciplinarnega tima.

Ključni koraki za pravočasni odpust so:

1. pričakovan datum odpusta je opredeljen že v okviru dogovora s pacientom in v 24 urah po sprejemu; temelji na času, ki je potreben za preiskave, posege in da je pacient klinično stabilen in primeren za odpust,
2. pacient in svojec/skrbnik sta vključena in informirana o načrtu in predvidenem datumu odpusta,
3. vzporedno je potrebno izvesti vse ukrepe za optimalen odpust, vključno z odpustnim pismom, ambulantnimi kontrolnimi obiski, predpisom predvidenih zdravil v domačem okolju in transportom pacienta domov,
4. dnevni pregled pacientovega zdravstvenega stanja in odziv na zdravljenje lahko privede do spremembe datuma odpusta,
5. pregled planiranega odpusta z dejanskim odpustom, glede na načrt (DH, 2004).

Učinkovit odpust

Ključna načela za učinkovit odpust in prenos skrbi so:

- s sistemskim pristopom preprečimo nepotrebne in ponovne sprejeme in zagotovimo učinkovit odpust,
- sodelovanje in aktivna udeležba posameznikov je bistvenega pomena negovalnega osebja kot enakovrednih partnerjev pri načrtovanju uspešnega odpusta,
- odpust je proces in ne en sam dogodek, mora biti načrtovan v vseh bolnišnicah in socialnovarstvenih ustanovah; obenem zagotavlja, da se posameznik in negovalno osebje razumejo in prispevajo k načrtovanju ustreznih odločitev,
- proces načrtovanega odpusta je potrebno uskladiti s koordinatorjem, ki je odgovoren za koordinacijo vseh aktivnosti, ki so potrebne za učinkovit odpust,
- pomembno je, da aktivnosti potekajo v okviru multidisciplinarnega tima,
- za oceno in izvajanje neprekinjene zdravstvene oskrbe ter socialnega varstva je pomembno, da posamezniki razumejo kontinuiteto zdravstvenih in socialnih storitev, njihovih pravic, sprejemajo nasvete in informacije, da lahko premišljeno sprejemajo odločitve o nadaljnji oskrbi (DH, 2003).

Rezultat učinkovitega odpusta je merljiv z zadovoljstvom pacienta in svojcev.

Vrednotenje načrta odpusta

Diplomirana medicinska sestra, socialni delavec, ali drugo ustrezno usposobljeno osebje, mora pripraviti in nadzirati vrednotenje. Odgovorno osebje mora imeti izkušnje glede načrtovanja odpusta, poznati socialne in psihične dejavnike, ki vplivajo na funkcionalno stanje ob odpustu, ter biti seznanjeno s sredstvi skupnosti, s katerimi je mogoče zadostiti kliničnim in socialnim potrebam po odpustu. Vrednotenje načrta mora vključevati (DIAS standard za bolnišnice, 2011):

- verjetnost, da bo pacient potreboval storitve po odpustu,
- verjetnost pacientove sposobnosti samooskrbe ali možnosti za pacientovo oskrbo v okolju, iz katerega je bil sprejet v bolnišnico,
- način obveščanja pacienta oziroma njegove družine o svobodni izbiri med relevantnimi ponudniki storitev po bolnišničnem zdravljenju; če je mogoče, je izražene želje pacienta oziroma njegove družine treba upoštevati.

Načrt odpusta mora biti pravočasno ovrednoten, da se preprečijo morebitne zamude pri odpustu. Vrednotenje načrta odpusta mora biti del pacientove zdravstvene dokumentacije; uporabiti ga je treba pri oblikovanju načrta odpusta s pacientom ali osebo, ki ga zastopa (DIAS standard za bolnišnice, 2011).

Načrt odpusta je treba redno ponovno ovrednotiti na osnovi aktualnega dejanskega stanja in sicer v namenom upoštevanja sprememb pacientovega stanja oziroma okoliščin. Ponovno vrednotenje mora vključevati revizijo načrtov odpusta ter tako zagotoviti, da so skladni s potrebami ob odpustu. Pacienta in družinske člane ali zainteresirane osebe je treba po potrebi ustrezno izobraziti z namenom priprave na nego v po bolnišničnem zdravljenju. Začetno izvajanje pacientovega načrta odpusta mora opraviti bolnišnica. Paciente je treba skupaj s potrebnimi zdravstvenimi informacijami po potrebi premestiti ali napotiti v ustrezne ustanove ali ambulantne dejavnosti (DIAS standard za bolnišnice, 2011).

Zbrane podatke koordinator zdravstvene obravnave dokumentira in si pripravi načrt katerega končni cilj je predviden odpust. Svoje delo načrtuje sproti in tudi vrednoti sproti v posebej oblikovano dokumentacijo ter povzetek aktivnosti dokumentira tudi v informacijski sistem.

Obveščanje pacientov o dolžini bivanja v bolnišnici je kompleksen proces, ki vključuje različne strokovnjake, ustrezen časovni okvir in upoštevanje celotnega gibanja pacientov. Vsi ukrepi od sprejema dalje morajo biti usmerjeni v načrtovanje datuma odpusta. Postavitev datuma zahteva poglobljeno razumevanje možnih poti pacientov od sprejema dalje in čas, ki je potreben za dokončanje preiskav ter rezultatov preiskav, kar je tesno povezano z odpustom (Lees, 2008).

Vedno pa se pacientova oskrba ne more zaključiti s premestitvijo v drugo ustanovo ali odhodom v domače okolje takoj po zaključeni akutni obravnavi. Bolnišnično zdravljenje se nadaljuje na oddelku za zdravstveno nego, kjer se nadaljuje rehabilitacija pacienta in podaljšajo same priprave na odpust. Na oddelku za zdravstveno nego je posebnost izvajanje družinskih konferenc. Pacienta, ki zaključijo z akutno obravnavo in ni odpuščen z akutnega oddelka, se sprejme na oddelku za zdravstveno nego (OZZN). Sprejem na OZZN je pogojen s kriteriji, ki so v naprej določeni. Potreben je tudi predlog lečečega zdravnika na akutnem oddelku. Medicinska sestra iz OZZN pacienta pred sprejemom obišče in se informira o njegovem zdravstvenem stanju, negovalnih problemih in njegovih trenutnih sposobnostih. Pri tem sodeluje koordinator zdravstvene obravnave. Ob sprejemu na OZZN se v obravnavo poleg negovalnega osebja vključijo tudi: fizioterapevtka, delovna terapevtka, dietetik, koordinatorica za RZP in, če je potrebno, tudi socialna delavka. Že ob sprejemu se prične dogovor o odpustu oziroma premestitvi pacienta. Načrtuje se družinska konferenca, v kateri sodeluje pacient, če je sposoben sodelovati, in njegovi svojci, koordinatorica zdravstvene nege na oddelku za zdravstveno nego ter socialna delavka. Ko je dogovorjeno, kam bo pacient nameščen po odpustu, se k pogovoru povabi fizioterapevtko in delavno terapevtko, ki svojce seznanita s stopnjo samooskrbe, ki jo je pacient dosegel tekom rehabilitacije na OZZN. Svojce se povabi na individualno edukacijo. Pri tem se prilagaja svojcem glede na njihove želje in potrebe. Cilj je, pripraviti pacienta na najvišjo možno stopnjo samooskrbe pri vseh življenjskih aktivnostih.

ZAKLJUČEK

Pacienti na poti skozi zdravstveni sistem so podobni potnikom na potovanjih z neznano destinacijo in trajanjem, negotovostjo in zaradi tega stopajo z majhnimi, preprostimi koraki. Postavitev datuma odpusta se lahko obravnava kot enega od teh korakov in kot ukrep za zmanjšanje negotovosti in zagotovitve, da se pacienti dobro počutijo, ko so sprejeti v bolnišnico. Datumi odpusta so mišljeni kot približek in niso natančno določeni. So časovni okvir za zdravstvene delavce in postavljajo paciente v središče procesa odpusta (Lees, 2008).

Komunikacija je ključnega pomena, pri tem je pomembno, da se preveri, kaj je bilo sporočeno in kaj razumljeno. Spremljanje učinkovitosti komunikacije tima lahko izboljša pacientove izkušnje in razvije boljše profesionalne odnose (DH, 2010b).

Vzpostavitev celostnega sistema obravnave pacienta pred sprejemom, v času celotne obravnave in načrtovanje odpusta poveča kakovost odpusta v domače okolje. Vzpostavitev sistema načrtovanja odpusta v domačo oskrbo in v institucionalno varstvo za paciente, pri katerih je mogoče glede na dejavnike tveganje pričakovati, da bodo pri doseganju varnega in učinkovitega okrevanja potrebovali večjo vzpodbudo in nadzor, dokazano vpliva na skrajšanje bolnišnične oskrbe in omogoča bolj usklajen in varen odpust v domače okolje. Rezultat učinkovitega odpusta je zagotovo zadovoljen pacient in njegovi svojci. Rezultati anketnega vprašalnika o zadovoljstvu delovanja koordinatorja zdravstvene obravnave povedo, kako pomembna je njegova vloga v zdravstveni obravnavi pacienta.

Majhno in stalno izboljševanje prakse je ključnega pomena in je potrebno imeti pogum in priložnost ter vprašati, kako se stvari naredijo. Ko se odkrijejo problemi, morajo ljudje imeti občutek, da je varno biti kritičen do obstoječe prakse. Cilj ne sme biti rešitev vseh težav na enkrat, ampak poiskati, najti soglasje o določenem vprašanju in ukrepati. Ne glede na to, kako majhna je ta sprememba, je začetek za nov zagon in zahteva zaupanje vsakogar. Potrebno je opredeliti potrebe po usposabljanju (Lees, Emmerson, 2006).

LITERATURA

- Department of Health. Discharge from Hospital: Pathway, Process and Practice. London: The Stationery Office, 2003.
- Department of Health. Achieving Timely Simple Discharge from Hospital: A Toolkit for the Multi-disciplinary Team. London: The Stationery Office; 2004.
- Godden S, McCoy D, Pollock A Policy on the rebound: trends and causes of delayed discharges in the NHS. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2009; 102(1) 22-28.
- Lees L, Holmes K. Estimating a date of discharge at ward level: a pilot study. *Nursing Standard*. 2005;19.(17):40-43.
- Lees L, Emmerson K Identifying discharge practice training needs. *Nursing Standard*. 2006; 20(29): 47-51.
- Lees L. Estimating patient discharge dates. *Nursing Management*. 2008; 1, 15(3): 30- 35.
- Proudlove N, Boaden R, Jorgensen J. Developing bed managers: the why and the how. *Journal of Nursmg Management*. 2007. 15(1): 34-42.
- Standard za bolnišnice. Mednarodne akreditacijske zahteve. DNV (Det Norske Veritas), DNV-DS-HC101, verzija 2.0.2011.
- Watts R, Pierson J, Gardner H. Co-ordination of the discharge planning process in critical care. *Journal of Clinical Nursing* 2007; 16(1):194-202.

212E

POMEN KAKOVOSTNE TIMSKE PREDAJE PACIENTA MED ENOTO INTENZIVNE TERAPIJE IN ODDELKOM

SIGNIFICANCE OF QUALITY TEAMWORK TRANSFERRING THE PATIENT TO THE ICU BETWEEN THE UNIT AND THE DEPARTMENT

Maja Kaker, dipl. m. s.

Zorica Panić, dipl. m. s.

Splošna Bolnišnica Jesenice

maja.kaker@sb-je.si

Ključne besede: varnost pacienta, zdravstvena nega, timska predaja pacienta

IZVLEČEK

Izhodišča: Za zagotavljanje varne in kakovostne zdravstvene nege je potrebna celovita timska predaja pacienta, ki je enakovredna pisni predaji. Z vidika varnosti pacienta je ob predaji bistveno prenesti točne in dosledne informacije o stanju in oskrbi pacienta in s tem zagotoviti kontinuirano zdravstveno nego po premestitvi pacienta. Odgovornost za kakovostno oskrbo pacienta se ob predaji od medicinske sestre, ki predaja, prenese na medicinsko sestro, ki sprejme pacienta. V Splošni bolnišnici Jesenice pisno predajo izvajamo s pomočjo obrazca, ki ga uporabljamo ob premestitvi pacienta iz enote intenzivne terapije na oddelek ali obratno. V primeru, da je ustna ali pisna predaja nepopolna, je možnost nezaželenih dogodkov večja, saj je lahko ogrožena varnost pacienta. S prispevkom želimo prikazati, kako pomemben del zdravstvene oskrbe predstavlja timska predaja pacienta in s tem popoln prenos informacij. Namen članka je prikazati vsebino obrazca, ki ga uporabljamo ob premestitvi pacienta, ugotovitve ali obrazec izboljša prenos ključnih informacij.

Metode: V prispevku je uporabljena deskriptivna metoda dela s pregledom in kritičnem branjem domače in tuje strokovne literature. V članku je predstavljena analiza pregledanih premestitvenih listov pacientov iz enote internistične intenzivne terapije in enote intenzivne terapije operativnih strok, ki so bili premeščeni na različne oddelke Splošne bolnišnice Jesenice v oktobru, novembru in decembru leta 2012.

Rezultati: raziskava je pokazala, da se pomembni podatki o zdravstvenem stanju pacienta prenesejo, zapišejo in predajo medicinski sestri, ki pacienta sprejme.

Zaključek: Varno in kakovostno zdravstveno nego lahko zagotovimo z doslednim dokumentiranjem in učinkovitim prenosom informacij ob premestitvah pacientov.

Key words: safety patient, nursing care, team hands over patient

ABSTRACT

Introduction: To ensure safe and quality care, full team handing the patient, which is equivalent to the written surrender. In terms of patient safety at the handover significantly to download accurate and

consistent information about the condition and care of the patient in order to ensure continuous care to transfer the patient. Responsibility for quality patient care is the handover of nurses handing transferred to the nurse adopt the patient. The General Hospital Jesenice written submission is performed by using the form that is used when transferring a patient from the ICU to the ward or vice versa. In the event that is in oral form or in writing handing over incomplete the possibility of adverse events is greater, as risks could become a patient safety. The article is to show how important a part of the health care team and patient transfer with the complete transfer of information. The purpose of this article is to show the contents of the form that is used when transferring patients, findings or form to improve the delivery of key information.

Methods: The paper used descriptive method of review and critical reading of domestic and foreign literature. The following article presents an analysis of the revised to transfer sheets of intensive care unit ward and intensive care unit operational disciplines in various departments of the General Hospital Jesenice in October, November and December of 2012.

Results: The study found that important information about the health status of the patient transferred to record and transfer nurses take patient.

Conclusion: The safety and quality of health care can be provided with consistent documentation and effective transfer of information on transfer of patients.

UVOD

Stalen prenos informacij o pacientovem stanju v negovalnem timu omogoča dobro koordinacijo med posameznimi oddelki ali področji. Obojestranska verbalna in pisna komunikacija je osnova za kontinuirano zdravstveno nego, za kakovostno storitev za pacienta, za uspešno vključevanje in zdravstveno vzgojo svojcev (Srpčič, 2011).

Timska predaja pacienta vodi do boljšega skupinskega dela, izboljšuje kontinuiteto zdravstvene nege, povečuje varnost in kakovost obravnave pacienta in je sestavni del procesa zdravstvene nege (Kramar, Marinšek, 2009).

Dokumentiranje je pomemben element zdravstvene nege. Zagotavlja kontinuiteto, odraža profesionalnost in daje osnovo za vrednotenje zdravstvene nege (Šušteršič in sod., 2000).

Naloga medicinske sestre ob premestitvi pacienta

Z vidika varnosti pacientov je bistveno prenesti osnovne informacije za oskrbo pacienta, spodbujanje kontinuirane zdravstvene nege, izpolnitev terapevtskih ciljev ter zagotavljanje varnega prenosa oskrbe in odgovornost za pacienta do medicinske sestre (MS), ki predaja in MS, ki sprejema pacienta (Kramar, Marinšek, 2009).

Odpust pacienta se načrtuje in je odločitev zdravnika. MS se dogovori z odgovorno MS na oddelku (lahko telefonsko), kdaj bi se odpust izvedel, ob tem poda osnovne informacije o zdravstvenem stanju pacienta (potreba po izolaciji, kisik, vakuum,...). MS ob premestitvi/odpustu izvede naslednje aktivnosti:

- preveri higiensko urejenost pacienta, pripravi pacienta na odpust – razloži postopke odpusta,
- izvede vse potrebne preveze in oceni stanje le teh (preveza OVK, kirurške rane, EDK oz. oceni stanje na podlagi negovalne dokumentacije), odstrani arterijsko kanilo in OVK po dogovoru z zdravnikom,
- izpolnjen premestitveni list (kot edina pisna in zato najpomembnejša predaja pacientovega zdravstvenega stanja),
- timska predaja pacienta in njegovih osebnih stvari (Splošna bolnišnica Jesenice, 2010).

Premestitveni list

Premestitveni list se v Splošni bolnišnici Jesenice (SBJ) uporablja od leta 2006 in je bil prenovljen v letu 2009. S prenovo obrazca smo ob premestitvi zmanjšali število dokumentov, ki jih je bilo potrebno izpolniti, s tem da smo njihovo vsebino vključili v omenjeni obrazec.

Premestitveni list predstavlja pripomoček, ki vodi medicinsko sestro skozi proces predaje pacienta. Usmerja medicinsko sestro v predajo ključnih informacij o negovalnih problemih pacienta, posebnosti zdravstvene nege in o eventualnih okužbah.

Premestitveni list je sestavljen iz dveh delov. Prvi del je namenjen splošnim informacijam o pacientu (medicinska in negovalna diagnoza, premestitev iz katerega oddelka, namen premestitve, napotitev socialni službi, kategorizacija zdravstvene nege, ocena ogroženosti za nastanek razjede zaradi pritiska, padca, opis operativne rane/kronične rane, epidemiološki status, stanje zavesti, ocena bolečine). Drugi del pa je namenjen opisu zadovoljevanja življenjskih aktivnosti po Virginiji Henderson. Kot potrditve pravilnosti predaje se na premestitveni list podpišeta MS ki pacienta sprejme, in MS, ki ga predaja.

S premestitvenim obrazcem želimo doseči strnjeno in natančno komunikacijo med oddelki/enotami kot tudi prenos pomembnih negovalnih informacij. Zagotoviti želimo popolno in celovito sliko pacienta.

Namen raziskave

Raziskavo smo želeli pridobiti podatke o točnosti zapisa in doslednosti izpolnjevanja premestitvenega lista ter ugotoviti, ali premestitveni list služi svojemu namenu. Sekundarni namen raziskave je pridobitev podatkov o tem, ali se premestitveni listi izpolnjujejo vedno, tudi v primerih, ko so pacienti v intenzivni terapiji hospitalizirani le nekaj ur. Ravno tako smo želeli ugotoviti, ali je pisni prenos informacije o zdravstvenem stanju, posebnostih zdravstvene nege ter zagotavljanju osnovnih življenjskih aktivnostih pacienta najboljši način prenosa informacij.

METODE

Uporabljena je bila kvantitativna metoda dela. Pri raziskavi je bilo pregledanih in analiziranih 62 premestitvenih listov. 31 jih je bilo iz enote internistične intenzivne terapije (IIT) in 31 iz enote intenzivne terapije operativnih strok (EITOS). Pacienti, ki so se zdravili v intenzivnih terapijah, so bili premeščeni na različne oddelke SB Jesenice. V raziskavi so bili obdelani obrazci, ki so bili izpolnjeni v zadnjem tromesečju leta 2012.

REZULTATI IN RAZPRAVA

Pri pregledu premestitvenih listov je bilo ugotovljeno, da je celotni list premestitve izpolnjen v 78,2 %, v 19,5 % so bile določene rubrike izpolnjene nad 90,3 %, v 2,1 % pa je bila določena rubrika izpolnjena le v 77,4 %. Dobljeni podatki nam prikazujejo stanje, ki ga lahko ocenimo kot dobro.

V prvem, splošnem delu premestitvenega lista polje medicinska, negovalna diagnoza ter polje na oddelku hospitaliziran MRSA/ESBL/VRE pozitiven pacient ni bila izpolnjena v 4,8 % (3 primeri). Polja datum premestitve, kategorizacija ZN ter bolečina niso bili izpolnjeni v 1,6 % (1 primer).

V drugem delu, ki opisuje zadovoljevanje življenjskih aktivnosti polje odvajanje /izločanje ter polje gibanje in zaželena lega, nista bili izpolnjeni v 1,6 %. Polje podpis MS/ZT, ki pacienta sprejema, pa je izpolnjena najslabše. To polje ni bilo izpolnjeno v 22,6 % (13 primerov).

Zaradi slabšega rezultata pri podpisovanju MS/ZT je bila opravljena varnostna vizita, ki je bila izvedena v sodelovanju s koordinatorico zdravstvene nege na internem oddelku, kamor najpogosteje premeščamo paciente. Določili smo korektivni ukrep, ki opredeljuje pogovor z vsemi zaposlenimi, ki prihajajo v stik s

pacientom, ki se premešča na oddelek ali v IIT. Pri pogovoru smo zaposlene opozorili na pomembnost doslednega dokumentiranja, pomen pregleda premestitvenega lista o kontinuirani obravnavi ter varnosti in posledično kakovostni zdravstveni negi pacienta. Iskali smo tudi vzroke, zakaj ti podpisi manjkajo in po pogovoru z zaposlenimi prišli do ugotovitve, da so ocenili, da je to nepotrebno.

Vsebinsko so bili pregledani tudi podatki in zapisi v dokumentaciji zdravstvene nege (zapisi v listu procesa zdravstvene nege) in ugotovili smo, da se zapisi ujemajo s podatki na premestitvenem listu. S pravnimi zapisi, ki so nujno potrebni se izognemo morebitnim napakam, preprečimo škodo, ki bi se lahko dogodila pacientu.

Ob pregledu smo ugotovili, da se na premestitveni list dopisujejo vstavljene i.v. kanile in osrednji venski katetri, za katere pa na premestitvenem listu ni določenega polja. Te zapise medicinske sestre opravijo kljub temu, da se ob premestitvi preda tudi vsa dokumentacija, na kateri je razvidno, kateri dan ter na katero mesto so bili žilni pristopi vstavljeni.

ZAKLJUČEK

Z raziskavo smo ugotovili, da so zapisani podatki na premestitvenem listu točni, vendar prihaja do odstopanj pri izpolnjevanju vseh rubrik in podpisu same predaje na predajnem listu. Kljub temu smo ugotovili, da list predaje služi svojemu namenu. Pomembne informacije za zagotavljanje kakovostne in kontinuirane zdravstvene nege se zapišejo in predajo medicinski sestri, ki pacienta sprejema tudi v primeru, če gre le za nekaj urno hospitalizacijo v enoti intenzivne terapije. Kot nepravilnost lahko izpostavimo vpise o vstavljeni i.v. kanili kljub dejstvu, da za to ni predvidene rubrike. Omenjeno vpisovanje pomeni nepotrebno administrativno delo, ki ga je potrebno odpraviti. Premestitveni list bomo prilagodili ugotovljenim potrebam, z zaposlenimi bomo še naprej izvajali varnostne vizite in periodične nadzore nad dokumentiranjem.

Najpomembnejša je pacientova varnost in predaja pacienta mora biti izvedena na tak način, da zagotovi učinkovit prenos informacij, ki so ključnega pomena za varno delo ob pacientu. Naš cilj je, da bomo dokumentirali pravilno, s tem pa bomo dosegli varno in kakovostno obravnavo naših pacientov.

LITERATURA IN VIRI

Dokumentacija in protokoli Splošne bolnišnice Jesenice, 2010.

Kramar Z, Marinšek N. Timska predaja pacienta in posvet po viziti sta pomembna elementa osredotočanja na pacienta. V: Zbornik predavanj in posterjev 7. Kongres zdravstvene in babiške nege, Ljubljana, 11.-13. maj 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2009: 143 C.

Srpčič P. Kontinuirana zdravstvena nega – timska predaja bolnika v Splošni bolnišnici Jesenice. Zbornik predavanj in posterjev 8. Kongres zdravstvene in babiške nege, Ljubljana, 12.-14. maj 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011: 115-7.

Šušteršič O, Rajkovič V, Kljajić M. Nova kakovost, ki jo prinaša strukturiran zapis v dokumentiranju zdravstvene nege. Obzor Zdr N 2000: 34(5-6): 185 – 92.



212F

POSTOPKI FINANČNO-MEDICINSKEGA NADZORA S STRANI ZZZS IZ STALIŠČA ZDRAVSTVENE NEGE

FINANCIAL AND MEDICAL SURVEILLANCE CARRIED OUT BY THE HEALTH INSURANCE INSTITUTE OF SLOVENIA FROM NURSING POINT OF VIEW

predav. Mateja Berčan, dipl. m. s., spec., mag. zdr. nege

Mateja Berčan – dejavnost patronaže in zdravstvene nege na domu

mateja.bercan@siol.net

Ključne besede: pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, pravilnik o nadzorih

IZVLEČEK

V letu 2012 je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije pogodbeno zaposlil dve diplomirani medicinski sestri za izvajanje finančno-medicinskih nadzorov. Njuno področje nadzora je zdravstvena nega. Nadzori so bili izvedeni nad evidentiranjem in obračunavanjem storitev v patronažni zdravstveni negi ter nad evidentiranjem in obračunavanjem storitev zdravstvene nege v socialnovarstvenih zavodih. V nadaljevanju bomo predstavili postopke finančno-medicinskega nadzora.

Keywords: rules of compulsory health insurance, rules of the controls

ABSTRACT

In 2012, the Health Insurance Institute of Slovenia contracted two nurses for the implementation of financial and medical checks. Their area of control are nursing care. The controls have been implemented over the registration and billing services in community nursing and of recording and accounting services in nursing homes for the elderly. Below we present procedures for financial and medical surveillance.

UVOD

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) izvaja nadzor nad spoštovanjem prevzetih obveznosti po pogodbah, nadzor nad vodenjem evidenc (evidentiranjem) in obračunavanjem zdravstvenih storitev, nadzor nad uveljavljanjem pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ) ter nadzor nad izvajanjem drugih pogodbenih obveznosti. Nadzor je lahko finančno-medicinski ali administrativni. Finančno-medicinski nadzor temelji na obračunskih listinah (zbirni račun, zahtevek za plačilo, poročilo, specifikacije), listinah za uveljavljanje pravic iz OZZ in na vpogledu v zdravstveno dokumentacijo ter vključuje nadzor nad evidentiranjem in obračunavanjem zdravstvenih storitev, nadzor nad predpisovanjem in izdajanjem zdravil, medicinsko-tehničnih pripomočkov in drugih pravic iz OZZ.

Nadzorniki

Nadzor izvajajo nadzorniki, ki so delavci ZZZS ali druge fizične ali pooblašene pravne osebe, ki imajo z Zavodom sklenjeno pogodbo. Nadzorniki primerjajo ugotovitve iz obračunskih listin, listin za uveljavljanje

pravic iz OZZ in druge dokumentacije z veljavnimi normativi in v zapisniku zabeležijo in komentirajo ugotovljena odstopanja oziroma nepravilnosti. Finančno-medicinske nadzore lahko izvajajo zdravniki, zobozdravniki, farmacevti in diplomirani zdravstveniki, ki se pri opravljanju neposrednih nadzorov izkazujejo z izkaznico nadzornika ZZZS in pisnim pooblastilom.

Postopek izvajanja nadzora

Zavod o najavi rednega nadzora izvajalca obvesti s priporočeno pošto najmanj pet dni pred predvidenim datumom nadzora. V primeru, da je čas do nadzora krajši od pet dni, Zavod izvajalcu pošlje najavo rednega nadzora po elektronski pošti kot dopolnitev priporočene pošte. Najava mora vsebovati:

- številko postopka,
- datum in uro začetka rednega nadzora,
- kraj, vrsto in vsebino rednega nadzora,
- ime nadzornika, ki bo opravljal redni nadzor in
- ime zdravstvenega delavca, pri katerem se bo izvajal redni nadzor.

Zaradi zagotavljanja učinkovitega izvajanja rednega nadzora najava iz prejšnjega odstavka vsebuje še:

- poziv izvajalcu, naj zagotovi po vrsti in vsebini potrebno dokumentacijo,
- druge podatke, okoliščine, dejstva, dodatne obrazložitve in napotke.
- izvajalec mora najmanj tri dni pred napovedanim datumom rednega nadzora pisno ali po elektronski pošti sporočiti nadzorniku in enoti, ki vodi nadzorni postopek:
- ime pooblaščenega predstavnika izvajalca, ki bo prisoten ob zaključku nadzora in mu bo nadzornik vročil začasni zapis,
- kraj, kjer bo dejansko opravljen redni nadzor.

Izvajalec mora na kraju nadzora zagotoviti vso zdravstveno dokumentacijo v zvezi z nadzorom.

Patronažna zdravstvena nega – vidik ZZZS

Finančno-medicinski nadzor v dejavnosti patronaže in zdravstvene nege na domu se izvaja na podlagi Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja. Pravila OZZ v svojem 39. členu določajo, da je bolnišnično zdravljenje omejeno na najkrajši možni čas, ki je potreben za izvršitev posegov oziroma storitev, ter pravica do bolnišničnega zdravljenja preneha, ko je možno diagnostične, terapevtske in rehabilitacijske storitve zavarovani osebi zagotoviti v osnovni, specialistično-ambulantni ali zdraviliški dejavnosti oziroma z zdravljenjem na domu.

V 180. členu Pravila določajo, da osebni zdravnik praviloma opravlja zdravstvene storitve in druge naloge v ambulanti. Zavarovani osebi sme odrediti zdravljenje ali nego na domu, če zavarovana oseba zaradi svojega zdravstvenega stanja ne more priti v ambulanto ter v primerih, če s tem lahko enakovredno nadomesti bolnišnično zdravljenje. Predpisovalec delovnega naloga je praviloma izbrani osebni zdravnik, izjemoma lahko tudi nadomestni ali odpustni zdravnik (npr. paliativa). Na delovni nalog opiše predvsem zdravstveno (klinično) stanje oziroma diagnoze in izvide, ki utemljujejo zdravstveno nego pacienta na domu (kurativna dejavnost) v skladu s 180. členom Pravil OZZ. Opredeli terapijo (na dan, teden, mesec ali leto) ter obdobje izvajanja – zgornja meja je eno leto. Naročene storitve po vsebini ne smejo presegati strokovnih kompetenc patronažne medicinske sestre. Delovni nalog mora vsebovati še podpis, kraj, datum in žig zdravnika. Enako velja tudi za storitve, ki se dodatno naročajo na isti delovni nalog.



Zapisi zdravstvenega stanja in izvidov v zdravstveni kartoteki izbranega osebnega zdravnika utemeljujejo predpis (pisno naročilo) zdravstvene nege pacienta na domu. Izvedbo dokazujejo zapisi v patronažni kartoteki, ki po vsebini zadoščajo za potrebe finančno-medicinskega nadzora.

27. člen Pravil OZZ določa na osnovi Navodil Ministrstva za zdravje za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni tudi storitve preventivnega patronažnega zdravstvenega varstva:

1. dojenčki in predšolski otroci do 6. leta starosti:

- osem patronažnih obiskov v družini z dojenčkom do 1. leta starosti, dva dodatna patronažna obiska pri dojenčkih slepih in invalidnih mater do 12. meseca starosti;

- po en obisk v 2. in 3. letu starosti;

2. šolski otroci, mladina in študentje:

- dva patronažna obiska na leto pri slepih in slabovidnih z dodatnimi motnjami v starosti od 7. do 25. leta, ki so v domači oskrbi in se ne šolajo;

3. ženske:

- dva obiska patronažne medicinske sestre pri otročnici;

- en obisk pri nosečnici v drugi polovici nosečnosti;

- svetovalni preventivni patronažni obisk za ženske, ki se po treh letih ne odzovejo vabilu na preventivni pregled k ginekologu;

4. zavarovane osebe, stare 25 let in več:

- dva patronažna obiska na leto v družini bolnika z aktivno TBC;

- dva patronažna obiska na leto pri kronično bolnih osebah in težkih invalidih, ki so osameli in socialno ogroženi ter pri osebah z motnjami v razvoju.

Zdravstvena nega v socialno varstvenih zavodih – vidik ZZZS

Pravno stališče ZZZS glede pravilnega obračunavanja zdravstvenih storitev zdravstvene nege iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki se izvajajo in obračunavajo v socialno varstvenih zavodih (SVZ), je sledeče:

- zdravstvene storitve zdravstvene nege niso doživljenjske, uvedejo se ob aktualnem poslabšanju obstoječega zdravstvenega stanja stanovalcev SVZ, po naročilu zdravnika po dodatnih medicinsko-tehničnih posegih in v kolikor ustrezajo kriterijem iz Meril za razvrščanje oskrbovancev po zahtevnosti zdravstvene nege. Ob izboljšanju aktualnega poslabšanja obstoječega zdravstvenega stanja se izvajanje naročenih medicinsko-tehničnih posegov in posledično tudi obračunavanje omenjenih storitev zaključijo.

V vseh tipih socialno-varstvenih zavodov mora zdravstvena dokumentacija vsebovati zapis začetka zdravstvene nege (ob ustrezni utemeljitvi zaradi sprememb v zdravstvenem stanju varovanca socialno varstvene ustanove) in datum zaključka za določen tip nege oziroma datum spremenjenega zdravstvenega stanja in posledično spremembe v tipu nege. Potrebo po zdravstveni negi določa zdravstveno stanje varovancev socialno varstvenih ustanov, zato je utemeljenost za posamezno vrsto zdravstvene nege potrebno dokumentirati.

Po Merilih za razvrščanje oskrbovancev po zahtevnosti zdravstvene nege oskrbovance domov za starejše razvrščamo v tipe zdravstvene nege glede na zdravstveno stanje oskrbovanca in opravila zdravstvene nege. Zdravstvena nega je kategorizirana v tri tipe glede na dnevno porabo časa negovalnega tima na enega oskrbovanca. Razvrstitev v posamezno kategorijo zdravstvene nege, plačljivo iz OZZ, se opravi glede na

izvajanje medicinsko-tehničnih posegov po določilih zdravnika, ki opravlja osnovno zdravstveno dejavnost v splošni ambulanti SVZ. Ob opredelitvi potrebe za zdravstveno nego, mora zdravnik zabeležiti v zdravstveni karton spremembo zdravstvenega stanja, dodatno diagnozo, število potrebnih medicinsko-tehničnih ukrepov/dan oziroma časovne intervale potrebnih izvajanj aktivnosti zdravstvene nege. Za zdravstveno negovalne postopke vodja zdravstveno-negovalne službe na osnovi naročila zdravnika posledično izvaja naročene ukrepe in opredeli kategorijo zdravstvene nege. Beleži oziroma dokumentira opravljene storitve po naročilu zdravnika, ki spadajo v določen tip zdravstvene nege, ter evidentira in posreduje v obračun opravljene storitve zdravstvene nege v skladu z določili iz Meril za razvrščanje.

Finančno-medicinski nadzor se praviloma izvaja kot neposredni nadzor. Nadzornik lahko po lastni presoji zaradi razjasnitve določenih dejstev ali dodatnega pojasnila in dokumentacije k zaključku nadzora povabi tudi druge osebe izvajalca. Ne glede na kraj opravljanja nadzora mora biti izvajalcu dana možnost, da ob zaključku nadzora sodeluje sam oziroma po svojem pooblaščenju.

Začasni zapis sestavi nadzornik neposredno po izvedbi finančno-medicinskega nadzora na kraju nadzora. Vanj zapiše ugotovljene kršitve in nepravilnosti, ki jih bo obravnaval s člani nadzorne skupine. Sestavni del začasnega zapisa pri finančno-medicinskih nadzorih so praviloma tudi kopije dokumentacije, iz katere so razvidne kršitve pogodbene obveznosti ali nepravilnosti. Kopija začasnega zapisa se vroči izvajalcu na mestu nadzora, ki ga izvajalec oziroma njegov pooblaščenec lastnoročno podpiše.

Osnutek zapisnika

Nadzornik praviloma v roku 14 dni po opravljenem nadzoru izdela osnutek zapisnika o nadzoru z opombo, da izvajalec lahko v petih dneh od prejema osnutka zapisnika poda argumentiran in z dokazi podprt ugovor. Območna enota, ki vodi nadzorni postopek, pošlje izvajalcu osnutek zapisnika s priporočeno pošto. Osnutek zapisnika o nadzoru mora vsebovati naslednje podatke:

- številko postopka ter datum izdelave zapisnika,
- ime in priimek oziroma naziv osebe, ki je opravljala nadzor,
- ime in priimek oziroma naziv izvajalca,
- ime in priimek oziroma naziv oseb, ki so sodelovale pri nadzoru,
- vrsta, vsebina in način nadzora,
- kraj, datum, ter čas trajanja nadzora,
- dejavnost, zajeta v nadzor,
- statistiko ugotovljenih napak v pregledanem vzorcu za nadzor,
- zapis o splošnih in konkretnih ugotovitvah nadzora.
- Sestavni del osnutka zapisnika o nadzoru so tudi njegove priloge:
- tabelarni prikaz ugotovitev pri nadzoru s komentarjem,
- seznam zavarovanih oseb, ki ga je treba obravnavati in označevati kot zaupno, skladno s predpisi, ki urejajo varstvo osebnih podatkov in internimi akti zavoda,
- drugi pomembni podatki o nadzoru, kot je npr. kopija dokumentacije, iz katere so razvidne kršitve ali nepravilnosti.

Osnutek zapisnika podpiše nadzornik, ki je opravil nadzor. En izvod osnutka zapisnika nadzornik pošlje Območni enoti, ki je vodila nadzorni postopek. Enota pa en izvod zapisnika o nadzoru pošlje tudi izvajalcu s priporočeno pošto.



V primeru, da izvajalec v roku petih dni ne poda ugovora, to pomeni, da se z ugotovitvami nadzora strinja in osnutek zapisnika postane dokončni veljavni zapisnik. Enota, ki je vodila nadzorni postopek, o tem obvesti Območno enoto ali Direkcijo, kjer ima izvajalec sklenjeno pogodbo. V primeru, da izvajalec v petih dneh poda ugovor in Zavod iz ugovora in argumentiranih dokazov ugotovi razloge za upoštevanje oziroma delno upoštevanje ugovora, izda popravljen oziroma dopolnjen zapisnik o nadzoru, ki ga vroči izvajalcu po pošti in pošlje enoti, kjer ima izvajalec sklenjeno pogodbo. V primeru, da je ugovor ocenjen kot neutemeljen, se ne izda nov zapisnik, temveč se z dopisom obvesti izvajalca, da ugovor ni bil upoštevan. Osnutek zapisnika postane veljavni zapisnik in datum prejema dopisa šteje kot datum prejema zapisnika.

Obvestilo pogodbenemu partnerju

Zavod izvajalcu izda na podlagi dokončno veljavnega osnutka oziroma popravljenega in dopolnjenega zapisnika o nadzoru ter v skladu s Splošnim dogovorom in pogodbo Obvestilo pogodbenemu partnerju o opravljenem nadzoru. Če pri nadzoru ni bilo ugotovljenih kršitev pogodbenega razmerja, ima takšna ugotovitev, zapisana v osnutku zapisnika oziroma v zapisniku o nadzoru, hkrati tudi že naravo Obvestila. Obvestilo je listina, s katero Zavod izvajalca obvešča o ovrednotenju ugotovljenih nepravilnosti in glede na vrsto in vrednost nepravilnega obračuna o izreku pogodbene kazni, ki je posledica ugotovitev nadzora.

Obvestilo mora vsebovati:

- številko postopka ter datum izdaje obvestila,
- ime in priimek oziroma naziv izvajalca,
- vrsto nadzora,
- nadzorovano dejavnost,
- datum nadzora,
- opis ugotovitev pri nadzoru,
- zahtevo za poravnavo ugotovljenih obveznosti,
- obrazložitev postopka in zahtevkov,
- podatek o ugovoru na osnutek zapisnika.

Glede na ugotovitve iz zapisnika o nadzoru so sestavni del obvestila tudi:

- obrazložitev izvajalcu, da so bile pri nadzoru ugotovljene kršitve pogodbenega razmerja s finančnimi posledicami, ki so nastale zaradi napačno obračunanih ali zaradi obračuna nepriznanih storitev,
- obvestilo izvajalcu, da so bile pri nadzoru ugotovljene kršitve pogodbenega razmerja s povzročeno škodo, ki jo je povzročil z napačnim ravnanjem,
- izrek pogodbene kazni glede na vrsto in vrednost ugotovljenih nepravilnosti.

SKLEP

V lanskem letu je bil skupaj z vodstvom ZZZS in vodjem oddelka za nadzor na Direkciji sprejet sklep, da finančno-medicinski nadzor nad področjem zdravstvene nege lahko poleg zdravnikov izvajajo tudi diplomirane medicinske sestre. Dejstvo je, da so diplomirane medicinske sestre profesionalke na področju zdravstvene nege, imajo potrebna znanja in izkušnje, zato drugi profili ne morejo nadomestiti njihovih kompetenc.

LITERATURA

Merila za razvrščanje oskrbovancev po zahtevnosti zdravstvene nege. Občasnik ZZZS. Akti & Navodila št. 2/2.DEL//10.04.2012, 217

Navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni z vsemi spremembami. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. Dostopno na: http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r09/predpis_NAVO59.html.

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. Dostopno na:

<http://www.zzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/o/5580D0555F5A1FEAC1256CFB003BB45C>

Pravilnik o nadzorih. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije; 2012.

212G

KAKOVOST IN VARNOST V ZDRAVSTVENI NEGI V PSIHIATRIČNI KLINIKI LJUBLJANA

QUALITY AND SAFETY IN HEALTHCARE IN LJUBLJANA PSYCHIATRIC CLINIC

Stanislava Blagojević, mag. zdr. nege

Stanka Komazec, dipl. m. s.

Irena Us, dipl. m. s., univ. dipl. org.

Psihiatrična klinika Ljubljana

stanka.blagojevic@psih-klinika.si

Ključne besede: varnost, kakovost, varnostna vizita

IZVLEČEK

Zdravstvena nega je sestavni del sistema zdravstvenega varstva in eden od ključnih dejavnikov pri oblikovanju ciljev in načinov za doseganje kakovostnega zdravstvenega varstva. Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice pospešuje varnost in kakovost zdravstvene oskrbe. Postopek akreditacije po standardu DNV je priložnost za nenehno izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave. Varnostne vizite, ki vsebujejo poleg varnostnih problemov tudi notranjo presojo na področjih, kot so upravljanje s tveganji, popolnost in točnost zdravstveno negovalne dokumentacije in obvladovanje in preprečevanje bolnišničnih okužb, lahko pomembno vplivajo na varnost pacientov v zdravstveni obravnavi in s tem izboljšajo kakovost našega dela. Namen prispevka je predstaviti protokole varnostnih vizit v Psihiatrični kliniki Ljubljana, ki obravnavajo omenjena področja, in rezultate, pridobljene s pomočjo varnostnih vizit. Ugotovitve opravljenih varnostnih vizit so vzpodbuda zaposlenim za uvajanje sprememb v proces dela.

Keywords: safety, quality, safety visits

ABSTRACT

Nursing is an integral part of the health care system and one of the key factors in shaping the goals and ways to achieve quality health care. The introduction of quality improvement in hospitals promotes the safety and quality of care. The accreditation process according to DNV is an opportunity for continuous improvement of quality and safety of medical treatment. Safety rounds, which contain security problems in addition to the self-assessment in areas such as risk management, completeness and accuracy of medical and nursing documentation management and prevention of hospital infections, can have a significant impact on patient safety in medical treatment and thereby improve the quality of our work. The purpose of this paper is to present protocols security rounds at the Psychiatric Clinic Ljubljana, addressing these areas and the results obtained with the help of security rounds.

UVOD

»Pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe«, ki je v skladu z medicinsko doktrino, s pacientovimi potrebami ter zmožnostmi zdravstvenega sistema, ob upoštevanju načel kakovosti in tako zdravstveno oskrbo, ki preprečuje škodo za pacienta v zvezi s samim zdravljenjem in z okoliščinami fizične varnosti bivanja ali zadrževanja pri izvajalcu zdravstvenih storitev, je opredeljena v Zakonu o pacientovih pravicah (ZPacP, 11 člen, 2008). Zdravstvena nega (ZN) je sestavni del sistema zdravstvenega varstva in eden od ključnih dejavnikov pri oblikovanju ciljev in načinov za doseganje kakovostnega zdravstvenega varstva.

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Zagotavljanje varnosti in obvladovanje tveganj predstavljata v procesih zdravstvene obravnave sodobni izziv. Sočasno ponujata možnosti dodatnega izboljšanja kakovosti in varnosti ter zmanjšujeta nepotrebno škodo na najzahtevnejših področjih zdravstvene obravnave. Kakovost in varnost sta vsebinsko različna koncepta. Kakovost je značilnost sistema, varnost pa je niz aktivnosti, s katerimi aktivno prepoznavamo škodo in tveganja s ciljem preprečevanja neželenih dogodkov. Visoka kakovost sama po sebi še ne zadošča za zagotavljanje varnosti, vsekakor pa se varnost najbolje razvija na njenih temeljih. Visoka kakovost se začne z varnostjo oziroma varnostno kulturo, ki je rezultat vrednot posameznika in skupine, njihove naravnosti, zaznav, usposobljenosti in vzorcev obnašanja ter vodenja zdravstvene organizacije, ki se odraža v stopnji varnosti (Šinigoj, 2008).

Sistemi pristop, urejenost procesov ter kompetentnost in odgovornost zaposlenih so predpogoj za kakovostno in varno obravnavo pacientov (Šprajcar, 2011).

V Psihiatrični kliniki Ljubljana (PK Ljubljana) smo se v letu 2012 odločili za vzpostavitev sistema vodenja kakovosti, zato smo pristopili k aktivnostim za akreditacijo DNV (Det Norske Veritas) po standardu NIAHO (National Integrated Accreditation for Healthcare Organization). Zahteve tega standarda so zasnovane tako, da podpirajo razvoj ter kontinuirano izboljševanje kakovosti in varnosti pacientov v bolnišnicah (Splošni standard za bolnišnice, 2011). Predpresoja v PK Ljubljana je bila opravljena v mesecu septembru 2012.

Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice je povezano tudi z organizacijsko kulturo, izobraževanjem, usposabljanjem in s spremembo vzorcev obnašanja.

Organizacija mora zagotoviti, da je ocena tveganja definirana in vključuje tudi notranjo presojo, s katero se v rednih časovnih intervalih preverja izpolnjevanje načrtovanih aktivnosti. Prispevek predstavlja začetke uvajanja varnostnih vizit v ZN v PK Ljubljana. Kriteriji, ki so bili merjeni v ZN, zajemajo tveganje za varnost pacientov (padci, poškodbe), nevarne in neželene dogodke (incidenti), sisteme za obvladovanje okužb, vključno z bolnišničnimi okužbami, in popolnost in točnost zdravstveno negovalne dokumentacije.

Bolnišnične okužbe predstavljajo najgostejši zaplet zdravljenja v bolnišnici in lahko prizadenejo tako paciente kot zdravstveno osebje. Povzročitelji so lahko različni mikroorganizmi, najpogosteje na antibiotike večkratno odporne bakterije. Izvor bolnišničnih okužb so lahko pacienti, zdravstveno osebje, obiskovalci, pacientova okolica s kontaminiranimi predmeti in površinami. Ukrepi za preprečevanje bolnišničnih okužb so znani, najpomembnejši med njimi je higiena rok.

Namen prispevka je predstaviti varnostne vizite v ZN v PK Ljubljana in njihove rezultate. Pri izvajanju varnostnih vizit je poudarek na edukaciji zaposlenih v ZN in njihovem proaktivnem sodelovanju v procesu zdravstvene obravnave in ne iskanje krivca. Ugotovitve opravljenih varnostnih vizit so vzpodbuda zaposlenim za uvajanje sprememb v procesih dela.

Z razvojem področja kakovosti in varnosti se je v PK Ljubljana vzpostavil način, s katerim dokazujemo pomen in vpliv ZN na izide zdravljenja in oskrbe pacientov. Sistematično prepoznavanje in odpravljanje



pomanjkljivosti sistema vodi k izboljšanju učinkovitosti nadzora kakovosti, varnosti pacientov in splošne varnosti (Splošni standard za bolnišnice, 2011). Kontinuirano spremljanje zastavljenih ciljev na področju ZN je ključnega pomena za izboljševanje varnosti pacientov v bolnišničnem okolju in za dvig kakovosti storitev ZN.

METODE

Vzorec je bil vzet v PK Ljubljana, v štirih enotah Centra za klinično psihiatrijo (CKP) in sicer na Enoti za gerontopsihiatrijo (EGP), na Enoti za prolongirano terapijo (EPT), na Enoti za rehabilitacijo (ERE) in na Enoti za intenzivno psihiatrično terapijo (EIPT). Dokumentacija, ki je bila pregledana na 20 oddelkih, je zajela področje upravljanja s tveganji, popolnost in točnost zdravstveno negovalne dokumentacije in sisteme za obvladovanje in preprečevanje bolnišničnih okužb. Na vsakem oddelku so bile pregledane tri naključno izbrane dokumentacije za posamezno področje. Za sistem obvladovanja in preprečevanja bolnišničnih okužb je bil uporabljen posnetek trenutnega stanja nadzorovanega področja. Dan prvega obiska v mesecu septembru 2012 je bil najavljen, dan drugega obiska v mesecu novembru ni bil najavljen.

Nadzor so izvajale medicinska sestra za razvoj in kakovost, glavna medicinska sestra CKP in medicinska sestra za obvladovanje in preprečevanje bolnišničnih okužb.

V nadzoru področja »upravljanje s tveganji« - področje padcev pacientov je bilo pregledano:

- ocena tveganja za padec (izpolnjena lestvica za oceno tveganja za padec),
- aktivnosti zdravstvene nege za preprečevanje padcev (upoštevanje protokolov),
- oznaka padca na temperaturni list (v primeru padca pacienta),
- upoštevanje negovalne diagnoze (nevarnost padca).

V nadzoru področja »upravljanje s tveganji« - upoštevanje navodil za izpolnjevanje in zbiranje dokumentacije je bilo pregledano:

- lestvica za oceno agresivnosti (BVC – Broset Violence Checklistin OAS – The Overt Aggression Scale),
- zapis ustnega/telefonskega naročila za zdravljenje z zdravili.

V nadzoru področja »negovalne storitve« – »popolnost, točnost in varovanje dokumentacije« je bilo pregledano:

- pregled individualnega načrta ZN (načrt ZN v prvih 24 urah),
- opredelitev aktivnosti ZN glede na izpostavljen problem,
- načrt ZN in skladnost dokumentiranja v dnevni poročilih ZN,
- seznanitev z načrtom ZN pacienta v timu ZN,
- korekcija načrta ZN ob spremembi zdravstvenega stanja pacienta,
- varovanje zdravstvene dokumentacije.

V nadzoru področja »obvladovanje in preprečevanje bolnišničnih okužb« je bilo pregledano:

- seznanitev zaposlenih v ZN s programom preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb (po sklepu Komisije za obvladovanje bolnišničnih okužb (KOBO) mora imeti vsak oddelek mapo s programom),
- standardni higienski ukrepi – higiena rok (protokoli, nameščeni ob vseh umivalnih mestih),
- ravnanje z zdravstvenimi odpadki,
- čiščenje in razkuževanje pacientove okolice,
- ravnanje s čistim in umazanem perilom,
- aktivno iskanje nosilcev odpornih bakterij (odvzem nadzornih kužnin po strokovnih smernicah).

PREGLED UGOTOVITEV

Razpredelnica 1: Prikaz izpolnjevanja navodil za oceno tveganja za padec in aktivnosti ZN za preprečevanje padcev v enotah CKP

ENOTA	MESEC	OCENA TVEGANJA ZA PADEC	AKTIVNOSTI ZN ZA PREPREČEVANJE PADCEV
EGP - 5 ODD.	september	100%	66,70%
	november	100%	80%
EPT - 6 ODD.	september	100%	77,80%
	november	88,90%	83,40%
ERE - 3 ODD.	september	100%	100%
	november	100%	88,90%
EIPT - 6 ODD.	september	100%	83,40%
	november	100%	88,90%

Razpredelnica 1 prikazuje izpolnjevanje navodil glede na ocenjevanje tveganja pacientov za padec in aktivnosti zdravstvene nege za preprečevanje padcev v enotah CKP PK Ljubljana v mesecu septembru in novembru leta 2012.

Razpredelnica 2: Prikaz izpolnjevanja navodil glede označevanja padcev in upoštevanje negovalne diagnoze v enotah CKP

ENOTA	MESEC	OZNAKA NA TEMP. LIST	NEGOVALNA DIAGNOZA
EGP - 5 ODD.	september	93,40%	0%
	november	93,40%	73,40%
EPT - 6 ODD.	september	0%	16,60%
	november	100,0%	88,90%
ERE - 3 ODD.	september	80%	0%
	november	88,90%	100,00%
EIPT - 6 ODD.	september	16,60%	0%
	november	94,50%	88,90%

Razpredelnica 2 prikazuje izpolnjevanje navodil glede na označevanje padcev pacientov na temperaturni list in upoštevanje negovalne diagnoze – nevarnost za padec - v enotah CKP PK Ljubljana v mesecu septembru in novembru leta 2012.

Razpredelnica 3: Prikaz upoštevanja navodil glede izpolnjevanja ocenjevalne lestvice za nasilno vedenje in zapisa za ustno/telefonsko naročanje zdravljenja z zdravili v enotah CKP

ENOTA	MESEC	LESTVICA BVC/OAS	ZAPIS USTNO/TEL. NAROČILO ZDRAVLJENJA Z ZDRAVILI
EGP - 5 ODD.	september	20%	60%
	november	100,00%	80,00%
EPT - 6 ODD.	september	0%	83,30%
	november	83,30%	100,00%
ERE - 3 ODD.	september	0%	66,60%
	november	100,00%	66,60%
EIPT - 6 ODD.	september	33,30%	33,30%
	november	100,00%	100,00%

Razpredelnica 3 prikazuje upoštevanje navodil glede na izpolnjevanje lestvice za oceno tveganja za nasilno vedenje pri pacientu in zapisa za ustno/telefonsko naročanje zdravljenja z zdravili v enotah CKP PK Ljubljana v mesecu septembru in novembru leta 2012.

Razpredelnica 4: Prikaz upoštevanja navodil glede izpolnjevanja načrta ZN pacienta in varovanja zdravstvene dokumentacije v enotah CKP

ENOTE	MESEC	1.	2.	3.	4.	5.	6.
EGP - 5 odd.	september	87%	93%	87%	95%	45%	100%
	november	93%	93%	95%	100%	75%	100%
EIPT - 6 odd.	september	93%	95%	87%	87%	47%	100%
	november	100%	95%	95%	93%	83%	100%
EPT - 6 odd.	september	83%	93%	87%	83%	35%	100%
	november	93%	93%	94%	93%	68%	100%
ERE - 3 odd.	september	67%	88%	76%	83%	25%	100%
	november	87%	93%	92%	92%	76%	100%

Razpredelnica 4 prikazuje upoštevanje navodil glede na izpolnjevanje načrta ZN v 24 urah po sprejemu pacienta (stolpec 1), realizacija aktivnosti ZN po načrtu ZN (stolpec 2), skladnost načrta ZN z dnevnim dokumentiranjem v poročilo ZN (stolpec 3), seznanjenost tima ZN z načrtom ZN (stolpec 4), načrt ZN ob spremembi potreb pacienta po ZN (stolpec 5) in varovanje zdravstvene dokumentacije na oddelku (stolpec 6).

Razpredelnica 5: Prikaz področja preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb

ENOTE	MESEC	1.	2.	3.	4.	5.	6.
EGP - 5 odd.	september	100%	100%	80%	100%	100%	100%
	november	100%	100%	100%	100%	100%	100%
EIPT- 6 odd.	september	100%	83%	66%	83%	83%	100%
	november	100%	100%	83%	100%	100%	100%
EPT- 6 odd.	september	83%	83%	66%	66%	100%	83%
	november	100%	100%	83%	83%	100%	83%
ERE- 3 odd.	september	66%	66%	66%	66%	100%	100%
	november	100%	100%	87%	66%	100%	100%

Razpredelnica 5 prikazuje seznanjenost zaposlenih v ZN s programom preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb (po sklepu KOBO mora vsak oddelk imeti mapo s programom - stolpec 1), upoštevanje standardnih higienskih ukrepov – higiena rok – protokoli higiene rok, nameščeni ob vseh umivalnih mestih (stolpec 2), ravnanje z zdravstvenimi odpadki (stolpec 3), čiščenje in razkuževanje pacientove okolice (stolpec 4), ravnanje s čistim in umazanim perilom (stolpec 5), aktivno iskanje nosilcev odpornih bakterij (odvzem nadzornih kužnin po strokovnih smernicah - stolpec 6).

DISKUSIJA

V PK Ljubljana smo v letu 2012 uvedli varnostne vizite v ZN. Namen uvedbe je bilo izboljšanje stanja na področjih upravljanja s tveganji, popolnost, točnost in varovanje dokumentacije ZN, preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb. Podlaga za to so bile zahteve DNV standarda. Z zaposlenimi v zdravstveni negi smo naredili posnetek trenutnega stanja na omenjenih področjih, opravili svetovanje za izboljšavo posameznega področja presoje in se dogovorili za odpravo pomanjkljivosti.

V letu 2011 smo v ZN uvedli lestvico za oceno tveganja za padec. Razpredelnica 1 prikazuje dosledno (100 %) izpolnjevanje lestvice za oceno tveganja na vseh enotah CKP pri prvi presoji. Pri drugi presoji je bilo upoštevanje navodil na EPT 88,9 %.

Prva presoja je pokazala, da se aktivnosti ZN, ki pripomorejo k preventivnemu delovanju na pojavnost padcev pri ogroženih pacientih, ne upoštevajo v skladu z navodili, ki so bila dana. Razpredelnica 1 prikazuje, da je bila upoštevana opredelitev aktivnosti ZN 100 % le na ERE, na ostalih enotah je bilo upoštevanje navodil od 66,7 do 83,4 % (prva presoja). Druga presoja pokaže boljše rezultate (od 80 do 88,9%).

Navodila, beleženje padca na temperaturni list, so bila pri prvi presoji v največji meri upoštevana na EGP in ERE, na EIPT delno, na EPT niso upoštevali navodila, kar je razvidno iz razpredelnice 2. Druga presoja pokaže boljše rezultate, upoštevanje navodil od 88,9 do 100 %. Stopnjo ogroženosti pacienta in padec je potrebno označiti na temperaturni list zaradi transparentnosti ogroženosti pacienta in preventivnega delovanja v zdravstvenem timu.

Nevarnost padca pacienta bi morala biti izpostavljena tudi z negovalno diagnozo, a je bila upoštevana pri prvi presoji le na EPT v 16, 6 %, na vseh ostalih enotah pa ne (razpredelnica 2). Druga presoja pokaže izboljšanje upoštevanja navodil od 73,4 do 100 %.

V PK Ljubljana smo v letu 2012 uvedli ocenjevalno lestvico za nasilno vedenje pacientov kot posledico poročil o incidentih, ki vključujejo fizično, besedno agresijo in agresijo do predmetov. Izpolnjevanje ocenjevalne lestvice BVC in OAS (prva presoja od 0 do 33,3 %, druga presoja od 83,3 do 100 %, razpredelnica 3). Prepoznana možnost, da pride do nasilnega vedenja pacienta lahko z uporabo deeskalacijskih tehnik prispeva k bolj varni zdravstveni obravnavi pacientov v psihiatriji.

V avgustu 2012 smo uvedli obrazec zapis ustnega/telefonskega naročanja zdravljenja z zdravili. Upoštevanje navodil izpolnjevanja je v prvi presoji od 33,3 do 83,3 %, v drugi pa od 66,6 do 100 % (razpredelnica 3).

V PK Ljubljana je bila procesna metoda dela v ZN vpeljana leta 1987. V zadnjem obdobju smo ugotavljali, da se nekaterih elementov procesne metode dela ne upošteva v celoti (razpredelnica 4). V raziskavi ocenjujemo upoštevanje načrtovanja ZN v prvih 24 urah po sprejemu (stolpec 1). Rezultati prve presoje so pokazali upoštevanje načrtovanja ZN od 67 do 93 %, druge presoje od 87 do 100 %.

Aktivnosti ZN, ki bi morale biti skladne z načrtom ZN, so skladne od 88 do 93 % na prvi presoji (stolpec 2), na drugi presoji pa od 93 – 96 %.

Skladnost načrta ZN z dokumentiranjem v dnevno poročilo ZN (stolpec 3). Prva presoja je pokazala skladnost od 76 do 87 %, druga pa 87 do 95 %.

Predaja pacienta mora potekati z načrtom ZN. Rezultati prve presoje kažejo (stolpec 4), da je seznanitev tima z načrtom ZN pacienta od 82 do 93 %, na drugi presoji pa od 92 do 100 %. Za ZN v psihiatriji je predaja pacienta z načrtom zelo pomembna zaradi kontinuitete terapevtskega odnosa s pacientom.

V stolpcu 5 so prikazani rezultati načrtovanja ZN ob spremembi potreb pacienta. Na prvi presoji so navodilom sledili od 25 do 47 %, rezultati druge presoje pokažejo sledenje od 68 do 85 %. Načrtovanje ZN ob spremembi potreb po ZN pacienta dviguje nivo zdravstvene obravnave.

Varovanje zdravstvene dokumentacije opredeljujeta Zakon o pacientovih pravicah in Zakon o duševnem zdravju. V obeh presojah je upoštevanje zakonskih določil 100 % na vseh enotah.

Seznanjenost zaposlenih v ZN s programom preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb prikazuje razpredelnica 5 (stolpec 1). Rezultati odstopajo od 100 % le na ERE in EPT, na drugi presoji je rezultat v vseh enotah 100 %.

Na področju standardnih higienskih ukrepov smo preverjali nameščenost protokolov o higieni rok ob vseh umivalnih mestih (stolpec 2). V enoti EGP so sledili navodilom 100 % (prva in druga presoja). V ostalih



enotah je bilo sledenje navodilom od 66 do 83 % (prva presoja). V drugi presoji je bila nameščenost protokolov v teh enotah že 100 %.

Ravnanje z zdravstvenimi odpadki je prikazano v stolpcu 3. Zaradi množice različnih odpadkov, ki nastajajo v zdravstveni dejavnosti, in navodil, ki se ob tem pojavljajo so bili rezultati prve presoje slabši od pričakovanih. Pravilno ravnanje z odpadki upoštevajo zaposleni od 66 do 80 % (rezultati prve presoje). V drugi presoji je bil le v enoti EGP rezultat 100 % , v ostalih enotah pa 83 %.

Navodilo o čiščenju in razkuževanju pacientove okolice prikazuje stolpec 4. Boljše rezultate dosegajo v enotah EGP in EIPT (od 83 do 100 % prva presoja, druga presoja že 100 %). Slabše rezultate so dosegli na ostalih enotah (prva presoja le 66 %, druga presoja od 66 do 83 %).

Sledenje navodilu o ravnanju s čistim in umazanim perilom (stolpec 5), je enota EIPT v prvi presoji dosegla rezultat 83 %. Ostale enote so v prvi in drugi presoji dosegle 100% rezultat.

Upoštevanje navodil pri aktivnem iskanju večkrat odpornih bakterij je prikazan v stolpcu 6. V prvi in drugi presoji je enota EPT dosegla rezultat v 83 %, ostale enote so v obeh presojah dosegle 100 % rezultat.

ZAKLJUČEK

Varnost zdravstvene oskrbe je temeljna človekova pravica, ki mora biti dostopna vsakemu uporabniku v zdravstvenem sistemu. Skupna prizadevanja morajo biti usmerjena k pospeševanju zagotavljanja in izboljševanju kakovostne zdravstvene oskrbe, ki je trenutno najbolj aktualna tema in zajema vse strukture sistema zdravstvenega varstva. ZN ima znotraj tega sistema pomembno vlogo. Eno temeljnih načel kakovosti je tudi varnost pacientov, ki za psihiatrično ZN predstavlja najpomembnejši element pri zagotavljanju kakovostne, varne in učinkovite zdravstvene nege. Varnost pacientov je zmanjševanje varnostnih zapletov pri pacientih med diagnostičnimi postopki, zdravljenjem, preprečevanjem in rehabilitacijo (Lapanja, Blagojević, Peterka Novak, 2008).

Vsako uvajanje sprememb v ZN zahteva od nas dodaten napor. Pri uvajanju in izboljševanju aktivnosti v ZN se pogosto srečujemo s problemi. Varnostne vizite, ki vključujejo tudi notranjo presojo na tako pomembnih področjih, kot so omenjena v prispevku, lahko veliko prispevajo k varnosti pacientov v zdravstveni obravnavi in s tem izboljšajo kakovost našega dela s pacienti.

LITERATURA

Lapanja A, Blagojević S, Peterka Novak J. Uporabnost podatkov o neželenih dogodkih na Psihiatrični kliniki Ljubljana. Ljubljana: Bilten; 2008: 24 (5): 164-9.

Splošni standard za bolnišnice. Mednarodne akreditacijske zahteve. DNV (Det Norske Veritas), DNV-DS-HC101, Verzija 2.0. 2011.

Šinigoj M. Obvladovanje tveganj v obravnavi pacientov z ledvično boleznijo. Zakaj sistem?, 2008. Dostopno na: <http://www.ditera.eu/mma/Martin%20%20C5%A0inigoj,%20obvladovanje%20tveganj%20pri%20KLB%202008/20101128153626/> (27.01.2013).

