

# PRAVNO-ETIČNE DILEME -

IZZIV ZA PROFESIJO ZDRAVSTVENE NEGE

zbornik predavanj

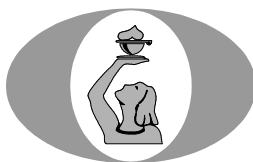
Velenje, 13. november 2009



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



**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**

# **PRAVNO-ETIČNE DILEME – IZZIV ZA PROFESIJO ZDRAVSTVENE NEGE**

**XXV. strokovno srečanje**

Zbornik uredila:  
**Andreja Kvas**

**Velenje, 16. oktober 2009**

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**

Zbornik predavanj

**PRAVNO-ETIČNE DILEME – IZZIV ZA PROFESIJO ZDRAVSTVENE NEGE**

Velenje, 13. november 2009

XXV. strokovno srečanje

**Urednica:** Andreja Kvas

**Recenzent:** Andreja Kvas

**Programski odbor:** Ahbeer Al-Sayegh, Andreja Kvas, Katjuša Mravljak

**Organizacijski odbor:** Irena Trampuš, Sonja Skubic, Irena Planko

**Oblikovanje naslovnice:** Tomaž Kvas

**Oblikovanje in priprava za tisk:** Starling d.o.o., Vrhnika

**Tisk:** Tiskarna POVŠE, Ljubljana

**Naklada:** 180 izvodov

*Izdano v Ljubljani, november 2009*

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

174:616-083(082)

616.1-083(082)

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. Strokovno srečanje (25 ; 2009 ; Velenje)

Pravno-etične dileme - izziv za profesijo zdravstvene nege : [zbornik predavanj] / 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, XXV. strokovno srečanje, Velenje, 13. november 2009 ; urednica Andreja Kvas. - 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

ISBN 978-961-92547-1-4

1. Gl. stv. nasl. 2. Kvas, Andreja

248111616

# VSEBINSKO KAZALO

<b>UVODNIK</b> .....	9
Andreja Kvas	
<b>ZDRAVLJENJE AORTNE STENOZE PRI STAROSTNIKU</b> .....	11
Matjaž Bunc	
<b>ZNANJE, SPRETNOSTI IN VEŠČINE MEDICINSKIH SESTER – TEMELJI ZA PREMAGOVANJE PRAVNO-ETIČNIH DILEM</b> .....	19
Hilda Maze	
<b>APLIKACIJA PO TELEFONU ODREJENE TERAPIJE – ETIČNA IN STROKOVNA DILEMA V ZDRAVSTVENI NEGI</b> .....	25
Marina Velepíč	
<b>MEDICINSKA SESTRA V ANTIKAGULACIJSKI AMBULANTI: ETIČNE DILEME IN ZAPLETI ZDRAVLJENJA</b> .....	27
Elvira Jusufovič	
<b>ETIČNI VIDIKI SODELOVANJA V ZDRAVSTVU</b> .....	35
Darja Ovijač	
<b>ZAKON O PACIENTOVIH PRAVICAH</b> .....	43
Robert Sotler	
<b>PSIHOFIZIČNO IZGOREVANJE Z VIDIKA ETIKE</b> .....	51
Peter Jaušovec	
<b>PRISTOPI K IZBOLJŠEVANJU KAKOVOSTI ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE</b> .....	61
Suzana Labaš	
<b>IZOBRAŽEVANJE, TIMSKO IN SKRBTVENO DELO ZDRAVSTVENIH DELAVCEV KOT ORODJE ZA IZBOLJŠANJE KAKOVOSTI</b> .....	71
Mirjana Kralj Coha, Andreja Hrovat Bukovšek	
<b>FIKSACIJA BOLNIKA: PRAVNO-ETIČNI PROBLEM</b> .....	89
Andrejka Gradič	

## **SODOBNA ZDRAVSTVENA NEGA SRČNO-ŽILNIH BOLNIKOV – PRIMERI DOBRE PRAKSE**

<b>SODOBNO ISKANJE LITERATURE – TUDI V ZDRAVSTVENI NEGI</b> .....	97
Darja Ovijač	
<b>RAZISKAVA O NEBESEDNI KOMUNIKACIJI MED STAROSTNIKI IN OSEBAMI, KI SKRBIJO ZANJE</b> .....	103
Marija Zaletel	
<b>UPRAVLJANJE PROCESOV BOLNIŠNIČNE ZDRAVSTVENE NEGE Z E-DOKUMENTACIJO</b> .....	109
Uroš Rajkovič, Olga Šušteršič, Vladislav Rajkovič	
<b>CASE MANAGER V ZDRAVSTVENI NEGI</b> .....	121
Vesna Korat, Katjuša Mravljak	
<b>REHABILITACIJA KRONIČNIH BOLNIKOV – PRIMER DOBRE PRAKSE: REHABILITACIJSKI CENTER BREDA NA NIZOZEMSKEM</b> .....	131
Brigita Putar	
<b>PALIATIVNA OSKRBA V BOLNIŠNICI GOLNIK</b> .....	135
Judita Slak	
<b>USTNA NEGA PRI BOLNIKU Z MOTNJAMI V POŽIRANJU IN PRI BOLNIKU Z VSTAVLJENIM ENDOTRAHEALNIM TUBUSOM</b> .....	141
Katja Vrankar	
<b>KLINIČNA POT ZA BOLNIKE S PLANIRANIM INVAZIVNIM SRČNIM POSEGOM: SPREMLJAJOČA DOKUMENTACIJA</b> .....	147
Irena Blažič	
<b>ŠIRITEV MREŽE JAVNO DOSTOPNIH AVTOMATIČNIH ZUNANJIH DEFIBRILATORJEV IN NJIHOVA USPEŠNA UPORABA</b> .....	151
Primož Krajnc	

## PROGRAM

- 8.00-9.15 Registracija udeležencev  
9.15-9.45 Pozdravne besede in kulturni program

### **NOVOSTI NA PODROČJU ZDRAVLJENJA SRČNO ŽILNIH BOLENIJ**

(Moderatorici: mag. Andreja Kvas, Katjuša Mravljak)

- 9.45-10.15 **Zdravljenje aortne stenoze pri starostniku**  
prof.dr. Matjaž Bunc, dr.med.
- 10.15-10.35 **Znanje, spretnosti in veščine medicinskih sester – temelji za premagovanje pravno-etičnih dilem**  
mag. Hilda Maze, viš.med.ses., univ.dipl.org.
- 10.35-10.50 Razprava
- 10.50-11.20 ODMOR S PRIGRIZKOM

### **PRAVNO-ETIČNE DILEME**

(Moderatorici: Ahbeer Al-Sayegh, mag. Andreja Kvas)

- 11.20-11.40 **Aplikacija po telefonu odrejene terapije – etična in strokovna dilema v zdravstveni negi**  
Marina Velepich, viš.med.ses.
- 11.40-12.00 **Zapleti antikoagulantnega zdravljenja in etične dileme**  
Elvira Jusufovič, dipl.m.s.
- 12.05-12.25 **Strokovni nadzori kot javno pooblastilo Zbornice – Zveze v praksi- skozi etični vidik**  
Irena Buček Hajdarevič, dipl.m.s Darinka Klemenc, dipl.m.s.
- 12.25-12.45 **Etični vidiki sodelovanja v zdravstvu**  
mag. Darja Ovijač, viš.med.,ses., univ.dipl.org.
- 12.45-13.05 **Zakon o pacientovih pravicah**  
Robert Sotler, dipl.zn.
- 13.05-13.25 Razprava
- 13.25-14.15 VOLITVE
- 14.15-15.15 KOSILO

- 15.15-15.35 **Psihofizično izgorevanje z vidika etike**  
Peter Jaušovec, dipl.zn.
- 15.35-15.55 **Pristopi k izboljševanju kakovosti zdravstvene obravnave**  
Suzana Labaš, viš.med.ses., univ.dipl.org.
- 16.00-16.20 **Izobraževanje in timsko delo kot orodje za izboljševanje kakovosti**  
Andreja Hrovat Bukovšek, dipl.m.s., univ.dipl.org.,  
Mirjana Kralj Coha, dipl.m.s.
- 16.20-16.40 **Fiksacija bolnika: dileme**  
Andrejka Gradič, dipl.m.s.
- 16.40-17.00 Razprava in zaključki strokovnega seminarja

# ZBORNİK PREDAVANJ





# ETIKA V ZDRAVSTVENI NEGI – ČRKA NA PAPIRJU ALI VSAKDANJA PRAKSA?

mag. Andreja Kvas

Kolegice iz Splošne bolnišnice Celje so predlagale, da jesensko strokovno srečanje *Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji* posvetimo etiki v zdravstveni negi. Lotile smo se pregleda literature in ugotovile, da je o tej temi veliko napisanega že v slovenskem prostoru, še več pa v tujini. Tudi ko smo pregledale programe strokovnih srečanj strokovnih sekcij Zbornice – Zveze zadnjih nekaj let, smo ugotovile, da so se te teme že lotevali v različnih strokovnih sekcijah. Vendar to ni bila ovira, da se tudi v naši sekciji ne bi lotili omenjene teme – za nas je to izziv. Strokovnemu srečanju smo dali naslov *Pravno-etične dileme – izziv za profesijo zdravstvene nege*.

Izhajali smo iz tega, da je zdravstvena nega etična disciplina, saj medicinske sestre in zdravstveni tehniki nenehno presojava, ali delamo dobro, pravilno in koristno. Sprašujemo se in si skušamo odgovoriti, kaj je dobro in prav ter kaj je slabo in narobe. In kakšen je odgovor? Odgovor nikoli ni enoznačen, saj ima vsak človek svojo etiko, svoj pogled na svet in življenje, svoj vrednostni sistem, ki določa njegovo ravnanje. In ker je zdravstvena nega etična disciplina, zahteva svojo profesionalno etiko, ki je zapisana v kodeksih etike. *Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije* je bil sprejet na Skupščini Zbornice zdravstvene nege Slovenije, 25. 3. 1994. Pri njegovi pripravi so bili upoštevani kodeksi in določila ICN ter drugi kodeksi držav članic in nekateri medicinski kodeksi. Temeljna določila kodeksa etike imajo svojo osnovo celo v Hipokratovi prisegi. Skupščina Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije pa je na svoji 16. skupščini, 17. 2. 2005, sprejela dopoljnjeni Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, kjer je zapisano »Upoštevanje določb Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije je obvezno za vsako medicinsko sestro in druge člane negovalnega tima.«.

Pa dovolj dobro poznamo vseh devet etičnih načel, ki so navedena v Kodeksu etike? V njem so obrazložena deontološka etična načela; načelo dobronamernosti, načelo neškodovanja, načelo avtonomnosti in načelo pravičnosti. Pa jih medicinske sestre vedno upoštevamo pri svojem delu? Iz svoje prakse se spomnim, da so bila zelo pogosta vprašanja pripravnikom na strokovnem izpitu: »Naštete vseh devet načel.«, »Kaj pravi načelo III?«, »Kaj pravi načelo X?« ipd. V odgovor pa so pripravniki pogosto na pamet zdrdrali načelo III: »Medicinska sestra je dolžna varovati kot poklicno skrivnost podatke o zdravstvenem stanju pacienta, o vzrokih, okoliščinah in posledicah tega stanja«. Zakaj? Ker se je od njih to zahtevalo. Če je bila katera izmed spraševalk bolj natančna in je želela obrazložitev ali primer iz prakse, je bilo na drugi strani vse tiho. Pa to še ni vse. Zgodilo se je, da si čez nekaj dni v dvigalu srečal prav to pripravnico, ko je na ves glas razlagala kolegici, da imajo na oddelku to in to znano osebo, zaradi te in te bolezni, menjaje jo obiskujeta mož in ljubimec, je zelo

izbirčna pri hrani, ima slabe higienske navade itd. Da ne bom krivična do pripravnikov, takšne pogovore pogosto slišiš na hodnikih, v bolnišničnih jedilnicah, pred zdravstvenimi ustanovami, na mestnih avtobusih, pred bančnimi okenci, pa še bi lahko naštevala. Takšne posameznice očitno ne razumejo ali celo ne poznajo načela, v katerem je obrazloženo, kaj vse spada pod načelo III. Zame je pomembna vsebina etičnih načel, pomembno je to, da o njih razmišljamo in jih upoštevamo v vsakodnevni praksi. *Pogosteje vzemimo v roke Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije in ga počasi in natančno berimo!*

Ko bomo pogosteje razmišljali o etičnih načelih, se o njihovih kršitvah pogovarjali na sestankih negovalnega tima, se ne bo več prav pogosto dogajalo, da bi se medicinske sestre med postiljanjem postelje, na kateri je nepokreten bolnik, pogovarjale o privatnih zadevah, da ni zagotovljena intimnost pri odvajanju v postelji, da se jezimo na bolnika, ker nas ne »uboga«, da bolnika prav začudeno sprašujemo »Ja gospod, ja kdo vam je pa to naredil? Že spet!« ipd.

Da bo etičnih dilem v praksi zdravstvene nege bolnika s srčno-žilnimi obolenji čim manj, pogovori in razpravljanja o njih pa vedno bolj pogosti v negovalnem in zdravstvenem timu, je pred vami zbornik predavanj, v katerem boste našli nekaj odgovorov na vprašanja v zvezi s kršitvami etičnih načel in etičnimi dilemami. Zbornik je razdeljen v dva sklopa. Prvi sklop z naslovom *Novosti na področju zdravljenja srčno-žilnih obolenj* obravnava zdravljenje aortne stenozе pri starostniku. V drugem sklopu z naslovom *Pravno-etične dileme* so predstavljeni prispevki, ki obravnavajo določene pravno-etične dileme; vpliv znanja, spretnosti in veščin medicinskih sester na premagovanje pravno-etičnih dilem; aplikacija po telefonu odredjene terapije; zapleti antikoagulantnega zdravljenja; strokovni nadzori v zdravstveni negi; etični vidiki sodelovanja v zdravstvu; zakon o pacientovih pravicah; psihofizično izgorevanje z vidika etike; izobraževanje in timsko delo – orodje za izboljševanje kakovosti in dileme ob fiksaciji pacienta.

V nadaljevanju zbornika predavanj so predstavljeni določeni prispevki, ki so jih kolegice in kolegi predstavili na strokovnem srečanju *Sodobna zdravstvena nega srčno-žilnih bolnikov – primeri dobre prakse*. Strokovni seminar smo organizirali in izvedli v Radencih, maja 2009. V prispevkih v tem delu zbornika so predstavljeni prispevki o sodobnem načinu iskanja literature; o nebesedni komuniciranji med starostniki in osebami, ki skrbijo zanje; o e-dokumentaciji v zdravstveni negi; o case managerju v zdravstveni negi; o rehabilitaciji kroničnih bolnikov na Nizozemskem; o paliativni oskrbi; o ustni negi pri bolniku z motnjami požiranja; o klinični poti bolnika s planiranim invazivnim srčnim posegom in o širitvi javno dostopnih avtomatičnih zunanjih defibrilatorjev.

Vsem želim prijetno branje, veliko novo pridobljenega znanja, kritičnega razmišljanja ob branju prispevkov ... V zdravstveni negi delajmo dobro, pravilno in koristno, zato vedno in povsod upoštevajmo načelo, ki pravi: »*Delaj tako kot želiš, da bi drugi storili tebi ali tvojim najbližjim v podobnih okoliščinah*«.

# ZDRAVLJENJE STENOZE AORTNE ZAKLOPKE Z BALONSKO DILATACIJO

*Matjaž Bunc, Polonca Kogoj, Polona Mušič\*, Miha Šušteršič*

*Klinični oddelek za kardiologijo, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Zaloška 7, 1000 Ljubljana*

*\*Inštitut za anesteziologij, UKC v Ljubljani, Zaloška 7, 1000 Ljubljana.*

*odgovorni avtor: prof.dr. Matjaž Bunc, dr.med.*

## IZVLEČEK

Kalcinirajoča stenoza aortne zaklopke je najbolj pogosta valvulopatija v zahodnem svetu. Gre za progresivni, degenerativni, aterosklerozni podoben proces na aortni zaklopki. Obolevnost narašča s starostjo. Kirurška menjava aortne zaklopke je terapija izbire pri bolnikih s hudo, simptomatsko stenozo aortne zaklopke. Kirurško zdravljenje pa ima omejitve pri ostarelih bolnikih z visokim perioperativnim tveganjem. Pri takih bolnikih prihajajo v poštev manj invazivne metode kot npr. perkutana balonska dilatacija aortne zaklopke. Dilataciji sledi simptomatsko izboljšanje in boljša kvaliteta življenja. Zaradi pogostih tudi zgodnjih restenoz sama dilatacija zožene aortne zaklopke nima vpliva na dolgoročno preživetje. Zadnja leta se je vzporedno z razvojem metod za perkutano vstavev aortnih zaklopk ponovno začela razvijati tudi balonska dilatacija aortne zaklopke. V teku so šudije, ki raziskujejo nove načine za preprečevanje restenoz in upočasnitev mineralizacije zaklopke po dilataciji. Uspešnost teh metod bo odločala o vlogi balonske dilatacije aortne zaklopke v klinični praksi.

**KLJUČNE BESEDE:** aortna zaklopka, zdravljenje, balonska dilatacija

## Degenerativna kalcinirajoča aortna stenoza

Degenerativna kalcinirajoča stenoza aortne zaklopke (DKAS) je najbolj pogosta valvulopatija v zahodnem svetu. Gre za aterosklerozni podoben proces, kjer se pod poškodovanim endotelijem lističev aortne zaklopke kopičijo lipidi, vnetne celice in fibroblasti. Vnetni proces z leti napreduje in končno privede do kalcinacij zaklopke, zlepljanja lističev in zmanjšanja aortnega ustja (1). Obolevnost s starostjo narašča, zmerno do hudo stenozo aortne zaklopke ima 2-7% populacije nad 65 let, 5-7% nad 80 let ter 10-15% nad 90 let (2).

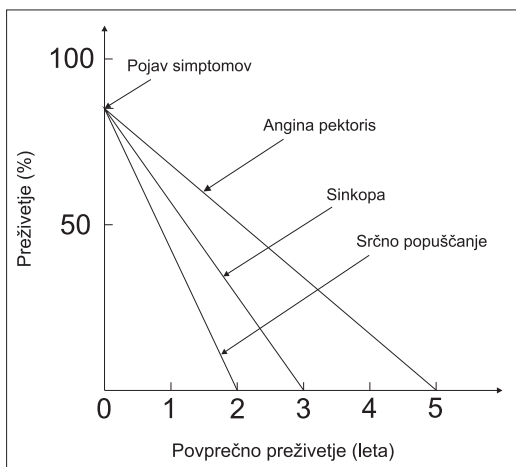
## Zdravljenje stenoze aortne zaklopke

DKAS je kronična, napredujoča bolezen, bolniki so lahko asimptomatski več let (3,4). Ko nastopijo simptomi, povprečno preživetje strmo pade na 2 leti z velikim tveganjem

nenadne srčne smrti (5, Tabela 1 in Slika 1.). Zaenkrat vzročnega zdravljenja DKAS z zdravili ni, terapevtska možnost izbire pri odraslem človeku je kirurška menjava zaklopke z biovalvulo ali umetno aortno zaklopko (6). DKAS je predvsem bolezen starostnikov, ki imajo poleg stenoze aortne zaklopke še druga pridružena obolenja, zato je lahko operativno tveganje zelo visoko. Smrtnost med posegom znaša pri izolirani kirurški menjavi aortne zaklopke pri bolnikih pod 70 let 3-5%, pri bolnikih, starejših od 70 let pa 5-15% (7-10) (Tabeta 1).

**Tabela 1. Stopnje aortne stenoze glede na ehokardiografske meritve. AZ – aortna zaklopka, AS – aortna stenoza, AVA – površina aortnega ustja.**

	Hitrost toka krvi na AZ (m/s)	Srednji gradient na AZ (mmHg)	AVA (cm <sup>2</sup> )
Normalna AZ	< 1,5	< 5	3–4
Blaga AS	< 3	< 25	> 1,5
Zmerna AS	3 – 4	25–40	1–1,5
Huda AS	> 4	> 40	< 1



**Slika 1. Prikaz povprečnega preživetja bolnikov s hudo aortno stenozo v odvisnosti od pojava treh najpogostejših simptomov aortne stenoze.**

### Balonska dilatacija aortne zaklopke

Perkutana balonska dilatacija aortne zaklopke (BAV) se je razvila kot prvi poizkus nekirurškega zdravljenja v poznih osemdesetih letih. Prvo dilatacijo je opravil Cribier na treh kritično bolnih bolnikih s hudim srčnim popuščanjem ali v kardiogenem šoku (11). Študije, ki so sledile, so pri večini bolnikov neposredno po posegu opisovale znižanje transvalvularnega gradienta, povečanje površine aortnega ustja in pomembno klinično izboljšanje (12-14). Perkutani poseg je v primerjavi s kirurško menjavo aortne zaklopke

manj tvegan (Tabela 1). Žal prihaja po BAV pogosto do zgodnjih restenoz, zato sama dilatacija zaklopke najverjetneje nima vpliva na dolgoročno preživetje (15-17).

Zaradi navedenih omejitev BAV pri odraslem človeku ni alternativa kirurški menjavi aortne zaklopke, temveč prihaja v poštev le kot paliativno zdravljenje pri bolnikih, pri katerih bi radi dosegli kratkoročno simptomatsko izboljšanje (6, 18) (Tabela 2).

**Tabela 2: Možni odrasli kandidati za BAV.**

Kandidati za BAV so bolniki s simptomatsko AS in enim od naslednjih pogojev:
<ul style="list-style-type: none"><li>• Visoko perioperativno tveganje (STS ocena tveganja &gt;15%)</li><li>• BAV kot premostitveni poseg do kirurške AVR</li><li>• Pričakovano preživetje &lt; 3 leta</li><li>• Starost &gt;85 let</li><li>• Huda pridružena obolenja: porcelanasta aorta, hudo pljučno obolenje, huda ledvična insuficienca in ostala obolenja, ki povečujejo operativno tveganje</li><li>• Huda skeletno mišična obolenja, ki bi preprečila zadovoljivo pooperativno rehabilitacijo</li></ul>

*STS: STS indeks za oceno operativnega tveganja, AVR: kirurška menjava aortne zaklopke.*

Cribier s sodelavci je nadaljeval svojo pionirsko pot na področju perkutanega zdravljenja stenoze aortne zaklopke in leta 2002 na perkutani način vstavil prvo umetno aortno zaklopko pri človeku (19). Metoda se hitro razvija, ob tem pa prihaja BAV ponovno v ospredje. Preden se perkutano vstavi umetna zaklopka, je potrebno najprej uspešno dilatirati zoženo mesto in ga šele nato učvrstiti z opornico.

### **Balonska dilatacija stenoze aortne zaklopke v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana**

Od leta 2008 opravljamo BAV tudi na Kliničnem oddelku za kardiologijo Univerzitetnega kliničnega centra (UKC) v Ljubljani. Poseg izvedemo v katetrskem laboratoriju. Priprava bolnika za sterilni poseg poteka po ustaljenih postopkih za koronarografijo. Pred posegom bolnika sediramo, splošna anestezija pa ni potrebna. Pred posegom dobi Aspirin, pred samo balonsko dilatacijo pa še Heparin (50-70 E/kg telesne teže). Uporabljamo klasični pristop, transarterijski ali retrogradni, kjer preko femoralne arterije pridemo v levi prekat. Nato preko femoralne arterije opravimo kateterizacijo levega srca ter slikanje koronarnih arterij. Ker gre kot rečeno za aterosklerozni podoben proces, ima 40% bolnikov s stenozo aorte zaklopke tudi koronarno bolezen (20,21). V tem primeru poleg BAV sočasno opravimo tudi angioplastiko koronarnih arterij. S katetrom v levem prekatu in katetrom v ascendentni aorti, ki ga uvedemo preko druge femoralne arterije, izmerimo gradient tlakov preko aortne zaklopke. V desni prekat uvedemo elektrodo za hitro prekatno spodbujanje. Skozi femoralno arterijo uvedemo kateter (8 Fr) z balonom (18-23 mm x 4.0 cm). Ko uspemo balon postaviti na mesto zožene aortne zaklopke, ga ročno napolnimo s kontrastom (25.30 ml, 3-4 ATM). Pred začetkom napihanja balona ter vseskozi med napihovanjem balona z elektrodo v desnem prekatu 10-20s spodbujamo levi prekat tako, da se zelo hitro krči (200-

220 utripov na minuto). S tem zmanjšamo dejanski iztisni delež srca ter zagotovimo stabilno lego balona. Po izpraznitvi balona in prekinitvi spodbujanja prekata ponovno opravimo meritve tlakov preko aortne zaklopke.

### Rezultati prvih bolnikov

Rezultati prvih bolnikov s stenozo aortne zaklopke, pri katerih smo opravili BAV, so spodbudni. Pri večini bolnikov smo dosegli padec gradienta tlaka preko aortne zaklopke in povečanje površine ustja stenotične aortne zaklopke (Tabela 3).

**Tabela 3: Rezultati enajstih bolnikov s stenozo aortne zaklopke, pri katerih smo na Kliničnem oddelku za kardiologijo UKC Ljubljana opravili balonsko dilatacijo aortne zaklopke. AVA: površina aortnega ustja.**

	pred BAV		po BAV	
	srednji gradient (mmHg)	AVA (cm <sup>2</sup> )	srednji gradient (mmHg)	AVA (cm <sup>2</sup> )
1	55	0.45	34	0.85
2	45-53	0.55	37	1.00
3	80	0.20	50	0.30
4	46	0.40	50	0.50
5	56	0.35	57	0.39
6	46	0.45	24	0.65
7	86	0.45	54	0.40
8	24	0.60	17	0.75
9	46	0.80	25	1.30
10	68	0.25	57	0.35
11	35	0.55	31	0.85

### Mehanizem dilatacije

Spremembe, ki na aortni zaklopki nastopijo po dilataciji, niso popolnoma raziskane. Z napihovanjem balončka naj bi prišlo do natrganja kalciniranih nodularnih depozitov lističev, do raztega in separacije zaraslih lističev, posledično pa do povečanja aornega ustja in boljšega odpiranja lističev.

### Zapleti posega

Pri BAV se uporabljajo debelejši katetri kot pri perkutanih posegih na koronarnih arterijah, zato je najpogostejši zaplet povezan z vbodnim mestom (krvavitve, psevdanevrizma). Redkeje lahko pride do pljučnega edema, poškodbe levega prekata, poškodbe aorte, možganske kapi, nenadne ledvične okvare. Pri izbranih bolnikih z visokim operativnim tveganjem, so zapleti povezani z BAV bistveno manj pogosti kot pri kirurški menjavi aortne zaklopke (Tabela 4) (10,14).

**Tabela 4: Primerjava med zapleti kirurške menjave aortne zaklopke (AVR) z zapleti balonske dilatacije aortne zaklopke (BAV) pri bolnikih <sup>3</sup> 90 let. Podatki so vzeti iz registra Minneapolis Heart Institute (MHI) in registra Society of Thoracic Surgeons (STS). NA: ni podatkov, AR: aortna regurgitacija (10, 14).**

	BAV (MHI register) (Julij 2003-Avgust 2006)	AVR (STS register) (Julij 2000-Junij 2005)
Število posegov	31	902
Cerebrovaskolarni inzult	1 (3,2%)	46 (5,1%)
Zapleti vbodnega femoralnega mesta	0	NA
Transfuzija zaradi krvavitve	0	NA
Kirurški poseg	0	NA
Urgentna AVR zaradi hude AR	1 (3,2%)	NA
Ne akutna ledvična okvara	0	104 (11,5%)
Proceduralna smrtnost	1 (3,2%)	NA
Znotraj bolnišnična smrtnost	2 (6,7%)	115 (12,8%)
30-dnevna smrtnost	3 (9,7%)	120 (13,3%)

### **Omejitve balonske dilatacija stenozе aortne zaklopke in iskanje rešitev**

Kljub razvoju metode ostajajo omejitve BAV danes enake tistim, s katerimi se je srečeval Cribier pred 20 leti: skromno povečanje površine aortnega ustja, zgodnje restenozе in nobenega vpliva na preživetje. Nekateri avtorji predlagajo za vzdrževanje simptomatskega izboljšanja ponavljanje balonskih dilatacij (22). Spodbudni so rezultati pilotske študije RADAR, kjer so za preprečevanje restenoz 20 bolnikov povprečne starosti 89 let izpostavili zunanjemu obsevanju. Zapletov, povezanih s posegom ni bilo, po eno-letnem spremljanju, pa je le v 12% primerov prišlo do restenoz. Avtorji so mnenja, da obsevanje preprečuje nastajanje brazgotin in osifikacijo po dilataciji (23). Trenutno potekajo tudi predklinične študije, ki raziskujejo kako z lokalno aplikacijo zdravil zavreti osifikacijo. Ideja se je porodila iz opazovanja koronarnih opornic, ki izločajo zdravila.

### **SKLEP**

V naši populaciji se večja število starostnikov s hudo stenozo aortne zaklopke, s tem pa bolnikov z visokim kirurškim tveganjem. Za izboljšanje kvalitete življenja teh bolnikov potrebujemo manj invazivne načine zdravljenja. Hkrati se iščejo nove možnosti, ki bi podaljšale preživetje. Vzporedno z razvojem perkutanih aortnih zaklopk zopet prihaja v ospredje BAV. Z novimi spoznanji valvularne in žilne biologije, se razvijajo načini za zaviranje restenoz in mineralizacije. V prihodnosti tako lahko pričakujemo, da bo tudi BAV dobila svojo vlogo na področju perkutanega zdravljenja stenozе aortne zaklopke pri starostnikih.

### **LITERATURA**

1. *Novaro GM, Griffin BP. Calcific aortic stenosis: another face of atherosclerosis? Cleve Clin J Med. 2003 May;70(5):471-7.*
2. *Jung B, Baron G, Butchart EG, et al. A prospective survey of patients with valvular heart disease in Europe: The Euro Heart Survey on Valvular Heart Disease. Eur Heart J. 2003;24:1231-43.*



3. Otto CM, Burwash IG, Legget ME, Munt BI, Fujioka M, Healy NL, Kraft CD, Miyake-Hull CY, Schwaegler RG. Prospective study of asymptomatic valvular aortic stenosis. Clinical, echocardiographic, and exercise predictors of outcome. *Circulation*. 1997 May 6;95(9):2262-70.
4. Pellikka PA, Sarano ME, Nishimura RA, Malouf JF, Bailey KR, Scott CG, Barnes ME, Tajik AJ.
5. Outcome of 622 adults with asymptomatic, hemodynamically significant aortic stenosis during prolonged follow-up. *Circulation*. 2005 Jun 21;111(24):3290-5. Epub 2005 Jun 13.
6. Frank S, Johnson A, Ross J Jr. Natural history of valvular aortic stenosis. *Br Heart J*. 1973 Jan;35(1):41-6.
7. Bonow RO, Carabello BA, Chatterjee K, et al. ACC/AHA 2006 guidelines for the management of patients with valvular heart disease. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing committee to revise the 1998 guidelines for the management of patients with valvular heart disease). *J Am Coll Cardiol* 2006; 48:e1.
8. Jung B, Baron G, Butchart EG, et al. A prospective survey of patients with valvular heart disease in Europe: The Euro Heart Survey on Valvular Heart Disease. *Eur Heart J*. 2003;24:1231-43.
9. Bose AK, Aitchison JD, Dark JH. Aortic valve replacement in octogenarians. *J Cardiothorac Surg* 2007 Jul 13;2:33.
10. Kolh P, Kerzmann A, Lahaye L, Gerard P, Limet R. Cardiac surgery in octogenarians: peri-operative outcome and long-term results. *Eur Heart J*. 2001;22:1235-1243.
11. STS national database: STS U.S. cardiac surgery database: 1997 Aortic valve replacement patients: preoperative risk variables. Chicago, Society of Thoracic Surgeons; 2000. Accessed 10 May. [Http://www.ctsnet.org/doc/3031](http://www.ctsnet.org/doc/3031).
12. Cribier A, Savin T, Saoudi N, Rocha P, Berland J, Letac B. Percutaneous transluminal valvuloplasty of acquired aortic stenosis in elderly patients: an alternative to valve replacement? *Lancet*. 1986 Jan 11;1(8472):63-7.
13. Percutaneous balloon aortic valvuloplasty. Acute and 30-day follow-up results in 674 patients from the NHLBI Balloon Valvuloplasty Registry. *Circulation*. 1991 Dec;84(6):2383-97.
14. Shareghi S, Rasouli L, Shavelle DM, Burstein S, Matthews RV. Current results of balloon aortic valvuloplasty in high-risk patients. *J Invasive Cardiol*. 2007 Jan;19(1):1-5.
15. Wes R Pedersen, Paul J Klaassen, Charlene R Boisjolie, Talia A Pierce, Kevin M Harris, John R Lesser, Hidehiko Hara, Michael R Mooney, Kevin J Graham, Vibhu R Kshetry, Irvin F Goldenberg, Marc R Pritzker, Robert A Van Tassel, Robert S Schwartz. Feasibility of transcatheter intervention for severe aortic stenosis in patients  $\geq 90$  years of age: Aortic valvuloplasty revisited. *Catheter Cardiovasc Interv*. 2007 Jul 1;70(1):149-54.
16. Feldman T, Glagov S, Carroll JD. Restenosis following successful balloon valvuloplasty: Bone formation in aortic valve leaflets. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1993;29:1-7.
16. Safian RD, Berman AD, Diver DJ, et al. Balloon aortic valvuloplasty in 170 consecutive patients. *N Engl J Med* 1988;319:125-130.
17. Otto CM, Mickel MC, Kennedy JW, et al. Three-year outcome after balloon aortic valvuloplasty. Insights into prognosis of valvular aortic stenosis. *Circulation* 1994;89:642-650.
18. Authors/Task Force Members, Alec Vahanian, Chairperson\*, Helmut Baumgartner, Jeroen Bax, Eric Butchart, Robert Dion, Gerasimos Filippatos, Frank Flachskampf, Roger Hall, Bernard Jung, Jaroslaw Kasprzak, Patrick Nataf, Pilar Tornos, Lucia Torracca and Arnold Wenink. Guidelines on the management of valvular heart disease. The Task Force on the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal* 2007 28(2):230-268.
19. Cribier A, Eltchaninoff H, Bash A, et al. Percutaneous transcatheter implantation of an aortic valve prosthesis for calcific aortic stenosis: first human case description. *Circulation* 2002, 106:3006-3008.

20. Rapp AH, Hillis LD, Lange RA, Cigarroa JE. Prevalence of coronary artery disease in patients with aortic stenosis with and without angina pectoris. *Am J Cardiol.* 2001 May 15;87(10):1216-7; A7.
21. Pedersen WR, Klaassen PJ, Pedersen CW, Wilson JA, Harris KM, Goldenberg IF, Poulose AK, Mooney MR, Henry TD, Schwartz RS. Comparison of outcomes in high-risk patients > 70 years of age with aortic valvuloplasty and percutaneous coronary intervention versus aortic valvuloplasty alone. *Am J Cardiol.* 2008 May 1;101(9):1309-14. Epub 2008 Mar 17.
22. Agarwal A, Kini AS, Attanti S, Lee PC, Ashtiani R, Steinheimer AM, Moreno PR. Results of repeat balloon valvuloplasty for treatment of aortic stenosis in patients aged 59 to 104 years. *Am J Cardiol.* 2005 Jan 1;95(1):43-7.
23. Pedersen WR, Van Tassel RA, Pierce TA, Pence DM, Monyak DJ, Kim TH, Harris KM, Knickelbine T, Lesser JR, Madison JD, Mooney MR, Goldenberg IF, Longe TF, Poulose AK, Graham KJ, Nelson RR, Pritzker MR, Pagan-Carlo LA, Boisjolie CR, Zenovich AG, Schwartz RS. Radiation following percutaneous balloon aortic valvuloplasty to prevent restenosis (RADAR pilot trial). *Catheter Cardiovasc Interv.* 2006 Aug;68(2):183-92.



# ZNANJE, SPRETNOSTI IN VEŠČINE MEDICINSKIH SESTER – TEMELJI ZA PREMAGOVANJE PRAVNO-ETIČNIH DILEM

*pred. mag. Hilda Maze, univ. dipl. org., dipl. m. s., QSM  
Splošna bolnišnica Celje, Področje zdravstvene nege  
hilda.maze@guest.arnes.si*

## IZVLEČEK

Medicinske sestre morajo imeti za opravljanje kakovostne in varne zdravstvene nege zadosti znanja, ki ga morajo neprestano dopolnjevati. Le na ta način lahko izvajajo kompetentno zdravstveno nego v skladu z etičnimi načeli. V prispevku je obravnavan pristop zmanjševanja števila napak v predanalitičnem delu z vidika upoštevanja etičnih načel, kakovosti in varnosti za pacienta. Način je pokazal zelo pozitivne rezultate. Kakovost se kaže v uspešnosti in učinkovitosti storitev. Če je odvzem biološkega materiala pravilen, je dosežen predvideni cilj in ker ni nepotrebnih ponovitev, se do njega pride z najmanjšimi možnimi stroški in optimalnim časom za pacienta. Za kompetentno in odgovorno izvajanje dela v skladu z etičnimi načeli sta odgovorna vsaka medicinska sestra in vodstvo zdravstvene nege v ustanovi.

**KLJUČNE BESEDE:** etika, kompetentnost, odvzem bioloških vzorcev, napake

## UVOD

Čim več človek v svojem poklicu zna, tem bolj smiselno in brez napak lahko delo opravlja. Pri tem sta mišljena oba dela poklicnega znanja: fenomenološko o stvareh, ki so povezane s poklicem medicinske sestre, in metodično o delovnih postopkih za opravljanje dela. Zunanja, tehnična stran znanja so orodja in pripomočki za delo medicinskih sester. Čim globlje je znanje in čim boljši so pripomočki za delo, tem boljše je lahko poklicno delo (Ramovš, 1996).

Konkretne zmožnosti medicinske sestre predstavljajo mejo njenega poklicnega ravnanja. Preko meje teoretičnega in metodičnega znanja, spretnosti in veščin, ki jih obvlada, ne more brez dodatnega izobraževanja in usposabljanja. Za etično ravnanje pri delu je zelo pomembno samozavedanje svojih možnosti. Prav tako pomembno pa je poznavanje sposobnosti zaposlenih za management zdravstvene nege določene ustanove, saj znanje predstavlja temeljno vrednoto zdravstvene nege. Etika zavzema izredno pomembno področje v zdravstveni negi, tako v izobraževanju kot v praksi. Zdravstvena nega je z etiko neločljivo povezana, posebno če izhajamo iz načel »dobro, pravilno in koristno«. Za zadovoljevanje teh načel se morajo medicinske sestre vseskozi izobraževati in usposablјati,

saj le tako lahko preprečijo napake. Vodilo poklicnega delovanja medicinskih sester morajo biti etična načela in standardi, ki so opredeljeni v etičnih kodeksih in strokovnih standardih (Vrbovšek, 2003). Medicinska sestra je za etično delovanje pravno odgovorna.

## **PROBLEM**

V laboratorijski medicini je predanalitični del tesno povezan z zanesljivostjo laboratorijskih analiz. Predpogoj za praven izvid je kakovosten oziroma reprezentativen vzorec biološkega materiala. V Splošni bolnišnici Celje smo v začetku letošnjega leta začeli spremljati napake pri odvzemu bioloških vzorcev. V tem času se je namreč naš Oddelek za laboratorijsko medicino začel pripravljati na presojo na podlagi Pravilnika o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati laboratoriji na področju laboratorijske medicine (Pravilnik o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati laboratoriji za izvajanje preiskav na področju laboratorijske medicine, 2004). Napake so se pojavljale vedno znova, v številu in vrsti ni bilo pomembnih razlik med posameznimi oddelki.

Na podlagi ugotovljenega stanja se nam je postavilo kar nekaj vprašanj:

- Zakaj prihaja do napak?
- Ali smo poskrbeli za kakovostno in varno zdravstveno obravnavo pacientov?
- Kje so tista odstopanja v znanju medicinskih sester, ki vodijo do nepravilnosti pri odvzemu bioloških vzorcev?
- Ali je management zdravstvene nege odgovoren za to, da medicinske sestre pridobijo zadostno stopnjo usposobljenosti?
- Ali se medicinske sestre vprašajo, zakaj pride do napak pri njihovem delu in so pred etično dilemo o pravilnosti svojega ravnanja?
- Ali se zavedajo pravne odgovornosti za opravljeno delo?

## **ETIČNA NAČELA, PRAVNA ODGOVORNOST IN KAKOVOST V ZDRAVSTVENI NEGI**

Strokovnost in znanje medicinskih sester sta osrednji značilnosti našega poklica (Stjepanovič Vračar, 2009). Pojavljata se kot potreba in zahteva pri vsakodnevnem delu. Znanje, ki je pridobljeno v formalnem izobraževanju, ne zadošča spreminjajočim se zahtevam. Potrebno ga je stalno dopolnjevati in izpopolnjevati. Ob vstopu v današnjo družbo znanja je obveznost profesije zdravstvene nege in vsake medicinske sestre proučiti in načrtovati, kako bo nove strokovne veščine in posodobljena znanja pridobila in implementirala v prakso. Od medicinske sestre profesionalke se namreč pričakuje, da bo kompetentna ves čas svojega poklicnega delovanja, kar pomeni, da se bo permanentno izobraževala in se tako neprestano seznanjala z novostmi v teoriji in praksi zdravstvene nege. Znanje medicinskih sester je pogoj za prevzemanje kompetenc, za zagotavljanje kakovostne in varne zdravstvene nege ter za zagotavljanje kakovostnega zdravstvenega varstva (Miklavčič, 2009).

V Kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije je zapisano v načelu V: »Medicinska sestra nudi pacientu kompetentno zdravstveno nego«. To načelo opredeljuje devet standardov, izmed katerih so izpostavljeni le nekateri.

- Medicinska sestra je pri opravljanju svojega poklica v okviru svoje strokovne usposobljenosti samostojna in neodvisna ter za svoje delo odgovorna pred svojo vestjo, pacientom in družbo.

- Medicinska sestra ima dolžnost in odgovornost, da svoje strokovno znanje nenehno izpopolnjuje.
- Pridobljeno strokovno znanje je medicinska sestra dolžna posredovati vsem članom negovalnega tima.
- Medicinska sestra ne izvaja postopkov, za katere nima ustreznih znanj in izkušenj (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2006).

Kompetentnost izraža dokazano oziroma prikazano sposobnost posameznika, da v obstoječih poklicnih situacijah ustrezno uporablja svoje znanje, spretnost ali usposobljenost oziroma kvalificiranost. Kompetentnost obsega vsa znanja, spretnosti in sposobnosti, potrebne za izvajanje nalog v določenem poklicu, oseba pa si jih je pridobila s formalnim in kontinuiranim izobraževanjem, pri delu ali z drugimi izkušnjami (Može, 2005). Kompetentna zdravstvena nega je tista, ki jo opravlja strokovno ustrezno izobražena medicinska sestra, z ustreznimi pripomočki in materiali, s primernim časom, v katerem bo zdravstvena nega lahko izvedena in s pravim odnosom do pacienta. Medicinska sestra lahko kompetentnost ugotavlja na osnovi primerjave svojega strokovnega dela s standardi zdravstvene nege. Če opazi nekompetentno izvajanje pri sodelavcu/ki, je etično odgovorna da ga/jo na to opozori. Pri tem pa je zelo pomembno ohranjanje visoke profesionalne ravni medosebnih odnosov (Vrbovšek, 2003).

Pri etičnih načelih dobronamernosti in neškodljivosti je pomembno, da medicinske sestre same presojujejo lastne vrednote in jih skušajo opredeliti (Kadivec, 2003). Za presojo lastnih vrednot je predvsem pomembno izobraževanje, ki pomaga medicinski sestri k samostojnosti, kompetentnosti in odgovornosti v odnosu do etičnih in pravnih vprašanj, s katerimi se sooča pri delu.

Etična načela, ki jih navaja Royal College of Nursing (RCN) v dokumentu RCN principles iz leta 2005, opredeljujejo ogrodje za vrednotenje zdravstvenega in socialnega varstva, ki naj bi zmanjšala neenakost – nepravilnost in izboljšala javno zdravje ter izvajanje visoke kakovosti storitev (RCN Policy Unit, 2005, cit. po Bohinc, 2006). V omenjenem dokumentu prvo izmed štirih temeljnih etičnih načel poudarja kakovost zdravstvenih storitev v petih elementih:

- dostojanstvo – spoštovanje pacienta,
- varnost terapevtsko-diagnostičnih postopkov,
- upoštevanje standardov zdravstvene obravnave,
- individualna odgovornost,
- jasne kompetence.

Robida in sodelavci (2006) pravijo, da področje kakovosti temelji na šestih načelih kakovosti, med katerimi prva štiri vplivajo na spoštovanje etičnega načela kompetentnosti:

- uspešnost zdravstvene obravnave je doseganje zelenih izidov zdravljenja (ali naši posegi izboljšajo zdravstveno stanje pacienta?);
- varnost, zmanjševanje varnostnih zapletov pri zdravljenju, diagnostičnih postopkih zaščito in rehabilitacijo in izogibanje, preprečevanje ali popraviljanje varnostnih zapletov (ali bomo škodili pacientu?);
- pravočasnost, koliko časa mora pacient čakati;

- učinkovitost je razmerje med izidi zdravljenja in uporabljenimi viri (ali lahko to storimo ceneje z enakim izidom?).

Kompetence jasno določajo odgovornosti poklicev v zdravstveni negi. »Zdravstveni delavec lahko samostojno opravlja vsako delo, za katero ima ustrezno izobrazbo in je zanj usposobljen ter ima na voljo ustrezno opremo. Za svoje delo prevzema etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost« (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 2005). Oseba lahko sprejme zgolj tiste naloge, za katere ima ustrezno izobrazbo in je kompetentna za njihovo izvajanje. V tem primeru nosi polno odgovornost.

Pri planiranju procesov zdravstvene obravnave pacientov v bolnišnici je potrebno izhajati iz treh predpostavk:

- varnost (vgraditi ukrepe, ki preprečujejo odklone od planiranega, če pa do njih že pride, imeti ustrezne mehanizme, da se le-ti v čim krajšem času prepoznajo in odpravijo);
- uspešnost (doseganje zelenega rezultata) in
- učinkovitost (čim manjša poraba virov za končni rezultat).

Zato pa je naloga managementa v zdravstveni negi, da učinkovito opravlja s procesi, ki so neposredno povezani z načrtovanjem, organiziranjem, vodenjem in kontrolo znanja (Kamenšek, Pirš, 2009). Vodstvo je odgovorno za vzpostavitev pogojev, ki bodo omogočili, da bodo na voljo enotni in jasni postopki za izvajanje dela. Kadivec (2003) razdeli zdravstveno nego na tri dele:

- pogoje dela (število in strokovna usposobljenost medicinskih sester, oprema, prostor),
- postopek zdravstvene nege (npr. odvzem krvi) in
- izide zdravstvene nege (število napak/nepравilnosti pri odvzemu krvi).

## **IZVAJANJE UKREPOV ZA ZMANJŠEVANJE ŠTEVILA NAPAK PRI ODVZEMU BIOLOŠKI VZORCEV**

V Splošni bolnišnici Celje smo se odločili za sistematično beleženje nepravilnosti in zavrnitvenih vzorcev za vsak oddelek, ki se tedensko ali na štirinajst dni posredujejo glavnim medicinskim sestram oddelkov. Na oddelke smo posredovali vrsto navodil o pravilnem odvzemu bioloških vzorcev ter seznam preiskav, ki jih izvaja Oddelek za laboratorijsko medicino, vključno z navodili za elektronsko naročanje.

Organizirali smo dve izobraževanji z učnimi delavnicami na temo »Vpliv predanalitičnih dejavnikov na kakovost laboratorijskih rezultatov«, kjer so bile podrobno predstavljene naslednje vsebine:

- vakutainerski sistem odvzema krvi,
- protokol o pravilnem vrstnem redu polnjenja epruvet in pravilnem mešanju epruvet,
- vpliv dodatkov v epruvetah,
- vzroki za nastanek napak/nepравilnosti pri odvzemu krvi (prevelik ali premajhen volumen krvi, hemolize in strdkov) in
- ravnanje z vzorci po odvzemu (lega, temperatura, transport).

Temu izobraževanju je sledilo 2-urno usposabljanje medicinskih sester v Enoti za odvzem krvi. Vodijo ga glavna inženirka Oddelka za laboratorijsko medicino, ki vsaki medicinski sestri

posreduje teoretične vsebine, in dve diplomirani medicinski sestri, ki pokažeta pravilen odvzem bioloških vzorcev. Potem medicinske sestre same nekajkrat odvzamejo biološke materiale. Usposabljanja se je doslej udeležilo več kot 400 medicinskih sester.

## **RAZPRAVA**

Pristop je pokazal trend padanja evidentiranih napak in nepravilnosti po oddelkih. To pomeni manjšanje števila ponovnih odvzemov bioloških materialov, kar ima za posledico manjšo porabo materiala in obremenitev kadra. Najpomembnejši pri vsem tem pa je pacient, saj mu ni potrebno ponavljati preiskav, ki niso vedno prijetne. Medicinske sestre so bile zelo zadovoljne z usposabljanjem. Velikokrat se je zgodilo, da so povedale, da pravzaprav niso vedele nekaterih stvari in so sedaj zelo vesele, ker imajo potrebno znanje. V času, ko smo sistematično odpravljali napake v predanalitičnem delu laboratorijskih preiskav, smo našli skoraj vse odgovore na vprašanja, ki smo si jih zastavili na začetku:

1. Na vprašanje »Zakaj prihaja do napak?« si lahko odgovorimo, da v večji meri zaradi pomanjkanja znanja.

2. Na vprašanje »Ali smo poskrbeli za kakovostno in varno zdravstveno obravnavo pacientov?« si lahko sedaj odgovorimo pritrdilno, saj število napak pada.

3. Našli smo odgovore na vprašanje »Kje so tista odstopanja v znanju medicinskih sester, ki vodijo do nepravilnosti pri odvzemu bioloških vzorcev?«. Dnevno jih sporočajo na usposabljanju, poleg tega so napake dobro opredeljene v izpisih za vsak oddelek (napaka pri odvzemu, elektronskem naročanju itd.).

4. Na vprašanje »Ali je management zdravstvene nege odgovoren za to, da medicinske sestre pridobijo zadostno stopnjo usposobljenosti?« smo dobili pozitiven odgovor. Medicinske sestre se bodo ciljno izobraževale in usposabljele v primeru, da bodo te vsebine organizirane na področjih, kjer se čuti primanjkljaj. Le s sistematičnim spremljanjem dela v zdravstveni negi je mogoče odkriti odklone od zelenega stanja in poskrbeti za njihovo odpravljanje.

5. Na vprašanje »Ali se medicinske sestre vprašajo, zakaj pride do napak pri njihovem delu in so pred etično-pravno dilemo o pravilnosti svojega ravnanja?« jasnega odgovora nismo dobili. Menim, da je odgovor odvisen od medicinske sestre, kako se opredeli do napak pri delu. Lahko jih vzame kot sestavni del samega dela ali se vpraša, kako etično je to do pacienta. Ponovni odvzemi bioloških materialov so nemalokrat vsaj neprijetni, če že ne boleči. Kaj pa bi se zgodilo, če bi zaradi napake oziroma nepravilnosti pri odvzemu prišlo do napačnega rezultata in bi to škodo nosil pacient? Takrat bi bila za to medicinska sestra pravno odgovorna. Cilj delovanja medicinskih sester je varno delo in poštena obravnava napak in nepravilnosti pri delu. Kopičenje drobnih odstopanj od standardiziranih postopkov lahko namreč sčasoma privede do zmanjševanja pričakovane kakovosti.

## **SKLEP**

Opisani primer nam pokaže, v kako tesni povezavi so usposobljenost medicinskih sester, etična načela in kakovost pri premagovanju pravno-etičnih dilem. Znanje in večina medicinskih sestram omogočajo delo brez napak. Ko delaš brez napak, pomeni, da pacientu zagotoviš kompetentno zdravstveno nego. Kakovost se kaže v uspešnosti in učinkovitosti



storitev. Če je odvzem biološkega materiala pravilen, pomeni, da smo dosegli predvideni cilj in ker ni bilo potrebnih ponovitev, smo do njega prišli z najmanjšimi možnimi stroški in z optimalnim časom za pacienta. S takim pristopom medicinske sestre delujejo odgovorno in v skladu z etičnimi načeli.

## LITERATURA

1. Bohinc M. *Etična načela – vpliv na kakovost v zdravstvu*. In: Rozman R, Kovač J, eds. *Zbornik referatov 7. posvetovanja o organizaciji, Brdo pri Kranju, 9. junij 2006 Kranj: Fakulteta za organizacijske vede, Zveza organizatorjev Slovenije; 2006:3.*
2. Kadivec S. *Kako zagotoviti etični načeli dobronamernosti in neškodljivosti v zdravstvenih ustanovah*. In: Klemenc D, Kvas A, Pahor M, Šmitek J, eds. *Zdravstvena nega v luči etike. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2003:213-21.*
3. Kamenšek P, Pirš K. *Evalvacija strokovnih srečanj »modri torek« za zaposlene v zdravstveni in babiški negi v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor*. In: Majcen Dvoršak S, Kvas A, Kaučič BM, Železnik D, Klemenc D, eds. *Zbornik predavanj in posterjev 7. Kongresa zdravstvene in babiške nege Slovenije, Ljubljana, 11. – 13. maj 2009 [CD-ROM]. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2009.*
4. *Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2006.
5. Miklavčič B. *Spoštovane medicinske sestre in babice!* In: Majcen Dvoršak S, Kvas A, Kaučič BM, Železnik D, Klemenc D, eds. *Zbornik predavanj in posterjev 7. Kongresa 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, 2009:5.*
6. Može M. *Pridobivanje nacionalnih poklicnih kvalifikacij na področju zdravstvene nege*. *Obzor Zdr N*. 2005; 39:39-46.
7. *Pravilnik o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati laboratoriji za izvajanje preiskav na področju laboratorijske medicine*. *Uradni list Republike Slovenije št.64/2004*.
8. Ramovš J. *Etika in profesionalnost*. In: Toplak L, eds. *Profesionalna etika pri delu z ljudmi*. Maribor: Univerza v Mariboru, Inštitut Antona Trstenjaka za psihologijo, logoterapijo in antropohigieno v Ljubljani; 1996:75.
9. Robida A, Yazbeck AM, et al. *Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu*. Republika Slovenija, Ministrstvo za zdravje; 2006.
10. Stjepanovič Vračar A. *Permanentno strokovno izobraževanje – imperativ sodobne zdravstvene nege*. In: Majcen Dvoršak S, Kvas A, Kaučič BM, Železnik D, Klemenc D, eds. *Zbornik predavanj in posterjev 7. Kongresa zdravstvene in babiške nege Slovenije, Ljubljana, 11. – 13. maj 2009 [CD-ROM]. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2009. Vrbovšek S. *Kompetentnost kot element etike skrbi v diskurzu zdravstvene nege*. In: Klemenc D, Kvas A, Pahor M, Šmitek J, eds. *Zdravstvena nega v luči etike*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2003: 274 - 6.*
11. *Zakon o zdravstveni dejavnosti*. *Uradni list Republike Slovenije št. 23/2005*.

# APLIKACIJA PO TELEFONU ODREJENE TERAPIJE - ETIČNA IN STROKOVNA DILEMA V ZDRAVSTVENI NEGI ?

*Marina Velepč, viš. med. ses.  
marina.velep@gmail.com*

## POVZETEK

Odrejanje zdravil po telefonu ni osamljen primer. Zaradi zagotavljanja 24-urne zdravstvene oskrbe sta poleg dela v dopoldanskem in ponekod v popoldanskem delovnem času, uveljavljeni obliki dela zdravnikov tudi dežurstvo in stanje pripravljenosti. Tudi v bolnišnicah, ne le v primarnem zdravstvu, zdravnik v času dežurstva, stanja pripravljenosti, pa tudi rednega dela, pogosto ne pride do pacienta, ga ne vidi in zdravila odreja po telefonu. Kar 58,3 % medicinskih sester, udeleženk učnih delavnic etike v zdravstveni negi, ki jih že šesto leto organizira Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov (DMSBZT) Ljubljana, je v mesecu oktobru 2009 na naše vprašanje o pogostosti odrejanja terapije po telefonu, pisno in anonimno odgovorilo, da se s tem problemom srečujejo večkrat mesečno.

Nedvomno aplikacija po telefonu odrejene terapije, brez pisne odredbe zdravnika, predstavlja etično in strokovno dilemo tako za medicinsko sestro kot tudi za zdravnika. Načelo V. Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije govori o kompetentni zdravstveni negi: Medicinska sestra je pri opravljanju svojega poklica v okviru svoje strokovne usposobljenosti samostojna in neodvisna ter za svoje delo odgovorna pred vestjo, pacientom in družbo (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2006). Del svojega dela pa izvaja po odredbi zdravnika, za kar je pravno nujna pisna zahteva. Dokument Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi, ki je v bil letu 2008 pripravljen na Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, v točki 7.4 navaja aktivnosti v zvezi s pripravo in dajanjem odrejenih zdravil ter natančno določa zahtevano strokovno usposobljenost izvajalca. Predstavlja strokovni okvir, ki naj bi se v praksi upošteval, je pa zaradi kadrovske problematike na področju zdravstvene nege marsikje kršen (Železnik et al., 2008).

Medicinska sestra z aplikacijo zdravila, ki ni odrejeno pisno, tvega prevzem odgovornosti za morebitne zdravstvene zaplete pri pacientu, saj zdravnik lahko zanika odrejeno zdravilo, zdravnik pa tvega, da je bil o pacientovem stanju informiran napačno in da bo njegova

odredba razumljena napačno. Beckmann (1996) v analizi 747 toženih primerov, nastalih v bolnišnicah v ZDA od leta 1976 do leta 1987, ugotavlja, da je bil vzrok za poslabšanje pacientovega zdravstvenega stanja največkrat neustrezna komunikacija medicinske sestre z zdravnikom. Napačno sporočanje o stanju pacienta zdravniku in s tem povezana odredba zdravnika je bilo v 23,48 % krivo za poslabšanje pacientovega zdravstvenega stanja in v 34 % celo za smrt pacienta, neustrezna aplikacija zdravila pa v 19,17 % za smrt pacienta ter v 18,56 % za poslabšanje pacientovega zdravstvenega stanja.

Odnos med medicinsko sestro in zdravnikom temelji na medsebojnem zaupanju, vendar proces zaupanja vključuje tudi element tveganja (Rungapadiachy, 1999). Tubbs in Moss (1994) sta zaupanje definirala kot prepričanje ali občutek, da osebi, ki si zaupata, druga drugi ne bosta škodovali. Iz pravne prakse pa je razvidno, da temu ni vedno tako.

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki se vedno bolj zavedajo svoje moralne, etične in pravne odgovornosti ter posledic napačnega ravnanja, ki lahko ogrozi zdravstveno stanje pacienta in strokovno kariero izvajalca zdravstvene nege. Njihovi pomisleki so zato pogostejši in odločitve bolj premišljene. V izogib ogrožanju varnega dela v zdravstveni negi je potrebno, da vodilne medicinske sestre s strokovno usklajenimi pisnimi pravili in varnostnimi ukrepi, sprejetimi na strokovnih svetih za zdravstveno nego in strokovnih svetih zdravstvenih in socialnih zavodov, zagotovijo varnejše delo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov ter preprečijo etične in strokovne dileme tam, kjer se s kakovostnejšim in odgovornejšim odnosom do strokovnega dela vseh članov zdravstvenega tima to da preprečiti.

**KLJUČNE BESEDE:** odredba zdravnika, zaupanje, odgovornost, varnostni ukrepi.

## LITERATURA

1. *Rungapadiachy Dev.M. Medosebna komunikacija v zdravstvu. Teorija in praksa. Ljubljana: Educy; 2003*
2. *Beckmann JP. Nursing Negligence. Analizing Malpractice in the Hospital Seeting. Thousand Oaks, California: Sage Publication; 1996.*
3. *Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije- Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2006:5*
4. *Železnik D et al. Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije- Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2008:7.4.*

# MEDICINSKA SESTRA V ANTIKOAGULACIJSKI AMBULANTI: ETIČNE DILEME IN ZAPLETI ZDRAVLJENJA

*Elvira Jusufović, dipl. m.s.*

*Splošna bolnišnica Celje, Kardiološki oddelek*

## IZVLEČEK

Antikoagulacijska zdravila so ključna za zdravljenje in preprečevanje trombemboličnih bolezni. Pri zdravljenju se uporabljata dve skupini antikoagulacijskih zdravil: nizkomolekularni heparin in kumarini. Kumarini so edini na voljo v peroralni obliki, vendar imajo zelo ozko terapevtsko okno ter potrebujejo redne kontrole gostote krvi. Za vsakega bolnika, ki pride v antikoagulacijsko ambulanto, si je potrebno vzeti nekaj dragocenega časa za miren pogovor. Dobra zdravstvena vzgoja bolnikov je poglobljena pri preprečevanju zapletov. Pri delu uporabljamo načela dobronamernosti in neškodljivosti, tako da je delo v ambulanti varno za bolnika in zaposlene. Zapleti antikoagulacijskega zdravljenja so krvavitve in trombembolični dogodki. Iz poročila o delu antikoagulacijske ambulante Splošne bolnišnice Celje v letu 2008 je razvidno, da delamo dobro in v zadovoljstvo bolnikov. V letu 2008 je bilo 66 % bolnikov z urejenim INR (International normalized ratio). Zelo pomembno je vsakega bolnika obravnavati individualno in napotiti k ustreznemu specialistu za razrešitev obstoječega zapleta antikoagulacijskega zdravljenja. Kljub preobremenjenosti antikoagulacijske ambulante se trudimo sproti reševati dileme, ki nastajajo, in tako krepiti dobre odnose med bolniki in zaposlenimi. Rešitev problemov vidimo v tem, da bi bolnike v terapevtskem območju obravnavali v področnih zdravstvenih domovih. Tako bi imeli vsi bolniki, ki pridejo v antikoagulacijsko ambulanto Splošne bolnišnice Celje, vsakič možnost individualnega razgovora z zdravnikom ali medicinsko sestro.

**KLJUČNE BESEDE:** zdravstvena vzgoja, antikoagulacijsko zdravljenje, trombembolični dogodki, etične dileme.

## UVOD

Zaradi staranja populacije je vedno več bolnikov, ki potrebujejo antikoagulacijsko zdravljenje. Tudi indikacij za uvedbo tega zdravljenja je vedno več, saj se medicina in zdravstvena nega kot stroki nenehno razvijata. Antikoagulacijska zdravila so ključna za zdravljenje in preprečevanje trombemboličnih bolezni. Mavri in Vene (2009) navajata najpogostejše indikacije za uvedbo antikoagulantnega zdravljenja:

- atrijska fibrilacija (posledično možganska kap),
- venske tromboze in pljučne embolije,
- umetne aorte in mitralne zaklopke ter
- antifosfolipidni sindrom.

Pri zdravljenju uporabljamo dve skupini antikoagulacijskih zdravil. V prvo spadajo heparini, ki se vežejo na antitrombin III in imajo takojšnji učinek. Na voljo so le v parenteralni obliki in so glavna protitrombotična zdravila za akutno zdravljenje in preprečevanje venske tromboze in pljučne embolije. V drugo skupino spadajo kumarini, ki so antagonisti vitamina K in imajo zelo ozko terapevtsko okno, vendar so edini na voljo v tabletah oziroma v peroralni obliki. V Sloveniji sta na voljo varfarin in acenokumarol (Toplišek, 2007). Antikoagulacijsko zdravljenje občasno spremljajo zapleti, to so predvsem krvavitve in trombembolični dogodki.

### **Predstavitev antikoagulacijske ambulante Splošne bolnišnice Celje**

V antikoagulacijski ambulanti Splošne bolnišnice Celje opravimo dnevno od 140 do 180 pregledov oziroma določitev INR-ja (International normalized ratio). Na osnovi rezultata INR določimo shemo jemanja kumarinov. Bolniki se najprej vpišejo na triaži bolnišnice, nato odidejo v laboratorij na odvzem krvi. Smo med redkimi v Sloveniji, ki določamo INR iz venske in ne iz kapilarne krvi, zato je tudi čakanje na izvid daljše. Velikokrat se izvid v laboratoriju kontrolira dvakrat, tako da na izvid lahko čakamo uro in še dlje. Program je računalniško voden. Medicinska sestra v antikoagulacijski ambulanti vpiše rezultat INR-ja na bolnikov izvid antikoagulacijskega zdravljenja. Tega posreduje zdravniku, ki določi novo shemo za jemanje antikoagulacijske terapije.

Normativi določajo 14 pregledov na uro, v antikoagulacijski ambulanti Splošne bolnišnice Celje jih opravimo od 20 do 30 na uro. Vprašanje je, kako se posvetiti vsakemu izmed 100 do 120 bolnikov, ki osebno pridejo v antikoagulacijsko ambulanto. V pregled in določitev vrednosti INR-ja ter sheme jemanja antikoagulacijske terapije dobimo vsak dan še od 40 do 80 epruvet krvi iz različnih zdravstvenih ustanov: domov upokojujencev, zdravstvenih domov ter patronažnega zdravstvenega varstva. Bolniki, ki pa imajo slabe socialne razmere ali zdravstveno stanje, imajo možnost pošiljanja krvi preko patronažnega zdravstvenega varstva.