Šprajcar D. Prispevek postopkov akreditacije in certificiranja k zagotavljanju kakovostne in varne obravnave pacientov. In: Kramar Z, Skela Savić B, Hvalič Touzery S, Kraigher A, Skinder Savić K. Zbornik prispevkov. 4. dnevi Angele Boškin: Strokovno srečanje: Varnost-rdeča nit celostne obravnave pacientov, Gozd Martuljek 7. In 8. april 2011. Jesenice: Splošna bolnišnica in Visoka šola za zdravstveno nego; 2011: 81-84.

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). Uradni list Republike Slovenije št.15/2008.

PRAKSA ZA PRAKSO



222B

ZDRAVSTVENA NEGA PACIENTA Z OBSEŽNO RAZJEDO ZARADI PRITISKA – PRIKAZ PRIMERA

NURSING CARE OF THE PATIENT WITH PRESSURE ULCERS – A CASE REPORT

Vida Oražem, dipl. m. s.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Negovalna bolnišnica

Vanja Vilar, viš. med. ses. dipl. ekon.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Svetovalna služba zdravstvene nege

vida.orazem@kclj.si

Ključne besede: razjeda zaradi pritiska, negovalna bolnišnica, interdisciplinarni pristop, prikaz primera

IZVLEČEK

Uvod: Razjede zaradi pritiska so še vedno velik zdravstveno-negovalni problem. Za paciente so vir dodatnega trpljenja, hkrati pa zdravstvenim sistemom povzročajo velike stroške. Namen prispevka je predstaviti zdravstveno nego pacienta z gangreno testisa, pri katerem so tekom hospitalizacije v akutni obravnavi zdravljenja nastale obsežne razjede zaradi pritiska IV. stopnje. Pacient je bil premeščen na Negovalni oddelek.

Metode: Prikazana je zdravstvena nega pacienta z razjedo zaradi pritiska. Zdravstveno-negovalni tim je redno načrtoval, izvajal, spremljal in evalviral postopke zdravstvene nege pri oskrbi razjede zaradi pritiska. Zdravstvena nega je temeljila na procesu zdravstvene nege, ki je bila vseskozi usmerjena in prilagojena pacientovim potrebam.

Rezultati: Po zahtevnem delu multidisciplinarnega tima so bile razjede zaradi pritiska zaceljene. Po evalvaciji zdravstveno negovalnih ciljev interdisciplinarnega tima smo zabeležili pacientovo delno odvisnost v zmožnosti samooskrbe. Pacient je vzporedno napredoval tudi v doseganju fizične aktivnosti. Ob odpustu v domačo oskrbo je s pomočjo prehodil že 200 metrov.

Razprava: Vzajemno timsko sodelovanje je omogočilo, da je bila razjeda zaradi pritiska zaceljena. Vsi izvedeni postopki zdravljenja in zdravstvene nege so omogočili pacientu večjo kakovost življenja.

Zaključek: Ključ do uspešne rehabilitacije je bil pogojen z dobro organizacijo dela, interdisciplinarnim pristopom, kakovostjo storitev in voljo pacienta.

Key words: pressure ulcer, nursing care unit, interdisciplinary approach, case report

ABSTRACT

Introduction: Pressure ulcers still remain substantial nursing care problem. They represent additional suffering for the patients and high costs for the healthcare system. The aim of the article is to present nursing care of the patient with testicular gangrene who developed stage IV pressure ulcers during acute treatment and was transferred to nursing care unit.

Methods: Case report of the nursing care of the patient with pressure ulcers is presented. Regular planning, implementation and evaluation of care was performed by the nursing team.

Results: Following complex work of the interdisciplinary team pressure ulcers were healed. Patient was able to walk 200 metres and returned to home care.

Discussion: Interdisciplinary team work resulted in successful healing of the pressure ulcers and patient's greater quality of life.

Conclusion: Good work organization, interdisciplinary team, quality of the nursing care and patient's cooperation were essential for the success of rehabilitation.

UVOD

Potrebo bo bolnišničnem zdravljenju in zdravstveni negi izkazuje veliko starostnikov predvsem zaradi nepopolnega zdravja, prisotnosti kroničnih obolenj in posledično zmanjšane zmožnostjo samooskrbe (Veninšek, 2011). Navedeno posledično prinese večje tveganje za nezmožnost opravljanja temeljnih življenjskih aktivnosti in večjo potrebo po zagotavljanju zdravstvene nege starostnikov v institucionalnem varstvu. Zaradi vse večjih zdravstvenih težav starostnikov in vse večjega števila starostnikov postaja razjeda zaradi pritiska (v nadaljnjem besedilu RZP) kompleksen problem v kliničnem okolju. RZP je nacionalno in mednarodno priznana kot neugoden izid zdravljenja pacienta in sodi med pet najbolj pogostih vzrokov, ki povzročijo dodatno škodo pacientu. Pogosto psihofizično močno prizadene pacienta. Posledično pa se povečajo tudi stroški zdravljenja pacienta z RZP kar posredno prizadene celotno družbo. Pojav RZP je opredeljen kot kazalnik kakovosti za določanje kakovostne oskrbe pacienta v Slovenskih bolnišnicah (EPUAP, 2009; Pribaković, 2010).

RZP je lokalizirano področje poškodbe tkiva, ki nastane zaradi pritiska ali strižne sile, ko je mehko tkivo stisnjeno med kost in zunanjo podlago. Zaradi tega pride do ishemije in odmrtja tkiva. Poškodbe tkiva, ki pri tem nastanejo, so od izgube epidermisa do obsežnih poškodb mišic, kosti in sklepov. Tako kot pri vseh kroničnih ranah, tudi pri RZP ne ocenjujemo samo razjede, ampak ocenimo pacienta v celoti. Pri zdravljenju RZP moramo upoštevati vse dejavnike, ki negativno vplivajo na celjenje, sicer je zdravljenje neuspešno (EPUAP, 2009).

Namen prispevka je predstaviti primer pacienta z gangreno testisa, pri katerem so tekom hospitalizacije v akutni obravnavi zdravljenja nastale obsežne razjede zaradi pritiska IV. stopnje.

METODE

Izvedli smo prikaz primera zdravstvene nege in oskrbe pacienta z RZP IV. stopnje v Negovalni bolnišnici Ljubljana. Pacient je bil obravnavan v Negovalni bolnišnici od 12. 4. 2012 do 4. 7. 2012 in 23. 7. do 10. 8. 2012. Prikazali bomo potek njegove oskrbe v Negovalni bolnišnici s poudarkom na zdravstveni negi in oskrbi RZP. Vse postopke zdravstvene nege smo ves čas hospitalizacije usmerili v oceno rane, načrtovanje dela, izvajanje in vrednotenje dela. Vse postopke smo dokumentirali v zdravstveno negovalno dokumentacijo. Pacient je bil voden po procesni metodi dela zdravstvene nege.

PRIKAZ PRIMERA

Pacient je bil sprejet v Univerzitetni klinični center Ljubljana 3. februarja 2012 s sprejemnimi diagnozami: gangrena testisa, septični šok, hipoksična respiratorna insuficienca in akutna ledvična insuficienca, hyperplasia prostaticae- na katetru. Zaradi splošno slabega stanja je bil najprej hospitaliziran na Kliničnem oddelku za anesteziologijo in intenzivno terapijo kirurških strok. Zaradi hude flegmone skrotuma, ki je nastopila zaradi nekroze sečnice ob trajno vstavljenem urinskem katetru, se je posledično okužba razširila proti perineju ingvinalno in zgornjemu delu trebušne votline. Po intenzivnem zdravljenju z

hemodinamskim nadzorom se je zdravstveno stanje pacienta stabiliziralo. Dne 15. 2. 2012 je bil premeščen na Klinični oddelek za urologijo. V opisanem času hospitalizacije je prišlo do obsežnih RZP IV. stopnje v predelu trtice, torakalnega predela hrbtenice, desni lopatici in levem kolku. Zdravstvena nega in oskrba RZP je predhodno vključevala nekrektomije mrtvin in preveze s sodobnimi oblogami.

Zdravstveno negovalna anamneza

Gospod U. J., star 79 let, je bil sprejet dne 12. 4. 2012 v Negovalno bolnišnico. Sprejemne medicinske diagnoze pri pacientu so bile: Flegmona scroti et perinei, Stanje po nekrektomiji, Urosepsis, Pnevmonija, Akutna ledvična odpoved, Hyperplasia prostate na katetru, Arterijska hipertenzija, KAF na aspirinu, Decubitus (obsežni na hrbtu in sakrumu). Razlog za premestitev v Negovalno bolnišnico je bila potreba po zdravstveni negi in institucionalnem varstvu. Pacient je bil ob sprejemu v budnem stanju, sicer dobro orientiran in normalno pogovorljiv. Njegov sluh in vid je bil normalen. Leta 2008 je bil operiran na tankem črevesju zaradi perforacije črevesja in peritonitisa. Leta 2008/9 je bil operiran za dimeljsko kilo.

Od ostalih obolenj ima še povišan krvni tlak in obolenje prostate. Vitalni znaki so bili v mejah normale, saturacija 92 do 94 % na 2 litrih kisika. Pri pacientu je opazna podhranjenost, prehranjuje se po nazogastični sondi in z dodatki jogurta in pudinga. Zaradi težav z odvajanjem ima predpisana odvajala na dva do tri dni. Za uriniranje ima vstavljen stalni urinski kateter številka 18. Pacientova koža je pretežno bleda s slabšim turgorjem, suha. Ustna sluznica je obložena in suha. Prisotne so RZP na trtici, desnem kolku, v predelu torakalne hrbtenice in lopatice.

Po izvedbi negovalne anamneze smo pri pacientu ugotovili sledeče negovalne probleme: nevarnost infekcije sečil, nevarnost infekcije kože, nevarnost infekcije operativne rane, nevarnost infekcije sluznice, nevarnost padcev, hiranje, nesposobnost ohranjanja zdravja, nepopolno požiranje, nevarnost za prenizek volumen tekočin, nevarnost za poškodovanje in spremembe kože, nevarnost za obstipacijo, črevesna inkontinenca, urinska inkontinenca, nepopolna mobilnost III. stopnje, nepopolna mobilnost v postelji III. stopnje, nesposobnost hoje IV. stopnje, zmanjšana možnost oblačenja in osebne urejanja III. stopnje, zmanjšana zmožnost za osebno higieno III. stopnje, pomanjkljiva zmožnost samostojnega uživanja prehrane III. stopnje, pomanjkljiva zmožnost samostojnega opravljanja telesne potrebe IV. stopnje, zakasnelo okrevanje po kirurških posegih, dihalne poti neučinkovito čiščenje, nevarnost aspiracije.

Negovalni postopki pri oskrbi RZP

Za predhodno načrtovan sprejem pacienta na oddelek je bilo potrebno zagotoviti ustrezno namestitev pacienta, ki je zajemala: ležišče z dinamično preventivno blazino, namestitev posteljnih ograjic in trapeza. Ob sprejemu pacienta je bila izvedena ocena ogroženosti za nastanek RZP po Waterlow lestvici, ki je znašala 29 točk. Stopnja ogroženosti nam je bila tudi vodilo za pripravo individualnega načrta preprečevanja RZP. Pri načrtovanju smo uporabljali Protokol preventive RZP. Zaradi obsežnosti ran, nevarnosti okužbe smo ob sprejemu pacienta na oddelek konzultirali Svetovalno službo zdravstvene nege in specialista splošne kirurgije, ki se je vključil v delovanje interdisciplinarnega tima.

Za obravnavo RZP smo si pripravili načrt zdravstvene nege in oskrbe po modelu TIME, ki temelji na celostni obravnavi pacienta in nam je v pomoč pri nadaljnji oskrbi razjede. Priprava dna razjede ni statični koncept, temveč dinamični in hitro spreminjajoči. Ta model je sestavljen iz štirih korakov, ki označujejo pripravo dna rane (oskrba tkiva, nadzor nad vnetjem in okužbo, ravnovesje vlage, epitelijski napredek). Falanga navaja, da ponuja model TIME zdravstvenim delavcem sistematičen pristop, pri katerem se na podlagi temeljnih znanstvenih dejstev določi strategijo za čimbolj učinkovito celjenje rane. Model TIME je odvisen od učinkovite in pravilne ocene pacienta in razjede. Z uporabo tega pristopa lahko razvijemo večšine zgodnje prepoznavne pacientov z razjedami, ki se ne celijo in zgodnjih strategij, ki vodijo v napredek, namesto da so pacienti prepuščeni oskrbi brez rezultatov (EWMA 2004).



Cilj zdravstvene nege in oskrbe je bil ustvarjanje optimalnih pogojev za celjenje, preprečevanje okužbe in morebitno zacelitev RZP. Pravilna ocena razjede je zelo pomemben del oskrbe. Temelji na sintezi znanja, izkušenj in naravnosti h kritičnemu presojanju.

Ob sprejemu v Negovalno bolnišnico smo izvedli oceno RZP in ugotovili:

Levi kolk IV. stopnja, velikost 12 x 9 cm, dno razjede je bilo pokrito z črno mrtvino, z zmernim izločkom, bolečina ni bila prisotna, robovi razjede so bili macerirani, vnetje ni bilo prisotno.

Trtica IV. stopnje velikosti 17 x 15 cm, dno razjede je bilo pokrito s črno mrtvino z obilnim izločkom, bolečina ni bila prisotna, robovi razjede so bili macerirani, vnetje ni bilo prisotno.

Torakalni predel hrbtenice in desna lopatica IV. stopnje velikosti 20 x 15 cm, dno razjede je bilo pokrito z črno mrtvino z zmernim izločkom, bolečina ni bila prisotna, robovi razjede so bili macerirani, vnetje ni prisotno.

Ocena RZP se je izvajala na 10 dni oziroma ob vsaki spremembi. Za merjenje RZP smo uporabljali mrežo poliuretanskega filma, na katerem smo beležili velikost, mesto razjede in datum meritve.

Čiščenje RZP smo izvajali z ogreto fiziološko raztopino. Osnovni namen čiščenja je odstranjevanje mikroorganizmov, demarkiranih mrtvin, oblog in izločka iz razjede. Za oskrbo RZP moramo izbrati ustrezno primarno in sekundarno oblogo. Obloga mora vpijati izločke, odstranjevati mrtvine, zmanjševati smrad, prilegati se obliki rane, spodbujati celjenje razjede in je stroškovno učinkovita. S tem tudi zadovoljuje pacientove pričakovanja in cilje zdravljenja (EPUAP 2009).

Za oskrbo RZP smo uporabljali hidrogel za mehčanje in topljenje mrtvin. Hidrogeli uravnavajo optimalno vlažnost razjede, tako da hidrirajo suhe mrtvine ali vpijajo odvečne izločke in vzdržujejo optimalno vlažnost v vseh fazah celjenja. Kot sekundarna obloga je bila uporabljena poliuretanska pena in poliuretanski film za pričvrstitev. Zaradi zelo obsežnih nekroz in zmerne izločka so se obloge menjavale na dva dni do 19. 4. 2012. Nato se sledile preveze na tri dni z enakimi materiali. Ves čas smo sodelovali s Svetovalno službo ZN in specialistom splošne kirurgije. Vsi prisotni v interdisciplinarnem timu smo bili enakopravni pri obravnavi RZP s skupnim ciljem zacelitve RZP.

Izvedene so bile obširne nekrektomije odmrlega tkiva s strani kirurga splošne kirurgije in številne manjše nekrektomije, ki smo jih izvedli izvajalci ZN na oddelku. Z nekrektomijo odstranimo odmrlo tkivo, mikroorganizme in celice, ki upočasnjujejo celjenje in zagotovimo okolje, ki spodbuja rast zdravega tkiva (EPUAP 2009).

Ocena RZP 9. 5. 2012

Levi kolk IV. stopnja, velikost 10 x 7 cm, dno razjede je bilo pokrito z vlažno mrtvino, z obilnim izločkom, bolečina ni bila prisotna, na robovih razjede granulacijsko tkivo, vnetje ni bilo prisotno.

Trtica IV. stopnje velikosti 15 x 12 cm, dno razjede je bilo pokrito z vlažno mrtvino in zdravo granulacijo z obilnim izločkom, bolečina ni bila prisotna, vnetje ni bilo prisotno.

Torakalni predel hrbtenice in desna lopatica IV. stopnje velikosti 17 x 13 cm, dno razjede je bilo pokrito z vlažno mrtvino z obilnim izločkom, bolečina ni bila prisotna, vnetje ni prisotno.

Za oskrbo RZP smo uporabljali alginatne obloge, ki so visoko vpojne sestavljene iz alginatnih vlaken. Ob stiku z rano tvorijo gel. Kot sekundarna obloga je bila uporabljena poliuretanska pena in poliuretanski film za pričvrstitev. Preveze razjed smo izvajali na tri dni, oziroma po potrebi. Še vedno smo sodelovali s Svetovalno službo ZN in s kirurgom specialistom splošne kirurgije. Vsi prisotni v timu smo bili enakopravni pri obravnavi RZP. Vzporedno smo pri pacientu upoštevali in izvajali smernice protokola

preprečevanja RZP z menjavo položajev telesa na dve uri. Izboljšale so se tudi fizične aktivnosti s pomočjo fizioterapije in delovne terapije.

Ocena RZP 16. 5. 2012

Levi kolk IV. stopnja, velikost 8 x 6 cm, dno razjede je bilo pokrito z vlažno mrtvino, z obilnim izločkom, bolečina ni bila prisotna, na robovih razjede granulacijsko tkivo.

Trtica IV. stopnje velikosti 15 x 12 cm, dno razjede je bilo v večini že pokrito z granulacijskim tkivom in delno z vlažno mrtvino z obilnim izločkom, bolečina ni bila prisotna, vnetje ni bilo prisotno.

Torakalni predel hrbtenice in desna lopatica IV. stopnje velikosti 16 x 12 cm, dno razjede je bilo pokrito z vlažno mrtvino in granulacijskim tkivom z obilnim izločkom, bolečina ni bila prisotna, vnetje ni prisotno.

Za oskrbo RZP smo še naprej uporabljali alginatne obloge in kot sekundarno oblogo poliuretansko peno in poliuretanski film za pričvrstitev. Preveze razjed smo izvajali na tri dni, oziroma po potrebi.

Med intervencijami, ki so bile izvedene pri oskrbi RZP, je bila tudi terapija z negativnim površinskim pritiskom. Pri terapiji z negativnim površinskim pritiskom se v rani vzpostavi negativni pritisk z namenom izboljšanja celjenja rane. Negativni pritisk izvaja drenažo odvečne tekočine, zmanjša možnost okužbe ter poveča pretok krvi v razjedi, s čimer se poveča oskrba s kisikom in hranili, kar pospešuje celjenje razjede (EWMA 2007).

Prvič je bila terapija z negativnim površinskim pritiskom nameščena 17. 5. 2012 do 21. 5. 2012. Ves čas zdravljenja z negativnim površinskim pritiskom smo skrbno izvajali nadzor nad delovanjem črpalke, količino izločka in primerno zdravstveno nego pacienta. Po odstranitvi negativnega površinskega pritiska smo preveze izvajali na 2-3 dni s sodobnimi oblogami (alginati in poliuretanske pene).

Ocena RZP 6. 6. 2012

Levi kolk IV. stopnja, velikost 5 x 5 cm, dno razjede je bilo pokrito z granulacijskim tkivom, z obilnim izločkom, bolečina ni bila prisotna, na robovih razjede že vidna epitelizacija.

Trtica IV. stopnje velikosti 15 x 10 cm, dno razjede je bilo pokrito z granulacijskim tkivom z obilnim izločkom, bolečina ni bila prisotna, na robovih že vidna epitelizacija.

Torakalni predel hrbtenice in desna lopatica IV. stopnje velikosti 15 x 10 cm, dno razjede je bilo pokrito z granulacijskim tkivom z obilnim izločkom, bolečina ni bila prisotna, na robovih je že vidna epitelizacija.

Kirurg je ponovno indiciral namestitev negativnega površinskega pritiska dne 6. 6. 2012. Zdravljene z negativnim površinskim pritiskom je potekalo deset dni. V meseca junija so bile razjede prekrte s čvrstimi granulacijami na trtici, v predelu torakalne hrbtenice in lopatice in v predelu levega kolka. Vzporedno je bil v tim vključen tudi kirurg plastik, ki se je odločil, da prekrije defekte na kolku in trtici v mesecu juliju. Do takrat smo preveze izvajali na tri dni z alginati in poliuretanskimi penami. Dne 4. 7. 2012 je bil pacient premeščen na Klinični oddelek za plastično, rekonstrukcijsko, estetsko kirurgijo in opeklino, kjer so mu RZP prekrili z režnji. Pacient je bil po uspešno opravljenem posegu dne 23. 7. 2012 premeščen nazaj v Negovalno bolnišnico. Potreboval je še zdravstveno nego preostalih kožnih defektov, učenja samooskrbe in izboljšanja mobilnosti.

Vzporedno je potekalo tudi izvajanje fizioterapije. Redno so izvajali aktivno asistiranje vaje, vaje za ravnotežje, koordinacijo telesa, učenja uporabe pripomočkov. Program je bil prilagojen pacientovim zmožnostim in vsakodnevno beležen v fizioterapevtski list. Delovna terapija se je pri pacientu izvajala z učenjem treninga veščin pri aktivnostih povezanih s položajem telesa. Zajemala je tudi aktivnosti, povezane s skrbjo zase ter oceno sposobnosti samooskrbe. Podatki so bili zabeleženi v list delovne terapije. Socialna



delavka na oddelku je izvajala psihosocialno podporo pacientu in svojcem. Podatke in pogovore je redno beležila v ustrezno dokumentacijo.

RAZPRAVA

Vse aktivnosti, ki smo jih uspešno izvajali z interdisciplinarnim pristopom, so vzporedno zelo prispevale k izboljšanju vseh temeljnih življenjskih aktivnosti. Od popolne odvisnosti pri negovalnih postopkih se je tekom hospitalizacije stanje izboljševalo. Pacient je pridobil zmožnost delne samooskrbe. Vključevanje pacienta v procesno metodo dela pri izvajanju zdravstvene nege in predvsem njegova močno izražena volja in optimizem je pripomogla, da smo z interdisciplinarnim pristopom uspeli zvesti uspešno zdravljenje in oskrbo RZP. Dobro sodelovanje zdravstvenih delavcev je pripomoglo, da bo imel pacient kakovostno daljše življenje. RZP so bile povsem zaceljene. V mesecu avgustu je bil odpuščen v domačo oskrbo. Potreboval je delno pomoč pri izvajanju osnovnih temeljnih življenjskih aktivnostih. Sposoben je samostojnega oblačenja, hranjenja, obračanja, posedanja preko roba postelje, vstajanja z minimalno asistenco, hoje ob hidravlični hodulji in prehoditi razdaljo do 200 metrov. Njegova življenjska volja, vztrajnost in »trma« kot je večkrat dejal, je pozitivno vplivala tudi na vse člane zdravstveno negovalnega tima in pacientov partnerski odnos.

Medicinske sestre, ki vsakodnevno posvečajo skrb in odgovornost pacientom; večinoma starostnikov nad 65 let, vedo kaj pomeni timsko sodelovanje. Timska odgovornost in koordinacija dela omogoča članom tima doseganje zastavljenih ciljev, ki so pogojeni z medsebojnim sodelovanjem. Člani tima smo se zavedali skupne odgovornosti. Vzajemno je s svojim sodelovanjem zelo pripomogel tudi pacient. Posledično smo s timskim pristopom dosegali večji nivo znanja, kakovost in motiviranost zaposlenih. Medsebojni odnosi so ključnega pomena za profesionalno zdravstveno nego, še posebej velikokrat povezani z boleznijo in posledično bolečino ter trpljenjem (Pajnikihar, 2007). Če medicinske sestre želijo vse to dosegati, morajo vzpostaviti sodelovalne odnose, na katere se je mogoče opreti. Vendar se sodelovanje redko vzpostavi samo od sebe, le to potrebuje spodbudo tako na sistemski kot na organizacijski in medsebojni ravni. Pri tem je zelo pomembno, kako zdravo je slovensko zdravstvo in v kakšni meri je prisotna svobodna, enakopravna razprava na osnovi moči argumentov in ne argumentov moči (Pahor 2006).

ZAKLJUČEK

Zdravstvena nega pacienta je potekala po procesni metodi dela. Kakovostno delovanje interdisciplinarnega tima je privedlo do zacelitve RZP. Cilji delovanja tima so izhajali iz reševanja konkretne problematike, vključevanja sodelavcev, posredovanja in izmenjave mnenj ter izkušenj (Kadivec, 2008).

Potrebo po novih znanjih je potrebno reševati z izmenjavo znanj na organiziran način, ki deluje kot učinkovit način pridobivanja novih znanj in pomemben dejavnik pri razvijanju timskega dela. Gre za način izmenjave znanj, kjer vsak posameznik organizirano in sistematično pouči svoje sodelavce o posegih, ki jih dobro pozna in obvlada. Zaupanje izvajalcev zdravstvene nege v sebe in sodelavce posledično vpliva na motivacijo, znanje in obratno (Skela-Savič,).

Razjede zaradi pritiska žal ostajajo pomemben zdravstveno-negovalni problem. Opisan primer kaže, da timski pristop ter velik trud vsakega strokovnjaka v zdravstvenem timu lahko doprinese k izboljšanju stanja konkretnih pacientov tudi na tem področju. Ne pozabimo pa, da tudi za to področje velja, da je bolje preprečevati, kot zdraviti.

LITERATURA IN VIRI

European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Wound Bed Preparation. London: MEP Ltd, 2004. Dostopno na www.ewma.org – 01.02.2013
European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Topical negative pressure in wound management London: MEP Ltd, 2007. Dostopno na www.ewma.org – 01.02.2013

International guideline Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline;

National Pressure Ulcer Advisory Panel & ©European Pressure Ulcer Advisory Panel 2009; Dostopno na www.npuap.org – 01.02. 2013

Kadivec S. Krožki kakovosti- metoda motivacije v procesu izboljševanja kakovosti v bolnišnici; Jaz in moja kariera, Bled, 25.1.2008, Uredniki: Brigita Skela Savič, Jožica Ramšak Pajk, Boris Miha Kaučič, Visoka šola za zdravstveno nego, Jesenice, str. 119-126.

Pahor M. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki kot družbeni pojav. Dostopno na: szd.si/user_files/vsebina/Zdravniki.../st07-1-43-47.htm -01.02.2013

Pribaković Brinovec R, Masten Cuznar O, Ivanuša M, Leskošek B, Pajntar M, Poldrugovac M, et al. Priročnik o kazalnikih kakovosti. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2010: 62-68.

Skela Savič B. Zakaj se spremembe v zdravstvu odvijajo (pre) počasi?. *Neprofitni management*, let 3, št. 1, str. 31–35.

Veninšek G. Geriatrska medicina in specialistično usposabljanje na področju geriatrske medicine v Evropi. In: Robert M, Zdenka T, Ramovš J, eds. Geriatrija in zdravstvena gerontologija v slovenskem prostoru. Problemska konferenca. Zbornik referatov, Brdo 15. september 2011. Ljubljana: ministrstvo za zdravje RS, Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje; 2011: 106-14

Zdravstveno- negovalna dokumentacija Negovalne bolnišnice UKC Ljubljana



222C

ZDRAVLJENJE LUSKAVICE Z BIOLOŠKIMI ZDRAVILI IN VPLIV NA KAKOVOST ŽIVLJENJA BOLNIKA

THE TREATMENT OF PSORIASIS WITH BIOLOGICS AND THE IMPACT ON PATIENT'S QUALITY OF LIFE

Liljana Kralj, dipl. m. s.

Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za kožne in spolne bolezni

liljana.kralj@gmail.com

Ključne besede: bolnik, medicinska sestra, zdravstvena nega, biološka zdravila, kakovost življenja, luskavica

IZVLEČEK

Bolniki z luskavico so kronični bolniki, ki se doživljenjsko soočajo s stigmatizirano, ki jo prinaša kronična kožna bolezen. Kakovost njihovega življenja je močno okrnjena in je na zelo nizki ravni. Z zdravljenjem z biološkimi zdravili so bolniki dobili možnost, da zaživijo enakovredno drugim ljudem in da se kakovost njihovega življenja močno izboljša.

Namen: namen raziskave je ugotoviti spremembe v kakovosti življenja bolnikov z luskavico pri uporabi bioloških zdravil.

Metodologija raziskovanja: v raziskavi smo za pridobivanje podatkov uporabili vprašalnik Dermatološki indeks kakovosti življenja (Dermatology Life Quality Index), ki smo ga prilagodili za naše potrebe. V raziskavi je sodelovalo sedemdeset bolnikov z luskavico, ki se zdravijo z biološkimi zdravili na Oddelku za kožne in spolne bolezni.

Rezultati: raziskava je potrdila, da zdravljenje bolnikov z biološkimi zdravili signifikantno izboljša kakovost življenja bolnikov z luskavico.

Sklep: raziskava je zajela bolnike z luskavico, ki se zdravijo z biološkimi zdravili, in prikazuje vpliv bolezni na kakovost življenja bolnika. Je edina tovrstna raziskava, ki je bila opravljena v Sloveniji. Uporaba bioloških zdravil za zdravljenje pri bolnikih z luskavico zviša kakovost življenja.

Keywords: patient, nurse, nursing, biological medicinal products, quality of life, psoriasis

ABSTRACT

Patients with psoriasis are chronic patients who are stigmatized by chronic skin disease for their whole lives. Their quality of life is greatly diminished, and at a very low level. Treatment with biological medicinal products gives patients a chance to come to the life equivalent with other people and so their quality of life is greatly improved.

Purpose: The purpose of this research is to detect changes in quality of life of patients with psoriasis with biological medicinal products.

Research methods: In this study, we used quantitative data, we used the index of quality of life – Dermatology Life Quality Index, which we adapted to our needs. The study included 70 patients with psoriasis, treated with biological medicinal products in the Department of skin and venereal diseases.

Results: The studies confirmed that patients with psoriasis, who chose the biological medicinal products, significantly improve the quality of their lives.

Conclusion: The study included patients with psoriasis treated with biological medicinal products and the impact of the disease on the patient's quality of life. It is the only survey that was conducted in Slovenia.

The use of biological medicinal products for the treatment of patients with psoriasis increases the quality of life.

UVOD IN OPREDELITEV PROBLEMA

Luskavica (psoriaza) je kronična, neozdravljiva, vnetna kožna bolezen, pogojena z genskimi in imunološkimi dejavniki. Prizadene približno 2–3 % svetovne populacije (National Psoriasis Foundation, 2010). Pojavlja se tako pri ženskah kot pri moških. Bolezen v težjih primerih močno prizadene bolnika in vpliva na fizično, čustveno in ekonomsko kakovost njegovega življenja (LEO Pharma, 2007). Gre za kronično bolezen, ki se bolj ali manj ponavlja in pogosto ne reagira na običajne načine zdravljenja, kar večini bolnikov daje občutek brezupnosti. Bolniki z luskavico so nenehno obremenjeni zaradi nenadnih in nepričakovanih izbruhov bolezni, ki lahko posežejo v njihove življenjske načrte. Visoki in ponavljajoči se stroški zdravljenja povzročajo občutek nemoči, najbolj nadležen pa je občutek pomanjkanja nadzora nad boleznijo (Babu, 2009).

Po podatkih Nacionalnega inštituta za zdravje direktni in indirektni stroški zdravljenja v ZDA znašajo 11,25 milijarde ameriških dolarjev. V povprečju bolniki z luskavico izgubijo okrog šestindvajset delovnih dni na leto (National Psoriasis Foundation, 2010).

Primerjalne študije članov organizacije bolnikov za samopomoč v Nemčiji so pokazale, da so bolniki z luskavico zaradi bolezni čustveno in telesno prizadeti v tolikšni meri, da se lahko primerjajo z bolniki z boleznimi srca, rakom ali sladkorno boleznijo (Mrowietz, Reich, 2009).

Luskavica vpliva tudi na kakovost življenja celotne družine. Čas, ki ga bolniki porabijo za zdravljenje, odpor do zapuščanja doma in izogibanje javnim mestom, kot so kopališča, plaže in športni centri, lahko otežijo skupno preživljanje prostega časa družine. Zdravljenje težke oblike luskavice lahko izgleda tvegano, stroški zdravljenja pa predstavljajo še dodatno breme za bolnikovo družino (Krueger et al., 2001).

»Europso« je evropska študija, ki proučuje vpliv luskavice na kakovost življenja bolnikov. Začela se je v letu 2002 in je bila zaključena leta 2003. Študija je pokazala, da je vpliv luskavice na kakovost življenja sorazmeren s stopnjo njene intenzivnosti (The European Umbrella Organisation for Psoriasis Members, 2003).

V Sloveniji ni podatkov o opravljenih raziskavah s področja kakovosti življenja pri bolnikih z luskavico. Edina raziskava, ki smo jo zasledili, je raziskava, ki je bila opravljena znotraj Društva psoriaticov Slovenije v letih 2006–2007. Namenjena je bila predvsem zbiranju podatkov o bolezni, bolezni v družini in zdravljenju, zadovoljstvu z zdravljenjem, na koncu raziskave pa so lahko anketiranci navedli tudi svoje težave in mnenja (Jamnik, 2007).

Luskavica vpliva na vse vidike življenja: na bolnikovo kariero, socialne in seksualne odnose ter na družinsko življenje. Zaradi teh razlogov je nujno, da se kakovost življenja upošteva pri zdravljenju, še posebej pomembno vlogo pa igra v odnosu med zdravnikom in bolnikom (LEO Pharma, 2007).

NAMEN IN CILJI RAZISKAVE

Namen raziskave je ugotoviti spremembe v kakovosti življenja bolnikov z luskavico pri uporabi bioloških zdravil.

Cilji raziskave

Ciljev teoretičnem delu so pregled in analiza strokovne literature, pregled opravljenih raziskav na področju kakovosti življenja pri bolnikih z luskavico, pregled literature in raziskav za opredelitev vloge medicinske sestre pri zdravljenju bolnikov z biološkimi zdravili. V empiričnem delu raziskave pa so cilji ugotoviti, ali obstaja razlika v kakovosti življenja bolnikov z luskavico pred zdravljenjem z biološkimi zdravili in med njim in kašna so pričakovanja bolnikov z luskavico glede zdravljenja z biološkimi zdravili.

TEORETIČNI DEL

Luskavica (psoriza)

Luskavica je ena od najpogostejših kožnih boleznin in spada v skupino eritematoskvamoznih dermatoz. Klinično značilno zanjo je, da se pojavljata rdečina (eritem) in luščenje kože. Etiologija bolezni še ni v celoti znana (Arzenšek, Miljković, 2009). Luskavica je kljub številnim raziskavam še vedno označena kot kožna bolezen neznane etiologije, različne raziskave pa potrjujejo, da gre v osnovi za vnetno, imunsko kožno bolezen, povezano s T-celicami (Kralj, 2010).

Zdravljenje luskavice je izredno zahtevno in je potreben multidisciplinarni pristop. Trenutno še ni na voljo nobeno zdravilo, ki bi delovalo trajno. Na voljo so tako sistemski kot lokalni načini zdravljenja in jih pri zdravljenju luskavice lahko celo združimo (Arzenšek, Miljković, 2009). Odločitev glede izbora najprimernejšega načina zdravljenja je povezana z individualno obravnavo bolnika, klinično sliko bolezni, razširjenostjo in lokacijo sprememb, starostjo in spolom bolnika, drugimi pridruženimi boleznimi in učinkom predhodnih zdravljenj. Najučinkovitejše zdravljenje luskavice je načrtovano zdravljenje ob upoštevanju osnovnih smernic stopenjskega, kombiniranega in izmeničnega zdravljenja (Arzenšek, Miljković, 2009).

Zdravljenje z biološkimi zdravili

Sodobna zdravila iz skupine bioloških zdravil za zdravljenje luskavice so razvita na osnovi znanih glavnih patogenetskih poti luskavice (Arzenšek, Miljković, 2009). Trenutno še ni na voljo nobeno zdravilo, ki bi delovalo trajno. Pomemben dejavnik izbire najprimernejšega zdravljenja predstavlja tudi vpliv zdravljenja na izboljšanje kakovosti življenja bolnika (Marko, 2008).

Zdravljenje z biološkimi zdravili predlaga, vodi in nadzoruje specialist dermatolog z izkušnjami pri zdravljenju luskavice. V Sloveniji se je zdravljenje luskavice z biološkimi zdravili začelo leta 2005 (Kralj, 2010).

Zdravljenje z biološkimi zdravili spada med sistemska zdravljenja. Trenutno se uporabljajo le pri bolnikih, ki imajo zmerno do hudo obliko luskavice in/ali psoriatičnega artritisa in pri katerih so se klasične terapije izkazale za neuspešne. Raziskave kažejo, da so biološka zdravila dokaj varna v primerjavi s konvencionalnimi zdravili, aplikacija je enostavna in se lahko uporabljajo dalj časa brez resnejših stranskih učinkov (Arzenšek, Miljković, 2009).

Zdravljenje luskavice je izredno zahtevno in je potreben multidisciplinarni pristop. Medicinska sestra je ključni član multidisciplinarnega tima, ki je potreben za obravnavo bolnikov z luskavico, vendar pa v Sloveniji medicinskim sestram ni omogočeno podiplomsko izobraževanje s področja zdravljenja z biološkimi zdravili. Za sodelovanje pri zdravljenju z biološkimi zdravili je potrebno dodatno specifično

znanje, ki si ga v Sloveniji tudi v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor (UKC MB) medicinske sestre trenutno pridobivamo s samoizobraževanjem in študijem tuje literature, ki nam je dosegljiva iz vseh področij, ki so pomembna za delo medicinske sestre. Po naših izkušnjah zdravljenje in zdravstvena nega bolnika z luskavico zahtevata holistični pristop, veliko mero empatije in humanega dela medicinske sestre.

EMPIRIČNI DEL

Raziskovalni vprašanji in hipoteza

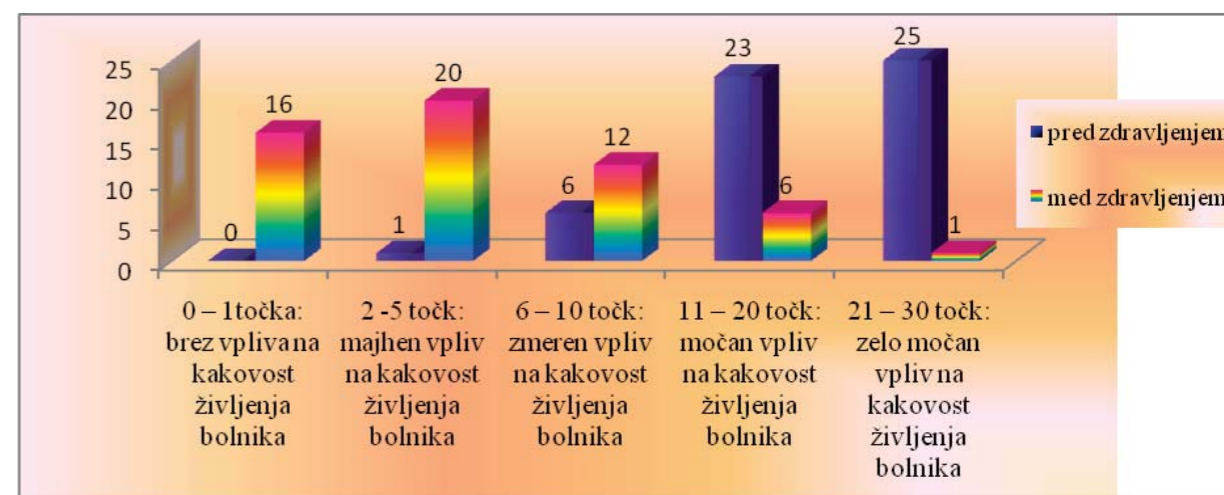
- **RV1:** Kakšen vpliv ima zdravljenje z biološkimi zdravili na kakovost življenja bolnikov z luskavico?
- **RV 2:** Kaj pričakujejo bolniki z luskavico od zdravljenja z biološkimi zdravili?
- **Hipoteza:** Bolnikom z luskavico se kakovost življenja med zdravljenjem z biološkimi zdravili signifikantno zviša.

Raziskovalna metodologija

Raziskava temelji na kvantitativni metodologiji raziskovanja in analizi strokovne literature. Kvantitativno metodo raziskovanja smo uporabili pri bolnikih z luskavico. Izvedli smo jo s pomočjo testiranega vprašalnika DLQI (Finlay, 1994), ki je preveden v slovenščino, je validiran in se lahko uporablja v Sloveniji. Vprašalnik smo nekoliko priredili za naše potrebe, in sicer smo ga časovno drugače opredelili na obdobje pred začetkom zdravljenja in drugega na obdobje med zdravljenjem. Dodali smo tudi enajsto vprašanje, kjer so lahko bolniki na prvem vprašalniku, s katerim smo zbirali podatke pred začetkom zdravljenja, podali svoja pričakovanja v zvezi z zdravljenjem z biološkimi zdravili in na drugem vprašalniku, ki je zbiral podatke med zdravljenjem z biološkimi zdravili, izrazili izpolnitev svojih pričakovanj.

V raziskavo je bilo zajetih sedemdeset bolnikov, ki imajo luskavico in so vključeni v program zdravljenja z biološkimi zdravili. Bolniki, ki so bili vključeni v raziskavo, so se morali zdraviti z biološkimi zdravili vsaj deset tednov ali več zaradi ustreznega vrednotenja vpliva zdravljenja na bolezen in posledično vpliva na kakovost življenja.

REZULTATI

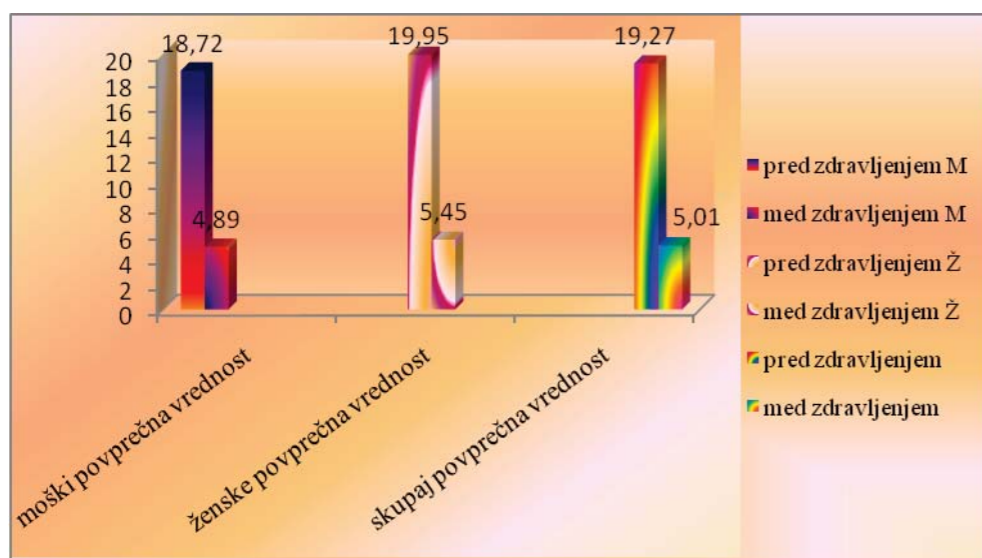


Slika1: Vpliv bolezni na kakovost življenja

Na kakovost življenja bolnikov z luskavico pred zdravljenjem z biološkimi zdravili ima bolezen zelo močan vpliv (21–30 točk) pri petindvajsetih (45,4 %) bolnikih, pri triindvajsetih (41,8 %) bolnikih ima močan vpliv na kakovost življenja bolnika (11–20 točk), 6–10 točk oziroma zmern vpliv na kakovost življenja bolnika

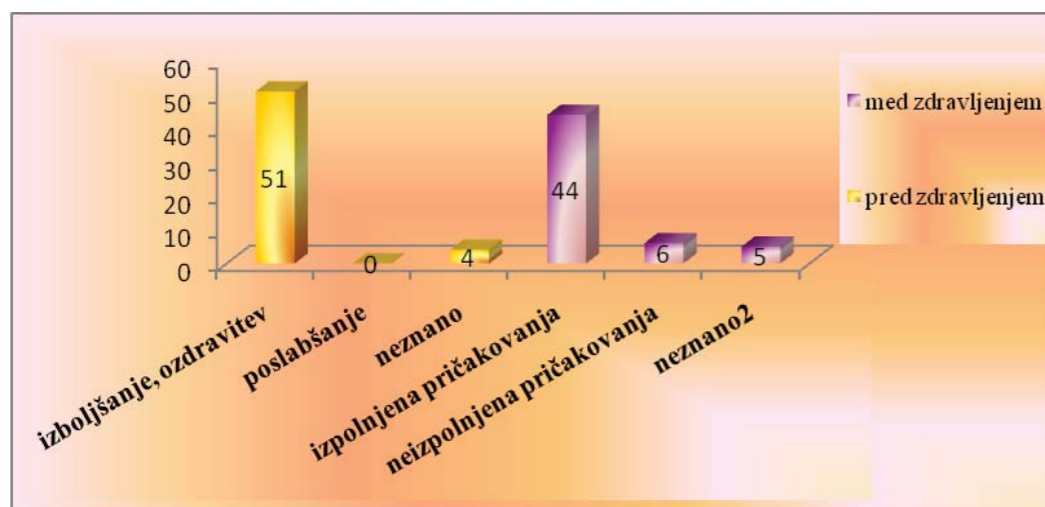
ima pri šestih (10,9 %) bolnikih, pri enem (1,8 %) bolniku ima majhen vpliv na kakovost življenja bolnika (2–5 točk) in pri nobenem bolniku (0 %) ni brez vpliva na kakovost življenja bolnika (0–1 točka).

Med zdravljenjem pa se vpliv bolezni na kakovost življenja bolnika popolnoma spremeni: 21–30 točk ali zelo močan vpliv na kakovost življenja bolnika ima le pri enem (1,8 %) bolniku, pri šestih (10,9 %) bolnikih ima močan vpliv na kakovost življenja bolnika (11–20 točk), 6–10 točk oziroma zmeren vpliv na kakovost življenja bolnika ima pri dvanajstih (21,8 %) bolnikih, pri dvajsetih (36,3 %) bolnikih ima majhen vpliv na kakovost življenja bolnika (2–5 točk) in pri šestnajstih (29,1 %) bolnikih je brez vpliva na kakovost življenja bolnika (0–1 točka).



Slika 2: Povprečna vrednost vpliva bolezni na kakovost življenja pri moških in ženskah ter skupaj

Pri moških je pred zdravljenjem z biološkimi zdravili povprečna vrednost vpliva bolezni na kakovost življenja 18,72 točke, medtem ko se med zdravljenjem z biološkimi zdravili zniža na 4,89 točke. Pri ženskah je vrednost pred zdravljenjem nekoliko višja in je 19,95 točke, prav tako je nekoliko višja vrednost od moških med zdravljenjem z biološkimi zdravili in je 5,45 točk. Moški in ženske skupaj dosežejo pred zdravljenjem vrednost vpliva bolezni na kakovost življenja 19,27 točke, med zdravljenjem pa pade ta vpliv na 5,01 točke.



Slika 3: Pričakovanja bolnikov pri zdravljenju luskavice z biološkimi zdravili in uresničitev pričakovanj

Večina oziroma enainpetdeset (92,7 %) bolnikov je pričakovala izboljšanje ali ozdravitev. Štirje (7,3 %) niso navedli svojih pričakovanj. Po začetku zdravljenja oziroma med zdravljenjem pa so se pričakovanja izpolnila štirinštiridesetim (80 %) bolnikom, šest (10,9 %) bolnikov je bilo razočaranih oziroma so bila njihova pričakovanja neizpolnjena, pet (9,1 %) bolnikov pa ni navedlo rezultata.

Izračun t-testa odvisnih vzorcev

Za izračun t-testa smo uporabili spletno aplikacijo Graph Pad Software, Inc (2012) T-test calculator. Izračunali smo P-vrednost in statistično značilnost. P-vrednost je manjša od 0,0001. Ta razlika velja za izjemno statistično značilno, kar pomeni, da zdravljenje bolnikov z luskavico z biološkimi zdravili signifikantno izboljša kakovost življenja bolnikov.

INTERPRETACIJA IN RAZPRAVA

Bolniki, ki so se zdravili pri dermatologu zaradi luskavice, so pokazali visoko stopnjo prizadetosti zaradi aktivne bolezni, povezane s kakovostjo življenja. Pri bolnikih z luskavico je poudarjena nagnjenost k samomorilnosti, veliko je depresivnih motenj, pogosto je uživanje alkohola (Mrowietz, Reich, 2009). Zdravljenje z biološkimi zdravili ima izredno pozitiven vpliv na kakovost življenja bolnikov z luskavico, kar je razvidno iz dobljenih rezultatov naše raziskave in kar potrjuje tudi študija ameriške Akademije za dermatologijo (2004, v Hareyan, 2005). Pozitiven vpliv zdravljenja se kaže na vseh področjih življenja bolnika.

V raziskavi, ki smo jo izvedli, je sodelovalo petinpetdeset bolnikov, od tega je bilo devetindvajset (52,7 %) moških in dvajset (36,3 %) žensk, šest (10,9 %) sodelujočih pa se ni opredelilo glede spola.

Anketirani bolniki so bili različnih starosti, in sicer od trideset do osemdeset let.

Glede na rezultat izvedene raziskave lahko ugotovimo, da ima na kakovost življenja bolnikov z luskavico pred zdravljenjem z biološkimi zdravili bolezen zelo močan vpliv (21–30 točk) pri petindvajsetih (45,4 %) bolnikih, pri triindvajsetih (41,8 %) bolnikih ima močan vpliv na kakovost življenja bolnika (11–20 točk), 6–10 točk oziroma zmeren vpliv na kakovost življenja bolnika ima pri šestih (10,9 %) bolnikih, pri enem (1,8 %) bolniku ima majhen vpliv na kakovost življenja bolnika (2–5 točk) in pri nobenem bolniku (0%) nima vpliva na kakovost njegovega življenja (0–1 točka). Rezultati potrjujejo ugotovitve drugih avtorjev, da je v primerjavi z zdravimi odraslimi kakovost življenja bolnikov z luskavico občutno nižja. Primerjava luskavice z drugimi izčrpavajočimi telesnimi in psihičnimi boleznimi kaže na to, da lahko luskavica (kljub temu da ni smrtno nevarna) zelo ogrozi kakovost življenja. Luskavica je izčrpavajoča tako na telesni kot tudi na duševni ravni (Finlayetal, 1990). Bistveno pa se spremeni vpliv bolezni med zdravljenjem z biološkimi zdravili, saj smo ugotovili 21–30 točk ali zelo močan vpliv na kakovost življenja bolnika le pri enem (1,8 %) bolniku, pri šestih (10,9 %) bolnikih ima močan vpliv na kakovost življenja bolnika (11–20 točk), 6–10 točk oziroma zmeren vpliv na kakovost življenja bolnika ima pri dvanajstih (21,8 %) bolnikih, pri dvajsetih (36,3 %) bolnikih ima majhen vpliv na kakovost življenja bolnika (2–5 točk) in pri šestnajstih (29,1 %) bolnikih je brez vpliva na kakovost življenja bolnika (0–1 točka).

Na podlagi dobljenih rezultatov lahko torej odgovorimo na prvo raziskovalno vprašanje: Kakšen vpliv ima zdravljenje z biološkimi zdravili na kakovost življenja bolnikov z luskavico? Trdimo lahko, da zdravljenje luskavice z biološkimi zdravili zelo ugodno vpliva na kakovost življenja bolnikov z luskavico in samo kakovost življenja tudi zelo izboljša, tako da lahko bolniki z luskavico enakovredno drugim živijo svoje življenje brez stigme.

Tudi National Psoriasis Foundation (2010) trdi, da ima bolezen zelo velik negativen vpliv na kakovost življenja, predvsem pri ženskah in mlajših bolnikih. Z izvedeno raziskavo smo ugotovili, da je pri moških pred zdravljenjem z biološkimi zdravili povprečna vrednost vpliva bolezni na kakovost življenja 18,72 točk,



medtem ko se med zdravljenjem z biološkimi zdravili zniža na 4,89 točke. Pri ženskah je vrednost pred zdravljenjem nekoliko višja in je 19,95 točke, prav tako je nekoliko višja vrednost od moških med zdravljenjem z biološkimi zdravili in je 5,45 točk. Naši rezultati torej potrjujejo ugotovitve, da ima bolezen na kakovost življenja nekoliko večji vpliv pri ženskah in da se sama kakovost življenja močno poveča med zdravljenjem.

Na podlagi dobljenih rezultatov smo izračunali P-vrednost in statistično značilnost. Dobljena P-vrednost je manjša od 0,0001. Ta razlika velja za izjemno statistično značilno, kar pomeni, da zdravljenje bolnikov z luskavico z biološkimi zdravili signifikantno izboljša kakovost življenja bolnikom. S tem smo potrdili postavljeno hipotezo, da se bolnikom z luskavico kakovost življenja med zdravljenjem z biološkimi zdravili signifikantno zviša.

Kot povsod drugje imajo tudi bolniki z luskavico svoja pričakovanja, ko se odločijo za zdravljenje z biološkimi zdravili. V raziskavi je večina oziroma enainpetdeset (92,7 %) bolnikov pričakovala izboljšanje ali ozdravitev. Štirje (7,3 %) niso navedli svojih pričakovanj. Po začetku zdravljenja oziroma med zdravljenjem pa so se štiriinštiridesetim (80 %) bolnikom pričakovanja izpolnila, šest (10,9 %) bolnikov je bilo razočaranih oziroma so bila njihova pričakovanja neizpolnjena, pet (9,1 %) bolnikov pa ni navedlo rezultata.

Na podlagi rezultatov raziskave lahko na drugo raziskovalno vprašanje Kaj pričakujejo bolniki z luskavico od zdravljenja z biološkimi zdravili? podamo naslednje ugotovitve: bolniki v večini od zdravljenja pričakujejo ozdravitev oziroma izboljšanje. V večini oziroma v 80 % se jim pričakovanja izpolnijo.

SKLEP

Področje zdravljenja bolezni z biološkimi zdravili je v Sloveniji sorazmerno mlado, tudi na področju dermatologije, kjer z biološkimi zdravili zdravimo bolnike z luskavico, ki ustrezajo vnaprej določenim pogojem. Naša raziskava, ki je zajela bolnike z luskavico, ki se zdravijo na oddelku za kožne in spolne bolezni z biološkimi zdravili, in vpliv bolezni na kakovost življenja bolnika je trenutno tudi edina raziskava, ki je v Sloveniji opravljena na tem področju. Rezultati so pokazali, da uporaba bioloških zdravil pri bolnikih z luskavico zelo zviša kakovost življenja.

LITERATURA

- Arzenšek J, Milković J. Psoriasis vulgaris. In: Kinsky A, Milković J, eds. Kožne in spolne bolezni Ljubljana: Združenje slovenskih dermatovenerologov; 2009: 201–8.
- Babu H. How Does Psoriasis Affect Quality of Life. 2009. Prevezeto 20. 9. 2010 iz <http://hanishbabu.suite101.com/how-does-psoriasis-affect-the-quality-of-life-a88132>
- Finlay A. Dermatology Life Quality Index (DLQI). 1994. Prevezeto 1. 10. 2010 iz <http://www.dermatology.org.uk/quality/dlqi/quality-dlqi.html>
- Finlay A, Khan G, Luscombe D, Salek M. Validation of sickness impact profile and psoriasis disability index in psoriasis. *British Medical Journal*. 1990;123:751–756.
- Graph Pad Software, Inc. T - test calculator [Electronic version]. 2012. Prevezeto 11.10.2011 iz <http://graphpad.com/quickcalcs/ttest1.cfm> 2002–2005
- Hareyan, A. Biologic Treatments Help Improve the Quality of Life for Psoriasis Patients. 2005. Prevezeto 12.12.2011 iz <http://www.emaxhealth.com/66/3707.html>.
- Jamnik J. Raziskava o psoriazi. *Glasilo društva psoriaticov Slovenije: Za prostor pod soncem*. 2007;28:14–23.
- Kralj B. Moje izkušnje pri zdravljenju luskavice z biološkimi zdravili. In: Milković J, eds. 7. dermatološki dnevi Maribor 2010, Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za kožne in spolne bolezni; 2010: 45–48.

Krueger G, Koo J, Lebwoh M, Mente A, Stern R, Rolstad T. The impact of psoriasis on quality of life: results of a 1998 – National Psoriasis Foundation patient – membership survey. [Electronic version]. *Archives of Dermatology*; 2001;137: 280–284. Prevezeto 20. 9. 2010 iz <http://archderm.ama-assn.org/cgi/reprint/137/3/280>

LEO, Pharma, A/S. See Patients' Area. 1998–2007. Prevezeto 8. 12. 2010 iz <http://www.psorinfo.com/Patients.aspx?ID=1>

Marko P. Biološka zdravila in kombinirano zdravljenje luskavice. In: Milković J, eds. 5. dermatološki dnevi Maribor 2008, Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za kožne in spolne bolezni; 2008: 45–48.

Mrowietz U, Reich K. Psoriasis – New Insights Into Pathogenesis and Treatment. [Electronic version]. *Deutsches Ärzteblatt International*; 2009; 106: 1–2, 11–9. Prevezeto 29. 9. 2010 iz <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2695319/>

National Psoriasis Foundation /USA. About psoriasis-Statistics. 2010. Prevezeto 1. 11. 2010 iz http://www.psoriasis.org/learn_statistics

The European Umbrella Organisation of Psoriasis Members. Index. 2007–2010. Prevezeto 4. 11. 2010 iz <http://www.europso.eu/index.php>.

222D

VPLIV ULTRAVIJOLIČNIH ŽARKOV NA KOŽO IN USTREZNA ZAŠČITA: OSVEŠČENOST PREBIVALSTVA O USTREZNI ZAŠČITI

THE IMPACT OF ULTRAVIOLET RAYS ON SKIN AND PROTECTION: POPULATION AWARENESS OF ADEQUATE PROTECTION

Katja Šivic, dipl. m. s.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Internistična prva pomoč

viš. pred. mag. Andreja Kvas, viš. med. ses., prof. zdr. vzg.

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za zdravstveno nego

katjasivic@gmail.com¹

Ključne besede: zaščita pred soncem, sončne opekline, melanom, medicinska sestra, zdravstvena vzgoja.

IZVLEČEK

Uvod: Ultravijolično sevanje, ki prihaja na površino zemlje, močno vpliva na življenje vseh živih bitij. Učinki ultravijoličnih žarkov so lahko pozitivni, večinoma pa so negativni. Vplivi ultravijoličnih žarkov so omejeni na oči in kožo, saj zaradi kratke valovne dolžine ne prodirajo globoko v organizem. S kakovostno zdravstveno vzgojo želimo vplivati na tvegane oblike vedenja ljudi in jim pomagati, da spremenijo svoje tvegano obnašanje v zdravo. Cilj zdravstvene vzgoje je osveščati javnost o nevarnih vplivih sončnih žarkov za zdravje in o pomenu pravilne in pravočasne zaščite.

Namen: Namen prispevka je predstaviti škodljive vplive ultravijoličnega sevanja in svetovati, kako se pred njim ustrezno zaščititi. Z raziskavo smo želeli ugotoviti stopnjo osveščenosti anketiranih ljudi o škodljivosti ultravijoličnih žarkov ter izvedeti, kakšna zaščitna sredstva uporabljajo.

Metode dela: Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela s pregledom literature. S pomočjo sistema COBIB.SI in podatkovnih baz MEDLINE Plus, CINAHL, Mesh, in Cochrane smo poiskali domačo in tujo strokovno literaturo, jo kritično pregledali in analizirali. V raziskovalnem delu smo za zbiranje podatkov uporabili anketni vprašalnik s 17 vprašanji, s pomočjo katerih smo pridobili demografske podatke anketirancev: starost, spol, izobrazbo in kraj bivanja. Ostala vprašanja se nanašajo na poznavanje škodljivih vplivov ultravijoličnih žarkov in pravilno zaščito pred njimi. Anketiranih je bilo 130 ljudi po principu snežne kepe. Izpolnjene anketne vprašalnike so v roku treh tednov vrnili po pošti.

Rezultati: Glede na rezultate raziskave ugotavljamo, da so anketiranci dovolj osveščeni o nevarnosti škodljivega vpliva ultravijoličnih žarkov, vendar pa se marsikdo ne zmeni za opozorila. 62 % anketirancev meni, da so dovolj osveščeni o vplivih ultravijoličnih žarkov na telo ter ustrezni zaščiti. Posledica pa se kaže s tem, da je kar 72 % anketirancev že utrpelo sončne opekline. Raziskava je pokazala tudi, da 82 % anketirancev še ni bila na popolnem pregledu kože oz. pigmentnih znamenj.

Razprava in sklep: Veliko ljudi se zaveda, da je sonce najmočnejše med 11. in 16. uro, vendar se pred njim ne zaščitijo ustrezno. Premalo anketirancev uporablja klobuke, oblačila z dolgimi rokavi, zaščitne kreme z ustreznim faktorjem, ki jih je treba namazati vsaj pol ure pred izpostavljenostjo soncu

in zaščito nato obnavljati vsaki dve uri, še posebej po kopanju, potenju in brisanju z brisačo. Za

osveščanje ljudi o škodljivih vplivih in zaščito pred sončnimi žarki lahko zelo veliko naredijo medicinske sestre, zlasti na primarni ravni zdravstvene dejavnosti; izvajajo predavanja, učne delavnice, seminarje, zdravstveno vzgojne stojnice, delijo zdravstveno vzgojna gradiva in individualno svetujejo.

Key words: sun protection, melanoma, sunburn, tanning salon, nurse, health education

ABSTRACT

Background: Ultraviolet radiation, which comes to the surface of the ground, greatly affects the lives of all living beings. The effects of ultraviolet rays may be positive but unfortunately mostly negative. Effects of ultraviolet rays are limited to the eyes and skin, as the short wavelength of the rays does not penetrate deeply into the body. With high-quality health education we want to influence people's risk behaviour and change it into healthy behaviour. The aim of health education is to teach the public about hazards of solar radiation on health and the importance of proper and timely protection.

Purpose: The purpose of the thesis is to present through literature the harmful effects of ultraviolet radiation and to advise how to adequately protect against it. With the research I want to establish awareness of the population on the dangers of ultraviolet rays and to find out what preservatives they use.

Methods: A descriptive method was used with the review of existing literature, Slovenian and foreign. I used databases COBIB.SI, Mesh, Medline Plus and Cochrane, while I was searching for Slovenian and foreign literature. In the research part we used a questionnaire containing 18 questions through which we got demographic information on respondents: their age, gender, education and place of residence. Other questions apply to understanding the effects of harmful ultraviolet rays and proper protection against them.

Results: According to the results of our study we can conclude that the respondents are sufficiently aware of the dangerous harmful effects of the sun, but many, unfortunately, ignore the warnings. The consequences are that 72% respondents already got sun burn.

Conclusion: Many people are aware that the sun is strongest between 11 a.m. and 4 p.m., but do not protect against it accordingly. Not enough respondents use hats, clothing with long sleeves, and protective sunscreen with an appropriate factor, which must be lubricated at least half an hour before exposure to the sun and renewed every two hours, especially after swimming, respiring and towelling.

UVOD

Zaradi spremenjenega načina življenja z vse več prostega časa, ki ga izkoriščamo z raznimi dejavnostmi na prostem, zaradi daljšanja življenjske dobe, nezdravega in hitrega življenja ter tanjšanja zaščitne ozonske plasti narašča število kožnih obolenj in raznih vrst kožnega raka. Škodljivi vplivi, ki jih ustvarja sonce ali pa umetni viri, se lahko pokažejo čez desetletja prekomernega izpostavljanja ultravijoličnim žarkom (UV) tako na koži kot očeh. UV-sevanje, ki prihaja na površino zemlje, močno vpliva na življenje vseh živih bitij. Učinki UV-žarkov so lahko pozitivni, večinoma pa so negativni. Učinki UV-žarkov so omejeni na oči in kožo, saj zaradi kratke valovne dolžine ne prodirajo globoko v organizem (Hojs, 2009).

Koža je naš največji organ, ki nas ščiti pred negativnimi vplivi okolice in tudi pred UV-sevanjem. V koži, ki je izpostavljena delovanju UV-žarkov, nastajajo kisikovi radikali, ki so vzrok za pospešeno staranje kože, izgubo elastičnosti in bolezenske spremembe, kot so maligne tvorbe (Benedičič - Pilih in Bartenjev, 2001).

Prekomerno sončenje je eden glavnih dejavnikov, ki jih tudi stroka navaja kot odgovorne za nastanek raka. Ocenjujejo, da bi z redno zaščito pred soncem od otroštva dalje lahko preprečili skoraj štiri petine nemelanomskega raka. Redna učinkovita zaščita pred soncem pa mora vključevati vse tri glavne stebre,

med katerimi je prvi izogibanje neposrednemu izpostavljanju sonca v času največje moči UV-sevanja, drugi uporaba zaščitnih oblačil in širokokrajnih pokrival ter sončnih očal, in šele tretji steber, ki omogoča dopolnilno zaščito za predele, ki jih ni mogoče zaščititi na naraven način, so varovalni pripravki z zaščitnim faktorjem. S kakovostno zdravstveno vzgojo želimo vplivati na tvegane oblike vedenja ljudi in jih obrniti v zdravo obnašanje. Cilj zdravstvene vzgoje je osveščati javnost o nevarnosti sončnih žarkov za zdravje in o pomenu pravilne in pravočasne zaščite (Trčko, 2009; Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2007).