Ker je nemogoče opraviti individualni razgovor z vsakim izmed bolnikov, se trudimo poklicati vse tiste, ki so pod terapevtskim območjem ali nad njim (vrednost INR-ja pod 2 ali nad 3), in vse bolnike, ki se pripravljajo na različne operativne posege. Pri tem upoštevamo načelo dobronamernosti in neškodljivosti, ki ga nenehno vgrajujemo v sistem kakovosti dela v antikoagulacijski ambulanti.

Predvsem se trudimo delati varno. Varnost zagotavljamo tako bolnikom kakor tudi osebju antikoagulacijske ambulante. Posebno skrb namenjamo bolnikom, ki niso v terapevtskem območju. Od njih moramo pridobiti povratno informacijo o vzrokih iztirjenja in jih v primeru zapletov napotiti k ustreznemu specialistu. Za varnost zaposlenih je potrebno podatke o zapletih, nerednih kontrolah in nedosegljivosti bolnikov po telefonu beležiti v računalniški program.

Z osebjem antikoagulacijske ambulante se je potrebno pogovarjati o etičnih dilemah in njihovem reševanju; s tem krepimo medsebojno razumevanje. Ena izmed naših dilem je način razdeljevanja izvidov bolnikom v čakalnici. Pred ambulanto je čakajočih v povprečju

od 50 do 60 bolnikov. To so zlasti kronični bolniki, starejši od 70 let, naglušni in bolniki z drugimi težavami. Zato se tudi zgodi, da odnesejo napačen izvid in ga potem vrnejo čez nekaj časa. Zgodi se celo to, da izvid odnesejo domov in jemljejo zdravila po shemi drugega bolnika, ki ima predpisano popolnoma drugačno shemo jemanja zdravil. Opisane primere rešujemo tako, da dvakrat vprašamo po imenu in priimku bolnika, preden mu izročimo shemo. Na možnost zamenjave jih opozorimo tudi v procesu zdravstvene vzgoje, ki so je deležni vsi bolniki, ko pridejo prvič v antikoagulacijsko ambulanto.

## **Zdravstvena vzgoja bolnikov v antikoagulacijski ambulanti**

Za vsakega bolnika, ki pride prvič v antikoagulacijsko ambulanto, si je potrebno vzeti nekaj dragocenega časa za miren pogovor in zdravstvenovzgojno delo. Če je na isti dan več prvih pregledov, lahko zdravstvenovzgojne vsebine predstavimo skupini bolnikov – kot skupinsko obliko dela.

Bolnike seznanimo s celotnim potekom dela v antikoagulacijski ambulanti, od odvzema krvi v laboratoriju do končnega izvida. Seznanimo jih z njihovim izvidom in jim razložimo shemo jemanja zdravil. Povemo jim, da je tablete potrebno jemati zvečer, ker bi lahko zdravila, če bi jih vzeli zjutraj pred odvzemom krvi, vplivala na vrednosti INR-ja in s tem spremenila predpisano dozo zdravil.

Vsak bolnik dobi tudi pisna navodila, v katerih je dokumentirano vse tisto, kar jim pri prvem pregledu razložimo. Razložimo jim, da na dan pregleda ni potrebno biti tešč, kakšen naj bo način prehranjevanja, predstavimo jim živila, ki vplivajo na učinek kumarinov. To so živila, ki vsebujejo različne količine vitamina K (avokado, pesa, koleraba, brstični ohrovt, cvetača, špinača, zelje, zelena solata itd.). Bolnikom razložimo, da ta živila pri zelo velikem vnosu zmanjšajo učinek antikoagulacijskega zdravila. Odsvetujemo jim pitje večjih količin zelenega čaja, strogo dieto ter uživanje zeliščnih pripravkov. Pomembno je, da bolniku ne prepovemo hrane, ki je sestavni del zdrave prehrane. Priporočimo jim uživanje zdrave in uravnotežene prehrane. Opozorimo jih, da je uspešneje prilagoditi odmerek zdravila kot pa izločiti določena živila, ki vplivajo na delovanje kumarinov. Odsvetujemo jim pitje alkohola, dovoljeno je le 1 dcl vina na dan.

Razložimo jim tudi vpliv zdravil na učinek kumarinov. Zdravila, ki povečajo učinek (še bolj razredčijo kri), so: nesteroidni antirevmatiki, nekateri antiaritmiki, zdravila za zniževanje ravnih krvnih maščob, zdravila za zdravljenje raka, zdravila za ščitnico ter zdravila za zdravljenje boleznih prebavil in presnove. Kot zanimivost naštejmo še nekaj zdravil, ob katerih se učinek kumarinov lahko zmanjša: holestiramin, sukralfat, barbiturati, karbamazepini, ciklosporin in drugi (Mavri, Vene, 2009). Bolnike moramo opozoriti, da nas sproti obveščajo o novih zdravilih, ki jih jemljejo. Tako preprečimo, da bi jemali zdravila, ki vplivajo na učinek kumarinov.

Previdno jih seznanimo tudi o zapletih, ki jih lahko povzročijo predpisana antikoagulacijska zdravila. Bolnike naučimo, kako se naj opazujejo in kaj naj opazujejo. Možne so morebitne krvavitve iz dlesni, očesne veznice in krvavitve iz nosu. Opazujejo naj izločeno blato in vodo. Naročimo jim, naj se ob kakršnihkoli spremembah ob delavnikih takoj oglasio v antikoagulacijski ambulanti, v popoldanskem času, ob praznikih, sobotah in nedeljah pa v ambulanti nujne medicinske pomoči.

Razložimo jim pomen rednega jemanja predpisanih zdravil. Starejšim svetujemo, da si pomagajo s koledarjem, da ne pride do napak pri jemanju zdravil. Zgodi se namreč, da pozabijo vzeti zdravilo ali pa ga vzamejo dvakrat.

Pripravimo jih na morebitne posege, kot so puljenje zob ali drugi operativni posegi. Pomembno je, da se v antikoagulacijski ambulanti javijo en teden pred posegom oz. 14 dni pred večjimi operacijami ali posegom, in sicer zaradi ukinitve oziroma prehoda na nizkomolekularni heparin.

Dobra zdravstvena vzgoja bolnikov in pogosto tudi njihovih svojcev je izjemno pomembna. Pri dobro pripravljenih bolnikih na operativni poseg je manj zapletov antikoagulacijske terapije, tako pred posegom kakor tudi po njem. Dobro poučeni bolniki nam bodo pravočasno sporočili datum predvidenega posega in ne šele takrat, ko bodo izvid (vrednosti INR-ja) že dobili v roke. V nasprotnem primeru je bolnik dvakrat obravnavan v antikoagulacijski ambulanti.

Bolniki, ki pošljejo kri preko patronažnega zdravstvenega varstva, imajo določeno uro za informacije po telefonu, in sicer od 14.15 do 15.15. Takrat lahko bolniki oziroma njihovi svojci izvedo za shemo jemanja zdravil. Način sporočanja podatkov je lahko vzrok nove etične dileme o varnosti podatkov bolnikov. Ker uporaba elektronske pošte za sporočanje podatkov zaenkrat omogoča še večjo možnost zlorab bolnikovih podatkov, izvide še vedno sporočamo po telefonu. Bolniki so navadno starejši ljudje, ki slabo slišijo, slabše razumejo, zato jih prosimo, da nam ponovijo shemo in s tem preverimo, ali so razumeli sporočene podatke. V eni uri dobimo od 30 do 80 klicev. To zahteva veliko zbranost in natančnost medicinske sestre, ki vnaša vse komentarje kličočega bolnika in hkrati rešuje še nerešene sheme antikoagulacijskega zdravljenja. Edina možna rešitev bi bila, da kurirji še isti dan odnesejo kartončke z izvidi nazaj v tiste ustanove, od koder smo jih dobili. To žal ni izvedljivo, ker z reševanjem shem končamo po 15. uri.

Zaradi takšne organizacije dela pogosto nastane organizacijski problem, ko se bolnikom predpiše nizkomolekularni heparin, to pa izvedo npr. v petek ob 15. uri, ko pokličejo medicinsko sestro v antikoagulacijsko ambulanto. Vsaka medicinska sestra v antikoagulacijski ambulanti bi morala poklicati takšne bolnike že pred 14.15, vendar žal niso vedno dosegljivi ali pa njihova shema jemanja zdravil v tem času še ni rešena.

V takšnem primeru se obvesti zdravstveni dom oziroma izbranega zdravnika. Če bolniki zdravila nimajo na zalogi, je potrebno obiskati dežurno ambulanto in pridobiti recept ali organizirati aplikacijo zdravila preko službe patronažnega varstva čez vikend. Takšna informacija po tretji uri popoldne ne razveseli bolnikov, še manj pa njihovih svojcev, ki to urejajo v poznih popoldanskih urah.

Razbremenjenost antikoagulacijske ambulante lahko dosežemo s preusmeritvijo bolnikov v zdravstvene domove ali pa z uvedbo novega zdravila, ki ga že preizkušajo na tržišču. Bolniki z atrijsko fibrilacijo bi ga jemali dvakrat dnevno in ne bi potrebovali kontrol krvi.

## **Zapleti antikoagulacijskega zdravljenja**

Zapleti antikoagulacijskega zdravljenja so krvavitve in trombombolični dogodki. Krvavitve razdelimo na majhne in velike. *Majhne krvavitve* so vse krvavitve iz nosu, dlesni, v očesni veznico, iz sluhovoda, v podkožje, v mišice in sklepe, hematurija, hemoptize, ginekološke

krvavitve, krvavitve iz prebavnega trakta, krvavitve v notranje organe, ki ne ustrezajo merilom za velike krvavitve.

*Velike krvavitve so:*

- krvavitve v osrednjem živčevju, retroperitonealni prostor ali očesno steklovino,
- vsaka krvavitev, ki povzroča zmanjšanje koncentracije hemoglobina za več kot 20 g/l,
- vsaka krvavitev, ki zahteva transfuzijo koncentriranih eritrocitov (2 ali več enoti krvi),
- vsaka krvavitev, za katero za zaustavljanje potrebujemo kirurški poseg ali endoskopski poseg (Mavri, Vene, 2009).

Tveganje za krvavitev je večje:

- pri starejših od 75 let, pri tistih, ki imajo ciljno območje INR 3 - 4 (mitralne zaklopke, antifosfolipidni sindrom),
- pri bolnikih, ki so že kdaj krvaveli (npr. iz prebavil),
- pri bolnikih, ki imajo več pridruženih bolezni (rak, razjede na prebavilih, arterijska hipertenzija, možganska kap, anemija, srčno popuščanje, bolezni jeter in ledvic),
- kot tudi pri bolnikih s sočasnim jemanjem drugih zdravil (antiagregacijska zdravila, nesteroidni antirevmatiki) (Mavri, Vene, 2009).

Bolnikom, ki utrpijo veliko krvavitev, apliciramo vitamin K v počasni infuziji in jih napotimo v bolnišnico. Ob majhnih krvavitvah pri bolnikih z majhnim in zmernim tveganjem za tromboembolijo začasno opustimo kumarine. Zaželeno je, da zdravljenja ne prekinjamo za več kot teden dni. V tem času opravijo bolniki preiskave za opredelitev vzroka krvavitve, zaradi česar jih zdravnik v antikoagulacijski ambulanti napoti k ustreznemu specialistu.

Le pri krvavitvah iz dlesni, v očesno veznico in v podkožju ne opravljamo posebnih preiskav. Ko se krvavitev ustavi, nadaljujemo zdravljenje s kumarini. Kasneje takšne bolnike na kontrole naročamo pogosteje. Mavri in Vene (2009) navajata, da antikoagulacijsko zdravljenje s kumarini zmanjša tveganje za možgansko kap v okoli 70 %, kar pomeni, da je pri nezdravljenih bolnikih z atrijsko fibrilacijo pogostost možganske kapi v okoli 4,5 % letno, pri zdravljenih pa okoli 1,4 % letno. Letno moramo zdraviti v povprečju 32 bolnikov, da preprečimo 1 možgansko kap

Za oceno tveganja za tromboembolični dogodek se uporablja enostavni točkovni sistem CHADS<sub>2</sub>. Bolnikovo tveganje ocenjujemo tako, da po eno točko dobijo bolniki, ki imajo prisotno še:

- srčno popuščanje ali oslABLJENO sistolično funkcijo levega prekata (C-Congestive heart failure),
- arterijsko hipertenzijo (H-Hypertension),
- starost nad 75 let (A-Age),
- sladkorno bolezen (D-Diabetes) in
- po dve točki za prebolelo možgansko kap (S2 – Stroke) (Mavri, Vene, 2009).

Tako ima vsak naš bolnik z atrijsko fibrilacijo od 0 do 6 točk. Majhno tveganje imajo bolniki z 0 točk, zmerno tveganje z 1 točko ter veliko tveganje bolniki z dvema ali več točkami. Ocena



tveganja zelo pomaga zdravniku v primeru znižanih vrednosti INR, pri odločanju o tem, kako ustrezno zaščititi bolnika (ali potrebuje nizkomolekularni heparin).

### **Poročilo o delu antikoagulacijske ambulante Splošne bolnišnice Celje od 1. januarja 2008 do 31. decembra 2008**

V obdobju od 1. 1. 2008 do 31. 12. 2008 smo opravili 34318 pregledov, od tega 551 prvih pregledov. Zdravljenje je bilo zaključeno pri 593 bolnikih, od tega je 207 bolnikov umrlo zaradi drugih vzrokov, 246-im smo zdravljenje zaključili, ostale pa smo preusmerili v druge bolnišnice oz. ambulante.

**Tabela 1: Kakovost dela antikoagulacijske ambulante Splošne bolnišnice Celje**

- v območju INR=2-3 (terapevtsko območje) je bilo 21993 bolnikov (65,5 %)

INR manj kot 1,5	2741	(8,17 %) bolnikov
INR 1,5 - 2 (na meji)	5892	(17,60 %) bolnikov
INR 3,5 - 4,5	2134	(6,36 %) bolnikov
INR 4,5 - 10	799	(2,38 %) bolnikov
INR > 10	9	(0,03 %) bolnikov

INR manj kot 1,5 2741 (8,17 %) bolnikov INR 1,5 - 2 (na meji) 5892 (17,60 %) bolnikov INR 3,5 - 4,5 2134 (6,36 %) bolnikov INR 4,5 - 10 799 (2,38 %) bolnikov INR > 10 9 (0,03 %) bolnikov

V procesu zdravljenja je pri bolnikih prišlo tudi do nekaterih zapletov. Zabeležili smo, da je 10 bolnikov potrebovalo zdravljenje z vitaminom K. Bilo je nekaj majhnih krvavitev: epistaksa (11 bolnikov), hematurija (2 bolnika), hemoptize (3 bolniki), krvavitev iz dlesni (1 bolnik), krvavitev iz gastrointestinalnega trakta (1 bolnik), krvavitev v podkožje (3 bolniki), krvavitev v sklep (1 bolnik), krvavitev v veznico (3 bolniki) in krvavitev v očesno steklovino (3 bolniki).

K drugim specialistom, kot so otorinolaringolog, okulist, stomatolog, gastroenterolog itd., smo napotili 28 bolnikov.

Zabeležili smo skupaj 7 trombombolij; embolija v spodnje okončine (1), embolija CVI (2), embolija TIA (1), ponovna pljučna embolija (1) in ponovna venska trombombolija (2).

Zunanji vplivi:

- 7 bolnikov je priznalo, da so uživali alkohol,
- 3 bolniki so priznali, da niso jemali terapije po predpisani shemi,
- 16 bolnikov je priznalo, da so pozabili vzeti zdravilo,
- 6 bolnikov je kupilo različne vitaminske pripravke v lekarni,
- 9 bolnikov je uživalo ogromne količine zelene zelenjave in
- 184 bolnikov je imelo pridruženo novo zdravilo (antibiotik).

Beležimo 7 velikih krvavitev (1 v očesno steklovino in 6 krvavitev v prebavni trakt). Od teh 7 bolnikov so pri šestih odkrili in ozdravili vzroke za krvavitev. Ti so ponovno na zdravljenju s kumarini, pri enem bolniku pa je bilo zdravljenje zaključeno v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani.

## **RAZPRAVA**

Z analizo predstavljenih rezultatov smo ugotavljali kakovost dela antikoagulacijske ambulante Splošne bolnišnice Celje. Glede na število zapletov je delo ambulante kakovostno in dobro kljub zelo velikemu številu pregledov na enega zdravnika in medicinsko sestro. Antikoagulacijsko zdravljenje je zahtevno in ni brez zapletov. Posledice neurejenega zdravljenja so lahko usodne, zato je pomembno, da so bolniki o zdravljenju dobro poučeni in motivirani. Nesodelovanje bolnika je lahko kontraindikacija za antikoagulantno zdravljenje. Opažamo, da število bolnikov, ki potrebujejo antikoagulacijsko zdravljenje, strmo narašča, kar predstavlja velik organizacijski problem. Najustrezneje bi bilo, da pričnejo delovati antikoagulacijske ambulante na primarni ravni. Najbolj pomembno je vsakega bolnika obravnavati individualno in napotiti k ustreznemu specialistu za razrešitev zapleta antikoagulacijskega zdravljenja.

## **SKLEP**

Glede na ugotovitve statističnih podatkov antikoagulacijske ambulante o zapletih je ugotovljeno, da delamo dobro, saj je bilo v letu 2008 okrog 66 % bolnikov z urejenim INR. Za še kakovostnejše delo predlagamo uvedbo antikoagulacijskih ambulant na primarni ravni, kajti bolnike je težko voditi preko patronažnega zdravstvenega varstva. Stremimo k temu, da bi vsak bolnik, ki pride v antikoagulacijsko ambulanto, vsakič imel možnost individualnega pogovora z zdravnikom in medicinsko sestro. Kljub preobremenjenosti antikoagulacijske ambulante se trudimo sproti reševati dileme in tako krepiti dobre odnose med bolniki in zaposlenimi.

## **LITERATURA**

1. *Mavri A, Vene N, eds. Smernice za vodenje antikoagulacijskega zdravljenja. 2. izdaja. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za antikoagulacijsko zdravljenje in preprečevanje tromboemboličnih bolezni pri Združenju za žilne bolezni; 2009.*
2. *Toplišek J. Priročnik za obravnavo bolnika v antikoagulacijski ambulanti. Novo Mesto; 2007.*



# ETIČNI VIDIKI SODELOVANJA V ZDRAVSTVU

viš. pred. mag. Darja Ovijač, viš. med. ses., univ. dipl. org.  
Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta  
darja.ovijac@zf.uni-lj.si

## IZVLEČEK

Ker sodelovanje vpliva na izide zdravljenja, so prav vsi zdravstveni delavci postavljeni pred moralno zahtevo, da učinkovito sodelujejo z vsemi svojimi sodelavci. Ob tem se kot sledovi tradicije pojavljajo prepreke, kot so konformizem, poslušnost ter neizražanje svojega mnenja. Namen članka je predstaviti in poglobiti razumevanje kompleksnega področja sodelovanja med zaposlenimi v kontekstu etike. Skladno z razvojem zdravstvenih ved in pripadajoče tehnologije je potreben napredek tudi na področju tako poklicnega kot tudi medpoklicnega sodelovanja. Uspešno poklicno sodelovanje je kompleksen pojem in je rezultat zlitja cele vrste osebnostnih, kulturnih in vedenjskih dejavnikov. Še zlasti v različnih kriznih obdobjih, ko je vsakovrstnih resursov še manj, je moralna drža vsakega posameznika v zdravstvenem timu – tudi v odnosu do svojih sodelavcev, neprecenljiva. Ne le strokovno znanje, ampak tudi poglobljanje v filozofijo, psihologijo, sociologijo in etiko lahko bistveno doprinese k osebni rasti posameznikov. Sodelovanje v zdravstvenem timu naj prežema medsebojno spoštovanje.

**KLJUČNE BESEDE:** konformizem, poslušnost, pravice pri komuniciranju, medicinska sestra.

## UVOD

Uspešnost sodelovanja med zaposlenimi vpliva na izide zdravljenja (Kramer in Schmalenberg, 2003; Kaissi in sod. 2003; Zwarenstein in Bryant, 2004). Zaradi te, dokaj pozne, a izjemno pomembne ugotovitve, je dandanes posameznik v zdravstvenem timu postavljen pred moralno zahtevo, da kar najbolje sodeluje s prav vsemi svojimi sodelavci.

Premik (2006) postavlja sodelovanje v zdravstvenem timu v kontekst etike, ko pravi: »Prepričan sem, da se bo razvoj etike v prihodnje dopolnjeval z načeli o medsebojnih odnosih med zdravniki in drugimi poklici v zdravstvu, zlasti s pozitivnega vidika timskega dela kot delovne in etične vrednote (spoštovanje, priznanje, upoštevanje, naklonjenost, zaupanje, podpora, strpnost, usklajenost, sodelovanje, inovativnost ipd.). Vsekakor je temeljna premisa vseh teh odnosov v tem, da *potrebujemo več etike kot etičnih kodeksov.*«

A v vsakodnevni delovni praksi je harmonično ter učinkovito sodelovanje med zaposlenimi, tudi v zdravstvenem timu, pogosto izjemno težko doseči in vzdrževati. Realnost je vse prevečkrat daleč od idealov, ujetih v definicije eminentnih avtorjev.

Sodelavcev si večina ne more izbrati sama. Zaradi osebnostnih razlik ter različnih interesov, včasih pa tudi okostenelih organizacijskih struktur, je sodelovanje z določenimi sodelavci, tudi v zdravstvenem timu, lahko izjemno zahtevno, nikoli pa ne smemo pristati na to, da ni mogoče.

V nadaljevanju želimo predstaviti in poglobiti razumevanje kompleksnega področja sodelovanja med zaposlenimi v zdravstvu v kontekstu etike. Predstavili bomo etično sporne stile vedenja ter komunikacije, ki se lahko pojavijo v zdravstvenem timu, ter nakazali smeri potrebnega razvoja na tem področju.

### **Etično sporni stili vedenja v zdravstvenem timu**

*Konformizem:* z besedo konformizem označujemo prilagajanje osebe določeni družbeni skupini, družbeni situaciji, kulturi, družbi. Asheva (1952, cit po Rungapadiachy, 2003: 199) kot vzrok za konformnost navaja, da ljudje čutijo potrebo, da se v danih situacijah ne razlikujejo od večine.

Pogosto se ne zavedamo, kako zelo je konformno vedenje pomembno za (ne)uspeh organizacije. Več kot zamislimo se lahko ob primeru, ki ga navaja in komentira Reason (1987, cit. po Payne in Walker, 2002): »Ugotovili so, da je nesposobnost ljudi, da ravnajo v skladu s svojimi prepričanji, ker verjamejo, da vedo drugi bolje od njih ali pa da nadzorujejo situacijo, pomemben vzrok za mnoge velike nesreče, tudi Černobilsko, kjer je lokalna skupina vzdrževalcev domnevala, da ekipa vzdrževalcev iz Moskve ve, kaj dela in da ima stvari pod nadzorom, čeprav so videli, da števcji jasno kažejo zaznavne nevarne stopnje sevanja.« Ob tej nesreči izjemnih razsežnosti lahko vidimo, da besede o konformizmu v naši družbi, tudi zdravstvu, niso le stvar akademskega razpravljanja. Posledice konformnega vedenja, kadar se pojavi, bolniki občutijo dobesedno na lastni koži.

Sruk (1999) dokončno poveže konformnost z moralno držo posameznika, ko pravi: »Ko tehtamo konformizem s stališča morale, moramo upoštevati, da pomeni vedno določeno mero individuovega odstopanja od njegove lastne individualnosti, hkrati pa gre seveda tudi za sprejemanje določenih form in vsebin kolektivnega ravnanja in socialnega zavedanja tistih, ki jih forsirajo, narekujejo ali subtilno prišepetavajo različni družbeni dejavniki, med njimi tudi javno mnenje s svojimi stereotipi. Nравstvene koncepcije, ki dajejo prednost človekovi dejavnosti, pobudi, samostojnosti, svobodi, ustvarjalnosti, odločno zavračajo konformizem. Pojmovanja, ki temu nasprotujejo, zlahka najdejo besede hvale tudi za podrejanje, neopaznost, vdanost v usodo.«

*Poslušnost:* Rungapadiachy (2003: 195) poslušnost definira kot izvajanje nekega dejanja pod ukazom, ki ga izda oseba, ki predstavlja avtoriteto. Poslušnost, še posebej zdravnikom, je bila medicinskim sestram tradicionalno predstavljena kot pomembna vrednota in jo je v tem odnosu še danes težko preseči. Vendar je poslušnost etično sporna drža! Rungapadiachy (2003: 197) trdi, da skoraj vsakega lahko pripravimo, da uboga, četudi poslušnost pomeni celo, da mora moriti. Nacistično iztrebljanje milijonov Židov je žalosten opomin na to, do kakšne mere so ljudje pripravljeni izkazovati svojo poslušnost! Zato je izjemno pomembno, da se sodelavci na področju zdravstvene nege (ZN) bolj zavedajo teh učinkov in si upajo spraševati in dvomiti ter še posebej da niso le slepi izvrševalci danih navodil, ampak jih ovrednotijo tako s strokovnega kot tudi z etičnega vidika.

»Poslušni ljudje prično sebe dojemati kot nekoga, ki ni odgovoren za svoja dejanja. Sklicuje se na zunanje avtoritete in ukaze. Razbremeni se odgovornosti na ta način, da prenese vso iniciativo na legitimno avtoriteto. V lastnih očeh ni več moralno odgovoren za svoja dejanja, ampak postane le orodje v rokah zunanje avtoritete. To je stara zgodba o ljudeh, ki so »le izpolnjevali svojo dolžnost«. Izguba občutka odgovornosti je torej najusodnejša posledica poslušnosti. Na lastna dejanja človek ne reagira več z moralnimi občutki. Njegov moralni občutek je odvisen od tega, kako uspešno izpolnjuje zahteve avtoritet. Tako se vojak ne sprašuje več, ali je bombardiranje neke vasi sprejemljivo ali ne, in je po akciji ponosen, da je dobro opravil nalogo, ki mu je bila ukazana« (Ule, 2005: 318).

Payne in Walker (2002) opisujeta sledeča eksperimenta, ki nazorno priobčita neustreznost slepe poslušnosti. Upamo, da so se časi vendarle spremenili in da bi bili danes rezultati drugačni.

Eksperimentator, ki se je pretvarjal, da je psihiater, je po telefonu naročil medicinski sestri, da naj da bolniku 20 mg zdravila (na steklenički je pisalo, da je maksimalni dnevni odmerek 10 mg. 21 od 22 medicinskih sester je navodilo izpolnilo, čeprav ga niso dobile pisno, čeprav je zdravilo preseglo varni odmerek in čeprav še niso slišale niti za zdravnika niti za zdravilo.

V Veliki Britaniji so leta 1994 tri najstnice iz srednje šole preživljale svoj prvi dan obvezne prakse na poškodbenem oddelku. Zdravnik, ki je domneval, da so medicinske sestre, jim je naročil, naj zašijejo rano pacientu. In dekleta so mu jo tudi zašila!

Ljudje že od nekdanj radi izkoriščajo avtoriteto kot izgovor tudi za moralno neodgovornost, opozarja Sruk in dodaja (1999: 53): »Že stari Grki so poznali frazo "Autos efa" - "On je rekel"; On z veliko začetnico - nezmotljiva avtoriteta, za katero se lahko skrijejo pritlikavci, ki ne znajo, nočejo ali si ne upajo misliti z lastno glavo. Ali pa ubogljivi hlapi vseh mogočih avtoritet tega sveta. Ne, oni ne morejo odgovarjati za svoja nehumana, škodljiva, neumna dejanja, ne, njim so tako ukazali. Oni so samo vestno opravili tisto, kar so jim naročili, veleli, zaupali njihovi predstojniki.«

Nasproti poslušnosti stoji odpornost na socialni vpliv, ki pomeni sposobnost avtonomnega delovanja ljudi, njihovega obnašanja, razmišljanja in predstav – navkljub socialnemu vplivu. Tudi zdravstveni delavci morajo čim prej prerasti spone poslušnosti, kar istočasno pomeni, da morajo prevzeti odgovornost za svoja dejanja. Brez prevzemanja odgovornosti ni smiselno govoriti o samostojnosti, niti o partnerskem odnosu. Prevzeti odgovornost za vsa, velika in mala dejanja, se prične že pri vsakdanjih stvareh. Ni lahko, lažje se je skriti za avtoritetami, a vendar je to izjemen vir moči in samozavesti.

*Popuščanje:* Rungapadiachy (2003: 201) definira popuščanje kot katerokoli vedenje, ki je odziv na direktno prošnjo ali željo osebe, ki za posameznika predstavlja vplivno osebo. Kelman in Hamilton (1989, cit po Rungapadiachy, 2003) pravita, da do popuščanja pride, ko posameznik sprejme vpliv druge osebe ali skupine ljudi, v upanju, da bo s tem dosegel želen odziv ali se izognil nezaželenemu odzivu drugih. Popuščanje je del posameznikovega medosebnega vedenja in nanj lahko gledamo kot na način življenja.

*Naučena nemoč in odvisnost:* Seligmanov (1975, cit po Rungapadiachy, 2003) definira naučeno nemoč kot psihološko stanje, ki pogosto nastopi v primerih, ko nad dogodki

nimamo nadzora. Ehrhardt (1996) trdi, da je nemoč priučeno prepričanje in da nikakor ne nastane sama po sebi. Ljudje se odzovejo z nemočjo samo takrat, ko verjamejo, da niso dorasli življenjskim okoliščinam. Pri tem ni pomembno dejansko stanje, ampak lastna ocena. Tega vedenja se še posebej pogosto oklenejo ženske in Ehrhardt (1996) slikovito opisuje: »Nebogljivi ne zaupajo svojemu znanju in svojim sposobnostim in se bojijo, da so uspehi odvisni od sreče in naključja. Nemočni bolehajo za lenobnostjo, stalno utrujenostjo, sindromom izgorevanja, nespečnostjo in brezciljno dejavnostjo. Vkleščeni so v prepričanje, da ne morejo ničesar spremeniti. Mislijo, da so izročeni življenju na milost in nemilost, toda pojem nemočnosti uporabijo le v zvezi z drugimi osebami, na primer, ko prijatelji in sorodniki v brezizhodnem položaju potrebujejo tolažbo. Kdor sam od sebe vedno ničesar ne pričakuje, je navezan na druge. Zato svojo energijo usmerijo v oporo drugim.« Določene elemente teh opisov žal lahko občasno še vedno zasledimo v besedah ter vedenju nekaterih zdravstvenih delavcev tudi dandanes.

*Brezbrižnost opazovalca:* medicinske sestre od vseh poklicnih skupin daleč največ časa prebijemo v neposredni bližini bolnikov. Ker se zgodi, da ni zaželeno, da bi izražale svoje mnenje, obstaja dokaj veliko tveganje, da postanemo »neme opazovalke«, ne posežemo v dogajanje, čeprav bi to bilo v korist bolnikov in tudi ustanove. »To ni moje delo«, se sliši občasno. Sodelavec hote ali ne hote ne gre v pravo smer, lahko je spregledal pomembna dejstva. Ne vtikujemo se in ga pustimo, da gre dalje po svoji zgrešeni poti. Lahko gre za enkratni dogodek ali za ravnanje, ki se ponavlja leta in leta. Ve se, da določene osebe na domačem ali na sosednjem oddelku, morebiti pa v tuji zdravstveni ustanovi, ne delajo čisto tako, kot bi bilo za bolnika najbolje. Kaj storiti, oziroma ali sploh kaj storiti? Zgodi se, da se zdravstveni delavci celo pohvalijo: »Pri nas vam bomo naredili tako, kot je treba, ne tako kot tam in tam in razložijo, kaj vse je tam narobe. Ja, kje so vam pa tako oskrbeli to rano?«

### **Pravice in dolžnosti pri komuniciranju v kontekstu etike**

Zdravstveni delavci si včasih težko priznajo, da so tudi oni sami ter enako njihovi sodelavci samo ljudje, ujeti v čisto običajne človeške dileme in omejitve. Od sebe pogosto zahtevajo preveč in so obremenjeni z likom popolnega zdravstvenega delavca, ki ga seveda nikoli ni mogoče v polnosti doseči. S tem, da si priznajo lastno ranljivost in nepopolnost, tudi zmotljivost, je vse lažje. Začno lahko delovati v konkretnem okolju na realnih temeljih in brez iluzornih pričakovanj, tako do sebe kot do svojih sodelavcev. Samo tako se začnejo graditi organizacijski sistemi, ki bodo v realnosti tudi delovali. Na področju komunikacije se nam zdi v tem kontekstu pomembno, da začnejo tudi zdravstveni delavci na začetku, tako da izhajajo iz temeljnih pravic in dolžnosti pri komuniciranju, ki jih imamo kot človeška bitja prav vsi ljudje, ne glede na socialni ali hierarhični položaj.