Pri nas se vsako leto v predpočitniškem času pojavljajo v različnih, zlasti tiskanih medijih številni bolj ali manj kakovostni opozorilni prispevki, ki pozivajo k zaščiti pred soncem (pri kopanju ali smučanju). Vedenje otrok in mladih na soncu je še posebej zaskrbljujoče, zato je izobraževanje javnosti o tej tematiki v prihodnje nujno, še posebej se moramo osredotočiti na izobraževanje mlajših generacij z izvajanjem skrbno načrtovanih preventivnih kampanj, ki bodo vključevale strokovnjake tako s področja medicine in zdravstva kot s področja farmacije, šolstva in medijev (Bakrija-Konsuo in sod., 2003).

Pri zdravstveni vzgoji o škodljivih vplivih UV-žarkov imajo medicinske sestre pomembno vlogo, pri kateri je potrebno dobro poznavanje preventivnih ukrepov. Poleg vsega znanja o škodljivih vplivih UV-žarkov ter ustrezni zaščiti mora imeti medicinska sestra tudi znanje o načinih in poteh prenašanja zdravstveno vzgojnih vsebin na druge, pri čemer je drugim za vzgled. Zato mora dobro poznati učne in vzgojne metode dela, učne oblike, učne pripomočke ter načine motiviranja ljudi za vključitev v zdravstveno vzgojni proces.

Namen

Namen prispevka je predstaviti škodljive vplive ultravijoličnega sevanja in svetovati, kako se pred njim ustrezno zaščititi. Z raziskavo smo želeli ugotoviti stopnjo osveščenosti anketiranih ljudi o škodljivosti ultravijoličnih žarkov ter izvedeti, kakšna zaščitna sredstva uporabljajo.

METODE DELA

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela s pregledom in kritičnem branjem literature. Literaturo smo iskali s pomočjo sistema COBIB.SI in podatkovnih baz MEDLINE Plus, Mesh, CINAHL in Cochrane. Iskali smo jo s pomočjo naslednjih ključnih besed: UV-žarki, vplivi sončnih žarkov, solariji, zaščita pred soncem in v angleškem jeziku sunburn, melanom. Poleg tega smo pregledali tudi strokovne zbornike in časopise, ki smo jih poiskali v knjižnici Zdravstvene fakultete, (najdenih je bilo 5 enot literature, uporablje pa 3 enote).

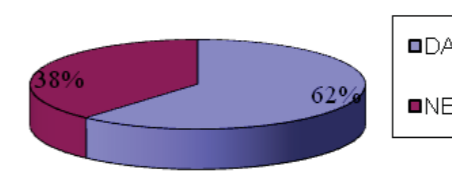
Kot merski inštrument smo uporabili anketni vprašalnik, ki smo ga pripravili posebej za to raziskavo. Anketni vprašalnik vsebuje 17 vprašanj za pridobitev demografskih podatkov, ugotavljanju poznavanja škodljivih vplivov UV-žarkov in pravilni zaščiti pred njimi. Zanimalo nas je, ali anketiranci hodijo v solarije, če so seznanjeni z vplivi UV-žarkov na kožo, ali se zaščitijo pred soncem in kakšne vire zaščite uporabljajo v praksi, ali so že kdaj utrpeli sončne opekline.

Anketirali smo 130 ljudi, od tega 90 žensk in 40 moških, ki so bili naključno izbrani. Anketiranje smo izvedli po principu snežne kepe, to pomeni, da smo ankete razdelili 7 anketirancem, ti pa so anketne vprašalnike posredovali naprej. V roku treh tednov smo po pošti prejeli izpolnjene vprašalnike. Anketirancem je bila zagotovljena anonimnost in odklonitev sodelovanja v raziskavi. Raziskava je potekala od avgusta do septembra 2011.

Pridobljene rezultate smo med seboj primerjali in ustrezno predstavili v obliki slik. Za analiziranje podatkov smo uporabili programa Word in Excel.

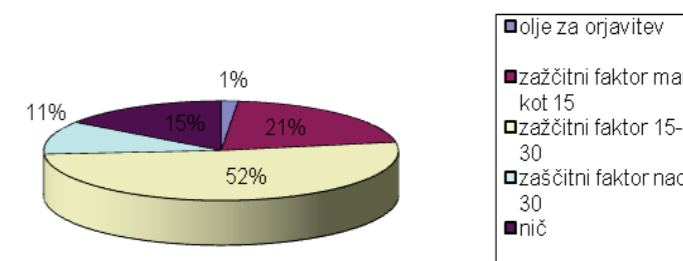
REZULTATI

Predstavitve rezultatov smo razdelili na dva sklopa: znanje anketirancev o škodljivih vplivih UV-žarkov na kožo in demografski podatki anketirancev.



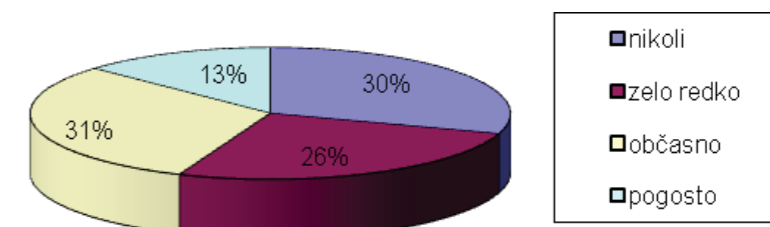
Slika 1: Seznanjenost anketirancev o nevarnosti UV-žarkov.

Kar 62 % anketirancev meni, da so dobro osveščeni glede vpliva UV-žarkov na kožo ter o njeni zaščiti (slika 1).



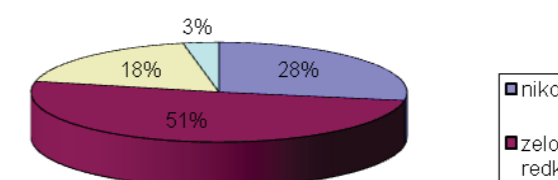
Slika 2: Izdelki za zaščito kože

Iz slike 2 je razvidno, da kar polovica anketirancev uporablja zaščitni faktor med 15 in 30. Zaskrbljujoč je delež 15 % anketirancev, ki ne uporabljajo zaščitnega faktorja.



Slika 3: Uporaba pokrival v poletnem času.

Anketiranci še vedno premalo uporabljajo pokrivalo kot zaščito pred soncem. Kar 30 % jih nikoli ne uporablja pokrivala, 26 % zelo redko in 31 % občasno (slika 3).



Slika 4: Prisotnost sončnih opeklin.

Vsi anketiranci ne uporabljajo ustrezne zaščite, zato jih je kar 72 % že utrpelo sončne opekline (slika 4).

RAZPRAVA

Zaščita pred soncem je nujna, in to ne le na morju, temveč pri vsakodnevnih aktivnostih. Pri analizi rezultatov nas je zanimalo tudi, kje so anketiranci pridobili največ informacij v zvezi z nevarnostmi UV-žarkov. Po pričakovanjih se je izkazalo, da so anketiranci največ informacij pridobili prek medijev. Rezultat, da 94 % anketirancev ve, kdaj sonce sije najmočnejše, je zelo dober, vprašljivo pa je, koliko se dejansko izogibajo najmočnejšemu soncu ne samo na počitnicah, temveč tudi pri vsakdanjih aktivnostih. Iz raziskave je razvidno, da 84 % anketirancev ne opravlja poklica na prostem, vendar pa preostalih 16 % spada v rizično skupino ljudi za večjo nevarnost nastanka kožnega raka. Te ljudi je treba bolje osveščati o nevarnosti UV-žarkov ter o ustrezni zaščiti. Več kot 80 % anketirancev uporablja kremo kot ustrezno zaščito, vendar jih polovica uporablja zaščitni faktor med 15 in 30. Menimo, da je glede na to, da v Sloveniji živimo predvsem belopolti ljudje z občutljivim tipom kože, ustrezen zaščitni faktor nad 30. Seveda je ustrezna zaščita tudi pokrivalo. Ugotovili smo, da ga pogosto uporablja samo 13 % anketirancev. 18 % anketirancev je pogosto utrpelo sončne opekline, 50 % anketirancev pa je sončne opekline utrpelo zelo redko. Dejstvo je, da sončne opekline kasneje povečujejo možnost nastanka kožnega raka. Tudi podatek, da 82 % anketirancev še ni bila na popolnem pregledu pigmentnih znamenj, je zaskrbljujoč. Združenje slovenskih dermatologov (2011) je v raziskavi prišlo do zanimivih rezultatov. Ugotovili so, da se le 40 % vprašanih pri dejavnostih na prostem redno, torej vsaj enkrat na dan, zaščiti s kremo za zaščito pred soncem. Takšnega vedenja je v našem vsakdanu največ, posvečamo pa mu najmanj pozornosti, saj se v primerjavi s tem na morju zaščiti kar 89 %, v gorah in na smučanju pa nekaj več kot polovica vprašanih. Poleg tega so po opozorilih dermatologov zaščitni faktorji, ki jih običajno uporabljamo, prenizki. Skoraj 60 % vprašanih uporablja zaščitne faktorje 20 ali manj ali pa krem za zaščito pred soncem sploh ne uporablja.

Ljudi je treba neprestano osveščati, da so pozorni na vsako novonastalo spremembo, tisto, ki raste, spreminja barvo in obliko, spremembo, ki se ne zaceli, krvavi, srbi, peče ipd. V teh primerih naj gredo na pregled k dermatologu. To svetujemo tudi vsem, ki imajo več znamenj. Z dermatoskopijo lahko opredelimo, za kakšne spremembe gre, in ocenimo stopnjo tveganja za razvoj malignega melanoma. Izredno pomembna je zaščita otrok pred sončnimi žarki, saj je kožni rak pri odraslih povezan s pogostostjo sončnih opeklin v otroštvu. Bolj ko je otrok izpostavljen UV-žarkom, večja je možnost nastanka kožnega raka kasneje v življenju (The public health, 2012). Zavarujmo torej otroke pred škodljivimi vplivi UV-žarkov tudi s svojim zgledom in z zdravim načinom ravnanja na soncu (Grebensek, 2010). Pri vseh učinkih sonca spadajo otroci med ranljive skupine prebivalcev. Opozorjanje otrok, ki imajo pred seboj velik del življenja in so ranljiva skupina, je gotovo smiselna pot. Šole so odličen kraj za učenje zdravega obnašanja, saj so otroci v šolskem obdobju zelo občutljivi za mnenje vrstnikov in v šoli lahko najlaže vplivamo nanje kot na skupino. Prav tako v šoli preživljajo velik del dneva in je pomembno, da tudi tam upoštevajo zakonitosti izpostavljenosti sončnemu sevanju (Benedičič in sod., 2008; Glanz in sod. 2002).

Še vedno veliko ljudi doživlja porjavlost kože kot atraktivno ali celo zdravo in se niso pripravljene odpovedati sončenju. Psihologi opisujejo med njimi več tipov ljudi, od takih, ki ignorirajo priporočila, ker že po svoji naravi uživajo v tveganju ali jim trenutno več pomeni videz zdravja kakor zdravje samo, in takšnih, ki preslišijo vsa opozorila, ker živijo v veri, da se jim »nesreča« pač ne more pripetiti. Zato so ob oceni, da v otroštvu dosežemo kar 80 % celotne življenjske izpostavljenosti soncu, številni tovrstni zdravstveni programi usmerjeni k otrokom in njihovim staršem ter osebju, ki organizira aktivnost otrok na prostem (Benedičič - Pilih in Bartenjev, 2001; Murry, 2007). Na področju osveščanja šoloobveznih otrok lahko veliko naredimo medicinske sestre v okviru zdravstvene vzgoje na sistematskih pregledih, z različnimi predavanji in učnimi delavnicami v zdravstvenih domovih in v šolah.

Pomembno je, da medicinske sestre v okviru primarne in sekundarne zdravstvene vzgoje ljudi opozarjamo in učimo o nevarnih spremembah, na katere morajo biti še posebej pozorni, jih pravočasno opazijo in takoj obiščejo zdravnika. Dvigniti raven osveščenosti ljudi je zelo pomembno, saj lahko vsak posameznik sam največ naredi za svoje zdravje in dobro počutje ter razbije stereotipe o soncu in sončenju.

SKLEP

Zelo pomembno je, da ljudje poznajo posledice izpostavljanja sončnim žarkom, kajti rak kože je v Sloveniji na drugem mestu med posamičnimi raki pri obeh spolih in incidenca iz leta v leto narašča. Naravno ultravijolično sevanje je danes močnejše, kot je bilo nekoč, poleg tega pa so se v zadnjih sto letih spremenile tudi navade ljudi v smislu večjega izpostavljanja soncu. Večina izpostavljanja soncu je naključna in se ne zgodi načrtno. Škodljivi učinki ultravijoličnega sevanja se tekom življenja seštevajo, kopičijo in po več letih povzročajo bolezenske posledice, ki so pomemben del obolenosti ljudi.

Z raziskavo ugotavljamo, da so bili anketiranci dovolj osveščeni o nevarnosti škodljivega vpliva sonca, vendar pa se marsikdo ne zaveda za opozorila. Veliko ljudi se zaveda, da je sonce najmočnejše med 11. in 16. uro, vendar se pred njim ne zaščitijo ustrezno. Premalo anketirancev uporablja klobuke, oblačila z dolgimi rakavi, zaščitne kreme z ustreznim faktorjem, katere je potrebno namazati vsaj pol ure pred izpostavljenostjo soncu in zaščito nato obnavljati vsake dve uri, še posebej po kopanju, potenju in brisanju z brisačo. Dobro bi bilo s pomočjo televizijskih oddaj ljudi osveščati o škodljivih vplivih sončnih žarkov. Večji poudarek moramo dati osveščanju najmlajših otrok v vrtcih in v prvih razredih osnovne šole, saj bodo pridobljene vzorce obnašanja, kot je pravilna zaščita pred sončnimi žarki, znali koristiti tudi kasneje v njihovem vsakdanjem življenju.

Zdravstvena vzgoja na primarni ravni zdravstvene dejavnosti dobiva iz leta v leto večji pomen tudi na področju poznavanja škodljivih vplivov sončnih žarkov in ustrezni zaščiti pred njimi. Medicinske sestre aktivno sodelujejo z deljenjem različnih publikacij, organizirajo predavanja in učne delavnice in obiskujejo otroke v vrtcih in šolah. Širše pa lahko ljudi osveščajo tudi preko različnih medijev, kot so radio, televizija, internet ter pisanjem v različne časopise in revije.

LITERATURA

- Bakija-Konso A, Burković-Mokos Z, Kaštelan M in sod. Izobraževanje javnosti o škodljivih posledicah izpostavljanja soncu in pomembnosti zaščite pred soncem. V: Dermatološki dnevi v Mariboru, Maribor, 7-8 november. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor, 2003: 61–71.
- Benedičič A, Uršič S, Vrbovšek B. Ozaveščanje predšolske populacije o zaščiti pred soncem. V: Dermatološki dnevi v Mariboru. Maribor, 14-15 november. Splošna bolnišnica Maribor: 2008: 103–9.
- Benedičič - Pilih A, Bartenjev I. Primarna preventiva malignih tumorjev kože –zaščita pred sončnimi žarki. Zdrav vest. 2001;70(2): 147-51.
- Glanz K, Saraiya M, Wechsler H (2002). Centers for disease control and prevention. Guidelines for school programs to prevent skin cancer. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5104a1.htm> <20.9.2012>
- Grebensek N (2010). Sonce in zaščita. Prva zdravstvena asistenca: Šmarješke toplice. <http://pza.si/Clanek/Sonce-in-zascita.aspx>. <20. 9. 2011>.
- Hojs A (2009). Koristni in škodljivi vplivi sonca na zdravje človeka – splošna priporočila prebivalcem. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. http://www.ivz.si/projekti_programi?pi=5&_5_Filename=429.pdf&_5_MediaId=429&_5_AutoResize=false&pl=15-5.3. <7. 10. 2011>.
- Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. (2007), Boljša zaščita pred soncem po ukrepanju Evropske komisije. http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=110&pi=5&_5_Filename=271.pdf&_5_MediaId=271&_5_AutoResize=false&pl=110-5.3.
- Murry P. Naš planet, globalno segrevanje – dokazi. Ljubljana: Založba Slovenija, 2007: 53–9.
- The public health portal of the European union. Helth-EU. http://ec.europa.eu/health-eu/news/sun_uv_en.htm. <20. 8. 2012>.
- Trčko K. Vplivi sonca na kožo. Dermatologija pred poletjem. V: 16. strokovno srečanje, UKC Maribor, 3. april. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2009: 29–33.
- Združenje slovenskih dermatologov (2011). Rezultati raziskave o navadah Slovencev na soncu. Ljubljana. <http://www.zascitapredsoncem.si/?page=10&newsid=17>. <19. 9. 2011>.



222F

ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA S PERIFERNO ARTERIJSKO BOLEZNIJO PRED IN PO LOKALNEM TROMBOLITIČNEM ZDRAVLJENJU Z OBLIKOVANJEM NEGOVALNIH DIAGNOZ

NURSING OF A PATIENT WITH PERIPHERAL ARTERY DISEASE BEFORE AND AFTER CATHETER-DIRECTED LOCAL THROMBOLYSIS - NURSING DIAGNOSES FORMULATION

Bojana Banović, dipl. m. s.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični oddelek za žilne bolezni

pred. Bernarda Djekić, viš. med. ses., univ. dipl. org.

asist. Mirjam Ravljen, prof. zdr. vzg.

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za zdravstveno nego

bojana.krgovic@gmail.com

Ključne besede: tromboliza, temeljne življenjske aktivnosti, negovalne diagnoze, medicinska sestra

IZVLEČEK

Izhodišča: Periferna arterijska bolezen je pogosta pojavna oblika ateroskleroze. Zdravljenje je lahko medikamentozno, operativno in znotrajžilno. Namen prispevka je izpostaviti vključenost zdravstvene nege v celoten proces zdravljenja ter predstaviti vsebino zdravstvene nege pred in po lokalnem trombolitičnem zdravljenju.

Metode: Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela s pregledom literature. Vsebina zdravstvene nege je predstavljena na osnovi 14 temeljnih življenjskih aktivnosti po teoretičnem modelu Virginije Henderson. Oblikovane so aktualne in potencialne negovalne diagnoze pri bolniku na dan vstavitve katetrov za lokalno trombolitično zdravljenje.

Diskusija in zaključek: S kakovostno zdravstveno nego bolnika pred in po posegu lahko prispevamo k boljšemu izidu zdravljenja, dobremu počutju bolnika ter hitrejši rehabilitaciji. Pomembna je dobra psihična priprava na poseg, ki zmanjša strah in nelagodje in prispeva k vključevanju bolnika v proces. Po posegu je pri bolniku prisotna zmanjšana samooskrba, bolečina, moteno spanje in pomanjkljivo znanje. Izjemno pomembno je zagotavljanje varnosti bolnika, kar potrjujejo številne potencialne negovalne diagnoze.

Key words: thrombolysis, basic life activities, nursing diagnosis, nurse

ABSTRACT

Introduction: Peripheral artery disease is one of the most common diseases of arteries caused by atherosclerosis. Treatment of peripheral artery disease involves medical management, surgery and percutaneous intervention. The purpose of this article is to emphasize the role of nursing before and after catheter-directed local thrombolysis.

Methods: Descriptive method was used and literature on the topic has been reviewed. Nursing care of the patient has been presented on the basis of 14 basic life activities according to Virginia Henderson. Nursing diagnosis on the day of introducing catheter-directed local thrombolysis has been pointed out.

Discussion and conclusion: A quality nursing care before and after local catheter-directed thrombolysis leads to better results of treatment and rehabilitation and increased patient's contentment. Proper preparations for procedure can reduce fear and discomfort and helps to involve the patient in the process. After the procedure reduced self-care capacity, pain, sleeping disorders and lack of specific knowledge are presented. The *issue* of *patient safety* is one of the *most important* priorities as evidenced by the number potential nursing diagnoses.

UVOD

Ateroskleroza je glavni vzrok srčno-žilnih zapletov, obolevnosti in umrljivosti v razvitih državah (Poredoš, 2012). Periferna arterijska bolezen (PAB), ki je ena najpogostejših pojavnih oblik ateroskleroze (Poredoš, 2009), prizadene 6,9 % prebivalstva v starosti med 45 in 75 let (Blinc, 2008). Cilji zdravljenja bolnikov s PAB so lajšanje simptomov ob naporu, izboljševanje fizične zmogljivosti, izboljševanje kakovosti življenja ter preprečevanje izgube uda (William, 2001). V zdravstveno obravnavo bolnika so pomembno vključeni tudi izvajalci zdravstvene nege. Namen prispevka je podrobneje predstaviti vsebino zdravstvene nege bolnika od sprejema do zaključka zdravljenja.

Periferna arterijska bolezen

PAB je kronična motnja arterijske prekrvitve udov, ki jo v veliki večini primerov povzroča ateroskleroza (Fras, 2007). Lahko je brez simptomna (do 50 % primerov) ali tipična, ki se kaže z značilno bolečino med hojo, imenovano intermitentna klavdikacija (Urden, Stacy, Lough, 2006; Boc, 2010). Pri ocenjevanju bolnikovega stanja poleg usmerjene anamneze in kliničnega pregleda uporabljajo laboratorijske preiskave za oceno urejenosti dejavnikov tveganja, meritve perfuzijskih tlakov nad perifernimi arterijami, pletizmografije in transkutane oksimetrije; ob pomembnih poslabšanjih pa tudi slikovno žilno diagnostiko (Boc in Kozak, 2007). Osnovni diagnostični test je merjenje gleženjskega indeksa (Urden, Stacy, Lough, 2006; Breznik, Slanič, Matela, 2010).

Lokalno trombolitično zdravljenje

Bolnike s PAB lahko zdravijo konservativno ali invazivno, v večini primerov pa na oba načina. Konservativno zdravljenje vključuje preprečevanje srčno-žilnih ishemičnih dogodkov s skrbno sekundarno preventivo ateroskleroze (Perme, Krevel, 2012). Pomembne so tudi nefarmakološke oblike zdravljenja. Pri bolnikih z intermitentno klavdikacijo je uspešen intervalni mišični trening s hojo (Boc, Kozak, 2007). Invazivno zdravljenje PAB vključuje revaskularizacijske posege, ki so lahko endovaskularni s perkutanom pristopom ali klasični kirurški posegi. Najpogostejši endovaskularni poseg je revaskularizacija z balonskim katetrom (perkutana transluminalna angioplastika). Endovaskularno zdravljenje izvajajo tudi z lokalnim topljenjem strdkov (Boc, 2010; Perme, Krevel, 2012).

Trombolitično zdravljenje (TZ) lahko poteka sistemsko ali lokalno z dovajanjem izbranega trombolitika na prizadeto območje. S TZ se s pomočjo različnih zdravil aktivira endogeni fibrinolitični sistem, da razgradi fibrinsko mrežo, ki predstavlja ogrodje krvnega strdka, ki je zaprl arterijo (Agić, 2009; Kozak, 2012). Lokalno trombolitično zdravljenje (LTZ) se lahko izvaja na tri načine. Pri prvem, kontinuiranem načinu, postavijo katetre v začetni del strdka in kontinuirano dovajajo nizek odmerek trombolitika. Pri drugem, stopničastem načinu, prav tako kateter postavijo v začetni del strdka, nato pa v strdek vbrižgajo manjši odmerek trombolitika v bolusu in kontrolirajo učinek po 5 – 15 min. Če se je strdek raztopil, kateter

premaknejo distalno in postopek ponavljajo do končnega uspeha. Tretji način je pulzno LTZ. Pri tej tehniki uporabljajo posebne katetre z več odprtini, razporejenimi v majhnih presledkih od konice katetra navzgor. Kateter postavijo v strdek po skoraj celotni dolžini in pod pritiskom v zelo kratkih časovnih presledkih vbrizgajo trombolitik v strdek. Poznamo več trombolitičnih sredstev. Vsem je skupno, da raztapljajo fibrin prek aktivacije tkivnega aktivatorja plazminogena (Ažbe, 1999; Kozak, Šebeštjen, Štalc, 2009; Agić, 2009; Kozak, 2012).

Med izvajanjem TZ in po njem se lahko pojavijo nekateri zapleti. Glavni zaplet je krvavitev. Raziskave so pokazale, da ob TZ lahko pričakujemo okoli 1 % intrakranialnih, okoli 5 % večjih (retroperitonealno, krvavitev iz prebavil) in okoli 14 % manjših krvavitev v podkožje. Med druge pomembne zaplete TZ spadata še perikateterska tromboza in poperfuzijski sindrom (Kozak, Šebeštjen, Štalc, 2009).

METODE

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela s pregledom strokovne in znanstvene literature z obravnavanega področja. Za iskanje literature so bile uporabljene naslednje ključne besede: zdravstvena nega/nursing, ateroskleroza/atherosclerosis, periferna arterijska bolezen/peripheral artery disease, lokalno trombolitično zdravljenje/local thrombolysis, tromboliza/thrombolysis, temeljne življenjske aktivnosti/basic life activities, pletizmografija/plethysmography. V pregled je bila zajeta literatura od leta 1999 do leta 2012. Pisne enote literature so bile iskane s pomočjo sistema COBISS.SI. Pregledani so bili učbeniki, revije in zborniki strokovnih in znanstvenih srečanj. Iskanje spletnih enot literature je potekalo v podatkovni bazi CINAHL in s pomočjo oddaljenega dostopa preko DiKUL-a. Uporabljena je bila le literatura, ki je bila objavljena v celotnem besedilu v slovenskem in angleškem jeziku in je obravnavala področje zdravstvene nege. Na podlagi teoretičnih izhodišč in izkušenj iz prakse je oblikovana vsebina zdravstvene nege pri bolniku pred in po LTZ. Na osnovi 14 temeljnih življenjskih aktivnosti po teoretičnem modelu Virginije Henderson so oblikovane negovalne diagnoze pri bolniku v enoti intenzivne terapije na dan vstavitve katetrov za LTZ.

Zdravstvena nega bolnika pred lokalnim trombolitičnim zdravljenjem

Bavec in Korbun (2010) poudarjata, da je medicinska sestra ob bolniku od trenutka sprejema v bolnišnico do izvedbe posega, po posegu in vse do odpusta v domačo oskrbo. Pomembna je priprava bolnika na LTZ, ki zahteva veliko znanja, izkušenj ter empatičen odnos, da zadosti vsem njegovim potrebam in zahtevam, pa tudi željam njegovih svojcev. Ti bolniki so pogosto psihosocialno spremenjeni. Bolezen jim zmanjša zaupanje vase, so nezainteresirani, brezvoljni, imajo občutek šibkosti, prisoten je strah. Bolečina, ki je tudi stalno prisotna, vpliva na bolnikovo obnašanje. Prihaja do nespečnosti, bolniki so nemirni, prestrašeni, povečano občutljivi in depresivno razpoloženi. Medicinska sestra mora s primernim pristopom in ravnanjem bolniku že ob prvem stiku zmanjšati strah in negotovost ter mu pomagati, da bo sprejel svojo bolezen in zdravljenje (Valenčič, 1999; Seničar, 2006).

Pripravo bolnika na LTZ opravi medicinska sestra že na dan sprejema. Poleg snemanja elektrokardiograma za oceno srčnega delovanja, nastavitve periferne intravenske kanile, odvzema krvi za določitev krvne skupine in drugih laboratorijskih preiskav poskrbi, da je opravljena Dopplerska preiskava perifernih arterij, rentgensko slikanje pljuč in priprava respiratornega sistema. Bolnik mora dobiti tudi premedikacijo po naročilu zdravnika. Uredi se podpis pristanka na poseg in pripravi ter izpolni obrazec za pripravo bolnika na poseg z vpisanimi vrednostmi za protrombinski čas (PČ), mednarodno usmerjeno razmerje (International Normalised Ratio - INR), kreatinin, hemoglobin in trombocite (LeMone, Burke, 2004; Boc, 2009). Na dan posega medicinska sestra ponovno oceni bolnikovo psihofizično stanje, poskrbi za temeljito osebno higieno bolnika, prav tako tudi, da bolnik ostane tešč oziroma da zaužije le predpisano jutranjo peroralno terapijo z malo vode. Bolniku izmeri telesno temperaturo, krvni tlak in pulz ter pripravi izvide preiskav in ostalo dokumentacijo (Surrena, 2010; Bavec, Korbun, 2010).

Zdravstvena nega bolnika po posegu

Po vstavitvi katetra za LTZ je bolnik sprejet v enoto intenzivne zdravstvene nege in terapije. Medicinska sestra bolnika priključi na monitor. Spremlja vitalne funkcije in opazuje vbodno mesto zaradi morebitnih krvavitev. Izmeri in zabeleži dolžino zunanjega dela katetra za LTZ, preveri prehodnost katetra za LTZ in dokumentira z oznakami + ali -. Preveri tudi prehodnost intravenske kanile zaradi pogostih kontrol krvi, analgetične terapije in infuzij. Pred začetkom zdravljenja s trombolitikom je potreben ponovni odvzem krvi za kontrolo aktiviranega parcialnega protrombinskega časa (aPTČ), fibrinogena in hemograma. Po naročilu zdravnika nastavi trombolitično sredstvo, ki teče kontinuirano preko črpalke in po potrebi standardni heparin v nizkem odmerku. Zdravljenje se nadzoruje z rentgenskim slikanjem na 6 – 24 ur (Agić, 2009; Kozak, 2012).

Medicinska sestra mora zelo natančno spremljati bolnikovo reakcijo po uvedbi trombolitične terapije zaradi možnosti alergične reakcije in drugih zapletov. Nadzoruje bilanco tekočin, saj je potrebna povečana hidracija bolnika zaradi škodljivega učinka vbrizganega kontrastnega sredstva na ledvica. Spremlja tudi barvo noge, ki jo zdravimo; ugotavlja če je hladna ali topla. Če pride do padca tlaka, šokovnega stanja, povišanega srčnega utripa, večanja hematoma ali močnejše krvavitve iz vbodnega mesta, o tem takoj obvesti zdravnika (Agić, 2009; Bavec, Korbun, 2010). V nadaljevanju se merjenje vitalnih funkcij, opazovanje noge in opazovanje vbodnega mesta izvaja na 1 uro, ugotavljanje prehodnosti katetrov na vsake 3 ure, dolžino katetra za LTZ izmerimo po vsaki rentgenski kontroli (Boc, 2009; Agić, 2009).

Bolnik ima ves čas zdravljenja predpisano strogo omejitev gibanja. Leži na hrbtu, brez možnosti obračanja in posedanja, tako da vse temeljne življenjske aktivnosti potekajo v ležečem položaju (Agić, 2009). Medicinska sestra veliko pozornosti nameni bolečini, ki se lahko pojavi v ledvenem predelu in ne nastane zgolj zaradi dolgotrajnega ležanja. Lahko je posledica retroperitonealne krvavitve iz femoralne arterije. Bolečina se zaradi ponovne zapore ali zaradi reperfuzije lahko poveča tudi v ishemični nogi (Bavec in Korbun, 2010).

Takoj po končanem LTZ kontroliramo koagulacijske čase krvi. Ob normalnih vrednostih, zdravnik izvleče žilno uvajalo in izvaja digitalno kompresijo vsaj 30 minut. Medicinska sestra na 1 uro meri krvni tlak, pulz in dihanje ter opazuje prizadetost bolnika in izgled zdravljenega noge, kasneje pa še vbodno mesto. Po odstranitvi žilnega uvajala, zdravnik na vbodno mesto namesti sterilni obliž, zvitek zložencev in peščeno vrečko, ki jo bo bolnik moral imeti na iztegnjeni nogi še 6 ur po posegu, oziroma dokler vbodno mesto še krvavo rosi. Po 6 urah je dovoljeno obračanje na bok, če ni posebnosti. Skrbno opazujemo bolnika, počutje, vitalne funkcije in vbodno mesto ter izgled noge. Bolnik vstane 24 ur po odstranitvi žilnega uvajala pod nadzorom medicinske sestre in zdravnika. Bolnika premestimo na oddelek običajno 12 do 24 ur po izvleku žilnega uvajala (Ažbe, 1999; Andročec, Trobec, Skok, 2002).

Posebno pozornost posvetimo krvavitvam, ki se lahko pojavijo tudi nekaj dni kasneje, ko je bolnik že v domačem okolju. Pri pretiranem napenjanju ali kašljanju bolnik lahko začuti pekočo bolečino ingvinalno, ki ji sledi podkožna krvavitev ali nastanek otekline oziroma hematoma. Zato je pomembno, da bolnika opozorimo, da še vsaj teden dni po posegu ne opravlja fizičnih del in ne dviguje težjih bremen, skrbeti pa mora tudi za primerno prebavo in urejen krvni tlak (Ažbe, 1999; Kanič, Naji, Bombek, 2005).

Na dan vstavitve katetrov za LTZ pri posameznih temeljnih življenjskih aktivnostih pri večini bolnikov lahko pričakujemo v nadaljevanju predstavljene negovalne diagnoze.

Dihanje in krvni obtok

- Neučinkovito dihanje zaradi vpliva analgetične terapije, omejenega gibanja in bolečine, ki se kaže s plitvim, varovalnim dihanjem in znižano frekvenco dihanja.



- Zmanjšana perfuzija na prizadeti nogi zaradi še prisotne zapore, ki se kaže s hladno nogo, bledimi in hladnimi prsti na nogi.
- Nevarnost padca krvnega tlaka zaradi analgetične terapije.
- Nevarnost razvoja zastoje pljučnice in atelektaz zaradi plitvega dihanja.
- Nevarnost hematoma na vbodnem mestu zaradi vstavljenih intraarterijskih katetrov.
- Nevarnost krvavitve retroperitonealno zaradi vstavljenih intraarterijskih katetrov.
- Nevarnost razvoja hemoragičnega šoka zaradi krvavitve.

Izločanje in odvajanje

- Možnost motenega izločanja urina zaradi neustrezne lege, psihične obremenitve in neugodja.
- Nevarnost nastanka obstipacije zaradi zmanjšane črevesne peristaltike, ne gibanja, spremembe običajnega položaja za defekacijo in psihične obremenitve.

Vzdrževanje normalne telesne temperature

- Možnost nastanka hipertermije zaradi invazivnega posega in okužbe.

Prehranjevanje in pitje

- Nezmožnost samostojnega prehranjevanja in pitja zaradi neustrezne lege, pomanjkanja apetita in nemoči. Bolnik potrebuje pomoč pri pripravi hrane in hranjenju v ležečem položaju.
- Nevarnost nezadostnega vnosa tekočin, zaradi terapevtske lege, odklanjanja pijače in strahu pred pogostim, motenim izločanjem urina.

Gibanje in ustrezna lega

- Omejeno gibanje zaradi terapevtske lege. Bolnik leži na hrbtu z iztegnjeno nogo in s peščeno vrečko na vbodnem mestu; ne sme se premikati.
- Nevarnost padca zaradi vrtočlavičice ob prvem vstajanju po omejenem gibanju.

Spanje in počitek

- Moteno spanje zaradi bolečin in neudobnega položaja, ki se kaže s plitvim spancem, pogostim zbujanjem in bolnikovo izčrpanostjo.
- Moten dnevni počitek zaradi kontrol vitalnih funkcij, rentgenskih kontrol in hrupa. Bolnik želi počivati in ima ves čas oči zaprte.

Izogibanje nevarnostim v okolju

- Nevarnost infekcije zaradi vstavljenega intraarterijskega katetra, poškodovane kože vbodnega mesta in periferne venske kanile.

Osebna higiena in urejenost

- Nezmožnost samostojnega izvajanja osebne higiene zaradi omejenega gibanja. Bolnik potrebuje pomoč medicinske sestre pri izvedbi osebne higiene.
- Spremenjena integriteta kože zaradi invazivnega posega. V ingvinalnem predelu je zaprta vbodna rana. Vstavljena je intravenozna kanila.
- Nevarnost nastanka razjede zaradi pritiska zaradi ležanja na hrbtu.
- Nevarnost poškodbe kože in razvoja alergične reakcije zaradi jodovega razkužila.

Oblačenje

- Nezmožnost samostojnega izvajanja oblačenja in slačenja zaradi priključkov monitorja, omejenega gibanja, bolečine, intraarterijskega katetra in svežega vbodnega mesta. Bolnik potrebuje pomoč medicinske sestre pri oblačenju in slačenju.

Odnosi z ljudmi, izražanje čustev

- Akutna bolečina zaradi ishemije uda, kar se kaže z verbalnim poročanjem, oceno bolečine po vizualno analogni lestvici > 3 in spremenjeno mimiko obraza.
- Možnost zaskrbljenosti zaradi morebitne ponovitve nastajanja krvnih strdkov in posledični zapori arterije.

Koristno delo

- Koristno delo je ovirano zaradi omejenega gibanja in pogostih negovalnih in terapevtskih intervencij, kar se kaže s pomanjkanjem volje in časa za koristno delo.

Razvedrilo in rekreacija

- Možnost zmanjšane motivacije za razvedrilo in rekreacijo zaradi omejenega gibanja, strahu in bolečin.

Učenje in pridobivanje znanja

- Pomanjkljivo znanje o bolezni, poteku zdravljenja in spremembi življenjskega sloga zaradi novonastalega stanja, zmanjšanja sposobnosti za učenje, nezbranosti v času zdravljenja, nerazumevanja in napačnega interpretiranja posredovanih informacij in zmanjševanja pomena bolezni, kar se kaže kot nezaupanje, nemir, strah, verbalno izražanje nezadovoljstva, obnašanje v nasprotju z navodili in odklanjanje informacij ali pogosto postavljanje vprašanj.

RAZPRAVA

Pregled literature in izkušnje iz prakse potrjujejo, da dobra fizična in psihična priprava bolnika na LTZ pomembno vplivata na potek zdravljenja in kakovost bivanja bolnika v bolnišnici. Medicinska sestra zato potrebuje strokovno znanje, izkušnje ter ustrezno stopnjo empatije, da lahko vsebino zdravstvene nege individualno prilagodi vsakemu bolniku posebej.

Hajdinjak in Meglič (2012) poudarjata, da bolnik, ki potrebuje pomoč, ne sme biti samo pasiven udeleženec v procesu zdravstvene nege. Aktivno vlogo bolnika zagotavlja procesna metoda dela, saj omogoča odkrivanje problemov in težav posameznika oziroma skupine, načrtovanje intervencij za njihovo reševanje ter vrednotenje uspešnosti in učinkovitosti zdravstvene nege. Delovanje po procesni metodi dela je možno le ob sočasnem vključevanju modela ali teorije zdravstvene nege. Izbrali smo teoretičen model Virginie Henderson (1998), ki navaja 14 temeljnih življenjskih potreb, kar omogoča celostno obravnavo bolnika. Na osnovi ocene stanja pri bolnikih z LTZ so oblikovane možne negovalne diagnoze. Njihova oblika oziroma struktura je odvisna od tega, ali opisuje obstoječe (aktualne), grozeče (potencialne, rizične) ali domnevne probleme. Pri teh bolnikih izstopajo potencialne negovalne diagnoze.

Pomembna je tudi kontinuirana zdravstvena vzgoja, ki temelji na odpravi dejavnikov tveganja, ki privedejo do razvoja bolezni. Bolnika je potrebno spodbuditi k opustitvi nekaterih škodljivih razvad in spremembi življenjskega sloga. Bolniku na njemu razumljiv način razložimo pomen rednega gibanja, ustrezne osebne higiene, rednega jemanja zdravil, upoštevanja diete in kontrolnih pregledov. Pred odhodom domov mora bolnik dobiti natančna pisna in ustna navodila. Ažbe (1999) in Valenčič (1999) navajata seznam navodil, ki jih dobijo bolniki s PAB na Kliničnem oddelku za žilne bolezni pred odpustom iz bolnišnice. Smiselno bi bilo, da bi izdelali posodobljena in natančna pisna navodila, katera bi bolniku dali tekom hospitalizacije. Tako bi bolnik imel možnost, da se z medicinsko sestro na oddelku še pred odpustom pogovori o vsebini navodil in drugih težavah.



ZAKLJUČEK

Število bolnikov s PAB iz leta v leto narašča. V porastu je tudi število bolnikov, pri katerih se izvaja LTZ. Uspehi zdravljenja so dobri. Medicinska sestra je nepogrešljiva v vseh fazah zdravljenja bolnika. S kakovostno pripravo na poseg pri bolniku zmanjša strah in ga motivira za sodelovanje v procesu zdravljenja in zdravstvene nege. Z natančno oceno stanja bolnika lahko oblikuje negovalne diagnoze, ki so temelj za dober načrt zdravstvene nege bolnika. V prispevku predstavljene negovalne diagnoze so lahko koristen pripomoček za oblikovanje individualnih diagnoz v praksi. Pomembno je timsko delo z vključevanjem vseh članov zdravstvenega tima in dobra koordinacija dela. Z vključevanjem bolnika v celoten proces zdravljenja lahko pričakujemo boljše rezultate pri spreminjanju nezdravega načina življenja, ki je eden od dejavnikov tveganja za razvoj obolenj srca in žilja.

LITERATURA

Agić M. Zdravstvena nega bolnika na lokalnem trombolitičnem zdravljenju. In: Gričar M, Vajd R, eds. Urgentna medicina, izbrana poglavja: zbornik. 16. mednarodni simpozij o urgentni medicini, Portorož, 17.-20. junij 2009. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino; 2009: 351-4.

Andročec V, Trobec K, Skok. Zdravstvena nega bolnika po urgentnem koronarnem posegu. In: Gričar M, Vajd R, eds. Urgentna medicina, izbrana poglavja: zbornik. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino; 2002: 234-37.

Ažbe B. Zdravstvena nega bolnika na lokalnem trombolitičnem zdravljenju. In: Periferna arterijska okluzivna bolezen. Zbornik. 5. strokovno srečanje, Otočec, 12.-13. november 1999. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Sekcija MS in ZT v kardiologiji in angiologiji; 1999: 18-26.

Bavec L, Korbun B. Zdravstvena nega bolnika pred in med angiografijo in po njej. In: Kvas A, Žontar T, eds. Novi trendi v zdravstveni oskrbi srčno - žilnih bolnikov. Zbornik predavanj. XXVI. strokovno srečanje, Radenci, 28.-29. maj 2010. Kranj: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiografiji; 2010: 69-74.

Blinc A. Periferna arterijska bolezen. In: 50. Tavčarjevi dnevi. Zbornik prispevkov. Portorož, 6.-8. november 2008. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za interno medicino; 2008: 69-77.

Boc V. Antiagregacijsko in antikoagulacijsko zdravljenje po perkutanemrekanalizacijskem zdravljenju perifernih arterij. In: Kozak M, Blinc A, Štalc M, eds. Obravnava bolnika z žilnimi boleznimi. Zbornik. Letno srečanje Združenja za žilne bolezni, Šmarješke Toplice, 17.-18. april 2009. Ljubljana: Združenje za žilne bolezni, Slovensko zdravniško društvo; 2009: 205-12.

Boc V. Perkutaniendovaskularni posegi na perifernih arterijah in venah. In: Kvas A, Žontar T, eds. Novi trendi v zdravstveni oskrbi srčno - žilnih bolnikov. Zbornik predavanj. XXVI. strokovno srečanje, Radenci, 28.-29. maj 2010. Kranj: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiografiji; 2010: 55-60.

Boc V, Kozak M. Potek periferne arterijske bolezni in vodenje bolnikov kroničnem razdobju. In: Kozak M, Blinc A, eds. Žilne bolezni v klinični praksi. Zbornik. Letno srečanje Združenja za žilne bolezni, Strunjan, 30.-31. marec 2007. Ljubljana: Združenje za žilne bolezni, Slovensko zdravniško društvo; 2007: 36-8.

Breznik S, Slanič A, Matela J. Mesto radiologa pri periferni arterijski bolezni in diabetičnem stopalu. In: Kozak M, Blinc A, eds. Kritična ishemija. Zbornik. Letno srečanje Združenja za žilne bolezni, Šmarješke Toplice, 16.-17. april 2010. Ljubljana: Združenje za žilne bolezni, Slovensko zdravniško društvo; 2010: 129-36.

Fras Z. Periferna arterijska bolezen in druge lokalizacije ateroskleroze. In: Kozak M, Blinc A, eds. Žilne bolezni v klinični praksi. Zbornik. Letno srečanje Združenja za žilne bolezni, Strunjan, 30.-31. marec 2007. Ljubljana: Združenje za žilne bolezni, Slovensko zdravniško društvo; 2007: 20-5.

Hajdinjak A, Meglič R. Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta; 2012: 70-82, 137-8.

Henderson V. Osnovna načela zdravstvene nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije; 1998: 35-6.

Kanič V, Naji F, Bombek M. Periferni žilni zapleti po perkutanih žilnih posegih. In: Blinc A, Kozak M, Šabovič M, eds. Slikovne metode v odkrivanju in zdravljenju žilnih bolezni. Zbornik. Letno srečanje Združenja za žilne bolezni, Šmarješke Toplice, 20.-21. maj 2005. Ljubljana: Združenje za žilne bolezni, Slovensko zdravniško društvo; 2005: 39-48.

Kozak M. Trombolitično zdravljenje bolnikov z akutno ishemijo uda. In: Kozak M, Blinc A, eds. Obravnava bolnikov z aterosklerotično boleznijo arterij. Zbornik. Šmarješke Toplice, 13.-14. april 2012. Maribor: Združenje za žilne bolezni, Slovensko zdravniško društvo Ljubljana; 2012: 147-55.

Kozak M, Šebeštjen M, Štalc M. Trombolitično zdravljenje perifernih arterijskih zapor. In: Kozak M, Blinc A, Štalc M, eds. Obravnava bolnika z žilnimi boleznimi. Zbornik. Letno srečanje Združenja za žilne bolezni, Šmarješke Toplice, 17.-18. april 2009. Ljubljana: Združenje za žilne bolezni, Slovensko zdravniško društvo; 2009: 173-82.

LeMone P, Burke K. Medical surgical nursing: critical thinking in client care. 3rd ed. Upper Saddle River; Pearson Prentice Hall; 2004: 166-70.

Perme R, Krevel B. Periferna arterijska bolezen. In: Kozak M, Blinc A, eds. Obravnava bolnikov z aterosklerotično boleznijo arterij. Zbornik. Šmarješke Toplice, 13.-14. april 2012. Maribor: Združenje za žilne bolezni, Slovensko zdravniško društvo Ljubljana; 2012: 13-9.

Poredoš P. Pomen diagnostičnih metod pri izboru zdravljenja bolnikov z napredovalimi motnjami arterijske prekrvitve udov. In: Kozak M, Blinc A, Štalc M, eds. Obravnava bolnika z žilnimi boleznimi. Zbornik. Šmarješke toplice, 17.-18. april 2009. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Združenje za žilne bolezni; 2009: 221-6.

Poredoš P. Ateroskleroza - sistemska bolezen z različnimi obrazy. In: Kozak M, Blinc A, eds. Obravnava bolnikov z aterosklerotično boleznijo arterij. Šmarješke toplice, 13.-14. april 2012. Maribor: Združenje za žilne bolezni, Slovensko zdravniško društvo Ljubljana; 2012: 1-12.

Seničar A. Psihična priprava bolnika na operativni poseg. In: Rebernik Milič M, ed. Zagotovimo varnost pacienta. Zbornik. XXI, Ljubljana, 24. november 2006. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija MS in ZT v operativni dejavnosti; 2006: 7-18.

Surrena H. Handbook for Brunner&Suddarths textbook of medical-surgical nursing. 12 ed. Philadelphia:Lippincott Williams &Wilkins; 2010: 511-6.

Urden DL, Stacy MK, Lough EM. Theans Critical Care Nursing: Diagnosis and Management, 5 ed. St. Louis, Missouri; 2006: 485-88.

Valenčič B. Zdravstvena nega bolnika s periferno arterijsko okluzivno boleznijo. In: Periferna arterijska okluzivna bolezen. Zbornik. Strokovno srečanje, Otočec, 12.-13. november 1999. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Sekcija MS in ZT v kardiologiji in angiologiji; 1999: 15-7.

William R. Medical treatment of peripheral arterial disease and claudication. N Engl J Med. 2001;344(21): 1608-21.



VARNOSTNA KULTURA IN ZDRAVSTVENA NEGA



232C

UVEDBA DELAVNIC POSEBNIH VAROVALNIH UKREPOV

THE INTRODUCTION OF THE WORKSHOPS OF SPECIAL PROTECTIVE MEASURES

pred. Simon Šemrl, dipl. zn., univ. dipl. org.

Splošna bolnišnica Murska Sobota, Oddelek za perioperativno medicino

simon.semrl@siol.net

Ključne besede: zdravstvena nega, delavnice, padci, medicinska sestra

IZVLEČEK

Posebni varovalni ukrep predstavlja zahtevno nalogo za celotni zdravstveni tim. Medicinska sestra/zdravstveni tehnik se mora zavedati svoje profesionalne odgovornosti za izvedbo posebnega varovalnega ukrepa zaradi vedno večjega števila tožb, nanašajočih se tudi na delo medicinske sestre. Padci so eden izmed kazalnikov kakovosti dela medicinskih sester, ki jih lahko v bolnišnicah preprečimo tudi s posebnimi varovalnimi ukrepi.

Delavnice o posebnih varovanih ukrepih spadajo v obvezni del izobraževanja za medicinske sestre/zdravstvene tehnike vseh profesionalnih skupin, katerega se, ne le po zahtevah National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations oz. Det Norske Veritas, ampak tudi po naši lastni zahtevi po pravilni, kakovostni in pacientu varni obravnavi, moramo vsi zavedati. Za izvedbo delavnic smo se odločili zaradi čedalje večjega zavedanja o pomenu preprečevanju padcev, katerih razlog zagotovo ni v periodičnem pošiljanju podatkov na ministrstvo.

V prispevku bomo predstavili pomen delavnic o posebnih varovalnih ukrepih ter na kakšen način smo se lotili delavnic od začetne ideje do same končne sprovedbe delavnic.

Keywords: nursing, workshops, falls, nurse

ABSTRACT

A special protective measure represents a challenging task for the entire health care team. Nurse/medical technician must be aware of their professional responsibilities for the implementation of the specific safeguard measure, due to the increasing number of lawsuits relating to the work of nurses. The falls are one of the indicators of the quality of work for nurses, which can be prevented with a special protective measures.

Workshops on specific protected measures fall within the compulsory part of education for nurses/medical technician all professional groups in which not only the requirements of the National Integrated Accreditation for Healthcare

Organizations or Det Norske Veritas, respectively, but also by our own request after the correct, quality and patient safety, we should all be aware of. For the execution of the workshops we decided due to the increasing awareness of the importance of preventing falls, which is certainly not the reason in the periodic sending of data to the Ministry of health.

In this article we will present the importance of the workshops on the special protective measures, and the way in which we deal with workshops from the initial idea to the final implementation of the workshops themselves.

UVOD

Fizično oviran bolnik v Splošni bolnišnici Murska Sobota je vsak pacient, ki je fizično omejen s pomočjo kompleta standardiziranih pasov, kar vključuje omejevanje s trebušnim pasom s stranskima bočnima pasovoma, omejevanje gibanja rok, nog, uporabo naramnic, itd..., kakor tudi vsak, ki je imel nameščene ograjice obojestransko, kar pomeni, da mu je bil onemogočen normalen izhod iz postelje (Šemrl, 2012b). Fizično oviranje s pasovi spada med posebni varovalni ukrep (PVU), ki je definiran v Zakonu o duševnem zdravju (ZDZdr, 2008), ki somatskih bolnišnic ne zavezuje.

Fizično oviranje pacientov je eden izmed postopkov, s katerim v zdravstveni obravnavi preprečujemo padce pacientov. *Padec* je definiran kot nenameren, nepričakovan pristanek na tleh oziroma na nižji ravni z ali brez poškodb pri pacientu. Definicija padca vključuje:

- padec/zdrs s postelje,
- zdrs s stola na tla,
- padec brez priči ali »najden na tleh« (to je padec, ko niti pacient niti kdo drug ne ve, kako je pacient padel),
- spotik, zdrs, padec pri hoji (Pribaković Brinovec et al., 2010).

Posebni varovalni ukrep je vsak ukrep, s katerim dosežemo kakovostno, predvsem pa varno obravnavo bolnika, kadar bolnik ogroža sebe, druge ljudi v bolnišnici oz. inventar in tega ni mogoče preprečiti z drugimi blažjimi ukrepi. V praksi se uporablja različne vrste posebnih varovalnih ukrepov in sicer medikamentozni posebni varovalni ukrep in fizični posebni varovalni ukrep ter kombinacija obeh prej naštetih (Pribaković Brinovec et al., 2010).

Prispevek je namenjen predstavitvi pomena uvedbe delavnic PVU, ki pripomorejo k zmanjšanju prevalece padcev v naši bolnišnici.

Uporaba ocenjevalnih lestvic

V Slovenskem prostoru se za oceno tveganja za možnost pojava padcev pojavljajo različne ocenjevalne lestvice (Morse, Hendrich II). V večini slovenskih bolnišnic, kakor tudi v Splošni bolnišnici Murska Sobota smo se odločili za Morse ocenjevalno lestvico, zaradi njene preproste in hitre možnosti izpolnitve (ocenitve), kar ima poleg današnjega velikega števila že obstoječe dokumentacije pomembno vlogo.

Pri vsakem sprejemu pacienta mora biti prvenstveno narejena orientacijska ocena njegovega stanja o možnostih nastanka padca s pomočjo Morse ocenjevalne lestvice. Največja težava še vedno ostaja, kako bomo bolnike glede na doseženo število točk "označili", predvsem zaradi direktnega in indirektnega lažjega opazovanja.

Glede na dobljeno število točk razvrstimo paciente na pacienta, brez ogroženosti (0-24 točk), pacienta z majhno oz. zmerno ogroženostjo (25-50 točk) ter pacienta z visoko stopnjo ogroženosti (51 in več točk). Vendar se moramo zavedati, da zaradi pacientovega zdravstvenega stanja le-ta lahko hitro preide iz prve v zadnjo skupino ogroženosti. Takšna stanja so predvsem npr. stanja po operacijah, zaradi delovanja anestezije, različna stanja zaradi odtegnitvenega sindroma,... (Šemrl, 2012a)

Morse ocenjevalna lestvica nam daje skupaj z oceno ogroženosti pacienta za nastanek razjede zaradi pritiska s pomočjo Waterlow sheme (uporabljena predvsem v intenzivni terapiji) oziroma Nortonove sheme (uporaba na ostalih oddelkih) ter zunanje orientacijske ocene določen vpogled o potencialni možni uporabi

prisilnih varovalnih ukrepov. Zavedajmo se, da je vsak pacient individuuum, tako mora biti uporaba posebnih varovalnih ukrepov prilagojena vsakemu posameznemu pacientu (Šemrl, 2012a).

Z uporabo posebnih varovalnih ukrepov, po besedah Gradič (2009), posegamo v bolnikovo integriteto in kot taka ne sme biti nadomestilo za medikamentozno zdravljenje ali še slabše, za kaznovanje bolnika kot odgovor na njegovo neprimerno, ne nevarno vedenje.

Izobraževanje v zdravstveni negi

Strokovnjaki v zdravstveni negi, po Starcu (2010), vlagajo v izobraževanje tako dolgo, dokler so povračila oziroma donosi večji od neposrednih in posrednih stroškov izobraževanja. Neposredni in posredni stroški izobraževanja dejansko omogočajo dolgoročno vlaganje v formalno (dodiplomsko in podiplomsko) in neformalno izobraževanje, strokovno usposabljanja na delovnem mestu, udeležbo na kongresih in seminarjih, interna izobraževanja, učne delavnice itd.

Podlaga proučevanja profesionalizacije zdravstvene nege je večrazsežna, tako so prisotni nosilci profesionalizacije t.i. strokovnjaki zdravstvene nege, ki z rednim in učinkovitim strokovnim izobraževanjem in izpopolnjevanjem - vseživljenjskim izobraževanjem vlagajo v lasten kapital (Starc, 2010).

In ravno vlaganje v lasten kapital postaja in ostaja osnova našega profesionalnega delovanja, katerega se moramo vsi zavedati. Le izobražena medicinska sestra je tista, ki s svojim znanjem in izkušnjami, ki jih prenaša na mlajše sodelavce, lahko suvereno stopa v bok z drugimi profesionalnimi skupinami (Starc, 2010).

Odločitev za uporabo PVU

Za uporabo PVU smo se odločili zaradi čedalje večje zavednosti o pomenu varnosti bolnika ter čedalje večjega števila tožb, nanašajočih se tudi na delo medicinskih sester. Prav tako pa standard kakovosti in varnosti National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations (NIAHO) oz. Det Norske Veritas (DNV) naša prizadevanja o pravilnosti uporabe PVU postavi kot prioriteta.

Pri zagotavljanju varnosti z izvajanjem PVU je potrebna pravilna, predvsem pa varna, obravnava pacienta, za kar potrebujemo vsakoletna izobraževanja, s čimer se strinja tudi Žagar (2011) ter doda, da bi se morali izobraževanj poleg medicinskih sester/zdravstvenih tehnikov vseh profesionalnih skupin udeležiti tudi delovni terapevti, fizioterapevti, kakor tudi zdravniki, torej vsi, ki delujemo z bolnikom. Prav tako bi morali poznati tudi strokovna priporočila, ki veljajo v bolnišnici.

Mednarodna klasifikacija za varnost pacientov (v nadaljevanju MKVP) omogoča, po besedah Robide (2011), razvrstitev informacij o varnosti pacienta z uporabo standardiziranih skupin konceptov s sprejetimi definicijami, zaželenimi izrazi in odnosi med njimi, osnovani na jasnem področju ontologije. MKVP olajšuje zблиževanje mednarodnega videnja glavnih problemov v zvezi z varnostjo pacientov in opis, primerjanje, merjenje, nadzorovanje, analiziranje ter interpretacijo informacij za izboljšanje obravnave.

Potrebno je vedeti, da MKVP še ni dokončna klasifikacija, temveč konceptualni okvir za mednarodno klasifikacijo, katere cilj je zagotoviti primerno razumevanje področja varnosti pacientov po vsem svetu in konceptov pacienta, s katerim se obstoječe ter nacionalne klasifikacije lahko povežejo.

Namen tega konceptualnega okvirja, kot še dodaja Robida (2011), je priskrbeti izčrpno razumevanja področja varnosti pacientov. Prizadeva si namreč za neprekinjeno učenje in cikle izboljšav s tem, da poudarja prepoznavanje tveganj, preprečevanje, odkrivanje ter zmanjševanje tveganj, odkrivanje incidentov in odpornost sistema - vse to se pojavlja skozi celoten konceptualni okvir prav v vsaki njegovi točki. Razvrstitev vsebuje komplet pomensko povezanih konceptov. Zagotavlja strukturo za organiziranje



informacij, ki se lahko uporabijo v različne druge namene, vključno z državno statistiko, opisanimi študijami in raziskavami za ocenjevanje.

Pomen delavnic PVU

Delavnice so bile razdeljene na teoretični in praktični del ter namenjene profesionalcem v zdravstveni negi. Vendar začetki niso bili enostavni, saj sami namreč nismo imeli dovolj strokovnega znanja in izkušenj za izvedbo delavnic. Tako smo za pomoč zaprosili strokovnjake iz Psihiatrične bolnišnice Begunje, ki so nam pri uvedbi delavnic pomagali, saj imajo na tem področju kot zaposleni v psihiatrični ustanovi več znanja in izkušenj.

Z uvedbo delavnic je bil narejen začetek. Sledil je pregled domače in tuje literature, priprava predavanj in delavnic, izdelava obrazca PVU (namenjen nadzoru izvedenega PVU) ter standarda pravilne fizične fiksacije pacienta. S pomočjo dobro zastavljenega programa nam je uspelo pridobiti tudi licenčne točke pri Zbornici - Zvezi.

Pred izvedbo delavnic zaposleni, vključno z organizatorji v domači ustanovi, nismo imeli dovolj znanja o pravilni fiksaciji. Nihče izmed nas ni vedel, kako se pasovi pravilno uporabljajo (da pasov za fiksacijo rok ni dovoljeno zamenjevati s pasovi za fiksacijo nog, da pacienta ni dovoljeno fiksirati za noge, roke direktno na posteljo, razen s posebej temu namenjenimi pasovi itd).

Pomen delavnic »Uporaba posebnega varovalnega ukrepa« je predvsem zavedanje o pravilnem, profesionalnem in varnem zagotavljanju varnosti pacienta. Pomembnost pravilne oviranosti pacienta poudarjata tudi standarda kakovosti in varnosti NIAHO oz. DNV. Delavnice PVU se izvajajo tako v psihiatričnih kakor tudi ostalih somatskih bolnišnicah in klinikah periodično določeno znotraj posamezne institucije, večinoma na eno do dve leti. Z izvedbo delavnic pomembno vplivamo na zmanjšanje stroškov, ki bi nastali v primeru vsakokratnega plačila vabljenih predavateljev. Brez podpore vodstva bolnišnice (direktorja ter pomočnice direktorja za področje zdravstvene nege), si izvedbe delavnic ni moč predstavljati. Samokritično lahko povemo, da pred izvedbo delavnic PVU bolniki »niso« bili deležni pravilne oviranosti, s čimer je bila možnost pojava tožb v primeru padca bolnika bistveno višja. Z zavedanjem o pravilnem, pravočasnem in strokovno izvedenem oviranju zavarujemo sebe, druge bolnike, delavce, obiskovalce v bolnišnici ter inventar, saj s pravočasnim, predvsem pa strokovno izvedenim, varnim oviranjem vplivamo na zmanjšanje stroškov v primeru padca ali poškodovanja bolnika oz. drugih v neposredni bližini. Vsekakor si tako zahtevnega postopka ni moč predstavljati brez ustrezne dokumentacije. (Šemrl, 2012b).

SKLEP

Varnost bolnika postaja v današnjem času izrednega pomena. Zaradi tega smo v Splošni bolnišnici Murska Sobota organizirali delavnice o posebnih varovalnih ukrepih, katere so obvezne za vse zaposlene v zdravstveni negi. Prav tako pa od nas izvedbo delavnic o posebnih varovalnih ukrepih zahteva standard kakovosti in varnosti NIAHO oz. DNV. Začetki niso bili enostavni, vendar smo po začetnih težavah ter s skupnim delom vseh, ki smo v tem projektu sodelovali, delavnice izpeljali v celoti. Z zadovoljstvom lahko povem, da se v bolnišnici zaposleni v zdravstveni negi in ostali sedaj mnogo bolj zavedamo pomena pravilne fiksacije. Z uvedbo organizacijskega navodila (ISO standard) s področja uporabe posebnih varovalnih ukrepov bomo strokovno raven le še dvignili na višjo raven.

Profesionalni razvoj medicinskih sester postaja in ostaja v današnjem času nedvomno izrednega pomena. Formalne in neformalne oblike izobraževanja, ki smo jim priča, postavljajo medicinsko sestro v bok ostalim profesijam.

Z veseljem lahko povemo, da potekajo pogovori o tem, da bi naj delavnice o posebnih varovalnih ukrepih postale obvezne tudi za zdravnike, saj so ravno zdravniki tisti, ki s svojim podpisom predpišejo PVU.

LITERATURA

Gradič A. Fiksacija bolnika - pravno etilni problem. In: Kvas A, ed. Pravno-etične dileme - izziv za profesijo zdravstvene nege: XXV. strokovno srečanje; zbornik predavanj; 2009; Nov 13; Velenje, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji; 2009: 89-93.

Pribaković Brinovec R, Masten - Cuznar O, Ivanuša M, Leskošek B, Pajntar M, Poldrugovac M, ... et al. Priročnik o kazalnikih kakovosti. Različica 1.0. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2010: 196-201.

Robida A. Ali še vedno govorimo o zdravniški/sestrinski napaki? Več kot besede... Mednarodna klasifikacija za varnosti pacientov. In: Kramar Z, Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Kraigher A, Skinder Savič A, eds. Varnost - rdeča nit celotne obravnave pacientov. 4. dnevi Angele Boškin, Gozd Martuljek, 7. in 8. april 2011. Jesenice: Splošna bolnišnica: Visoka šola za zdravstveno nego; 2011: 90-5.

Starc A. Izobraževanje za profesionalizacijo zdravstvene nege. In: Bobnar A, ed. Kompetence medicinskih sester v povezavi s profesionalizacijo. Dan Stane Kavalič, Ljubljana, 2. december 2010. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta; 2010: 47-59.

Šemrl S. Preprečevanje padcev – strokovni izziv za medicinsko sestro. In: Železnik D, Kavčič B M, Železnik U, eds. Inovativnost v koraku s časom in primeri dobrih praks. 2. Znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih in socialnih ved. Laško, 18. September 2012. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede; 2012a: 146-54.

Šemrl S. RZP in fiksirani pacient. In: Kohek M, Kovačec B, Prelog I, eds. Zbornik predavanj. 3. pomurski simpozij o kronični rani, Murska Sobota, 19. oktober 2012. Murska Sobota: Splošna bolnišnica; 2012b: 75-80.

Žagar M. Zagotavljanje varnosti-pomen varovalne fizične omejitve pacienta. In: Kramar Z, Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Kraigher A, Skinder Savič A, eds. Varnost - rdeča nit celotne obravnave pacientov. 4. dnevi Angele Boškin, Gozd Martuljek, 7. in 8. april 2011. Jesenice: Splošna bolnišnica: Visoka šola za zdravstveno nego; 2011: 114-18.