Kar nekako tuje nam deluje misel, da ima vsak zdravstveni delavec, tudi (celo!!) medicinske sestre pravico reči NE in pravico reči NE RAZUMEM. Pomislimo samo, kako zelo nevarno je biti bolnik v okolju, kjer si osebje ne upa reči preprosto NE RAZUMEM. Ne razumeti, a kljub temu nekako izvesti proceduro v tehnološko tako zahtevnem okolju, kot je današnje zdravstvo, predstavlja za sistem veliko tveganje. Hkrati ne omogoča rasti, ne posameznika ne organizacije kot celote. In daje podlago za eventualno realizacijo napačnih odločitev. Tako nas že kratko razmišljanje pripelje do sklepa, da so te pravice hkrati tudi

dolžnosti. Da smo v zdravstvu dolžni razmišljati (delati z glavo) prav vsi vpleteni. In da smo se dolžni izpostaviti, ne le zaradi našega lastnega dostojanstva, ampak še bolj zaradi bolnikov, ki jih na ta način ščitimo.

*Pravica in dolžnost imeti in izraziti lastno mnenje:* zdravstveni delavci nimajo le pravice, ampak tudi moralno dolžnost, da izrazijo svoje mnenje. Zgodi se, da medicinske sestre že zaradi svoje nenehne prisotnosti opazijo marsikatero nepravilnost, a vendarle celo upravičene kritike dotični osebi ne izrečejo. Lahko ostanejo tiho ali pa o nepravilnosti neformalno razpravljajo le s kolegicami. Oba ravnanja izražata pasivnost in nemoč in sta etično sporna.

Gojiti moramo načine, kako izražati svoje mnenje, tudi nestrinjanje z drugimi na način, ki ne prizadene njihovega spoštovanja. Knežević (2005: 134) pojasnjuje, da kadar izražamo odkrito, objektivno kritiko, na ta način izboljšujemo posameznike in s tem posredno tudi skupino. Če kritike ne izrečemo, pomeni, da pustimo, da se ljudje, ki delajo vsem vidne napake, še naprej smešijo ali so celo moteči za druge. Odklanjamo dolžnost, ki sodi k človečnosti, da pomagamo drugemu, in to prelagamo na druge, ki naj bi namesto nas pokazali na nepravilna dejanja.

Pegan (2006) pripoveduje: »Izkkušene medicinske sestre so znale na nevsiljiv in do zdravnika spoštljiv način opozarjati na morebitne nepravilnosti, /.../ zdravnik pa bi ravnal zelo nespametno, če dobronamernega nasveta ali pripombe medicinske sestre ne bi upošteval. /.../ Najslabše je, če se zdravnik počuti ponižanega, kadar izvajalka zdravstvene nege podvomi v njegovo odločitev. Njena izobrazba ji ne samo dovoljuje izraziti dvom ali pomislek, temveč je to njena sveta dolžnost (sic!) zaradi skupnega cilja, ki ga imata oba poklica. Tako medicinska sestra kot zdravnik sta odgovorna svojemu bolniku, ki ga morata z vsem znanjem in ravnanjem zaščititi pred dogodki, ki bi lahko negativno vplivali na njegovo varnost.«

Za naš lasten osebnostni in strokovni razvoj je zelo pomembno, da znamo kritiko tudi sprejeti. Zavestno se moramo urediti tudi v sprejemanju mnenj drugih. Ne glede na to, ali jih bomo sprejeli ali zavrnil, je to edina pot, da v polnosti stopimo v proces učenja in prek njega do neslutene osebne in strokovne rasti.

V zdravstvenih ustanovah se marsikdaj zgodi, da sodelavec izreče kritiko medicinski sestri v prisotnosti bolnika in medicinske sestre so v takih primerih upravičeno prizadete. Prav pa bi bilo, da svojo prizadetost na spoštljiv način tudi verbalno izrazijo tistim, ki so jo povzročili. Če je bila kritika ob bolniku izrečena nehote, je že to dovolj, da bo drugič izrečena v primernejšem okolju. Če pa je sogovornik namenoma kritiziral sodelavce vpričo drugih, mu s povratno informacijo, da se s tem ne strinjamo in da se to ne sklada z bontonom, postavimo meje.

*Pravica in dolžnost »reči NE«:* Breitman in Hatch (2002) trdita, da osebe, ki znajo v primernem času reči ne, lahko prihranijo čas in energijo ter ohranijo spoštovanje do sebe. Ženske, ki že po navadi prevzemajo večji del odgovornosti za uspešnost medčloveških odnosov, očitno še posebej težko rečejo NE. Nekako menijo, da so dolžne poskrbeti, da so vsi okrog njih zadovoljni in pripominja, da lahko brez občutka krivde rečemo ne, šele ko razum prevlada nad ponižnostjo.



Kako zelo pomembno je ob pravem času reči NE, nam s svojo življenjsko zgodbo pripoveduje prav utemeljiteljica sodobne zdravstvene nege, Florence Nightingale. Kot ženska je v svojem času (nikoli ga ne izbiramo) potrebovala izjemno notranjo moč, da je rekla ne svoji družini. Odrekla se je tradicionalni vlogi sicer bogate in ugledne zakonske žene, ki ji jo je narekovala takratna družba. Tako si je izbrila izobrazbo in pravico do dela, kar je bilo za bogato žensko takratnega obdobja izjemno. To ji je omogočilo, da je izrazila svoje nadpovprečne intelektualne sposobnosti in tako neizbrisen pečat pustila ne le v zdravstveni negi, ampak tudi v statistiki.

Reči NE je torej dejanje, ki tradicionalno ne sodi v besednjak medicinskih sester. Pa vendar lahko povzamemo, da čeprav imajo medicinske sestre dolžnost izvrševati navodila zdravnikov, to nikoli ne velja v primeru, ko dvomijo o varnosti naročila za bolnika.

### **Morala odgovornosti**

Carol Gilligan (1977, cit. po Červ in Klančnik Gruden, 2003) opisuje moralo *odgovornosti*, ki temelji na konceptih harmonije in nenasilja in priznanju potrebe po sočutju in skrbi zase in za druge. Navaja tri stopnje in dve prehodni obdobji v razvoju etike skrbi, ki jih lahko apliciramo tudi na odnose s sodelavci.

»*Prva stopnja*: osredotočenje na lastno preživetje. Oseba skrbi izključno zase. Najpomembnejše je preživetje. Moralna razmišljanja se pojavljajo le v primeru konfliktnosti lastnih potreb.

*Prvi prehod*: od sebičnosti k odgovornosti. Ta prehod ponazarja opredelitev osebnosti znotraj navezanosti in povezave z drugimi. Razmerje med lastnimi željami in odgovornostjo do drugega se kaže kot napetost med tem, kar si želimo storiti, in tem, kar naj bi storili.

*Druga stopnja*: dobrota kot samožrtvovanje. To je stopnja konvencionalnega pojmovanja žensk kot skrbnic in zaščitnic. Moralne sodbe izhajajo iz družbenih norm in konsenza. Najpomembnejša preokupacija na tej stopnji je skrb za druge in še posebej za njihova občutja in bojazen, da bi jih lahko ranili. Dobrota, združena z željo po skrbi za druge, se enači s samožrtvovanjem in hrepeni po priznanju.

*Drugi prehod*: od dobrote k resnici. Oseba spozna, da morala skrbi vsebuje tako skrb zase kot za druge. Bolj pomembne kot ocena drugih so razmere, namen in posledice dejanj. Oseba se trudi upoštevati tako sebe kot druge. Skuša biti odgovorna do drugih in tako »dobra« ter odgovorna do sebe in na ta način »poštena« in »resnična«.

*Tretja stopnja*: morala nenasilja. Z načelom nenasilja je razrešen konflikt med sebičnostjo in odgovornostjo zase.«

Že dva tisoč let stari izrek pravi »Ljubi svojega bližnjega kakor samega sebe«. »Nič več, nič manj«, dodajamo. Tudi Fromm (2002: 101-3) poudarja, da ljubezni in spoštovanja (skrbi) do sebe, do lastne osebnosti in edinstvenosti ne moremo ločevati od spoštovanja, ljubezni in razumevanja do drugega človeka. Vemo pa, da mnogi pogosto ne najdejo moči, da bi poskrbeli zase, za svoj prosti čas, za svoje duhovne in telesne potrebe, za svojo družino in so pogosto na meji izgorelosti, na kar so bili tradicionalno ponosni, danes pa je to znak, da posameznik slabo upravlja s svojim časom in da še ni razvil temeljne sposobnosti, ki jo potrebuje, bolj kot vse drugo, to je poskrbeti tudi zase. Podobe »Cankarjeve matere«, tako

globoko ukoreninjene v podzavest slovenskih žensk, niso več cilj in smisel bivanja in jih je potrebno preseči! Najti ravnotežje med skrbjo zase ter skrbjo za druge je v današnjem času ponovno aktualna vsakodnevna ugotovitev. »Človek raste v osebnost, ko se razvija v ravnotežje. Najti pravo mero pomeni veliko življenjsko modrost. Že od nekdaj (Platon, stoiki) so videli pravo krepost v zlati sredini med skrajnostmi. Vzdrževanje tega ravnotežja pa je neskončno utrudljivo, nikoli ne smeš prenehati, vedno znova se moraš postavljati na noge. To je izraz stare modrosti, ki pravi, kdor ne napreduje, nazaduje«, so še vedno in vedno bolj aktualne besede Trstenjaka (1992).

## **RAZPRAVA**

Torej ne pasivnost, poslušnost, ubogljivost; tudi od zdravstvenih delavcev – prav vseh se v današnjem času pričakuje aktivnost, ponos, odgovornost. Ne le izvrševanje različnih navodil in slepo sledenje protokolom, ampak delovanje v tem prostoru in času s svojo celotno osebnostjo. Ni brezsmiselno, še posebej v današnjem času, razmišljati o vrednotah in etičnih normah, ki nas vodijo in usmerjajo pri vsakdanjih odločitvah.

Samospoznavanje vodi do tega, da se zavemo svojih spretnosti in tudi svojih pomanjkljivosti. Kajti človeško je, da nismo popolni. Pogosto od sebe in tudi od sodelavcev pričakujemo preveč. Trenutek, ko si brez občutkov krivde priznamo, kje smo na določenem področju šibki, je izjemno pomemben, saj vodi k načrtu, kako lahko ta področja popravimo. Na področju komunikacije je to zagotovo asertivna komunikacija. Asertivna komunikacija nas vleče ven iz pasivnosti k prevzemanju odgovornosti zase. Pomeni znati izražati svoje potrebe, želje, mnenja na način, ki ne prizadene dostojanstva sogovornika. To je spretnost, ki se jo da in se jo tudi moramo naučiti.

Tudi odličnosti na področju komuniciranja se da naučiti. Mnogo so odkrili že v starih šolah diplomacije. Zato so izobraževanja in delavnice na področju komuniciranja zelo pomembne. Na področju komunikacije se učimo in napredujemo dobesedno »od zibelke do groba«. Popolnost je nedosegljiva, je pa odličnost na tem področju svojevrsten izziv, ne le za posameznika, ampak tudi za organizacijo, za katero je v današnjem času nenehnih sprememb prav učinkovita komunikacija njenih članov osnovni pogoj za preživetje in uspešno funkcioniranje. Za zdravstvo, kjer nad zaposlenimi kot Demoklejev meč nenehno bdi možnost škode za bolnika, je to še posebej pomembno.

Poredoš (2003) pritrjuje, da je za učinkovito delovanje zdravstvenega tima potrebno tesno sodelovanje in spoštovanje med vsemi profili, zlasti med medicinsko sestro in zdravnikom. Ellis in Hartley (2004, cit. po Pajnkihar, 2006) poudarjata, da mora vedenje medicinske sestre do zdravnika in do drugih, s katerimi je v interakciji, vsebovati spoštovanje. Hkrati je pomembno, da spoštovanje pričakuje tudi od zdravnika in drugih v timu. Od posameznikov v interakciji se zahteva senzitivno vedenje in upoštevanje pravila, da se vedemo do drugih tako, kot želimo, da se drugi vedejo do nas.

## **SKLEP**

Uspešno poklicno sodelovanje je kompleksen pojem in je rezultat zlitja cele vrste osebnostnih, kulturnih in vedenjskih dejavnikov, zato ga ni lahko doseči. Ker je popolnost vedno nedosegljiva, je cilj doseči vsaj tako dobro sodelovanje, da bolniki, kot stranke v

sistemu, ne bodo ogroženi, da bodo v čim večji meri izpolnjeni cilji organizacije in da ne bo ogroženo dostojanstvo zaposlenih.

Tenkočutna skrb za vrednote, ki nas vodijo v odnosu do sebe ter do svojih sodelavcev, je torej tudi v današnjem tako imenovanem modernem svetu še vedno in vedno bolj aktualna. Ne le strokovno znanje, ampak tudi poglobljanje v filozofijo, psihologijo, sociologijo in etiko lahko bistveno doprinese k osebni rasti posameznikov. In prav posamezniki, prav vsi, so tisti, ki zdravstvene time ustvarjajo ter jim dajejo življenjski utrip ter polet. Ne smemo prehitro pričakovati preveč, vsak, še tako droben napredek šteje! Najpomembneje je, da se posamezniki ne predajo malodušju. Časi nikoli niso bili lahki. Še zlasti v različnih kriznih obdobjih, ko je vsakovrstnih resursov še manj, pa je moralna drža vsakega posameznika v zdravstvenem timu tudi v odnosu do svojih sodelavcev neprecenljiva.

## LITERATURA

1. *Breitman P, Hatch C. Kako reči ne brez občutka krivde. Ljubljana: Mladinska knjiga; 2002.*
2. *Červ B, Klančnik Gruden M. Vidiki odgovornosti znotraj etike skrbi v zdravstveni negi. In: Klemenc D, Kvas A, Pahor M, Šmitek J eds. Zdravstvena nega v luči etike. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2003: 271-8.*
3. *Ehrhardt U. Pridne punce pridejo v nebesa, poredne pa povsod ali zakaj nas poslušnost nikamor ne pripelje. Ljubljana: Vale-Novak; 1996.*
4. *Fromm E. Človek za sebe: psihološka raziskava etike. Ljubljana: Amalietti; 2002.*
5. *Kaissi A, Johnson T, Kirschbaum MS. Measuring teamwork and Patient Safety Attitudes of High-Risk Areas. Nurs Econ. 2003;21(5): 211-8.*
6. *Knežević AN. Se znamo obnašati? Sodobno vedenje od A do Ž. Ljubljana: Mladinska knjiga; 2005.*
7. *Kramer M, Schmalenberg C. Explore the link between collaboration and quality patient care. Nurs manag. 2003; 34(7):34-83.*
8. *Pajnkihar M. Partnerski odnosi v zdravstveni negi. In: Rajkovič V in sod. Ustvarjalna organizacija: zbornik 26. mednarodne znanstvene konference o razvoju organizacijskih ved. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede; 2006:1187-93.*
9. *Payne S, Walker J. Psihologija v zdravstveni negi. Ljubljana: Educy; 2002.*
10. *Poredoš P. Ali je zdravniška etika drugačna od etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. In: Klemenc D, Kvas A, Pahor M, Šmitek J, eds. Zdravstvena nega v luči etike. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2003: 156-9.*
11. *Pegan V. Sodelovanje v zdravstveni delovni skupini med medicinsko sestro in zdravnikom: Realnost ali utopija? V: Kvas A, Pahor M, Klemenc D, Šmitek J, eds. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljševanje kakovosti. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2006.*
12. *Premik J. Zdravnik in medpoklicno sodelovanje v zdravstvo. Zdrav Vestn. 2006;75(7): 49-53.*
13. *Rungapadiachy DM. Medosebna komunikacija v zdravstvu. Ljubljana: Educy; 2003.*
14. *Sruk V. Leksikon morale in etike. Maribor: Ekonomsko-poslovna fakulteta; 1999.*
15. *Trstenjak A. Človek v ravnotežju: nauk o značaju za vsakogar. Celje: Mohorjeva družba; 1992.*
16. *Ule M. Psihologija komuniciranja. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2005.*
17. *Zwarenstein M, Brynt W. Interventions to promote collaboration between nurses and doctors, The Cochrane Database of Systematic Reviews; 2004*

# ZAKON O PACIENTOVIH PRAVICAH

*asist. Robert Sotler, dipl. zn.,  
Zastopnik pacientovih pravic,  
Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta  
robert.sotler@zf.uni-lj.si*

## IZVLEČEK

Zakon o pacientovih pravicah prinaša pomembno novost v naš sistem zdravstvenega varstva. Na enem mestu so urejene vse splošne pravice uporabnikov zdravstvenih storitev in pritožbeni postopki pri njihovem uveljavljanju. Namen zakona je omogočiti enakopravno, primerno, kakovostno in varno zdravstveno oskrbo, ki temelji na zaupanju in spoštovanju med pacientom in zdravnikom, zdravstvenim delavcem ali zdravstvenim sodelavcem. Zakon o pacientovih pravicah določa pravice in postopke uveljavljanja pravic v primeru kršitve le-teh, ki jih ima uporabnik zdravstvenih storitev pri vseh izvajalcih zdravstvenih storitev. Zakon o pacientovih pravicah ne ureja pravic iz zdravstvenega zavarovanja in načina njihovega uveljavljanja. Ena od bistvenih novosti so imenovani zastopniki pacientovih pravic kot neposredna brezplačna pomoč pacientom pri uveljavljanju pravic.

**KLJUČNE BESEDE:** zastopnik, pacient, pacientove pravice.

## UVOD

Slovenija kot enakopravna članica Evropske unije sledi še desetim polnopravnim državam članicam tega združenja in uvaja Zakon o pacientovih pravicah (v nadaljevanju ZPacP), ki prinaša v slovenski prostor nekaj novosti za izboljšanje kakovosti obstoječega sistema zdravstvenega varstva, paciente pa postavlja v bistveno ugodnejši položaj pri uveljavljanju pravic ob stikih z vsemi izvajalci zdravstvenih storitev.

ZPacP ureja univerzalne pravice, ki jih ima vsak uporabnik zdravstvenih storitev in se nanašajo predvsem na dostopnost zdravstvenih storitev, obveščenost, zasebnost, varstvo osebnih podatkov, spoštovanje samostojnosti pacienta o odločanju o lastni zdravstveni oskrbi, pravico do enakopravne obravnave, zagotavljanje največje zdravstvene koristi za pacienta ter njegove varnosti.

Ena od bistvenih novosti je, da je pomoč pri uveljavljanju pravic za pacienta brezplačna in jo nudijo zastopniki pacientovih pravic. Ena od slabosti ZPacP je, da celovito ne ureja pravic tudi iz naslova zdravstvenega zavarovanja. Večina pritožbenih postopkov ne bo prišla neposredno v poštev, ko bo šlo za kršitev pravic iz obveznega ali neprostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.

## **Zastopnik pacientovih pravic**

Zastopnike pacientovih pravic (v nadaljevanju zastopniki) imenuje Vlada Republike Slovenije na predlog nevladnih organizacij in društev, ki delujejo na področju zdravstva ali varstva potrošnikov, območnih svetov Zavodov za zdravstveno zavarovanje ali občinskih svetov. Vlada Republike Slovenije imenuje zastopnike za mandatno obdobje petih let z možnostjo ponovnega imenovanja (Balažič et al., 2009).

Svoje delo opravljajo, do ustanovitve pokrajin, na območnih Zavodih za zdravstveno varstvo izključno neprofesionalno, upravičeni pa so do nagrade za svoje delo in povračila dejanskih stroškov. Krajevna pristojnost zastopnika se določa glede na stalno ali začasno prebivališče pacienta, razen če se zastopnik in pacient ne dogovorita drugače. Zastopnik je pri svojem delu samostojen, pri svojem delu ravna častno, pošteno in dobronamerno (Becele, 2009).

Zastopniki paciente usmerjajo, jim dajejo osnovne informacije in konkretne usmeritve za uveljavljanje pravic, namesto njih opravljajo potrebne poizvedbe pri izvajalcih zdravstvenih storitev v zvezi domnevnimi kršitvami, jim svetujejo, pomagajo ali jih polnopravno zastopajo pri uresničevanju pravic po Zakonu o pacientovih pravicah. Predpogoj za zastopanje je podpis pacientovega polnega pooblastila za zastopanje, ki ga lahko pacient kadarkoli prekliče (Becele, 2009).

Če zastopnik oceni, da je pacientov zahtevek očitno neutemeljen, lahko odkloni pooblastilo za zastopanje. Ena od pomembnih nalog zastopnika je promocija ZPacP in uresničevanje le-tega. Izvajalec zdravstvenih storitev je dolžan zastopniku omogočiti dostop do vseh podatkov in zdravstvene dokumentacije v zvezi s primerom, ki je v obravnavi. Ravno tako mora izvajalec zdravstvenih storitev v zahtevanem roku poslati vsa pojasnila in informacije o domnevnih kršitvah. V kolikor tega ne stori, je dolžan nemudoma pojasniti vse razloge, zakaj tega ni storil (Becele, 2009).

## **Pacient**

Pacient ni nujno vedno bolnik, kar se s tem izrazom običajno pojmuje. Pacient je enakovereden bolniku kot uporabniku zdravstvenih storitev v odnosu do zdravnikov, zdravstvenih delavcev, zdravstvenih sodelavcev oziroma izvajalcev zdravstvenih storitev ne glede ali je bolan ali ne. Pri zdravstveni oskrbi pacientov je potrebno spoštovati njihovo osebnost, dostojanstvo, varnost, zasebnost, telesno in duševno celovitost, varstvo največje zdravstvene koristi in to ne glede na njihovo versko, osebno, filozofsko, moralno in kulturno prepričanje (Zakon o pacientovih pravicah, 2008).

## **Pacientove pravice**

Pravice, ki jih ureja ZPacP, niso pravice, ki izvirajo iz obveznega ali prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, pač pa s temi povezane, t. i. univerzalne pravice. Ima jih ima vsak uporabnik zdravstvenih storitev, ne glede na to, ali uveljavlja pravice iz zdravstvenega zavarovanja ali kot samoplačnik in ne glede na to, ali gre za storitve, opravljene v javni zdravstveni mreži ali pri izvajalcu, ki nima koncesije (Ministrstvo za zdravje, 2008).

- pravica do dostopa do zdravstvene oskrbe in zagotavljanja preventivnih storitev,
- pravica do enakopravnega dostopa in obravnave pri zdravstveni oskrbi,

- pravica do proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev,
- pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe,
- pravica do spoštovanja pacientovega časa,
- pravica do obveščenosti in sodelovanja,
- pravica do samostojnega odločanja o zdravljenju,
- pravica do upoštevanja vnaprej izražene volje,
- pravica do preprečevanja in lajšanja trpljenja,
- pravica do drugega mnenja,
- pravica do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo,
- pravica do varstva zasebnosti in varstva osebnih podatkov,
- pravica do obravnave kršitve pacientovih pravic,
- pravica do brezplačne pomoči pri uresničevanju pacientovih pravic (Zakon o pacientovih pravicah, 2008).

V nadaljevanju bomo na kratko predstavili vsako izmed zgoraj navedenih pravic iz Zakona o pacientovih pravicah (Zakon o pacientovih pravicah, 2008):

#### ***Pravica do dostopa do zdravstvene oskrbe in zagotavljanja preventivnih storitev***

V skladu s predpisi s področja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja ima pacient pravico do dostopa do zdravstvene oskrbe, pravico do preventivnih zdravstvenih storitev in pravico do nujne medicinske pomoči. Nujna zdravstvena oskrba je absolutna pravica in je univerzalne narave ter je ni mogoče z ničimer pogojevati (npr. s plačilom ali z napotnico).

#### ***Pravica do enakopravnega dostopa in obravnave pri zdravstveni oskrbi***

Pri zdravstveni oskrbi ima vsak pacient pravico do enake obravnave, ne glede na spol, narodnost, raso ali etnično poreklo, vero ali prepričanje, invalidnost, starost, spolno usmerjenost ali drugo osebno okoliščino. Načelo enakosti zahteva, da država javno zdravstveno oskrbo da na razpolago vsem pod enakimi pogoji. Otrokom in drugim ogroženim skupinam so zagotovljene še posebne pravice. Med drugim imajo otroci kot pacienti v času stacionarne in druge zdravstvene oskrbe pravico do stalnega spremstva enega od staršev ali druge osebe, ki skrbi za otroka. Kadar je otrok hospitaliziran, ima eden od staršev ali druga oseba, ki skrbi za otroka, pravico do nastanitve, bivanja. Kadar ta pravica ni zagotovljena z naslova zdravstvenega zavarovanja, jo mora izvajalec zdravstvenih storitev zagotoviti proti plačilu, pri čemer lahko staršem zaračuna le dejanske materialne stroške nastanitve, in sicer v višini, ki jih predpiše minister za zdravje.

#### ***Pravica do proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev***

Pacient ima pravico, da prosto izbere zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev, ne glede na kraj svojega stalnega prebivališča.

#### ***Pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe***

Raven zdravstvene oskrbe je določena s pacientovo pravico do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe. Primerna zdravstvena oskrba je tista, ki upošteva tako

pacientove potrebe kot tudi zmožnosti zdravstvenega sistema v Sloveniji. Kakovostna zdravstvena oskrba zagotavlja takšne izide zdravljenja, ki so primerljivi s standardi in najboljšimi praksami ter upošteva temeljna načela kakovosti. Varna zdravstvena oskrba pa je tista, ki preprečuje škodo za pacienta, zlasti glede zdravja.

### ***Pravica do spoštovanja pacientovega časa***

Pacientova pravica do spoštovanja njegovega časa je pravica, ki je doslej zakonodaja ni posebej določala. Spoštovanje pacientovega časa se kaže predvsem kot obveznost izvajalcev zdravstvenih storitev, da poskrbijo za najkrajši možni čakalni čas in čakalno dobo, ki ne presega razumnega časa. Na področju naročanja na zdravstvene storitve je ZPacP vpeljal naslednje novosti:

- obveznost zagotoviti telefonsko naročanje in elektronske oblike naročanja,
- možnost, da se pacient opraviči zaradi izostanka prihoda na dogovorjeno zdravstveno storitev,
- pravico do kontrolnega pregleda in
- možnost, da je pacient za določeno zdravstveno storitev vpisan le v en čakalni seznam.

Pacientom bodo na enem mestu dostopni tudi podatki o najdaljših in najkrajših čakalnih dobah za vse zdravstvene storitve pri vseh izvajalcih zdravstvenih storitev v Sloveniji, in sicer v obliki t. i. nacionalnega čakalnega seznama, ki ga bo vodil Inštitut za varovanje zdravja.

### ***Pravica do obveščeni in sodelovanja***

Dolžnost zdravnika je, da pacientu v neposrednem stiku pravočasno, popolno in na razumljiv način pojasni njegovo zdravstveno stanje, predlagane posege in posledice medicinskega posega. Pacientu se sme le izjemoma zamolčati podatke o njegovem zdravstvenem stanju (če zdravnik oceni, da bi takšne informacije resno škodovala pacientovemu zdravju). Če pacient zdravstveno storitev delno ali v celoti plača sam, mu mora izvajalec predhodno predložiti pisno informacijo o predvidenih stroških, po opravljeni zdravstveni storitvi pa pacient prejme račun. Če pacient zdravstvene storitve ne plača sam, ga izvajalec zdravstvenih storitev po opravljeni storitvi seznanj s specifičnim obračunom.

### ***Pravica do samostojnega odločanja o zdravljenju***

Pacient ima pravico do privolitve v zdravstveno oskrbo, kar pomeni, da zdravnik oziroma drug zdravstveni delavec ne sme opraviti zdravstvene oskrbe, ne da bi prej dobil pacientovo svobodno privolitev. Privolitev je praviloma ustna, za posege z večjim tveganjem pa mora biti privolitev izražena pisno na posebnem, t. i. privolitvenem obrazcu. Pacient lahko zavrne katerikoli poseg, izjema so le tisti, ki bi v primeru zavrnitve ogrozili življenje in zdravje drugih.

### ***Pravica do upoštevanja vnaprej izražene volje***

Novost, ki jo prinaša ZPacP, je pacientova pravica, da določi svojega zdravstvenega pooblaščenca (npr. zakonec, partner, starši ali katerikoli drugo osebo, ki ji zaupa), ki bo v primeru in za čas njegove nesposobnosti odločanja o sebi odločal o njegovi zdravstveni oskrbi in drugih pravicah (npr. o predlaganih pregledih, operacijah ...). Pacient določi

pooblaščenca s pisnim pooblastilom (overjeno) in ga lahko kadarkoli prekliče s pisno izjavo. ZPacP na novo vzpostavlja tudi pravico do vnaprej izražene volje. Pacient se tako lahko vnaprej (npr. ko je še zdrav) odloči, katere vrste zdravstvene oskrbe ne bo dovolil v času, ko ne bi bil več sposoben dati veljavne privolitve k predlaganim medicinskim posegom. Pisna izjava velja 5 let in jo pacient lahko kadarkoli s pisno izjavo prekliče.

### ***Pravica do preprečevanja in lajšanja trpljenja***

Pacient ima pravico, da zdravstveno osebo stori vse potrebno, da bi odpravilo in čim bolj ublažilo fizične in psihične bolečine, povezane s poškodbo ali boleznijo. V terminalni fazi bolezni ima pacient pravico do paliativne oskrbe.

### ***Pravica do drugega mnenja***

Drugo mnenje je ocena istega zdravstvenega stanja in postopkov zdravljenja, ki ga oblikuje zdravnik specialist ali konzilij. Pacient ima pravico kadarkoli pridobiti drugo mnenje, a se lahko pravica uveljavi največ enkrat za oceno istega zdravstvenega stanja.

### ***Pravica do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo***

Vsak pacient ima pravico do vpogleda v svojo zdravstveno dokumentacijo, do prepisa ali kopiranja, izvajalec pa lahko za fotokopiranje zaračuna zgolj materialne stroške. Pacient ima možnost, da mu izvajalec zdravstvenih storitev vsebino zdravstvene dokumentacije tudi obrazloži.

### ***Pravica do varstva zasebnosti in varstva osebnih podatkov***

ZPacP na mnogih mestih posveča posebno pozornost varstvu osebnih podatkov in varstvu poklicne skrivnosti. Pacient ima pravico do zasebnosti pri opravljanju zdravstvene storitve, kar pomeni, da so pri medicinskem posegu oziroma zdravstveni oskrbi navzoči le zdravstveni delavci, ki opravljajo medicinski poseg, in osebe, za katere pacient želi, da so navzoče. Pacient ima pravico do varstva osebnih podatkov, vključno s podatki o obisku pri zdravniku in podatki o podrobnostih svojega zdravljenja.

### ***Pravica do obravnave kršitve pacientovih pravic***

ZPacP na novo ureja tudi postopek obravnave kršitve pacientovih pravic, ki je dvostopenjski:

- prva obravnava kršitve pacientovih pravic pred pristojno osebo izvajalca zdravstvenih storitev na podlagi pacientove pisne ali ustne zahteve in
- druga obravnava kršitve pacientovih pravic v postopku pred Komisijo Republike Slovenije za varstvo pacientovih pravic.

Izvajalec zdravstvenih storitev mora določiti pristojno osebo za sprejemanje in obravnavo zahteve za prvo obravnavo kršitve pacientovih pravic. Na vidno mesto mora izobesiti osebno ime pristojne osebe, telefonsko številko in delovno mesto, podatke o načinu vložitve prve zahteve in vse kontaktne podatke najbližjega oziroma krajevno pristojnega zastopnika ter njegov delovni čas. Prvo zahtevo vloži pacient ustno ali na zapisnik. Za reševanje zadeve ima možnost polno pooblastiti zastopnika.



## Pravica do brezplačne pomoči pri uresničevanju pacientovih pravic

Bistvena novost ZPacP je za paciente brezplačna in neposredna pomoč zastopnikov. Morebitne stroške v postopku zastopanja po pooblaščenju, ki ni zastopnik pacientovih pravic, krije pacient samostojno.

Zastopniki so pacientom dostopni na sedežu krajevnih Zavodov za zdravstveno varstvo, najmanj 12 ur tedensko, od tega najmanj eno tretjino v popoldanskem času. Pacient lahko poišče pomoč zastopnika glede na svoje stalno ali začasno bivališče. Izjema in možnost je, da se zastopnik in pacient dogovorita drugače.

### SKLEP

ZPacP, ki je bil objavljen v Uradnem listu Republike Slovenije, številka 15/2008 z dne 11. 2. 2008, je bil sprejet s precejšnjim nezaupanjem prakse, trenutno je v polni veljavi in je še mnogo prezgodaj analitično ocenjevati njegovo uporabnost.

ZPacP ne zadeva samo izvajalcev zdravstvenih storitev, ampak vse ljudi, ki se na kakršen koli način soočajo z zdravstvenim sistemom kot bolni ali popolnoma zdravi uporabniki. Pravice in dolžnosti, ki jih ureja ZPacP posegajo na večino temeljnih področij prava, nekatere pravice pa temeljijo na pravno zapletenih doktrinah.