232E

VARNOST NA PODROČJU RAZDELJEVANJA ZDRAVIL

SAFETY OF MEDICATIONS' DISTRIBUTION

Alenka Bijol, dipl. m. s., univ. dipl. soc.

Marija Mežik Veber, dipl. m. s.

Splošna bolnišnica Jesenice

Koordinatorica zdravstvene nege internega oddelka

Namestnica pomočnice direktorja za zdravstveno nego za področje izobraževanja in kakovosti

alenka.bijol@sb-je.si

Ključne besede: varnost, predpis, uporaba zdravil, medicinska sestra

IZVLEČEK

V klinični praksi se dnevno srečujemo z varnostjo pri predpisovanju in uporabi - razdeljevanju zdravil. Na varnost razdeljevanja zdravil vpliva več dejavnikov tveganja. Vzroki za motenje med razdeljevanjem zdravil so: nečitljiv predpis terapije, odsotnost predpisane generike, motenje s strani zdravstvenega tima, telefonski klici, potrebe po neposredni zdravstveni negi pacientov. Poveča se možnost postopkovne in klinične napake. Z opazovanjem smo v Splošni bolnišnici Jesenice prepoznali dejavnike in vzroke za nastanek napak pri pripravi in razdeljevanju zdravil. Ugotovili smo, da v 19% prihaja do postopkovnih napak pri pripravi in razdeljevanju zdravil per os. Velik odstotek prekinitev medicinskih sester med pripravo in razdeljevanjem zdravil predstavlja dopolnitev zaloga zdravil, kar potrjuje tudi neustrežno pripravljen voziček za razdeljevanje zdravil. Ker je varnost pacientov pomembno načelo kakovosti v zdravstvu, je potrebno vzpostavljanje sistemskih rešitev za preprečevanje neželenih dogodkov.

Keywords: safety, regulation, medications use, patient, nurse

ABSTRACT

Clinical practice means dealing with safety measures regarding prescription, distribution and use of medications. Safety of medicine distribution is subject to several risk factors. Distribution of medications can be disturbed by: illegible treatment prescription, lack of prescribed generic medicine, disturbances by other staff members, phone calls and attendance to patients' needs. Risk of process or clinical mistakes thus increases. By observation, our team in General Hospital Jesenice has identified factors and causes of mistakes regarding preparation and distribution of medications. We have determined that this kind of mistakes occurred in 19 % of cases. Large percentage of disturbances during preparation and delivery of medications was caused by refilling medications stocks, which was confirmed by improperly organized medication delivery trolley. As patient safety is an important principle of healthcare quality, systemic solutions need to be established in order to prevent the occurrence of undesirable events.

UVOD

Varna in visoko kakovostna zdravstvena obravnava vsakega pacienta je prioriteta vsakega izvajalca zdravstvenih storitev, ne glede na položaj ali poklicno skupino. Zaposleni v zdravstvu morajo pri vsakodnevnem delu prepoznavati možnosti za izboljševanje kakovosti in varnosti pacientov v zdravstveni obravnavi (Kiauta et al., 2010).

Glede na predhodno omenjene izvajalce zdravstvenih storitev, ne glede na položaj ali poklicno skupino, imamo medicinske sestre osrednjo vlogo v okviru celostne obravnave pacientov. V nadaljevanju sva s predstavljenim prispevkom na področju varnosti razdeljevanja zdravil želeli osvetliti še kako pomembno področje, s katerim se medicinske sestre vsakodnevno srečujemo.

Ker predstavlja tveganje za nastanek napak, je potrebno izboljševanje kulture varnosti v zdravstvu in s tem kakovosti zdravstvene obravnave (Robida, 2011).

Varnost pacientov

Varnost pacientov je zapisana kot eno izmed šestih pomembnih načel kakovosti v zdravstvu; zapisana so v nacionalni strategiji kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010 – 2015) (Kiauta et al., 2010). Vsekakor je cilj pri zagotavljanju varnosti v procesu razdeljevanja zdravil preprečitev nepravilne uporabe zdravil in s tem posledično škoda za pacienta. Pomembno je ukrepanje za zmanjševanje posledic in vzpostavljanje sistemskih rešitev za preprečevanje ponovitev neželenih dogodkov (Kramar, 2011). Vzpostavitev in razvoj kulture varnosti je prednostna naloga vsake zdravstvene organizacije na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju. Vlada in politika morata podpirati ukrepe, ki omogočajo zdravstvenim organizacijam delovati odkrito in pravično v vsem, kar delajo. Vzpostavitev kulture varnosti je zahteven in dolgotrajen proces, ki privede do zavedanja vsakega posameznika o lastnem prispevku k delovanju ustanove in možnosti, da gredo stvari narobe (Tušar, 2010).

Tako, kot opisuje Robida (2010), moramo spremeniti naš odnos do varnosti pacientov z zasnovo sistemov in procesov, ki bodo pripeljali do večje varnosti pacientov in nas samih. Potrebujemo sistemsko razmišljanje, ki nam je tuje, kajti izobrazili smo se in se navzeli kulture, kjer menimo, da smo osebno odgovorni za popolnost svojega vsakdanjega dela. Zatorej moramo uvesti orodja za zmanjševanje števila in posledic neželenih dogodkov.

Zdravstvena dejavnost mora biti načrtovana tako, da preprečuje napake in neželene dogodke ter tako zagotavlja odpravo hudih napak in poveča delovanje skladno z varnostnimi postopki. Glede na rezultate in zbrane dokaze dela številnih institucij in drugih tega področja je sedaj postalo jasno, da je prvi korak na poti k izgradnji varnosti za paciente uveljavitev kulture varnosti za paciente v celotnem zdravstvenem sistemu. V celotni zdravstveni dejavnosti je potrebno uvesti upravljanje s tveganji kot rutinsko orodje. Predpogoj za njegovo uvedbo predstavlja odprto in zaupanja vredno delovno okolje, katerega kultura temelji na učenju iz neželenih dogodkov, ki so ali niso pripeljali do škodljivosti za pacienta. Taka kultura ne temelji na iskanju "krivde in sramotnja" in posledičnega kaznovanja. Investiranje v varnost pacientov predstavlja torej potencialno povečanje prihrankov celotnih stroškov zdravstvene obravnave in hkrati predstavlja očitno dobrobit za pacienta. Osredotočenje na pacientovo varnost vodi k zmanjševanju stroškov obravnave pacientov, izpostavljenih neželenim dogodkom, kar posledično vodi v ustrežnejšo izrabo finančnih virov (Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika, 2005).

Na podlagi strokovnih spoznanj smo v Splošni bolnišnici Jesenice (SBJ) izdelali standardne operativne postopke, navodila in protokol za področje predpisovanja in razdeljevanja zdravil. Protokol je podlaga za izdelavo podrobnejših navodil tako za zdravnike kot za izvajalce zdravstvene nege in zajema opis procesa od predpisa, priprave, deljenja do aplikacije zdravil. Obenem smo določili tudi kazalnike za merjenje učinkovitosti in uspešnosti procesa, ki zajema merjenje pri posameznih delih izvedbe procesa predpisovanja in aplikacije zdravil in jih merimo mesečno (Tušar, Panić, 2012).

Zahteve Det Norske Veritas International accreditation standarda (DNV – DIAS) izboljšajo ugotavljanje in obvladovanje kritičnih točk procesa predpisovanja in dajanja zdravil. Pridobitev akreditacije po DIAS zaposlenim v bolnišnici predstavlja priznanje, da je njihovo delo kakovostno in v smislu zagotavljanja varnosti uporabnikov. Uporabnikom zdravstvenih storitev pa poveča zaupanje, da bo v procesu zdravstvene obravnave v bolnišnici zagotovljena njihova varnost (Mavsar-Najdenov, 2012).

Dosedanje raziskave na področju razdeljevanja zdravil

Upravljanje z zdravili je eno najkompleksnejših področij bolnišnične oskrbe pacientov. Običajno je rezultat multidisciplinarnega in usklajenega pristopa strokovnega osebja in drugih sodelavcev v zdravstvu. Obsega več področij, organizacijo in upravljalne prakse na področju zdravil in sicer preskrbo z zdravili z urejenega bolnišničnega formularja, shranjevanje, naročanje in predpisovanje zdravil, priprava in deljenje zdravil, dajanje zdravil pacientom in spremljanje zdravljenja z zdravili (Mavsar-Najdenov, 2012).

Različne raziskave opredeljujejo več vzrokov za nastanek napak pri pripravi in razdeljevanju zdravil.

Študija, ki jo je izvedla Manchester Academic Health Sciences Centre (2013), katere cilj je bil sistematičen pregled empiričnih dokazov o razširjenosti in naravi napak, povezanih z zdravili, so ugotovili, da so najpogostejše napake v napačnem času apliciranja zdravil, opustitvijo in napačnim doziranjem. Podobno raziskavo s prikazom napak v povezavi z zdravili so naredili tudi na Bližnjem vzhodu. Prav tako so s sistematičnim pregledom literature v zvezi z napakami pri zdravilih v državah Bližnjega vzhoda uporabili baze podatkov kot v predhodno omenjeni raziskavi. Raziskava je bila izvedena v oktobru 2011. Petinštirideset študij iz 10 od 15 držav Bližnjega vzhoda je izpolnjevalo vključitvena merila. Raziskava je pokazala najpogostejša odstopanja na področju napačnega odmerka, napačno frekvenco ter jakost predpisa. Izpostavili so tudi pomanjkljivo znanje na področju aplikacije zdravil (Alsulami, Conroy, Choonara, 2012).

Z nadaljnjim pregledom študij je zanimiva tudi ugotovitev študije, ki je preučevala možnosti za pojav napak pri novo zaposlenih oz. izšolanih diplomiranih medicinskih sestrah na vojaškem področju izobraževanja in raziskava v bolnišnici v Turčiji. S presečno študijo so prikazali, da je najpogostejši vzrok za napake, povezane z zdravili, izčrpanost medicinskih sester ter v bolnišnici motenje medicinske sestre pri razdeljevanju zdravil (Unver, Tastan, Akbayrak, 2012).

Visoka pogostnost in stopnja porabe zdravil predstavlja večje tveganje za pojav z zdravili povezanih problemov (ZZPP), angl. drug related problems (DRP). Podatki o pojavnosti napak v povezavi z zdravljenjem se zelo razlikujejo in so odvisni od uporabljene vrste metodologije in definicije (Mavsar-Najdenov, 2012). Po podatkih MindyYoder in Diane Schadewald (2012) so medicinske napake osmi najpogostejši vzrok smrti in stanejo bolnišnice v ZDA 3,5 milijone dolarjev letno.

V avstralski študiji, ki jo je izvedel Deans (2005), so ugotovili odstopanja, kot so: nečitljiva pisava, nerazumevanje okrajšav, neutemeljene decimalne vejice, napačno razumevanje pisnih naročil. Izpostavili so utrujenost zdravstvenih delavcev, pomanjkanje znanja in spretnosti ter prekinitve in motenje med dajanjem zdravil.

Izhodišča za izboljšanje oziroma zmanjšanje napak, povezanih z zdravili, so v študijah zelo podobna. V avstralski študiji (Deans, 2005) je več kot četrtina vprašanih navedla, da bi nadaljnje usposabljanje ter pridobitev dodatnih znanj v zvezi z zdravili pozitivno vplivala na njihovo zdravstveno prakso. Medicinske sestre so izpostavile vidik, da bi bile zelo vesele, da bi preživele več časa s pacienti pri dajanju zdravil.

Ko omenjamo odstopanja v povezavi z zdravili, niso v izključni pristojnosti vsake posamezne poklicne skupine. Zato je pomembno sodelovanje z vsemi zdravstvenimi strokovnjaki za vzpostavitev postopkov, politik, strategij in sistemov, ki bodo zmanjšale njihovo ponovitev.

Tudi računalniško podprt sistem predpisa ter beleženja jemanja zdravil in izboljšanja farmakološkega izobraževanja zdravnikov in medicinskih sester bi lahko pripomogel k zmanjšanju odstopanj, povezanih z zdravili. Poleg tega bi s sprejetjem kliničnih farmacevtov na oddelkih tudi znižali stopnjo napak pri jemanju zdravil (Praxis, 2005).

V SBJ imata pomembno vlogo pri doseganju racionalne uporabe zdravil Komisija za zdravila in Komisija za antibiotike, ki v SBJ redno delujeta, prva od l. 1994 in druga od l. 2001. V okviru obeh komisij smo v letih pred 2011, ko smo pridobili certifikat DIAS, uredili že večino zahtev na področju upravljanja z zdravili. Uvedli smo nadzorovano oblikovanje bolnišničnega seznama zdravil, ki je dostopen vsemu strokovnemu osebju. Pripravili smo seznam antidotov z indikacijami ter odmerjanjem in seznam neregistriranih zdravil, ki so odobrena za uporabo v SBJ. V skladu z zakonodajo smo vzpostavili sistem poročanja nevarnih učinkov zdravil (NUZ) in zastrupitev. Vsi sezname in smernice so, skupaj z ostalimi informacijami za varno, učinkovito in kakovostno oskrbo pacientov z zdravili, od l. 2006 sistematično urejeni, objavljeni in ažurirani na intranetni strani Komisije za zdravila in Komisije za antibiotike ter na ta način dostopni 24 ur na dan vsem strokovnim delavcem v bolnišnici. Od leta 2003 deluje klinični farmacevt na internem oddelku SBJ in od l. 2006 na kirurškem oddelku. Klinični farmacevt (KLF) je prisoten na jutranjih konzilijih in oddelčnih vizitah. Pogosta so vsakodnevna konziliarna posvetovanja zdravnikov in medicinskih sester s KLF glede predpisovanja in dajanja zdravil. Od l. 2009 smo aktivnosti klinične farmacije razširili še na področje individualnega načrtovanja zdravljenja z vankomicinom ter rednega preverjanja interakcij zdravil pri pacientih v enoti intenzivne terapije operativnih strok (EITOS), po potrebi pa tudi pri nekaterih pacientih z drugih oddelkov z nerazjasnjenimi kliničnimi stanji in/ali z več predpisanimi zdravili (Mavsar-Najdenov, 2012).

Namen in cilji opazovanja

Namen ciljanega opazovanja je bilo ovrednotiti učinek prekinitev v povezavi z nastankom napak med pripravo in razdeljevanjem zdravil na štirih bolniških oddelkih in enoti intenzivne terapije operativnih strok SBJ. Opazovanje je bilo izvedeno ob načrtovani presoji skladnosti razdeljevanja zdravil po standardih kakovosti SBJ.

Cilj opazovanja je bil oceniti vzrok in pogostnost prekinitev med razdeljevanjem zdravil.

METODA

Opazovali smo proces razdeljevanja zdravil. Uporabili smo metodo opazovanja. Opazovali smo medicinske sestre, ki so pripravljale in razdeljevale zdravila. Raziskavo smo izvedli na 5 oddelkih/enotah v SBJ, ki je potekala od 10. 1. 2013 do 1. 2. 2013. V opazovanje so bili vključeni interni oddelek s tremi odseki – gastroenterološki, endokrinološkonefrološki, kardiološki; kirurški oddelek s tremi odseki – travmatološki, ortopedski, abdominalni; oddelek za zdravstveno nego; enota za intenzivno terapijo operativnih strok in ginekološko porodniški oddelek.

Opazovali smo postopkovne in klinične napake glede na opredeljene kazalnike standarda kakovosti razdeljevanja zdravil per os. Beležili in opazovali smo tudi vse prekinitve medicinskih sester med pripravo in razdeljevanjem zdravil.

Opazovalka je bila medicinska sestra, ki je bila seznanjena s potekom opazovanja. Izdelali smo posebne obrazce, z desetimi kriteriji opazovanja. Kriterije smo definirali kot dobro, ustrezno, sporno, neustrezno in nevarno prakso. Prekinitve medicinskih sester smo opredelili kot verbalno in neverbalno prekinitve osredotočenosti na pripravo in razdeljevanje zdravil.

REZULTATI

Ugotovili smo, da je bila v 81% uporabljena dobra praksa priprave in razdeljevanja zdravil in so bili vsi kriteriji opazovanja izpolnjeni, v 19% pa so bile zabeležene postopkovne napake.

Nepopolno pripravljen voziček za razdeljevanje zdravil je bil prisoten v 5%, kar je predstavljalo ustrezno prakso. Nepopolno razkuževanje rok smo opredelili kot nevarno prakso in jo opazili v 3%. Neustrezno razpolavljanje tablet smo zaznali v enem primeru, kar predstavlja 1,5% in je opredeljeno kot sporna praksa. Nepravilen čas aplikacije zdravil je bil opredeljen kot neustrezna praksa in smo ga opazili v 2,5%. Neupoštevanje zaužitja zdravila glede na zahteve proizvajalca smo opazili v treh opazovanjih in predstavlja 4%, opredeljen je kot nevarna praksa. V enem primeru medicinska sestra ni poznala zdravila, to je predstavljalo sporno prakso v 1,5%. Nepopolno opazovanje pacienta pred, med in po zaužitju zdravila smo opredelili kot neustrezno in jo zaznali v 1,5%. Pri kriterijih ustrezna osebna urejenost in pravilno preverjanje identitete pacienta nismo opazili nepravilnosti.

Spodnja razpredelnica prikazuje vzrok, število in odstotek prekinitev medicinskih sester med pripravo in razdeljevanjem zdravil. Medicinske sestre so bile prekinjene med pripravo in razdeljevanjem zdravil 39 krat.

Razpredelnica 1: Prikazuje vzrok, število in odstotek prekinitev medicinskih sester med pripravo in razdeljevanjem zdravil

PREKINITEV MEDICINSKE SESTRE	ŠTEVILO	ODSTOTEK
DELAVKA ČISTILNEGA SERVISIA	2	5%
ZAPOSLANI V ZDRAVSTVENI NEGI	15	38%
DOPOLNITEV ZALOG ZDRAVIL	17	44%
ZDRAVNIK	3	8%
POTREBA PO NEPOSREDNI ZDRAVSTVENI NEGI	2	5%
SKUPAJ	39	100%

DISKUSIJA

Z raziskavo smo ugotovili, da v 19% prihaja do postopkovnih napak pri pripravi in razdeljevanju zdravil per os. Prepoznali smo dejavnike in vzroke za nastanek napak pri pripravi in razdeljevanju zdravil. Potrebno je sprejeti sistemske ukrepe, ki bodo preprečili nastanek napak in povečali varnost pacientov.

Velik odstotek prekinitev medicinskih sester med pripravo in razdeljevanjem zdravil predstavlja dopolnitev zalog zdravil, kar potrjuje tudi neustrezno pripravljen voziček za razdeljevanje zdravil.

Leta 2010 je bila v SBJ narejena podobna raziskava, ki pa ni popolnoma primerljiva, saj v tokratnem opazovanju ni bila uporabljena enaka metodologija in tudi kriteriji opazovanja so bili nekoliko različni.

Kramar (2010) navaja, da so v raziskavi, ki je bila narejena v SBJ leta 2010, medicinske sestre največkrat prekinjene med pripravo in razdeljevanjem zdravil zaradi motenj s strani osebja, v naši raziskavi pa smo ugotovili, da je to dopolnitev zalog zdravil. Lahko povzamemo, da se zaposleni v zdravstveni negi zavedajo negativnih posledic motenja, vendar je potrebno ozavestiti člane tima zdravstvene nege o pomembnosti priprave na aktivnosti, da se po nepotrebnem ne prekinja postopka dela.

ZAKLJUČEK

S pregledom študij na področju varnosti razdeljevanja zdravil lahko povzamemo, da je potreben aktiven pristop pri preprečevanju odstopanj, ki so se izkazala za nekoliko različna v raziskavah. V primeru

opazovanja, ki je bilo izveden v SBJ, se je izkazalo, da je potrebno doslednejše upoštevanje standardov kakovosti ter dodatno izobraževanje zaposlenih v smislu ozaveščanja kulture varnosti in s tem povečanja varnosti na področju razdeljevanja zdravil.

LITERATURA

- Alsulami Z, Conroy S, Choonara I. Medication errors in the Middle East countries. *European Journal of Clinical Pharmacology*. 2012; 1-14. Dostopno na: http://download.springer.com/static/pdf/662/art%253A10.1007%252Fs00228-012-1435-y.pdf?auth66=1362244637_a4c8470438dc070005b3fc9b25e05f5&ext=.pdf (15.2.2013).
- Deans C. Medication errors and professional practice of registered nurses. *The National Center for Biotechnology Information*. 2005; 12(1):29-33. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16619902> (15.2.2013).
- Keers N R, Williams D S, Cooke J, Ashcroft M D. Prevalence and Nature of Medication Administration Errors in Health Care Settings: A Systematic Review of Direct Observational Evidence. *The Annals of Pharmacotherapy* 2013, 47: 237-56. Dostopno na: <http://www.theannals.com/content/47/2/237.full.pdf+html> (12.3.2013).
- Kiauta M, Poldrugovac M, Rems M, Robida A, Simčič B. Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010-2015). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2010.
- Kramar Z. Uvajanje kulture varnosti – Izkušnje splošne bolnišnice Jesenice. In: Kramar Z, Skela Savič B, Hvalič Touzery S., eds. Zbornik predavanj 4. Dnevoev Angele Boškin, Gozd Martuljek, 7.-8. April 2011. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice in Visoka Šola za zdravstveno nego Jesenice, 2011, 26-33.
- Kramar Z. Neskladnosti pri razdeljevanju zdravil zaradi prekinitev. In: Skela Savič B, eds. Zbornik predavanj z recenzijo. Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi - na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege, Ljubljana, 16.-17. september 2010. Jesenice: Visoka Šola za zdravstveno nego; 2010, 153-162.
- Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika. Dostopno na: http://www.szd.si/user_files/vsebina/Zdravnikski_Vestnik/vestnik/st5-7-8/st5-7-8-413-414.htm (15.2.2013).
- Mavsar Najdenov B. Zahteve DNV International Accreditation Standarda (DIAS) pri predpisovanju in dajanju zdravil. In: Kramar Z, Mežik Veber M, Tušar S., eds. Zbornik predavanj 5. dnevoev Angele Boškin, Kranjska Gora, 20.-21. september 2012. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice in Visoka Šola za zdravstveno nego Jesenice; 2012, 65-70.
- Praxis B. Hospital drug safety: medication errors and adverse drug reactions. *The National Center for Biotechnology Information*. 2005; 15 (24-25):1031-8. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15997721> (15.2.2013).
- Robida A. Kako priti do večje varnosti pacientov. In: Kramar Z, Bahun M, Kalender Smajlovič S, eds. Zbornik predavanj 3. dnevoev Angele Boškin, Gozd Martuljek, 22.-23. april 2010. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice; 2010, 46-54.
- Robida A. Kultura varnosti pacientov – pilotna raziskava o bolnišnični kulturi varnosti pacientov. In: Kramar Z, Skela Savič B, Hvalič Touzery S., eds. Zbornik predavanj 4. dnevoev Angele Boškin, Gozd Martuljek, 7.-8. April 2011. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice in Visoka Šola za zdravstveno nego Jesenice, 2011, 13-18.
- Tušar S, Panič Z. Predpis in aplikacija zdravil – doseganje skladnosti s standardom DIAS. In: Kramar Z, Mežik Veber M, Tušar S., eds. Zbornik predavanj 5. dnevoev Angele Boškin, Kranjska Gora, 20.-21. september 2012. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice in Visoka Šola za zdravstveno nego Jesenice; 2012, 70-73.
- Tušar S. Učenje skozi obravnavo opozorilnih nevarnih dogodkov. In: Kramar Z, Bahun M, Kalender Smajlovič S, eds. Zbornik predavanj 3. Dnevoev Angele Boškin, Gozd Martuljek, 22.-23. April 2010. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice; 2010, 15.
- Unver V, Tasthan S, Akbayrak N. Medication errors: perspectives of new lygraduated an dexperiened nurses. *International Journal of Nursing Practice*. 2012; 18(4): 317-24. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22845630> (15.2.2013).
- Yoder M, Schadewald D. The Effect of a Safe Zone on Nurse Distractions, Interruptions, and Medication Administration Errors. *Western Journal of Nursing Research*. 2012; 34 (8): 1068-1069. Dostopno na: <http://wjn.sagepub.com/content/34/8/1068.full> (15.2.2013).

232F

VARNA APLIKACIJA ZDRAVIL/UČINKOVIN V PODKOŽJE IN MIŠICO

SAFE SUBCUTANEOUS AND INTRAMUSCULAR APPLICATION OF MEDICATIONS/SUBSTANCES

viš. pred., mag. Albina Bobnar, viš. med. ses., prof. def.

Daniela Trajkoska, dipl. m. s.

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta

albina.bobnar@zf.uni-lj.si

Ključne besede: priporočila, aplikacija v podkožje/mišico, znanje, medicinske sestre

IZVLEČEK

Uvod: Aplikacija zdravil/učinkovin v podkožje in mišico je zahteven diagnostično-terapevtski poseg. Namen raziskave je bil ugotoviti, ali imajo medicinske sestre znanje o varni aplikaciji zdravil/učinkovin v podkožje in mišico ter če pri izvajanju uporabljajo sodobne tehnike.

Metode dela: Raziskava je bila kvantitativna, z izvedenim opisnim raziskovanjem. Uporabljen je bil pilotno testiran anketni vprašalnik, pripravljen posebej v ta namen. Po metodi namenskega vzorca je bilo 5. in 6. 5. 2011, v enem izmed zdravstvenih domov, razdeljenih 58 in vrnjenih 40 anketnih vprašalnikov medicinskim sestram.

Rezultati: 30 (75 %) anketirancev zdravila/učinkovine pripravlja v za to namenjenem prostoru. Samo 2 (5 %) anketirancev pravilno označita brizgalko. Anketiranci (29/73 %) aplicirajo zdravila/učinkovine pod kotom 45 do 90 stopinj ne glede na podkožje ali mišico. Kožo na mestu vboda pri aplikaciji v podkožje prime s kožno gubo 36 (90 %) anketirancev in v mišico 17(43 %). Polovica jih pri tem uporablja zaščitne rokavice pri pacientu z infekcijo ali pri sumu nanjo. Pred vbizganjem zdravila/učinkovine v podkožje jih 22 (55 %) izvede aspiracijo, vsi pred vbizganjem v mišico. Po vbizganju zdravila/učinkovine 19 (48 %) anketirancev od 5 do 10 sekund počaka, preden izvlečejo injekcijsko iglo in 31 (78 %) jih vbodno mesto pokrije s suhim sterilnim zložencem ter ne masira.

Razprava in sklep: Raziskava je dokaz zelo različne prakse v zdravstveni negi na primarnem nivoju zdravstvenega varstva. Večina medicinskih sester ne upošteva najboljših sodobnih priporočil s tega področja, zato je bistveno vseživljenjsko učenje, tako s teoretične kot klinične perspektive.

Keywords: recommendations, subcutaneous/intramuscular application, knowledge, nurses'

ABSTRACT

Introduction: Subcutaneous and intramuscular application of medications/substances is demanding diagnostics-therapeutic procedure. Purpose of this thesis is to find out whether nurses have suitable knowledge of safe subcutaneous and intramuscular application of medications/substances and whether they use contemporary techniques at their work.

Methods: The research was quantitative, based on a descriptive research. A pilot testing questionnaire was used, prepared especially for this research. According to purpose sample, 58 questionnaires were

distributed to nurses, working at one community health care centre, on 5th and 6th May 2011, and 40 completed.

Results: 30 (75 %) of the respondents prepare medications/substances in a suitable place for such a procedure. Only 2 (5 %) of the respondents mark the syringe properly. The respondents (29/73 %) apply medications/substances at a 45 to 90 degree angle regardless to subcutaneous or intramuscular injection. The skin tissue on the subcutaneous injection site is held by skin fold 36 (90 %) of the respondents and on the intramuscular 17 (43 %). Half of the respondents use medical gloves by suspecting infection or with infected patient. Before administering medication/substance subcutaneously, 22 (55 %) of the respondents use aspiration, everyone before administering intramuscularly. After injecting medication/substance, 19 (48 %) of the respondents wait for 5 to 10 seconds, before they pull out the needle and 31 (78 %) cover the injection site with sterile dry gauze pad and do not massage.

Discussion and conclusion: The research gives evidence of a very various practice in health care on the primary level. The majority of nurses do not use the best contemporary recommendations from this field of work, therefore, continuous education is crucial, as for theoretical as well as for clinical perspective.

UVOD

Zdravila/učinkovine za dajanje v telo, z vbodom prek kože v podkožno maščevje in še globlje v mišico, predpiše zdravnik, aplikacijo pa največkrat izvajajo medicinske sestre (MS). Uporabljati je potrebno sterilne pripomočke, pripravo in izvedbo izvesti v posebnih prostorih, z dobro higieno rok, čiščenjem vbodnega mesta (upoštevati kontaktni čas), na način, ki onemogoča stik s krvjo in drugimi telesnimi tekočinami. Praviloma je eno zdravilo/učinkovina pripravljena v eni brizgalki, napolnjeni do dveh tretjin, zaradi preprečevanja medsebojnega učinkovanja (Altman, 2010). Injekcije se pripravljajo tik pred uporabo ali največ 30 minut pred dajanjem, po navodilih proizvajalca, pri tem pa je ogrožena tudi sterilnost (Šmitek, Krist, 2008). Pripravljena brizgalka mora biti označena z imenom in priimkom bolnika, imenom zdravila, dozo, enotami, količino, raztopino, datumom, časom priprave ter podpisom izvajalca. Za aplikacijo se vedno uporablja nova, suha, sterilna ter primerno dolga in debela inj. igla, izbrana glede na način, mesto, vrsto zdravila/učinkovine in bolnika (Berman et al., 2012).

Od posebnosti pri aplikaciji zdravil/učinkovin v podkožje je potrebno omeniti tehniko z uporabo zračnega mehurčka. V teh primerih se vedno izbere kot aplikacije 90 stopinj, da se aplicira zdravilo/učinkovina v pravi dozi in prepreči uhajanje v druge plasti ali po poti inj. igle na površino. S pravilnim prijemom vbodnega mesta je učinek še večji. Uporablja se nateg kože z dvema prstoma, kožna guba in tehnika Z-poti (pri aplikaciji v mišico). Tehnika Z-poti traja ves čas, od pritiska treh prstov in potega kože in podkožja v stran od predvidenega mesta vboda, do izvleka inj. igle. Vbodni kanal, ki je potekal pravokotno skozi kožo in podkožje v mišico, se prekine s premikom plasti, ki pokrijejo vbodno mesto v mišici (Šmitek, Krist, 2008; Taylor et al., 2011; Berman et al., 2012).

MS se s tem posegom pogosto srečujejo na vseh ravneh zdravstvenega varstva, zato morajo biti teoretično in praktično usposobljene (Davidson, 2010) in upoštevati varnostne ukrepe pri pripravi, dajanju in po izvedbi posega. Namen raziskave je bil predvsem ugotoviti ali imajo MS ustrezno teoretično znanje, ki je potrebno za varno aplikacijo zdravil/učinkovin v podkožje in mišico. Glavni cilj pa je bil izobraževalec, da bi MS na primarni zdravstveni ravni ponovile teoretično znanje o aplikaciji zdravil/učinkovin v podkožje in mišico ter posledično kompetentno izvajale ta dva diagnostično-terapevtska posega.

METODE

Narejena je bila kvantitativna, opisna raziskava, pri kateri so bili podatki za opisovanje znanja MS o aplikaciji zdravil/učinkovin v podkožje in mišico pridobljeni z anketnim vprašalnikom. Anketa je bila izvedena 5. in 6. maja 2011, v enem izmed zdravstvenih domov (ZD). Pred izvedbo anketiranja (18. 4. 2011)

**Razpredelnica 1: Priprava in dokumentiranje**

PRIPRAVA IN DOKUMENTIRANJE	N (%)
št. pripravljenih zdravil/učinkovin v eni inj. brizgalki	
*eno	13 (33)
*izjemoma dve	13 (33)
največ tri	21 (51)
največja količina priprave zdravila/učinkovine za aplikacijo v podkožje	
3 ml	2 (5)
0,5 ml	9 (23)
1 ml	10 (25)
*2 ml	19 (47)
največja količina priprave zdravila/učinkovine za aplikacijo v mišico	
*3 ml	6 (15)
*5 ml	11 (28)
10 ml	23 (57)
0,5 ml	0 (0)
preverjanje pripravljenega zdravila/učinkovine	
*da	39 (97)
Ne	1 (3)
zamenjava inj. igle za aplikacijo (tehnika dvojne igle)	
*da	40 (100)
Ne	0 (0)
označitev pripravljene inj. brizgalke z zdravilom/učinkovino	
pritrđitev prazne ampule, stekleničke	0 (0)
na inj. iglo nabodena ampula, steklenička	0 (0)
*ime in priimek, zdravilo, doza, enote, količina, raztopina; datum in čas priprave, podpis izvajalca	2 (5)
ime zdravila, doza, enote; datum priprave, podpis izvajalca	2 (5)
*ni potrebno, ker je pripravljeno pred pacientom in takoj aplicirano	36 (90)
kriteriji za izbiro premera in dolžine inj. igle za aplikacijo	
*konzistenca zdravila/učinkovine	16 (40)
*mesto aplikacije	34 (85)
*debelina podkožnega maščevja	32 (80)
*starost pacienta	6 (15)
razlog za aplikacijo	
*naročilo osebnega zdravnika	39 (98)
*naročilo zdravnika specialista	14 (35)
naročilo pacienta	0 (0)
naročilo svojcev	0 (0)
način naročila aplikacije	
*ustno	17 (43)
*delovni nalog	25 (63)
*recept	0 (0)
*zapis v negovalni dokumentaciji	9 (22)
*zapis v zdravstveni dokumentaciji	15 (38)
*po telefonu	2 (5)
dokumentiranje izvedbe	
*v zdravstveni dokumentaciji pacienta	23 (58)
*računalniško	34 (85)
*v negovalni dokumentaciji pacienta	22 (55)
*ne dokumentira	1 (3)

je bila izvedena pilotna študija, saj je šest diplomiranih medicinskih sester anketni vprašalnik pregledalo in izpolnilo. Predlaganih je bilo nekaj popravkov, ki smo jih upoštevali pri končni izdelavi anketnega vprašalnika. K sodelovanju so bile povabljene vse takrat zaposlene MS (58), iz vseh enot ZD. Vrnjenih je bilo 40 (69 %) anketnih vprašalnikov in vsi so bili vključeni v raziskavo. Sodelovalo je 40 MS (21 srednjih MS, 17 višjih/diplomiranih MS), povprečne starosti 42 let (od 20 do 60 let). Sodelovanje MS je bilo anonimno in prostovoljno; pridobljeno je bilo pisno soglasje Stokovnega kolegija za zdravstveno nego ZD (podatki hranjeni pri avtorjih).

REZULTATI

Rezultati raziskave so prikazani v razpredelnicah od 1 do 4, v katerih so pravilni odgovori označeni z zvezdico*.

Iz razpredelnic 1 in 2 je razvidno, da anketiranci pripravljajo zdravila/učinkovine v za to namenjenih prostorih na aseptičen način in imajo dokumentirano naročilo od zdravnika ter izvedbo. Več kot polovica jih pripravlja do tri zdravila v eni brizgalki primerne velikosti, v primerni količini za aplikacijo v podkožje in preveliki za v mišico. Dvojne kontrole preverjanja pripravljene zdravila/učinkovine ne izvajajo in ne označujejo pravilno, ali splohne, inj. brizgalke s pripravljenim zdravilom/učinkovino za aplikacijo. Za pripravo uporabljajo primerne inj. igle in le-te zamenjajo z novimi, sterilnimi za aplikacijo.

Razpredelnica 2: Prostor in uporaba pripomočkov

PROSTOR IN PRIPOMOČKI	N (%)
Prostor	
odlagalna površina v ambulanti	10 (25)
*poseben prostor za shranjevanje in pripravo zdravil/učinkovin	3 (8)
*ne pripravljajo zdravil, aplicira samo tovarniško pripravljena	6 (15)
*čista delovna površina, na aseptičen način	27 (68)
uporaba injekcijske igle za pripravo	
*18-23 G, dolžina enaka velikosti ampule/stekleničke v kateri je zdravilo	23 (58)
18 G, dolžina je standardna	13 (33)
23 G, dolžina je 3 cm	0 (0)
premer ni pomemben, dolžina je 5 cm	6 (15)
izbira injekcijske brizgalke za pripravo zdravil v podkožje	
*1 do 2,5 ml inj. brizgalke	34 (85)
5 ml inj. brizgalka	6 (15)
10 ml inj. brizgalka	0 (0)
izbira injekcijske brizgalke za pripravo zdravil v mišico	
*1 do 2,5 ml inj. brizgalke	13 (33)
*5 ml inj. brizgalka	30 (75)
*10 ml inj. brizgalka	29 (73)
20 ml inj. brizgalka	1 (3)

Razpredelnica 3: Postopek aplikacije zdravil/učinkovin v podkožje in mišico

POSTOPEK APLIKACIJE	N (%)
št. razkuževanj vbodnega mesta	
*1-krat	29 (73)
2-krat	5 (12)
3-krat	6 (15)
potreben kontaktni čas za učinkovito razkuževanje	
ne	5 (12)
*15 sekund	25 (63)
*30 sekund	10 (25)
najpogosteje izbrano mesto vboda pri aplikaciji v podkožje	
*zunanji srednji del nadlahti	27 (68)
*zunanji srednji del stegna	2 (5)
*trebušna guba (levo, desno, pod popkom)	27 (68)
*predel nad srednjo zadnično mišico	2 (5)
najpogosteje izbrano mesto vboda pri aplikaciji v mišico	
*trioglata mišica nadlahti	10 (25)
*stranska stegenska mišica	1 (3)
*zunanji zgornji kvadrant srednje zadnjične mišice	37 (93)
*stranska zadnjična mišica, 4 do 5 cm pod črevničnim grebenom	3 (8)
kriteriji za izbor mesta aplikacije	
*konstitucija	33 (83)
*stanje kože	16 (40)
*starost pacienta	18 (45)
*dolžina inj. igle	8 (20)
vbodni kot	
*45 stopinj	7 (18)
60 stopinj	1 (3)
*90 stopinj	8 (20)
45 do 90 stopinj	34 (73)
vbodni kot industrijsko pripravljenega zdravila z zračnim mehurčkom	
45 stopinj	4 (10)
60 stopinj	0 (0)
*90 stopinj	20 (50)
45 do 90 stopinj	16 (40)
prijem na mestu vboda pri aplikaciji v podkožje	
*napeta koža z dvema prstoma	6 (15)
*kožna guba	36 (90)
uporaba tehnike Z-poti	2 (5)
prijem na mestu vboda pri aplikaciji v mišico	
*napeta koža z dvema prstoma	22 (55)
*kožna guba	17 (43)
*uporaba tehnike Z-poti	2 (5)

POSTOPEK APLIKACIJE	N (%)
uporaba zaščitnih rokavic pri aplikaciji v podkožje	
da, vedno	8 (20)
ne	11 (27)
*samo pri pacientu ob sumu/ali z infekcijo	18 (45)
občasno	3 (8)
uporaba zaščitnih rokavic pri aplikaciji v mišico	
da, vedno	7 (17)
ne	2 (5)
*samo pri pacientu ob sumu/ali z infekcijo	19 (48)
občasno	12 (30)
aspiracija pred vbrizganjem v podkožje	
da	22 (55)
*ne	18 (45)
aspiracija pred vbrizganjem v mišico	
da	40 (100)
*ne	0 (0)
aspiracija pred vbrizganjem zdravila z zračnim mehurčkom	
da	26 (65)
*ne	14 (35)
izvlek inj. igle po končanem izbrizganju	
takoj	11 (27)
*po 5 do 10 sekundah	19 (48)
po 30 sekundah	1 (3)
po 20 sekundah	9 (22)
pokrivanje vbodnega mesta po končani aplikaciji zdravil/učinkovin	
da, z alkoholnim zložencem	6 (15)
*da, s suhim sterilnim zložencem, ne masirati	31 (78)
da, s suhim zložencem, masaža	8 (20)
ne pokrivati vbodnega mesta	2 (5)
pokrivanje vbodnega mesta po končani aplikaciji insulina, antikoagulan.	
da	16 (40)
*ne	24 (60)

Pri postopku aplikacije zdravil/učinkovin v podkožje in mišico okoli tri četrtine anketirancev pravilno razkužuje vbodno mesto, upošteva kontaktni čas ter pokriva vbodno mesto po končani aplikaciji. Najbolj nepravilno so odgovarjali na vprašanja o uporabi vbodnega kota pri aplikaciji in aspiraciji pred vbrizganjem zdravila/učinkovin (razpredelnica 3).

Razpredelnica 4: Najpogosteje aplicirana zdravila/ učinkovine v podkožje in mišico

APLICIRANA ZDRAVILA	N (%)
najpogosteje aplicirana zdravila/ učinkovine v podkožje	
*inzulin	29 (73)
*heparin	27 (68)
*narkotiki	1 (3)
*hormonska zdravila	9 (22)
najpogosteje aplicirana zdravila/ učinkovine v mišico	
*protibolečinska zdravila	36 (90)
*pomirjevala	8 (20)
*vitamini	7 (18)
*cepiva	9 (22)

Anketiranci najbolj pogosto aplicirajo subutano inzulin in heparinske učinkovine, muskularno pa protibolečinska zdravila, kar je razvidno iz rapredelnice 4.

RAZPRAVA

V raziskavi je sodelovalo dve tretjini zaposlenih MS v ZD, ki delajo v različnih splošnih in specialističnih ambulantah v povprečju več kot 20 let. Premalo znanja imajo glede izbire inj. igle, tako za pripravo kot za aplikacijo. Dolžino inj. igle za pripravo se izbere glede na velikost ampule oziroma stekleničke, premer inj. igle pa glede na konsistenco in pripravo iz stekleničk z zamaškom za večkratno uporabo. Pri oljnih raztopinah je potrebno uporabiti inj. igle z večjim premerom (18 G – gauge), kar omogoča hitrejšo pripravo, pri večkratnem prebadanju zamaškov na stekleničkah pa z manjšim (22 G) premerom (Šmitek, Krist, 2008). Pri aspiraciji zdravil/ učinkovin iz steklenih ampul, ki se lahko pri prelomu vratu zdrobijo in stekleni delčki padejo v ampulo, je potrebno uporabljati za aspiracijo inj. iglo s filtrom, ki prepreči, da bi se stekleni delci aspirirali v brizgalko (Taylor et al., 2011).

Večina anketiranih uporablja brizgalke ustrezne velikosti in vsi zamenjajo inj. iglo za aplikacijo. S tem se zmanjša občutek bolečine pri pacientih (Agac, Gunes, 2010), poškodba tkiva in druge komplikacije (Engstrom et al., 2000). Na to vpliva debelina inj. igle, kemična sestava in količina zdravila/ učinkovine, tehnika dajanja ter hitrost vbrizgavanja. Premer in dolžino inj. igle za aplikacijo se izbere glede na debelino podkožnega maščevja, mesto aplikacije, gostoto zdravila/ učinkovine in starost pacienta (Altman, 2010).

Priporočena količina apliciranega zdravila/ učinkovine v podkožje je do 2 ml, kar upošteva večina anketirancev. Najboljše pa je do 1 ml, da se s tem prepreči poškodba podkožnega tkiva, nastanek hematoma, bolečine in omogoči pogosto apliciranje (Workman, 1999). Iz enakih razlogov je od 4 do 5 ml največja priporočena količina za aplikacijo v mišico (Taylor et al., 2011), polovica anketirancev pa aplicira do 10 ml zdravila/ učinkovine v mišico.

Po standardu o preprečevanju bolnišničnih okužb je enkratno razkuževanje vbodnega mesta v premeru 5 cm dovolj, ker sta ta dva posega z manjšim tveganjem za okužbo. Iz istega razloga tudi ni obvezna uporaba zaščitnih rokavic, obvezna pa je, ko se pri pacientu sumi na okužbo ali pa je le-ta prisotna (Pugliese et al., 2010). Odgovori anketirancev glede uporabe zaščitnih rokavic so tako raznoliki, da sklepamo o njihovi neprimerni uporabi.

Določena zdravila/ učinkovine je potrebno aplicirati na točno določeno mesto (Frid et al., 2010) in rotirati pri dolgotrajnih aplikacijah (Berman et al., 2012; Taylor et al., 2011). Anketiranci najpogosteje aplicirajo v podkožje inzulin in antikoagulantna zdravila, zato jih dve tretjini največkrat izbere predel trebuha okrog popka in zunanji zgornji del roke, kar je priporočljivo in to omogoča počasno absorpcijo (Šmitek, Krist,

2008).

Večina anketirancev izbere mesto za aplikacijo zdravil/ učinkovin v mišico, zunanji zgornji kvadrant zadnjične mišice. Na tem mestu je večja nevarnost za poškodbo stegenkega živca (Mishra, Stringer, 2010), večjih žil in da ne bo zdravilo/ učinkovina aplicirana na pravo mesto, ker je na tem mestu debelejša plast maščevja (Šmitek, Krist, 2008). Zaradi tega bi se moralo aplicirati z daljšimi inj. iglami. Nekateri avtorji svetujejo uporabo stranske zadnjične mišice, ker je manj nevarnosti za poškodbo živca in žil ter je lažje dostopno (Hensel, Springmyer, 2011; Wynaden et al., 2006).

Tri četrtine anketirancev meni, da se v obeh primerih lahko izbere kot med površino kože in iglo, med 45 in 90 stopinjami in kožo na mestu vboda napne s kožno gubo ali dvema prstoma. Kot vboda in prijem se določa glede na debelino podkožnega maščevja, izbiro oz. dolžino inj. igle ter tehnike z zračnim mehurčkom. Aplikacija v mišico ter industrijsko pripravljena zdravila/ učinkovine z zračnim mehurčkom se vedno izvede pod kotom 90 stopinj (Workman, 1999).

Anketiranci v večini ne poznajo aplikacije zdravil/ učinkovin v stransko zadnjično mišico ter uporabo tehnike Z-poti (Chaplin et al., 1985). Iztekanje zdravila/ učinkovine je mogoče dodatno preprečiti še z 10-sekundnim premorom med izbrizganjem in izvlekom inj. igle, uporabo zračnega mehurčka pri majhnih količinah ter s tem, da se vbodnega mesta ne pokriva in ne masira (Workman, 1999). Samo dobra polovica anketirancev ve, da se zaradi večje nevarnosti poškodbe tkiva in bolečine ne pokriva in masira vbodnega mesta po aplikaciji inzulina in antikoagulantnih zdravil (Rodger, King, 2000).

Aspiracija pred aplikacijo zdravila/ učinkovine v podkožje, mišico in pri industrijsko pripravljenih zdravilih/ učinkovinah se ne izvaja, ker lahko poveča bolečino pred izbrizganjem in tudi zaradi tega, ker je podkožno tkivo manj prepleteno s krvnimi žilami, pri viskoznih raztopinah pa je oviran povratni pretok (Altman, 2010; Hensel, Springmyer, 2011). Rezultati raziskave so popolnoma v nasprotju s priporočili, saj več kot polovica anketirancev pri aplikaciji v podkožje izvede aspiracijo, tudi pri industrijsko pripravljenih z zračnim mehurčkom. Vsi anketiranci izvedejo aspiracijo pred aplikacijo v mišico. Aspiracija je priporočljiva samo pri aplikaciji v srednjo zadnjično mišico, kjer je v bližini glutealna arterija (Malkin, 2008), pri uporabi drugih mišic pa še ni bilo poročil o večjih poškodbah.

SKLEP

Aplikacija zdravil/ učinkovin v podkožje in mišico je za MS rutinsko opravilo in premalo se jih zaveda, da je to invaziven postopek in da najboljše smernice v praksi niso uporabljene. Anketiranci različne starosti, z različnimi praktičnimi izkušnjami, uporabljajo zelo različne inj. igle, mešajo več zdravil/ učinkovin v eni brizgalki, aplicirajo prevelike količine, ne upoštevajo navodil glede uporabe zaščitnih rokavic. Anketiranci aplicirajo zdravila/ učinkovine na prava mesta v podkožje, ne pa v mišico. Največ napak izvajajo pri aplikaciji industrijsko pripravljenih zdravil, z uporabo tehnik z zračnim mehurčkom, pod kotom 90 stopinj, aspiriranjem pred izbrizganjem zdravila/ učinkovine ter neizvajanjem prijema Z-poti. Raziskava je dokaz zelo različne prakse v zdravstveni negi na primarnem nivoju zdravstvenega varstva. Večina MS ne upošteva najboljših sodobnih priporočil s tega področja, zato bi bilo potrebno teoretično izobraževanje in praktično usposabljanje.

LITERATURA

Agac E, Gunes, UY. Effect on pain of changing the needle prior to administering medicine intramuscularly: a randomized controlled trial. J Adv Nurs. 2010; 67(3):563-8.

Altman GB, ed. Delmar's Fundamental & Advanced Nursing Skills. 3th ed. Bethesda: Delmar; 2010: 599-620.

Berman A, Snyder SJ, eds. Fundamentals of nursing: Concepts, Process, and Practice. 9th ed. New Jersey: Pearson Education; 2012: 829-90.

Chaplin G, Shull H, Welk PC. How safe is the air-bubble technique for I.M. injections? Not very, say these experts. Nursing. 1985; 15(9):59.



- Davidson JA. New injection recommendations for patients with diabetes. *Diabetes & Metabolism*. 2010; 36(Suppl 2):2.
- Engstrom JL, Giglio NN, Takacs SM, Ellis MC, Cherwenka DI. Procedures Used to prepare and Administer Intramuscular injections: A Study of Infertility Nurses. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2000; 29(2):159-68.
- Frid A, Hirsch L, Gaspar R, Hicks D, Kreugel G, Liersch J, et al. New injection recommendations for patients with diabetes. *Diabetes & Metabolism*. 2010; 36(Suppl 2):3-18.
- Hensel D, Springmyer J. Do Perinatal Nurses Still Check for Blood Return When Administering the hepatitis B Vaccine? *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2011; 40(5):589-94.
- Malkin B. Are techniques used for intramuscular injection based on research evidence? *Nursing Times*. 2008; 104(50/51):48-51.
- Mishra P, Stringer MD. Sciatic nerve injury from intramuscular injectio: a persistent and global problem. *Int J Clin Pract*. 2010; 64(11):1573-9.
- Pugliese G, Gosnell C, Bartley JM, Robinson S. Injection practices among clinicians in United States health care settings. *Am J Infect Control*. 2010; 38(10):789-98.
- Rodger MA, King L. Drawing up and administering intramuscular injections: a review of the literature. *J Adv Nurs*. 2000; 29:905-13.
- Šmitek J, Krist A, urd. Venski pristopi, odvzemi krvi in dajanje zdravil. Ljubljana: Univerzitetni klinični center; 2008: 115-55.
- Taylor L, Lillis C, LeMone L, Lynn P, eds. *Fundamentals of Nursing. The Art and Science of Nursing Care*. 7th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins; 2011:722-816.
- Workman B. Safe injection techniques. *Nurs Stan*. 1999; 13(39):47-53.
- Wynaden D, Landsborough I, McGowan S, Baigmohamad Z, Finn M, Pennebaker D. Best practice guidelines for the administration of intramuscular injections in the mental health setting. *Int J Mental Health Nurs*. 2006; 15(3):195-200.

232G

DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA UVAJANJE PERIFERNE INTRAVENOZNE KANILE- PRIMERJAVA MED INTERNISTIČNO IN PEDIATRIČNO PRVO POMOČJO V SPLOŠNI BOLNIŠNICI JESENICE

PERIPHERAL VEIN ACCESS DETERMINENTAL FACTORS – ADULT AND PEDIATRIC AED UNITS COMPARISON IN JESENICE GENERAL HOSPITAL

Mojca Strgar, dipl. m. s.

Nada Macura Višić, dipl. m. s.

Splošna bolnišnica Jesenice

mojca.strgar@sb-je.si

Ključne besede: zdravstvena nega, aktivnosti zdravstvene nege, diplomirane medicinske sestre, periferna intravenozna kanila

IZVLEČEK

Uvod: Periferne intravenozne kanile so v moderni zdravstveni praksi nepogrešljive. Opredeljene so kot kratki periferni intravenozni katetri, ki se običajno vstavijo v veno na podlahti ali spodnjem delu roke. Preko periferne intravenozne kanile pacientu apliciramo zdravila, hranilne snovi, tekočino ter kri in krvne nadomestke; aplikacija teh snovi je bistven del zdravljenja pacientov. Na vstavitvev periferne intravenozne kanile v urgentnih ambulantah vpliva veliko dejavnikov, s katerimi se dipl.m.s. srečujejo vsakodnevno. V zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Jesenice smo definirali dejavnike, ki izkustveno vplivajo na oteženo in večkratno uvajanje. Želeli smo ugotoviti, če definirani dejavniki vplivajo na oteženo in večkratno uvajanje periferne intravenozne kanile ter jih s pregledom tuje in domače literature primerjati.

Metoda: Raziskavo smo izvedli na podlagi beleženja števila uvajanj ter definiranih dejavnikov, ki izkustveno vplivajo na večkratno število uvajanj periferne intravenozne kanile na standardiziran obrazec. Statistična analiza podatkov je obdelana s pomočjo programa Microsoft Excel 2003.

Rezultati: Skupno je bilo v obeh enotah opazovano 108 uvajanj periferne intravenozne kanile pri pacientih, ki so imeli enega izmed opredeljenih dejavnikov tveganja. Največji odstotek večkratnih ponavljanj v obeh enotah je bilo pri kriteriju dehidracija, v pediatrični urgentni ambulanti v 64,50 odstotkih in v internistični urgentni ambulanti 46,70.

Razprava: Pomembna je ugotovitev, da so opazovani kriteriji primerljivi s primerjavo kriterijev, ki so definirani kot oteževalni v drugih raziskavah. Raziskava potrjuje, da je dehidracija pri pacientih okoliščina, ki v veliki meri vpliva na uvajanje periferne intravenozne kanile.

Keywords: nursing, nursing activities, nurses, peripheral intravenous cannula

ABSTRACT

Introduction: Peripheral intravenous cannulas are indispensable in modern medical practice. They are defined as the short peripheral intravenous catheters, which are usually inserted into a vein in the forearm or lower part of the arm. Medication, nutrients, fluid, blood and blood substitutes are administered to the patient via a peripheral intravenous cannula; the application of these substances is an essential part of the treatment of patients. The insertion of peripheral intravenous cannula in emergency surgeries is affected by many factors, which nurses face every day. In health care in the Jesenice General Hospital we defined the factors which have an impact on experienced, difficult and numerous insertions. We wanted to find out what the factors that affect the difficulty and repeated insertion of the peripheral intravenous cannula are, and compare them through a review of literature sources.

Method: The survey was conducted on the basis of logging the number of insertions and the defined factors that affect the multiple numbers of insertions of peripheral intravenous cannulas in a standardised form. The statistical analysis of the data was processed using Microsoft Excel 2003.

Results: Altogether there were 108 insertions of peripheral intravenous cannula with patients suffering from one of the defined risk factors in two wards. The highest percentage of numerous repetitions in both wards were found with the criteria dehydration, in a children's emergency surgery amounting to 64.5 per cent and in the internal emergency surgery amounting to 46.7 per cent.

Discussion and conclusions: The conclusion that the examined criteria are comparable to the compared criteria which are defined as difficult in other researches is very important. The research has confirmed that dehydration in patients is a circumstance which greatly affects the insertion of peripheral intravenous cannula.

UVOD

Uvajanje periferne intravenozne kanile je večšina, ki vključuje veliko število postopkov in je v kompetencah diplomirane medicinske sestre (v nadaljevanju dipl. m. s.). Izvaja se v različnih kliničnih okoljih (Scales, 2005; cit. po Falce Matron, McKenna, 2009). Intravenozna terapija je nepogrešljiv del pri zdravljenju pacientov (Parker, 1999; cit. po Falce Matron, McKenna, 2009) in dejstvo je, da večina pacientov, ki je sprejeta v bolnišnice, potrebuje žilni dostop v eni izmed faz hospitalizacije (Hyde, 2008).

Sposobnost dipl. m. s., da vstavi intravenozno kanilo, je v mnogih primerih korist za pacienta. Na ta način je lahko samo zdravljenje manj razdrobljeno in pacient dobi terapijo pravočasno (Bravery, Brown, Dearmun, Hegarty, Mills, Ramsay, Rothwell, Willock, 2008).

V Splošni bolnišnici Jesenice že dolgo časa ugotavljamo, da je pri določenih tipih pacientov ali določenih obolenjih tako pri odraslih kot otrocih potrebno večkratno uvajanje periferne intravenske kanile.

Vzpostavitev intravenoznega dostopa je vsakdanja intervencija v urgentnih ambulantah z različno stopnjo uspešnosti. Intervencija lahko povzroči vznemirjenje pri otrocih in odraslih (O'Neill, Dillane, Abu Hanipah, 2012). Pri pacientih, predvsem tistih s prekomerno telesno težo, kronično bolnih, hipovolemičnih, pri odvisnikih od drog ali pa pri tistih s kakršnokoli žilno boleznijo je vstavljanje periferne intravenozne kanile največkrat oteženo. Pri takšnih pacientih v urgentnih ambulantah se pogosto pojavi nevarnost, da so poskusi uvedbe periferne intravenozne poti težavni oziroma večkratni (Brannam, Blaivas, Lyon, Flake, 2004).

Kuensting, DeBoer, Holleran, Shultz, Steinman, Venella (2009) v svojem članku delijo dejavnike tveganja za uvajanje intravenozne kanile na tiste, ki so povezani s samim pacientom (starost, teža pacienta, debelost, barva kože, strah pacienta, prisotnost bolečine, strah pred iglami,...), dejavnike, ki so povezani z akutno ali

kronično boleznijo ter poškodbo (dehidracija, sepsa, septični šok, vazokonstrikcija, opekline ali poškodbe, periferni edemi, hipotermija, kardiovaskularne bolezni, nevrološke motnje, dermatološka obolenja, cistična fibroza, hemofilija,...) in dejavnike, ki so povezani z zdravljenjem (dolgo trajajoče intravenozno zdravljenje kroničnih bolezni, fistule, tumorji,...). Bravery idr. (2008) pa navajajo kot dejavnike tveganja poleg strahu in kliničnega stanja pacienta tudi mehanično ali kemično iritacijo kože.

Izhajajoč iz navedenih dejavnikov tveganja in izkušnji dipl. m. s. smo za potrebe naše raziskave opredelili naslednje dejavnike tveganja: dehidracija, sepsa, povišana telesna temperatura in potreba po kisiku. Namen naše raziskave je bil ugotoviti, če navedeni dejavniki vplivajo na težavnost oziroma večkratno uvajanje periferne intravenozne kanile. Cilji raziskave so bili sledeči:

C1: Ugotoviti podobnosti ali razlike med pregledano literaturo in opazovanjem v obeh urgentnih ambulantah.

C2: Ugotoviti podobnosti ali razlike med dvema proučevanima populacijama, otroci in odrasli.

C3: Ugotoviti podobnosti ali razlike med proučevanimi dejavniki tveganja glede na izsledke drugih raziskav.

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Aktivnosti zdravstvene nege so namenjene reševanju pacientovih zdravstvenih problemov. Zdravstvena nega prvenstveno pomaga pacientu pri izvajanju življenjskih aktivnosti, ko je pacient v različnem obsegu nesamostojen ali nesposoben poskrbeti za svoje potrebe v zvezi z zdravjem. Med slednje spadajo tudi medicinsko tehnični posegi, ki so sestavni del pacientove zdravstvene obravnave.

Posegi zdravstvene nege ali medicinsko tehnični posegi, ki so v pristojnosti zdravstvene nege, so praktična strokovna opravila, ki jih izvajamo neposredno pri pacientih s poseganjem na ali v njihova telesa.

Strokovno znanje in praktične veščine so osnova strokovnosti zdravstvene nege. Praktične veščine sestavljajo teoretične smernice za neposredno praktično izvajanje postopkov in posegov zdravstvene nege ter ročne spretnosti, ki jih medicinske sestre pridobijo s ponavljajočim izvajanjem posegov (Šmitek, Krist, 2008).

Vstavev periferne intravenozne kanile je nepogrešljiva v moderni medicinski praksi. Na to vpliva več dejavnikov; veščine in spretnosti medicinske sestre, tehnika uvajanja in pacientovo splošno stanje. Vstavev periferne intravenozne kanile je izziv za medicinske sestre. Je najpogostejši invazivni poseg v pacientovo telo in je povezan z visokim tveganjem za komplikacije. Ključ k uspešni izvedbi intervencije pripomorejo pravilna izbira pacientove žile, pravilne strani in pravilne opreme. Znanje in spretnost vodita medicinsko sestro k pravilnim odločitvam: kam vstaviti intravenozno kanilo in izbrati pravilno velikost glede na potrebe pacienta (Chanu, 2010).

Stopnja uspešnosti in čas, ki je potreben za vzpostavitev periferne venske poti, sta ključna za optimalno obravnavo kritično bolnih pacientov (Crowley, Brim, Proehl, Barnason, Leviner, Lindauer, Naccarato, Storer, Williams, 2011). Glede na pregled tuje in domače literature je stopnja večkratnega uvajanja periferne intravenozne kanile 10 – 40%, povprečen čas, ki je potreben za vzpostavitev pa od 2,50 min do 13 min, pri zelo težkih dostopih pa celo do 30 min (Leidel idr., 2009; cit po Crowley idr., 2011).

Zakasnitev pri vzpostavljanju periferne venske poti se kaže v podaljšanem času za aplikacijo tekočin in zdravlil ter tudi pri diagnosticiranju in začetku zdravljenja, kot tudi v razočaranju in zmanjšani produktivnosti ter občutku stresa v zdravstveno negovalnem timu (Rauch, Dowd, Eldridge, Mace, Schears, 2009).

METODE

V teoretičnem delu je bila uporabljena deskriptivna metoda dela s pregledom domače in tuje literature ter njihove kritične analize. Empirični del temelji na akcijskem raziskovanju, ki je potekalo v obliki longitudinalne študije v pediatrični in internistični urgentni ambulanti. Raziskava je potekala v mesecu novembru 2012. Vanjo je bilo vključenih 108 pacientov, ki so bili v tem času obravnavani v obeh urgentnih ambulantah in pri katerih je bila potrebna vzpostavitev periferne intravenozne poti. Pacienti so bili v raziskavo vključeni, če smo pri njih identificirali enega ali več opazovanih dejavnikov tveganja.

Osnovna statistika je bila obdelana z računalniškim programom Microsoft Excel 2003 za Windows. Za posamezne spremenljivke smo izračunali odstotkovne deleže.

Dovoljenje za izvedbo raziskave je odobrila etična komisija in vodstvo Splošne bolnišnice Jesenice v oktobru 2012.

REZULTATI

V spodnjih razpredelnica je prikazano število uvajanj glede na posamezen dejavnik v obeh ambulantah.

V razpredelnici 1 je prikazano število uvajanj glede na dejavnike tveganja v pediatrični urgentni ambulanti.

Razpredelnica 1: Pediatrična urgentna ambulanta

Dejavnik/ število poskusov uvajanja	1	2	3	4	Skupaj
Povišana telesna temperatura	11	3	2	0	16
Dehidracija	28	4	4	2	38
Potreba po O2	2	1	2	0	5

V razpredelnici 2 je prikazano število uvajanj glede na dejavnike tveganja v internistični urgentni ambulanti.

Razpredelnica 2: Internistična urgentna ambulanta

Dejavnik/ število poskusov uvajanja	1	2	3	4	Skupaj
Povišana telesna temperatura	10	3	3	0	16
Dehidracija	5	14	4	0	23
Potreba po O2	5	2	3	0	10

Razpredelnici 3 in 4 prikazujeta celotno število uvedb ter odstotke glede na posamezen dejavnik.

Razpredelnica 3 prikazuje število uvajanj intravenozne kanile v odstotkih glede na skupno število po dejavniki tveganja v pediatrični urgentni ambulanti.

Razpredelnica 3: Pediatrična urgentna ambulanta

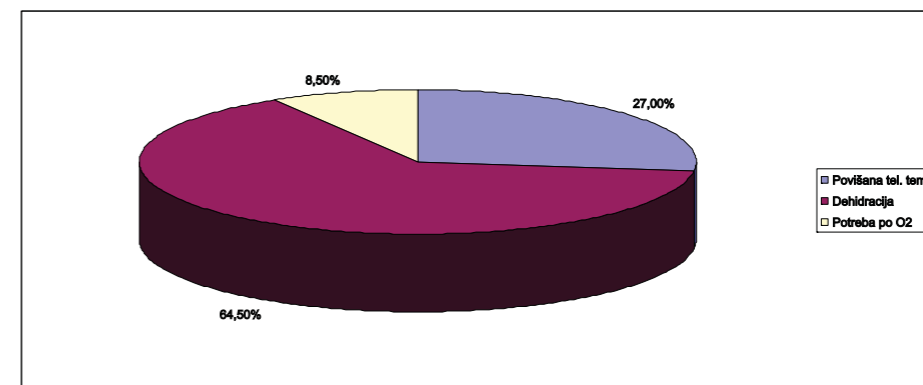
Število uvajanj glede na skupno število n=59	Povišana tel. temp.	Dehidracija	Potreba po O2	Skupaj
1	18,60%	47,50%	3,40%	69,50%
2	5,0%	6,80%	1,70%	13,60%
3	3,40%	6,80%	3,40%	13,60%
4	0%	3,30%	0%	3,30%
Skupaj	27,0%	64,50%	8,50%	100%

Razpredelnica 4 prikazuje število uvajanj intravenozne kanile v odstotkih glede na skupno število po dejavniki tveganja v internistični urgentni ambulanti.

Razpredelnica 4: Internistična urgentna ambulanta

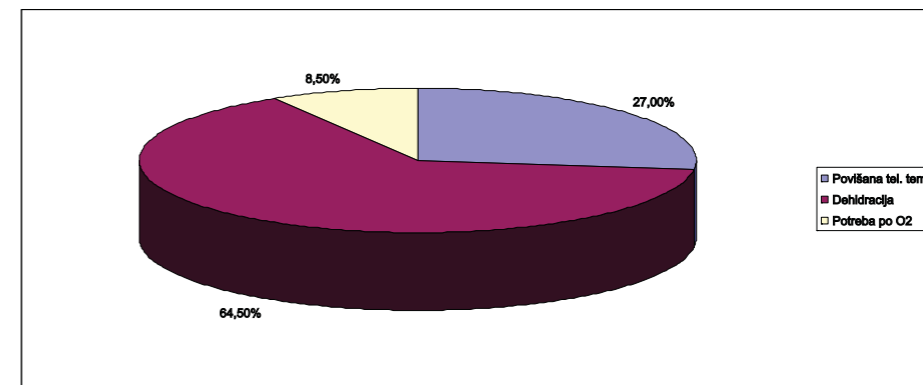
Število uvajanj glede na skupno število n=49	Povišana tel. temp.	Dehidracija	Potreba po O2	Skupaj
1	20,40%	10,20%	10,20%	41,00%
2	6,10%	28,60%	4,40%	39,00%
3	6,10%	8,20%	6,10%	20,00%
4	0%	0%	0%	0%
Skupaj	32,60%	46,70%	20,70%	100%

Na sliki 1 je prikazano število uvajanj v pediatrični urgentni ambulanti glede na dejavnike tveganja v odstotkih.



Slika 1: Število uvajanj v pediatrični urgentni ambulanti glede na dejavnike tveganja v odstotkih

Na sliki 2 pa je prikazano število uvajanj v internistični urgentni ambulanti glede na dejavnike tveganja v odstotkih.



Slika 2: Število uvajanj v internistični urgentni ambulanti glede na dejavnike tveganja v odstotkih

V pediatrični urgentni ambulanti kot tudi internistični je največje število uvajanj pri dejavniku tveganja dehidracija. Pri prvi je bilo število uvajanj 38, v odstotkih 64,5%; v slednji pa 23, v odstotkih 46,7%. Za tem dejavnikom po številu uvedb je povišana telesna temperatura, kar v odstotkih pomeni 27% v pediatrični urgentni ambulanti in 32,6% v internistični. Najmanjši odstotek je potreba po kisiku; v pediatrični urgentni ambulanti to predstavlja 8,5%, v internistični pa je odstotek glede na število uvajanj nekoliko višji in sicer 20,7%.

DISKUSIJA

Z raziskavo smo ugotovili, da je največji dejavnik tveganja v obeh urgentnih ambulantah dehidracija pacientov. Definirali smo dejavnike, ki so bili v literaturi omenjeni kot možni in smo jih v raziskavi tudi

uporabili. Pokazalo se je, da je ne glede na starost najtežje uvajanje pri dehidriranih pacientih tako v pediatrični kot v internistični urgentni ambulanti, kar potrjuje tudi literatura (Brannam idr. 2004, Kuensting idr., 2009). V literaturi so poleg dejavnikov tveganja povišana telesna temperatura, potreba po dodajanju kisika ter dehidracija omenjeni tudi debelost ter pacienti, ki so odvisniki od intravenozne uporabe mamil (Brannam idr., 2004; Crowley idr., 2011; Linniger, 2003).

Cuper, De Graaff, Verdaasdonk, Van Der Werff, Kalkman (2010) pa ugotavljajo, da so dejavniki tveganja za otežkočeno uvajanje periferne intravenozne kanile sicer dobro poznani v praksi, vendar v literaturi zelo skopo opisani. V svoji raziskavi tudi ugotavljajo, da starost in izkušnost izvajalca zmanjšujeta število uvajanj.

Avtorji Cuper, De Graaff, van Dijk, Verdaasdonk, Van Der Werff, Kalkman (2012) v svojem članku opredeljujejo, da določene značilnosti pacientov napovedujejo otežkočeno uvajanje periferne intravenozne kanile, predvsem pri otrocih, vendar tudi na tem področju ni literature, ki bi določala te dejavnike tveganja. V svojem članku določajo čas, ki je potreben za uspešno uvajanje, nadalje uspešnost pri prvem poskusu ter potencialne znake pri pacientih za oteženo uvajanje (starost, spol, barva kože, povečana telesna teža, ali je pacient buden ali uspavan, izkušnost izvajalca).

V naši raziskavi smo ugotavljali tudi število uvajanj pri posameznem dejavniku tveganja. Največji odstotek predstavlja prvo uvajanje intravenske kanile ne glede na dejavnik tveganja tako v pediatrični (69,5%) kot v internistični urgentni ambulanti (41%). V pediatrični urgentni ambulanti je enak odstotek pri dveh ali treh uvajanjih (13,6%). V internistični urgentni ambulanti pa sledi odstotek pri dveh uvajanjih in nato treh uvajanjih ne glede na opazovani kriterij. Najmanjši odstotek uvajanj je v pediatrični urgentni ambulanti, kjer je bilo štirikratnih poskusov uvajanj 3,3%, medtem ko v internistični urgentni ambulanti štirih poskusov uvajanj niso zabeležili.

V literaturi je največ poskusov uvajanja navedeno pri pacientih s prekomerno telesno težo, anemijo, pacientom, ki so na dializi (Brannam idr., 2004). Linniger (2003) v svoji raziskavi pri otrocih opredeljuje večkratne poskuse uvajanja ne glede na dejavnike tveganja in sicer je bila uspešnost v prvem poskusu 53%, v drugem 67% in v četrtem poskusu je uspešnost 91%. O'Neill, Dillane in Abu Hanipah (2012) so s svojo raziskavo ugotavljajo: v prvem poskusu je bila uspešnost 78%, v drugem 52% in v četrtem poskusu 83%, s tem da se po treh neuspešnih poskusih zamenja izvajalec intervencije. Cuper idr. (2012) prikazuje uspešnost pri prvem poskusu med 73 in 81%, uspešnost pa je odvisna od starosti in izkušnosti izvajalca.

Večkratno uvajanje pa posledično vpliva na medicinsko sestro. Kuensting (2011) opredeljuje te vplive kot povečano vznemirjenost osebja, povečano število poškodb kože zaradi vbodov z iglo, zmanjšano samozaupanje medicinskih sester v svoje delo, zmanjšanje zadovoljstva pacientov in povečanje stroškov zdravljenja.

ZAKLJUČEK

Z našo raziskavo ugotavljamo, da je naša primerljiva z drugimi raziskavami predvsem v ameriškem prostoru. Da bi dobili še primerljivejše rezultate, bo potreben daljši čas merjenja ter dodajanje dejavnikov tveganja, ki so omenjeni v literaturi: povečana telesna teža, anemija, izvajanje dialize pri pacientih in nespecifične kronične bolezni (Brannam idr., 2004, Linniger, 2003, O'Neill, Dillane in Abu Hanipah, 2012, Kuensting idr., 2009, Juvin, Blarel, Bruno, Desmonts, 2003).

Literatura opredeljuje (Brannam idr., 2004; Crowley idr., 2011; Linniger, 2003) tudi usposabljanje medicinskih sester, ki izvajajo zgolj uvajanje, oskrbo in odstranjevanje intravenskih kanil ter poda oceno vbodnih mest. S tem naj bi bilo zmanjšano število poskusov ter komplikacij pri uvajanju in oskrbi intravenskih kanil. V isti literaturi navajajo tudi ultrazvočno vodenje uvedbe intravenskih kanil, kar še ni dovolj z dokazi podprto. Oboje je gotovo prihodnost pri uvajanju intravenskih kanil v zdravstveni negi tudi v našem prostoru.

LITERATURA IN VIRI

Brannam L, Blaivas M, Lyon M, Flake M. Emergency Nurses Utilization of Ultrasound Guidance for Placement of Peripheral Intravenous Lines in difficult - acces Patients. Acad Emerg Med 2004; 1361-63.

Bravery K, Brown P, Dearmun AK, Hegarty A, Mills L, Ramsay S, Rothwell J, Willock J. Peripheral venous cannulation in children and young people. NHS Modernisation Agency, UK: 2008.

Chanu NN. A study to assess the effectiveness of structured teaching program regarding knowledge on intravenous cannulation for under five children among staff nurses in selected hospital, Bangalore. Bangalore, Karnataka: Rajiv Gandhi University of Health Science; 2010

Crowley M, Brim C, Proehl J, Barnason S, Leviner S, Lindauer C, Naccarato M, Storer A, Williams J. Emergency Nursing Resource: Difficult Intravenous Access. Emerg Nurs Assos 2011.

Cuper NJ, De Graaff JC, Verdaasdonk RM, Van Der Werff DBM, Kalkman C. 1198 Predictability of Complicated Peripheral Venous Access in Children. Ped Resear. 2010; 68, 592-3.

Cuper NJ, De Graaff JC, van Dijk ATH, Verdaasdonk RM, Van Der Werff DBM, Kalkman C. Predictive factors for difficult intravenous cannulation in pediatric patients at a tertiary pediatric hospital. Pediatric Anesthesia. USA Blackwell Publishing; 2012.

Falce Matron C, McKenna S. Peripheral Intravenous Cannulation Clinical Guideline and Procedures Adult and Children's Services. UK: The Royal Hampstead NHS Trust; 2009.

Hyde L. Legal and Professional Aspects of Intravenous Therapy. Intravenous Therapy in Nursing Practice. UK, USA: Blackwell Publishing; 2008.

Juvin P, Blarel A, Bruno F, Desmonts JM. Is Peripheral Line Placement More Difficult in Obese Than in Lean Patient? Dostopno na: <http://www.anesthesia-analgesia.org/content/96/4/1218.full> 02.04.2013

Kuensting LL, DeBoer S, Holleran R, Shultz BL, Steinmann RA, Vanella J. Difficult venous access in children: Taking control. J Emerg Nurs; 2009; 35,419-24.

Kuensting LL. Limiting the Number of IV Attempts in Children. Emerg Nurs Assoc. 2011; USA, Tampa, Florida: Annual Conference; 14.

Linniger RA. Pediatric Peripheral IV insertion Success Rates. Pediatr Nurs 2003; 29 (5).

O'Neill MB, Dillane M, Abu Hanipah NF. Validating the Difficult Intravenous Access Clinical Prediction Rule. Dostopno na: http://pubget.com/paper/23187988/Validating_the_Difficult_Intravenous_Access_Clinical_Prediction_Rule 02.04.2013

Rauch D, Dowd D, Eldridge D, Mace S, Schears G, Yen K. Peripheral difficult venous access in children. Clin Pediatr (Phila). 2009 Nov;48(9):895-901

Šmitek J, Krist A. Venski pristopi, odvzemi krvi in dajanje zdravil. Ljubljana: UKC; 2008.



PARTNERSTVO Z UPORABNIKI



213A

NETRAVMATSKA OBRAVNAVA OTROK IN MLADOSTNIKOV V BOLNIŠNICI

ATRAUMATIC NURSING CARE OF CHILDREN AND YOUNG PEOPLE IN HOSPITAL

Majda Oštir

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Pediatrična klinika

majda.ostir@siol.net

Ključne besede : otrok, družina, netravmatska obravnava, medicinska sestra

IZVLEČEK

V otroški dobi lahko bolečina in bolezen otežujeta otrokov razvoj. Medicinske sestre se morajo zavedati stresnih situacij, ki jih doživljajo bolni otroci in njihove družine. Prizadevati si morajo, da v okviru standardov zdravstvene nege zagotovijo postopke in intervencije, ki so varne in učinkovite. Ob tem se morajo truditi za zagotavljanje čim manj travme in bolečine. Medicinske sestre v pediatriji uporabljajo različne tehnike priprave otroka in družine na poseg. Netravmatska obravnava zahteva najprej odgovore na vprašanja kot so kdo, kdaj, kaj, kje, kako in zakaj, vse v izogib izpostavljanju otroka in družine fiziološkemu (nenaspanost, preobčutljivost, izpostavljenost preveliki svetlobi ali temperaturi...) ali psihološkemu (strah, anksioznost, jeza, razočaranje, žalost, sram, krivda...) distresu. Glavna načela netravmatske obravnave so: preprečevanje oziroma zmanjševanje ločevanja otroka od svojcev, promoviranje, vzpodbujanje in zagotavljanje možnosti kontrole v procesu zdravljenja in zdravstvene nege in preprečevanje telesnih poškodb in bolečine. Znanje je tisto, ki medicinski sestri omogoča izvajanje načel netravmatske obravnave, s čimer lahko zagotovijo kakovostno in varno obravnavo otrok in njihovih družin, saj je s pravilnim pristopom preprečen marsikateri zaplet.

Key words: child, family, nontraumatic treatment, nurse

ABSTRACT

In the childhood pain and illness can complicate the child's development. Nurses should be aware of stressful situations experienced by sick children and their families. Within the framework of the standards of nursing care, nurses should provide interventions and procedures which are safe and effective and provide less trauma and pain. Pediatric nurses use different preparation techniques with the child and family intervention. Non-traumatic treatment first requires answers to questions such as who, when, what, where, how, and why, all to prevent children and families physiological (sleepless, irritability, excessive exposure to light or temperature ...) or psychological (fear, anxiety, anger, frustration, sadness, shame, guilt ...) distress. The main principle of non-traumatic treatment are: the prevention or reduction of child separation from family members, the promotion and, encouragement and providing opportunities to control the process of treatment and care and preventing injuries and pain. Knowledge allows the nurse to implement the principles of non-traumatic treatment, which can provide high quality and safe treatment of children and their families. With the correct approach many complications can be prevented. .

UVOD

Splošno je znano, da naj bi bili ljudje sprejeti v bolnišnico le takrat, ko je to potrebno, še posebej pa to velja za otroke, saj ločitev od staršev otroku pomeni zastrašujoč in žalosten dogodek. Poleg same ločitve od staršev ga obremenjujejo tudi neprijetni simptomi bolezni ter neprijetni diagnostični in terapevtski posegi. Kadar hospitaliziran otrok ne najde primerne nadomestka svoje mame oz. staršev reagira z značilno reakcijo. Spitz jo je poimenoval hospitalizem. Izraz je dobil ime po bolnišnici, ker so tam najpogosteje opazili to reakcijo (Kos, 2001). Prof. dr. Marij Avčin je bil začetnik humanizacije hospitaliziranih otrok pri nas in je dejansko odprl vrata otroške bolnišnice v Ljubljani tudi staršem bolnih otrok. Že leta 1951 je v ljubljansko mestno otroško bolnišnico povabil učiteljico, ki je uvedla šolanje bolnih otrok. Od tedaj naprej se je šolsko delo na otroških oddelkih ljubljanske bolnišnice zelo razmahnilo in razvilo (Čeplak Štivan, Zupanič Slavec, 2011). V prispevku želim predstaviti način obravnave otrok in mladostnikov v bolnišnici, ki omogoča dobro psihofizično počutje tako bolnih otrok kot njihovih družin. Tako obravnavo imenujemo netravnatska in je del zdravstvene nege, usmerjene v družino.

METODE

V članku je bila uporabljena deskriptivna metoda dela z zbiranjem, pregledom, kritično presojo, oceno, analizo domače in tuje literature. Literatura je bila pridobljena s pomočjo podatkovne baze Cobiss in tujih podatkovnih baz: Cinahl in Pubmed. Pri iskanju literature so bile uporabljene naslednje ključne besede in besedne zveze: otrok, družina, zdravstvena nega, bolnišnica, pravice otrok.

Iskanje je bilo omejeno na slovenski in angleški jezik. Izključena je bila literatura, ki je bila vsebinsko neprimerna. Kriterija, ki sta bila upoštevala pri izboru literature, sta pomembnost in strokovnost virov.

PREGLED LITERATURE

Najbolj občutljivi so otroci v starosti od šestih mesecev do štirih let. V povprečju so fantki bolj občutljivi od deklet. Pomembna pa je tudi dolžina bivanja v bolnišnici, saj so posledice hospitalizacije težje, če je otrok daljše obdobje ločen od matere. Ko je otrok sprejet v bolnišnico, se pri njem pojavijo nekatere spremembe, ki si sledijo v značilnih fazah. Otroci skozi te faze izkazujejo svoje psihološke težave in reakcije na hospitalizacijo. Opazovanje otrok v bolnišnici pokaže, da jih večina potuje skozi tri faze in sicer prvo fazo ali fazo protesta, drugo ali fazo obupa, in pa tretjo fazo navidezne prilagoditve (Kos, 2001). V petdesetih letih so raziskave psihologov in pediatrov pokazale, da je oskrba, ki so jo dobili otroci v bolnišnicah, slabo vplivala na njihovo čustveno in psihično počutje. Zlasti skoraj popolna ločitev otrok od družine, ki je bila takrat nekaj običajnega, je povzročala čustvene motnje različnih razsežnosti, ki so lahko imele dolgoročne posledice. Zato so začeli uvajati precejšnje spremembe, ki so spodbujale večjo udeležbo družinskih članov pri skrbi za bolne otroke, in te spremembe je sčasoma podprlo tudi zdravstveno osebje (EACH, 2002).

Leta 1961 so se najprej v Združenem kraljestvu, nato pa še v mnogih drugih evropskih državah začela ustanovljati prostovoljna združenja za dobro počutje otrok v bolnišnicah, ki so svetovale staršem/skrbnikom in jih podpirala ter obveščala zdravnike, medicinske sestre in druge zdravstvene strokovnjake ter z njimi sodelovala. Leta 1988 se je dvanajst teh združenj sestalo v Leidnu na Nizozemskem na prvi evropski konferenci. Na tej konferenci je bila pripravljena "Leidenska listina", ki v desetih točkah opisuje pravice otrok v bolnišnicah (današnja Listina EACH). Leta 1993 je bilo ustanovljeno Evropsko združenje za pravice otrok v bolnišnicah – EACH (European Association for Children in Hospital) kot krovna organizacija nevladnih, neprofitnih združenj, ki skrbijo za dobro počutje otrok v bolnišnicah in uresničujejo Listino EACH (EACH, 2002).

Približno v istem času je generalna skupščina Združenih narodov sprejela Konvencijo o otrokovih pravicah. Združeni narodi so s sprejetjem Konvencije o otrokovih pravicah v svet poslali pomembno sporočilo - da so otroci osebnosti z vsemi pravicami človeka, ki pa potrebujejo posebno skrb in zaščito. Konvencija

opredeljuje štiri glavna načela: pravica do življenja in razvoja, pravica do nediskriminacije, pravica do sodelovanja, načelo otrokovih koristi, ki je glavno vodilo pri vseh dejavnostih in odločitvah (Unicef, 2009). V 24. členu morajo države podpisnice zagotoviti, da ne bo noben otrok prikrajšan za tako zdravstveno varstvo (Unicef, 2009). Od sprejetja Listine leta 1988 se je zavedanje o tem, kaj je treba storiti v zvezi z otroki in zdravstvom, bistveno okrepilo. Poleg tega so tudi izkušnje potrdile pomen tistega, čemur danes pravimo "oskrba, pri kateri sodeluje družina". Na drugi strani čedalje močnejši gospodarski pritiski vplivajo tudi na politike zdravstvenega varstva in položaj otrok v zdravstveni oskrbi. V mnogih evropskih državah so bili zato že uvedeni ali pa se uvajajo standardi kakovosti za bolnišnice (EACH, 2002). Obdobje otroka in mladostnika je precej ranljivo področje, zato to skupino prebivalstva v zdravstvu obravnavamo kot rizično skupino. Sprejete listine, deklaracije in zakoni kažejo ozaveščenost prebivalstva, ki ugotavlja, da je potrebno urediti področje otrokovih pravic tako na splošno kot v zdravstvu. Na področju zdravstvene nege v pediatriji je bilo leta 2003 ustanovljeno Združenje evropskih organizacij pediatrične zdravstvene nege in sicer z namenom opozarjati na posebnosti zdravstvene nege v pediatriji ter zagotavljati upoštevanje otrokovih pravic ter modernih smernic, ki zagotavljajo boljše obravnavo otroka in mladostnika. V to združenje je vključena tudi Sekcija ms in zt v pediatriji.

Otrok in mladostnik v bolnišnici

Otrok lahko zboli v vsakem razvojnem obdobju, bodisi akutno ali kronično. Za dojenčke, otroke, in mladostnike so značilni zdravstveni problemi povezani s posebnostmi rasti in razvoja ter načinom življenja, ki vplivajo na njihovo telesno, duševno, duhovno in družbeno zdravje. Danes zaradi napredka medicine na področju diagnostike, zdravljenja, rehabilitacije in tehnike preživi veliko otrok z nizko porodno težo, prirojenimi nepravilnostmi, hudo akutno zboleli in kronično bolni, pri katerih se razvijejo zapleti bolezni zgodaj v življenju posameznika, redko pa se končajo s smrtjo (Bracar, 2006).

V otroški dobi lahko bolečina in bolezen otežujeta otrokov razvoj. Vsaka bolezen v otrokovo življenje vnaša spremembe. V času bolezni se spremeni ves dnevni red, igra in prehrana, spremeni se doživljanje in vedenje. Kako bo otrok doživljal bolezen in kako se bo vedel, je odvisno od številnih dejavnikov; od resnosti obolenja, od trajanja bolezni, od otrokove starosti, od kraja zdravljenja (doma ali v bolnišnici), od odnosa staršev do njegove bolezni in predvsem od otrokovih osebnostnih lastnosti. Pri marsikaterem otroku pa se v času bolezni, zlasti težjih in dlje trajajočih, pojavijo posebna, za otroka neprijetna duševna dogajanja. Najpogosteje se pojavita strah in bojazen. Strah pred realno nevarnostjo je večkrat utemeljen. Otrok, ki je večkrat bolan in si je v prejšnjih boleznih nabral veliko negativnih izkušenj, se že vnaprej boji vsega hudega. Otroci v pubertetnem obdobju vedo, da so nekatera obolenja smrtno nevarna ali pa povezana s hudimi bolečinami, kar vzbuja strah, kaj bo, če zbolijo za tako boleznijo. Bolj pomembne kot strah pred stvarnostjo pa so pri otrocih namišljene bojazni, ki so plod otrokove domišljije in nesposobnosti, da bi razumel celotno situacijo, ki je nastala ob njegovem obolenju. Bojazni, ki jih otrok doživlja v času bolezni, so pogojene in odvisne od preteklih izkušenj, ki si jih je otrok nabral v odnosu z ljudmi. Strah in bojazen sta tudi različna v različni starosti. Do šestega leta starosti prevladuje strah pred ločitvijo od matere in zaradi tega je za otroka v tem obdobju najhujše zlo, če mora na zdravljenje v bolnišnico. Otrok med šestim in desetim letom starosti ne trpi toliko zaradi ločitve od staršev, boji pa se bolečih posegov, povezanih z njegovo boleznijo. Otrok po desetem letu starosti se pri doživljanju bolezni približuje odraslemu, lažje prenaša bolečine, pojavi pa se strah pred realnimi možnimi posledicami obolenja in strah pred smrtjo. Poleg strahu in bojazni spremlja otrokovo bolezen pogosto tudi občutek krivde. Napačno ravnanje z otrokom lahko povzroči trajnejše posledice v otrokovem razvoju. Kako bo otrok doživljal svoje obolenje, je v veliki meri odvisno od tega, kako bolezen doživljajo njegovi starši (Švanjcer, 1988).

Netravmatska obravnava otrok in mladostnikov v bolnišnici

Načela netravmatske obravnave vključujejo: preprečevanje oziroma zmanjševanje ločevanja otroka od svojcev, promoviranje, vzpodbujanje in zagotavljanje možnosti kontrole v procesu zdravljenja in zdravstvene nege ter preprečevanje telesnih poškodb in bolečine (Winkelstein, 2005). Iz načel netravmatske obravnave izhaja tudi filozofija zdravstvene nege, usmerjene v družino (ZNUD), ki prepoznava družino kot konstanto v otrokovem življenju (Winkelstein, 2005, Shields, 2006). Tri komponente ZNUD so spoštovanje, sodelovanje in podpora (Winkelstein, 2005). V osnovi v družino usmerjena skrb zajema šest konceptov: komunikacija, izmenjava informacij, možnost izbire, spoštovanje, partnerstvo in izpostavljanje prednosti družin (UVMC). Prednosti v zdravstveni negi v pediatriji se kažejo v zmanjševanju stresa pri družinah hospitaliziranega otroka, prepoznavanju potreb staršev in njihovem vključevanju in sodelovanju v procesu obravnave otroka in zadovoljstvu z zdravstveno nego (Al Momani, 2010). Pričakovanja staršev v vlogi skrbi za bolnega otroka v bolnišnici in odnosi z medicinsko sestro so se dramatično razvila v zadnjih 40 letih. Če so starši prej pričakovali, da bodo ločeni od svojih otrok in prepustili odgovornost za otroka medicinskemu osebju, sedaj pričakujejo, da bodo ostali s svojim otrokom in se v veliki meri vključili v zdravljenje in zdravstveno nego (Newton, 2000). Če je bilo v 80 – tih letih prejšnjega stoletja še vedno popolnoma normalno, da je bil otrok v bolnišnici sam, brez staršev, je danes to dogodek, ki je izjema.

Eden od ključnih procesov, ki omogoča dober partnerski odnos, je pogajanje med medicinsko sestro in starši oziroma dobre tehnike komunikacije, ki omogočajo obema stranema, da dosežejo dogovor o stopnji vključenosti v zdravstveno nego glede na zdravljenje in načrt zdravstvene nege. Prav zaradi pomanjkanja dobre komunikacije, strokovnih pričakovanj in uveljavljanja moči in kontrole pride do nesporazumov na tem področju, kar pa zavira partnerski odnos ter onemogoči izvajanje zdravstvene nege, usmerjene v družino (Corlett , Twycross 2006 a). Vse to je lahko rezultat še večje anksioznosti in nezadovoljstva pri starših, ki so že tako v stresu zaradi bolnega otroka (Corlett , Twycross 2006 b).

Bolečina je pogosta izkušnja otrok, ki so sprejeti v bolnišnico. Kljub naraščajočim raziskavam na področju obravnave bolečine ob bolečih diagnostično terapevtskih postopkih, je še vedno neprimerno obravnavana (Stinson et al, 2008).

Otroške stiske, ki so nastale ob zdravstveni obravnavi otrok, so povezane s poročanjem odraslih o bolečini in strahu in negativnimi izkušnjami ob bolečih in neznanih postopkih v zgodnjem obdobju otroštva (Maclaren, Cohen, 2007). Znatno napredek na področju obravnave bolečine je bil dosežen v zadnjih nekaj letih. Bistveno vprašanje ni več ali otrok čuti bolečino, ampak kako jo obvladati oziroma preprečiti. Znano je, da tudi uporaba nefarmakoloških tehnik lahko zmanjša bolečino. Tehnika distrakcije oziroma odvratanje pozornosti med bolečimi postopki se je izkazala za učinkovito v številnih raziskavah, je enostavna, vendar se ne uporablja rutinsko (Carlson, Broome, Vessey, 2000). Strategije za izboljšanje obravnave bolečine bolnih otrok ob izvajanju bolečih postopkov so se osredotočile na preprečevanje nepotrebne zaskrbljenosti otrok in staršev in zmanjševanje bolečine. Te strategije vključujejo tehnike za zmanjšanje bolečine, kot so priprava otrok in staršev, prisotnost staršev ob izvajanju postopkov in vzdrževanje mirnega in pozitivnega vzdušja. Ti ukrepi so pogosto vzajemno delovali z analgetičnimi sredstvi in imeli dolgoročne koristi za bolne otroke (Cregin, et al., 2008). Starši, ki otroka spremljajo, mu pomenijo varno zavetje in zmanjšujejo strah pred neznanim ter občutek popolne nemoči. Prizadevati si moramo, da v okviru standardov zagotovimo postopke in intervencije, ki so varne in učinkovite. Ob tem se moramo truditi za zagotavljanje čim manj travme in bolečine. Medicinske sestre v pediatriji uporabljamo različne tehnike priprave otroka, mladostnika in družine na poseg, od pogovora, razlage, demonstracije in igre, ki v otrokovem življenju igra veliko vlogo, pa vse do priprave prostora. Časovni interval, ki ga medicinska sestra porabi za enega otroka, je daljši kot je običajno za ta poseg, predvsem pa individualno določen, saj zajema čas priprave prostora, otroka, staršev in pripomočkov za delo. Medicinska sestra pri dojenčku in malčku, včasih pa tudi pri večjih otrocih, ne more sama izvesti odvzema krvi, saj le ti otroci ne sodelujejo pri postopku. Ne gre samo za sledenje smernicam, ki jih sicer uporablja cela Evropa, ampak tudi

za zagotavljanje varnosti otroku ter kakovosten odvzem in transport bioloških vzorcev ter kakovostno izvajanje ostalih testov. Vsekakor asistent medicinski sestri pri odvzemu krvi ne morejo biti starši otroka, saj jih to postavlja v nezavidljiv položaj, ki ga otroku težko razložijo, sami pa so zmedeni, saj jih strah in bolečina otroka popolnoma ohromi. Asistent je lahko diplomirana medicinska sestra, zdravstveni tehnik, bolničar ali študent zdravstvene nege, če je za to delo prej poučen in usposobljen. V zadnjem času lahko s tehnikami preusmerjanja pozornosti sodelujejo tudi Rdeči noski, s katerimi smo razvili odličen projekt »dežurni kloven«, ki je na voljo vedno, ko izvajamo otroku neprijetne in boleče posege.

Klovni zdravniki pomagajo tako, da premostijo tesnobo med pripravami na določen postopek, med postopkom odvrtaajo pozornost, po njem pa čim prej otroku pomagajo, da se počuti varno in se pomiri. Smeh, humor in igra so zagotovo najboljši načini za preganjanje strahu in krajšanje časa med pripravami. Medicinske sestre to vemo in, kolikor zmoremo, tudi uporabljamo (<http://www.rdecinoski.org>).

RAZPRAVA

Bolezen v otroškem ali mladostniškem obdobju lahko predstavlja za družino velik stres. V zadnjih 40 letih se je pojmovanje otrokove hospitalizacije precej spremenilo. Netravmatska obravnava postaja eden od kazalnikov kakovosti v pediatričnih zdravstvenih ustanovah, saj zagotavlja upoštevanje otrokovih pravic. Danes je popolnoma pričakovano, da bo ob otroku eden od staršev, ki mu bo nudil čustveno podporo ter zagotavljal varnost v smislu skrbi za družino. Medicinske sestre v pediatriji morajo razumeti pomen prisotnosti staršev ob otroku v bolnišnici, hkrati morajo to tudi promovirati in starše motivirati, da ostanejo ob otroku. Vendar to pomeni tudi zagotavljanje primernih pogojev za bivanje staršev, kar je precej olajšal Zakon, ki pravi, da mora biti staršem otrok do 6. leta starosti omogočeno bivanje ob otroku in hkrati predvideva tudi brezplačno prehrano zanje. Sobivanje omogočamo vsem staršem otrok, ne glede na starost, če to želi otrok ali starši. Vendar sama nastanitev staršev ob otroku še ne zagotavlja netravmatske obravnave. Corlett in Twycross (2006b) v svojem članku navajata, da napačen pristop zdravstvenega osebja lahko privede do nesporazumov, kar pa onemogoča partnerski odnos, ki je temelj netravmatske obravnave. Spodbujanje procesa partnerstva, v katerem naj bi bila družina aktivno vključena v soodločanje o svojem zdravju in zdravstvenem varstvu, izpodriva dosedanja tradicionalni pristop, kjer zdravniki in medicinske sestre odločajo o tem, kaj je dobro in prav za posamezno družino ali posamezne člane družinske člane. Prepoznavanje potreb otroka in njegove družine predstavlja nove izzive za zdravstvene delavce v pediatriji, ki smo morda v tej koreniti spremembi pridobili premalo teoretičnih znanj, zato naša dejanja temeljijo predvsem na bogatem izkustvenem znanju. Kljub napredku medicine še vedno uporabljamo dokaj invazivne metode zdravljenja, zato je bolečina v pediatriji še vedno problem. Kot zelo dobro orodje za preprečevanje le te so se izkazale tehnike distrakcije oziroma odvratanja pozornosti. Cregin s sodelavci navaja, da vzdrževanje mirnega in pozitivnega vzdušja pripomore k zmanjševanju bolečine. Znanje in spretnosti medicinske sestre je tisto, ki omogoča vzdrževanje takega vzdušja v kritičnih situacijah. Pa vendar menim, da je čas, da v želji izboljšanja obravnave otrok, mladostnikov in njihovih družin ugotovimo, katera so tista znanja, ki jih še potrebujemo, da bomo lahko sledili spremembam in novim modernim smernicam v pediatriji.

SKLEP

Pravice otrok in mladostnikov so zapisane v več listinah, konvenciji in zakonih. Zdravstvene ustanove in zdravstveno osebje se moramo pravic dobro zavedati in poskrbeti, da bodo ob obravnavi otrok in mladostnikov upošteevane. Netravmatska obravnava je prav tako ena od pravic. Ne samo otrok in mladostnikov, ampak tudi njihovih staršev. Omogoča kakovostno obravnavo v procesu zdravljenja, saj zahteva individualen pristop. Ob upoštevanju načel netravmatske obravnave, je le ta tudi varna, saj zahteva načrtovanje ter pripravo, ki omogoča varne postopke.



LITERATURA

- Al-Momani MM. Establishing family centred care in pediatric unit in Jordan: quality improvement. Singapore Nursing Journal, 2010; 32(2):34-42.
- Brcar P. Zdravje otrok, mladostnic in mladostnikov. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2006; Dostopno na: <http://www.ivz.si/index.php?akcija=kategorija&k=4>, (10.2.2013)
- Carlson L, Broome M, Vessey A. Using Distraction to Reduce Reported Pain, Fear, and Behavioral Distress in Children and Adolescents: A Multisite Study. ; J Soc Pediatr Nurs 2000;5(2): 75-85.
- Corlett J, Twycross A. Negotiation of parental roles within family-centred care: a review of the research. J Clin Nurs. 2006 a;15(10):1308-16.
- Corlett J, Twycross A. Negotiation of care by children's nurses: lessons from research. Paediatr Nurs. 2006 b;18(8):34-7.
- Cregin R, Rappaport S, Montagnino G, Sabogal G, Moreau H, Abularrage J. Improving pain management for pediatric patients undergoing nonurgent painful procedures. Am J Health Syst Pharm 2008; 65: 723-727.
- Čeplak Štivan M, Zupanič Slavec Z. "Marij Avčin (1913-1995) - pediater in literat." Zdravniški vestnik. 2011;80(5):427-432; Dostopno na: <http://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:DOC-OH2YEPK5>, (10.2.2013)
- Dežurni klovn. Dostopno na: <http://www.rdecinoski.org>, (10.2.2013).
- Unicef. Konvencija o otrokovih pravicah. Ured. Vojnovič M, Otavnik A, Pleško A. Ljubljana : UNICEF Slovenija, 2009;Dostopno na: <https://unicef.blob.core.windows.net/uploaded/documents/KOP.pdf>, (24.2.2013).
- Listina EACH; dostopno na: www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/pdf/.../each_listina.pdf, (14.4.2013)
- Kos F. PSIHIČNO DOŽIVLJANJE HOSPITALIZACIJE, Diplomsko delo. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo. 2001; Dostopno na: http://baza.svarog.org/pedagoske_znanosti/otroci_v_bolniscnici.php, (10.2.2013).
- Maclaren JE, Cohen LL. Interventions for pediatric procedure-related pain in primary care. Paediatr Child Health 2007; 12(2): 111-116.
- Newton MS. Family centred care: current realities in parent participation. Pediatr nurs, 2000; 26: 164-169.
- Stinson J, Dickson A, Lamba J, Stevens B. Review of systematic reviews on acute procedural pain in children in the hospital setting. Pain Res manag 2008; 13(1): 51-57.
- Ščavničar E. Celotna obravnava pojava bolečine v zdravstveni negi. Obzor Zdr N 2004; 38: 101-111.
- Švajncer M. Hospitaliziran otrok v procesu zdravstvene nege – naloge kontinuirane nege. Zdrav Obzor 1988;22: 155-168.
- Winkelstein M. Perspectives of pediatric nursing. In: Hockenbery M.J.et al, eds. Wongs essentials of pediatric nursing, seventh edition. Mosby, 2005; 1-22.

213C

OCENJEVANJE POTREB BOLNIKOV Z NAPREDOVALIMI BOLEZNIMI

THE ASSESSMENT OF NEEDS OF PATIENTS WITH ADVANCED DISEASES

viš. pred., mag. Albina Bobnar, viš. med. ses.

prof. def., Kristina Ponjević, dipl. m. s.

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta

albina.bobnar@zf.uni-lj.si

Ključne besede: ocenjevalna orodja, napredovale bolezni, celotna ocena potreb, kakovostna oskrba.

IZVLEČEK

Uvod: Bolniki z napredovalimi boleznimi imajo široko strukturo potreb, ki se odražajo na fizičnem, psihičnem, socialnem in duhovnem področju. V želji po kakovostni oskrbi teh bolnikov so, in še nastajajo, specialna orodja za oceno njihovih potreb. Namen prispevka je ugotoviti, katera ocenjevalna orodja se največ uporabljajo pri ugotavljanju potreb bolnikov z napredovalimi boleznimi in oceniti njihovo uporabnost glede na starost, spol, celotno oceno in bolezen.

Metode dela: Opravljen je bil pregled znanstveno raziskovalne literature glede na najpogosteje uporabljena ocenjevalna orodja v paliativni oskrbi, kot so: vizualna analogna skala (VAS), lestvica stanja zmogljivosti Svetovne zdravstvene organizacije (ECOG/WHO), lestvica telesne zmogljivosti po Karnofskem (KPS), Liverpulska klinična pot (LCP), Sheffieldov list ocenjevanja in načrtovanja oskrbe (SPARC), presejalna vprašanja o potrebah ob koncu življenja (NEST) in hierarhični večparametrski odločitveni model zdravstvene nege (HMADM). Izbranih in analiziranih je bilo 46 člankov, objavljenih od leta 2000 do leta 2012.

Rezultati: Največ člankov se nanaša na ocenjevalno orodje LCP(16), ECOG/WHO (13), VAS (7) in KPS (5). Orodja VAS, ECOG/WHO in KPS so naravnana specifično na posamezne bolnikove potrebe, preostala (LCP, SPARC, NEST in HMADM) pa omogočajo celotno oceno. Vsa ocenjevalna orodja se uporabljajo pri obeh spolih ne glede na vrsto napredovale bolezni. Večina se jih uporablja pri odraslih, medtem ko se orodja VAS, ECOG/WHO, KPS, LCP in HMADM uporabljajo tudi pri otrocih.

Razprava in sklep: Nobeno ocenjevalno orodje ni univerzalno, da bi zajemalo celotno oceno in bilo hkrati uporabno pri vseh bolnikih, ne glede na bolezen, starost in spol. Ocenjevalna orodja se uporabljajo predvsem v raziskovalne namene, čeprav bi jih bilo možno uporabljati širše, za doseganje kakovostnega življenja bolnikov z napredovalimi boleznimi vse do smrti.

Keywords: assessment tools, advanced illness, holistic assessment of needs, quality care.

ABSTRACT

Introduction: Patients with advanced diseases have a wide structure of needs, which can be seen on physical, psychological, social and spiritual fields. In wish for a high quality care of these patients, several special tools were made to assess their needs. And many more are in development. The aim was to find out

which assessment tools the most regularly used to find out the needs of patients with advanced diseases, and to evaluate their usability considering the age and gender of the patients, as well as the holistic assessment of them.

Methods: There has been a review of the scientific research literature on the most commonly used assessment tools in palliative care, such as: Visual Analogue Scale (VAS), Eastern Cooperative Oncology group/World Health Organization Performance Status Scale (ECOG/WHO), Karnofsky Performance Status (KPS), Liverpool Care Pathway (LCP), Sheffield Profile for Assessment and Referral for Care (SPARC), Needs at the End-of-life Screening Tool (NEST) and Hierarchical Multi-Attribute Decision Model of nursing (HMADM). 46 articles, published from 2000 to 2012 were chosen and analyzed.

Results: The most articles relating to the assessment tool are LCP (16), ECOG/WHO (13), VAS (7) and KPS (5). The tools VAS, ECOG/WHO and KPS are used to find out specific individual needs, while others (LCP, SPARC, NEST and HMADM) enable holistic assessment of needs. All assessment tools are usable with both genders and with every kind of incurable disease. Most of them are used with adults, some of them VAS, ECOG/WHO, KPS, LCP and HMADM can be used with children as well.

Discussion and conclusion: No evaluation tool is not universal, that would include a comprehensive assessment and were also useful in all patients, regardless of disease, age and gender. They are mostly used for research purposes but can also be used wider, to achieve the quality of life of patients with advanced diseases until death.

UVOD

Bolniki z napredovalimi boleznimi (NB) sodijo v skupino ljudi s široko strukturo potreb, ki se odražajo na fizičnem, psihičnem, socialnem in duhovnem področju. V ta namen so, in še nastajajo, specialna orodja za ocenjevanje potreb bolnikov z NB, ki se bolj ali manj uporabljajo v paliativni oskrbi in s tem tudi v paliativni zdravstveni negi, z namenom izboljšanja njihove kakovosti življenja (Benedik, 2011). Ocenjevalna orodja se največ uporabljajo pri znanstveno raziskovalnem delu (Harris et al., 2008) in manj v klinični praksi (Mellor et al., 2004). Na osnovi teorije so najbolj primerna za ocenjevanje bolnikovih potreb z NB v paliativni oskrbi naslednja ocenjevalna orodja: VAS (Susman, 2005), ECOG/WHO (Blagden et al., 2003), KPS (Ren et al., 2004), LCP (Ellershaw, Wilkinson, 2003), SPARC (Ahmedzai et al., 2004), NEST (Emanuel et al., 2001) in HMADM (Šušteršič et al., 2009).

Namen prispevka je zato ugotoviti, katera ocenjevalna orodja se dejansko največ uporabljajo za ugotavljanje potreb bolnikov z NB in oceniti njihovo uporabnost glede na starost, spol ter celostno ocenjevanje potreb.

METODE DELA

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela s pregledom literature, s pomočjo bibliografske baze COBISS ter baz podatkov: CINAHL with Full Text, MEDLINE, DiKUL in PUBMED info. Pri sistematičnem pregledu znanstveno raziskovalnih člankov s področja ocenjevalnih orodij so bila v naprej izbrana ocenjevalna orodja (teoretično najbolj primerna): VAS, ECOG/WHO, KPS, LCP, SPARC, NEST in HMADM. Pri iskanju so bile uporabljene ključne besede celotnega imena posameznega ocenjevalnega orodja in uporaba njihovih uveljavljenih kratic. V pregled je vključenih 46 (4 znanstveno pregledni, 42 znanstveno raziskovalnih) člankov v angleškem jeziku, ki so bili dostopni v celoti, med avtorji vsaj ena medicinska sestra, iz časovnega obdobja 2000 do 2012 in se uporabljajo pri oskrbi bolnikov z NB. Zbrani so bili naslednji podatki: avtorji (število, profesija), vrsta članka (pregled literature, raziskava), celostno ocenjevanje (fizično, psihično, socialno, duhovno) in uporaba ocenjevalnega orodja glede na starost (otroci, odrasli, 60 let <), spol (moški, ženski) ter vrsto bolezni (rak, druge NB).

REZULTATI

Med avtorji člankov so bili zdravniki v 40 primerih (87 %), medicinske sestre v 23-ih (50 %), drugi zdravstveni delavci in drugih profesij, pa v 15-ih (33 %) člankih. Medicinske sestre so bile samostojne avtorice 4 člankov. V povprečju so bili 4 avtorji na članek (razpon od 1 do 15). Po pregledu podatkovnih baz so bili članki razdeljeni glede na ocenjevalno orodje.

Razpredelnica 1: Prikaz značilnosti člankov glede na ocenjevalno orodje VAS

AVTORJI	VRSTA ČLANKA	OCENJEVANJE (PODROČJE)	UPORABA PRI POPULACIJI	UPORABA ZA SPOL		UPORABA PRI VRSTI BOLEZNI	
				moški	ženski	rak	drugo
Guduci Tufekci, Celebioglu, Kucukoglu, 2008	√	√ √	√	√	√		√
Waller et al., 2012	√	√ √	√ √	√	√		√
Bijur, Silver, Gallagher, 2001	√	√	√	√	√		√
Jensen, Chen, Brugger, 2003	√	√	√	√	√		√
Kersten et al., 2012	√	√	√	√	√		√
Gajasinghe et al., 2010	√	√	√	√	√		√
van Iersel, Timmerman, Mullie, 2006	√	√	√	√	√	√	√

V razpredelnici 1 je prikazanih 7 znanstveno raziskovalnih člankov, v katerih so avtorji uporabili VAS orodje za ocenjevanje fizičnih in dvakrat tudi psihičnih potreb bolnikov z NB, pri odraslih obeh spolov. Večnoma so VAS uporabili za ocenjevanje akutne bolečine oziroma oceno bolečine po poeraciji, ne glede na vrsto bolezni.

Ocenjevalno orodje ECOG/WHO je bilo uporabljeno v 13-ih raziskovalnih člankih (12 raziskovalnih, 1 pregledni), za oceno fizičnih potreb in dvakrat psihičnih ter enkrat še socialnih pri odraslih in starejših nad 60 let, pri obeh spolih. Vedno so ocenjevali bolnike z rakom, dvakrat pa še bolnike z napredovalo boleznijo srca in pljuč (razpredelnica 2).

V petih znanstveno raziskovalnih člankih (razpredelnica 3) so uporabili KPS za oceno fizičnih potreb v vseh starostnih obdobjih, pri obeh spolih, z napredovalim rakom.

Iz razpredelnice 4 je razvidno, da je bilo največ znanstvenih člankov (16) najdenih z uporabo ocenjevalnega orodja LCP. Uporabili so ga za celostno ocenjevanje potreb, pri odraslih in starih nad 60 let, obeh spolih, pri bolnikih z rakom in vseh drugih NB ob koncu življenja.

Med pregledom znanstveno raziskovalnih člankov smo našli najmanj člankov v katerih so uporabili ocenjevalno orodje SPARC (1), NEST (3) in HMADM (1). Vse so uporabili za celostno ocenjevanje potreb pri obeh spolih, odraslih in starih nad 60 let. HMADM so uporabili tudi pri ocenjevanju potreb otrok, v preventivni in kurativni dejavnosti, na področju zdravstvene nege, samo v slovenskem prostoru, pri bolnikih z različnimi NB (razpredelnica 7). SPARC so uporabili za ocenjevanje potreb pri bolnikih z možgansko kapjo (razpredelnica 5); NEST pri bolnikih z rakom, srčnimi, ledvičnimi, jetrnimi in pljučnimi NB ter bolnikih z možgansko kapjo (razpredelnica 6).

Razpredelnica 2: Prikaz značilnosti člankov glede na ocenjevalno orodje ECOG/WHO

AVTORJI	VRSTA ČLANKA	OCENJEVANJE (PODROČJE)	UPORABA PRI POPULACIJI	UPORABA ZA SPOL		UPORABA PRI VRSTI BOLEZNI	
				pregl. razisk.	fiz. psih. soc. duh.	otr. odr. 60 let<	moški ženski
Blackhall et al., 2009	✓	✓	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	✓	
Blagden et al., 2003	✓	✓	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	✓	
Gammon et al., 2009	✓	✓	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	✓	
Hiconmez et al., 2007	✓	✓	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	✓	
Lloyd Williams et al., 2004	✓	✓	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	✓	
Ostgathe et al., 2010	✓	✓ ✓	✓	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	
Bilimagga et al., 2009	✓	✓	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	✓	
Ren et al., 2004	✓	✓	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	✓	
Stone et al., 2008	✓	✓	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	✓	
Wedding et al., 2008	✓	✓	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	✓	
Yurut Caloglu et al., 2010	✓	✓	✓	✓ ✓	✓ ✓	✓	
Harris et al., 2008	✓	✓	✓ ✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	
Chen et al., 2009	✓	✓ ✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	✓	

Razpredelnica 3: Prikaz značilnosti člankov glede na ocenjevalno orodje KPS

AVTORJI	VRSTA ČLANKA	OCENJEVANJE (PODROČJE)	UPORABA PRI POPULACIJI	UPORABA ZA SPOL		UPORABA PRI VRSTI BOLEZNI	
				pregl. razisk.	fiz. psih. soc. duh.	otr. odr. 60 let<	moški ženski
Baggott et al., 2011	✓	✓	✓	✓ ✓	✓ ✓	✓	
Boeck et al., 2007	✓	✓	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	✓	
Ogawa et al., 2008	✓	✓	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	✓	
Owusu et al., 2011	✓	✓	✓	✓ ✓	✓ ✓	✓	
Soo, Gramlich et al., 2008	✓	✓	✓	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	

Razpredelnica 4: Prikaz značilnosti člankov glede na ocenjevalno orodje LCP

AVTORJI	VRSTA ČLANKA	OCENJEVANJE (PODROČJE)	UPORABA PRI POPULACIJI	UPORABA ZA SPOL		UPORABA PRI VRSTI BOLEZNI	
				pregl. razisk.	fiz. psih. soc. duh.	otr. odr. 60 let<	moški ženski
Anderson, Chojnacka, 2012	✓	✓ ✓ ✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	
Clark et al., 2012	✓	mnenja zdr. del.	✓	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	
Douglas et al., 2009	✓	✓ ✓ ✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	✓	
Duffy, Payne, Timmins, 2011	✓	mnenja zdr. del.	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	
Dee, Endacott, 2011	✓	mnenja zdr. del.	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	
Gambles et al., 2006	✓	mnenja zdr. del.	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	
Hockley et al., 2010	✓	✓ ✓ ✓ ✓	✓	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	
Hugel, Ellershaw, Gambles, 2006	✓	✓	✓	✓ ✓	✓ ✓	✓	
Keane, Taylor, Clark, 2007	✓	✓ ✓ ✓ ✓	ni opredeljeno	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	
Lo et al., 2009	✓	✓ ✓ ✓ ✓	✓	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	
Matthews et al., 2006	✓	✓ ✓ ✓ ✓	✓	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	
McKeown et al., 2009	✓	✓	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	✓	
Mellor et al., 2004	✓	mnenja zdr. del.	ni opredeljeno	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	
O'Hara, 2011	✓	mnenja zdr. del.	✓	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	
Veerbeek et al., 2008	✓	✓ ✓ ✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	
Walker, Read, 2010	✓	mnenja zdr. del.	✓	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	

Razpredelnica 5: Prikaz značilnosti člankov glede na ocenjevalno orodje SPARC

AVTORJI	VRSTA ČLANKA	OCENJEVANJE (PODROČJE)	UPORABA PRI POPULACIJI	UPORABA ZA SPOL		UPORABA PRI VRSTI BOLEZNI	
				pregl. razisk.	fiz. psih. soc. duh.	otr. odr. 60 let<	moški ženski
Burton et al., 2010	✓	✓ ✓ ✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	✓	

Razpredelnica 6: Prikaz značilnosti člankov glede na ocenjevalno orodje NEST

AVTORJI	VRSTA ČLANKA	OCENJEVANJE (PODROČJE)	UPORABA PRI POPULACIJI		UPORABA ZA SPOL		UPORABA PRI VRSTI BOLEZNI	
			ot. odr. 60 let<		moški	ženski	rak	drugo
Emanuel, Alpert, Emanuel, 2001	pregl. razisk.	√ √ √ √	√	√	√	√		√
Grudzen et al., 2010	√	√ √ √ √		√	√	√	√	√
Scandrett et al., 2010	√	√ √ √ √	√	√	√	√		√

Razpredelnica 7: Prikaz značilnosti člankov glede na ocenjevalno orodje HMADM

AVTORJI	VRSTA ČLANKA	OCENJEVANJE (PODROČJE)	UPORABA PRI POPULACIJI		UPORABA ZA SPOL		UPORABA PRI VRSTI BOLEZNI	
			ot. odr. 60 let<		moški	ženski	rak	drugo
Šušteršič et al., 2009	pregl. razisk.	√ √ √ √	√	√	√	√		√

RAZPRAVA

Podatki kažejo, da so najpogosteje uporabljena orodja za oceno bolnikovih potreb z NB v znanstveno raziskovalnih člankih: LCP, ECOG/WHO, VAS in KPS. Kriterij za izbor članka, da je vsaj en avtor medicinska sestra, je bilo potrebno opustiti, ker smo ugotovili, da pri dveh ocenjevalnih orodjih (SPARC, NEST) ni avtorjev s področja zdravstvene nege. Največkrat smo medicinsko sestro kot avtorico zasledili pri člankih s področja LCP. Analiza vseh člankov je pokazala, da so ocenjevalna orodja VAS, ECOG/WHO in KPS naravnana specifično oz. osredotočena na posamezne potrebe. Orodja LCP, SPARC, NEST in HMADM pa celostno, kar pomeni, da zajemajo oceno fizičnih, psihičnih, socialnih in duhovnih potreb bolnikov z NB. Vsa ocenjevalna orodja se uporabljajo pri obeh spolih in so uporabna ne glede na vrsto NB. Razlike pri uporabi so glede na starost. Večina ocenjevalnih orodij se uporablja pri odraslih, VAS, ECOG/WHO, KPS, LCP in HMADM pa tudi pri otrocih. V ta namen so preoblikovali ocenjevalni orodji LCP (Matthews et al., 2006) in KPS (Baggott et al., 2011), ocenjevalno orodje VAS pa že vključuje lestvico obrazov, ki je namenjena oceni bolečine pri otrocih (Guducu Tufekci, Celebioglu, Kucukoglu, 2008). HMADM in ECOG/WHO pa so pri otrocih uporabili v izvorniku.

Predmet znanstvenih raziskav so bili kar v tri četrtine primerih bolniki z rakom, polovico člankov pa se je nanašalo tudi na druge NB. VAS ocenjevalno orodje se največ uporablja za oceno bolečine (Jensen, Chen, Brugger, 2003). ECOG/WHO in KPS za oceno fizičnih problemov pri bolnikih z napredovalim rakom ter v obdobju ob koncu življenja, kot napovedni dejavnik preživetja (Ren et al., 2004; Owusu et al., 2011). Največ se uporablja ocenjevalno orodje LCP, predvsem z namenom zagotavljanja kakovostnega življenja ob koncu življenja (Ellershaw, Wilkinson, 2003). S tem namenom naj bi se uporabljajo v paliativni oskrbi tudi SPARC, NEST (Ahmedzai et al., 2004; Emanuel et al., 2001). HMADM pa na področju zdravstvene nege (Šušteršič et al., 2009).

SKLEP

Pregled znanstvenih člankov s področja uporabe ocenjevalnih orodij pri ocenjevanju potreb bolnikov z NB kaže na to, da se najbolj pogosto izvaja ocenjevanje ob koncu življenja. Izbrana ocenjevalna orodja niso

univerzalna, ker nobeno ne vključuje hkrati celostne ocene bolnika in obravnave neodvisno od vrste bolezni, starosti in spola. Bolnikom z NB se ne more zagotoviti ozdravitve, lahko pa se doseže kakovostno življenje le-teh, vse do smrti. Zato bi se morali zdravstveni delavci v veliko večji meri zavedati pomembnosti celostnega ocenjevanja potreb z ocenjevalnimi orodji in na osnovi tega načrtovati, izvajati in vrednotiti paliativno oskrbo.

LITERATURA

Ahmedzai SH, Payne SA, Bestall JC, Ahmed N, Dobson K, Clark D, et al. Improving access to specialist palliative care: Developing a screening measure to assess the distress caused by advanced illness that may require referral to specialist palliative care. Sheffield: Sheffield Palliative Care Studies Group: University of Sheffield and Trent Palliative Care Centre; 2004.

Anderson A, Chojnacka I. Benefits of using the Liverpool care pathway in end of life care. RCN publishing. 2012;26(34):42-50.

Baggott CR, Dodd M, Kennedy C et al. An evaluation of the factors that affect the health-related quality of life of children following myelosuppressive chemotherapy. Support Care Cancer. 2011;19(3):353-6.

Benedik J. Oskrba bolnika ob koncu življenja. Onkologija. 2011;15(1):52-8.

Bijur PE, Silver W, Gallagher EJ. Reliability of the visual analog scale for measurement of acute pain. Acad Emerg Med. 2001;8(12):1153-7.

Bilimagga RS, Nirmala S, Rishi KS et al. Role of Palliative radiotherapy in brain metastases. Indian J Palliat Care. 2009;15(1):71-5.

Blackhall L, Petroni G, Shu J, Baum L, Farace E. A Pilot Study Evaluating the Safety and Efficacy of Modafinil for Cancer Related Fatigue. J Pall Med. 2009;12(5):433-9.

Blagden SP, Charman SC, Sharples LD, Magee LRA, Gilligan D. Performance status score: do patients and their oncologists agree? Br J Cancer. 2003;89(6):1022-7.

Boeck S, Hinke A, Wilkowski R, Heinemann V. Importance of performance status for treatment outcome in advanced pancreatic cancer. World J Gastro Enterol. 2007;13(2):224-7.

Burton CR, Payne S, Addington-Hall J, Jones A. The palliative care needs of acute stroke patients: a prospective study of hospital admissions. Age Ageing. 2010;39(5):554-9.

Chen SC, Liao CT, Lin CC, Tung Chien Chang J, Lai YH. Distress and care needs in newly diagnosed oral cavity cancer patients receiving surgery. Oral Oncol. 2009;45(9):815-20.

Clark J, Marshall B, Sheward K, Allan S. Staff perceptions of the impact of the Liverpool care pathway in aged residential care in New Zealand. Int J Palliat Nurs. 2012;18(4):171-8.

Dee JF, Endacot R. Doing the right thing at the right time. J Nurs Manage. 2011;19(2):186-92.

Douglas C, Murtagh FE, Chambers EJ, Howse M, Ellershaw J. Symptom management for the adult patient dying with advanced chronic kidney disease: A review of the literature and development of evidence-based guidelines by a United Kingdom expert consensus group. J Palliat Med. 2009;23(2):103-10.

Duffy A, Payne S, Timmins F. The Liverpool care pathway: does it improve quality of dying? Br J Nurs. 2001;20(15):942-6.

Ellershaw J, Wilkinson S, eds. Care of the dying. A pathway to excellence. New York: Oxford University Press; 2003.

Emanuel LL, Alpert HR, Emanuel EE. Concise screening questions for clinical assessments of terminal care: The needs near the end-of-life care screening tool. J Palliat Med. 2001;4(4):465-74.

Gajasinghe S, Wijayaratna M, Abayadeera A. Correlation between numerical rating scale (NRS) and visual analogue scale (VAS) in assesment of pain in post operative patients. Sri Lankan Journal of Anaesthesiology. 2010;18(2):81-3.

Gambles M, Stirzaker S, Jack BA, Ellershaw JE. The Liverpool care pathway in hospices: an exploratory study of doctor and nurse perceptions. Int J Palliat Nurs. 2006;12(9):414-21.



- Gammon DC, Dutton T, Piperdi B et al. Cytoreductive surgery and intraperitoneal hyperthermic chemotherapy in the treatment of peritoneal carcinomatosis. *Am J Health Syst Pharm.* 2009;66(13):1186-90.
- Guducu Tufekci FC, Celebioglu A, Kucukoglu S. Turkish children loved distraction: using kaleidoscope to reduce perceived pain during venipuncture. *J Clin Nurs.* 2008;18(15):2180-6.
- Grudzen CR, Richardson LD, Morrison M, Cho E, Morrison RS. Palliative care needs of seriously ill, older adults presenting to the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2010;17(11):1253-7.
- Harris DJ, Eilers J, Harriman A, Cashavelly BJ, Maxwell C. Putting Evidence Into Practice: Evidence-Based Interventions for the Management of Oral Mucositis. *Clin J Onc Nurs.* 2008;12(1):141-52.
- Hiçsönmez A, Köse K, Andrieu MN, Güney Y, Kurtman C. The European Organization for Research and Treatment of Cancer core quality of life questionnaire (QLQ-C30 version 3.0 Turkish) in cancer patients receiving palliative radiotherapy. *Eur J Cancer Care.* 2007;16(3):251-7.
- Hockley J, Watson J, Oxenham D, Murray SA. The integrated implementation of two end-of-life care tools in nursing care homes in the UK: an in-depth evaluation. *J Palliat Med.* 2010;24(8):828-38.
- Hugel H, Ellershaw J, Gambles M. Respiratory tract secretions in the dying patient: a comparison between glycopyrronium and hyoscine hydrobromide. *J Palliat Med.* 2006;9(2):279-84.
- Jensen MP, Chen C, Brugger AM. Interpretation of visual analog scale ratings and change scores: a reanalysis of two clinical trials of post operative pain. *J Pain.* 2003;4(7):407-14.
- Keane B, Taylor A, Clark J. Meeting the needs of patients in the last days of life. *Nurs N Z.* 2007;13(2):12-4.
- Kersten P, Kucukdeveci AA, Tennant A. The use of the visual analogue scale (VAS) in rehabilitation outcomes. *J Rehabil Med.* 2012;44(7):609-10.
- Lloyd Williams M, Dennis M, Taylor F. A prospective study to determine the association between physical symptoms and depression in patients with advanced cancer. *J Palliat Med.* 2004;18(6):558-63.
- Lo SH, Chan CY, Chan CH et al. The implementation of an end-of-life integrated care pathway in a Chinese population. *Int J Palliat Nurs.* 2009;15(8):384-8.
- Matthews K, Gambles M, Ellershaw JE et al. Developing the Liverpool care pathway for the dying child. *Paediatr Nurs.* 2006;18(1):18-21.
- McKeown A, Davidson J, Adam J, Welsh J. Pre-morbid skin changes in patients with cancer: Using 'Welam's sign' as new prognostic marker? *Int J Palliat Nurs.* 2009;15(6):272-3.
- Mellor F, Foley T, Connolly M, Mercer V, Spanswick M. Role of a clinical facilitator in introducing an integrated care pathway for the care of the dying. *Int J Palliat Nurs.* 2004;10(10):497-501.
- Ogawa K, Yoshii Y, Aoki Y et al. Treatment and prognosis of brain metastases from gynecological cancers. *Neurol Med Chir (Tokyo).* 2008;48(2):57-63.
- O'Hara T. Nurses' views on using the Liverpool care pathway in an acute hospital setting. *Int J Palliat Nurs.* 2011;17(5):239-44.
- Ostgathe C, Alt Epping B, Golla H et al. Non-cancer patients in specialized palliative care in Germany: What are the problems? *J Palliat Med.* 2010;25(2):148-52.
- Owusu C, Koroukian SM, Schluchter M, Bakaki P, Berger NA. Screening older cancer patients for a comprehensive geriatric assessment: A comparison of three instruments. *J Geriatr Oncol.* 2011;2(2):121-9.
- Ren S, Terman DS, Bohach G et al. Intrapleural staphylococcal superantigen induces resolution of malignant pleural effusions and a survival benefit in non-small cell lung cancer. *Chest.* 2004;126(5):1529-39.
- Scandrett KG, Reitschuler Cross EB, Nelson L et al. Feasibility and effectiveness of the NEST13+ as a screening tool for advanced illness care needs. *J Palliat Med.* 2010;13(2):161-9.
- Soo I, Gramlich L (2008). Use of parenteral nutrition in patients with advanced cancer. *Appl Physiol Nutr Metab* 33(1):102-6.

- Stone P, Kelly L, Head R, White S. Development and validation of a prognostic scale for use in patients with advanced cancer. *J Palliat Med.* 2008;22(6):711-7.
- Šušteršič O, Rajkovič U, Dinevski D, Jereb E, Rajkovič V. Evaluating patients' health using a hierarchical multi-attribute decision model. *J Int Med Res.* 2009;37(5):1646-54.
- Van Iersel T, Timmerman D, Mullie A. Introduction of a pain scale for palliative care patients with cognitive impairment. *Int J Palliat Nurs.* 2006;12(2):54-9.
- Veerbeek L, Van Zuylen L, Swart SJ et al. The effect of the Liverpool care pathway for the dying: a multi-centre study. *J Palliat Med.* 2008;22(2):145-51.
- Walker R, Read S. The Liverpool care pathway in intensive care: an exploratory study of doctor and nurse perceptions. *Int J Palliat Nurs.* 2010;16(6):267-73.
- Waller A, Groff S, Hagen N, Bultz B, Carlson L. Characterizing distress, the 6th vital sign, in an oncology pain clinic. *Curr Oncol.* 2012;19(2):e53-9.
- Wedding U, Koch A, Röhrig B et al. Depression and functional impairment independently contribute to decreased quality of life in cancer patients prior to chemotherapy. *Acta Oncologica.* 2008;47(1):56-62.
- Yurut Caloglu V, Caloglu M, Kaplan et al. Prognostic factors for renal cell carcinoma: Trakya university experience from Turkey. *Eur J Cancer Care.* 2010;19(5):656-63.