Pravice iz naslova ZPacP zajemajo večino področij, vendar so pisane v pravnem izrazoslovju in na široko, tako da pacienti velikokrat zaidejo v labirint. Večina pritožbenih postopkov, ki jih želijo pacienti uveljavljati s pomočjo zastopnikov, je s področja kršitev pravic iz obveznega ali neprostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, katerih pa ZPacP ne ureja. V teh primerih lahko zastopnik pacientu samo svetuje, ga usmerja ter mu pomaga pri uveljavljanju pravic in pri pritožbenih postopkih.

Ravno tako je nekatere določbe zakona težje uveljavljati v praksi. Zastopniki ne bomo rešili vseh težav, nezadovoljstva in nerealnih zahtev pacientov ter pričakovanj zdravstvene službe, čarobne paličice nimamo.

Za doseganje kakovostne in varne zdravstvene oskrbe so dolžni skrbeti tako izvajalci kot uporabniki. Slednji imajo poleg številnih zakonskih pravic tudi dolžnosti, in sicer da so obzirni in spoštljivi do ostalih pacientov in zdravstvenih delavcev, zdravstvenih sodelavcev, zdravnikov. Dolžni so dejavno sodelovati pri kreptitvi, varovanju in povrnitvi lastnega zdravja, podati vse informacije v zvezi s svojim zdravstvenim stanjem, obveščati o spremembah zdravstvenega stanja, spoštovati objavljene urnike ter pravočasno obvestiti izvajalca zdravstvenih storitev o morebitnem izostanku na pregled in zdravljenje.

Izvajalce zdravstvenih storitev pozivam, da naj bodo v odnosu s pacientom taki, kot bi si sami želeli biti, če bi bili uporabnik zdravstvenih storitev in do večjih kršitev ne bo prihajalo.

### LITERATURA

1. *Balažič J, Brulc U, Ivanc B, Korošec D, Kralj K, Novak B, et al. Zakon o pacientovih pravicah s komentarjem. Ljubljana: GV Založba; 2009.*
2. *Becele M. Vloga zastopnika pacientovih pravic po Zakonu o pacientovih pravicah. In: Zbornik prispevkov, Zakon o duševnem zdravju, Zakon o pacientovih pravicah in mesto zdravstvene nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2009.*

3. *Ministrstvo za zdravje. Kaj vam prinaša Zakon o pacientovih pravicah. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2008. Dostopno na:  
[http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/zlozenke\\_\\_periodika\\_2008/ZPacP2008.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/zlozenke__periodika_2008/ZPacP2008.pdf),  
19.10.2009>*
4. *Zakon o pacientovih pravicah. Uradni list Republike Slovenije št. 15/2008.*



# PSIHOFIZIČNO IZGOREVANJE Z VIDIKA ETIKE

Peter Jaušovec, dipl. zn.

Splošna bolnišnica Celje, Kardiološki oddelek

## IZVLEČEK

Etiko v zdravstveni negi zaznamujeta dve pomembni teoriji: deontologija ali teorija pravic in dolžnosti ter etika skrbi, ki etično opredeljuje odnos med medicinsko sestro in bolnikom. Zelo pomembna etična zahteva v zdravstveni negi je tudi zagovorništvo bolnika. Zagovorništvo pomeni, da medicinska sestra ščiti in zagovarja bolnikove pravice, bolnika informira in ga nato podpira pri njegovih odločitvah. Namen članka je predstaviti pomen povezave psihofizičnega izgorevanja in etike v zdravstveni negi, ki se odraža v komunikaciji in medsebojnih odnosih. Najpogostejši vzroki psihofizičnega izgorevanja medicinskih sester izhajajo iz delovnega okolja in so lahko v povezavi z naravo dela, organizacijo dela in komunikacijo med zaposlenimi, z bolniki in njihovimi svojci. Etičen odnos do bolnika temelji na sposobnosti izražanja empatije. Pomanjkanje empatije lahko pripelje do neetičnih situacij. Neetične situacije močno prizadenejo bolnika in povzročajo stres medicinski sestre, ki podpira bolnika in njegove pravice kot zagovornica. Razreševanje neetičnih dogodkov je nujno, ker igra pomembno vlogo tudi v preprečevanju poklicne izgorelosti. Na delovnem mestu se je potrebno vedno zavzemati za dobre medsebojne odnose, saj le-ti omogočajo konstruktivno reševanje problemov. Spoštovanje, povezanost med sodelavci, izobraževanje iz področja etike in izmenjava izkušenj pripomorejo pri razreševanju različnih neetičnih situacij, zmanjša pa se tudi možnost pojava psihofizične izgorelosti.

**KLJUČNE BESEDE:** poklicna izgorelost, neetična situacija, medsebojni odnos, empatija, zdravstvena nega.

## UVOD

V stroki zdravstvene nege etika izraža načela in standarde, ki vodijo primerno vedenje v povezavi s profesionalnim delovanjem medicinske sestre. Tschudin (2004) navaja, da se etika nanaša na to, kako ravnamo z drugimi, zato smo vanjo vpleteni z vsemi našimi prepričanji, vrednotami in stališči.

Etiko v zdravstveni negi zaznamujeta dve pomembni teoriji: *deontologija* ali teorija pravic in dolžnosti ter *etika skrbi*, ki etično opredeljuje odnos med medicinsko sestro in bolnikom. Našejejo najpomembnejša deontološka etična načela.

- *Načelo dobronamernosti ali dobrodelnosti* zahteva, da damo prednost dobremu pred slabim, ne povzročamo škode ali slabega in preprečujemo škodo ali slabo.
- *Načelo neškodovanja* poudarja vestno in pravilno delo, je neposredno povezano z odločanjem bolnika in nas vodi pri praktičnem izvajanju zdravstvene nege.
- *Načelo avtonomnosti* predstavlja bolnikovo pravico samoodločanja in soglašanja ali odklanjanja posameznih postopkov in posegov, na osnovi polne informiranosti.
- *Načelo enakosti in pravičnosti* nam nalaga dolžnost, da z vsemi bolniki ravnamo enako in jim nudimo enak delež sredstev, ki so na razpolago. To načelo opredeljuje tudi odsotnost vsake diskriminacije glede na spol, raso, versko ali politično prepričanje (Brumec, 2002; Šmitek, 2003a).

Skrb je jedro, bistvo delovanja in predstavlja osrednjo vrednoto v zdravstveni negi. Usmerjena je v celovitost bolnika in združuje zadovoljevanje telesnih, duševnih, čustvenih in družbenih potreb bolnika/varovanca (Šmitek, 2001). Etika skrbi zajema naslednje štiri koncepte:

- *pozornost* je z drugimi besedami tudi usmeritev v zaznavanje potreb drugih in priznavanje njihovih potreb;
- *odgovornost* bi lahko predstavili kot individualno, samoiniciativno prevzemanje pobud za »dobro« drugEGA;
- *kompetentnost ali pristojnost* se nanaša na naše delovne naloge in je povezana z znanjem in prevzemanjem dela, za katerega nimamo ustreznega znanja in usposobljenosti;
- *odzivnost* se povezuje s stanji ranljivosti in odvisnosti, pomeni povratno informiranje nas s strani bolnika, kakšen učinek je imela nanj zdravstvena nega oziroma medsebojni odnos (Šmitek, 2003a).

Zelo pomembna etična zahteva v zdravstveni negi je tudi *zagovorništvo bolnika*, ki zajema prepletanje treh vlog: učitelj, svetovalec in vodja. Zagovorništvo bolnika je pravica in dolžnost. Zagovorništvo pomeni, da medicinska sestra bolnika informira in ga nato podpira pri njegovih odločitvah (Klemenc, 2004). Medicinska sestra ščiti, zagovarja bolnikove pravice in vedno stopi na stran bolnika, kadar je vključen v neetično in nestrokovno obravnavo. Vse kar se neetičnega zgodi bolniku, lahko prizadene tudi medicinsko sestro. Nestrokoven in neetičen dogodek povzroči bolniku stres in duševno trpljenje. Zaznavanje bolnikovega trpljenja, nemoč pomagati bolniku in konfliktna situacija s sodelavci, so najpogostejši vzrok za čustveno napetost, ki postopoma preide v psihofizično izgorelost.

### **Sindrom izgorevanja – burnout syndrome**

Sindrom izgorevanja je negativna reakcija na stres in je odvisen od posameznikove sposobnosti obvladovanja stresa. Lahko tudi rečemo, da je oblika stalnega, kroničnega profesionalnega stresa. Christina Maslach je leta 1982 pojav opredelila kot telesno in čustveno izčrpanost, ki vodi do negativnega odnosa do samega sebe, do lastnega poklica in do izgube zmožnosti prisluhniti sočloveku (Rakovec Felser, 2006).

Dejavnike, ki vplivajo na pojav psihofizičnega izgorevanja, razdelimo v tri skupine.

- *Dejavniki osebnosti* (osebnostne poteze in lastnosti, ideali in pričakovanja, motivacija, pripravljenost na poklic).
- *Dejavniki, ki so povezani z delom* (narava dela, organizacija dela, način vodenja in komunikacija med zaposlenimi).
- *Dejavniki, ki so odsev širšega družbenega ozračja in razmer* (cenjenost dela, plačilo za delo) (Rakovec Felser, 1996; 2006).

## **Znaki psihofizičnega izgorevanja**

Psihofizično izgorevanje je posledica daljše izpostavljenosti stresu in je značilno predvsem za poklice, ki jih označuje obsežno delo z ljudmi v čustveno zahtevnih situacijah (Pečnik Vavpotič, 2003). Rakovec Felser (2006) navaja, da pojav psihofizičnega izgorevanja ni zgolj stanje izčrpanosti zaradi stresa, ampak je rezultat razkoraka med posameznikovimi ideali in realnostjo. Poznavanje znakov psihofizičnega izgorevanja je zelo pomembno, ker omogoča čim hitrejšo ukrepanje v smislu preventive in nudenja strokovne pomoči.

Vse znake psihofizičnega izgorevanja razporedimo v pet skupin, ki jih določajo naslednje spremembe:

- čustvene motnje (nestrpnost, razdražljivost, čustvena praznina);
- kognitivne težave (raztresenost, nezmožnost ohranjanja in poglobljanja pozornosti, težave v zapomnitvi podatkov);
- telesne tegobe (motnje spanja, glavoboli, utrujenost);
- vedenjske spremembe (neprilagodljivost, cinizem v odnosu do drugih, zavračanje sprememb in izzivov) in
- spremembe motiviranosti (izguba delovne vneme, brezvoljnost, nezanimanje) (Rakovec Felser, 2006).

## **Vzroki psihofizičnega izgorevanja pri medicinskih sestrah**

Zdravstvena nega je zelo pogosto naporno delo, ker se srečujemo z bolečinami, trpljenjem in umiranjem bolnikov. Najpogostejši vzroki za stresne situacije, ki lahko sprožijo proces izgorevanja medicinskih sester, so povezani predvsem z delom in delovnimi razmerami. Rakovec Felser (1996; 2006) jih razdeli v naslednje tri skupine.

### **Vzroki, ki so v povezavi z naravo dela:**

- zdravstvena nega težkih, neozdravljivo bolnih in umirajočih bolnikov,
- stalen stik s človeškim trpljenjem,
- smrt bolnika in žalovanje svojcev,
- pogosti stiki z depresivnimi, agresivnimi in dementnimi bolniki,
- pretirana identifikacija z bolniki in osebna navezanost na posamezne bolnike,
- izjemna odgovornost, nezmotljivost pri delu in zahteve po visoki stopnji koncentracije.

### **Vzroki, ki so v povezavi z organizacijo dela in načinom vodenja zaposlenih:**

- izmensko delo in posledično moten bioritem,

- pomanjkanje osebjia in preobremenjenost z delom,
- opravljanje nesmiselnega odvečnega dela,
- časovna stiska kot posledica nepredvidljivosti delovnega procesa,
- prekinjanje med delom,
- enolično, ponavljajoče delo,
- neustrezna razdelitev in razmejitev kompetenc pri delu,
- razpetost med različnimi vlogami,
- pomanjkanje avtonomnosti pri delu in
- pomanjkanje strokovnega izpopolnjevanja.

**Vzroki, ki so v povezavi s komunikacijo med zaposlenimi, z bolniki in njihovimi svojci:**

- slabi medsebojni odnosi, brez spoštovanja,
- pomanjkanje medsebojne opore, pomoči, spodbude,
- pomanjkanje občutka medsebojne povezanosti,
- premalo priložnosti za odkrit, dobronameren razgovor,
- nejasna, dvoumna informiranost,
- slab pretok pomembnih informacij in pomanjkanje povratnih informacij,
- neetičen in nestrokoven odnos sodelavcev do bolnikov,
- konfliktna situacija z bolniki in njihovimi svojci,
- grožnje in fizično nasilje s strani bolnikov,
- čustvena zloraba, psihološko nasilje, spolno nadlegovanje s strani sodelavcev, »mobbing«.

**Neetične situacije**

Etičen odnos v zdravstveni negi pomeni celovito obravnavo bolnika na biopsihosocialnem področju. Temeljno vodilo predstavlja Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, ki je bil sprejet na Skupščini zdravstvene nege Slovenije 25. 3. 1994, leta 2006 pa je bil dopolnjen. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije vsebuje devet načel in izraža stališča, prepričanja in vrednote, ki se nanašajo na splošna načela etike v zdravstvu, človekove pravice in specifične profesionalne vrednote. Neetično in nestrokovno ravnanje je vključeno v standarde VI. načela kodeksa etike, ki govori, da delovanje medicinske sestre temelji na odločitvah v korist bolnika in standarde VII. načela kodeksa etike, ki navaja, da zdravstvena obravnava bolnika predstavlja skupno prizadevanje strokovnjakov različnih zdravstvenih poklicev – medicinska sestra priznava in spoštuje delo sodelavcev (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2006).

Etičen in strokoven odnos je bolnikova pravica, ki jo morajo spoštovati vsi zdravstveni delavci. Medicinske sestre v delovnem okolju dostikrat zaznavajo in z bolniki sodoživljajo neetične odnose drugih zdravstvenih delavcev, a v odzivih ostajajo to, kar drugi od njih

pričakujejo – neme priče (Šmitek, 2003b). V takšnih situacijah bi morali medicinske sestre in zdravstveni tehniki podpirati bolnika in njegove pravice kot bolnikovi zagovorniki.

Neetične situacije povzročijo pri bolniku jezo, žalost, prizadetost, razočaranje in trpljenje. Pojavi se lahko močan duševni stres. Vse neetične situacije, dogodki in odnosi lahko močno prizadenejo tudi medicinsko sestro, še posebej kadar doživlja občutja nemoči in nerazumevanje sodelavcev in nadrejenih. Medicinska sestra kot zagovornica bolnika ima dolžnost, da opozori sodelavce v primeru neetičnega odnosa, vendar takšna dobronamera opozorila pogosto sprožajo konfliktna situacije s sodelavci, ki še dodatno pripomorejo k izgorevanju (Šmitek, 2003b).

### **Najpogostejše neetične situacije v odnosu do bolnika:**

- obravnava bolnika v smislu objekta (pogovor ob bolniku o zasebnih stvareh, bolnik je izključen in se lahko zaradi svoje prisotnosti počuti kot moteč),
- neupoštevanje bolnikovega zdravstvenega stanja (ukazovanje, priganjanje in siljenje bolnika pri obračanju, vstajanju, hranjenju ...),
- kršenje deontološkega načela »ne škoduj« (aplikacija predpisanega zdravila, ki bolniku povzroči nezaželene stranske učinke, čeprav je bolnik opozoril, da zdravila ne prenaša dobro – bolnik je izključen iz postopka odločanja, ravnanje pa predstavlja rutino in samovoljnost),
- nespoštovanje telesne zasebnosti/intimnosti in dostojanstva bolnika (razgaljenje postane del vsakodnevne rutine, bolnik je izpostavljen, nezaščiten, se neprijetno počuti in ga je sram),
- neetična komunikacija, oziroma avtoritativen odnos do bolnikov (bolnik je zaradi neustrezne komunikacije izpostavljen pred drugimi bolniki in osebjem),
- pomanjkanje empatije v odnosu do bolnika in svojcev (nižja stopnja empatije je posledica rutinskih, neosebni opravi, ki se kaže kot nerazumevajoč odnos do bolnika in njihovih svojcev in lahko povzroči močan stres, nezaupanje, razočaranje in duševno trpljenje),
- nerazumevanje bolečine (obrnava bolečine mora vedno imeti prednost pred drugimi obravnavami in najbolj neetično je izraziti dvom v bolnikovo opisovanje bolečine),
- stigmatizacija in nespoštovanje dostojanstva terminalnih bolnikov (bolnik v končnem obdobju bolezni nima svoje vloge in ni več deležen prizadevanj za ohranitev, povrnitev zdravja in okrevanje) (Šmitek, 2003b).

### **Posledice psihofizičnega izgorevanja**

Posledice izgorevanja se lahko pokažejo na različnih področjih. Najpogosteje se pojavijo spremembe v odnosu do dela in vedenju na delovnem mestu, vidne pa so tudi spremembe na psihičnem in telesnem področju. Najpogostejše posledice so:

- nezadovoljstvo na delovnem mestu in izguba interesa za delo,
- nižja delovna učinkovitost zaposlenih in posledično slabša oskrba in nesodelovanje bolnikov,
- negativen odnos do samega sebe in do lastnega poklica,



- zmanjšana sposobnost kritičnega mišljenja, reševanja problemov in odločanja,
- povečano pojavljanje strokovnih napak pri delu,
- izogibanje kontaktom z bolniki, sodelavci in ljudmi nasploh,
- neetičen odnos do bolnikov, svojcev in sodelavcev (nižja stopnja empatije, nerazumevanje potreb in zahtev bolnikov, razdražljivost, agresivnost, aroganca, cinizem ),
- večja obolevnost, odsotnost z dela in hitrejše upokojevanje (glavoboli, prebavne motnje, nespečnost, občutki utrujenosti, pobitosti, nemoči in neuspeha, poseganje po alkoholu, narkotikih, kajenje itd.) (Saje, 1999; Rakovec Felser, 2006).

### **Preprečevanje psihofizičnega izgorevanja na delovnem mestu**

Stres lahko nastane v različnih življenjskih situacijah, pojav izgorevanja pa je vezan zgolj na posameznikovo poklicno delo, zato so najpomembnejši tisti ukrepi preprečevanja, ki temeljijo na organizaciji dela in medsebojnih odnosih. Med osnovne ukrepe preprečevanja izgorevanja, ki so v povezavi z delom in delovnimi razmerami, uvrščamo:

- zagotoviti optimalno število zaposlenih,
- dosledna razdelitev in razmejitev pristojnosti pri delu (kompetence),
- organizacija dela, ki preprečuje nesmiselno in odvečno delo,
- zagotoviti možnost menjave delovnega mesta znotraj organizacije (lažje delovno mesto),
- omogočiti izrabo dopusta in upoštevati želje glede razporeditve delovnega časa in prostih dni,
- ustrezno plačilo, stimulacije, napredovanja in pohvale za dobro opravljeno delo,
- stalno izobraževanje in organizacija strokovnih izpopolnjevanj (Žargi, 1997; Saje, 1999; Pečnik Vavpotič, 2003).

Dobri medsebojni odnosi so temelj za kakovostno opravljeno delo in zadovoljstvo bolnika. Zelo pomembno je takojšnje odpravljanje nesporazumov in preprirov z odkritim pogovorom. Socialno podporo poleg dobrih medsebojnih odnosov v kolektivu predstavlja tudi strokovna pomoč posamezniku, ki vključuje psihologa, skupinsko terapijo ali pa supervizijo (Pečnik Vavpotič, 2003). Skupinsko delo pomaga razviti občutek pripadnosti, medsebojne povezanosti in omogoča izmenjavo izkušenj.

*Supervizija* je najuspešnejša in najpogosteje uporabljena metoda podpore in pomoči medicinski sestri. Predstavlja učenje na izkušnjah, tako pozitivnih kot negativnih (Ščavničar, 1999). Thaler (2004) navaja, da supervizija omogoča procese učenja, pridobivanje, poglobljanje, preverjanje, potrjevanje in dopolnjevanje strokovnega znanja. Izvaja se lahko na osebni ravni (delo na sebi), timski ravni (odnosi, sodelovanje, povezovanje, komunikacija) in organizacijski ravni (delo na sistemu).

Moralno-etični distresi, ki jih medicinske sestre doživljajo pri svojem delu, postopoma vodijo v izgorevanje. V neetičnih situacijah se ne odzivajo hladno, neprizadeto, oddaljeno, ampak jih doživljajo preko svojih vrednot in čustev, ker izhajajo iz neposrednega povezovanja z bolniki (Šmitek, 2003b). Predaja službe, odmori za kavo in oddelčni sestanki so idealna priložnost za pogovore o etiki, neetičnih dogodkih, etičnih dilemah in problemih. Tovrstni pogovori bi morali biti pogostejši, kajti področje etike je zelo zahtevno

in najslabše je »zatakati si očič«, ko nastopijo problemi. Zavedati se moramo, da so sodelavci tisti, ki najbolj poznajo okoliščine in težave, lahko nudijo pomoč, oporo in tolažbo, ker se tudi sami srečujejo s podobnimi problemi.

## **RAZPRAVA**

Po pregledu literature iz področja etike in psihofizičnega izgorevanja ugotovljamo, da strokovni članki redko opisujejo povezavo teh dveh pojmov, čeprav je zelo pomembna. Vključevanje etike v stroko zdravstvene nege je bistvenega pomena in predstavlja temelj za vzpostavljanje dobrih medsebojnih odnosov. Kobilšek (2003) navaja, da etičen odnos do bolnika temelji tudi na sposobnosti izražanja empatije. Empatija je sposobnost razumevanja in vživljanja v doživljanje drugega. Problem nastane, ko empatija preide v simpatijo ali sočustvovanje. V tem primeru medicinska sestra reagira s čustvi in občuti trpljenje bolnika (Kobilšek, 2003). Pretirana identifikacija z bolnikovimi problemi je lahko zelo nevarna in predstavlja izgubo potrebne distance. Pomanjkanje empatije pomeni nerazumevajoč, brezčuten, hladen odnos do bolnika, ki lahko pripelje do neetičnih situacij. Neetične situacije močno prizadenejo bolnika in medicinsko sestro kot njegovo zagovornico. Hkrati predstavljajo vzrok in posledico poklicne izgorelosti. Rakovec Felser (2006) navaja, da izgorelost ni stanje depresije, čeprav je povezana tudi z nerazpoloženostjo. Poudari, da se posamezniki, pri katerih se pojavi sindrom izgorelosti, znajo v kontaktih z bolniki, svojci in sodelavci zelo odločno postaviti zase, so bolj napadalnega, arogantnega, ciničnega vedenja in jih prizadetost drugih sploh ne zanima.

Sodoživljanje neetičnih dogodkov z bolniki je lahko zelo travmatično, še posebno takrat, če je povzročitelj zdravnik ali nadrejeni. Dobronamerno opozorilo medicinska sestra lažje izreče sodelavki ali sodelavcu, ki je v hierarhični strukturi na enakem položaju kot ona. V takšnih primerih se torej redko spregovori o neetičnem ravnanju, ker se ponavadi pojavi strah pred konfliktom, pred izgubo službe in občutka priljubljenosti.

Razreševanje neetičnih dogodkov je nujno, ker igra pomembno vlogo tudi v preprečevanju poklicne izgorelosti. Najpomembnejši ukrep je opravičilo, s katerim se izraža spoštovanje in empatija do bolnika, ki je prizadet, hkrati pa se neetično doživetje tudi omili (Šmitek, 2003b). Opravičilo je zaželeno tudi v odnosih s svojci in sodelavci.

Svojci bolnika so pogostokrat v stiski, zato potrebujejo razumevanje oziroma ustrezen empatičen odnos. Kadar so prizadeti, lahko to pokažejo z žaljenjem in kritiziranjem zaposlenih (Meden Klavora, 2003). S pritožbami in nezadovoljstvom se ponavadi najprej obrnejo na medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Pogoste pritožbe so lahko zelo stresne, ker povzročajo občutek, da je delo na področju zdravstvene nege podcenjeno, brez vrednosti, ugleda in spoštovanja.

Na delovnem mestu se je vedno potrebno zavzemati za dobre medsebojne odnose, saj omogočajo konstruktivno reševanje problemov. Poleg neetičnih situacij je lahko zelo obremenjujoče tudi srečevanje z različnimi etičnimi vprašanji, odločitvami, problemi in dilemami, ki se najpogosteje navezujejo na začetek in konec življenja. Spoštovanje in povezanost med sodelavci ter kontinuirano izobraževanje s področja etike lahko pogostokrat odpravi občutek slabe vesti v smislu, da bolniku ni bila nudena primerna zdravstvena oskrba oziroma da je bila sprejeta odločitev napačna.

V zdravstveni negi imajo pripovedi z etično ali neetično vsebino velik terapevtski pomen, ker se na ta način lahko pogloblja in oblikuje znanje o etiki. Šmitek (2003b) navaja da so doživljanja etičnih/neetičnih situacij individualna; predstavljajo izkušnje bolnikov in medicinskih sester v posameznih situacijah z zdravstvenimi delavci, zato jih ne moremo posploševati. Govori tudi o tem, da v množici »dobrega«, ki se vsak dan odvija v naših delovnih okoljih, je v etičnem pogledu težko izpostavljati konkretno »dobro« za bolnike. Za našo zavest je bolj pomembno zaznavanje dejanskih neetičnih dogodkov s predpostavko, da se lahko ponovijo.

## SKLEP

Za izvajanje kakovostne zdravstvene nege, kjer se občuti zadovoljstvo bolnikov in zaposlenih, je bistvena medsebojna povezanost v timu in vzpostavitev partnerskega odnosa z bolnikom. Pri svojem delu nastopamo v vlogi zagovornikov, zato nas lahko poleg težke narave dela in preobremenjenosti z delom močno prizadene tudi vsak neetičen odnos do bolnika. Izobraževanje iz področja etike in izmenjava izkušenj pripomoreta pri razreševanju različnih neetičnih situacij, zmanjša pa se tudi možnost pojava psihofizične izgorelosti zaposlenih.

Zelo pomembno je, da si med delovnim časom vzamemo nekaj minut za sprostitev, pogovor in da znamo reči »ne«, kadar se nam ob preobremenitvi nalaga še dodatno delo. Občasno je zaželeno tudi veselo razpoloženje, ki ga delimo s sodelavci in bolniki, ker zmanjšuje napetost in stres. Uspešen in dober zdravstveni tim ni samo tisti, ki deluje povezano v prijetnem, pozitivnem in veselem okolju. Z medsebojno podporo in ustrezno stopnjo empatije moramo znati premagovati tudi žalostne trenutke in poiskati skupno rešitev v neprijetnih in težkih situacijah. Etičen odnos in skrb za bolnika, ki presega njegova pričakovanja, naj nam bo vodilo pri našem delu.

## LITERATURA

1. *Brumec M. Etične dileme pri zdravstveni negi hudo bolnega in umirajočega bolnika. In: Zbornik predavanj 12. strokovno srečanje. Zdravstvena nega težko bolnega in umirajočega varovanca v socialnem zavodu, Krajnska gora, 5.-6. november 2002. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije; 2002:64-8.*
2. *Klemenc D. Medicinska sestra-zagovornica pacientovih pravic. Obzor Zdr N 2004; 38(4):287-96.*
3. *Kobilšek PV. Zaznavanje empatije pri medicinskih sestrah v Sloveniji. In: Klemenc D, Kvas A, Pahor M, Šmitek J, eds. Zdravstvena nega v luči etike. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2003:292-300.*
4. *Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2006.*
5. *Medena-Klavora V. Sindrom izgorevanja pri medicinskih sestrah in zdravstvenih tehnikih. In: Trampuž R, Kofol T eds. Zbornik predavanj strokovnega seminarja. Društvo zdravje-bistvo zdrave osebnosti, Nova Gorica, 8. november 2003. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2003:31-6.*
6. *Pečnik-Vavpotič T. Izgorelost pri medicinskih sestrah. In: Skela-Savič B, eds. 30. strokovni seminar. Starost in rak, Ljubljana, 9.-10. oktober 2003. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije; 2003:88-95.*
7. *Rakovec-Felser Z. Sindrom »burnout« ali sindrom izgorelosti medicinske sestre. Obzor Zdr N. 1996;(1-2):29-32.*

8. Rakovec- Felser Z. *Pojav izgorevanja med zdravstvenim osebjem*. *Obzor Zdr N*. 2006;40(3):143-8.
9. Saje M. *Sindrom izgorevanja pri medicinskih sestrah*. In: Jurčec M, eds. *Zbornik predavanj. Strokovni seminar, Otočec, 14.-15. maj 1999*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Endokrinološka sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 1999:35-40.
10. Ščavničar E. *Supervizija, kot podpora in pomoč medicinski sestri*. In: *Zbornik referatov 7. strokovnega seminarja, Čatež, 14.-15. oktober 1999*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih; 1999:38-41.
11. Šmitek J. *Etika in etična razmišljanja v zdravstveni negi*. In: Klemenc D, Kvas A, Pahor M, Šmitek J, eds. *Medicinske sestre v Sloveniji*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2001:66-83.
12. Šmitek J. *Uvod v raziskavo »Zdravstvena nega v luči etike«*. In: Klemenc D, Kvas A, Pahor M, Šmitek J, eds. *Zdravstvena nega v luči etike*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2003a:199-202.
13. Šmitek J. *»Raje imam bolnike, ki so zahtevni« (pomen pripovedi v zdravstveni negi s stališča etike)*. In: Klemenc D, Kvas A, Pahor M, Šmitek J, eds. *Zdravstvena nega v luči etike*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2003b:344-67.
14. Thaler D. *Stres, sindrom izgorelosti in supervizija*. In: Mikec J, eds. *Sodobni vidiki zdravstvene nege in zdravljenje otrok s hematološkimi obolenji*. *Zbornik predavanj, Moravske Toplice, 18.-19. marec 2004*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji; 2004:60-1.
15. Tschudin V. *Strokovna, etična in pravna odgovornost: širša perspektiva*. *Obzor Zdr N* 2004; 38(1):1-5.
16. Žargi T. *»izgorevanje« medicinske sestre*. In: Koblar O, Bostič-Pavlovič J, eds. *Zadovoljna, celovito urejena medicinska sestra-kakovostna zdravstvena nega*. *Zbornik 20. izobraževalni dnevi iz onkologije za medicinske sestre, Gozd Martuljek, 15.-16. maj 1997*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester v onkologiji; 1997:25-9.



# PRISTOPI K IZBOLJŠEVANJU KAKOVOSTI ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE

*Suzana Labaš, viš. med. ses., univ. dipl. org., QSM  
Splošna bolnišnica Celje, Področje zdravstvene nege  
suzana.labas@guest.arnes.si*

*»PREDEVSEM NE POČNITE NIČ ŠKODLJIVEGA ...«*

*F. NIGHTINGALE*

*“TOLE JE PREPROSTO, VENDAR TRDNO PRAVILO:  
VEDNO DAJTE LJUDEM VEČ, KOT PRIČAKUJEJO, DA BODO DOBILI.”*

*NELSON BOSWELL*

## IZVLEČEK

Članek se osredotoča na načine izboljševanja kakovosti v zdravstveni obravnavi. Med drugim predstavi osnovna načela kakovosti, v "jeziku kakovosti" prikaže relacije med pacienti in zaposlenimi ter med samimi zaposlenimi, podrobneje pa predstavi tudi nekatere pristope, ki jih lahko pri svojem delu uporabijo tudi zaposleni na področju zdravstvene nege za doseg izboljšanja kakovosti zdravstvenih storitev. Poudarjen je pomen etičnih načel dobronamernosti in neškodljivosti pri izboljševanju kakovosti zdravstvene obravnave s strani zaposlenih na področju zdravstvene nege. V razpravi ugotavljamo, kolikšni sta vloga vodstva in oblika organizacijske kulture pri zagotavljanju izboljševanja kakovosti in katere so tiste ovire, s katerimi se srečujejo medicinske sestre pri izboljševanju kakovosti svojega dela. Ugotovimo, da je za izboljševanje kakovosti, poleg strategije vodstva, zelo pomembno, kakšno je ravnanje vsakega posameznega izvajalca in njegovo upoštevanje etičnih načel dobronamernosti in neškodljivosti. Ugotavljamo, da je zelo pomembno konstantno izobraževanje medicinskih sester, oblikovanje lastne kompetentnosti in odgovornosti ter nagrajevanje zaposlenih v namen izboljševanja kakovosti zdravstvene obravnave.

**KLJUČNE BESEDE:** *uporabniki, odjemalci, storitve, neskladja, odkloni, škoda.*

## UVOD

Trend današnjega časa je v kakovostnem izpolnjevanju številnih človeških potreb, tako materialnih kot nematerialnih. Kakovost storitev se čedalje bolj izraža tudi na področju

zdravstva, kako bo ustanova pristopila k izboljševanju kakovosti svojih storitev, pa je odvisno od odločitve posameznega vodstva ustanove. V množici pristopov k izboljševanju kakovosti zdravstvene obravnave vsekakor sodi tudi odločitev vsakega posameznika, na kakšen način bo pristopil k izvedbi lastnega dela in v kolikšni meri se bo potrudil, da bo svoje delo še izboljšal. Medtem ko so vodstvu ustanov pri oblikovanju strategije izboljševanja kakovosti svojih storitev v veliko pomoč vsebina dokumenta "Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu" (Robida, 2006a) ter smernice iz publikacije "Uvajanje izboljšav kakovosti v bolnišnice" (Robida, 2006b), pa lahko veljata etični načeli dobronamernosti in neškodljivosti za eni izmed osnovnih pristopov k izboljševanju dela zaposlenih s področja zdravstvene nege.