213D

SKRBTVENI VIDIK OBRAVNAVE PACIENTA NA KLINIČNIH VAJAH V OČEH ŠTUDENTA

STUDENTS' ASPECT OF CARING ABOUT PATIENT IN CLINICAL PRACTICE

predav. Barbara Kegl, univ. dipl. org., dipl. m. s.

viš. predav. mag. Mateja Lorber, univ. dipl. org., viš. med. ses.

doc. dr. Majda Pajnikihar, univ. dipl. org., viš. med. ses.

Univerza v Maribor, Fakulteta za zdravstvene vede, Žitna ulica 15

barbara.kegl@um.si

Ključne besede: zdravstvena nega, skrb, študent, pacient

IZVLEČEK

Izhodišča: Člani negovalnega tima morajo pri izvajanju skrbstvenega vidika obravnave pacienta upoštevati humano, moralno, etično, kakovostno, holistično in individualno zdravstveno nego. Takšno obravnavo pričakujejo tudi pacienti od zaposlenih kot tudi od študentov zdravstvene nege. S poudarkom na teoriji skrbi za pacienta po Watsonovi in njenih desetih karativnih dejavnikih smo želeli ugotoviti, kako študenti zdravstvene nege na kliničnih vajah samoocenjujejo skrbstveno zdravstveno nego.

Metode: Razdeljenih je bilo 200 vprašalnikov študentom drugega in tretjega letnika dodiplomskega študijskega programa Zdravstvena nega prve stopnje v študijskem letu 2012/2013. Uporabili smo kvantitativni raziskovalni pristop z metodo anketiranja. Kot raziskovalni instrument smo uporabili anketni vprašalnik Watson's Scale of measuring caring, ki vsebuje 70 trditev. Podatke smo statistično obdelali z računalniškim programom SPSS 20.0, uporabili smo opisno statistiko ter z ANOVO.

Rezultati: Ugotovili smo, da so povprečne vrednosti ocenjenih karativnih dejavnikov relativno visoke. Najnižje je ocenjena občutljivost ($=4,12$, $s=0,57$) in najvišje je ocenjen humanizem ($=4,74$, $s=0,44$). Ugotovili smo statistično pomembno razliko v samooceni študentov le pri dejavniku pomoč pri zagotavljanju osnovnih človekovih potreb glede na končano srednjo šolo ($F=4,094$; $p=0,045$), način študija ($F=4,909$, $p=0,029$) in letnik študija ($F=5,391$, $p=0,022$).

Diskusija in zaključek: Skrbstveni vidik obravnave pacienta je v današnji družbi ponovno zapostavljen, čeprav je osnovna vrednota zdravstvenih delavcev skrb za sočloveka. Spoštovanje in razvijanje humanih vrednot in skrbstvenega vidika obravnave omogoča članom negovalnega tima in študentom zdravstvene nege večje zadovoljstvo pri delu in osebno rast. Smiselno bi bilo narediti še raziskavo med člani negovalnega tima (mentorji) in ugotoviti razlike v oceni skrbstvenega vidika med mentorji in študenti zdravstvene nege.

Keywords: nursing, care, student, patient

ABSTRACT

Introduction: Members of nursing team must exercise care aspect of nursing considered humane, moral, ethical, high-quality, holistic and individual care. Such treatment also expect patients from employees as well as the nursing students. With an emphasis on the theory of care for the patient following Watson and her ten carative factors, we wanted to determine self-assesof nursing students of caring in clinical practice.

Methods: 200 questionnaires were distributed to students in the second and third year of undergraduate study program Nursing Care in the academic year 2012/2013. We used a quantitative research approach with the method of interview. For questionnaire we used Watson's Scale of measuring caring, which contains 70 claims. Data were statistically analyzed with the software SPSS 20.0, we used descriptive statistics and ANOVA.

Results: We found that the average value of the estimated carative factors relatively high. Lower the estimated sensitivity (4.12 ± 0.57) and the highest is estimated humanism (4.74 ± 0.44). We also found a statistically significant difference in students' self-assessment only at factor in helping to ensure that basic human needs for the secondary school ($F = 4.094$, $p = 0.045$), mode of study ($F = 4.909$, $p = 0.029$) and year of study ($F = 5.391$, $p = 0.022$).

Discussion and conclusion: Aspect of nursing care in today's society again neglected, although it is a core value of health workers caring for each other. Respect for and development of human values perspective treatment and care to the members of the nursing team and nursing students' greater job satisfaction and personal growth. It would make sense to make another survey among members of the nursing team (mentors) and to identify the relationship and differences in the assessment aspect of nursing care between mentors and students.

UVOD

V zadnjih 3 desetletjih se je pojavila skrb kot osrednji element zdravstvene nege (Benner, Wrubel, 1989; Leininger, Watson, 1990; Smith, 1999; Watson, 2009). Tudi Alligod in Tomey (2010) navajata, da skrb ni edinstvena za zdravstveno nego, je pa zelo pomembna. Prav tako navajata, da je skrb temeljni koncept zdravstvene nege in ključna komponenta v medosebnem odnosu medicinska sestra, študent zdravstvene nege in pacient. Skrb temelji na zaupanju v ljudi in njihove zmožnosti. Čeprav je treba skrb obravnavati kot ključno vrednoto medicinskih sester, prav tako tudi znanje in tehnologije, ki so vključene v prakso skrbi, so le-te pogosto nevidne (Swanson, 1991; Tanner, 1990; Watson, 2009).

Skrbstveni vidik obravnave pacienta

Skrbstveno ravnanje medicinskih sester s pacienti pomeni humano, visoko moralno, etično in strokovno izvedeno delo. Tako medicinske sestre pri svojem delu povzemajo globalne vrednote humanosti, dostojanstva in spoštovanja (Skela Savič, 2009). Skrb v zdravstveni negi pomeni biti navzoč ob sočloveku, zaznati, da pacient potrebuje pomoč, izvajati humano zdravstveno nego, ga tolažiti, zagovarjati, skrbeti zanj v najširšem pomenu besede (Chambers, 2007), skušati zadovoljevati njegove telesne, duhovne, psihične in socialne potrebe, kjer so izpostavljeni medsebojni odnosi, vključena odgovornost in izbor najboljšega delovanja v danem trenutku. Pacient potrebuje občutek varnosti, razumevanja in dodatne spodbude, da zmore vse napore v procesu zdravljenja (Bondas, 2006).

V teoriji je Jean Watson želela poudariti naslednje človeške vrednote: negovanje, ljubezen, blagostanje in dostojanstvo za vzpostavitev humanih medosebnih odnosov (Fawcett, 2002). Sevenhuijsen in Švab (2003) sta mnenja, da je nepogrešljivo pri uporabljanju skrbi in odgovornosti, zmožnost in pripravljenost, da se

postavimo v položaj drugega. Empatija, kot prva vrednota etike skrbi, sodi med pomemben vidik pozornosti. Prav tako teorija skrbi omogoča članom negovalnega tima usklajevanje, posredovanje in hierarhično zadovoljevanje potreb pacienta in je tudi v povezavi z izidi pacientove zdravstvene obravnave (Reigeletal, 2002; Naylor, 2000; Reeve, Calabro, Adams-McNeill, 2000) ter pacientovim zadovoljstvom z zdravstveno obravnavo (Wolf, Miller, Devine, 2003). Watson (1999) definira skrb kot proces, ki vključuje znanje, intervencije in posledice. Transpersonalna skrb se uresničuje preko 10 karativnih dejavnikov, ki so značilni za skrb človeka do človeka in se lahko uporabljajo v praksi zdravstvene nege v vseh kliničnih okoljih. Ti dejavniki so: humanizem: oblikovanje sistema humanistično nesebičnih vrednot; upanje: vnašanje upanja-zaupanja; občutljivost: občutljivost do sebe in do drugih; pomoč pri medosebnih odnosih: razvoj humanega odnosa v zdravstveni negi na podlagi pomoči in zaupanja; izražanje občutkov: promocija in sprejemanje pozitivnih in negativnih občutkov; reševanje problemov: sistematična uporaba kreativnega reševanja problemov v procesu zdravstvene nege; učenje: promoviranje transpersonalnega poučevanja-učenja; okolje: zagotavljanje podpornega socialnega, fizičnega, psihičnega, spiritualnega okolja; potrebe: pomoč pri zagotavljanju osnovnih človekovih potreb; duhovnost: zagotavljanje fenomenološko-spiritualnih potreb (Watson, 2001).

Številne študije, ki uporabljajo kvantitativne in kvalitativne metodologije, so bile izvedene, da raziščejo naravo in pomen skrbi. Tudi mi, kot Kurslum in Arslan (2012), ugotavljamo, da raziskave na področju skrbi vključujejo predvsem dožemanje skrbi s strani pacientov, pojmovanje skrbi s strani medicinskih sester in primerjavo v pojmovanju skrbi s strani pacientov in medicinskih sester. O zaznavanju/dojemanju skrbi za pacienta s strani medicinskih sester je zaslediti veliko raziskav, medtem, ko je raziskav o dožemanju skrbi s strani študentov zdravstvene nege zelo malo (Khadeiman, Vizeshfar, 2008; Karaöz, 2005).

Gaines in Baldwin (1996) trdita, da obstaja teoretični dogovor, da se študent skrbi uči preko doživljanja skrbstvene interakcije s fakulteto v okolju, ki ga podpira v tem skrbstvenem odnosu med fakulteto in študentom. Tudi Watson (1988) navaja, da interakcijo skrbi med fakulteto in študenti odraža zelo naraven profesionalni odnos. Kelly (1992) je ugotovil, da ima fakulteta prevladujočo vlogo v skrbstvenem modelu. Tudi Mlinar (2011) navaja, da študentje zdravstvene nege teoretično znanje nadgrajujejo s praktičnim usposabljanjem v kliničnem okolju. Klinično okolje je pomembno, ker vpliva na razvoj študentovih kompetenc, praktičnih izkušenj in spodbuja human odnos do pacienta. Mlinar (2011) prav tako ugotavlja, da proces izobraževanja študentom zdravstvene nege omogoča razvijati skrbstveno ravnanje s pacienti, etično občutljivost, profesionalni odnos do pacientov in kompetentno izvajanje zdravstvene nege. Skrbstveni vidik obravnave je zelo pomemben, študent ga spozna tekom izobraževanja, vendar je v literaturi zaslediti, da študentovo zaznavanje skrbstvenega vidika obravnave ne predstavlja težav študentom, ampak zaposlenim v kliničnem okolju. Watson (2009) navaja, da je lahko uporaba izobraževalnih strategij eden od pristopov učiteljev zdravstvene nege, da vključijo v izobraževanje kognitivni, vedenjski in medosebni vidik skrbi v zdravstveni negi.

Prav tako Wade in Kasper (2006) trdita, da lahko zaznavanje študentov zdravstvene nege o skrbstvenem vidiku njihovih mentorjev v kliničnem okolju pogosto razkrije nevidne razsežnosti, kako se študenti zdravstvene nege naučijo negovanja. Watson (2001) ugotavlja, da lahko s prakso, temelječo na dokazih, dobimo dokaze o interakciji skrbi med študenti in učitelji, ki lahko pomagajo učiteljem oceniti učinek skrbstvenega odnosa na rezultate. Znano je, da izidi skrbstvene zdravstvene nege v klinični praksi temeljijo na poučevanju in izobraževanju.

Namen raziskave je bil ugotoviti zaznavanje skrbstvenega vidika obravnave pacienta s strani študentov zdravstvene nege v kliničnem okolju. V ta namen smo si zastavili 1 hipotezo: Glede na letnik študija obstaja statistično pomembna razlika v zaznavanju skrbstvenega vidika obravnave pacienta.

METODE

V okviru raziskovalnega procesa smo uporabili kvantitativni pristop raziskovanja, za metodo zbiranja podatkov smo uporabili anketni vprašalnik.

Opis instrumenta

Uporabili smo preveden anketni vprašalnik Watson's Scale of measuring caring (Watson, 2009), ki vsebuje 70 trditev in se nanašajo na 10 karativnih dejavnikov skrbstvenega vidika obravnave pacienta. Cronbach alfa posameznih sklopov karativnih dejavnikov se giblje od 0,73 do 0,91. Študenti zdravstvene nege so se do posameznih trditev opredeljevali s pomočjo 5-stopenjske Likertove lestvice, kjer 1 pomenilo popolnoma se ne strinjam in 5 popolnoma se strinjam.

Opis vzorca

Raziskavo smo izvedli na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Mariboru. Razdelili smo 200 anketnih vprašalnikov, od tega 100 študentom 2. letnika in 100 študentom 3. letnika, kar je predstavljalo 33,53 % populacije med 655 študenti dodiplomskega študijskega programa Zdravstvena nega 1. stopnja. Vprašalnik je bil razdeljen študentom, ki so v omenjenem času opravljali klinične vaje. Vrnjenih in popolno izpolnjenih je bilo 129, kar predstavlja 64,5 % odziv.

Potek raziskave in obdelava podatkov

Pred izvedbo raziskave smo si pridobili pisno soglasje vodstva Fakultete za zdravstvene vede Univerze v Mariboru. Anketirance smo pred izvedbo seznanili z namenom in cilji raziskave. Zagotovljena je bila anonimnost in imeli so možnost odklonitve sodelovanja v raziskavi. Podatke smo zbirali od 5. do 15. januarja v učnih bazah Fakultete za zdravstvene vede Univerze Mariboru. Podatke smo statistično obdelali z računalniškim programom SPSS 20.0. Uporabili smo opisno statistiko, s katero smo ugotavljali samooceno (povprečne vrednosti in standardni odklon) študentov o desetih karativnih dejavnikih skrbstvenega vidika zdravstvene nege ter z ANOVO ugotavljali statistično pomembne razlike med proučevanimi skupinami študentov zdravstvene nege drugega in tretjega letnika. Statistično značilnost smo preverjali na ravni 5 % tveganja ($p = 0,05$).

REZULTATI

V raziskavi je sodelovalo 129 študentov 2. in 3. letnika dodiplomskega študijskega programa Zdravstvena nega 1. stopnja, od tega jih je bilo 23 (17,8 %) moškega spola in 106 (82,2 %) ženskega spola. Sodelovalo je 116 (89,9 %) rednih študentov in 13 (10,1 %) izrednih študentov. 90 (69,8 %) študentov je obiskovalo drugi letnik in 39 (30,2 %) študentov je obiskovalo tretji letnik študija. Od 129 anketiranih študentov jih je 93 (72,1 %) anketiranih končalo srednjo zdravstveno šolo in 36 (27,9 %) ni končalo srednje zdravstvene šole. 56 (43,4 %) anketiranih študentov v času bivanja biva pri starših, 48 (37,2 %) jih biva v študentskem/dijaškem domu in 25 (19,4 %) jih biva drugje (večina v privatnem stanovanju). Stalno bivališče v mestu ima 20 (15,5 %) anketiranih študentov, 15 (19,4 %) jih ima stalno bivališče v primestju in 84 (65,1 %) jih živi na podeželju.

V Razpredelnici 1 so prikazani rezultati povprečnih vrednosti in standardnega odklona za posamezne proučevane karativne dejavnike: humanizem, upanje, občutljivost, pomoč pri osebnih odnosih, izražanje občutkov, reševanje problemov, učenje, okolje, pomoč pri zagotavljanju osnovnih življenjskih potreb in duhovnost.

Razpredelnica1: Rezultati proučevanih karativnih dejavnikov skrbstvenega vidika

Spremenljivke	N	Min	Maks	\bar{x}	s	\bar{x} 2. letnik	\bar{x} 3. letnik
Humanizem	129	2	5	4,74	0,436	4,79	4,69
Upanje	129	2	5	4,62	0,426	4,60	4,68
Občutljivost	129	2	5	4,12	0,573	4,17	3,99
Pomoč	129	3	5	4,65	0,426	4,64	4,68
Izražanje občutkov	129	3	5	4,45	0,503	4,46	4,45
Reševanje problemov	129	3	5	4,19	0,572	4,21	4,16
Učenje	129	3	5	4,33	0,493	4,34	4,29
Okolje	129	2	5	4,73	0,396	4,73	4,70
Zagotavljanje potreb	129	3	5	4,47	0,439	4,23	4,70
Duhovnost	129	2	5	4,34	0,611	4,34	4,32

Legenda: N – število, Min – minimalno, Maks - maksimalno, \bar{x} povprečna vrednost, s = standardni odklon

Ugotoviti je, da so vse povprečne vrednosti ocenjenih karativnih dejavnikov relativno visoke. Vendar pa je opaziti, da je najnižje ocenjen karativni dejavnik občutljivost ($=4,12$, $s=0,57$), še posebej pri študentih tretjega letnika ($=3,99$) in najvišje je ocenjen karativni dejavnik humanizem ($=4,74$, $s=0,44$), še posebej pri študentih drugega letnika ($=4,79$). Drugače je opaziti, da več proučevanih karativnih dejavnikov skrbstvenega vidika višje ocenjujejo študentje drugega letnika, in sicer humanizem, občutljivost, izražanje občutkov, reševanje problemov, učenje, okolje in duhovnost, medtem ko študentje tretjega letnika ocenjujejo višje le tri proučevane karativne dejavnike skrbstvenega vidika, to je pomoč pri zagotavljanju potreb, pomoč pri medosebnih odnosih in upanje.

V nadaljevanju smo z ANOVO ugotovili statistično pomembno razliko v zaznavanju skrbstvenega vidika obravnave pacienta le pri karativnem dejavniku Pomoč pri zagotavljanju osnovnih človekovih potreb pri študentih glede nato ali so končali srednjo zdravstveno šolo ($F=4,094$; $p=0,045$) ali ne, glede na način študija ($F=4,909$; $p=0,029$) in glede na letnik študija ($F=5,391$; $p=0,022$). Prav tako smo sicer zaznali statistično pomembno razliko ($F=6,133$; $p=0,015$) v zaznavanju karativnega dejavnika Vnašanje upanja-zaupanja glede na to ali so anketirani končali srednjo zdravstveno šolo ali ne. Medtem ko statistično pomembnih razlik v zaznavanju nismo zaznali pri ostalih proučevanih karativnih dejavnikih skrbstvenega vidika. Z univariatno regresijsko analizo smo ugotovili, da na karativni dejavnik Izražanje pomoči pri zagotavljanju osnovnih človekovih potreb statistično pomembno vpliva zaključena srednja zdravstvena šola ($\beta=0,177$, $t=2,023$, $p=0,045$), letnik študija ($\beta=0,202$, $t=2,320$, $p=0,022$) ter način študija ($\beta=0,193$, $t=2,216$, $p=0,029$).

DISKUSIJA

V raziskavi smo ugotovili, da so študenti relativno visoko ocenili proučevane karativne dejavnike skrbstvenega vidika obravnave pacienta. Najvišje je bil ocenjen dejavnik humanizem, kjer je v ospredju oblikovanje sistema humanistično-nesebičnih vrednot, ki je eden od ključnih temeljev poklica zdravstvene nege. Glede na visoko oceno omenjenega dejavnika je bila najverjetneje odločitev študentov za izbrani poklic samostojna, saj je zelo pomembno, da si študenti sami izberejo ustrezen poklic. Prav tako je pri študiju zdravstvene nege ključnega pomena, da študentje pridobijo znanje o naravi poklica (skrb, humanost, celovitost, etika...), saj le-ta poglobljena znanja študentu pripomorejo h kakovostni obravnavi pacienta in njegovemu zadovoljstvu. Prav tako smo ugotovili, da je bil najnižje ocenjen karativni dejavnik občutljivost, ki se nanaša tudi na občutljivost do sebe ter razumevanje in seznanjanje tako pacientov kot svojcev, kar delno nakazuje tudi na to, da študenti za enkrat postavljajo v ospredje pacienta in seveda ob

tem velikokrat pozabijo nase. Sawatsky in sodelavci (2009) ugotavljajo, da študenti pridobijo v izobraževanju znanje, spretnosti, stališča, prepričanja, norme, vrednote in etične standarde, je pa tudi proces vedenjskih sprememb študentov zdravstvene nege.

Ne prihaja do statistično pomembnih razlik v samooceni študentov glede na način in letnik študija ter končano srednjo šolo v celotnem pogledu skrbstvenega vidika zdravstvene nege. Statistično pomembno razliko med letnikom in načinom študija smo ugotovili le pri enem izmed proučevanih karativnih dejavnikov, in sicer pri »Pomoči pri zagotavljanju osnovnih človekovih potreb«. Glede na dobljene rezultate hipoteze ne moremo potrditi, saj smo ugotovili statistično pomembno razliko le pri zaznavanju enega od desetih karativnih dejavnikov glede na letnik študija. Hkrati smo ugotovili, da sedem proučevanih dejavnikov skrbstvenega vidika ocenjujejo višje študenti drugega letnika in le tri proučevane karativne dejavnike skrbstvenega vidika ocenjujejo višje študenti tretjega letnika. Tudi Khademian in Vizeshfar (2008) so ugotovili, da študenti višjih letnikov niso zaznali skrbstvenega vidika višje kot študenti nižjih letnikov, medtem ko so Eklund-Myrskog (2000), Kursum in Arslan (2012), Mlinar (2010) in Watson in Deary (1999) ugotovili, da so študenti višjih letnikov zaznavo skrbi ocenili višje kot študenti nižjih letnikov. Pridobivanje izkušenj v klinični praksi je za študente zdravstvene nege pomemben del vzgojno-izobraževalnega procesa, da bi pridobili skrbstveno vedenje. Tekom izobraževanja in pridobivanja izkušenj pa se spreminja in oblikuje skrbstveno vedenje študentov kot bodočih medicinskih sester, zato je opaziti razlike v posameznih letnikih študija.

ZAKLJUČEK

Zdravstvena nega se osredotoča na temeljne človekove potrebe. Zato je skrb osrednji temelj prakse zdravstvene nege. Zdravstvena nega temelji na etiki skrbi, kar pomeni tudi skrbi za samo stroko zdravstvene nege. Med izobraževanjem je cilj pridobiti zavest o poklicu, le-to pa se nadaljuje tudi kasneje skozi poklicno življenje.

Najpomembnejša odgovornost medicinske sestre in študenta zdravstvene nege je zagotavljati visoko kakovostno, holistično in individualno skrbstveno zdravstveno nego. Študenti zdravstvene nege so potencialne medicinske sestre v prihodnosti, zato je pomembno, da jih tekom študija spodbujamo in jim prikažemo ustrezno skrbstveno vedenje v zdravstveni obravnavi pacienta.

LITERATURA

- Alligood MR, Tomey AM. Nursing Theorists and Their Work. 7th ed. USA: Mosby; 2010:765-72.
- Benner P, Wrupel J. The primacy of caring: stress and coping in health handillness. Menlo Park:Addison-Wesley; 1989.
- Bondas T. Paths to nursing leadership. J Nurs Manag. 2006;14(5):332-9.
- Chambers D. Is the modern NHS fit for nursing students? Br J Nurs. 2007;16(2):74-5.
- Eklund-Myrskog ED. Student nurses' understanding of caring science. Nurse Educ Today. 2000;20(2):164-70.
- Fawcett J. The nurse theorists: 21 st-century updates-Jean Watson. Nurs Sci Q. 2002;15 (3):214-9.
- Gaines S, Baldwin D. Building dialogue in the transformation of teacher-student relationships. Nurs Outlook. 1996;44(3):124-8.
- Karaöz S. Turkish nursing students' perception of caring. Nurse Educ Today. 2005;25(1):31-40.
- Kelly B. The professional self-concepts of nursing undergraduates and their perceptions of influential forces. J Nurs Educ. 1992;31(3):121-5.
- Khadeiman Z, Vizeshfar F. Nursing students' perceptions of the importance of caring behaviors. J AdvNurs.2008;61(4):456-62.
- Kursum S, Arslan FT. Nursing students' perceptions of caring in Turkey. Health Med. 2012;6(9):3145-51.
- Leininger M, Watson J. The caring imperative in education. New York: National League for Nursing; 1990.



Mlinar S. Poklicne vrednote skrbstvenega ravnanja študentov zdravstvene nege v odnosu do pacientov. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Zorc J, eds. Na dokazih podprta zdravstvena obravnava - priložnost za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj: zbornik predavanj z recenzijo. 4. mednarodna znanstvena konferenca področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu, četrtek 9. 6., in petek, 10. 6. 2011. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego. 2011: 335-41.

Mlinar S. First- and third-year student nurses' perceptions of caring behaviours. *Nurs Ethics*. 2010;17(4):491-500.

Naylor MD. A decade of transitional care search with vulnerable elders. *J Cardivasc Nurs*. 2000;14(3):1-14.

Reeve K, Calabro K, Adams-McNeill J. Tobacco cessation intervention in a nurse practitioner managed clinic. *J Am Acad Nurse Pract*. 2000;12(5):163-9.

Reigel B, Carlso B, Kopp A, LePetrie B, Glaser D, Unger A. Effect of a standardized nurse case management telephone intervention on resource use in patient with chronic heart failure. *Arch Intern Med*. 2002;162(6):705-12.

Sawatzky JAV, Enns CL, Ashcroft TJ, Davis PL, Harder BN. Teaching excellence in nursing education: a caring framework. *J Prof Nurs*. 2009;25(5):160-6.

Sevenhuijsen S, Švab A. Labirinti skrbi: pomen perspektive etike skrbi za socialno politiko. Ljubljana: Mirovni inštitut; Inštitut za sodobne družbene in politične študije; 2003: 13-39.

Skela Savič B. Vplivni dejavniki razvoja zdravstvene nege v sodobni družbi: prevzemanje odgovornosti s strani vseh akterjev. In: Skela Savič B, Kaučič BM, Filej B, eds. Novi trendi v sodobni zdravstveni negi - razvijanje raziskovanja, izobraževanja, multisektorskega partnerskega sodelovanja: zbornik predavanj z recenzijo. 2. mednarodna znanstvena konferenca področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu, September 17-18, 2009, Ljubljana, Slovenija. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2009: 45-54.

Smith M. Caring and science of unitary human beings. *Adv Nurs Sci*. 1999;21(4):14-28.

Swanson K. Empirical development of a middle range theory of caring. *Nurs Res*. 1991;40(3):161-6.

Tanner C. Caring as a value in nursing education. *Nurs Outlook*. 1990;38(2):70-2.

Wade GH, Kasper N. Nursing students' perceptions of instructor caring: an instrument based on Watson's theory of transpersonal caring. *J Nurs Educ*. 2006;45(5):162-8.

Watson J. *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences*. New York: Springer; 2009: 241-252.

Watson J. Human caring as a moral context for nursing education. *Nurs Health Care*. 1988;9(8):423-5.

Watson J. *Human science and human care: A theory of nursing*. London: Jones and Bartlett Publishers International; 1999:73-7.

Watson J. *Theory of human caring*. University of Colorado Health Sciences center, School of Nursing. 2001. Dostopno na: <http://www2uchsc.edu/son/caring/content/evolution.asp> (05.02.2013).

Watson R, Deary IJ. A longitudinal study into the perceptions of caring among students nurses using multi variate analysis of the Caring Dimension Inventory. *J Adv Nurs*. 1999;30:1080-9.

Wolf ZR, Miller PA, Devine M. The relationship between nurse caring and patient satisfaction in patient having invasive cardiac procedures. *Med Surg Nurse*. 2003;12(69):391-6.

213E

IZOBRAŽEVALNE POTREBE BOLNIKOV Z REVMA TIČNO BOLEZNIJO

EDUCATIONAL NEEDS OF PATIENTS WITH RHEUMATIC DISEASES

Milena Pavič Nikolič, dipl. m. s.

Univezitetni klinični center Ljubljana, Revmatološka ambulanta

milena.pavic@kclj.si

Ključne besede: revmatične bolezni, področja edukacije, informacije, vsakodnevne težave

IZVLEČEK

Uvod: Bolniki z revmatičnimi boleznimi potrebujejo multidisciplinarni pristop. Zato je pomembno, da imajo zagotovljen dostop do zdravstvenih strokovnjakov, ki jim pomagajo pri obvladovanju vsakodnevnih težav, kot so bolečina, utrujenost, nespečnost, težave z mobilnostjo, izboljšanje vsakodnevnih aktivnosti in jim nudijo psihično podporo. Cilj raziskovanja je bil pridobiti informacije, na katerih področjih potrebujejo bolniki z revmatično boleznijo izobraževanje in kateri problemi izstopajo. Koliko so pripravljeni bolniki narediti sami, ter doseči zastavljene cilje.

Metode: Vprašalnik zajema več sklopov, ki obravnavajo posamezna področja, ter nekaj demografskih vprašanj. Ponujeni so možni odgovori »sploh ni pomembno, malo pomembno, dokaj pomembno, zelo pomembno«. Pravilno izpolnjen je 101 vprašalnik. Sodelovalo je 71 žensk in 30 moških, povprečna starost je 58,2, standardna deviacija 12,8 +/- . Statistična analiza je opravljena z SPSS 17 statističnim paketom.

Rezultati: 64 % anketiranih bolnikov ima težave z gibanjem. Najbolj pomembno področje, na katerem želijo pridobiti dodatno pomoč, je upravljanje bolezni in sicer dodatne informacije o bolezni 96 %, neželeni učinki zdravil 93 %, zdravljenje bolezni 90 % ter pomembnost preiskav 89%. Zelo pomembno se je izkazalo področje varovanja sklepov 89%, ter načini dvigovanja bremen 75%. Premagovanje utrujenosti je zanimalo 73 % anketirancev, na področju samopomoči pa se jih 83% želi naučiti vaj, s katerimi bi ohranjali sklepe.

Razprava in zaključki: Iz podatkov, pridobljenih z raziskavo, je razvidno, da si bolniki želijo v veliki meri pridobiti pomoč in dodatne informacije na področju spoznavanja in upravljanja bolezni ter pri reševanju vsakodnevnih težav, s katerimi se srečujejo. Za pomembna področja izobraževanja so se izkazale tehnike varovanja sklepov, vaje za krepitev mišic ter drugi nasveti, ki učinkovito pomagajo ohranjati kvaliteto življenja. Zaradi raznolikosti zanimanja se je izkazala pomembnost sodelovanja različnih strokovnjakov s področja revmatologije.

Key words: rheumatic diseases, educational needs, information, everyday problems

ABSTRACT

Introduction: Patients with rheumatic diseases need multidisciplinary approach. It is therefore important that they have guaranteed access to health care professionals who can assist them in coping with everyday problems, such as pain, fatigue, insomnia, mobility difficulties, improvement of daily activities, and can provide them with psychical support. The objective of our research was to obtain information on which

fields patients with rheumatic diseases need education, and which problems stand out, in what extent they were willing to help themselves, and how they would achieve their goals. A representative sample of patients included patients with various rheumatic diseases.

Methods: The questionnaire was divided in several sections covering specific areas, and it included some demographic questions. The following possible answers: "Does not matter at all, A little important, Quite important, Very important" were offered. 101 duly completed questionnaires were returned for analysis. 71 women and 30 men participated; the median age was 58.2, standard deviation 12.8 ±. Statistical analysis was performed with SPSS 17 statistical package.

Results: 64% of surveyed patients have mobility difficulties. The most important area in which they wish to receive additional assistance is disease management, namely 96%, then adverse drug reactions 93%, treatment of disease 90%, and the importance of examinations 89%. Protection of joints proved to be very important (89%), and also the methods of load lifting 75%. 73% of respondents were interested in overcoming fatigue, and as regards self-help, 83% of patients want to learn techniques of maintaining the flexibility.

Conclusions: It is clear from the questionnaires that, in a large extent, patients want to obtain assistance and additional information in the field of cognition and disease management, and in resolving the daily problems they face. With the education of correct techniques of protection of joints and maintenance of mobility, as well as other advice to patients with rheumatic diseases, their quality of life would be maintained in an effective way.

UVOD

Pod skupnim imenom revmatične bolezni se skriva raznolika skupina bolezni, ki lahko prizadene tako sklepe, ob sklepne strukture kot tudi notranje organe. V grobem se revmatične bolezni delijo na osteoartrozo - v uporabi je še izraz degenerativni revmatizem in na vnetne revmatične bolezni ter revmatizem mehkih tkiv. V Sloveniji za revmatizmom zboleva 10 % populacije, kar z drugimi besedami pomeni, da je pri nas okoli 200.000 bolnikov. V Sloveniji je okoli 20.000 bolnikov z revmatoidnim artritisom, saj zbolijo za revmatoidnim artritisom okoli 1 % prebivalstva. Statistike poleg tega kažejo, da ima po 75. letu starosti več kot 80 % ljudi obrabljen in degeneriran vsaj en sklep (Rumatoidni, 2013).

Za izrazom revmatizem se skriva skupek različnih bolezni, ki jim je skupno predvsem, da povzročajo bolečino in trpljenje. Pomembno vplivajo na življenje in odnose v družini, skupnosti ter vplivajo na državno blagajno zaradi izgube delovnih dni (Ryan, 2007).

Bolnikovo izobraževanje je sestavni del uspešnega upravljanja revmatične bolezni in je opredeljeno kot niz načrtovanih izobraževalnih aktivnosti za izboljšanje bolnikovega zdravstvenega vedenja in / ali zdravstvenega stanja. Raziskave so pokazale, da lahko prinese izboljšave v zdravstvenem stanju, številni zdravstveni delavci menijo, da je ključ do izboljšanja zdravljenja (Hill, Bird, Johnson, 2001).

Zdravljenje revmatičnih bolezni

Zdravila, ki jih imamo na voljo za zdravljenje revmatičnih bolezni, so raznolika, vendar v veliki meri delujejo na imunski sistem, ker so revmatične bolezni imunsko pogojene. Zdravljenje potrebuje skrbni laboratorijski nadzor, kakor tudi navodila, ki jih mora bolnik prejeti ob pričetku zdravljenja. Kljub novim biološkim zdravilom, ki so bolj učinkovita kot druge oblike zdravljenja, je izboljšanje bolnikovega zdravstvenega stanja in kakovost življenja odvisna od njihove sposobnosti in pripravljenosti, da bodo upoštevali navodila za zdravljenje, ki vključujejo tudi nefarmakološke nasvete. Izobraževanje bolnikov se priporoča kot sestavni del zdravljenja (Hill, 2006).

Življenje z revmatičnimi obolenji vpliva na razpoloženje, samospoštovanje, socialne odnose in delo. Številni strokovnjaki skozi timsko delo pomagajo bolnikom najti strategijo, ki jim bo pomagala pri soočanju z boleznijo, s čimer pridobijo nadzor nad boleznijo in socialno identiteto (Ryan et al., 2006).

Timsko obravnavo bolnikov v revmatologiji ima dolgo tradicijo v Evropi. Sprva je temeljila na dolgoletni oskrbi bolnika v bolnišnici, vendar se je po večjih spremembah v zdravstvenih sistemih v zahodnih državah model spremenil. Tradicionalno so vsi zdravstveni timi v revmatologiji vključevali zdravnika, medicinsko sestro, fizioterapevta, delovnega terapevta in včasih tudi socialnega delavca. Bolnik je bil osrednji del tima, ki pa je imel pasivno vlogo prejemnika predlogov in zdravljenja. Danes pojem timske obravnave vključuje vse intervencije, ki jih skupina zdravstvenih delavcev (vsaj 3 osebe vključno z bolnikom) z različnih strokovnih okolij nudijo bolniku. Timsko delo je osredotočeno na bolnika s pomočjo dobro opredeljenih ciljev. Struktura zdravstvenega tima je tudi vedno bolj prilagodljiva. V mnogih državah je tesno sodelovanje z drugimi ponudniki zdravstvenih storitev, kot so izvajalci na primarni ravni, osnovno zdravstveno varstvo, specialisti (ortopedi, fiziatrji, psihologi, psihiatri...), pediker ipd... (Pettersson, 2006).

Pri bolnikih z revmatičnimi boleznimi je uspešnost zdravljenja v veliki meri odvisna od dostopa do interdisciplinarnega tima. Pogosto je medicinska sestra odgovorna za usklajevanje napotitev k drugim izvajalcem, predvsem bolnikom, ki so v zgodnji fazi bolezni in obstaja veliko tveganje za funkcionalni primanjkljaj, nezmožnosti za delo in psihološko stisko. Pomembna je identifikacija bolnikov, ki bi lahko imeli koristi od zgodnje rehabilitacije in vključitve vseh zdravstvenih specialistov na področju revmatologije.

Ljudje z revmatičnimi boleznimi se morajo naučiti nadzora svoje bolezni, ker tako vplivajo na telesno, funkcionalno, socialno in psihološko komponento svojega življenja ter s tem prevzemajo nadzor nad njim. Z izobraževanjem s pomočjo delavnic bolniki izboljšajo samonadzor, naučijo se tehnik, s pomočjo katerih ustrezno spremenijo življenjski slog (npr. telesno dejavnost). Raziskava leta 2008 (Hammond in sod.) dokazuje, da je pri bolnikih z RA program izobraževanja izboljšal za najmanj eno leto psihično stanje, vplival na samonadzor bolezni, predvsem na nadzor bolečine (Hammond et al., 2008).

Švedska raziskava iz leta 2005 je vključila bolnike z revmatoidnim artritisom (RA) in delovno skupino strokovnjakov, sestavljeno iz delovnih terapevtov ter medicinske sestre, v kateri je s pomočjo vodenih razprav na temo normalnega življenja, fizične sposobnosti, neodvisnosti in dobrega počutja prišla do pomembnih ugotovitev. Zadovoljstvo z zdravljenjem je bilo povezano s kakovostjo komunikacije med osebjem in bolnikom. Udeleženci so to določili kot prvi pogoj za kvalitetno obravnavo. Ugotovili so, da je zmanjšanje bolečine najbolj pomembno v zgodnji fazi razvoja RA. Rezultati te študije kažejo, da je potrebno bolezen oceniti v posameznih fazah bolnikove bolezni ter v vseh spremenjenih razmerah življenja, kar kaže na potrebo po holističnem pristopu pri zdravljenju bolnika z RA. Potrebne so redne ocene simptomov, kot so bolečina, utrujenost in zmanjšano dobro počutje. Več raziskav je potrebno tudi o tem, kako bolniki opravijo svojo vlogo pri zdravljenju bolezni ter izboljšajo komunikacijske sposobnosti v želji, da prevzamejo nadzor nad svojo boleznijo in aktivno sodelujejo z zdravstvenim timom (Ahlmén et al., 2005).

Sierakowska in sodelavci (2006) so v svoji raziskavi ugotavljali raven znanja pri bolnikih z revmatoidnim artritisom, njihove izobraževalne potrebe, poznavanje bolnikovih potreb s strani medicinskih sester in njihovo sposobnost za prepoznavanje bolnikovih težav. Pomoč za izboljšanje kakovosti življenja bolnikov z RA vključuje njihovo poučevanje, kako se spopasti z boleznijo, nasvete za soočanje s težavami vsakdanjega življenja, stresom in bolečino. Rezultati narejene raziskave so pokazali veliko potrebo bolnikov, še posebej tistih z zgodnjim revmatoidnim artritisom, za izobraževanje, podporo in pomoč pri prilagajanju na bolezen. Istočasno je ugotovljeno, da medicinske sestre, čeprav ne v celoti, izpolnjujejo svojo izobraževalno vlogo in hkrati pripravljenost za sodelovanje v organiziranih oblikah zdravstvene vzgoje (Sierakowska et al., 2006).

Izobraževanje bolnikov je znatno izboljšalo funkcionalne sposobnosti, bolečino in psihološko stanje, povezano z revmatično boleznijo. Čeprav imajo bolniki na voljo različne vire, vključno informativne

brošure in spletne strani, je bolj cenjeno izobraževanje, ki ga izvajajo medicinske sestre individualno ali skupinsko. Medicinska sestra ima ključno vlogo pri izobraževanju bolnika na področju učinkovitosti, neželenih učinkov zdravil, načinov in pogostosti dajanja zdravil, shranjevanju zdravil, samo-injiciranju zdravila, vključno s prikazom ustrezne tehnike. Poleg tega ugotovi pripravljenost bolnika za razumevanje zdravljenja bolezni. Izobraževanje bolnikov vpliva tudi na reševanje psiholoških in socialnih problemov, občutno izboljšuje telesno in čustveno počutje. Bolečina je pogosto najslabši simptom za mnoge bolnike in vztrajna bolečina lahko povzroči stres in depresijo. Zagotavljanje čustvene podpore (v obliki razprav o občutkih in skrbeh, ki jih imajo bolniki) so dosledno bolniki navajali kot eno od najpomembnejših pridobitev med izobraževalnimi delavnicami, ki jih izvaja medicinska sestra (Dewing et al., 2010).

Namen in cilji

Številne raziskave, izvedene v tujini, so dokazale korist informiranja in izobraževanja za bolnike z revmatičnimi obolenji. Na podlagi pregledane literature je bil zastavljen cilj ugotoviti potrebo in željo po izobraževanju bolnikov z revmatično boleznijo v Sloveniji ter ugotoviti na, katerih področjih potrebujejo bolniki svetovanje in pomoč.

METODE

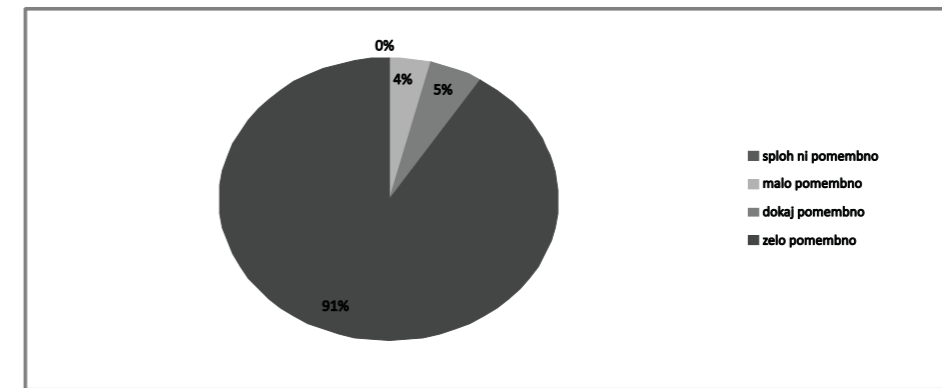
Uporabljena je kvantitativna metoda raziskovanja. Populacijo so predstavljali bolniki z revmatično boleznijo, člani Društva revmatikov Slovenije. Zbiranje podatkov je potekalo tekom predstavitvenih delavnic, vključeni so vsi udeleženci predavanj. Delavnic se je udeležilo 150 bolnikov. Od vseh izpolnjenih vprašalnikov je bil 101 vprašalnik primeren za statistično obdelavo. Del vprašalnika je povzet iz članka Cross-cultural validation of the Educational Needs Assessment Tool in RA in 7 European countries (Ndosi, et. al., 2011). Dovoljenje za uporabo vprašalnika je pridobljeno leta 2012 od soavtorice Jackie Hill. Pilotna študija je bila izvedena na prvi delavnici (20 udeležencev), sledilo je nekaj osnovnih popravkov vprašalnika (zajem demografskih podatkov).

Vprašalnik je sestavljen iz več sklopov, ki obravnavajo posamezna področja ter nekaj demografskih vprašanj. Tematski sklopi so: bolečine, gibanje, čustva, bolezen in samopomoč. Ponujeni so odgovori po štiristopenjski lestvici: »sploh ni pomembno, malo pomembno, dokaj pomembno, zelo pomembno«. Raziskava je potekala od marca 2012 do decembra 2012. Pravilno izpolnjen in statistično obdelan je 101 vprašalnik. Statistična analiza je opravljena z SPSS 17 statističnim paketom.

Bolniki so bili po končani delavnici povabljeni k prostovoljnemu sodelovanju pri izpolnitvi ankete.

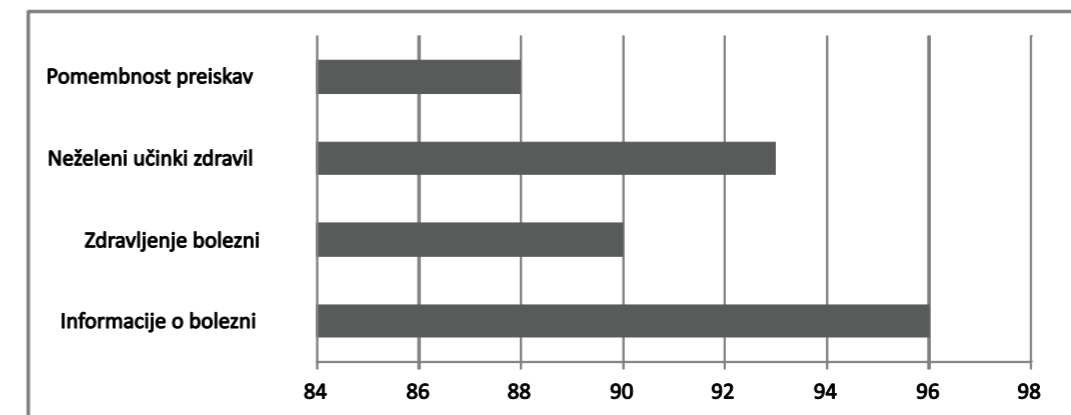
REZULTATI

V raziskavi je sodelovalo 71 žensk in 30 moških, povprečna starost je 58,2 standardna deviacija 12,8 +/- . Potrebo po informacijah, ki bi jim olajšale vsakodnevno življenje z boleznijo, je izrazilo 91 % vprašanih (Slika 1).



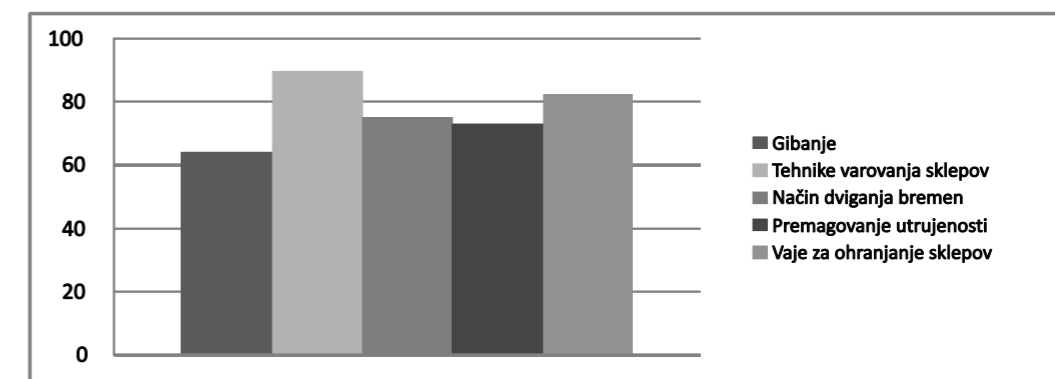
Slika 1: Potreba bolnikov po informacijah, ki bi jim olajšale življenje

64 % anketiranih bolnikov je odgovorilo, da ima težave z gibanjem. Najbolj pomembno področje, na katerem želijo pridobiti dodatne informacije, je upravljanje bolezni (Slika 2).



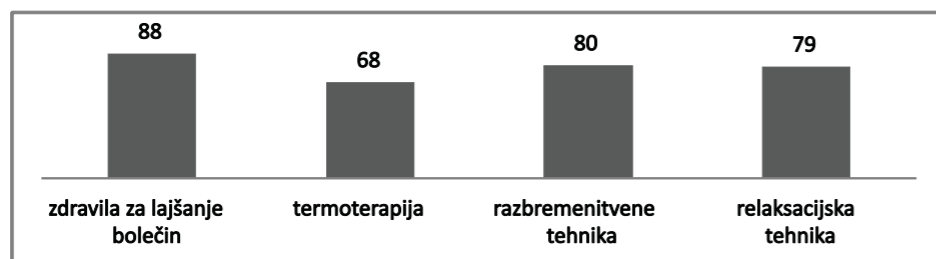
Slika 2: Informacije o upravljanju bolezni

Zelo pomembno področje, na katerem želijo pridobiti več informacij, je učenje tehnike varovanja sklepov 89%, ter načini dvigovanja bremen 75%. Ravno tako jih zanima premagovanje utrujenosti (73%) ter področje samopomoči (83%) (Slika 3).



Slika 3: Pomembnost posameznih področij informiranja

Najpomembnejše področje za lajšanje bolečin v sklepih so zdravila za lajšanje bolečin (88%), sledijo termoterapija (86%), razbremenitvene tehnike (80%) ter v 79% relaksacijske tehnike za zmanjšanje bolečin (Slika 4).



Slika 4: Zanimanje za tehnike lajšanja bolečin v sklepih

Odstopanja v zanimanju med moškimi in ženskami so se pokazala na področju samopomoči in sicer pri vprašanih o prehrani in vitaminih (M 63,3 %; Ž 77,4 %; $p=0,23$), na področju obvladovanja čustev (M 56,7 %; Ž 70%; $p=0,42$), in vpliva bolezn na bližnje (M 70 %; Ž 83 %; $p=0,14$). Odstopanja niso statistično pomembna.

RAZPRAVA

Glavni cilj zdravljenja revmatičnih bolezn je poleg nadzora nad boleznijo, ki ga dosežemo z zdravili, pomagati bolnikom z nasveti in praktičnimi prikazi, kako prevzeti nadzor nad težavami, s katerimi se srečujejo vsakodnevno, in življenje ohraniti polno in neodvisno, kot je mogoče.

Kljub biološkim zdravilom, ki so zadnje desetletje pomagala izboljšati zdravljenje revmatičnih bolezn, je še vedno pomembno, da bolniki dobijo dovolj informacij in znanja, da bi ohranili aktivno življenje. Približno 30 odstotkov bolnikov se ne odziva na biološka zdravila in celo tisti, pri katerih je odziv dober, se soočajo s spremenljivostjo simptomov, kot so bolečina, okorelost, slabo počutje in utrujenost, ki imajo psihološke učinke, kot so anksioznost in depresija. Ravno tako je skupna značilnost revmatičnih bolezn socialna izoliranost, ki vpliva na kakovost življenja bolnikov in tistih, ki so jim blizu. Ne glede na to, kako učinkovito je zdravljenje, je upravljanje revmatičnih bolezn odvisno od sposobnosti in pripravljenosti bolnikov ohraniti nadzor nad svojo boleznijo, ki jo dosežejo s pomočjo izobraževalnih delavnic (Hill, 2003).

Naša raziskava je poleg želje za dodatnim znanjem in informacijami pokazala tudi številne težave. Visok odstotek anketiranih (64%) ima težave z gibanjem, ravno tako si želijo izvedeti več o tehničnih pripomočkih, ki jih imamo na tržišču (78%). V visokem odstotku jih skrbi bodočnost, zakaj več ne morejo početi stvari, ki so jih do sedaj in kako bo v bodoče (86%). Raziskava je pokazala, da bolniki potrebujejo oskrbo dobro uigranega tima različnih zdravstvenih strokovnjakov, ki bi pokrili potrebe, ki so se pokazale. Poleg fizioterapevtov, ki poskrbijo za izboljšanje fizičnega stanja, vključno z aerobno zmogljivostjo, mišično močjo, vzdržljivostjo in funkcionalno aktivnostjo, tudi delovnega terapevta, katerega namen je omogočiti bolniku prilagojen način življenja, ki ohranja samostojno in kvalitetno življenje. Izrednega pomena je medicinska sestra, ki zna bolniku svetovati, ima znanje o zdravilih, bolnikom nudi telefonsko svetovanje.

Izobraževanje bolnikov vpliva tudi na reševanje psiholoških in socialnih problemov, občutno izboljšuje telesno in čustveno počutje. Bolečina je pogosto redna spremljevalka bolnikov z revmatično boleznijo in pogojuje nastanek depresije. Zagotavljanje čustvene podpore (v obliki razprav o občutkih in skrbeh, ki jih imajo bolniki) so bolniki dosledno navajali kot eno od najpomembnejših pridobitev med izobraževanjem, ki so ga izvajale medicinske sestre (Dewing et al., 2010).

Prvi program (Arthritis Self- Management program), ki je bil namenjen bolnikom z revmatoidnim artritisom je bil razvit v začetku 1979 leta na Univerzi v Stanfordu. Sledila so desetletja raziskav, ki so dopolnjevala program. Rezultati so pokazali, da bolniki, ki se udeležijo programov, zmanjšajo bolečino, včasih tudi invalidnost, izboljšajo kakovost življenja ter v manjši meri koristijo zdravstvene storitve, kar posledično vpliva na zdravstveno blagajno (Loring, Fries, 2006).

Za boljši vpogled v potrebe bolnikov bi bila potrebna raziskava posameznih skupin bolnikov po diagnozi, hkrati bi bilo potrebno raziskati, kakšen način izobraževanja si želijo, kakšen je način komunikacije z zdravstvenim timom, kje so pomanjkljivosti in kje prednosti tega, da programov izobraževanja ne izvajamo, jih pa poznamo iz tujine.

SKLEP

Iz podatkov, pridobljenih z raziskavo, je razvidno, da si bolniki želijo v veliki meri pridobiti pomoč in dodatne informacije na področju spoznavanja in upravljanja bolezn ter pri reševanju vsakodnevnih težav, s katerimi se srečujejo. Zaradi raznolikosti zanimanja se je izkazala pomembnost sodelovanja različnih strokovnjakov. Glede na to, da genskih dejavnikov tveganja za razvoj revmatičnih bolezn ne moremo spremeniti (starost, spol, družinsko anamnezo), lahko z nasveti o življenjskem slogu pripomoremo k zmanjšanju že nastalih težav oziroma preprečevanju le teh. Preprečevanje poslabšanja bolezn in izboljšanje kvalitete življenja je potrebno približati bolnikom in jih aktivno vključiti v proces izobraževanja. Naša raziskava odpira številna vprašanja. Kako slediti praksi v tujini in omogočiti bolnikom kvalitetne programe. Ali smo medicinske sestre pripravljene sodelovati in narediti korak naprej v smeri naše vloge, ki je v aktivnem zdravstveno vzgojnem delu z bolnikom in ostalimi člani zdravstvenega tima. Bolniki so jasno povedali svoje mnenje. Ali se bomo medicinske sestre skupaj s timom odzvale na izziv.

LITERATURA

- Ahlmén M, Nordenskiöld U, Archenholtz B, Thyberg I, Rönnqvist R, Lindén L et al.. Rheumatology outcomes: the patient's perspective. A multicentre focus group interview study of Swedish rheumatoid arthritis patients. *Rheumatology*. 2005;44 (1):105–10.
- Dewing KA, Fritz J, Furfaro NM, Kortan JM, Ruffing V. The Evolving Role of the Rheumatology Nurse. *Rheumatology Nurse Newsletter* 2010;3(4):4-16.
- Hammond A, Lincoln N, Sutcliffe L. A crossover trial evaluating an educational-behavioural joint protection programme for people with rheumatoid arthritis. *Patient Educ Couns*. 1997; 37(1): 19–32.
- Hill J. An overview of education for patients with rheumatic diseases. *Nurse Times*. 2003;99(19):26-7.
- Hill J. *Rheumatology Nursing: A creative approach*. West Sussex: John Wiley&Sons Ltd; 2006.
- Hill J, Bird H, Johnson S. Effect of patient education on adherence to drug treatment for rheumatoid arthritis: a randomised controlled trial. *Ann Rheum Dis*. 2001;60(9):869–75.
- Loring K, Fries JF. *The Arthritis Helpbook*. Cambridge: Perseus Books Group; 2006.
- Ndosi M, Tennant A, Bergsten U, Kukkurainen ML, De la Torre-Aboki MPJ, Vliet Vlieland TMP et al.. Cross-cultural validation of the educational needs assessment tool in RA in 7 European countries. *MSD*. 2011;12 (1):101-10.
- Newbold D. Coping with rheumatoid arthritis. How can specialist nurses influence it and promote better outcomes? *J Clin Nurs*. 1996;5(6):373-80.
- Petersson IF. Team care. Traditions and new trends. *J Rheumatol*. 2006;33(9):1895–6. *Revmatoidni artritis*. 2013.
- http://www.revmatoidni-artritis.si/si-pat/home/najpogostejsa_vprasanja.html <14.1.2013>
- Ryan S. *Drug therapy in Rheumatology nursing*. West Sussex: John Wiley&Sons Ltd; 2007.
- Ryan S, Hassell AB, Lewis M, Farrell A. Impact of a rheumatology expert nurse on the wellbeing of patients attending a drug monitoring clinic. *J Adv Nurs*. 2006;53(3):277–86.
- Sierakowska M, Krajewska-Kulak E, Lewko J, Przeorska-Najgebauer T, Jankowiak B, Rolka H, et al.. The education of patients with rheumatoid arthritis– the knowledge and expectation of patients– the opinions of rheumatology nurses. *Ann Med Univ Bialyst Pol*. 2006;50(1): 107-10.



PRAKSA ZA PRAKSO



223A

OCENA ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI O IZVEDBI ČIŠČENJA: ŠTUDIJA PRIMERA

THE NURSING STAFF'S ASSESSMENT OF CLEANING SERVICES: A STUDY CASE

viš. pred., mag. Jožica Peterka Novak, viš. med. ses., prof. soc. ped.

Irena Us, dipl. m. s., univ. dipl. org.

Psihiatrična klinika Ljubljana

jozica.peterka@psih-klinika.si

Ključne besede: zdravstvena nega, bolnišnična higiena, kvaliteta čiščenja, zunanje izvajanje

IZVLEČEK

Izhodišča: Problem predstavlja kvaliteta čiščenja. Namen raziskave je ugotoviti oceno čiščenja in statistično značilne razlike med ocenami. Hipoteza: Med oceno obstajajo statistično značilne razlike glede zadovoljstva čiščenja.

Metode: Raziskava je bila opravljena kot študija primera z vprašalnikom zaprtega tipa. Potekala je od 1. 8. 2012 do 30. 8. 2012. Podatki so bili opisno analizirani. Za intervalne spremenljivke so bili izračunani: srednja vrednost, standardni odklon, modus, primerjava povprečja dveh različnih skupin, uporabljen je bil t-test za neodvisne vzorce.

Rezultati: Kvaliteta čiščenja je zadovoljiva (povprečne ocene med 2,29 in 3,58). Standardni odkloni so med 0,536 in 1,073. Modus se giblje od 2 do 4, najnižji je (Mo = 2) pri 4 elementih čiščenja, kjer so povprečne ocene < 3,00. Statistično značilne razlike ($p > 0,05$) obstajajo pri elementih: odstranjevanje smeti, čiščenje ploščic okoli umivalnikov, čiščenje talnih površin v bivalnih prostorih. Hipotezo 1 lahko delno potrdimo.

Diskusija in zaključek: Priporočajo izvedbo večkrat letno, ker bi bila podlaga za delo izvajalca, zagotovljeno bi bilo kvalitetno čiščenje in ukrepi preprečevanja bolnišničnih okužb. Ugotovitve ne posplošujejo na vse bolnišnice v Sloveniji, poudarjajo, da so indikatorji lahko uporabni za vse.

Keywords: medical care, hospital hygiene, cleaning quality, outsourcing

ABSTRACT

Introduction: The subject of the article is the quality of cleaning services. The aim was to determine the satisfaction of the nursing staff with the cleaning services and to find out whether statistically significant differences exist between the assessments. Hypothesis – H1: Statistically significant differences exist between the assessments regarding the quality of cleaning.

Methods: The research was conducted as a case study. The research was conducted between October 1st and October 30th, 2012. The questionnaire data was analysed descriptively. The mean, standard deviation, and mode were **calculated for** interval. Comparisons were also made between the averages of two different groups by running a t-test on independent samples.

Results: The quality of cleaning services in the hospital was considered to be satisfactory (average scores ranged between 2.29 and 3.58). The standard deviation was 0.536 and 1.073, and the mode ranged from 2 to 4. The value of the mode was the lowest (Mo=2) in the case of four cleaning factors, where the average scores were also <3.00. Statistically significant differences ($p > 0.05$) could be found between the following factors: emptying waste receptacles, tile cleaning around wash basins, floors cleaning in living areas. Hypothesis 1 could therefore only be confirmed partially.

Conclusion and Discussion: They recommend that similar surveys be conducted several times per year. This will ensure quality cleaning of hospital areas and guarantee the success of hospital infection prevention measures. Although the findings cannot be generalized to every hospital in Slovenia, they would like to emphasize the relevance of the indices for other hospitals.

UVOD

Zaradi potreb po zniževanju stroškov poslovanja se bolnišnice odločajo del svojih podpornih dejavnosti prenesti na zunanje izvajalce. Med te dejavnosti sodi tudi čiščenje bolnišničnih prostorov. Pred izbiro posameznega zunanjega izvajalca je potrebno analizirati koristi in tveganja, ki jih ta odločitev lahko prinese. Nadzor kvalitete čiščenja igra ključno vlogo. Zavedati se je treba, da sta čistoča in vzdrževanje predmetov in prostorov v bolnišnici pozitivno povezana z zadovoljstvom bolnikov in izidom zdravstvene oskrbe, preprečujeta bolnišnične okužbe in posledično zmanjšujeta stroške zdravljenja.

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Zdravje je eden izmed najtežje definiranih izrazov znotraj zdravstvenega varstva (Thomas, 2003). Je univerzalna vrednota in človekova pravica (Keber, Leskovic, Petrič, 2003). Podobno je z definicijo bolezni in definicijo zdravstvenega varstva. Thomas (2003) podaja vedenjsko definicijo zdravstvenega varstva, in sicer, da je zdravstveno varstvo »katero koli dejanje, izvedeno z namenom povrnitve, vzdrževanja ali izboljševanja zdravstvenega stanja vsakega posameznika«. Zadovoljstvo bolnikov je pomemben izid vsake zdravstvene oskrbe, tudi bolnišnične, kjer so, poleg postopkov nujenja določene zdravstvene oskrbe in izida zdravstvene oskrbe, ključni tudi pogoji, v katerih oskrba poteka (Kersnik, 1999) – mednje sodita tudi čistoča in vzdrževanje predmetov ter prostorov v bolnišnici.

Higiena je temeljna medicinska veda o vzdrževanju zdravja in preprečevanju bolezni (Gubina, Dolinšek, Škerl, 2002). Splošna higiena v bolnišnici je osnova za preprečevanje bolnišničnih okužb in zajema (Dolinšek, 2002): ločene čiste in nečiste prostore in poti, higieno vseh površin v bolnišnici in neposredni okolici, vzdrževanje pripomočkov in opreme, urejenost sanitarnih prostorov in opreme umivalnih mest za vzdrževanje higijene rok, vzdrževanje vodovodnih inštalacij in zračnikov, nadzorovanje klime naprav, transportna sredstva, ločevanje, zbiranje in ustrezno odstranjevanje odpadkov, redno izvajanje deratizacije, dezinfekcije in dezinfekcije, ipd. Glavni cilj splošne higijene (odstranjevanje nečistoč, zmanjševanje količine patogenih in oportunističnih mikroorganizmov – čiščenje, razkuževanje, sterilizacija (Dragaš, Škerl, 2004) je zaščita pacientov, zdravstvenega osebja in obiskovalcev).

Bolnišnične okužbe (endogene in eksogene) ogrožajo bolnikovo zdravje in življenje ter dramatično povečujejo stroške zdravljenja (Grmek, Košnik, 2005). Pri delu z bolniki predstavljajo vse večji problem. Bolnišnične okužbe povzročajo virusi, bakterije, paraziti in glive (Židanik, 2007). Povzročitelji bolnišničnih okužb, ki v svetu in pri nas predstavljajo največje epidemiološke bolnišnične probleme, so: MRSA, VRE, ESBL, pozitivne enterobakterije, ipd. O tem pričajo številne mednarodne raziskave (Cooper RA et al., 2007; Carling PC et al., 2008; Carling, Bartley, 2010; Xiaobo, Anjali, Matthew, 2011).

Na podlagi 44. in 45. člena Zakona o nalezljivih boleznih (ZNB;Uradni list RS, št. 33/2006) in 14. člena Pravilnika o pogojih za pripravo in izvajanje bolnišničnih okužb (Ur. l. RS, št. 74/1999) so se vsi zaposleni v zdravstvu (vsi zaposleni v bolnišnici, v tehničnih in oskrbovalnih službah, zunanji izvajalci storitev, ki

delujejo v okviru bolnišnice) dolžni izobraževati o načinu preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb, vse z namenom poznavanja osnov higijene, nastanka in preprečevanja prenosa okužb. Izvajanje ukrepov za preprečevanje širjenja bolnišničnih okužb je zelo pomembno, preventivni higijenski ukrepi pa so vsekakor učinkovitejši in cenejši od zdravljenja (Kerin-Povšič, 2009).

Večino podpornih dejavnosti (storitve tehničnih služb, storitve bolnišnične prehrane, informatike, storitve varovanja, čiščenja, transporta, ipd.) nekatere bolnišnice organizirajo same. Zaradi potreb po zniževanju stroškov poslovanja pa se posamezne bolnišnice, tako kot ostala podjetja, odločajo za izvajanje nekaterih podpornih dejavnosti preko zunanjega izvajanja dejavnosti (angl. Outsourcing). O prednostih zunanjega izvajanja pričajo tudi številne raziskave (Quinn, Hilmer, 1994; Roberts, 2000; Adler, 2000; Krizner, 2000; Jennings, 2002; Kavčič, Bertoneclj, 2009). Pri tem kvaliteta storitev ne sme trpeti. Da proces zunanjega izvajanja v celoti uspe, mora management v bolnišnici veliko pozornosti nameniti izboru zunanjega izvajalca čiščenja – analizirati vse mogoče poteke in izide, koristi in predvsem tveganja, ki jih ta odločitev lahko prinese (Kavčič, 2007; Kavčič, Bertoneclj, 2009). Ob tem pa nadzorovati izvajanje čiščenja z namenom vzdrževanja kakovosti v bolnišnicah.