## **Kakovost v zdravstvu**

Kakovost zdravstva se je v preteklosti ocenjevala zgolj na podlagi tradicionalnih meril, kot so stopnja ozdravljivosti ali umrljivosti. Dandanes to ne zadostuje več. V prvi vrsti imamo pacienta, katerega zaznavanje kakovosti zdravstvenih storitev je izrednega pomena. Tudi bolnišnice se čedalje pogosteje srečujejo z vse večjimi potrebami po izboljševanju lastnih storitev, vzrok zanje pa lahko vsekakor najdemo v čedalje bolj pomembnem in medijsko izpostavljenem področju – varnost pacientov.

S sistemom kakovosti v zdravstvu želimo omogočiti ljudem dostop do kakovostne in varne zdravstvene obravnave. Pri tem sodelujejo vsi udeleženci v sistemu zdravstvenega varstva. Da bi zdravnikom, medicinskim sestram in drugemu zdravstvenemu in nezdravstvenemu osebju omogočili vsakodnevno delovanje na področju kakovosti in varnosti pacientov, mora vodstvo za tako dejavnost izpolniti primerne pogoje (Robida, 2006b). K temu se vsekakor pridružuje tudi Zakon o pacientovih pravicah, kjer je zapisana osnovna pacientova pravica, da ima vsak pacient pravico do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe (Ministrstvo za zdravje, 2008).

Kot navaja Kovačič (2008), pomeni kakovost storitev v zdravstvu v prvi vrsti dobre izide zdravljenja. Na svojem pomenu pridobiva tudi na podlagi naraščajočih stroškov zdravljenja, omejenih virov in potreb po enotnih standardih v praksi. Kakovostna zdravstvena oskrba zagotavlja takšne izide zdravljenja, ki so primerljivi s standardi in najboljšimi praksami ter upošteva, kot navaja Robida (2006b), mednarodno in evropsko sprejeta načela kakovosti:

- uspešnost (ali naši posegi izboljšajo zdravstveno stanje pacienta?),
- varnost (ali bomo škodili pacientu?),
- pravočasnost (koliko časa mora pacient čakati?),
- učinkovitost (ali lahko to storimo ceneje z enakim izidom?),
- enakost (ali prihaja do razlik na podlagi spola, starosti, socialnega statusa...?),
- osredotočenje na paciente (ali zdravimo in negujemo paciente tako, kot bi zdravili lastne starše ali otroke?).

Varna zdravstvena oskrba pa je taka zdravstvena oskrba, ki preprečuje škodo za pacienta, zlasti škodo na zdravju. In če se vprašamo, kdo ustvarja izide zdravljenja, ki so primerljivi s standardi ali najboljšimi praksami – ali je to zdravnik, medicinska sestra, strokovni direktor, fizioterapevt, farmacevt, glavna medicinska sestra ustanove? Tako nenehno izboljševanje

kakovosti kakor zagotavljanje varne zdravstvene oskrbe je naloga in odgovornost vsakega posameznika, ki se s svojim prispevkom vključuje v proces zdravstvene obravnave, popolnoma brez izjem.

### **Odnos odjemalec – dobavitelj**

Eno izmed pglavitnih načel v kakovosti je osredotočenost na odjemalca, ki mora veljati za usmeritev delovanja neke organizacije. Organizacije so odvisne od svojih odjemalcev (tudi v zdravstvu), zato je potrebno trenutne in bodoče potrebe odjemalcev razumeti, izpolnjevati in si prizadevati preseči njihova pričakovanja.

V zdravstvu so glavni odjemalci naši pacienti, h katerim morata tako biti usmerjeni vsa naša pozornost in skrb. Zavedati se je potrebno, da pacient ocenjuje kakovost drugače kot zdravstveni strokovnjaki. Želi si spoštovanja vrednot, upoštevanje izraženih potreb in možnost izbire, zdravljenje bolečine, povezovanje in nepretrganost zdravstvene obravnave, dobro obveščeno in sprotno informiranje, udobno okolje, kontinuiran stik s svojci in prijatelji ter drugimi izbranimi osebami itd. Se pa v proces zdravstvene obravnave poleg pacienta, kot našega najpomembnejšega odjemalca, vsakodnevno vključujejo še drugi posamezniki, na katere nikakor ne smemo pozabiti – to so vsi zaposleni v zdravstveni ustanovi, zunanji dobavitelji in širša družba, ki se lahko pojavljajo tako v vlogi odjemalca kot dobavitelja. Primer iz vsakdanjega dela v zdravstveni ustanovi: *kadar kot naročnik laboratorijskih preiskav pošljemo epruveto pacientove krvi v laboratorij na preiskave, je v tem primeru laboratorij naš odjemalec, mi pa smo dobavitelj. S prejetjem izvida preiskav pacientove krvi kot naročniki preiskav postanemo odjemalci, laboratorij pa postane naš dobavitelj.* Vseskozi je prisoten ta prepleten odnos *odjemalec – dobavitelj*. Ravno iz tega razloga je potrebno vzdrževati v "jeziku kakovosti" tako imenovane vzajemno koristne odnose z dobavitelji, kajti vsak je lahko istočasno tako odjemalec kot dobavitelj. Na tej točki je zelo pomembno, da si postavimo tako imenovanih *sedem vprašanj za dobavitelja*:

1. Kdo je moj notranji in zunanji odjemalec?
2. Kaj moj odjemalec potrebuje od mene?
3. Kakšna pričakovanja ima moj odjemalec?
4. Kaj mu sedaj sam ponujam?
5. Kje ne izpolnujem njegovih pričakovanj?
6. Kaj lahko storim, da bi izpolnil njegova pričakovanja?
7. Katere akcije spreminjam? (Slovensko združenje za kakovost, 2004)



Slika 1: TQM elementi: oznaka odnosa odjemalec – dobavitelj (Slovensko združenje za kakovost, 2004)



To sliko si v zdravstvu lahko razložimo takole:

- delamo zaradi pacientov,
- pacienti od nas dobivajo zdravstvene storitve,
- od njih dobimo povratne informacije o naših storitvah,
- na podlagi njihovih ocen, pritožb ali pohval pa lahko (tudi v sodelovanju s pacienti) svoje storitve izboljšamo.

### **Izboljševanje kakovosti zdravstvene obravnave**

Osnovni cilji izboljševanja kakovosti v zdravstvu so poleg zagotovitve višje varnosti zdravstvene obravnave vsekakor: višja kakovost storitev višja stopnja varnosti manj napak manj stroškov zaradi napak nižji materialni stroški nižji stroški dela in posledično večje zaupanje v nas kot izvajalce dejavnosti. V pomoč organizacijam pri vodenju in doseganju trajnega uspeha je bilo z vidika kakovosti postavljenih še osem temeljnih načel vodenja kakovosti:

1. osredotočenost na odjemalce,
2. voditeljstvo,
3. vključenost zaposlenih,
4. procesni pristop,
5. sistemski pristop k vodenju,
6. nenehno izboljševanje,
7. odločanje na podlagi dejstev,
8. vzajemno koristni odnosi z dobavitelji (Slovensko združenje za kakovost, 2004).

Uporaba osnovnih načel vodenja kakovosti ne daje le neposrednih prednosti, ampak predstavlja pomemben prispevek pri obvladovanju stroškov in tveganj. Robida (2006b) navaja, da nenehno izboljševanje kakovosti zahteva kulturo organizacije, ki razmišlja o kakovosti in po njenih načelih tudi vsakodnevno deluje. V prvi vrsti je v organizaciji potrebno vzpostaviti kulturo varnosti, pri kateri se bo vsak od zaposlenih zavedal pomembnosti svojega prispevka k delovanju ustanove, obenem pa se bo zavedal, da gredo stvari lahko narobe. Za kulturo varnosti velja, da je to kultura odprtosti in pravičnosti, pri kateri ljudje tudi izvedo, kaj gre narobe, z namenom, da lahko stvari popravijo. Namen ni iskati krivca, pač pa ugotoviti, katere sistemske napake so botrovale k nastopu neljubega dogodka. V pravi kulturi varnosti ni obtoževanja, omogoča poročanje brez strahu ter izgradnjo odgovornosti posameznika.

Med osnovne pristope ali metode za izboljševanje kakovosti zdravstvene obravnave med drugim sodijo spremljanje kazalnikov kakovosti, poročanje o neželenih dogodkih, poročanje o varnostnih zapletih, izvajanje pogovorov o varnosti, zelo dobrodošla metoda pa so posnetki obstoječih stanj procesov dela na posameznih oddelkih ustanove.

### **Kazalniki kakovosti**

Na podlagi področnega dogovora za slovenske bolnišnice iz leta 2006 se v zdravstvenih ustanovah spremlja 6 obveznih kazalnikov:

- število padcev s postelj na 1000 oskrbnih dni odraslih pacientov,
- število preležanin, nastalih v bolnišnici, na 1000 hospitaliziranih bolnikov,
- kolonizacija z MRSA,
- čakalna doba za računalniško tomografijo,
- čakanje na odpust: dnevi, ko pacienti, ki so končali zdravljenje v akutni bolnišnici, čakajo na odpust,
- delež nenačrtovanega ponovnega sprejema v isto bolnišnico v 7 dneh po odpustu zaradi iste diagnoze ali zapletov, povezanih s to boleznijo (Ministrstvo za zdravje, 2007).

Seveda si lahko posamezna ustanova določi kazalnik kakovosti izven te vsebine. Namen teh kazalnikov je predvsem v spremljanju gibanja števila posameznih kazalnikov za posamezno leto, in sicer z namenom vpeljave potrebnih izboljšav, obenem pa se podatki lahko uporabljajo tudi za primerjavo z ostalimi ustanovami.

### **Poročanje o neželenih dogodkih**

Zdravstvena dejavnost je področje z visokim tveganjem zaradi neželenih dogodkov, ki ne nastanejo zaradi same bolezni, ampak kot posledica procesa zdravljenja, kar lahko pripelje do smrti, hudih okvar, zapletov in pacientovega trpljenja (Varnost bolnika – zagotovimo jo! Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika, 2005).

Izrednega pomena je, da zaposleni na področju zdravstva sprti in dosledno beležijo neželene dogodke. Z evidentiranjem neželenih dogodkov vsekakor dosežemo boljše preglednost nad številom in vrsto neželenih dogodkov. Na podlagi tega lahko tudi izpeljemo določene ukrepe, se pa lahko iz posameznih primerov neželenih dogodkov tudi kaj naučimo, kar je dobrodošlo za v bodoče, da število podobnih ali istih dogodkov zmanjšamo ali povsem odpravimo. Zelo je pomembno, da se evidentiranje in prijavljanje neželenih dogodkov razširi med vse profile zaposlenih v ustanovi.

Najbolj izstopajoče neželene dogodke (padci, razjeda zaradi pritiska – RZP, primeri nasilja itd.) lahko uporabimo kot iztočnico za ukrepe in izboljšave, ki se lahko kažejo na različne načine: nabava dodatne, funkcionalne opreme ali pripomočkov, nabava sodobnejših aparatov, spremembe v organizaciji dela itd., lahko nam nakažejo potrebo po razširitvi oz. dopolnitvi obstoječega strokovnega znanja zaposlenih, kar izvedemo v obliki učnih delavnic, internih izobraževanj, v ta namen se lahko formirajo delovne skupine, npr. za preprečevanje padcev, RZP ipd. Glede na naravo neželenega dogodka in profila vpletenih oseb takšno poročilo posredujemo pravim osebam – odgovornim določenega področja. S tem zagotovimo informiranost teh oseb o neželenem dogodku, s tem pa možnost reševanja problemov oz. odstopanj in izvedbo ukrepov na širši ravni.

### **Izvajanje pogovorov o varnosti**

Glavna tema pogovorov so varnostni problemi (tveganja, varnostni zapleti), na podlagi tega se iščejo rešitve za varnostne zaplete. Obenem so pogovori o varnosti priložnost za izboljšave in učenje. Namen pogovorov o varnosti je doseči visoko zavedanje osebja na vseh ravneh o problemih varnosti za bolnike. Da bi resnično dosegli kulturo varnosti, se moramo zavedati potencialnih tveganj, povezanih z varnostjo, 24 ur na dan, 7 dni v tednu

– torej ne samo takrat, ko že pride do varnostnega zapleta ali kadar je prisoten kateri izmed članov vodstva bolnišnice (Robida, 2006a). Osebe se pogovarja in zabeleži varnostne probleme, ki SO ali BI LAHKO povzročili škodo pacientu.

Uspeh pogovorov o varnosti bomo dosegli s pristopom, ki bo zagotavljal, da ne bo prišlo do posledic za zaposlene, kot so na primer odstranitve z delovnega mesta zaradi varnostnega zapleta ali kakšni drugi kaznovalni ukrepi (na primer disciplinski postopek ali slabša ocena pri letnem ocenjevanju uspešnosti). Osnova za zaupanje osebja, da ne bo prišlo do posledic, je predvsem v podpori predstojnikov in glavnih medicinskih sester oddelka. O tej podpori mora biti osebje obveščeno, preden pride do pogovorov o varnosti.

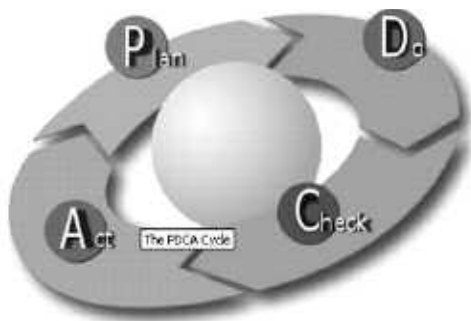
Pomembno je, da si med pogovori nihče ničesar ne zapisuje. Dobrodošlo je, da pogovori trajajo največ 5 minut, da so enostavni, obenem pa ni odveč, če se že vnaprej pripravi seznam problemov varnosti, o katerih bi se osebje pogovorilo. Vsekakor je potrebno pogostnost pogovorov prilagoditi velikosti oddelka in številu osebja, da zaposleni tega ne občutijo kot dodatno obremenitev. Primeri pogovorov o varnosti so naslednji:

- Varnost ogroža nečitljivo napisana terapija.
- Varnost ogroža terapija, ki ni pravilno ali pravočasno podaljšana.
- Na oddelku se nahajata dva pacienta z enakim priimkom.
- Na oddelku se uporablja zdravilo, s katerim osebje do sedaj ni imelo izkušenj.
- Starejši pacient dobiva zdravilo, ki povzroča zaspanost, pri njem je večja možnost padcev.
- Oddelek je pridobil novo infuzijsko črpalko, rokovanje z njo ni poznano vsem zaposlenim (Robida, 2006a).

Smiselno je, da se pogovori o varnosti razširijo med vse zaposlene, ki sodelujejo v zdravstveni obravnavi, ker le tako lahko zagotovimo odpravo oz. omilitev varnostnih problemov v celoti. V praksi pa žal opažamo, da temu ni tako; poročila pogovorov o varnosti se sicer posredujejo odgovornim osebam posameznih profilov, ki igrajo pri reševanju problema pomembno vlogo, vendar problemi velikokrat ostajajo nerešeni.

### **Posnetki obstoječih stanj procesov dela**

S posnetki obstoječih stanj procesov dela dobimo dober vpogled v organiziranost oddelka in v izvedbo posameznih procesov dela ali aktivnosti. Posnetki se lahko opravijo na splošno, ko npr. opravimo posnetek celotnega dogajanja na oddelku, recimo v dopoldanskem času, ali pa povsem ciljano, npr. zapišemo natančen posnetek izvedbe določene aktivnosti zdravstvene nege. Prednost takšnega pristopa je vsekakor v neposrednem ugotavljanju odstopanj oziroma odklonov v procesu nekega postopka dela z namenom analiziranja ugotovljenega odklona, kar ima za posledico oblikovanje in predlaganje izboljšav ter vgradnjo in izpeljavo teh izboljšav v sam proces in prakso. Dejansko ti posnetki stanj temeljijo na tretji in četrti fazi tako imenovanega Demingovega kroga stalnih izboljšav ali PDCA krog (Plan – Do – Check – Act). Demingov krog (slika 2) je krožni tok kakovosti, s katerim se dosega stalen napredek h kakovosti. V njem si nenehno sledijo 4 faze: Planiraj – Izvedi – Preveri – Ukrepaj (Slovensko združenje za kakovost, 2004).



**Slika 2: Demingov krog (PDCA; Plan, Do, Check, Act, Deming Cycle, 2009)**

Kadar pri posnetku ugotovimo, da so postopki dela, rezultati itd. v skladu s pričakovanim, je to znak, da je organiziranost dela prava in da lahko postopke standardiziramo. Če pa so odstopanja, je potrebno izvesti korektivne ukrepe in šele nato postopek standardizirati. Vedno se nato vračamo v prvo fazo Demingovega kroga, da ugotovimo morebitne nove probleme pri že korigiranem procesu ter razvijemo nove načrte za njihovo reševanje. Tako nenehno izboljšujemo kakovost obstoječih procesov dela.

## **RAZPRAVA**

Tschudin (2004) navaja, da imajo medicinske sestre štiri temeljne odgovornosti: podpiranje zdravja, preprečevanje bolezni, obnavljanje zdravja in lajšanje trpljenja. Ob tem jih vodita načelo dobronamernosti in načelo neškodljivosti. *Načelo dobronamernosti oz. koristi pacienta* je prvo temeljno in najpomembnejše načelo etike v zdravstvu. Predstavlja zahtevo, da vsi zdravstveni delavci vedno delujemo v korist pacienta, da prispevamo k zdravju, dobremu počutju in zmanjšanju trpljenja (Grbec, 2004). Dobronamernost pomeni dolžnost medicinske sestre delati dobro, v skladu z dobrim in pospeševati dobro, medtem ko načelo neškodljivosti pomeni preprečevati škodo ali zmanjšati škodo, kjer je že prisotna. *Načelo neškodovanja* je neposredno povezano z odločanjem za pacienta pri praktičnem izvajanju zdravstvene nege. Načelo nas usmerja v vestno in natančno delo, ki izključuje dejavnike, ki bi lahko škodovali bolniku (Vilar, 2006). Neškodljivost pomeni tudi upoštevanje delovnih standardov, to je predpisanih metod dela, ki že v svoji vsebini vključujejo preventivne ukrepe za izogibanje nevarnostim, katerim bi bili pacienti lahko izpostavljeni med negovalnimi ali diagnostično-terapevtskimi posegi. Za medicinsko sestro ti dve načeli predstavljata (p)osebno odgovornost za zaščito pacientov, delovanje v skladu z njihovimi interesi ter preučevanje, kako jim najbolje pomagati (tehtati koristi in nevarnosti škode) (Šmitek, 1998).

Zavedati se je potrebno, da brez strokovne zdravstvene nege ni kakovostne zdravstvene storitve. Opravljanje zdravstvene nege v skladu s standardi in strokovnimi normativi je pomembna sestavina sleherne zdravstvene storitve, saj od nje v dobršni meri zavisi kakovost zdravstvene usluge (Poredoš, 2003). Izkazalo se je, da imajo medicinske sestre ključno vlogo pri uvajanju kakovosti v klinično prakso. Pogosto so pobudnice spremljanja kakovosti, prav tako pa definirajo metode merjenja kakovosti in implementirajo izboljšave (Lokar, Savič, 2007). Ravno iz tega razloga medicinske sestre pri svojem delu izvajajo

nenehno presojo, ki se nanaša tudi na zdravje in dobro počutje posameznika, družine ter ostalih skupin prebivalstva. Etična vprašanja, s katerimi se medicinske sestre srečujejo pri vsakdanjem delu, so predvsem: "Ali delam prave stvari?" in "Ali jih delam dobro?" (Kadivec, 2003).

Bandman in Bandman (1990) navajata tako imenovano zlato pravilo, ki določa, da moramo obravnavati drugega tako, kot bi želeli biti obravnavani tudi sami. Vendar je pri izvajalcih kakovostne in varne zdravstvene obravnave zelo prisoten strah. Strah lahko povzroči tudi neukrepanje pri odpravljanju vzrokov ali nepravilnosti, kar seveda omaje načeli dobronamernosti in neškodljivosti zaposlenega na področju zdravstvene nege. Tschudin (2004) navaja, da se medicinske sestre nenehno bojijo, da bodo storile napako, zaradi česar nekatere resnično trpijo. Zaradi strahu pred odškodninami in izgubo službe mnogo napak (še posebno pomot v zvezi z zdravili) ostane zamolčanih. To pa neizogibno vodi v nezaupanje. Na tem mestu je smiselno omeniti še kompetentnost medicinskih sester, ki po besedah Tschudinove (2004) daje medicinskim sestram občutek izpolnitve in zaupanja v svoje delo. Medicinske sestre bi morale jasno povedati, kakšna je kakovostna zdravstvena nega in zakaj naj bi uporabniki želeli in potrebovali takšno zdravstveno nego (Arnautovič, Škrabl, 2007).

Vsekakor pa je potrebno takšno stališče zagovarjati z dokazi, ki temeljijo na spremljanju, evidentiranju ustaljenih postopkov dela, povratnih informacijah s strani pacientov, v spremljanju odklonov, izpeljanih izboljšav in prikazom koristi le-teh ter ne nazadnje tudi na širšem področju raziskovanja v zdravstveni negi.

V slovenskih bolnišnicah se srečujemo z organizacijsko kulturo, ki je sicer usmerjena v odkrivanje napak, ne pa v reševanje, ki bi vodilo v trajno reševanje problemov (Savič, Lokar, 2007). Vedno bolj pa postaja jasno, da "lov na čarovnice" ni najbolj učinkovit način za obravnavanje napak in da večji del krivde nosi sistem in ne posamezniki (Tschudin, 2004).

Avtorici Savič in Lokar (2007) poleg tega navajata, da je v slovenskih bolnišnicah nujno potrebno, da začne management bolnišnic spreminjati organizacijsko kulturo v kulturo timskega dela in nenehnega izboljševanja. Ob tem pa se medicinske sestre srečujejo s številnimi ovirami, ki otežujejo proces izboljševanja kakovosti v svoje delo. Kot navajata Arnautovič in Škrabl (2007) ni problem uvajanja sprememb v organizacijsko prakso samo v posodabljanju neustreznih pristopov k izboljševanju kakovosti, ampak je problem predvsem v zagotavljanju manjkajočih virov, kot so npr. učenje, postavljanje ciljev, strategija, sistem, standardi in kultura kakovosti.

Ob tem seveda ne moremo mimo dejstva, da je vodstvo vsake zdravstvene ustanove dolžno poskrbeti za ustrezne pogoje za delo in vzpostaviti takšen sistem za obvladovanje napak in zmanjšanje tveganj, da bo teh čim manj. To potrjujeta tudi Arnautovič in Škrabl (2007), ki ugotavljata, da je za vodstvo pomembno zavedanje, da je za dobro delo potrebno zagotoviti dovolj človeških in materialnih virov. Spremembe, ki bi imele dolgoročne dobre učinke na razvoj in prihodnost zdravstvene nege, pa so jasni kadrovske normativi, opredeljene delovne naloge, izdelane klinične poti, standardizacija prostorov in opreme idr. Čeprav je končna odgovornost in kakovost oskrbe v rokah vodilnih v zdravstveni ustanovi, pa je kakovost odvisna od ravnanja vsakega posameznega izvajalca in od vseh izvajalcev skupaj (Vovk, 2007).

Kot navaja Vovk (2007), je izboljševanje kakovosti za zdravstveno nego nujno potreben in neprekinjen proces in človeško je, da ocenjujemo stvari okoli sebe, svoje lastno delo in tudi delo drugih. Dejansko ocenjujemo kakovost vsega, kar nas obdaja. Dejstvo pa je, da se ne glede na številne ovire, s katerimi se medicinske sestre srečujejo pri svojem delu, neprestano trudijo, da bi svoje delo opravljale čim bolje. K temu jih seveda ženeta tudi etični načeli dobronamernosti in neškodljivosti. Izboljševanje kakovosti v zdravstveni obravnavi pa bi vsekakor lažje zagotovili tudi z nagrajevanjem za prizadevanja za večjo kakovost (Kersnik, 2001).

## SKLEP

Zagotoviti varno zdravstveno obravnavo pacienta je osnova za vsakega zaposlenega na področju zdravstvene nege. Ob tem se ne smemo prepustiti miselnosti, da je vse v najlepšem redu. Tudi mišljenje, da delamo dobro, ni dovolj. Dokler nečesa ne izmerimo, tega ne moremo dokazati. Ravno zato je potrebno načrtno spremljati svoje delo, ga analizirati in iskati načine, kako smo lahko še boljši. Kljub vsemu še vedno obstajajo postopki in pristopi ter okoliščine, ki potrebujejo več naše pozornosti. Pri tem ni nič spornega, če sodelavca opozorimo, da nečesa ni naredil oz. je naredil narobe. Prav tako ni narobe, če naglas izjavimo – tako sodelavcem kakor nadrejenim – svoje misli, opažanja ter ideje, s katerimi bi lahko izboljšali dano situacijo. Zmotno je mišljenje, da se nas določeni problemi ne dotikajo in da so za to odgovorni drugi. Kljub temu, da se včasih nahajamo v nevhvaležnih okoliščinah (katerim se vedno ne moremo izogniti) in se le-te pogostokrat navezujejo tako na pogoje dela in razpoložljivost z materialnimi ter kadrovskimi resursi kot na pomanjkljivo in površno komunikacijo v timu ter na slabe medsebojne odnose, mora nas, medicinske sestre, vseskozi voditi zavedanje, da delujemo v smeri boljšega dela, da odkrivamo, korigiramo odstopanja, napake ter potencialne nevarnosti za paciente. Vsekakor bomo to lažje dosegle tudi z vseživljenjskim izobraževanjem, s čimer bomo okrepile lastno kompetentnost in odgovornost za svoje delo. To pa vsekakor zopet predstavlja korak naprej tudi pri zagotavljanju smisla etičnih načel dobronamernosti in neškodljivosti – delati dobro in ne škoditi. Nenazadnje to počnemo tudi zaradi lastne varnosti.

## LITERATURA

1. *Arnautovič S, Škrabl N. Teoretična izhodišča kakovosti v storitveni dejavnosti in primerjava s kakovostjo v bolnišnicah. In: Filej B, Kersnič P, eds. Zdravstvena in babiška nega – kakovostna, učinkovita in varna, zbornik predavanj in posterjev 6. kongresa zdravstvene in babiške nege, Ljubljana, 10 – 11. maj 2007. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2007: 281 - 287.*
2. *Bandman EL, Bandman B. Nursing ethics through the life span. Englewood Cliffs: Prentice Hall International, 1990.*
3. *Grbec V. 10-let kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov: od medicinske etike do etike v zdravstveni negi. Obzor Zdr N 2004; 2: 183-186.*
4. *Kadivec S. Kako zagotoviti etični načeli dobronamernosti in neškodljivosti v zdravstvenih ustanovah. In: Klemenc D, Kvas A, Pahor M, Šmitek J, eds. Zdravstvena nega v luči etike. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 2003: 213 - 224.*
5. *Kersnik J. Kakovost zdravstvene nege. Obzor Zdr N 2001; 6: 272 – 275.*

6. Kovačič P. *Zadovoljstvo pacientov z zdravstvenimi storitvami*. Diplomsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2008.
7. Lokar K, Savič S. *Metodologija spremljanja kakovosti zdravstvene nege na Onkološkem inštitutu v Ljubljani*. In: Filej B, Kersnič P, eds. *Zdravstvena in babiška nega – kakovostna, učinkovita in varna*, zbornik predavanj in posterjev 6. kongresa zdravstvene in babiške nege, Ljubljana, 10 – 11. maj 2007. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2007: 275 – 279.
8. Ministrstvo za zdravje. 2007. *Kakovost in varnost zdravstvene oskrbe. Obvezni kazalniki za bolnišnice – 2007*.  
[http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz\\_dokumenti/delovna\\_podrocja/zdravstven\\_o\\_varstvo/kakovosti/dogodki\\_konferenca/Rezultati\\_uvajanja\\_kakovosti\\_v\\_bolnisnice\\_april\\_2007/Kazalniki\\_Bolnisnice\\_2007.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstven_o_varstvo/kakovosti/dogodki_konferenca/Rezultati_uvajanja_kakovosti_v_bolnisnice_april_2007/Kazalniki_Bolnisnice_2007.pdf) (15.10.2009)
9. Ministrstvo za zdravje. 2008. *Kaj vam prinaša Zakon o pacientovih pravicah?*  
[http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/zlozenke\\_periodika\\_2008/ZPacP2008.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/zlozenke_periodika_2008/ZPacP2008.pdf) (10.10.2009)
10. PDCA (Plan, Do, Check, Act) Deming Cycle. 2009.  
<http://www.anythingresearch.com/business-frameworks/PDCA-Plan-Do-Check-Act.php> (13.10.2009)
11. Poredoš P. *Ali je zdravniška etika drugačna od etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov?* In: Klemenc D, Kvas A, Pahor M, Šmitek J, eds. *Zdravstvena nega v luči etike*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 2003: 156 - 159.
12. Robida A, ur. *Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2006a.
13. Robida A, ur. *Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2006b.
14. Savič S, Lokar K. *Varnostne vizite vodstva zdravstvene nege: pristopi in prvi rezultati*. In: Filej B, Kersnič P, eds. *Zdravstvena in babiška nega – kakovostna, učinkovita in varna*, zbornik predavanj in posterjev 6. kongresa zdravstvene in babiške nege, Ljubljana, 10 – 11. maj 2007. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2007: 585 - 592.
15. Slovensko združenje za kakovost. *Učno gradivo – program usposabljanja za Managerja sistemov kakovosti po EOQ shemi*. Ljubljana; 2004.
16. Šmitek J. *Filozofija, morala in etika v zdravstveni negi*. *Obzor Zdr N* 1998; 3-4: 127-138.
17. Tschudin V. *Etika v zdravstveni negi: razmerja skrbi*. Ljubljana: Educy, Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2004.
18. *Varnost bolnika – zagotovimo jo!* Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika, 2005.  
<http://vestnik.szd.si/st5-7-8/st5-7-8-413-414.htm>, (10.10.2009)
19. Vilar V. *Etika v zdravstveni negi*. Diplomsko delo. Fakulteta za management Koper. Koper; 2006.
20. Vovk A. *Kakovostna zdravstvena nega ali kaj pomeni biti koordinatorica za kakovost za področje zdravstvene nege na Ginekološki kliniki v Ljubljani*. In: Filej B, Kersnič P, eds. *Zdravstvena in babiška nega – kakovostna, učinkovita in varna*, zbornik predavanj in posterjev 6. kongresa zdravstvene in babiške nege, Ljubljana, 10 – 11. maj 2007. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2007: 295 - 300.

# IZOBRAŽEVANJE, TIMSKO IN SKRBTSTVENO DELO ZDRAVSTVENIH DELAVCEV KOT ORODJE ZA IZBOLJŠANJE KAKOVOSTI

*Mirjana Kralj Coha, dipl. m. s. in Andreja Hrovat Bukovšek, dipl. m. s., univ. dipl. org.  
Splošna bolnišnica Celje, Kardiološki oddelek  
andrejahrovatbukovsek@gmail.com  
kralj.mirjana@hotmail.com*

## IZVLEČEK

Članek govori o skrbstvenem in timskem delu, izobraževanju zaposlenih, krožkih kakovosti in uvajanju programa »risk management«. Pri delu z ljudmi je potrebno razmišljati empatično, se vživeti v situacijo drugega, upoštevati njegove potrebe po spoštovanju in po osebnem odnosu, s ciljem doseči zadovoljstvo uporabnikov zdravstvenih storitev ter zadovoljstvo vseh zaposlenih. V raziskavo sta avtorici vključili zaposlene, da bi ugotovili njihov pogled na timsko delo, možnosti izobraževanja, izpopolnjevanja, usposabljanja ter poznavanje pomena supervizije in krožkov kakovosti. Raziskava je bila izvedena na osnovi anketiranja zdravstvenih delavcev v Splošni bolnišnici Celje, v mesecu juliju 2009. Rezultati kažejo, da organizacija zaposlenim nudi možnosti za izobraževanje, izpopolnjevanje, zaposleni čutijo potrebo po kontinuiranem izobraževanju v celotnem procesu zdravstvene nege in želijo znanje še izpopolniti. Navajajo glavne probleme, ki jim onemogočajo sprotno izobraževanje. Zaposleni so izpostavili prednosti ter slabosti timskega dela in podali zelo dobre ideje za njegove izboljšave. Raziskava je pokazala, da zaposleni niso dobro seznanjeni s podporno vlogo supervizorja in delom krožkov kakovosti oz. še niso imeli možnosti sodelovati v takšnih delovnih skupinah. S krožki kakovosti in programom »risk management« bi želeli dvigniti kazalnike kakovosti v Splošni bolnišnici Celje. Z vseživljenjskim izobraževanjem, skrbstvenim in timskim delom pa izboljšati medsebojne odnose zaposlenih, dvigniti motivacijo in doseči boljšo kakovost zdravstvenih storitev.