METODE

Raziskava je bila opravljena kot študija primera raziskovanja, ki zahteva aktiven pristop in prikazuje stanje v Psihiatrični kliniki Ljubljana ter proučuje le izbran problem, ki ga vodje želijo odpraviti (McDonald, 1998; Yin, 2002; Easterby-Smith, Thorpe, Lowe, 2005). Za izvedbo raziskave smo uporabili vprašalnik zaprtega tipa. Vsebinsko veljavnost vprašalnika smo preverili na petih naključno izbranih osebah - medicinsko osebje v kliniki. Težav z razumevanjem trditev v vprašalniku ni bilo, zato smo vprašalnik ohranili nespremenjen. Za potrebe raziskave smo primerjali ocene kvalitete čiščenja diplomiranih medicinskih sester oziroma diplomiranih zdravstvenikov, ki redno vsak mesec enkrat ocenjujejo kvaliteto čiščenja, z ocenami srednjih medicinskih sester oziroma zdravstvenih tehnikov, ki običajno ne ocenjujejo kvalitete čiščenja, ker niso vključeni v protokol o ocenjevanju čiščenja.

Vprašalnik smo razdelili na dva pomenska sklopa. Prvi sklop štirih vprašanj se je nanašal na splošne demografske podatke anketiranih oseb (spol, starost, izobrazba, področje dela). Drugi sklop je vseboval 13 trditev, kjer so anketirani ocenjevali izvedbo čiščenja po posameznih elementih čiščenja. Raziskava je bila izvedena v času od 1. 8. 2012 do 30.8.2012. V vzorec je bilo vključenih 52 medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Zbrani podatki so bili obdelani s statističnim programom SPSS za Windows, verzija 19.0. Analizo smo začeli s predstavitvijo vzorca, sledi opisna statistika (srednja vrednost, standardni odklon, modus ter najnižja in najvišja ocena). S pomočjo t-testa pa smo ugotavljali, ali obstajajo statistično značilne razlike med oceno oddelčnih medicinskih sester in srednjih medicinskih sester/zdravstvenih tehnikov glede zadovoljstva dejanskega stanja čiščenja zunanjih izvajalcev.

Namen kvantitativne empirične raziskave je z izbranimi analitičnimi metodami v Psihiatrični kliniki Ljubljana ugotoviti:

- oceno zadovoljstva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov glede dejanskega stanja čiščenja prostorov klinike s strani zunanjih izvajalcev,
- ali obstajajo statistično značilne razlike med oceno oddelčnih medicinskih sester in srednjih medicinskih sester/zdravstvenih tehnikov glede zadovoljstva dejanskega stanja čiščenja zunanjih izvajalcev.

Želeli smo potrditi oziroma ovreči naslednjo hipotezo:

H1: Med oceno oddelčnih medicinskih sester in srednjih medicinskih sester/zdravstvenih tehnikov glede zadovoljstva dejanskega stanja čiščenja prostorov klinike s strani zunanjih izvajalcev obstajajo statistično značilne razlike.

REZULTATI

Ženske so izpolnile 39 vprašalnikov (75,0 %), moški 13 vprašalnikov (25,0 %). Ostali demografski podatki:

- starost: največ anketiranih oseb je v starostni skupini od 31 do 40 let (28; 53,8 %), sledijo anketirane osebe v starostni skupini od 20 do 30 let (12; 23,1 %), nato tisti v starostni skupini od 41 do 50 let (8; 15,4 %), najmanj jih je v starostni skupini nad 51 let (4; 7,7 %),
- stopnja pridobljene izobrazbe: 26 anketiranih oseb ima visokošolsko ali univerzitetno izobrazbo (50,0 %), 26 anketiranih oseb ima srednješolsko izobrazbo (50,0 %),
- delovno mesto: 26 anketiranih oseb – oddelčna medicinska sestra (50,0 %), 26 anketiranih oseb – srednja medicinska sestra/zdravstveni tehnik (50,0 %).

Trditve v drugem sklopu so bile zastavljene v obliki petstopenjske Likertove lestvice, pri čemer je 1 – sploh nisem zadovoljen (potrebna reklamacija) in 5 – zelo zadovoljen. Zanesljivost tega dela anketnega vprašalnika je bila testirana z Cronbachovim indeksom (Cronbach, 1951) α , ki znaša 0,867, kar potrjuje zanesljivost anketnega vprašalnika.

V prvi vrsti smo ugotovili oceno zadovoljstva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov glede dejanskega stanja čiščenja (Razpredelnica 1). Raziskava je pokazala, da je kvaliteta oziroma temeljitost čiščenja v kliniki zadovoljiva (povprečne ocene se gibljejo med 2,29 in 3,58). S povprečno oceno 3,58 so anketirane osebe najbolje ocenile odstranjevanje smeti, s povprečno oceno 3,42 nameščanje mila, papirnih brisač, WC papirja, vrečk za smeti, s povprečno oceno 3,40 čiščenje talnih površin v sanitarijah in kopalnicah. Najnižje ocene so pripisali sledečim elementom čiščenja (povprečne ocene < 3,00): čiščenje prostih nadtalnih površin v prostorih (povprečna ocena 2,92), čiščenje vrat in kljuk (povprečna ocena 2,81), čiščenje steklenih površin (vrata, steklene stene, steklena vrata omar; povprečna ocena 2,81), čiščenje koles bolniških postelj (povprečna ocena 2,33) in čiščenje invalidskih vozičkov, drugih vozičkov (povprečna ocena 2,29). Standardni odkloni so med 0,536 in 1,073. Modus ali gostiščnica (najpogostejša vrednost/ocena) se giblje od 2 do 4. Modus je najnižji ($M_o = 2$) pri 4 elementih čiščenja, kjer so tudi povprečne ocene < 3,00. Iz razpredelnice 1 je razvidna padajoča razvrščenost glede na povprečno oceno zadovoljstva dejanskega stanja čiščenja.

Razpredelnica 1: ocena medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov glede dejanskega stanja čiščenja

Dejavnik /element čiščenja	Veljavne enote	Povprečna ocena	Modus	Standardni odklon	Min. ocena	Maks. ocena
Odstranjevanje smeti.	52	3,58	4	1,073	2	5
Nameščanje mila, papirnih brisač, WC papirja, vrečk za smeti.	52	3,42	4	0,915	2	5
Čiščenje talnih površin v sanitarijah in kopalnicah.	52	3,40	4	0,869	2	5
Čiščenje talnih površin v bivalnih prostorih.	52	3,37	3	0,793	2	5
Čiščenje sanitarij.	52	3,27	3	0,888	2	5
Čiščenje umivalnikov in pip.	52	3,25	3	0,860	2	5
Čiščenje kopalnic.	52	3,21	3	0,825	2	5
Čiščenje ploščic okoli umivalnikov.	52	3,00	2	0,863	2	5
Čiščenje prostih nadtalnih površin v prostorih.	52	2,92	3	0,788	2	5
Čiščenje vrat in kljuk.	52	2,81	2	0,864	2	5
Čiščenje steklenih površin (vrata, steklene stene, steklena vrata omar).	52	2,81	3	0,768	2	5
Čiščenje koles bolniških postelj.	52	2,33	2	0,550	2	4
Čiščenje invalidskih vozičkov, drugih vozičkov.	52	2,29	2	0,536	2	4

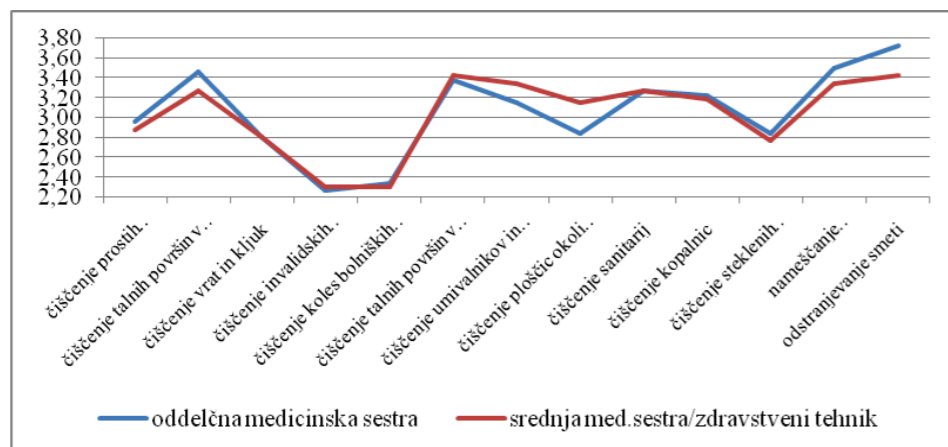
Ugotovili smo, da obstajajo statistično značilne razlike med oceno oddelčnih medicinskih sester in srednjih medicinskih sester/zdravstvenih tehnikov glede zadovoljstva dejanskega stanja čiščenja pri posameznih elementih čiščenja (preverjanje hipoteze). Analizo smo izvedli s pomočjo *t*-testa za neodvisne vzorce (Razpredelnica 2, Slika 1):

$$H_0: \mu^1_{\text{ODELČNA_MEDICINSKA_SESTRA}} = \mu^2_{\text{SREDNJA_MED._SESTRA/ZDRAVSTVENI_TEHNIK}}$$

$$H_1: \mu^1_{\text{ODELČNA_MEDICINSKA_SESTRA}} \neq \mu^2_{\text{SREDNJA_MED._SESTRA/ZDRAVSTVENI_TEHNIK}}$$

Razpredelnica 2: t-test za neodvisne vzorce

Dejavnik /element čiščenja	Delovno mesto	Veljavne enote	Povprečna ocena	Sig
Čiščenje prostih nadtalnih površin v prostorih.	oddelčna medicinska sestra	26	2,96	0,729
	srednja med.sestra/zdrav. tehnik	26	2,88	
Čiščenje talnih površin v bivalnih prostorih.	oddelčna medicinska sestra	26	3,46	0,048
	srednja med.sestra/zdrav. tehnik	26	3,27	
Čiščenje vrat in kljuk.	oddelčna medicinska sestra	26	2,81	1,000
	srednja med.sestra/zdrav. tehnik	26	2,81	
Čiščenje invalidskih vozičkov, drugih vozičkov.	oddelčna medicinska sestra	26	2,27	0,799
	srednja med.sestra/zdrav. tehnik	26	2,31	
Čiščenje koles bolniških postelj.	oddelčna medicinska sestra	26	2,35	0,804
	srednja med.sestra/zdrav. tehnik	26	2,31	
Čiščenje talnih površin v sanitarijah in kopalnicah.	oddelčna medicinska sestra	26	3,38	0,875
	srednja med.sestra/zdrav. tehnik	26	3,42	
Čiščenje umivalnikov in pip.	oddelčna medicinska sestra	26	3,15	0,426
	srednja med.sestra/zdrav. tehnik	26	3,35	
Čiščenje ploščic okoli umivalnikov.	oddelčna medicinska sestra	26	2,85	0,002
	srednja med.sestra/zdrav. tehnik	26	3,15	
Čiščenje sanitarij.	oddelčna medicinska sestra	26	3,27	1,000
	srednja med.sestra/zdrav. tehnik	26	3,27	
Čiščenje kopalnic.	oddelčna medicinska sestra	26	3,23	0,868
	srednja med.sestra/zdrav. tehnik	26	3,19	
Čiščenje steklenih površin (vrata, steklene stene ipd).	oddelčna medicinska sestra	26	2,85	0,722
	srednja med.sestra/zdrav. tehnik	26	2,77	
Nameščanje mila, papirnih brisač, WC papirja, ipd.	oddelčna medicinska sestra	26	3,50	0,550
	srednja med.sestra/zdrav. tehnik	26	3,35	
Odstranjevanje smeti.	oddelčna medicinska sestra	26	3,73	0,016
	srednja med.sestra/zdrav. tehnik	26	3,42	



Slika 1: Razlike v odgovorih med oceno oddelčnih medicinskih sester in srednjih medicinskih sester/zdravstvenih tehnikov glede zadovoljstva dejanskega stanja čiščenja.

Podrobnejša analiza je pokazala, da obstajajo statistično značilne razlike ($p > 0,05$) med oceno oddelčnih medicinskih sester in srednjih medicinskih sester/zdravstvenih tehnikov glede zadovoljstva dejanskega stanja čiščenja pri sledečih dejavnikih/elementih čiščenja: *odstranjevanje smeti* (razlika aritmetičnih sredin 0,31), *čiščenje ploščic okoli umivalnikov* (razlika aritmetičnih sredin -0,30) in pri *čiščenje talnih površin v bivalnih prostorih* (razlika aritmetičnih sredin 0,19). Pri ostalih dejavnikih/elementih čiščenja ne obstajajo statistično značilne razlike med oceno oddelčnih medicinskih sester in srednjih medicinskih sester/zdravstvenih tehnikov. Sledi ugotovitev, da hipotezo 1 lahko le delno potrdimo.

DISKUSIJA

Analiza je pokazala, da obstajajo statistično značilne razlike med oceno oddelčnih medicinskih sester in srednjih medicinskih sester/zdravstvenih tehnikov glede zadovoljstva dejanskega stanja čiščenja pri sledečih elementih čiščenja: *odstranjevanje smeti*, *čiščenje ploščic okoli umivalnikov* in pri *čiščenje talnih površin v bivalnih prostorih*. Srednje medicinske sestre/zdravstveni tehniki so elemente ocenjevali z nižjo povprečno oceno. Pri ostalih dejavnikih/elementih čiščenja ne obstajajo statistično značilne razlike med oceno oddelčnih medicinskih sester in srednjih medicinskih sester/zdravstvenih tehnikov. Sledi ugotovitev, da hipotezo 1 lahko le delno potrdimo. Sklepamo, da so ocene kvalitete čiščenja med obema skupinama anketirancev precej izenačene, razen v treh primerih, kar prispeva k potrditvi ustreznosti ocenjevanja čiščenja s strani zaposlenih. Kot take so ustrezen pripomoček pri ocenjevanju čiščenja in v pomoč pri pogovorih s predstavniki izvajalca čiščenja in tudi ustrezna podlaga za morebitne reklamacije čiščenja.

ZAKLJUČEK

Raziskava v Psihiatrični kliniki Ljubljana je pokazala, da med oceno oddelčnih medicinskih sester in srednjih medicinskih sester/zdravstvenih tehnikov obstajajo statistično značilne razlike glede zadovoljstva dejanskega stanja čiščenja pri nekaterih ocenjevanih elementih čiščenja. Izvedba raziskave bi bila smiselna večkrat letno, ker bi bila lahko podlaga za izdelavo načrta dela z zunanjim izvajalcem čiščenja in bi vplivala na kvaliteto in razvoj pri izvajanju čiščenja bolnišničnih prostorov. Na ta način bi bile izvajane aktivnosti smiselna izhodišča pri preprečevanju bolnišničnih okužb. Ugotovitve raziskave ne moremo posplošiti na vse bolnišnice v Sloveniji, vendar menimo, da so postopki ocenjevanja kvalitete čiščenja lahko uporabni tudi drugje.

LITERATURA

- Adler J. Shifting players. JPM. 2000;65(4):18–22.
- Carling PC, Bartley JM. Evaluating hygienic cleaning in health care settings: what you do not know can harm your patients. Am J Infect Control. 2010;38(5):S41–50.
- Carling PC, Von Behren S, Kim P, Woods C. Intensive care unit environmental cleaning: an evaluation in sixteen hospitals using a novel assessment tool. J Hosp Infect. 2008;68(1):39–44.
- Cooper RA, Griffith CJ, Malik RE, Obee P, Looker N. Monitoring the effectiveness of cleaning in four British hospitals. Am J Infect Control. 2007;35(5):338–41.
- Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika 1951;16:297–34.
- Dolinšek M. Splošna higiena v bolnišnici. In: Gubina M, Dolinšek M, Škerl M, eds. Bolnišnična higiena. Ljubljana: Katedra za mikrobiologijo in imunologijo, Medicinska fakulteta; 2002: 104–5.
- Dragaš AZ, Škerl M. Higiena in obvladovanje okužb. Ljubljana: Založba ZRC, ZRC SAZU; 2004: 31–54.
- Easterby-Smith M, Thorpe R, Lowe A. Raziskovanje v managementu. Koper: Fakulteta za management; 2005.
- Grmek-Košnik I. Spremljanje okužb, ki jih povzroča bakterija MRSA v domačem okolju. Isis 2005;14(10):50–1.
- Gubina M, Dolinšek M, Škerl M, eds. Bolnišnična higiena. Ljubljana: Katedra za mikrobiologijo in imunologijo, Medicinska fakulteta, 2002.
- Jennings D. Strategics ourcing: benefits, problems and a contextual model. MD 2002;40(1):26–34.
- Kavčič K, Bertoneclj A. Management zunanjega izvajanja dejavnosti. Koper: Fakulteta za management, 2009.
- Kavčič K. What outsourcing can bring in the long run? 6th International Conference Economic Integrations, Competition and Cooperation, Opatija - Croatia, April 19–20, 2007: 86.
- Keber D, Leskovicar B, Petrič VK. Zdravstvena reforma: pravičnost, dostopnost, kakovost, učinkovitost: osnutek. Ljubljana: Vlada Republike Slovenije, Ministrstvo za zdravje; 2003.
- Kerin-Povšič M. Spremljanje bolnikov z MRSA na Onkološkem inštitutu v Ljubljani. Onkologija 2009;13:22–5.
- Kersnik J. Zadovoljstvo bolnikov. Medicinski razgledi. 1999;38(3): 389–394.
- Krizner K. New strategies let companies concentrate on their core competencies. Frontline Solutions 2000;1(4):30–3.
- McDonald JW. Cases in Strategic Marketing Management. New Jersey: Prentice Hall; 1998.
- Pravilnik o pogojih za pripravo in izvajanje bolnišničnih okužb. Uradni list Republike Slovenije št. 74/1999.
- Quinn JB, Hilmer FG. Strategic outsourcing. MIT SMR. 1994;35(4):43–55.
- Roberts V. Managing strategic outsourcing in the health care industry. J Healthc Manag. 2001; 46(4):239–49.
- Thomas RK. Society and health sociology for health professionals. New York: Kluwer; 2003.
- Xiaobo Q, Anjali J, Matthew J. Green Cleaning in Healthcare: Current Practices and Questions for Future Research. 2011. Dostopno na: http://www.healthdesign.org/sites/default/files/hhgreencleaning_paper.pdf (29.1.2013)
- Yin RK. Case study research: design and methods. Thousand Oaks: Sage; 2002.
- Zakon o nalezljivih boleznih (ZNB). Uradni list Republike Slovenije št. 33/2006.
- Židanik A. Program za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb v Zdravstvenem domu Maribor: priručnik s področja preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, Komisija za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb, 2007.

223B

VPLIV UVAJANJA SPREMOMB PRI POSTOPKIH HIGIENE ROK NA PRENOS MRSA V BOLNIŠNICI

IMPACT OF IMPROVED HAND HYGIENE PRACTICE ON HOSPITAL MRSA RATES

Lidija Ahec, dipl. m. s.

Zdenka Kramar, dipl. m. s.

Splošna bolnišnica Jesenice

lidija.ahec@sb-je.si

Ključne besede: higiena rok, razkuževanje rok, razkužilo za roke

IZVLEČEK

Spremembe so edina stalnica v našem življenju. Usmerjenost k iskanju priložnosti za uvajanje izboljšav pomeni zagotavljanje sistema kakovosti in varnosti za paciente, obiskovalce in zaposlene. Spremembe morajo biti skrbno načrtovane, izvedene in ovrednotene. Higiena rok je najenostavnejši, najučinkovitejši in hkrati temeljni ukrep za preprečevanje prenosa mikroorganizmov v zdravstveni dejavnosti in vključuje umivanje, razkuževanje, uporabo rokavic in vzdrževanje zdrave kože rok. Za učinkovito izvajanje higiene rok je pomembno pravilno in dosledno prepoznavanje priložnosti, pravilna izbira in izvedba postopka ter uporaba ustreznih pripomočkov, na primer učinkovitega razkužila, pri čemer je pomembno poudariti, da je za uspešno razkuževanje potrebna zadostna količina razkužila in upoštevanje kontaktnega časa.

Key words: hand hygiene, hand rub, hand disinfectant

ABSTRACT

The changes are the only constant parts of our life. Looking for opportunities to introduce new qualities and improvements means to ensure a system of quality and safety for the patients, visitors and workers. The changes have to be carefully planned, performed and rated. Hand hygiene is the simplest, the most efficient and on the other hand the most basic measure to prevent the spread of the microorganisms in the health care. It includes washing, disinfection, use of gloves and maintenance of healthy hand skin. For the successful hand hygiene it is of utmost importance to properly and regularly recognize the opportunities, to choose and implement the proper procedure and to use efficient disinfectant. It is important to stress that successful disinfection includes the right amount of disinfectant used for the needed contact time.

UVOD

Spremembe so stalnica v našem življenju. Spremembe so danes hitrejše in bolj kompleksne, kot so bile kadarkoli prej. (Filej, 1999). Sprememba in napredek sta pojma, ki sta zelo tesno povezana. Sleherni napredek zahteva določeno spremembo. Običajno vsaka sprememba zahteva določeno ceno, včasih večjo, drugič manjšo. Razmerja med spremembami, napredki in njihovo ceno niso konstantna. Tako na primer majhna sprememba, ki malo stane, lahko pripomore k velikemu napredku, ali pa obratno, potrebno je vložiti veliko truda in sprememb, da bi dosegli majhen napredek. Za doseglo napredka moramo določene

stvari spremeniti. Povsem neracionalno je, če se spremembam skušamo upirati in se do njih vesti, kot da niso potrebne. Običajno ljudi spremembe motijo in jih nočejo sprejeti; včasih tudi upravičeno, kajti za posameznike so spremembe včasih prehitre in prezahtevne. Še posebej so spremembe moteče, če do njih pride nenadoma, nepredvideno in jih spremljajo neprijetne posledice. Z napovedovanjem razvoja je na ravnanje ljudi možno vplivati. V kolikor bi uspeli v ljudeh utrditi čvrsto vizijo neke prihodnosti, bi se lahko zgodilo, da bi se ljudje pričeli obnašati v smislu pričakovane prihodnosti. Napovedana vizija prihodnosti tako začne igrati vlogo vodilne življenjske filozofije ali strategije (Lipičnik, 1997).

Higiena rok je eden najpomembnejših ukrepov pri preprečevanju prenosa okužb, ki so povezane z zdravstvom oz. zdravstveno oskrbo in vključuje umivanje rok, razkuževanje rok, tehniko ne dotikanja, nego kože rok in uporabo rokavic. Le z doslednostjo pri izvajanju higiene rok je moč zagotoviti varno delo in za pacienta varno okolje. Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je 5. maj razglasila za mednarodni dan higiene rok in pozvala zdravstvene organizacije vsega sveta k sodelovanju pri promociji higiene rok in drugih aktivnostih. Splošna bolnišnica (SB) Jesenice se je odzvala pozivu leta 2009 in sodelovala v akciji 5. maj - 5 minut za higieno rok. V okviru akcije so zaposleni na področju bolnišničnih okužb seznanjali in poudarjali pomen higiene rok na vseh oddelkih in enotah vsem zaposlenim v multidisciplinarnih zdravstvenih timih. V avli bolnišnice so medicinske sestre pripravile stojnico z izobraževalnim plakatom, zloženkami o pomenu higiene rok za paciente in obiskovalce ter ponudile možnost preverjanja uspešnosti razkuževanja rok s pomočjo pripomočka za ocenjevanje uspešnosti. Akcija je bila sprejeta z velikim zanimanjem in zadovoljstvom pacientov, obiskovalcev in zaposlenih. Leta 2010 je bolnišnica v sklopu aktivnosti ob 5. maju sodelovala v raziskavi SZO opazovanja higiene rok. Leta 2011 je SB Jesenice sodelovala v anketi SZO o higieni rok in dosegla 430 od možnih 500 točk ter se s tem uvrstila v najvišji razred glede na razvrstitev nivojev SZO. Kljub visoki uvrstitvi so bile nakazane poti za iskanje priložnosti za izboljšave. SB Jesenice je na podlagi tega uvedla promotorje higiene rok. Promotorji higiene rok delujejo na svojih oddelkih in enotah, ocenjujejo uspešnost razkuževanja rok s pomočjo detektorja za oceno in skrbijo za pravilno izvedbo higiene rok. Pomankljiva higiena rok lahko neposredno ogrozi paciente, obiskovalce in zaposlene. Pogostnost in tehnika umivanja/ razkuževanja rok sta pomembna elementa higiene rok, ki je eden najpomembnejših ukrepov preprečevanja prenosa okužb (Creamer et al., 2010). Neprestano obnavljanje znanja in razumevanja je osnova za pravilno izvajane zaščitnih ukrepov pred okužbo pri izvajanju zdravstvene obravnave; pri diagnostiki, zdravstveni negi in zdravljenju različnih bolezni.

METODE DELA

V SB Jesenice je z namenom zagotavljanja kakovostnega in varnega okolja za bivanje in oskrbo pacientov uvedenih vrsto mehanizmov, ki temeljijo na oblikovanih dokumentih standardih kakovosti in standardno operativnih postopkov. Vsi dokumenti so bili sprejeti na najvišjem nivoju vodenja in s podporo ter spodbudo vodstva bolnišnice. Zaradi zavedanja pomembnosti kakovostnega in s tem varnega dela je bolnišnica pridobila mednarodni standard kakovosti ISO 9001:2008, nemški standard za kakovost v zdravstvu TEMOS, ameriško akreditacijo za bolnišnice DNV in certifikat zaposlenim prijazno podjetje.

Kazalniki so vrednosti, izračunane na podlagi zbranih podatkov o posamezni zdravstveni storitvi ali o določenem vidiku zdravstvenega sistema. Meritev je objektivna kategorija, ki ne vključuje vrednostne presoje. Vrednotenje posameznega rezultata kazalnika je ključno, saj šele ustrezna analiza/ presoja dosežene vrednosti nakaže morebitne nadaljne aktivnosti, posebno v smislu oblikovanja prioritet za ukrepe in izboljšave (Poldrugovac M, Simčič B. 2010).

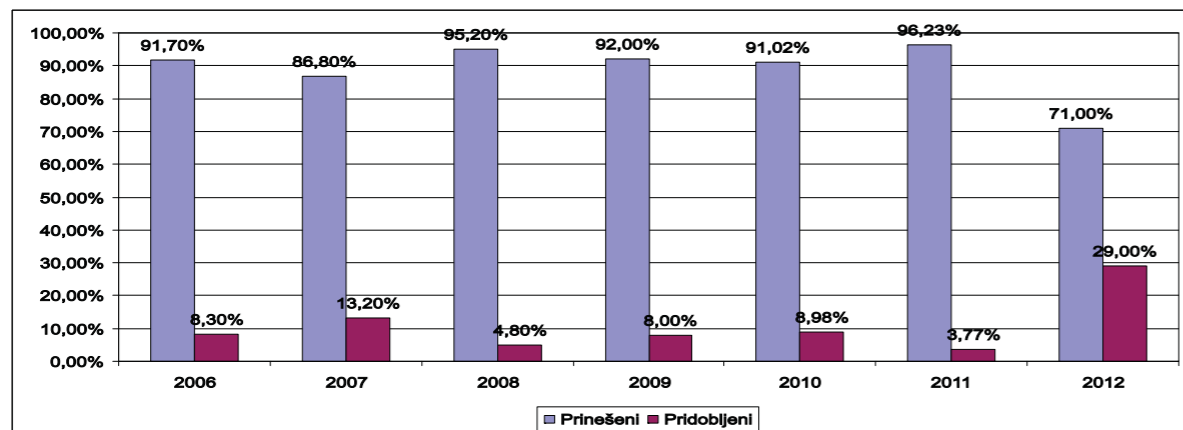
REZULTATI

Kazalnik kakovosti MRSA je merilo uspešnosti izvajanja programa preprečevanja širjenja MRSA ter uspešnosti in ustreznosti izvajanja higiene rok.

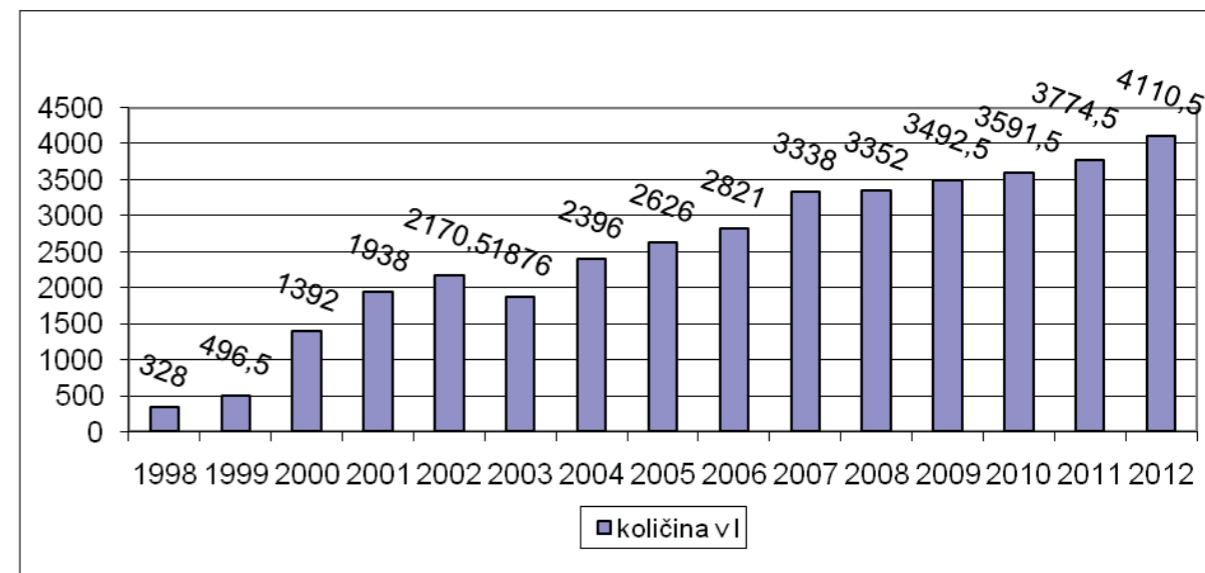
Razpredelnica 1: Prikaz kazalnikov za MRSA v zadnjih štirih letih.

Kazalnik	2008	2009	2010	2011	2012
Odvzem kužnin na MRSA	da	da	da	da	da
Število odvzetih kužnin	2366	2759	2898	2590	2814
Delež odvzetih kužnin	17,09 %	20,1 %	20,2 %	17,7 %	17,8 %
Hospitalizirani pacienti z MRSA	69	75	78	55	80
Hospitalizirani pacienti z MRSA ob sprejemu	65	69	71	53	57

V SB Jesenice spremljanje kazalnika kakovosti MRSA pomeni neprestano skrb za zagotavljanje varnih pogojev za bivanje in oskrbo pacientov, obiskovalcev in zaposlenih. Kazalnik je pokazatelj uspešnosti dela na področju obvladovanja in preprečevanja bolnišničnih okužb. Spremljanje kazalnika skozi več let zapored daje jasno sliko uspešnosti dela na tem področju. Nemalo neljubega presenečenja je prineslo leto 2012, ko je bilo zabeleženo večje število v bolnišnici pridobljene MRSA. Podroben pregled vzrokov je nakazal, da je porastu števila botrovala sprememba načina dela ali uporabe pripomočkov. Pri iskanju uvedenih sprememb je bilo ugotovljeno, da je možna sprememba uvedba »novega« razkužila za roke. »Novemu« razkužilu za roke je skorajda težko reči novo, ker je bilo na razpolago v bolnišnici prav toliko časa, kot obstoječe oz. razkužilo, ki je bilo zamenjano, za tiste zaposlene, ki so navajali preobčutljivostne reakcije na običajno razkužilo za roke. Natančnejši pregled je pokazal, da obstoji velika razlika pri količini razkužila, ki ga ponudi dozator. Pri t.i. novem razkužilu je bila količina pri enem pritisku 1 ml, pri do tedaj obstoječem razkužilu je količina razkužila pri enem pritisku 2,5 ml.


Slika 1: Struktura znane (v bolnišnico prinešene) in v bolnišnici pridobljene (prenesene) MRSA.

Pomemben pokazatelj, ki vpliva na uspešnost razkuževanja rok, je poraba razkužila za roke. V SB Jesenice so podatki o porabi razkužila za roke predmet spremljanja že od leta 1998.


Slika 2: Količina porabljenega razkužila za roke v litrih od leta 1998 do 2012.

Razkužila za razkuževanje rok morajo delovati baktericidno, virucidno in fungicidno, ustrezati morajo zahtevam evropskega standarda za razkuževanje rok - EN 1500. (Strokovne podlage in smernice za obvladovanje in preprečevanje okužb, 2009).

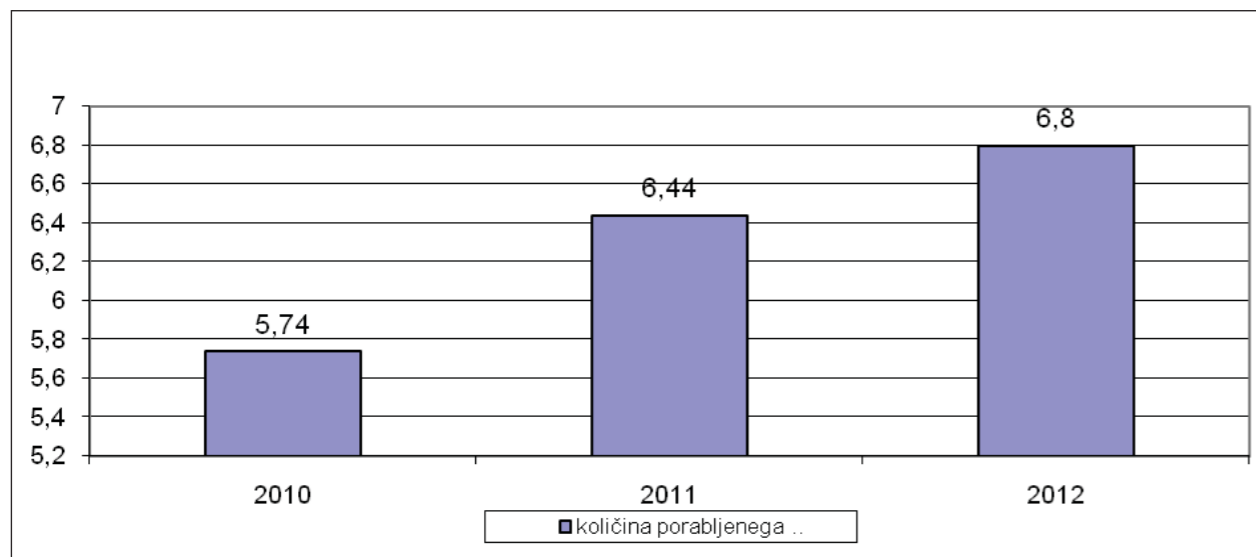
Aktivne učinkovine, ki dosegajo zahteve standarda, so n-propanol (1-propanol), izopropanol (2-propanol) in etanol v koncentraciji od 60 -90% (vo/vol). Učinkovitost alkoholov je odvisna od vrste in koncentracije. Slabost alkoholov je v izsuševanju kože, razkužilna sredstva imajo zato dodana razna sredstva, ki ohranjajo vlažnost kože (glicerol, silikonska olja ter druga vlažilna sredstva). Ta sredstva tudi povečujejo učinkovitost alkoholov, ker podaljšujejo čas izhlapevanja in s tem stik alkohola z mikrobnimi populacijami kože rok.

Po podatkih Hand Hygiene Technical Reference Manual (2009) je razkuževanje rok v primerjavi z umivanjem rok učinkovitejše, ker:

- z razkuževanjem uničimo več mikroorganizmov,
- čas razkuževanja je krajši od časa umivanja,
- pripomočki za razkuževanje so dostopnejši in jih je predvsem manj,
- razkuževanje je koži prijaznejše od umivanja (uporaba vroče vode dodatno poškoduje povrhnjico).

Prednosti razkuževanja rok pred umivanjem so po navedbah Kaučič (2009):

- z razkuževanjem odstranimo 100 do 1000 krat več bakterij s kože rok kot z umivanjem;
- razkuževanje je koži bolj prijazno. Za razliko od umivanja rok maščob s kože rok ne odstranimo temveč jih le prerazporedimo. Sodobna razkužila vsebujejo 1 do 4% glicerola, ki dodatno masti kožo;
- prihranek časa;
- z umivanjem rok je sodelovanje zdravstvenih delavcev doseženo v več kot 40%, z razkuževanjem je sodelovanje moč povečati nad 80%;
- z razkuževanjem bakterije uničujemo, pri umivanju jih mehansko odstranjujemo. Na ta način lahko kontaminiramo okolico (pipo, umivalnik, delovno obleko), od koder lahko ponovno kontaminiramo roke ali celo povečamo število bakterijskih kolonij na njih;
- razkužila na rokah ne brišemo, ker bi s tem zmanjšali učinek razkuževanja.



Slika 3: Poraba razkužila za roke/BOD od leta 2010 do 2013

SKLEP

Higiena rok je temeljni ukrep pri preprečevanju z zdravstvom povezanih okužb. Z doslednim izvajanjem higijene rok zagotavljamo varno delo in okolje za paciente, obiskovalce in zaposlene. Pri tem je ključnega pomena prepoznavanje priložnosti za izvedbo higijene rok in uporaba učinkovitega razkužila za roke. Sprememba oz. zamenjava razkužila za roke mora biti skrbno načrtovana, izvedena in ovrednotena, četudi gre za uvedbo t.i. znanega izdelka, ki je bil v našem primeru do splošne uporabe na razpolago omejenemu številu zaposlenih. Spregledana podrobnost ponujenega razkužila pri enem pritisku na dozator je botrovala porastu v bolnišnici pridobljene MRSA.

LITERATURA

Creamer E, eds. When are the hands of healthcare workers positive for meticillin – resistant *Staphylococcus aureus*? *Jornal of Hospital Infections*, 2010, 75:107-111.

Strokovne podlage in smernice za obvladovanje in preprečevanje okužb, ki so povezane z zdravstvom oziroma zdravstveno oskrbo, Ljubljana, 2009

Filej B. Profesionalna načela zdravstvene nege kot pogoj za obravnavanje človeka kot subjekta. Zbornik posvetovanj o teoriji in praksi zdravstvene nege. Ljubljana: Psihiatrična in nevrološka sekcija pri Zbornici zdravstvene nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2000; 28 - 32.

Lipičnik B. Organizacija podjetja. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 1997.

Hand Hygiene Technical Reference Manual. 2009. Dostopno na:

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598606_eng.pdf (16.2.2013)

Kaučič M.B. Higijensko umivanje in razkuževanje rok v zdravstvu, Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege, Jesenice, 2010

Poldrugovac M., Simčič B. Priročnik o kazalnikih kakovosti: Ministrstvo za zdravje, Ljubljana, 2010

223E

PROTOKOLI UPORABE OBLOG PRI OSKRBI OPEKLINSKE RANE

PROTOCOLS FOR USING DRESSINGS AT MANAGING BURN WOUND

Suzana Majcen Dvoršak, viš. med. ses., ET

Valencia Stoma-Medical d.o.o.

Suzana Tunuković, dr. med.

Stoma medical d.o.o.

suzana.md@gmail.si

Ključne besede: protokol, obloge za rane, opekline

IZVLEČEK

Opeklinske rane so med najbolj zahtevnimi ranami za oskrbo in z visoko stopnjo možnosti nastanka zapletov. Glede na resnost poškodbe se oskrbujejo ambulantno ali v bolnišnici. Če obstajajo dokaj jasna in enotna navodila za prvo pomoč pri oskrbi opeklin, pa so pristopi k zdravljenju, predvsem ambulantnemu, zelo različni. Za oskrbo opeklinske rane se uporabljajo mazila in »klasične« obloge, nekatere, tudi že dokazano, s škodljivimi učinki ali brez prispevka k celjenju.

Mesto pri oskrbi opeklinske rane so pridobile tudi obloge za oskrbo ran, ki so najbolj poznane in uporabljane pri oskrbi kroničnih ran. S svojo sestavo in delovanjem lahko skrajšajo čas zdravljenja, zmanjšajo možnost zapletov in predvsem izboljšajo kakovost življenja pacienta z opeklinsko rano.

Izvedena je bila eksperimentalna raziskava, ki je potekala v kliničnem okolju v daljšem časovnem obdobju in katere rezultat je priprava protokolov za uporabo oblog pri oskrbi opeklinske rane.

Namen prispevka je predstaviti stališča o uporabi oblog pri oskrbi opeklinskih ran, nekatere obloge ter njihovo uporabnost za oskrbo opeklinskih ran, protokole uporabe in vlogo medicinske sestre pri oskrbi pacienta z opeklinsko rano.

Keywords: protocol, dressings, burns

ABSTRACT

Burn wounds are one of the most difficult wounds for treatment, with high risk to develop complications. Regarding the severity of trauma they could be treated at outpatient clinic or in the hospital. If there are pretty clear and unified recommendations for first response in taking care for burns patients, there is lack of protocols for treating wound, especially at outpatient's clinics and, consequently, the approaches for treatment burn wounds are very different. For managing burn wounds different ointments and »classical« dressings are used, some of them proven to be harmful or with no contribution to the healing of the wound.

A modern dressing has proven to be useful in managing burn wounds. They are widely known and used in chronic wound care. With their structure and effect they could reduce healing time, minimized possibility of complications and mainly, improve quality of life of patients with burn wounds.

An experimental research was carried out in a clinical environment for a longer period of time and results with protocols for using dressings at managing burn wounds.

The aim of the article is to present standpoints about using dressing in managing burn wounds. Some of the wound dressings will be presented along with their role in taking care of burn wounds, protocols for their using at managing burn wounds and the nurses role.

UVOD

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) ocenjuje, da so opekline resen problem. Letno zaradi opeklin na svetu umre 195.000 ljudi, nesmrtno nevarne opekline pa so po njihovi oceni najpogostejši vzrok obolevnosti (WHO, 2012). Slovenski mediji navajajo, da »Zaradi opeklin ljudje zelo pogosto obiščejo zdravnika. Po podatkih Inštituta za varovanje zdravja je v zadnjih letih obiskalo zdravnika med 9.645 in 17.538 bolnikov na leto« (Zupančič, 2012). Zdravljenje pacientov z opeklinami predstavlja velik finančni strošek. Za primerjavo lahko navedemo podatke, ki jih predstavlja WHO (2012): direktni stroški za zdravljenje otrok z opeklinami v Združenih državah Amerike za leto 2000 so presegali 211 milijonov US \$, na Norveškem pa so stroški za bolnišnično oskrbo opeklin presegli 10.5 milijona €. Problematika oskrbe pacientov z opeklinami tako z več vidikov ni zanemarljiva. Premišljena oskrba opekline rane lahko tako za pacienta kot tudi za zdravstveni sistem omogoči višjo kakovost obravnave pacienta z opekline rano z nižjimi stroški, kar v svojem prispevku navaja tudi avtorica Tunuković (2011).

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Oskrba opekline rane

V Evropskih smernicah za oskrbo opeklin (European Practice Guidelines for Burn Care), ki opredeljujejo celotno oskrbo pacienta z opekline, avtorjev Brychta, Magnette in sodelavci (2011), so navedeni naslednji cilji pri oskrbi opekline rane :

- hitro celjenje rane z optimalnimi funkcionalnimi in kozmetičnimi rezultati;
- preprečevanje infekcije in /ali formacijo biofilma, kar ima za posledico manjše vnetje, bolj kvalitetno brazgotinjenje ter manjšo invalidnost in smrtnost;
- končni rezultat oskrbe opekline rane mora biti pričakovan potek celjenja in zagotovljena maksimalna kakovost in udobnost zdravljenja za pacienta.

Zapisani so tudi splošni napotki, kako to doseči, in sicer predlagajo: i. ustvarjanje optimalnega okolja na rani, ki pospešuje celjenje rane z lokalno oskrbo ali ii. kirurškim zdravljenjem. Poskrbeti je potrebno tudi za uravnoteženo prehrano pacienta, preskrbo tkiv s kisikom in odstranjevanje mrtvin z rane. Na rani je potrebno zagotoviti okluzivno vlažno okolje, ki pacientu zagotavlja minimalni stres in bolečine ob oskrbi (Brychta, Magnette et al, 2011). Povše Konda (2009) trdi, da ne moremo doseči optimalnih pogojev pri oskrbi opekline s tako imenovano »klasično« oskrbo oziroma uporabo materialov, ki opisanih pogojev ne zagotavljajo. Med drugim navaja naslednje pomanjkljivosti uporabe bombažne gaze in vatirancev za oskrbo ran: gaza se na rani hitro suši in se sprime z njo, novonastalo tkivo pa se vrašča med nitke; povzroča poškodbe tkiva in bolečine ob menjavi; prepušča izločke in baterije, kar poveča možnost dodatne okužbe bolnika in osebja, ki rano oskrbuje; zahteva pogoste menjave, kar pomeni več stroškov; povzroča poškodbe okolnega tkiva; zaradi prepuščanja vlage ter izhlapevanja se rana ohladi, kar upočasni celjenje rane; na rani lahko pušča ostanke (nitke) kar zavira procese celjenja.

V prospektu »Ali ste se že opekli?« avtorjev Ahčan, Podobnik in Derganc (2010) pa o zdravljenju z mazili lahko preberemo: »Mazilo srebrovega sulfadiazina (Dermazin®, Flamazin®, Flammacerium®,.....) je sicer uveljavljeno protimikrobno mazilo za zdravljenje opekline ran, vendar ga zaradi neželenih učinkov ter

zahteve po dnevni prevezah, ki predstavljajo obremenitev za otroke, starše in zdravnike, ne uporablja več tako pogosto kot nekoč.«

Uporaba oblog pri oskrbi opekline rane

Kriterije za idealno prevezo rane je že leta 1985 zapisal Turner (Parać, Triller, Smreke, 2004) in sicer vzdrževanje vlažne komore med rano in prevezo, odstranitev presežka iztoka in toksičnih elementov iz rane, prehodnost za izmenjavo plinov, termična izolacija, neprepustnost za bakterije, ne pušča ostankov na rani in zagotavlja zamenjavo materiala brez dodatne poškodbe tkiva. Z doseganjem navedenih kriterijev obloga na rani zagotavlja optimalne pogoje v vseh fazah celjenja in torej predstavlja optimalno oskrbo rane. Parać, Triller in Smreke (2004) so jo definirali kot »nadomestek manjkajočega tkiva« ali drugače povedano, taka obloga opravlja nalogo kože dokler se rana ne zaceli.

Prednosti njihove uporabe so povezane s pacientom, zdravstveno oskrbo in zmanjšanjem stroškov zdravljenja. Kot navaja Povše Konda (2009): »Sodobne obloge se iz leta v leto bolj izpopolnjujejo in povečujejo svojo učinkovitost. Njihova stroškovna vrednost je dokazana z mnogimi raziskavami, prav tako njihova stroškovna učinkovitost.«

Termin »sodobne« obloge opredeljuje obloge, ki zadostijo kriterijem za idealno prevezo rane po Turnerju (Parać, Triller, Smreke, 2004). Uporaba termina se v tujini opušča, saj je uporaba oblog, ki na rani ustvarjajo optimalne lokalne pogoje, že skorajda standard. V nadaljevanju prispevka bo torej namesto termina »sodobne« obloge uporabljen termin »obloge«, pri tem pa mislimo na materiale, ki zadostijo kriterijem za optimalno oskrbo ran po Turnerju.

Za lokalno oskrbo opekline rane je v Evropskih smernicah za oskrbo opeklin (2011) priporočena uporaba oblog. Izbira obloge mora temeljiti na vzroku, velikosti, globini in lokaciji opekline rane ter na količini izločka iz rane, stopnji kontaminacije rane in stroških. Vendar dodajajo, da pa ne obstajajo klinične smernice za izbiro primerne obloge, zato je potrebno izbiro skrbno premisliti in biti pri izbiri kreativen (Brychta, Magnette et al, 2011). Za odločitev pa je, poleg ocene opekline rane, bistvenega pomena dobro poznavanje oblog, ki se jih uporabi ter kritična presoja informacij, ki jih imamo o oblogi in njeni uporabi.

Vrste oblog, primerne za oskrbo opekline rane

V tuji literaturi se navaja veliko različnih oblog, ki so primerne za oskrbo opekline ran s poudarkom na uporabi tiste, ki najbolj zadosti potrebam opekline rane, ki jo oskrbujemo. Avtorji Chiu, Lam, Ying in Burd (2007) v protokolu oskrbe opekline rane (The Prince of Wales Hospital Acute Burns Unit Protocol), ki ga uporabljajo v svoji inštituciji, svetujejo izbiro obloge pri konzervativnem zdravljenju ali v času do operativnega posega. Izbira obloge naj temelji na potrebah rane glede na globino poškodovanega tkiva. Epidermalne in povrhnje dermalne opekline opisujejo kot pogosto boleče in z veliko izločka. Značilnosti rane se hitro spreminjajo, čemur je potrebno prilagoditi način oskrbe in izbiro obloge. Idealna obloga za to vrsto opekline rane mora biti udobna, zmerno do močno vpojna, da zmanjša pogostost menjave obloge, saj vsaka menjava pacientu povzroča bolečine. Obloge za globlje poškodbe pa morajo pomagati pri avtolitičnem čiščenju rane (Chiu, Lam, Ying in Burd, 2007).

Za globoke dermalne in subdermalne opekline omenjeni avtorji kot način zdravljenja, navajajo kirurško čiščenje in oskrbo ter presaditev tkiva. Naloga obloge v času zdravljenja do presaditve tkiva je, da ohranja čisto dno rane, preprečuje razvoj infekcije in odstranjuje vlažne mrtvine, ki lahko ovirajo oceno rane in pospešijo nastanek infekcije. V prispevku bo predstavljenih samo nekaj oblog, primernih za oskrbo opekline rane, njihove lastnosti in uporaba.

Hidrogeli

Povše Konda (2009) opisuje hidrogele kot »obloge in polnila iz tvorcev gela različnih kemičnih struktur (lahko z dodatki). Hidrogeli so hidrofilni polimeri, ki tvorijo premreženo tridimenzionalno strukturo, v katero sprejmejo veliko količino vode, ki jo ob uporabi dodajajo v rano« in njihovo delovanje, da »uravnavajo optimalno vlažnost rane, tako da hidrirajo suhe mrtvine ali minimalno vpijajo odvečne izločke in vzdržujejo optimalno vlažnost v vseh fazah celjenja rane. S tem lajšajo endogene mehanizme celjenja in omogočajo zgodnejšo zacelitev rane. Gel prekrije živčne končiče in tako umirja površino rane ter zmanjšuje občutek bolečine«.

Navezavo na uporabo pri opeklinških ranah lahko povzamemo po Majcen Dvoršak (2004):

»Je prozoren, viskozni gel, sestavljen iz 80% vode in dveh hidrokolidov«, kar kaže na popolnoma neagresivno sestavo, in opiše uporabo: »Uporablja se za hidracijo in pospeševanje avtolitičnega odstranjevanja nekroz ter vzdrževanje vlažnega in rahlo kislega okolja na ranah v fazi granulacije – lahko se uporablja na ranah z mešano površino«. Ker so prepoznavne značilnosti Granugela tudi sposobnost hlajenja tkiva in blažilen učinek na občutljivo in izpostavljeno tkivo, ga po mnenju iste avtorice lahko koristno uporabimo pri oskrbi opeklin.

Hidrokolidne okluzivne obloge in obloge iz hidrofiber

Skupina hidrokolidnih oblog je sestavljena iz dveh skupin produktov, ki jih avtorica Povše Konda (2009) opiše kot: »Vpojne primarne in/ali sekundarne obloge, paste in posipi iz makromolekul, ki tvorijo nitast polimeren matriks. Obloge iz hidrofiber. Obloge so različnih debelin in oblik, z ali brez lepljivega roba ali v obliki past oz. posipov in hidrofiber« in njihovo delovanje kot obloge, ki »skupaj z izločki rane tvorijo značilen rumeno rjav gel in s tem ustvarjajo ugodne pogoje (vlažnost, pH – če vsebujejo pektin, hipoksija, temperatura) za celjenje ran v vlažnem okolju. Obloge iz hidrofiber tvorijo koherenten, prozoren gel, ki ne dopušča vračanja izločka na rano in okolico in tako prepreči maceracijo okolice. V gel se ujamejo tudi bakterije in tako zmanjša možnost pojava infekcije v rani«.

Podrobnejši opis obeh skupin produktov lahko najdemo v članku Majcen Dvoršak (2004):

• hidrokolidne okluzivne obloge

»Je obloga, sestavljena iz treh hidrokolidov (pektin, želatina in natrijkarboksimitil celuloza) v polizobutilenski osnovi. Hidrokolidi nase postopno vežejo izcedek iz rane (najprej celuloza, nato pektin in na koncu želatina). Tvori se gel, ki na rani zagotavlja vlažno, rahlo kislo okolje in se ne prime na dno rane. Zgora zagotavlja hipoksično okolje in zaščito pred zunanjimi vplivi. Z oblogo Granuflex tako ustvarimo optimalne pogoje za avtolitično čiščenje rane in njeno celjenje« ter navaja, da se uporablja za »primarno oblogo pri ranah s šibkim do zmernim izcedkom ali kot sekundarno oblogo pri ranah z močnim izcedkom«.

• obloge iz hidrofibre

»Je mehka, netkana, sterilna obloga ali tampon iz hidrofibre. Sestavljena je iz 100% natrij karboksimitil celuloze / hidrokoloida /. Način izdelave zagotavlja vpijanje in zdrževanje eksudata, encimov in bakterij v vlaknih obloge« in še » Kot edinstvena in edina obloga te vrste ima naslednje lastnosti :

- tvorbo mehkega, prilagodljivega, koherentnega gela, ki se lepo prilagodi neravni površini rane;
- vertikalno močenje obloge, s čemer se zagotavlja večja vpojnost in zaščita okolnega tkiva;
- veže eksudat in bakterije v vlakno obloge – minimalno sproščanje eksudata in bakterij nazaj v rano« .

Po mnenju avtorice pa je »Optimalna uporaba obloge za vse vrste akutnih in kroničnih ran, tudi na stopnji kritične kolonizacije, in zmerno do močno secernirajo«.

Namen in cilji

Namen raziskave je bil priprava protokolov uporabe oblog za oskrbo opeklinške rane.

V raziskavi smo si zastavili naslednja cilja:

- pridobiti klinične izkušnje o uporabi oblog za oskrbo opeklinške rane,
- priprava protokolov uporabe oblog za oskrbo opeklinške rane.

METODE

Teoretična izhodišča izhajajo iz pregleda domače in tuje literature. Izvedena je bila eksperimentalna raziskava o uporabi oblog pri oskrbi opeklinških ran. Raziskava je potekala v daljšem časovnem obdobju v zdravstvenih inštitucijah.

REZULTATI

Obloge za oskrbo ran se uporabljajo za zdravljenje opeklinške rane. Pred oskrbo opeklinške rane z oblogo je še vedno potrebno ohlajevanje opečenega območja telesa po trenutni doktrini in ocena opekline. Obloge lahko uporabljamo za zdravljenje, ko se lahko določi globina poškodbe tkiva.

Skupne prednosti uporabe opisanih oblog za oskrbo rane pri pacientu so: i. zmanjšanje bolečine v času nošenja in menjave, ii. manjše število prevez, iii. boljši kozmetični učinek, ker se tkivo ne vrača v oblogo in se ne poškoduje ob menjavah obloge, iiiii. lahko skrajšan čas zdravljenja in manj možnosti pojava zapletov.

Protokol oskrbe z uporabo hidrokolidnega gela*

Hidrokolidni gel je primeren za oskrbo opeklinške rane, kadar ni prekinjena integriteta kože, na primer oparina ali pri oskrbi epidermalne opekline. Lahko se uporablja tudi pri globljih opeklinah, vendar v kombinaciji z drugimi materiali, na primer hidrokolidno okluzivno oblogo. In pri oskrbi mešanih opeklin, predvsem na predelih površinske poškodbe tkiva. Gel se namesti na poškodovano kožo v nekoliko debelejšem sloju. Nežno se razporedi po površini poškodbe. Pusti se, da se posuši na zraku. Pokrivanje ni potrebno. V kolikor je sekundarna zaščita potrebna, se uporabijo mehki, netkani materiali, ki se namestijo, ko se gel posuši. Gel je na vodni osnovi, zato se z vodo izpere. Tudi ob odstranitvi ga nežno izperemo z vodo in kožo osušimo. Novo plast gela nameščamo večkrat dnevno, ko se plast izsuši (pokaže se plast podobna luski), se odstrani, na primer z umivanjem ali se pojavi bolečina v predelu rane.

Protokol oskrbe z uporabo hidrokolidne okluzivne obloge**

Hidrokolidne okluzivne obloge so primerne za oskrbo epidermalnih in povrhnjih dermalnih opeklin z zmernim izločanjem.

So samolepilne in ne potrebujejo sekundarne pričvrstitve, razen v primeru, da je oskrbljena rana na pregibnem predelu, in tako podaljšamo njeno obstojnost do polne izrabe uporabnosti obloge. Lahko se uporablja samostojno ali pa v kombinaciji z drugimi oblogami, na primer oblogo iz hidrofibre s srebrom kot sekundarno oblogo, ki je okluzivana in nudi zaščito rane pred zunanjimi dejavniki.

Oblogo odrežemo v velikosti 1-2 cm čez rob poškodovanega tkiva in namestimo na opečeni predel. Menjamo jo, ko se naredi mehur v velikosti rane oziroma se pojavi bolečina, tudi če obloga ni prepojena. Odstranjevanje mehurja ali mrtvin ni potrebno, saj obloga z zagotavljanem vlažnega okolja sproži avtolitično čiščenje odmrlega tkiva, ki se bo odstranilo skupaj z odstranitvijo obloge.

Pogostost menjave obloge je odvisna od globine poškodbe tkiva; v povprečju v začetni fazi od 1-3 dni, lahko pa ostane nameščena do 7 dni. Postopek nameščanja ponavljamo do zacelitve rane. V primeru hipregranulacije tkiva z uporabo prenehamo.

Protokol oskrbe z uporabo obloge iz hidrofibre s srebrom*

Obloge iz hidrofibre s srebrom se uporabljajo za oskrbo vseh stopenj opekline, če je poškodovana integriteta kože.

Na opeklinsko rano se obloga namesti suha, približno 2-5 cm čez rob rane, ker se prepojena nekoliko skrči. Običajno za sekundarni material uporabimo netkane materiale ali gazo, lahko pa jih uporabimo skupaj s hidrokoloidno okluzivno oblogo, predvsem kadar ne želimo, da se obloga »prisuši« na rano.

Kadar uporabljamo oblogo skupaj s hidrokoloidom, prevezo zamenjamo, ko se naredi mehurček v velikosti rane oziroma se pojavi bolečina.

Pri uporabi netkanega materiala ali gaze pustimo prevezo nameščeno do kontrolnega pregleda, ki ga opravimo po 72 urah (3 dni). Pred tem časom prevezo zamenjamo samo v primeru, da izloček prepojil tudi sekundarno oblogo. Nadaljnji potek oskrbe je odvisen od globine rane in stanja preveze:

- v kolikor je obloga želirana in vlažna, se odstrani, rano se oceni in postopek ponovi. Postopek se ponavlja toliko časa, da se obloga »prisuši« na rano in se rana zaceli ali pa se izvede presaditev tkiva ali drug način zdravljenja, saj je v tem primeru verjetno, da je opekline golobja od globoke dermalne;
- v kolikor se obloga »prisuši« na rano, kar je običajno pri epidermalnih in povrhnjih dermalnih opeklin-skih ranah, oblogo pustimo nameščeno in je NE odstranjujemo; odstranimo samo odvečne dele obloge, ki segajo čez »prisušen« rob. Lahko jo pokrijemo za netkanim materialom ali gazo. Kontroliramo samo robove rane, odstranjujemo dele obloge, ki so odstopili in počakamo, da obloga spontano odstopi v celoti, kar se predvidoma zgodi v 10-14 dneh po namestitvi.

V kolikor je oblogo potrebno predčasno odstraniti, jo predhodno obilno navlažimo z vodo. Opisan postopek oskrbe je prikazan tudi na slikah od 1 do 6.



*Slike od 1 do 6: Postopek oskrbe opeklinke rane z uporabo obloge iz hidrofibre s srebrom
(Vir: Ahčan, 2007)*

Vloga medicinske sestre pri oskrbi opeklinke rane

Kakor niso definirani protokoli oskrbe, tako tudi ni definirana oziroma opisana vloga medicinske sestre v povezavi z oskrbo opeklinke rane.

Vsekakor mora natančno poznati obloge, ki jih uporablja, njihovo sestavo, delovanje, način uporabe in možne zaplete ne glede na to ali jih izbira in namešča po lastni presoji ali po nalogu zdravnika.

Zelo pomembna pa je pri uporabi oblog za oskrbo opeklinke rane komunikacija s pacientom. Opeklinška rana je boleča, lahko obsežna, nastane nenadoma, za sabo pa lahko pušča trajne posledice. Tudi postopki zdravljenja z oblogami se bistveno razlikujejo od klasičnih, pacientom bolj znanih. Pacient ima tako več kot dovolj vzroka za vznemirjenost. Zelo pomembna naloga medicinske sestre je torej, da se s pacientom pogovori, mu postopke oskrbe razloži in mu prisluhne ter svetuje.

DISKUSIJA

Z našo raziskavo smo potrdili uporabnost oblog za oskrbo ran pri oskrbi opeklinških ran. Na osnovi pridobljenih izkušenj in znanja, pridobljenega iz strokovne literature, smo pripravili protokole za njihovo uporabo v praksi.

Hidrokoloidni geli na oparinah in epidermalnih opeklinah vzdržujejo vlažno okolje in s tem rano hladijo in blažijo bolečino (Majcen Dvoršak, 2004).

Iz opisa hidrokoloidne okluzivne obloge (Povše Konda, 2009) lahko razberemo, da ima vse lastnosti, ki jih različni avtorji opisujejo kot potrebne za oskrbo opeklinke rane in je torej idealna obloga za oskrbo epidermalnih in povrhnjih dermalnih opeklin, ki zmerno izločajo. O njeni uporabi poročajo različni avtorji. Obloge pri oskrbi rane pomenijo nekoliko drugačno rutino zdravljenja kot so je pacienti vajeni. V tujini tako zanje pripravijo pojasnila o njihovi uporabi. Eden takih prospektov ima naslov »How to care for your Granuflex dressing« in je dosegljiv je na spletni strani Nottingham University Hospitals.

Iz skupine oblog iz hidrofibre se za oskrbo opeklinke rane priporoča uporabo obloge s srebrom (Tunuković, 2011), ki je primerna za oskrbo vseh stopenj opeklinke rane, v kolikor je prekinjena integriteta kože. Uporabo pri oskrbi povrhnjih dermalnih opeklin pri otrocih nazorno predstavi avtorja Lohan in Potokar (2006) in pri načinu uporabe obloge sledita protokolu oskrbe, ki ga priporoča proizvajalec, ter dopustita, da se obloga »prisuši« na rano. Navodila za uporabo oblog iz hidrofibre s srebrom najdemo v navodilih za uporabo proizvajalca in so eden redkih jasno zapisanih protokolov oskrbe opeklinke rane vključno do stopnje globoke dermalne opekline (Opekline).

ZAKLJUČEK

Če je uporaba oblog za oskrbo opeklinke rane v tujini že »klasična« in se resne raziskave in članki v strokovni literaturi pojavljajo že skoraj tri desetletja pa je pri nas tak način oskrbe opeklinških ran še zelo v povojih, predvsem na področju konzervativnega zdravljenja, ki se najpogosteje izvaja ambulantno in kjer lahko sodobne obloge veliko pripomorejo k zdravljenju, kakovosti oskrbe pacienta in tudi znižanju stroškov.

Statistike v tujini in pri nas sicer kažejo upad pogostosti pojava opeklinških poškodb, je pa to še vedno velik zdravstveni problem, ki se v večji meri rešuje na primarnem nivoju zdravstvenega varstva, torej v ambulantah splošne ali družinske medicine in preko patronažne službe.

Uporaba oblog je poznana in razširjena za oskrbo kroničnih in drugih kirurških ran. Pri uporabi oblog za oskrbo opeklinških ran pa so zdravstveni delavci zelo previdni in se bojijo zapletov pri zdravljenju, čeprav bi lahko z uporabo le-teh veliko pridobili oboji, pacienti in zdravstvo.

Opomba:

Prikazi primerov temeljijo na uporabi oblog proizvajalca Convatec *Granugel®, **Granuflex®, ***Aquacel Ag®.



LITERATURA IN VIRI

A WHO plan for burn prevention and care. World Health Organization; Geneva, Switzerland; 2008:10.

Brychta P, Magnette A. et al. European Practice Guidelines for Burn Care. EBA; The Hague, The Netherlands; 2011: 36-7. Dostopno na: <http://www.euroburn.org/userfiles/users/36/pdf/guidelines/EBAGuidelinesBurnCareVersion1.pdf>. < 8.3.2013 >

Chiu T, Lam S, Burd A, Aing S. The Prince of Wales Hospital Acute Burns Unit Protocol. Medical Bulletin; VOL.12, NO.12, DECEMBER 2007. Dostopno na: <http://www.fmshk.org/database/articles/03mb6.pdf>. < 12.3.2013 >

Lohan P, Potoker TS. Aquacel Ag® in pediatric burns-a prospektive audit; Mediterran Burns Council, 2006; Reprint from Annals of burns and fire didaters; VOL.XIX-n.3-September 2006.