**KLJUČNE BESEDE:** timsko delo, skrbstveno delo, izobraževanje, usposabljanje, izpopolnjevanje, program »risk management«, krožki kakovosti, supervizija

## UVOD

Živimo v času in prostoru, ko vedno pogosteje slišimo zahteve po kakovostnih izdelkih in storitvah ter po ocenjevanju in zagotavljanju kakovostnih storitev. V Sloveniji se vedno več podjetij ukvarja z zagotavljanjem kakovostnih storitev, medtem ko so v zdravstvu storjeni



šele prvi koraki. Če želimo doseči maksimalno raven kakovosti, moramo imeti dovolj izobraženega kadra, ki bo imel skupni cilj »zadovoljstvo bolnika«.

Pri dvigovanju kakovosti v zdravstveni negi je zelo pomembna vloga vsakega zaposlenega in predvsem ustanove, ki lahko s pravilnim načinom dela in vodenja usmerja in vzpodbuja zaposlene, da bodo svoje delo opravljali na najboljši možen način.

Kakovost zdravstvene nege temelji na filozofiji, ki odgovarja na vrsto vprašanj, s katerimi se srečuje vsak izvajalec zdravstvene nege. To so vprašanja o profesiji, njenih ciljih, odnosih med izvajalci zdravstvene nege in bolnikih, o raziskovalnem delu, menagementu, sodelovanju v timih in o izobraževanju.

V Splošni bolnišnici Celje dajemo velik pomen zagotavljanju kakovostne zdravstvene nege; s poudarkom na internih izobraževanjih zaposlenih, izpopolnjevanju in dodatnem usposabljanju kadra.

Namen prispevka je predstaviti pomen skrbstvenega dela za bolnika, vse večje potrebe po permanentnem izobraževanju in izpopolnjevanju zdravstvenih delavcev, ugotoviti prednosti, pomanjkljivosti in možnosti za izboljšave timskega dela, predvsem pa predstaviti pomen supervizije, vlogo supervizorja in smiselno uporabo krožkov kakovosti v praksi zdravstvene nege.

## **Skrbstveno delo**

Skrbstveno delo se nanaša na ljudi, izvajajo ga ljudje in je namenjeno ljudem. Pomeni pomagati bolnemu, tolažiti žalostnega, stati ob strani nekemu, ki mu je hudo, poslušati drugega in to so samo nekatere od smernic, ki jih lahko razumemo kot pojem skrbstvenega dela. Ob medli svetlobi stenske luči v bolniški sobi narediti obhod po bolniških sobah, preveriti stanje bolnika, ponuditi bolniku požirek čaja ali spregovoriti z njim kakšno besedo. Vse to je lahko skrb, ki jo dajemo ljudje za ljudi.

Medicinske sestre ne morejo vedno pomagati ljudem, da napredujejo v osebni rasti, vsekakor pa prispevajo k večjemu razumevanju bolezni in k lažjemu spoprijemanju z njo oz. njenem obvladovanju. Pri delu z bolnikom moramo vedeti:

- kdo je oseba na drugi strani,
- kakšne so njene potrebe in
- kako si pomaga, ko je v stiski.

Tudi sebe, kot izvajalca zdravstvene nege, moramo poznati, v čem smo močni in kje šibki. Za izvajalce zdravstvene nege (ZN) je ključnega pomena, da najprej razumejo svoj sistem vrednot, ker je to predpogoj za sprejemanje etičnih odločitev.

Giblujemo se med minulo izkušnjo in sedanjo situacijo, med pozornostjo na podrobnosti in pozornostjo nad celoto. Obe nasprotji sta nujni; izmenična ritma sta del skrbstvenega dela. Potrebujemo potrpežljivost. Podobno kot razvoj ideje ali odraščanja otroka lahko tudi razvoj človekovih potencialov traja nekaj časa.

Drugega moramo videti takšnega, kot je, in ne takšnega, kot bi si mi želeli, da je. Pogovarjamo se odkrito in jasno, kar pomeni spoštovanje drugega. Zaupati moramo sebi in svojim občutkom, zaupati moramo tudi drug drugemu.

Glede skrbstva in skrbstvenega dela se moramo ves čas učiti. To preprosto pomeni, da ne moremo ravnati, kot smo v prejšnjem primeru. Pri skrbstvenem delu in osebnostni rasti stopamo v neznano. Zaradi poguma postanejo tvegane stvari možne. Pogum črpa znanje iz preteklosti in iz zaupanja v lastno in osebno rast drugih.

### **Kakovosti in lastnosti skrbstvenega dela**

Pet kakovosti in lastnosti skrbstvenega dela:

- kompetentnost,
- zaupanje,
- dolžnost,
- vest,
- sočutje (Roach, 1992).

»**Kompetentnost** je stanje, ko posedujemo znanje, razsodnost, veščine, energijo, izkušnjo in motivacijo; vse kar potrebujemo, da lahko odgovorno opravljamo svoj poklic« (Roach, 1992). Kompetentnost ločuje usposobljene ljudi od začetnikov. To je tisto, k čemur vsaka medicinska sestra teži med bazičnim in nadaljnjim izobraževanjem ter usposabljanjem.

Skrbstveno delo zahteva kompetentnost, toda kompetentnost s človeškim obrazom. Skrb mora biti primerna, zadostna in izvajana s spoštovanjem, upoštevajoč potrebe prejemnikov skrbi. V tem smislu je kompetentnost zelo blizu sočutju; nekdo pomiri drugega in ga spodbuja s poudarjanjem, da drug drugega potrebujemo.

Kompetentnost daje medicinskim sestram občutek izpolnitve in zaupanja v svoje delo (Nursing and Midwifery Council, 2002). Brez kompetentnosti ni zaupanja, brez zaupanja ni odnosa.

**Zaupanje** je obojestransko: oba udeleženca v razmerju si morata medsebojno zaupati. Če je eden od njih v odnosu poklicno, mora biti drugi popolnoma prepričan, da mu lahko zaupa. Odkritost je temelj medsebojnega zaupanja. Ko je enkrat storjena škoda, je zelo težko vnovič pridobiti zaupanje (Tschudin, 2004).

Če želimo, da skrbstveno delo ostane odlika zdravstvene nege, mora imeti pri tem pomembno vlogo zaupanje. Skrbstveno delo naravno goji zaupanje brez omejitev, odvija se brez nasilja, ustvarja odnose, ki niso pokroviteljski, ki niso osnovani na strahu ali nemoči, ampak na sodelovanju in medsebojnem spoštovanju (Tschudin, 2004).

»**Dolžnost** je kompleksen emocionalen odgovor, za katerega je značilna razdvojenost med tem, kar si nekdo želi, in tem, kar je njegova dolžnost, ter med preudarno izbiro ravnati v skladu z obojim« (Roach, 1992).

Dolžnost je torej nedvomno »sposobnost vzdržati«, ki jo dobi človek, ki je v razmerju z drugim človekom, bodisi kar tako ali zaradi dolžnosti, brez sentimentalnosti ali občutka obremenjenosti. Dolžnost je odgovor na potrebo ali klic, ki je nekako naravna, ker je skrb človeški način bivanja. Ko enkrat obstaja dolžnost, uradna ali neuradna, zavestna v času ali samo zazrta v preteklost, potem traja ves čas razmerja s človekom in pozitivno usmerja razmerje (Tschudin, 2004).

**Glas** vesti raste in se razvija od zgodnjega otroštva dalje. Starši in učitelji vdihnejo otroku občutek, kaj je prav in kaj narobe; to pa končno oblikuje temelje za vrednote, na osnovi katerih kasneje oblikujemo svoje presoje in odločitve. Zahteve vesti so tako močne, da se večina ljudi ravna v skladu z njimi, oziroma nikogar ne sili ravnati proti svoji vesti. Vest je zvesta sebi, ki naj bi jo vsak spoštoval pri sebi in pri drugih. Odgovoriti nečemu večjemu od nas je namreč naša pravica in dolžnost. Ker je skrbstveno delo v svojem bistvu občutljivo področje, je vest sestavina, ki človeka usmerja k pravilnemu ravnanju; k dobrim ustvarjalnim in sočutnim odnosom.

»**Sočutje** lahko opredelimo kot način življenja, ki se porodi iz spoznanja, da smo povezani z vsemi živimi bitji« (Roach, 1992). Sočutje pomeni predvsem empatijo - sposobnost vživeti se v drugega in do neke mere deliti z njim njegovo trpljenje. Je splošen občutek tesne povezanosti z drugimi čutečimi bitji, ključno s tistimi, ki bi nam lahko škodovali (Dalajlama, 1999). Sočutje je pogosto odgovor, na osnovi globokega notranjega občutka, ko nekdo potrebuje pomoč. To je posebno ravnanje, kot odgovor na posebno potrebo.

Nouwen in sodelavci (1982) navajajo: *»Sočutje nas usmerja tja, kjer je trpljenje in bolečina, zahteva, da s sočlovekom delimo stiske, strah, zmedenost in tesnobo. Sočutje nas izziva, da kričimo s tistimi, ki so v revščini, žalujemo z osamljenimi, jokamo z objokanimi. Sočutje zahteva od nas, da smo slabotni s slabostmi, ranljivi z ranljivimi, nemočni z nemočnimi. Sočutje pomeni popolno predanost v smislu humanosti.«*

Sočutje je več kot preprosta prijaznost. Je tudi več kot skrbstveno delo; skrbimo lahko tudi brez sočutja. Sočutje je hkrati odločno in jasno, ostro in mehko. Sočutje je bolj posebno kot skrbstveno delo. Sočutje se pojavi, kjer je bolečina. Skrbstveno delo je lahko poklicno, sočutje pa mora temeljiti na izkustvu. Sočutja ne dajemo iz občutka dolžnosti, ampak iz občutka vzajemnosti.

## **Timsko delo**

Tim je skupina zaposlenih, ki med seboj sodelujejo, da dosežejo določen cilj, si izmenjujejo informacije o najboljših postopkih in praksah ter sprejemajo odločitve, kar spodbuja člane tima, da se pri delu potrudijo. Tim je na splošno skupina zaposlenih, ki so odgovorni in imajo avtoriteto za opravljanje storitev v organizaciji, pomeni delati stvari bolje in je nadgradnja tradicionalnim oblikam menedžmenta (Pajnkihar, 1999).

Timsko delo je pri zdravljenju bolnikov nujno potrebno in zaželeno, saj imamo skupni cilj, ki se mu reče izboljšanje zdravja ali pa celo ozdravitev bolnika (Kersnik, 1998). Za timsko delo se je potrebno odločiti takrat, ko so izpolnjeni trije pogoji:

- zastavljeno nalogo lažje reši skupina kot posameznik,
- korist skupnega cilja je večja od koristi posameznega cilja,
- obstajati mora soodvisnost članov (Pajnkihar, 1999).

Uspešni timi so rezultat premišljenega in natančnega planiranja. Da pa je tim uspešen, ni dovolj samo trud zaposlenih, ampak mora imeti popolno podporo vodstva organizacije. Za uspešno uvedbo timskega pristopa obstajajo štiri osnovne zahteve:

- člani tima morajo imeti proste roke pri delu (da lahko podajajo samostojne ocene),
- člani tima morajo pri delu reševati realne probleme in sprejemati realne odločitve,

- člani tima morajo imeti stodontno podporo vodstva in
- usposabljanje mora biti kontinuirano za vse, ki so vključeni v timski pristop (Pajnkihar,1999).

Vodje tima morajo imeti znanje in izkušnje s področja menedžmenta ter sposobnosti, da lahko nadzirajo in delegirajo naloge drugih (Luskmann Jagodič, 2003). Vodja se ne rodi, temveč izgradi. Vodje tima morajo imeti svojo vodstveno funkcijo vključeno v delovni čas in ne smejo biti v polni meri obremenjeni z drugimi delovnimi nalogami in dolžnostmi, od njega se pričakuje, da spodbuja izmenjavo mnenj, je motivator, zbira informacije, pripelje do najugodnejše rešitve, pravilno ravna ob nesoglasjih. Njihova glavna naloga je usklajevati vsakodnevne aktivnosti tima. Zavedati se moramo, da je zadovoljstvo zaposlenih v rokah vodje tima. Tim je takšen, kakršnega si vodja tima zasluži (Škerbinek, 1998).

Dobri medsebojni odnosi so pogoj za zadovoljstvo zaposlenih, osnova za uspešnost učinkovitost ter kakovost timskega dela. Običajno si sodelavcev ne moremo izbirati, lahko pa vsak posameznik ustvarjalno prispeva k izboljšanju medosebnih odnosov. Pomembno je, da se vsi zaposleni zavedajo potrebe po razvijanju medsebojnih komunikacijskih veščin, saj je komunikacija edini inštrument za reševanje problemov in konfliktov v timu (Drev, 2009).

### **Izobraževanje, izpopolnjevanje in usposabljanje kadra**

Dandanes posvečamo vedno večjo pozornost izobraževanju, izpopolnjevanju in usposabljanju zaposlenih. Zavedamo se, da so strokovno usposobljeni in izobraženi delavci temeljni dejavnik kakovosti. Izobraževanje je obveznost vsakega posameznika in pomeni zadovoljitev osebnih potreb ter tudi potreb delovne organizacije in okolja. Kadar organizacija da posamezniku možnost, da se izobražuje, izpopolnjuje in si pridobiva nove sposobnosti, je njegova dolžnost, da to tudi izkoristi (Možina, Jereb, 1988).

Z izobraževanjem se delavcu poveča strokovnost, kakovost dela, delavec pa tudi bolje izkoristi delovna sredstva in delovni čas. Analize raziskav kažejo, da so pri našem poklicu delavci z boljšo usposobljenostjo previdnejši in uspešnejši pri izvrševanju nalog. Vsaka majhna nepazljivost, nenatančnost in nestrokovnost je lahko pri našem delu usodna za bolnika. Takšnih napak si ne smemo dopustiti, saj s tem ogrožamo človeško življenje. Delavci se morajo stalno izobraževati, za kar so odgovorni tako delavci kot delodajalec.

Ločimo različne oblike in metode izobraževanja. Oblike izobraževanja so lahko:

- individualne,
- skupinske,
- množične (Vila, 2000).

Metode izobraževanja so:

- aktivne (metoda dela z besedili, metoda projektnega učenja, metoda dela z računalniki, metoda dogodka, projektna metoda),
- pasivne (metoda opisovanja, metoda pojasnjevanja, predavanja, poročanja),
- pasivno-aktivne (metoda razgovora, proučevanje primerov, diskusije, igranje vlog) (Marolt, Gomišček, 2005).

Marolt in Gomišček (2005) med sodobne metode dela uvrščata:

- programsko-usmerjeni krožki,
- krožki za kakovost,
- študijski sestanki,
- sodelovanje s šolami.

V bolnišnici se domala vsem zaposlenim omogoča strokovno izobraževanje na posameznih področjih, ki pa je lahko dvosmerno. Ena smer je, kot smo že omenili, strokovno izobraževanje. Druga smer pa je specializacija v sami stroki. Delavcem, ki izpolnjujejo določene pogoje, pa se omogoča tudi dodatno izredno izobraževanje za pridobitev višje strokovne izobrazbe. Poleg vseh naštetih se organizirajo znotraj bolnišnice še različna strokovna predavanja, o tekoči problematiki (npr. **Meticilin Rezistentni Staphylococcus Aureus**, rokovanje z zdravstvenimi odpadki, uporaba razkužil ipd.).

### **Program »risk management«**

Napake in nesrečni slučaj s posledicami škode se v zdravstveni negi pogosto dogajajo zaradi preobremenjenosti medicinskih sester. Iz izkušenj vemo, da se še tako vrhunska in tehnično dobra operacija konča z zapletom, če vsi sodelujoči v procesu zdravljenja, diagnostike in zdravstvene nege ne opravljajo svojega dela vestno, natančno in v smislu preprečevanja možnih napak in zapletov. Uporaba moderne tehnološke opreme utegne povzročiti zaradi napačnega delovanja napako ali škodo, če ni redno pregledana in vzdrževana. Celotni mali spodrsaljaji pri delu, ki niso v skladu s standardnimi pravili in utečeno dobro prakso, lahko privedejo do hudih napak (npr. nepravočasno dokumentiranje, da je bolnik zdravilo dobil, se ob obilici dela pozabi dokumentirati in bolnik lahko dobi zdravilo še enkrat). Zato je v zdravstvu nujno potrebno vzpostaviti "varovalni sistem", ki zagotavlja sistematično preprečevanje in odpravljanje napak. Vsaka odkrita napaka je opozorilo, ki zahteva natančno proučitev vzrokov za nastanek. Na osnovi negativne izkušnje moramo izboljšati strukturo in proces zdravstvene dejavnosti.

### **Preprečevanje tveganja »risk management« v zdravstveni negi**

Cilji preprečevanja napak oz. tveganja – » risk management-a » so dvojni:

- da ugotovimo, kje napake v sistemu nastajajo,
- da ugotovimo vsebino in vzroke pritožb bolnikov in svojcev (Zupančič, 1996).

Medicinska sestra je strokovno odgovorna, da posreduje informacijo o ugotovljeni napaki zdravniku oz. glavni medicinski sestri. V programu "risk management" je v okviru izobraževanja zaposlenih največjega pomena:

- varnost bolnika,
- varnost zaposlenih,
- pravna odgovornost,
- način pravilnega komuniciranja,
- dobri medsebojni odnosi,
- izpolnjevanje dokumentacije kot možnost pravne zaščite (Zupančič, 1996).

V programu izobraževanja se poglobljeno obravnavajo nesrečni dogodki in odgovornost za poročanje. Zaposleni se seznanijo z nalogami uvajanja in sodelovanja v programu preprečevanje tveganja, ki se navezuje na dvigovanje kakovosti zdravstvene nege in zniževanje stroškov zdravstvene dejavnosti (Zupančič, 1996).

## **Supervizija**

Ima več pomenov: nadzor, nadzorovanje, mentorstvo in svetovanje. Pomeni pogled na naše delo od zgoraj navzdol oz. kako opravljamo poklic, ki je vezan na delo z ljudmi. Namen supervizorja je predvsem omogočiti strokovnemu delavcu (v zdravstveni negi – medicinski sestri) učni proces, mu pomagati na poti do njegovih lastnih rešitev problemov, s katerimi se srečuje pri delu, in mu omogočiti učinkovitejše soočanje s stresom. Klinična supervizija pomaga medicinskim sestram, da zmanjšajo stres in preprečijo čustveno izčrpanost, ki pogosto vodi k pomanjkanju zavzetosti in motivacije pri delu (Skoberne, 2001).

Supervizija usposablja medicinske sestre, da postanejo boljši praktiki in jih vzpodbuja k raziskovanju tistih področij njih samih, ki bi jih lahko pri delu zavrla. Supervizijski proces je lahko pot, da se tega medicinska sestra sama zave. S pomočjo supervizorja pogleda v lastno notranjost in razižče svoja lastna čustva. Ko odstrani svoje pomanjkljivosti, razširi osebno razumevanje, je mnogo učinkovitejša pri delu z bolniki. Supervizija se ne dotika samo človekovih kognitivnih ravni, ampak tudi emocionalnih. Učenje je težek proces. Ko se učimo novih poti, se lahko pojavi bolečina in tedaj je naloga supervizorja vzpodbujati, manj svetovati in nikakor ne soditi. Supervizor je oseba z bogatim strokovnim znanjem, spretnostmi, izkušnjami; ki sprejme odgovornost za izobraževanje osebe, ki ima manj znanja in spretnosti (Hanekamp, 1994).

## **Elementi supervizijske situacije**

*Supervizor* vodi supervizijski proces, pospešuje raziskovanje spornih vprašanj – oblikujejo se novi podatki. *Medicinska sestra*: superviziranec se želi učiti, osvoji in prilagodi nove podatke oz. nova spoznanja - sledi osebni in strokovni razvoj. *Bolnik* je deležen kakovostne zdravstvene nege – večja je možnost, da so zadovoljene njegove življenjske potrebe (Skoberne, 1996).

S pomočjo supervizije lahko medicinske sestre izpopolnijo svoje poklicne vloge in dosežejo večjo kakovost dela. Pogoj za učinkovito delo niso samo profesionalno znanje in spretnosti, temveč tudi zmožnosti nadzorovanja in obvladovanja čustev, ki lahko vodijo v sindrom izgorevanja zdravstvenih delavcev (Skoberne, 2001).

## **Krožki kakovosti**

Krožek kakovosti je način izboljševanja kakovosti, ki temelji na izmenjavi izkušenj in sistematičnem vnosu novih (skupini še neznanih) spoznanj. S krožkom kakovosti želi skupina izvajalcev zdravstvene oskrbe, ki obravnava isto skupino zdravstvenih težav, izboljšati svojo raven kakovosti. Z metodo raziskovalnih študijskih krožkov si član krožka pridobiva nova znanja in spretnosti (inovacijsko izobraževanje). Je tipičen primer izboljševanja kakovosti od spodaj navzgor. Osnovna spodbuda za spremembo sloga dela je osebni razvoj. Privlačen je tudi zato, ker prevladuje pridobivanje novega znanja in izkušenj ob dejavni lastni udeležbi v krogu sebi enakih kolegov. Pomeni prostovoljno skupino

zaposlenih, ki izvajajo podobne naloge in imajo podobno odgovornost, srečujejo se na rednih sestankih ter rešujejo probleme povezane z delom (Marolt, Gomišček, 2005).

Krožke kakovosti so izumili Japonci. Ugotovili so, da v tovarni probleme s čiščenjem veliko bolje odpravijo, če o razlogih za problem in predlogih za izboljšanje vprašajo v podjetju zaposlene čistilke kot pa inženirje v svetovalni agenciji. Pomembno je torej ustvarjati načine skupinskega komuniciranja, ki zaposlenim dajo možnost sodelovanja z idejami. Zlasti je pomembno, da posamezniki spregovorijo o idejah, ki so jih dobili iz izkušenj. V bolnišnici izhajamo iz prepričanja, da zaposleni najbolje vedo, kaj je potrebno spremeniti, da bodo pri delu z bolniki učinkovitejši in bolj zadovoljni (Košnik et al., 2001).

Krožki kakovosti so privlačna oblika timskega dela, saj v njih prevladuje pridobivanje novega znanja in izkušenj ob lastni dejavni udeležbi, hkrati pa so uspešna metoda za doseganje zadovoljstva bolnikov in zaposlenih. Preko krožkov kakovosti bomo izboljšali kazalnike kakovosti za preprečevanje padcev, izboljšali zasebnost in informiranost bolnikov, predvsem pa zmanjšali število v bolnišnici nastalih preležanin. V bolnišnici Golnik aktivno delujejo štirje krožki kakovosti: Krožek kakovosti za preprečevanje padcev, Krožek kakovosti za preprečevanje razjed zaradi pritiska, Krožek kakovosti za zagotavljanje informiranosti ter Krožek za organizacijo dela (Kadivec, Štular, 2004).

### **Cilji uvajanja krožkov kakovosti**

Bolnik, ki mora ostati v bolnišnici zaradi diagnostike ali zdravljenja, doživi neke vrste šok ali stres. Pogosto ga spremljajo svojci in pričakujejo, da bodo zdravstveni delavci v času njegove hospitalizacije poskrbeli tudi za njegovo varnost. Varnost je bolnikova pravica. V bolnišnicah pa prihaja žal tudi do nesrečnih dogodkov. Med nesrečne dogodke, do katerih prihaja najpogosteje v bolnišnicah, spadajo:

- padci, zdrs ali udarnine in poškodbe ob le-teh;
- napake v zdravstveni oskrbi in negi;
- napake v identiteti bolnika;
- samopoškodbe bolnika;
- izguba bolnikove lastnine;
- pogrešan bolnik ipd.

Krožki kakovosti imajo tako:

- vzgojno-izobraževalni namen;
- nove izkušnje, znanja in sposobnosti – spreminjajo in izboljšujejo medsebojne odnose;
- rezultati so novi načini dela, nova spoznanja, boljša vključenost v delovni proces in večja sposobnost za upravljanje delovnega procesa (Galinec, Koban, 2000).

Če se želimo v Splošni bolnišnici Celje izogniti nezaželenim dogodkom in postaviti kazalnike kakovosti (število padcev s postelj na 1000 oskrbnih dni, število preležanin nastalih v bolnišnici na 1000 hospitaliziranih bolnikov, čakalna doba za CT, čakanje na odpust, delež ponovnega sprejema v bolnišnico v sedmih dneh po odpustu, bolnišnične okužbe) na višjo raven, moramo pričeti z aktivnim uvajanjem krožkov kakovosti, supervizijo in programom »risk management-a«.

## Namen

Namen raziskave je ugotoviti, ali imajo zaposleni dovolj možnosti oz. pogojev za izobraževanje, izpopolnjevanje, usposabljanje, njihov pogled na timsko delo, možne izboljšave timskega dela, poznavanje vloge supervizorja in delo krožkov kakovosti. Zastavljena so bila naslednja raziskovalna vprašanja:

- Ali organizacija zaposlenim nudi dovolj možnosti za izobraževanje, izpopolnjevanje in usposabljanje?
- Ali so zaposleni zadovoljni s timskim načinom dela in kje vidijo možnosti za izboljšave timskega dela?
- Ali poznajo zaposleni pomen supervizije, vlogo supervizorja in delo krožkov kakovosti?

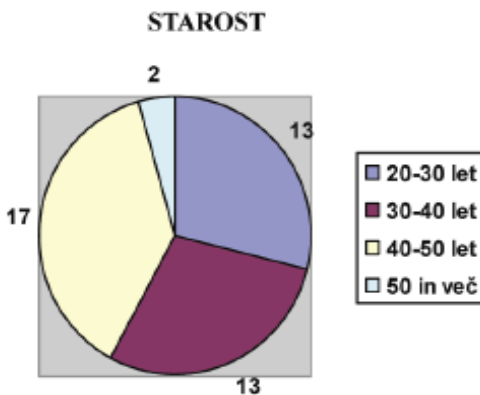
## Metode dela

Uporabljena je bila deskriptivna raziskovalna metoda, kot inštrument je bil uporabljen anketni vprašalnik. Anketni vprašalnik je vseboval 10 vprašanj, odprtega in zaprtega tipa. Anketa je bila anonimna, anketiranje je bilo izvedeno v mesecu juliju 2009. Anketne vprašalnike so izpolnjevali zdravstveni delavci različne stopnje strokovne izobrazbe, zaposleni v Splošni bolnišnici Celje.

## REZULTATI

Anketni vprašalniki so bili razdeljeni na sledečih oddelkih Splošne bolnišnice Celje: kardiološki oddelek (N=14), oddelek intenzivne interne medicine (N=7), internistična prva pomoč (N=7), nefrološki oddelek (N=7), gastroenterološki oddelek (N=7), endokrinološki oddelek (N=3). Izpoljenih oz. vrnjenih pa je bilo 45 anketnih vprašalnikov.

V anketo je bilo vključenih 88,9 % žensk (N=40) in 11,1 % moških (N=5).



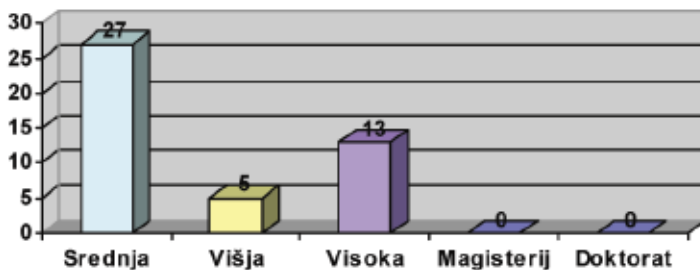
Slika 1: Starostna struktura anketirancev

Prevladujoča starostna struktura anketirancev (slika 1) je bila med 40 in 50 let, in sicer s 37,8 % (N=17), kar pomeni več kot 20 let delovnih izkušenj. Sledijo z 28,9 % anketiranci stari med 20 in 30 let, prav tako z 28,9 % zaposleni med 30 in 40 let (N=13). Samo 4,4 %



anketirancev je bilo starih 50 in več let; kar pomeni več kot 30 let delovnih izkušenj oz. zaposleni pred upokojitvijo.

### IZOBRAZBA



Slika 2: Anketiranci glede na stopnjo strokovne izobrazbe

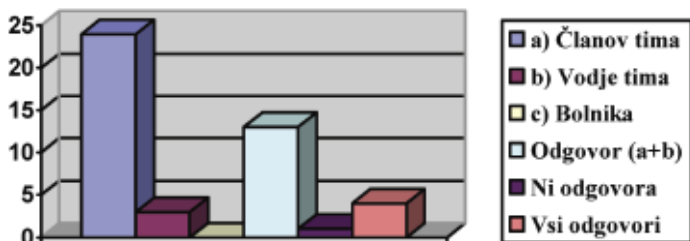
Iz slike 2 je razvidna strokovna izobrazba zaposlenih. Prevladuje srednja izobrazba s 60 % (N=27), sledi visoka z 28,9 % (N=13) in nato višja izobrazba z 11,1 % (N=5). V anketo ni bilo vključenih zaposlenih z magisterijem ali doktoratom.



Slika 3: Prikaz glavnih značilnosti timskega dela

Iz analize ankete je razvidno, da je bistvo timskega dela medsebojno sodelovanje ljudi s 37,8 %. Pravilni pa so vsi odgovori: uresničitev skupnega cilja, usklajeno delovanje ljudi, izbira pravih ljudi. Anketiranci so tukaj uporabili kombinirane odgovore (slika 3).

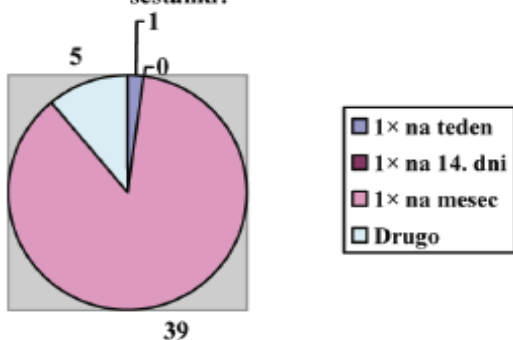
## Od koga je odvisen rezultat timskega dela?



Slika 4: Prikaz rezultatov timskega dela

Rezultat timskega dela je v 53,3 % odvisen od članov tima, v 6,7 % od vodje tima; tudi pri tem vprašanju so anketiranci prav tako uporabili kombinirane odgovore, in sicer v 28,9 % menijo, da je rezultat odvisen od članov tima in vodje tima. V 8,9 % pa sklepajo, da je poleg članov tima, vodje tima še rezultat timskega dela odvisen od bolnika (slika 4).

## Kako pogosto pri vas potekajo oddelčni timski sestanki?



Slika 5: Pogostnost oddelčnih timskih sestankov

Slika 5 prikazuje pogostnost oddelčnih timskih sestankov. V 86,7 % potekajo le-ti enkrat na mesec. V 11,1 % potekajo po potrebi, ko se morajo člani tima seznaniti z novostmi pri delu ali pa gre za probleme, ki jih je potrebno predstaviti vsem članom tima, nakazati možne alternative za razrešitev problema ter doseči skupno rešitev problema. Člani tima, ki iz kakršnega koli razloga niso prisotni na oddelčnem timskem sestanku, si v pisni obliki preberejo zapisnik oddelčnega sestanka, ki ga potrdijo s svojim podpisom.

## **Kakšne vidite prednosti timskega dela v primerjavi z individualnim delom? (najpogostejši navedeni odgovori na odprto vprašanje):**

- »Več glav več ve«,
- hitreje opravljeno delo,
- boljša kakovost dela,
- celosten pristop do bolnika,
- cilji so jasno določeni - realizirani cilji - zadovoljen bolnik in medicinska sestra,
- medsebojna pomoč vseh članov tima, možnost konzultacij,
- izmenjava mnenj, izkušenj, več predlogov, več idej,
- vsak član prispeva tisti del, v katerem je nadpovprečen (znanje se dopolnjuje),
- obremenitev je razporejena na vse člane tima; manj stresno delo,
- večja in hitrejša možnost odkritja in odpravljanja napak - »več oči bolje vidi«,
- ob konfliktni situaciji skupna rešitev problema,
- vodja nadzira delo in sodeluje z vsemi člani tima,
- timsko delo zahteva komunikacijo, sodelovanje, dober pretok informacij,
- ob jutranji kavici in skupnih malicah se ustvari najboljše klima za sproščeno in odprto komunikacijo, izmenjavo mnenj ter najbolj izvirne in bogate ideje.