Majcen Dvoršak S. Sodobna oskrba ran-zakaj in kako?; 3. mariborski kongres družinske medicine - MEDICINSKO-TEHNIČNI PRIPOMOČKI, Združenje zdravnikov družinske medicine Slovenije; Maribor; 2004: 91-3. Dostopno na: http://www.drmed.org/javne_datoteke/novice/datoteke/443-18c-cparacc-ctrliller-csmrke.pdf. <12.3.2013 >

Parač Z, Triller C, Smreke D. Sodobni pristopi zdravljenja okužb kirurške in kronične rane; 3. mariborski kongres družinske medicine - MEDICINSKO-TEHNIČNI PRIPOMOČKI, Združenje zdravnikov družinske medicine Slovenije; Maribor; 2004: 77. Dostopno na: http://www.drmed.org/javne_datoteke/novice/datoteke/443-18c-cparacc-ctrliller-csmrke.pdf. < 12.3.2013 >

Povše Konda M. Dobra praksa za izvajanje farmacevtske skrbi pri oskrbi ran: specialistična naloga, Lekarniška zbornica Slovenije, Ljubljana; 2009: 27-34.

Tunuković S. Previjanje opeklin hidrofibr tehnologijom i modernim oblogama. In: Majcen Dvoršak S, Ščepanović D. Simpozij z mednarodno udeležbo-Stome, rana, inkontinenca-Aktivnosti v zdravstveni negi; Debeli rtič, 3.-5. marec 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije-Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji; 2011:195-204.

Zupančič M. Celo za najbolj poškodovane zmanjkuje denarja, Delo; 16.09.2012. Dostopno na: <http://www.delo.si/novice/slovenija/celo-za-najbolj-poskodovane-zmanjkuje-denarja.html>. <8.3.2013 >

How to care for your Granuflex dressing; Nottingham University Hospitals. Dostopno na: <https://www.nuh.nhs.uk/handlers/downloads.ashx?id=13481>. <12.3.2013 >

Ahčan U, Podobnik A, Derganc M. Ali ste se že opekli? Prospekt; 2010.

WHO. Burns. Dostopno na: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/en/index.html>. <8.3.2013 >

POLJUDNI PRISPEVKI



123B

AKTIVNOSTI SKUPINE ZA RAZISKOVANJE V ZDRAVSTVENI IN BABIŠKI NEGI V UNIVERZITETNEM KLINIČNEM CENTRU LJUBLJANA

ACTIVITIES OF THE RESEARCH GROUP IN NURSING AND MIDWIFERY CARE
IN THE UNIVERSITY MEDICAL CENTRE LJUBLJANA

Anita Jelen, dipl. m. s., ET

Nataša Čermelj, dipl. m. s.

mag. Maja Klančnik Gruden, prof. zdr. vzg.

Nataša Kermavnar, viš. med. ses., univ. dipl. ped.

Mojca Tomažič, dipl. m. s., spec. manag.

Anita Prelec, dipl. m. s., spec. por. zdr. nege

anita.jelen@kclj.si

Ključne besede: raziskovanje, zdravstvena in babiška nega

IZVLEČEK

Raziskovanje v zdravstveni negi je pomemben element sodobne zdravstvene nege. Namen prispevka je predstavitev »Skupine za raziskovanje v zdravstveni in babiški negi v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana«, ki jo sestavlja šest članic. Opisano je delovanje skupine ter njen namen in vloga. Skupina za raziskovanje v zdravstveni in babiški negi pregleduje in rešuje vloge za izvedbo raziskav diplomantov študija zdravstvene nege in babištva prve in druge stopnje, sodeluje z visokošolskimi izobraževalnimi inštitucijami v okviru priprave strokovnih tem s področja zdravstvene nege in babištva za diplomska in magistrska dela ter aktivno sodeluje v raziskovanju na področju zdravstvene in babiške nege.

Keywords: research, nursing care, midwifery

ABSTRACT

Research in nursing care is an important element of modern nursing care. Purpose of this paper is to present a "Group for Research in nursing and midwifery care in the University Medical Centre Ljubljana," which consists of six members. It has describes the activities of the group and its purpose and role. Group for research in nursing and midwifery care reviews and files in the requests for surveys of graduates study nursing and midwifery of the first and the second level, working with higher education institutions in the preparation of these expertise themes in the field of nursing and midwifery for undergraduate and master's work and is also actively involved with research in the field of nursing and midwifery.

UVOD

Raziskovanje v zdravstveni negi pomeni sistematično aplikacijo znanstvene metode. Cilj je pridobivanje znanja, iskanje odgovorov na vprašanja in razreševanje problemov ter vzpostavljanja znanstvene osnove

stroke zdravstvene nege. Za to pa je potrebno zagotoviti kompetentne raziskovalke – medicinske sestre, različne vire za izvajanje raziskovanja, povezanost raziskovanja s prakso, možnosti za posredovanje rezultatov raziskovanja v zdravstveni negi uporabnikov (Filej, 1996). Delo raziskovalk izboljšuje klinično prakso, zagotavlja informacije izobraževanju, vpliva na načrtovanje zdravstvenih storitev, upravljanje in oblikovanje politik. Raziskovanje je bistvenega pomena za kakovost, dostopnost in ekonomičnost zdravstvene nege (Benton, 2009).

Pomemben element sodobne zdravstvene nege je raziskovalna dejavnost. Tega se zavedamo tudi v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana (UKCL), zato je bila na pobudo vodstva Zdravstvene in babiške nege UKCL leta 2012 ustanovljena Skupina za raziskovanje v zdravstveni in babiški negi. Prioriteta delovanja te skupine je bila sprva v pregledovanju vlog za izvajanje raziskav v zdravstveni in babiški negi in reševanju le – teh, vendar smo kasneje namen delovanja razširili.

Namen prispevka je predstavitev delovne skupine za področje raziskovanja v zdravstveni in babiški negi v UKCL ter prikaz aktivnosti, ki so bile izvedene v njenem enoletnem delovanju.

SESTAVA IN VIZIJA DELOVNE SKUPINE

Skupina je sestavljena iz šestih članic, ki smo zaposlene na delovnih mestih, ki pokrivajo babištvo, izobraževalno in zdravstveno vzgojno dejavnost v zdravstveni negi, kakovost v zdravstveni negi, ter področje bolnišnične higiene.

V zdravstveni negi je poleg filozofije zelo pomembna vizija. Vizija UKCL je ostati najbolj kakovostna in varna bolnišnica, zeleno mesto zdravljenja za bolnike, motivirajoče delovno okolje za zaposlene, privlačno mesto izobraževanja zdravstvenih strokovnjakov ter center sodobnih raziskav, ki bo pritegnil in zadržal najboljše raziskovalce (Letno poročilo, 2010). Naša delovna skupina si želi, da bi tudi zdravstvena in babiška nega bila del centra sodobnih raziskav.

Temeljni cilji delovne skupine so (Poročilo delovne skupine, 2013):

- Izdelati register vseh raziskav, ki se izvajajo v UKCL na področju zdravstvene nege in babištva, ki bo dostopen tudi na intranetni spletni strani.
- Aplikacija znanja, ki temelji na rezultatih kliničnega raziskovanja, v neposredno prakso zdravstvene nege in babištva.
- Aktivno sodelovanje z visokošolskimi zavodi in fakultetami, predvsem s področja zdravstvene nege in babištva ter ustvarjati pogoje za izmenjavo znanja.
- Pri oblikovanju vizije je skupina upoštevala sodobno paradigmo zdravstvene in babiške nege, ki izvaja na dokazih podprto prakso.

AKTIVNOSTI SKUPINE

Pregledovanje in reševanje vlog za izvedbo raziskav

Večji del delovanja skupine temelji na pregledovanju in reševanju vlog za izvedbo raziskav študentov različnih študijskih smeri, predvsem študijske smeri zdravstvena nega prve in druge stopnje ter študija babištva prve in druge stopnje, ki jih članice skupine prejmemo na kontaktni e-naslov: raziskave.zbn@kclj.si. Ob tem prioriteto obravnavamo raziskave v okviru podiplomskega študija in tiste, ki predstavljajo večji interes tudi za UKCL. Zaradi poenotenja oddaje vlog ter njihove preglednejše in sistematične obravnave smo izdelali naslednje obrazce, priporočila in navodila prosilcem za opravljanje raziskav, kateri so objavljeni na intranetni strani UKCL:

- Vloga za izvedbo raziskave v UKC Ljubljana na področju zdravstvene in babiške nege

- Soglasje za izvedbo raziskave
- Priporočila za izvedbo raziskave v UKC Ljubljana na področju zdravstvene in babiške nege
- Navodila za izvedbo anketiranja v UKC Ljubljana.

V sklopu oblikovanja obrazcev in priporočil smo oblikovali tudi zaporedje posameznih postopkov za prosilce. Postopki si sledijo kot je prikazano na sliki 1.



Slika 1: Postopek za pridobitev soglasja za izvedbo raziskave v UKCL

Sodelovanje z visokošolskimi zavodi in fakultetami

Ker je vizija skupine izvajanje ter sodelovanje pri raziskovalnih projektih, smo k sodelovanju povabili nekatere visokošolske zavode. Skupina je oblikovala nabor tem in aktualnih problemov primernih za raziskovanje ter jih predstavila na skupnem sestanku s predstavnicami omenjenih visokošolskih institucij. Aktualne teme in probleme so kolegice iz Zdravstvene fakultete Ljubljana oblikovale oz. kategorizirale v naslednja področja odličnosti:

- klinični pouk,
- zaposleni v ZBN,
- pacienti kot družbena skupina,
- zdravstveno- negovalni problemi pacientov.

Naša želja je tudi, da bi medicinske sestre in babice iz kliničnega okolja aktivno sodelovale pri raziskovalnem delu ter izdelavi diplomskih ter magistrskih del. V ta namen smo na posameznih področjih odličnosti določili koordinatorje, ki povezujejo izobraževalne inštitucije in klinično okolje z iskanjem ustreznih mentorjev na določenem področju, kakor tudi krajši seznam kliničnih mentorjev, ki bi se lahko vključili in sodelovali v tem procesu.

Kljub entuziazmu in motivaciji članic skupine, smo naleteli na **ovire**, ki nam onemogočajo, da bi sodelovanje z visokošolskimi ustanovami in fakultetami izpeljali tako, kot je bilo prvotno načrtovano. Ovir je več:



- **Čas** – nepriznavanje raziskovalnega delovanja ter pomanjkanje časa za raziskovanje v rednem delovnem času, ko smo preobremenjene z drugimi zadolžitvami.
- **Sredstva** – skupina nima fonda iz katerega bi črpali sredstva, ki so potrebna za njeno intenzivnejše delovanje, izvajane raziskav.
- **Izobrazba** – pomanjkanje akademsko izobraženih medicinskih sester in babic.

Problem se pojavi že pri iskanju somentorjev za študente dodiplomskega študija zdravstvene nege na VŠZN Jesenice, kjer imajo naslednje kriterije: »Somentorji so lahko vsi habilitirani visokošolski sodelavci (asistent, strokovni sodelavec) s področja zdravstvene nege in vsi habilitirani visokošolski učitelji na predmetnih področjih temeljnega in družboslovnega modula (od predavatelja dalje, ki niso s področja zdravstvene nege)« (Pravilnik, 2013). Pri somentorjih za magistrska dela pa so kriteriji sledeči: »Somentor mora biti visokošolski učitelj z nazivom redni profesor, izredni profesor, docent ali višji predavatelj. Somentor je lahko tudi asistent ali višji predavatelj z doktoratom znanosti, če bo s tem bistveno doprinesel h kakovosti magistrskega dela. Somentor se imenuje takrat, kadar je njegov prispevek pri kakovosti magistrskega dela pomemben iz vidika poznavanja strokovnega področja, ki je tema magistrskega dela, ali je njegov prispevek potreben iz metodološkega vidika izvedbe raziskave« (Pravilnik, 2013).

Drugačne kriterije za somentorje ima Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta. Somentor pri diplomskem delu je lahko v kliničnem okolju diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik in ni nujno, da je habilitiran/a. Somentor pri magistrskem delu pa mora biti strokovnjak iz področja in mora imeti najmanj magisterij stroke (Pravilnik o magistrskih delih, 2013).

DISKUSIJA

Dosedanje delo skupine bazira predvsem na pregledovanju in reševanju vlog prosilcev, ki želijo izvajati raziskave v naši ustanovi. Skupina je tudi razvila sodelovanje z visokošolskimi zavodi, od koder študenti prihajajo. V naslednjih petih do desetih letih si članice delovne skupine želimo doseči boljše stanje na področju raziskovanja v UKCL, predvsem pa doseči cilje, zapisane v strateškem dokumentu.

V dolgoročnem razvoju stroke zdravstvene nege (Filej, 1996) je zapisano, da bo razvoj zdravstvene nege usmerjen na področje raziskovanja in bo:

- Usmerjal na lastno razvojno in raziskovalno dejavnost, ki bo sestavni del dela medicinskih sester;
- Opiral na različne resolucije in druge dokumente o raziskovalnem delu v zdravstveni negi;
- Opiral na raziskovalne rezultate kot osnovo za razvoj in delo v praksi;
- Vgrajeval, na temeljih znanstvenega raziskovanja, v visokošolske izobraževalne programe za zdravstveno nego.

V strateškem dokumentu Zbornice Zveze »Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 – 2020« (Kadivec et al., 2011) je v četrti točke vizije opredeljeno raziskovanje v zdravstveni negi:

- Spodbujanje in razvijanje kliničnega, aplikativnega in temeljnega raziskovanja ter na dokazih podprte prakse zdravstvene nege in oskrbe. V ta namen je potrebno na nacionalni ravni oblikovati razvojno raziskovalno skupino, za razvoj in implementacijo smernic/protokolov/priporočil klinične prakse in raziskovanja ter razvojnih interesnih področij raziskovanja ob upoštevanju etičnih načel.

Kersnič (1997) pravi, da z raziskovalnim delom lahko dobimo vpogled v prispevek zdravstvene nege pri izidu zdravljenja, o kakovosti storitev, o stroških ter o njenem pomenu v sistemu zdravstvenega varstva in da v Sloveniji še nimamo tradicije raziskovanja na področju zdravstvene nege.

Danes se situacija v Sloveniji ni bistveno spremenila, saj se izvajajo predvsem raziskave za potrebe dodiplomskega in podiplomskega študija v zdravstveni negi in babištvu, nimamo nekega skupnega koncepta, ki bi znanje pridobljeno na znanstvenih dognanjih združeval in ga apliciral na skupne, enotne politike in smernice na področju izvajanja in poučevanja zdravstvene nege in babištva. Kersnič (1997) pravi, da z raziskovanjem dokazujemo učinkovitost profesionalne zdravstvene nege in da na podlagi raziskovalnega dela v vsakodnevni praksi oblikujemo uporabne negovalne standarde ter da je potrebno uveljaviti metodo akcijskega raziskovanja, ki je sodobna metoda znanstveno raziskovalnega dela z preizkušanjem zamisli v praksi, zato raziskovanje prakso izboljša in jo povezuje s teorijo.

Tako kot drugje po Sloveniji smo tudi v naši skupini ugotovili, da imamo premalo akademsko izobraženih medicinskih sester in babic, ki bi usmerjale in vodile raziskovalno delo. Problem raziskovanja v zdravstveni negi še vedno predstavlja dejstvo, da zdravstvena nega večji del ne odloča o svoji dejavnosti.

Naše mnenje glede izobrazbene strukture somentorjev je, da bi bilo potrebno na nivoju države oblikovati in uskladiti enotne zahteve oziroma standarde, ki bi veljali za vse medicinske sestre in babice, ki se vključujejo v somenterstvo na dodiplomskem in podiplomskem študiju tako zdravstvene nege kot babištva.

Precej je razlogov, da moramo zasnovati našo prakso na dognanjih in sicer:

- Imamo etično odgovornost, da našim pacientom zagotovimo najboljšo možno oskrbo.
- Za lastna dejanja nosimo polno odgovornost.
- Smo pod ekonomskim pritiskom, da zagotovimo boljšo oskrbo za manj denarja in več ljudem kot kdajkoli prej.
- Naši pacienti od nas pričakujejo, da imamo najnovejše informacije in da zagotovimo strokovno zdravstveno nego (Benton, 2009).

ZAKLJUČEK

Bistven problem raziskovanja v zdravstveni in babiški negi je v tem, da imamo premalo akademsko izobraženih medicinskih sester in da zdravstvena nega v večjem delu svoje dejavnosti ne odloča sama. Na nivoju države je potrebno oblikovati večje sodelovanje zdravstvenih zavodov z visokošolskimi zavodi in fakultetami. Oblikovati je potrebno tudi enotne standarde za vključevanje somentorjev iz kliničnih okolij pri dodiplomskem študiju zdravstvene nege in babištva. Delovna skupina bo nadaljevala z začrtanim delom in poskušala prenesti znanstveno raziskovalno dejavnost na področju zdravstvene nege in babištva v UKCL na višji nivo. Zaposleni bomo potrebovali za doseg tega cilja tudi podporo vodstva. Le tako bo raziskovalno delo postalo pomemben sestavni del delovnega procesa motiviranih medicinskih sester in babic, ki bodo tako lahko prenašale na dokazih temelječa dognanja tudi v praktična okolja. Register raziskovalnih nalog na dodiplomskem in podiplomskem študiju bo odlična baza za pregled že opravljenih raziskav v UKCL.

LITERATURA IN VIRI

Benton DC. Odličnost zdravstvene nege s pomočjo dognanj – vidik ICN (CD-ROM). Ljubljana: 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Ljubljana, 11.-13. maj 2009; Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2009. Dostopno na: www.zbornica-zveza.si/dokumenti/kongres_zbn/pdf/111A-SLO.pdf (15.2.2013).

Filej B. Raziskovanje v zdravstveni negi kot osnova za razvoj stroke. Obzor Zdr N.1996;30(3-4):77-78.

Kadivec S, Bregar B, Buček Hajdarevič I, Černivec J, Horvat M, Klemenc D et al. Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011. Dostopno na: http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/strateski/Strategija_razvoja_ZN_2011-2020_okt_2011.pdf (15.2.2013).



Kersnič P. Organizacije službe zdravstvene nege v zdravstvenih zavodih Slovenije. Obzor Zdr N.1997;38(1-2):3-23.

Letno poročilo Univerzitetnega kliničnega centra za leto 2010. 2010. Dostopno na : http://www4.kclj.si/admin/dokumenti/000003ee-00000335-poslovno_porocilo_2010_tretja.pdf (5.4.2013).

Poročilo delovne skupine za raziskovanje v zdravstveni in babiški negi v UKCL: interno gradivo. UKCL; 2013:1.

Pravilnik o magistrskih delih. Univerza v Ljubljani: Zdravstvena fakulteta Ljubljana; 2013. Dostopno na: <http://www2.zf.uni-lj.si/si/pravilainnavodila2-2-9> (15.2.2013).

Pravilnik o postopku priprave in zagovora diplomskega dela prva stopnja zdravstvene nege. Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2013. Dostopno na: http://www.vszn-je.si/uploads/file/29_07_Pravilnik_o_postopku_priprave_in_zagovora_diplomskega_dela_prva_stopnja_ZN_30012013.pdf (15.2.2013).

134D

UTICAJ MESEČEVIH MENA NA MENTALNO ZDRAVLJE LJUDI

Dobrića Janković, Strukovna medicinska sestra

Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti „Gornja Toponica“

Niš, Srbija

Uticaj mesečevih mena na mentalno zdravlje ljudi istraživani je u velikom broju stručnih radova tokom poslednjih godina. Simon Kung (2005) proučavao je petogodišnji period u kome je analizirao prijeme na Odeljenje za psihijatrijska urgentna stanja u Minesoti i pratio broj prijema u odnosu na period punog meseca; nije našao signifikantnu razliku između broja prijema za vreme punog meseca i ostalih mesečevih mena. McLay (2006) u San Dijegu proučava isti fenomen u 8-godišnjem periodu i dolazi do istih rezultata. Biermann (2005) istražuje uticaj mesečevih mena na suicidalno ponašanje; proučavao je petogodišnji period sa preko 3000 realizovanih suicida i nije pronašao pozitivnu korelaciju. Owen (1998) u Australiji istražuje uticaj mesečevih mena na violentno (agresivno) ponašanje i ne nalazi nikakvu povezanost. Amaddeo (1997) u Italiji istražuje desetogodišnji period u kome prati korelaciju između poseta psihijatrijskim službama i mesečevih mena; ne nalazi pozitivnu vezu. Wilkinson (1997) u Engleskoj nalazi mali uticaj mesečevih mena na pojavu anksiozno-depresivnih stanja. Yvonneau (1996) u Francuskoj otkriva da se najmanji broj samoubistava dešava u fazi punog meseca. Lieber (1978) na Floridi nalazi da se ubistva najčešće dešavaju za vreme punog meseca, a da se najveći broj poseta psihijatru obavlja za vreme prve mesečeve četvrtine.

METODOLOGIJA

Cilj ovog rada bio je utvrđivanje korelacije između mesečevih mena i povećanog broja prijema u Specijalnu psihijatrijsku bolnicu u Gornjoj Toponici. Podatke o primljenim pacijentima koristili smo iz kompjuterske baze podataka Prijemne ambulante naše Bolnice. Analiziran je period od godinu dana (1.1.2006.-31.12.2006.). Upoređivane su mesečeve mene u danima znatno većeg broja prijema.

REZULTATI I DISKUSIJA

U toku 2006. godine bilo je 1705 primljenih pacijenata. Prosečno dnevno 4,7 prijema. U toku aktuelnog istraživanja posebnu pažnju obraćali smo na dane kada je bilo duplo više prijema u odnosu na prosek, tj. 10 i više. Takvih dana bilo je 26 u toku godine, a u pet slučajeva bilo je 10 i više prijema dva dana za redom. Samo u 18 dana nije bilo prijema. Maksimalni broj prijema u toku jednog dana bio je 14. Pratili smo korelaciju između dana sa 10 i više prijema i faze mesečevog ciklusa - mesečeve mene (mlad mesec, prva četvrtina, pun mesec, poslednja četvrtina).

Prvo smo analizirali broj prijema u svakoj od mesečevih faza posebno. Pratili smo broj prijema dan pre, na sam dan i dan posle mesečeve mene. Za vreme mladog meseca bilo je u proseku 15,5 prijema, za vreme prve četvrtine 12,5, u toku punog meseca 13,9, a u fazi poslednje četvrtine 13,7:

Mlad mesec	Prva četvrtina	Pun mesec	Poslednja četvrtina
(186) 15,5	(150) 12,5	(167) 13,9	(165) 13,7

Zatim smo analizirali mesečeve mene u danima sa 10 i više prijema. Takvih dana je bilo 26. Bilo je 9 tih dana u fazi mladog meseca, 6 dana u fazi prve četvrtine, 7 dana u fazi punog meseca i 4 dana u fazi poslednje četvrtine:



Mlad mesec	Prva četvrtina	Pun mesec	Poslednja četvrtina
9 dana	6 dana	7 dana	4 dana

Ako posmatramo samo dane (5) kada je bilo 10 i više prijema dva dana za redom, zaključujemo da je u tri slučaja bio mlad mesec, a po jednom pun mesec i poslednja četvrtina:

Mlad mesec	Prva četvrtina	Pun mesec	Poslednja četvrtina
3	0	1	1

Iz ovih rezultata se jasno vidi da je najveći broj prijema bio u fazi mladog meseca.

ZAKLJUČAK

Na kraju, možemo zaključiti da mesečeve mene utiču na pogoršanje psihičkog stanja psihijatrijskih pacijenata, ali predstavljaju samo jedan u dugačkom nizu faktora (bio-psiho-socijalnih).

Najveći broj prijema u psihijatrijsku bolnicu obavlja se u danima mladog meseca, a najmanji broj prijema je u danima prve četvrtine mesečevog ciklusa.

LITERATURA

Amaddeo F, Bisoffi G, Micciolo R, Piccinelli M, Tansella M. Frequency of contact with community-based psychiatric services and the lunar cycle: a 10-year case-register study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1997 Aug;32(6):323-6.

Biermann T, Estel D, Sperling W, Bleich S, Kornhuber J, Reulbach U. Influence of lunar phases on suicide: the end of a myth? A population-based study. *Chronobiol Int.* 2005;22(6):1137-43.

Lieber AL. Human aggression and the lunar synodic cycle. *J Clin Psychiatry.* 1978 May;39(5):385-92.

McLay RN, Daylo AA, Hammer PS. No effect of lunar cycle on psychiatric admissions or emergency evaluations. *Mil Med.* 2006 Dec;171(12):1239-42.

Owen C, Tarantello C, Jones M, Tennant C. Lunar cycles and violent behaviour. *Aust N Z J Psychiatry.* 1998 Aug;32(4):496-9.

Simon K, David M. Psychiatric emergency department visits on full-moon nights. *Psychiatr Serv* 56:221-222, February 2005.

Wilkinson G, Piccinelli M, Roberts S, Micciolo R, Fry J. Lunar cycle and consultations for anxiety and depression in general practice. *Int J Soc Psychiatry.* 1997 Spring;43(1):29-34.

Yvonneau M. Views from dordogne, and the moon, on suicide. *Encephale.* 1996 Dec;22 Spec No 4:52-7.

222E

TETOVAŽA- ZDRAVSTVENI RIZIK ILI ULEPŠAVANJE

Tatjana Dinić, Strukovna medicinska sestra

Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti „G.Toponica,,

Niš , Srbija

- Reč TATTOO potiče od Tahićanske reči tattou, koja znači obeležiti.
- Neki naučnici tvrde da su prvi tragovi tetovaže pronađeni na telu Ledenog čoveka , koji dotira od 3300.god.p.n.e.
- Tetovaže su pronađene i na telima mumija koje potiču iz 2000.god.p.n.e.
- U Hrišćanstvu je običaj tetoviranja smatran delom paganskog obreda i u Starom Zavetu je bio zabranjen.
- Evropljani se nisu tetovirali do XVIII veka.
- Kapetan Džems Kuk je dao najveći doprinos renesansi tetovaže.
- Kada se vratio sa plovidbe 1769.god. doveo je sa Tahitija ne samo reč „TATTOO,, već je doveo sa sobom Velikog Omai-ja, potpuno istetoviranog Polinežanina, koji je bio prava hodajuća galerija tetovaže (Earls i Hester, 1967). Nekoliko njegovih mornara su se i sami tetovirali
- Tetovaža brzo postaje simbol avanturista i mornara.
- Jednom predstavljena Zapadu, tetovaža se sa mornara , kriminalaca ,narkomana , avanturista ubrzo širi na razne slojeve društva, do evropske aristokratije (Goldstein i Sewell, 1979).
- U današnje vreme je postala toliko popularna da je mnogi smatraju modnim trendom.

ZNAČENJE TETOVAŽA

Tetovaža ima različito značenje u različitim kulturama:

- dekoracija tela je najčešći motiv tetoviranja,
- identifikacija koja pokazuje njegov rang i status u grupi u kojoj živi,
- u Starom Rimu su tetovirani kriminalci i robovi,
- Tahićanske tetovaže su nosile poruke o životu onog ko ih je nosio,
- tetovažama se obležavalo i odrastanje pripadnika plemena kako bi se taj trenutak sačuvao zauvek.

VRSTE TETOVAŽA

Amaterske tetovaže

- delo su pojedinaca ili njihovih prijatelja: pomoću igle i tehnikom bockanja nanose se mastilo, ugljen ili pepeo ispod površinskog sloja kože.
- ove tetovaže se rade uglavnom pod ne tako sanitarno prihvatljivim uslovima i sa neuobičajenim supstancama, postoji velika opasnost od infekcije.



Estetske-kozmetičke tetovaže

Tetovaže takođe mogu imati i estetsku funkciju, poput, sve popularnije, trajne šminke: trajnih ajlajnera za oči i usne, rumenila, obrva ili imitacija kose.

Ovakvim tetovažama mogu se pokriti neki neprijatni ožiljci i slično.

Kulturološke tetovaže

Za ovu vrstu tetovaža karakteristično je da se nanose putem tradicionalnih metoda, pripadnicima određenih etničkih grupa. Mogu imati ritualnu, društvenu ili čisto estetsku svrhu.

Profesionalne tetovaže

Kada je reč o profesionalnim tetovažama, njih rade renomirani majstori-umetnici uz pomoć profesionalnih mašinica za tetoviranje – koje su poznate još i kao “pištolji za tetoviranje”.

Medicinske tetovaže

Ove tetovaže nemaju dekorativnu svrhu već se postavljaju iz medicinskih razloga, tj. kod osoba koje pate od nekog hroničnog poremećaja ili bolesti poput dijabetesa.

- Lekari koriste tetovaže kako bi obeležili određena mesta u slučajevima u kojima je neophodno podvrgavanje terapijama zračenja. I nakon operacije rekonstrukcije dojke/bradavice, primenjuju se tetovaže kako bi se stimulisala bradavica.
- Linearni ožiljci, u ravni kože ,nastali nakon hiruških intervencija mogu se uspešno tonirati medicinskom tetovažom i stopiti ih sa okolnom kožom.

BOJE ZA TETOVIRANJE

Tetoviranje je trajno unošenje mastila različitih boja pod kožu uz pomoć posebno izrađenih igli.

- Tetoviraju se uglavnom ljudi i to: iz estetskih, ritualnih, običajnih i društvenih razloga. Životinje se tetoviraju u svrhu označavanja vrste za uzgoj, vlasništvo, selekciju i zdravstvene svrhe.
- Boja za tetoviranje se unosi pod kožu ispod epiderma postajući tako neizbrisivim integralnim delom a tečnost u kojoj se boja rastvara se izlučuje normalnim putem iz tela.
- Neke boje mogu da sadrže supstance koje su opasne po zdravlje i delom su izazivači raka,kao na primer fenol,nitrosamini,aromatični amini a neke sadrže i toksične ili alergogene sastojke za boju i rastvor kao što su kobalt,živa,etilen-glikol,formaldehidi i sl.

Nuspojave tetoviranja

Ukoliko kod mašina koje se koriste za tetoviranje i trajno šminkanje, nisu adekvatno preduzete mere dezinfekcije i sterilizacije može doći do ozbiljnih zdravstvenih problema i bolesti.

- infekcije koje se prenose iglom-krvlju(HEPATITIS B, HEPATITIS C, HIV, TETANUS...)
- stafilokokna ili neka druga bakterijska infekcija kože,
- alergijske reakcije različitog intenziteta,
- otok, bol...

Zbog metalnih pigmenata koji se koriste u spravljanju nekih boja za tetoviranje mogu omesti ili potpuno onemogućiti snimanje magnetnom rezonancom.

- predstavlja sistem međusobno povezanih predstava,ideja i emocija o vlastitom telu.
- uvek dinamična,osetljiva na promene okoline,raspoloženja i fizičkog izgleda.
- u svojoj prirodi subjektivna,psihološka i nije nužno identična sa stvarnim telom.

U osnovi naše slike o sebi nalazi se doživljaj vlastitog tela.

Neka istraživanja su pokazala da tetovirane osobe u odnosu na netetovirane :

- manje planiraju svoju budućnost
- manje su organizovane,
- pokazuju manje samokontrole,
- agresivnije su,
- sklonije prepiranju,
- buntovnije i nesigurnije u odnosu sa drugim ljudima,
- socijalno i emocionalno manje adaptirane,
- imaju slabiju kontrolu impulsa i sklone su pustolovinama,
- tvrdoglave,
- zlovoljne,
- pokazuju nezadovoljstvo sobom,
- potištenost i neraspoloženje.

Što se tice doživljaja tela, tetovirane osobe imaju nešto iskrivljeniji doživljaj svoje kože nego netetovirani. Svoju kožu i tetovaže na njoj doživljavaju kao način komunikacije sa okolnom sredinom, pa ona za njih ima drugačiju ulogu od one koju ima kod netetoviranih osoba.

Psihijatri su pokušavali i uspevali da dovedu u vezu tetovaže sa :

specifičnim psihijatrijskim dijagnozama, kao što su šizofrenija ili poremećaji ličnosti ili sa nepovoljnim socijalnim prilikama, kao što je siromaštvo.

METODOLOGIJA

Cilj rada je bio utvrđivanje informisanosti o mogućoj infekciji putem tetoviranja i opštem mišljenju o tetovaži na telu. Podatke sam dobila od 30 ispitanika koji su radili upitnik.

REZULTATI

Na osnovu istraživanja dobijeni su sledeći rezultati:

- Pol : m ž
- Starost
- Nivo stručnog obrazovanja
- Bračno stanje
- Radni odnos



- Poznate li nekog u vašem okruženju ko ima tetovažu?
- Da li ste prisustvovali nekom predavanju na kome je bilo reči o mogućnosti prenošenja zaraznih bolesti putem igala za tetovažu - infekcije koje se prenose iglom-krvlju (HEPATIT B, HEPATIT C, HIV, TETANUS...)?
- Da li vi imate tetovažu?
- Odgovor- **DA**
- da li se kajete što je imate?

Ispitanica koja je tetovirana smatra da nema razloga da se kajete što ima tetovažu jer se infektivne bolesti mogu preneti na razne načine a ne samo tetoviranjem.

- odgovor -**NE**
- navedite razlog ?
- smatraju da im to nije potrebno,
- nemaju razloga za tetoviranje,
- da je ružno ,
- može ostaviti posledice po zdravlje ,
- ne žele da se obeležavaju,
- ne vole agresivne intervencije,
- plaše se igle i bola,
- ne privlače ih tetovaže .
- Ukoliko imate tetovažu da li bi ste želeli da je uklonite?
- Smatrate li da su osobe sa tetovažom popularnije u društvu?
- Mišljenja o telu sa tetovažom?
- Boje koje se koriste za tetovažu mogu da sadrže toksine i izazovu alergijske reakcije?
- metalni pigmenti koji se koriste u spravljanju nekih boja za tetoviranje mogu onemogućiti snimanje MR?
- Da li ste za to da vaše dete ima tetovažu i šta bi ste mu savetovali ?
- Tetovirana ispitanica kaže da ukoliko dete želi da se istetovira zašto da ne !?
- Ostali ispitanici kažu da bi ukazali deci o posledicama i da pre nego što se istetoviraju o tome dobro razmisle da se kasnije ne bi kajali.
- Mnogi se ne slažu sa tetoviranjem ali su odgovorili da deci ne bi zabranili da to i učine ukoliko je to njihova odluka.
- Visoko obrazovani , oženjen muškarac je odgovorio da je tetovaža potrebna verovatno bi se radali tetovirani.

ZAKLJUČAK

Na spoljašnju lepotu ima uticaja tetovaža ?

Doživljavanje tela-slika tela

- Koliko je slika tela danas važna, svedoči sve veći broj plastičnih operacija, psihičkih poremećaja, poremećaja ishrane, koji su upravo manifestacija negativne slike tela.
- Spoljašnja lepota ima značajnu ulogu u socijalnim relacijama.
- Moderna estetika podrazumeva i tetovažu kao jedan od svojih elemenata.

Bez obzira na trenutnu popularnost tetoviranja ovo nije samo trend već obavlja i svoju psihološku funkciju.

“Bolest je sirotinjska sudbina, ali i bogataška kazna.”

Ivo Andrić

LITERATURA

- Baškovac – Milinković A. i Bele – Potočnik Ž.(1987). Profil indeks emocija– priručnik. Ljubljana, Centar za psihodijagnostička sredstva.
- Burger, T. D., & Finkel, D. (2002). Relationships between body modifications and very high-risk behaviors in a college population. College Student Journal Earls JH, Hester R. (1967). Tattooed sailors: some sociopsychological correlates. Milit Med;
- Osonkar, B. Tattoo You. Mladina, maj 1996;
- Vremec, D. Tetoviranje: etnološko-kulturni oris. Nova Gorica, 1992;
- Knatelj, T. in Vrečko, S. Zdravstvene posledice tetoviranja, prebadanja in poslikave telesa. V: Raziskovalna naloga Sploške in strukovne gimnazije Lava, Celje 2005;
- Putnins, A. TATTOOING; RISK-taking in adolescence Youth Studies junij 1997; Fisher S. (1970). Body experience in fantasy in behavior. New York. Appoeton Centery-Crofts
- Gittleson NL, Wallen GD, Dawson-Butterworth K(1969). The tattooed psychiatric patient. Br J Psychiatry
- Goldstein N. (1979). Psychological implications of tattoos. V. J Dermatol Surg Oncol
- Grumet GW. (1983). Psychodynamic implications of tattoos. Am J Orthopsychiatry
- Krzysztof M. Kuczkowski (2004). Tattoo, human identity and new fashion. Tidsskr Nor Lægeforen
- Pozgain I, Barkic J, Filakovic P (2004). Tattoo and personality traits in croatian veterans, Yonsei Med
- Raspa F.R., Cusack J. (1990). Psychiatric implications of tattoos. American Family Physician
- Sweetman, P. (2000). Anchoring the (postmodern) self? Body modification, fashion, and identity. M. Featherstone (Ed.). Body modificati
- www.tattoo.com(07.jan.08)
- www.users.volja.net/slo-tattoo(01.fer.08)
- www.psihologijanis.org/clanci/56.pdf
- www.tetoviranje.com/Povijest.aspx

232B

OCENJEVALNE LESTVICE ZA AGRESIVNO VEDENJE KOT ELEMENT ZAGOTAVLJANJA VARNOSTI

SCALES FOR AGGRESSIVE BEHAVIOUR AS AN ELEMENT OF ENSURING SAFETY

strok.sod. Aljoša Lapanja, dipl. zn.

Psihiatrična klinika Ljubljana, Intenzivni sprejemni moški oddelek

aljosa.lapanja@psih-klinika.si

Ključne besede: psihiatrična zdravstvena nega, dejavniki tveganja, neželen dogodek

IZVLEČEK

Avtor v članku razpravlja o uporabnosti in pomenu lestvic za oceno tveganja za agresivno vedenje z vidika zagotavljanja varnosti v psihiatrični zdravstveni negi. Na začetku poudarja pomen poznavanja dejavnikov tveganja za agresivno vedenje tako na strani osebja, pacientov kot okolja. Natančneje sta v članku predstavljeni dve lestvici za oceno tveganja za agresivno vedenje: OAS–Overt aggression scale in BVC–Brøset violence checklist. Njuna uporabna vrednost je predstavljena v analizi uporabe lestvice OAS/BVC za leto 2012 v Psihiatrični kliniki Ljubljana. Avtor poudarja, da se z uporabo lestvic OAS/BVC zagotavlja večja varnost in kakovost dela, kontinuiteta psihiatrične zdravstvene nege in najpomembnejše, zmanjšuje se možnost za pojav neželenega dogodka.

Key words: psychiatric nursing care, risk factors, unwanted event

ABSTRACT

The author discusses the usefulness and importance of scales for the assessment of risk for aggressive behavior in terms of ensuring safety in psychiatric nursing. At the beginning author point out the importance of understanding risk factors for aggressive behavior on the part of staff, patients and the environment. More specifically, the article presents two scales to assess the risk for aggressive behavior: OAS-Overt aggression scale and BVC-Broset violence checklist. Their use value is presented in the analysis of the scale OAS/BVC in 2012 at the Psychiatric Clinic Ljubljana. The author points out that the use of scales OAS/BVC provides greater safety and quality of work, continuity of psychiatric nursing care and most importantly, reduces the potential for unwanted event.

UVOD

Na različnih strokovnih področjih so v zadnjih letih v uporabi številne bolj ali manj uporabne ocenjevalne lestvice. Skupni imenovalec vsem pa je, da nam na hiter in enostaven način pomagajo pri oceni določenega stanja pacienta, stopnje ogroženosti oz. tveganja. Pravilna in realna ocena od zdravstvenih delavcev zahteva ustrezne, ciljno usmerjene intervencije, s katerimi se tveganje za nastanek zdravstvenega zapleta oz. neželenega dogodka zmanjša na minimum. To pa nedvomno prispeva k večji varnosti v zdravstveni obravnavi pacienta in s tem k boljši kakovosti opravljenega dela. Na področju psihiatrične zdravstvene nege

danes uporabljamo različne ocenjevalne lestvice, od ocene ogroženosti za padec, za nastanek razjede zaradi pritiska do ocene tveganja za nastop agresivnega vedenja. Agresivno vedenje pacienta s težavami v duševnem zdravju predstavlja urgentno stanje v psihiatrični zdravstveni negi, ki od negovalnega tima zahteva visoko strokovno znanje, podprto z izkušnjami v klinični praksi in usklajeno ter pravočasno delovanje v smeri preprečevanja oziroma zmanjševanja heteroagresivnega vedenja in njegovih posledic.

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Novejše raziskave na področju duševnega zdravja kažejo, da se posamezniki z duševno motnjo nasilno vedejo 3-4 krat pogosteje kot tisti v kontrolni skupini brez duševne motnje. Tveganje za nasilno vedenje se povečuje s številom psihiatričnih diagnoz, med pomembnimi dejavniki tveganja pa je dvojna diagnoza duševne motnje in zlorabe substanc. Pomembni so tudi podatki o nasilnem vedenju v psihiatričnih bolnišnicah, zlasti na zaprtih oddelkih, ki se gibljejo od 3,9 % pa vse do 37 % v različnih delih sveta (pri nas med 6 in 7 %) (Groleger, 2009).

Za uspešno preprečevanje agresivnega vedenja v psihiatrični zdravstveni negi je pomembno poznavanje vseh dejavnikov tveganja in okoliščin, ki povečujejo nevarnost za nastop agresivnega vedenja. Nasilje v zdravstvenih ustanovah ima po Kores Plesničar (2006) vedno tri determinante:

- Dejavniki pacienta

Ameriška klasifikacija duševnih motenj (Diagnostični in statistični priročnik IV) opredeljuje kategorije duševnih stanj/motenj, ki vključujejo nasilnost oz. agresivnost. Zloraba psihoaktivnih substanc, v slovenskem okolju predvsem alkohola, je na prvem mestu najpomembnejših dejavnikov tveganja za nasilne dogodke. Huda psihopatologija, moški spol, zgodnji razvoj psihoze, slabo sodelovanje v zdravljenju in nezaposlenost so ravno tako pomembni dejavniki nasilja. Z nasilnostjo so povezane tudi disocialna osebnostna motnja in mejna osebnostna motnja, delirij in demenca.

- Dejavniki okolja

Najpogostejša mesta so zaprti sprejemni oddelki psihiatričnih ustanov ter ambulate urgentne medicine. Tveganje za nasilna dejanja predstavlja hospitalizacija proti volji. Pomanjkanje izobraženega osebja, premajhni in neudobni prostori, dolgo čakanje v čakalnicah lahko doprinesejo k nasilju v zdravstvenih ustanovah.

- Dejavniki na strani zdravstvenega osebja

Tem dejavnikom je v zadnjem času namenjene vse več pozornosti, predvsem percepciji oz. odnosu zdravstvenega osebja do nasilja in nasilnih dogodkov. Gre za pacientovo nasilje kot objekt odnosa, obravnava nasilja s strani zdravstvenega osebja pa je pojmovana kot vedenje, ki ga lahko ta odnos napove. Raziskave so pokazale, da zdravstveni delavci (medicinske sestre) nimajo vedno negativnega odnosa do nasilja.

V nadaljevanju so natančneje predstavljene dve lestvici za oceno tveganja za agresivno vedenje, ki se uporabljata v Psihiatrični kliniki Ljubljana, in sicer OAS (Overt Aggression Scale) in BVC (Brøset Violence Checklist).

Brøset lestvica nasilnega vedenja (Brøset Violence Checklist)

Na Norveškem je avtor Roger Almvik razvil lestvico BVC (Brøset Violence Checklist) za oceno tveganja za agresivno vedenje pri pacientu.

Lestvica je bila razvita na podlagi najbolj pogostih vzorcev vedenj pred samimi agresivnimi neželenimi dogodki in tako vsebuje šest najbolj značilnih vedenjskih motenj. Sama lestvica je izredno preprosta in ne

zahteva veliko časa izpolnjevalca. Lestvica se lahko uporablja ob sprejemu pacienta, kot tudi kasneje na oddelku, bodisi za ponovno kontroliranje nevarnosti agresivnega vedenja pacienta, kot rutinsko beleženje stanja na oddelku, v namen prenosa informacij o pacientih med izmenami. Potrebno se je zavedati, da lahko lestvico izpolnjuje le oseba, ki je del zdravstvenega tima in je seznanjena z načinom izpolnjevanja lestvice (Abderhalden, 2008).

Uporaba in razlaga BVC lestvice po Almiviku in Woodsu (1999) je sledeča: ¹

- Pacienta ocenimo po opisanih vedenjih ob dogovorjenem času in oceno dokumentiramo. Prisotnost posameznega opisanega vedenja pomeni 1 točka. Odsotnost posameznega opisanega vedenja pomeni 0 točk. Končna ocena predstavlja VSOTO posameznih opazovanih vedenj. Maksimalni seštevek je 6.
- Če je za pacienta, ki ga osebje dobro pozna (pogoste in daljše hospitalizacije), določeno vedenje «normalno», je pri tem vedenju ocenjen z 0 točk (npr.: pacient ima glasen način govora ali je zmeden že daljši čas).

Razpredelnica 1: Opis posameznih vedenj

1.	ZMEDENOST, NEMIR	Pacient kaže očitne znake zmedenosti, je časovno in/ali krajevno dezorientiran.
2.	NAPETOST, RAZDRAŽLJIVOST, KONFLIKTNOST	Pacient je vidno napet, se hitro razjezi, prihaja v konflikte in težko prenaša bližino sopacientov ali osebja.
3.	GLASNOST, ZAHTEVNOST	Pacient je v vedenju in izražanju glasen. Glasno govori, tudi zavpije, loputa z vrati in izraža veliko zahtev.
4.	VERBALNE GROŽNJE	Pri pacientu pride do verbalnega izbruha/napada, v katerem drugi osebi grozi in/ali jo ustrahuje.
5.	FIZIČNE GROŽNJE	Pri pacientu je izražena neposredna fizična grožnja drugi osebi. (agresivna drža telesa, dvignjena roka/noga, stisnjena pest, puljenje za obleko...itd.)
6.	NASILNOST DO PREDMETOV	Pacient je nasilen do predmetov. (predmet vrže po tleh, ga brca, udarja s pestjo po predmetu, uničuje inventar ali močno loputa z vrati)

Rezultati BVC:

VSOTA = 0 Tveganje za agresivno vedenje je majhno.

VSOTA = 1 ali 2 Tveganje za agresivno vedenje je povečano(srednje). Potrebni so preventivni ukrepi.

VSOTA ≥ 3 Tveganje za agresivno vedenje je zelo visoko. Potrebni so preventivni ukrepi in individualni načrt za obvladovanje potencialnega agresivnega vedenja.

Izkušnje iz klinične prakse kažejo, da ima ocena BVC največji pomen pri napovedi tveganja za nastop agresivnega vedenja v prvih 24 urah od same ocene. Občutljivost in specifičnost rezultatov BVC lestvice kaže, da je točnost napovedi, da do agresivnega vedenja pride v naslednjih 24 urah 63 %, medtem ko je točnost napovedi, da se agresivno vedenje ne razvije v naslednjih 24 urah 92 % (Almivik, Woods, Rasmussen, 2000).

OAS - Lestvica odkrite agresije (Overt aggression scale)

Lestvico odkrite agresije OAS je oblikoval Stuart C. Yudofsky s sodelavci (1986) iz Houstona v ZDA. Lestvica OAS je namenjena oceni opazovanega/zaznanega agresivnega vedenja. Lestvica je razdeljena v dva dela. Prvi del sestavljajo štiri kategorije agresivnega vedenja: besedna agresija, avtoagresija, heteroagresija in agresivnost do predmetov. Vsaka kategorija vsebuje opis štirih agresivnih vedenj, ki se stopnjujejo glede

na intenziteto (npr. pri besedni agresiji od jeznega vpitja do neposrednih groženj s smrtjo). Ocenjevalec lestvice v prvem delu označi tisto vrsto in intenziteto agresivnega vedenja, ki je pri pacientu prisotna. Drugi del lestvice je namenjen opisu intervencij, ki so potrebne za preprečitev ali obvladanje agresivnega vedenja pri pacientu. Raziskave so potrdile korelacijo med resnostjo/stopnjo posamezne vrste agresivnega vedenja in izvedenimi intervencijami osebja. Sestavni del lestvice je tudi časovna komponenta, kjer se zabeleži čas začetka opazovanega agresivnega vedenja in čas trajanja le tega, pri čemer velja, da se agresivno vedenje, ki se ponovi znotraj prvih 30 minut od začetka prvega agresivnega vedenja, šteje za isto epizodo agresivnega vedenja (izpolni se ena lestvica).

Lestvica OAS se je v klinični praksi pokazala kot preprosta za uporabo, saj je enostavna, razumljiva in vzame malo časa za izpolnjevanje. Njena napovedna vrednost za nadaljnje agresivno vedenje je manjša kot pri BVC. Njena prednost pa je v natančnem opisu stopnje resnosti in vrste agresivnega vedenja. Pomembno napovedno vrednost pa ima pri pacientih, pri katerih je agresivno vedenje pogostejše, saj se iz analize lestvic lahko razbere, kako se agresivno vedenje pri posamezniku spreminja v pojavnih oblikah in intenziteti. Koristne pa so tudi informacije o učinkovitih intervencijah osebja, ki so agresivno vedenje preprečile, zmanjšale ali obvladale.

V PK Ljubljana je v uporabi kombinacija obeh ocenjevalnih lestvic OAS in BVC. Prednost obeh lestvic na skupnem ocenjevalnem listu je v opisni (vrsta, intenziteta) oceni agresivnega vedenja, ki jo nudi OAS in v numerični oceni BVC-ja, ki ima pomembno napovedno vrednost za ponovni nastop agresivnega vedenja v naslednjih 24 urah. OAS/BVC lestvica se v klinični praksi uporablja ob zaznanem agresivnem vedenju s strani pacienta oziroma vedno takrat, ko je potrebna kakršnakoli intervencija zdravstvene nege s strani osebja (terapevtski pogovor, bolj pozorno opazovanje, aplikacija terapije, PVU idr.). Oceno BVC se vpiše z uro pričetka opazovanega agresivnega vedenja na grafični del temperaturnega lista, ki je v pomoč in opozorilo vsem članom zdravstvenega tima, da je pri pacientu potrebna večja pozornost v smeri preprečevanja agresivnega vedenja. Preventivni pomen pri nadaljnji obravnavi ali pri ponovnih hospitalizacijah pacienta ima tudi število izpolnjenih lestvic OAS/BVC, saj je preteklo agresivno vedenje pomemben napovedni dejavnik.

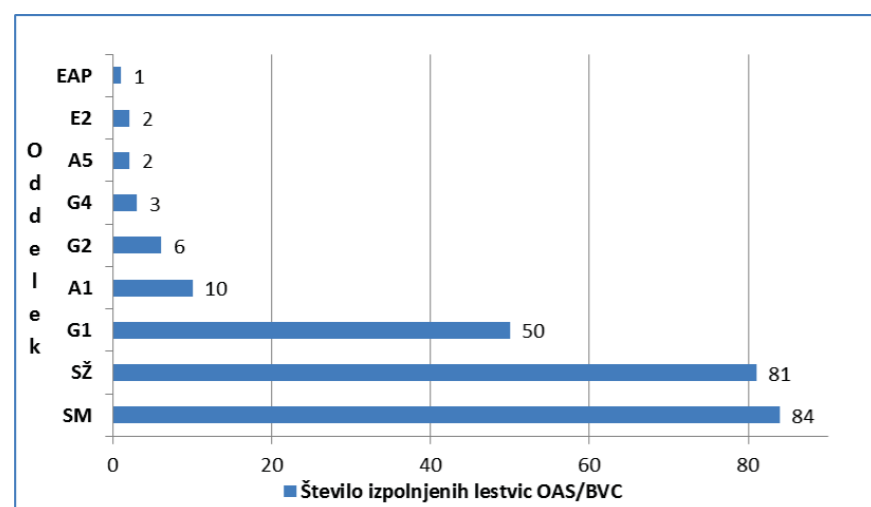
METODE DELA

Pri pisanju članka je bila uporabljena deskriptivna metoda znanstvenega raziskovanja. Kvantitativno obdelani podatki v analizi so bili zbrani s pomočjo obrazca Lestvica odkrite napadalnosti OAS in BVC, ki je v uporabi v Psihiatrični kliniki Ljubljana (PK Ljubljana Namen raziskave je ugotoviti pogostost izpolnjevanja lestvic na posameznih oddelkih in oceniti njihovo uporabnost v klinični praksi pri preprečevanju nasilnega vedenja. V analizo so bile vključene vse izpolnjene lestvice na vseh oddelkih v PK Ljubljana v času od 1.1.2012 do 31.12.2012. Lestvico so zaposleni v zdravstveni negi izpolnili samo takrat, ko je vedenje pacienta zahtevalo njihovo intervencijo. Za obdelavo podatkov in predstavitev rezultatov analize sta bila uporabljena računalniška programa Microsoft Excel in Word.

PREGLED UGOTOVITEV / ANALIZA REZULTATOV

V letu 2012 je bilo v PK Ljubljana izpolnjenih 239 lestvic odkrite agresije OAS/BVC na 9 različnih oddelkih. Po številu pričakovano izstopajo intenzivni varovani oddelki.

¹ Uporaba BVC lestvice je avtorsko zaščitena, za dovoljenje je potrebno pridobiti soglasje avtorja.



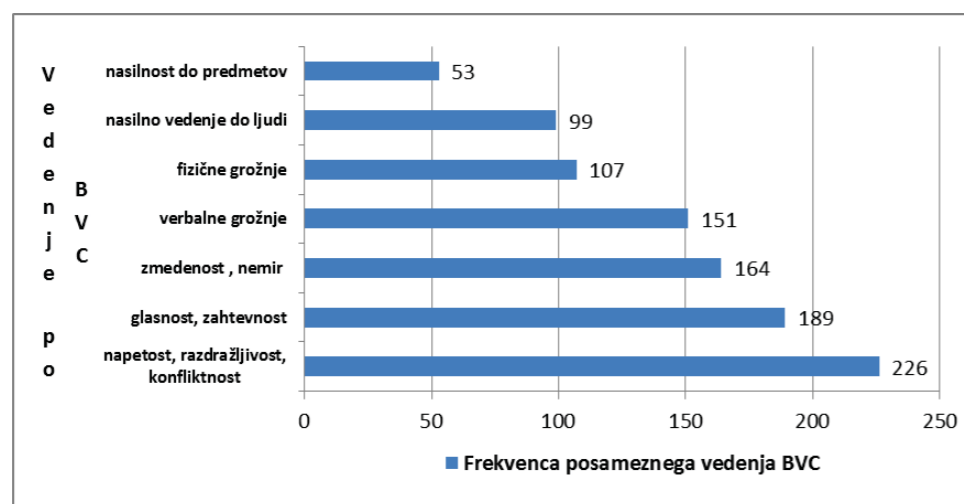
Slika 1: Število izpolnjenih lestvic odkrite agresije OAS/BVC

Na moškem in ženskem intenzivnem sprejemnem oddelku je bilo primerjalno z ostalimi oddelki največ izpolnjenih lestvic (165). Rezultat je bil pričakovan, saj sta oddelka namenjena sprejemu pacientov v akutni fazi bolezni s številnimi dejavniki tveganja za agresivno vedenje pri posamezniku (akutna psihopatološka simptomatika, alkohol, vpliv PAS, omejeno področje gibanja idr.). Na tretjem mestu sledi varovani gerontopsihiatrični oddelku, na katerem je nemir in agresivno vedenje ob napredujočem kognitivnem upadu pogost pojav.

Razdelitev po spolu je bila približno enakomerna, dokumentiranih je bilo 13 lestvic več za ženski spol. Razmerje v odstotkih tako znaša ženski spol-53% : moški spol-47%. Večje število v prid ženskega spola gre pripisati dokumentiranim lestvicam na varovanem ženskem oddelku A1, medtem ko sta oba sprejemna oddelku glede števila in razdelitve po spolu skoraj izenačena.

Povprečni čas trajanja agresivnega vedenja je bil 33 minut. Na intenzivnem sprejemnem ženskem oddelku je bil skoraj za polovico daljši (30 minut) kot na moškem (18 minut).

Povprečna ocena BVC je znašala 3,8, kar pomeni visoko tveganje za agresivno vedenje. Primerjava med povprečno oceno na intenzivnem moškem in ženskem oddelku kaže, da je bilo tveganje za agresivno vedenje na moškem oddelku v povprečju višje za 0,6 točke. Ocena sovпада z raziskavami (Kores Plesničar, 2006), ki potrjujejo da je tveganje za nasilno vedenje v prid moškega spola.



Slika 2: Frekvenca posameznega vedenja po BVC lestvici

Najpogostejše kategorije vedenja po lestvici BVC so bile pričakovane prve tri: napetost/ razdražljivost/ konfliktnost, glasnost/zahtevnost in zmedenost/nemir. V 99 primerih je prišlo do agresivnega vedenja do ljudi. Na drugi strani to pomeni, da je bilo v 140 primerih (glede na vse izpolnjene lestvice, t.j. 239) z ustreznimi intervencijami nasilno vedenje uspešno preprečeno.

Razpredelnica 2: Število intervencij ob agresivnem vedenju.

Intervencije	Število
Pogovor s pacientom	204
Bolj pozorno opazovanje	108
Takojšnja medikacija i.m.	96
Fizično oviranje	87
Držanje pacienta	84
Takojšnja medikacija p.o.	54
Izolacija brez osamitve ("time out")	3
Poškodba terja takojšnje zdravljenje pacienta	2
Poškodba terja takojšnje zdravljenje druge osebe	1
Brez	0
Osamitev	0

Razpredelnica 3: Število posameznih kategorij vedenj po lestvici OAS

Besedna agresija	Število
Je hrupen, jezno vpije	166
Kriči blage osebne žaljivke	93
Grobo preklinja, jezno uporablja kletvice, srednje močno grozi drugim ali sebi	82
Nedvoumno grozi z nasiljem do drugih ali do sebe („Ubil te bom!“) ali prosi za pomoč pri samoobvladovanju	36
Heteroagresija	
Dela grozeče kretnje, zamahuje proti ljudem, grabi za obleko	124
Udarja, brca, poriva, puli lase (brez poškodbe)	63
Napada druge in povzroča blage do zmerne telesne poškodbe (udarnine, zvine, podplutbe)	19
Napada druge in povzroča hude telesne poškodbe (zlom kosti, globoke rane, notranje poškodbe)	2
Agresija do predmetov	
Loputa z vrati, razmetava obleko, dela nered	27
Meče predmete na tla, brca pohištvo, ne da bi ga polomil, maže zid	27
Uničuje predmete, razbija okna	14
Zaneti ogenj, nevarno meče predmete	1
Avtoagresija	
Si puli ali praska kožo, se udarja, si puli lase (brez ali z blago poškodbo)	6
Udarja z glavo, udarja s pestmi v predmete, meče se na tla ali v predmete (se rani, a poškodba ni huda)	9
Manjše ureznine ali modrice, blažje opekline	2
Se poškoduje z globokimi urezninami, krvavečimi ugrizi, notranjimi poškodbami, zlomi, izgubo zavesti, izgubo zob	2



Glede na kategorijo posameznih vedenj po lestvici OAS je bila najpogosteje zabeležena besedna agresija. Jezno vpitje, uporaba žaljivk in srednje močne grožnje drugim so bile v tej kategoriji najpogosteje dokumentirana vedenja. Na drugem mestu sledi heteroagresija, pri čemer je bila prva stopnja heteroagresije najpogostejša. Hujša stopnja heteroagresivnega vedenja (udarci z nastankom blažjih poškodb) je bila opisana v 19 primerih. Inventar je bil poškodovan v 14 primerih. Na sprejemnem ženskem oddelku je bila zabeležena polovica vseh primerov samopoškodovalnega vedenja (9). Opisni del lestvice OAS in numerični del lestvice BVC se po številu dokumentiranih vedenj ujemata.

ZAKLJUČEK

Uporaba lestvic za oceno tveganja za agresivno vedenje ima na področju psihiatrične zdravstvene nege zelo velik pomen. Pomembno je, da so v klinični praksi uporabne, enostavne, hitre in z dobro napovedno vrednostjo. Kombinacija opisa agresivnega vedenja glede na vrsto in intenziteto v kombinaciji z numeričnim faktorjem (BVC ocena) v dosednji klinični praksi kaže vzpodbudne rezultate. Z uporabo obeh lestvic se zagotavlja večja varnost zdravstvene obravnave, kontinuiteta zdravstvene nege in najpomembnejše, zmanjšuje se možnost za nastop neželenega dogodka. Vse lestvice, obrazci in drugi pripomočki pri našem delu so lahko brez pomena, če med strokovnjaki zdravstvene nege ni takih, ki s svojim pristopom vsakodnevno delujejo terapevtsko, empatično in v smeri razreševanja osebnih stisk pacientov.

LITERATURA

Abderhalden C. The systematic assessment of the short-term risk for patient violence on acute psychiatric wards. *Brit J Psychiat*. 2008;193(1):91-103.

Almvik R, Woods P, Rasmussen K. The Brøset Violence Checklist: Sensitivity, Specificity, and Interrater Reliability. *J Interpers Violence*. 2000;15(12):1284-1296.

Almvik R, Woods P. Predicting inpatient violence using the Broset Violence Checklist (BVC). *Int J Psychiatr Nurs Res*. 1999;4(3):498-505.

Groleger U. Agresivnost. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Psihiatrična klinika Ljubljana: Rokus Klett;2009:292.

Kores Plesničar B. Pomen agresije v zdravstvenih ustanovah. In: Čuk V, eds. *Strokovno srečanje Raziskovanje, izobraževanje in razvoj v psihiatrični zdravstveni negi*. (podtema Pravice bolnikov in zaposlenih). Maribor, 26. oktober 2006. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2006:27.

Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D. The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *Am J Psychiatry*. 1986;143(1):35-39.

INDEKS AVTORJEV



Ahec Lidija	438	Jelen Anita	453
Bahun Mateja	89	Jerebic Sandra	63
Banović Bojana	358	Jokinen Mervi	7
Benedik Peter	275	Kadivec Saša	129
Berčan Mateja	322	Kaker Maja	318
Bijol Alenka	374	Kalender Smajlović Sedina	213
Blagojević Stanislava	328	Kaluz Sonja	1
Bobnar Albina	380, 405	Kaučič Boris Miha	203
Brdar Ajda	268	Kazić Smiljana	295
Bregar Branko	72	Kegl Barbara	414
Čeh Anže	302	Kermavner Nataša	453
Čermelj Nataša	295, 453	Klančnik Gruden Maja	295, 453
Čuk Vesna	220	Koletnik Simon	105
Damiš Metka	33	Komazec Stanka	328
Dinić Tatjana	461	Korošec Tanja	190
Djekić Bernarda	358	Kosmina Novak Vanja	120
Dobnik Mojca	197	Kotnik Mojca	213
Donik Barbara	40	Krajnc Andreja	175, 240
Dornik Ema	151	Krajnc Laura	33
Finžgar Sabina	56	Kralj Liljana	344
Flajs Urška	240	Kramar Zdenka	63, 135, 438
Habjanič Ana	275	Kramberger Ksenija	164
Halbwachs Helena Kristina	285	Krel Cvetka	275
Hvala Urška	295	Kvas Andreja	23, 105, 112, 352
Jaklič Asja	295	Lapanja Aljoša	466
Jakšič Edvard	227	Lavtižar Jana	311
Janković Dobrila	459	Lokar Katarina	213
Janša Trontelj Katja	112	Lorber Mateja	40, 197, 414



Mačič Višić Nada	389	Rugelj Vesna	262
Majcne Dvoršak Suzana	443	Sima Đurđa	295
Matković Miladinka	213	Sivec Gordana	311
Medvešček Smrekar Maja	295	Sotler Robert	129
Mertelj Oti	89	Strgar Mojca	389
Mežik Veber Marija	374	Sušić Alma	295
Nešić Majda	240	Šemrl Simon	369
Oražem Vida	295, 337	Šenk Patricija	112
Oštir Majda	399	Šešet Aida	48
Pajnkihar Majda	40, 414	Šivic Katja	352
Panić Zorica	318	Štemberger Kolnik Tamara	247, 268
Pavič Nikolič Milena	421	Šuštar Branko	10
Pavlović Aleksandar	247	Terbovšek Robert	72
Pejić Munira	48	Tomažič Jožefa	275
Peterka Novak Jožica	431	Tomažič Mojca	453
Pirš Ksenija	40	Trajkowska Daniela	380
Pogorelc Mateja	262	Trotovšek Tatjana	235
Ponjević Kristina	405	Tunuković Suzana	443
Požarnik Tatjana	235	Us Irena	328, 431
Predalič Erika	295	Videčnik Ivanka	56
Prelec Anita	453	Vigec Nada	295
Prestor Jože	158	Vilar Vanja	337
Prestor Lojzka	97	Zafran Beti	182
Pust Blanka	253	Zaletel Marija	253
Rajkovič Vladislav	253, 275	Zupančič Vesna	78
Ravljen Mirjam	358	Železnik Danica	203
Robnik Petrischa	203	Živko Iris	141
Roš Alenka	295	Žvanut Boštjan	247, 268

ZLATA SPONZORJA