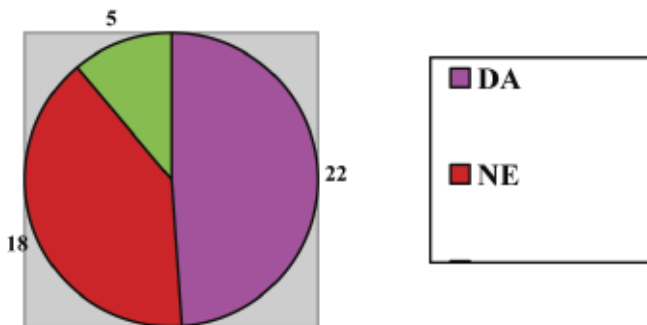
## **Kakšne vidite slabosti oz. pomanjkljivosti timskega dela?**

- (najpogostejši navedeni odgovori na odprto vprašanje)
- Slaba medsebojna komunikacija, pogosti konflikti v timu – slabo opravljeno delo,
- slabi odnosi med zdravstvenim in negovalnim timom,
- premalo znanj o vodenju tima,
- neodgovornost do obveznosti; odgovornost se v timu zabriše oz. prelaganje dela na druge člane tima,
- upadanje interesa zaradi monotonega dela,
- grupiranje članov tima na manjše skupine,
- zaradi medsebojnih usklajevanj daljša pot do rešitve problema,
- v primeru, da samo »en« član v timu zataji, slabši rezultati dela, slabša kakovost dela,
- pogosti nesporazumi zaradi različnih mnenj,
- prilagajanje večini,
- težko je uvajati novosti oz. spremembe, ker niso vsi člani zainteresirani, delovni, ustvarjalni ...
- nepravilna razporeditev dela, slaba preglednost vodje nad delom oz. nedelom članov tima (nezadovoljstvo, neučinkovitost članov),
- člani tima se preveč »spoprijateljijo«, večje število napak, napake se tolerirajo, slabša kakovost opravljenega dela.

## Kaj bi spremenili oz. izboljšali za dobro funkcioniranje timskega dela?

- (najpogostejši navedeni odgovori na odprto vprašanje)
- Več pogovorov, več skupnih sestankov – boljši odnosi na delovnem mestu,
- spoštovanje, strpnost in prilagajanje vseh članov tima,
- večja odgovornost posameznika do dela,
- zaposliti več ljudi, ker je tim zelo obremenjen,
- več izobraževanj, najprej izobraziti vodje tima, nato zaposlene v smeri boljših medsebojnih odnosov, dvigniti motivacijo zaposlenih, težiti k dobrim rezultatom dela,
- hitrejši in boljši pretok informacij,
- dosledno upoštevanje navodil in standardov ZN,
- izkoristiti čut do timskega dela (»Vsi za enega, eden za vse!«),
- izpopolniti oz. prevetriti obstoječe procese novim potrebam oz. smernicam,
- preprečiti in takoj opozoriti na kakršen koli mobbing na delovnem mestu,
- več pohval, spodbud zaposlenim,
- upoštevati mnenja vseh zaposlenih, ne samo nekaterih prevladujočih posameznikov.

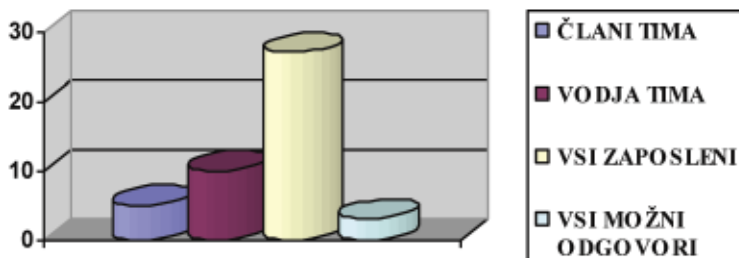
### Vam organizacija nudi dovolj možnosti za izobraževanje, izpopolnjevanje, usposabljanje?



Slika 6: Možnosti zaposlenih po izobraževanju, izpopolnjevanju, usposabljanju

Zadovoljstvo zaposlenih glede možnosti izobraževanja, izpolnjevanja, dodatnega usposabljanja prikazuje slika 6. Naša organizacija nudi zaposlenim dovolj izobraževanj tako misli 48,9 % oz. 22 anketirancev. Pogosto so organizirana interna specifična izobraževanja na oddelku, zaposleni imajo tudi možnost proste izbire tem izobraževanja ter organizirane so tudi delavnice z namenom aktivnega sodelovanja zaposlenih. Izobraževanja so koristna, ker je v bolnišnici pri delu vedno več novosti in sprememb. Na to vprašanje je bilo 18 oz. 40 % negativnih odgovorov, v 11,1 % na to vprašanje ni bilo nobenega odgovora.

## Kdo je odgovoren za spremembe oz. izboljšave dela v naši organizaciji?



Slika 7: Vpliv zaposlenih na spremembe oz. izboljšave dela

Za spremembe oz. izboljšave dela so v naši organizaciji odgovorni vsi zaposleni - tako misli 27 anketirancev oz. 60 % (slika 8). Da so za spremembe odgovorni samo vodje tima, misli 10 anketirancev oz. 22,2 %, da pa so odgovorni samo člani tima, pa misli 5 anketirancev oz. 11,1 %. Vemo pa, da so za spremembe odgovorni vsi: člani tima, vodje tima in vsi zaposleni. Tako tudi misli 6,7 % anketirancev.

## S katerega področja ZN bi bilo potrebno še poglobiti znanje zaposlenih preko internih izobraževanj?



Slika 8: Potrebe po izobraževanju zaposlenih s področja zdravstvene nege bolnika

Slika 8 prikazuje potrebe po izobraževanju oz. znanju zaposlenih s področja zdravstvene nege. V 44,4 % bi bilo potrebno organizirati izobraževanja s področja ZN bolnika v času hospitalizacije, s 13,3 % sledi potreba po izobraževanju ZN bolnika ob sprejemu in nazadnje še ZN bolnika ob odpustu z 11,1 %. Znanja ni nikoli preveč, potrebno je znanje obnavljati, se kontinuirano izobraževati in izpopolnjevati. Dobrodošlo bi bilo poglobiti znanje zdravstvene nege bolnika ob sprejemu, v času hospitalizacije in ob odpustu bolnika - tako misli 15,6 % zaposlenih oz. anketirancev.

### **Razložite pomen supervizor.**

(najpogostejši navedeni odgovori na odprto vprašanje):

- učitelj,
- nadzornik,
- predavatelj,
- idealist v smislu dela,
- povezovalac dela,
- strokovnjak, ki ni član tima, sodeluje pri reševanju specifičnih problemov,
- koordinator v skupini,
- oseba, ki išče rešitve za izboljšanje komunikacije in dela v timu,
- oseba, ki teži k izboljšavam,
- oseba iz istega področja nadzira, analizira delo in ugotavlja pomanjkljivosti.

Ena tretjina (oz. 16 anketirancev) na to vprašanje ni odgovorila, trije odgovori so se glasili NE VEM, zanimiv pa je bil tudi odgovor: supervizorjev nimamo v naši bolnišnici; bili pa bi dobrodošli.

### **Razložite pomen krožkov kakovosti.**

- (najpogostejši navedeni odgovori na odprto vprašanje):
- učne delavnice za kvaliteto dela,
- dejavnost, ki pripomore, da delo opravljamo bolj kakovostno,
- izboljševanje kakovosti na posameznih strokovnih področjih in izmenjava mnenj,
- manjša skupina slušateljev, ki obvladuje konfliktne situacije,
- pogovori in izboljšave o varnosti za preprečevanje nezaželenih dogodkov (npr. preprečevanje padcev);
- pogovori in reševanje problemov npr. o odnosih na delovnem mestu, izboljšavah dela, itd.

Na to vprašanje ni odgovorila polovica oz. 22 anketirancev, trije odgovori so se glasili NE VEM in dva odgovora: krožkov kakovosti nimamo v naši bolnišnici, bili pa bi koristni.

### **RAZPRAVA**

Pri timskem delu je najpomembnejše medsebojno sodelovanje ljudi, kar je tesno povezano z uresničitvijo skupnega cilja, ki se ga doseže z usklajenim delovanjem ljudi; manj vpliva pa ima tim na izbiro pravih ljudi. Sodelavcev si zaenkrat ni mogoče izbirati, lahko pa vsak član tima ustvarjalno prispeva k izboljšanju medsebojnih odnosov. »Večjih delovnih nalog posameznik ne more opraviti sam, ampak se mora povezovati in sodelovati z drugimi ljudmi«(Pajnkihar, 1999). Med člani tima so tudi takšni posamezniki, ki bi bolje izkoristili svoje potencialne pri individualnem delu. Za timsko delo niso sposobni tisti člani tima, ki se težko soočajo s problemi in zapletenimi nalogami. Prav tako za timsko delo niso sposobni ljudje, ki niso delovni, s slabimi komunikacijskimi sposobnostmi in ljudje, s katerimi se težko

sodeluje. Timsko delo pomeni skupinsko delo samostojnih članov, kjer je odgovornost dodeljena vsakemu članu posebej in timu kot celoti.

Rezultat timskega dela je odvisen od vseh članov tima, ki so med seboj tesno povezani; sodelujejo pri izvajanju postopkov in diagnostično-terapevtskih postopkov, s ciljem doseči kakovosten rezultat ter zadovoljstvo uporabnika zdravstvenih storitev oz. bolnika, predvsem pa zadovoljstvo vseh zaposlenih. Zadovoljstvo zaposlenih je v rokah vodje tima, vodja tima pa mora biti tisti, ki zna ustvariti okolje, v katerem bodo ljudje motivirani za delo. Vodja tima mora biti osebnost z visokim vrednostnim sistemom, osebnost, vzor drugim članom tima, le-ti pa mu naj bi sledili do zastavljenih ciljev.

Timski sestanki so temeljna sestavina timskega dela in pogoj za dobro delovanje tima. Komunikacija med člani tima je tako učinkovitejša in kontinuirana, kar posredno vpliva na kakovost medosebnih odnosov, doživljanje osebne varnosti, spoštovanje drugih in samospoštovanje. Predlagamo, da se organizira več timskih sestankov, kajti zaposleni so navajali naslednje možnosti za izboljšave timskega dela: večje potrebe po komunikaciji, sprotnem reševanju konfliktov, hitrejšem in boljšem pretoku informacij, preprečevati mobbing na delovnem mestu, spodbujati zaposlene pri delu, kar bi posledično vplivalo na boljšo kakovost dela.

Za izboljševanje in vzdrževanje kakovosti procesov ima ključno vlogo usposabljanje zaposlenih oz. kakovostna delovna sila, ki zna in hoče reševati probleme, učinkovito mora znati komunicirati in delovati kot tim.« Med komuniciranjem morajo biti udeleženci med seboj uglaseni, saj lahko le tako dosežejo svoj namen« (Pajnkihar, 1999). Zaposleni se morajo zavedati, da so oni tisti, ki so odgovorni za izpeljavo sprememb oz. izboljšav, čeprav se teh sprememb zelo bojijo, jim sledijo počasi in zelo premišljeno.

Organizacija vsem zaposlenim daje možnosti za izobraževanje, izpopolnjevanje in usposabljanje. Interna izobraževanja so vedno organizirana v različnih terminih, z namenom, da se jih lahko udeležijo vsi zaposleni. Prav tako se zaposleni redno udeležujejo izobraževanj izven bolnišnice. Raziskava je pokazala, da zaposleni želijo svoje znanje še izpopolniti na vseh področjih procesne obravnave bolnika. Zaposleni, ki navajajo, da nimajo dovolj možnosti za izobraževanje, izpostavljajo naslednje probleme: pomanjkanje časa, izmensko delo, ki jim onemogoča, da bi lahko vsi sodelovali na organiziranih izobraževanjih, veliko število zaposlenih, pri čemer vsi nimajo enakih možnosti za izobraževanje, pomanjkanje kadra, navajajo pa tudi pomanjkanje denarja v izobraževalne namene.

Raziskava je pokazala, da si zaposleni želijo še več izobraževanj, potrebno bo izboljšati medsebojne odnose zaposlenih, dvigniti motivacijo zaposlenih, dati večji poudarek na spoštovanju, strpnosti in skrbstvenem delu zdravstvenih delavcev. Izobraževanja naj bi potekala po naslednjem vrstnem redu: najprej izobraževati vodje timov, nato vse zaposlene v organizaciji. »Uvajanje, izvajanje in stalno izboljševanje izobraževanja za kakovost je pametno, smotno, koristno« (Marolt, Gomišček, 2005).

Zaposleni ne poznajo vloge supervizorja in krožkov kakovosti, več kot polovica anketirancev ni odgovorila oz. razložila pomena teh dveh terminov. Zanimivo je, da povezujejo krožke kakovosti z nečim koristnim. Predlagamo vpeljavo krožkov kakovosti,

kjer se predstavijo problemi s področja ZN, poiščejo se najboljše možne rešitve, izpeljejo se potrebni ukrepi za izboljšave dela. «Uspešna organizacija je tista, ki neprestano išče in izrablja priložnosti za izboljšave na vseh ravneh. Vsak proces ali storitev sta lahko izpopolnjena; geslo je: Nadaljevati z izboljšavami!» (Marolt, Gomišček, 2005). Krožki kakovosti so se izkazali v organizacijah kot dober način sprotnege reševanja perečih problemov v negovalnem timu, zaposleni pa so navdušeni, ker lahko aktivno in prostovoljno sodelujejo na teh krožkih. Večjo kakovost dela in manj psihofizičnega izgorevanja na delovnem mestu pa bi dosegle medicinske sestre ob podporni vlogi supervizorja.

## SKLEP

Temeljna naloga vsakega zdravstvenega delavca je kakovostno in vestno opravljanje svojega dela. Cilj je zagotoviti bolniku čim kakovostnejšo zdravstveno oskrbo. Vse to lahko dosežemo, če ima organizacija torej bolnišnica dobre pogoje dela, izobražen, sposoben in prilagodljiv kader. Kadri morajo biti za svoje delo odgovorni in hkrati čutiti pripadnost timu oz. delovni organizaciji.

Kadri so nosilci zdravstvene oskrbe bolnika in od njih so odvisni rezultati dela ter zadovoljstvo oz. nezadovoljstvo bolnikov. Prav zaradi tega je potrebno ves kader vključiti v program zagotavljanja kakovosti.

Skrbstveno delo je za izvajalce zdravstvene nege ključnega pomena. Pri svojem delu potrebujemo potrpežljivost, od nas se pričakuje, da svoje delo opravljamo vestno, natančno, sočutno in v smislu preprečevanja možnih napak in zapletov.

## LITERATURA IN VIRI

1. Dalajlama. *Ancient wisdom, modern world. Ethics for a new millennium*. London: Little Brown; 1999.
2. Drev D. *Medosebni odnosi v timu – razlika med teorijo in prakso*. Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Celje. *Vpliv timskega dela in medsebojnih odnosov na stres in izgorevanje*. Vojnik: Javni zavod Psihiatrična bolnišnica; 2009: 42.
3. Galinec N., Koban, B. *Zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege v Bolnišnici Ptuj (diplomsko delo)*. Maribor: Fakulteta za organizacijske vede, 2000.
4. Hanekamp H. *Ethical education through supervision*. *International Journal of Theory and Research in Education*. 1994; 5:12159.
5. Kadivec S., Štular S. *Krožki kakovosti, stališče kakovosti in HRM. »HRM« ali ravnanje z ljudmi pri delu, kaj imajo skupnega motivacija, timsko delo in kakovost?* HRM Bilten 2004; 20:8792.
6. Kersnik J. *Kakovost v splošni medicini*. Sekcija za splošno medicino. Ljubljana, 1998.
7. Luskmann Jagodič B. *Vpliv vodij na motiviranost zaposlenih*. HRM, strokovna revija za ravnanje z ljudmi pri delu, 2003.
8. Košnik M., Zdolšek S. A., Triller N. *Sodelovanje med zdravstvenimi profili v bolnišnici Golnik - KOPA- Kaj smo želeli in kakšna je pot do tja*. XI kongres in 141 skupščina slovenskega zdravniškega društva starost, staranje in skrb za stare, Ljubljana, 15 in 16 oktober 2001. Dostopno na: <http://vestnik.sz.d.si/st6-10/st6-10-677-680.htm>. (20. 7. 2009).
9. Marolt J., Gomišček B. *Management kakovosti*. Kranj: Fakultete za organizacijske vede. Moderna organizacija; 2005.



10. Možina S., Jereb J., eds. *Management kadrovskih virov*. Kranj: Založba Moderna organizacija; 1988.
11. Nouwen HJM, McNeill DP, Morrison DA. *Compassion*. Darton. London: Longman and Todd; 1982.
12. *Nursing and Midwifery Council. Code of Professional conduct*. London: NMC; 2002.
13. Pajnikihar M. *Teoretične osnove zdravstvene nege*. Maribor: Visoka zdravstvena šola; 1999.
14. Roach MS. *The human act of caring. A blueprint for the health professions*, rev edn. Ottawa: Canadian Hospital Association; 1992.
15. Skoberne M. *Supervision in nursing: my experience and views*. *Journal of Nursing Management* 1996; 4:289-95.
16. Skoberne M. *Supervizija v zdravstveni negi*. *Obzor Zdr N* 2001; 35:24-5. Dostopno na: [http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten\\_clanek.aspx?ID=8d622cf7-28d8-4665-9e5e-7bc7d9b9e6a3](http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=8d622cf7-28d8-4665-9e5e-7bc7d9b9e6a3) (20. 7. 2009).
17. Škerbinek L. *Skupinska dinamika negovalnega tima*. *Obzor Zdr N* 1998;32:15-9.
18. Tschudin V. *Etika v zdravstveni negi: razmerja skrbi*. Ljubljana: Educy, Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2004.
19. Vila A. *Organizacija v postmoderni družbi*. Moderna organizacija. Kranj, 2000.
20. Zupančič P. *Zagotavljanje kakovosti na ravni vodilne medicinske sestre zavoda Klinični center Ljubljana*. *Bilten- Supplement*; 1996; (3-12):956.

# FIKSACIJA BOLNIKA: PRAVNO-ETIČNI PROBLEM

*Andrejka Gradič, dipl. m. s.*

*Splošna bolnišnica Celje, Oddelek za bolezni srca, pljuč in ožilja*

## IZVLEČEK

Uporaba fizičnih posebnih varovalnih ukrepov pri agitiranih, agresivnih bolnikih je ukrep, ki se uporablja le v psihiatrični zdravstveni negi. Namen prispevka je opozoriti vse zdravstvene delavce v splošnih bolnišnicah, ki imajo kontakt z nemirnimi, agresivnimi bolniki, da z morebitno uporabo fizičnega posebnega varovalnega ukrepa niso niti etično niti pravno zaščiteni. Uporaba fizičnega varovalnega ukrepa je najbolj restriktivna in posega v bolnikovo integriteto. Fizični varovalni ukrep je nevaren, za bolnika poniževalen in izredno travmatičen.

**KLJUČNE BESEDE:** agresiven bolnik, posebni varovalni ukrep, usposobljeno osebje, bolnikova integriteta, lastna varnost

## UVOD

V splošnih bolnišnicah se nemalokrat srečujemo z nemirnimi, zaradi bolezni vedenjsko spremenjenimi, celo agresivnimi bolniki. In ravno s takšnimi bolniki se v teh, za nas stresnih okoliščinah, zdravstveni delavci znajdemo v situacijah, ki so v nasprotju s samim kodeksom etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Kako nemirnega, agresivnega bolnika umiriti na lep, dostojen in zakonsko za nas nesporen način? Kadar bolnik ogroža sebe in okolico, velikokrat pomislimo na fiksacijo bolnika, saj imamo občutek, da bomo s tem bolnika zavarovali pred nami in samim seboj. Ampak ali je to res? Vsak, ki izvaja posebne varovalne ukrepe, mora biti ustrezno usposobljen na tem področju. Zavedati se mora svoje moralne, pravne in etične odgovornosti.

## Vzroki za agitiranost bolnika

Med pogostejše vzroke za nastanek akutne psihiatrične simptomatike spadajo tudi različna internistična bolezenska stanja. Le-ta nastanejo zaradi homeostatskih motenj in prilagoditvenih odzivov, ki jih sproži notranja bolezen. Osnovne vzroke in načine nastanka akutne duševne spremenjenosti lahko razdelimo na toksične, presnovne, cirkulacijske in zunanje.

## Toksične:

- zunanje (zastrupitve, zdravila),

- notranje (jetrna, pankreatična, uremična, hiperkapnična, respiracijska insuficienca, karcinomska endotoksemija).

**Presnovne:**

- hipoglikemija,
- hiperglikemija,
- elektrolitske in acidobazne motnje,
- motnje v delovanju endokrinih žlez,
- hipovitaminoze.

**Cirkulacijske:**

- šokovna stanja (hipovolemični, kardiogeni, septični, anafilaktični šok),
- hipertenzivna encefalopatija,
- hiperventilacijski sindrom,
- aortne stenoze,
- stenoze karotidnih arterij,
- zožitve ali zapore cerebralnih arterij,
- vaskulitisi,
- embolizmi.

**Zunanje:**

- hipertermije in
- hipotermije (Zaletel, 1998)

Akutno zmeden, agresiven bolnik je lahko ob kardiorespiratorni ali presnovni iztirjenosti življenjsko ogrožen. Zaletel (1998) navaja, da je znan tudi tako imenovan fenomen sončnega zahoda, kjer postane bolnik zmeden in zbeگان ob koncu dneva. Mnogi slabo slišijo in vidijo. Z zmanjšanjem svetlobe se jim poslabša vid, ki bi jim nadomestil senzorne motnje, zato postanejo zmedeni.

Agresijo že tako nemirnega bolnika lahko zdravstveni delavci sprožimo z nepravim pristopom, s tiščanjem zmedenega bolnika v posteljo, z dvigom glasu, z nenapovedanimi zdravstvenimi ukrepi. Takšno ravnanje pri bolniku sproži strah, jezo, bolnik odreagira impulzivno, včasih tudi agresivno. Zato so verbalna komunikacija, potrpežljivost in pomiritev bolnika bistvenega pomena (Kobal, 1998).

Velikokrat pa smo s komunikacijo pri bolnikih neuspešni. V razmislak naj nam bo dejstvo, da je kakršenkoli fizični posebni varovalni ukrep (v nadaljevanju PVU) z naše strani etično sporen in pravno nezaščiten.

**Zakonodaja glede uporabe fizičnih posebnih varovalnih ukrepov**

Uporabo PVU ureja zakonodaja v 29. členu Zakona o duševnem zdravju. Zakon o duševnem zdravju je spremenjen izšel v uporabo z 28. 7. 2008. V 29. členu zakona je zapisano:

- posebni varovalni ukrep je nujen ukrep, ki se ga uporabi zaradi omogočanja zdravljenja osebe ali zaradi odprave oziroma obvladovanja nevarnega vedenja osebe, kadar je

ogroženo njeno življenje ali življenje drugih, huje ogroženo njeno zdravje ali zdravje drugih ali z njim povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim in ogrožanja ni mogoče preprečiti z drugim, blažjim ukrepom;

- posebni varovalni ukrepi se uporabljajo v oddelkih pod posebnim nadzorom in varovanih oddelkih;
- posebna varovalna ukrepa sta telesno oviranje s pasovi in omejitev gibanja znotraj enega prostora;
- posebni varovalni ukrep se uporabi le izjemoma in lahko traja le toliko časa, kolikor je nujno potrebno glede na razlog njegove uvedbe, pri čemer posebni varovalni ukrep telesnega oviranja s pasovi ne sme trajati več kot štiri ure, posebni varovalni ukrep omejitve svobode gibanja znotraj enega prostora pa ne več kot 12 ur. Po preteku navedenega obdobja zdravnik preveri utemeljenost ponovne uvedbe posebnega varovalnega ukrepa;
- osebo, pri kateri je bil uporabljen poseben varovalni ukrep, se nadzoruje, spremlja njene vitalne funkcije in strokovno obravnava ves čas trajanja posebnega varovalnega ukrepa. O izvajanju posebnega varovalnega ukrepa se v zdravstveno dokumentacijo osebe vpišejo natančni podatki o razlogu, namenu, trajanju in nadzoru nad izvajanjem ukrepa. O izvajanju posebnih varovalnih ukrepov psihiatrične bolnišnice in socialno varstveni zavodi vodijo evidenco v skladu z drugim odstavkom 99. člena tega zakona;
- o odreditvi in izvedbi posebnega varovalnega ukrepa zdravnik, ki tak ukrep odredi, najkasneje v 12 urah od odreditve ukrepa pisno obvesti direktorja psihiatrične bolnišnice oziroma socialno varstvenega zavoda, najbližjo osebo, odvetnika in zastopnika. Glede mladoletnika ali polnoletne osebe, ki ji je odvzeta poslovna sposobnost, se obvesti tudi zakonitega zastopnika;
- če zdravnik ob osebi ni prisoten, lahko posebni varovalni ukrep uvede tudi drug zdravstveni delavec oziroma zdravstvena delavka (v nadaljnjem besedilu: zdravstveni delavec) v psihiatrični bolnišnici oziroma strokovni delavec oziroma strokovna delavka (v nadaljnjem besedilu: strokovni delavec) v socialno varstvenemu zavodu, vendar o tem takoj obvesti zdravnika, ki brez odlašanja odloči o utemeljenosti uvedbe ukrepa. Če zdravnik ukrepa ne odredi, se izvajanje ukrepa takoj opusti. Zdravstveni oziroma strokovni delavec o obvestilu zdravnika napravi pisni zaznamek;
- oseba, odvetnik, zakoniti zastopnik, najbližja oseba in zastopnik lahko predlaga izvedbo upravnega nadzora nad odreditvijo in izvedbo posebnega varovalnega ukrepa v skladu s predpisi, ki urejajo upravni nadzor v zdravstveni dejavnosti (Zakon o duševnem zdravju, 2008).

Nemirni bolniki, bolniki, ki imajo vse težje oblike demence, delirantna stanja, psihiatrični, agresivni bolniki sodijo v specializirane zdravstvene zavode za zdravljenje teh bolezni, kjer imajo za to dovolj strokovnega kadra in ustrezne prostore (Križaj, 2002)

### **Načini in izvedbe fiksacije**

Prva skupina varovalnih ukrepov je v *psihiatriji* namenjena omogočanju obravnave bolnika. Sem sodi na primer fiksacija roke med aplikacijo infuzije, premedikacija pred in

med preiskavami. Ta oblika ukrepov se velikokrat uporablja tudi v splošnih bolnišnicah, kjer se nezavedno posega v bolnikovo svoboščino. Druga skupina ukrepov so ukrepi, potrebni za odpravo, obvladovanje bolnikovega nevarnega vedenja. Takšno vedenje je usmerjeno v samopoškodbo, nasilnost do drugih v okolici (Dernovšek, Novak Grubič, 2001).

*Medikamentozni PVU* pomeni, da bolnik v enkratnem ali večkratnih zaporednih odmerkih v kratkih presledkih prejme nevroleptik peroralno ali intramuskularno. Podatki iz literature in iz kliničnih izkušenj kažejo, da imajo bolniki v primeru intervencij raje zdravilo, osebno prepričevanje in pogovor kot pa fizično oviranje. Fizični ukrep mnogokrat doživijo kot travmatičen, poniževalen in nehuman (Dernovšek, Novak Grubič, 2001).

Med fizične PVU sodijo *diskretni nadzor*, kar pomeni povečano pozornost osebja, ki bolnika spremlja pri njegovih dejavnostih. Ta se izvaja le pri bolnikih, kjer je nevarnost padca, samomorilnosti ipd. *Stalni nadzor* pomeni nepretrgano varovanje bolnika s strani vsaj enega člana osebja. Uporabi se pri bolnikih, kjer je velika verjetnost samopoškodbe, pri delirantnih bolnikih, pri fiksiranih s pasovi na posteljo. Zaradi narave ukrepa ga je mogoče izvajati le na varovanih intenzivnih oddelkih (Dernovšek, Novak Grubič, 2001).

*Ograjico na postelji* uporabimo pri ležečih nepokretnih bolnikih, večinoma starostnikih in telesno oslabeledih. Namen uporabe ograjice je preprečitev padca s postelje.

*Fiksacija s pasovi na postelji* se izvaja s posebnim kompletom pasov, med seboj povezanih z magnetnimi sponkami. Za izvedbo tega ukrepa skrbi le *predhodno usposobljeno osebje*. Ta ukrep se uporablja pri nasilnih, motorično nemirnih bolnikih. Navadno se hkrati uporabijo še medikamentozni ukrepi (Dernovšek, Novak Grubič, 2001).

Izvajanje PVU je ena najzahtevnejših delovnih nalog za celoten tim. Pomembna je pravilna izvedba PVU. Na *kakovost* izvedbe PVU vpliva več dejavnikov:

- *ocena situacije in načrt ukrepanja*; možnost nevarnega vedenja je treba predvideti in izdelati ustrezne postopke ravnanja, specifične za delovna okolja oblike nevarnega vedenja ter vrsto PVU;
- *okolje*; zagotoviti je potrebno ustrezno terapevtsko okolje s primernimi tehničnimi pripomočki za izvedbo predvidenega PVU in za nadzor bolnikov;
- *osebje*; PVU naj izvaja zadostno število *strokovno usposobljenega* osebja;
- *edukacija*; zagotoviti je potrebno ustrezne oblike edukacije osebja, od učnih delavnic, rednih treningov ter redno preverjanje usposobljenosti. Osebje, ki sodeluje pri izvajanju PVU, naj pozna teoretične osnove o nevarnem vedenju, vzrokih, oblikah in njegovih posledicah. Nujno je prepoznavanje strokovnih priporočil, ki obravnavajo to področje. Namen edukacije je usposobiti osebje za pravi pristop in pogovor z bolnikom, ki se nevarno vede, pravilna uporaba fizičnih ovir in drugo;
- *odrejanje*; praviloma PVU odredi zdravnik, šele nato se ga izvede. V nekaterih okoliščinah osebje odloči samo in izvede oviranje. To velja le za minimalen ukrep, kot je fiksacija roke ob infuziji, postavitve ograjice na postelji. V tem primeru mora osebje nemudoma obvestiti odgovornega zdravnika;
- *nadzor izvajanja*; bolniki, pri katerih je izveden PVU, morajo imeti zagotovljen nadzor, spremljanje vitalnih funkcij in strokovno obravnavo v najkrajšem možnem času;

- *dokumentacija*; mora biti natančna, skrbno vodena, iz nje mora biti razviden razlog, namen in nadzor izvajanja PVU (Dernovšek, Novak Grubič, 2001).

## RAZPRAVA

Med PVU je fizično oviranje bolnika najbolj restriktivno in najbolj posega v njegovo integriteto. V primeru, da nam zdravnik v *naši ustanovi naroči* fizični varovalni ukrep, se moramo zavedati, da smo mi, zdravstveni delavci *izvajalci*, da nosimo vso kazensko, moralno in etično odgovornost za svoje dejanje. V času formalnega šolanja vsi nismo imeli možnosti izvajati fizičnih varovalnih ukrepov, ravno tako ne tekom službovanja!

Varnost bolnikov pri izvajanju PVU je v prvi vrsti odvisna od kakovostne izvedbe teh ukrepov. Le-ta pa je lahko kakovostna le z rednimi oblikami izobraževanja osebja. Poznati moramo strokovna priporočila, ki veljajo za to področje. Delodajalec bi moral v rednih intervalih organizirati izobraževanja s tega področja, obenem pa preverjati pridobljeno znanje (Možgan, 2009).

Raziskave v Ameriki so pokazale, da je uporaba fizičnega varovalnega posega brez stalnega nadzora povezana z večjim številom poškodb, preležanin, z dehidracijami, nemirnim vedenjem, čustvenim stresom, aspiracijo, hemostazo, odrgrninami (Križaj, 2002).

Zavedati se moramo vseh dejavnikov tveganja za bolnika, obravnavati ga moramo kot bolnega, zaradi bolezni spremenjenega, prestrašenega človeka in v skladu s tem z njim tudi ravnati.

## SKLEP

Z nemirnimi, agresivnimi bolniki se srečujemo vsak dan. Prepoznavanje prvih znakov agitiranega bolnika je prvi korak k zaustavitvi morebitne agresije. Pri agitiranih bolnikih včasih pomaga le nekaj spodbude, topla beseda, tolažba in zaupanje v nas. Ko presodimo, da se nemirnost stopnjuje, takoj opozorimo zdravnika. Ta se največkrat odloči za medikamentozni PVU, ki pa je pogosto tudi preblag in neučinkovit. Fiksacija bolnika je pogosto edini ukrep, s katerim se ta telesno umiri, vendar ob tem pozabljamo na vsa morebitna tveganja in nevarnosti zanj. Pozabljamo na bolnikovo integriteto in ne nazadnje na občutke soležečih bolnikov. Pozabljamo na lastno varnost in pravno nezaščitenost.

Morebitna fizična uporaba PVU ne sme biti nadomestilo za medikamentozno zdravljenje ali še slabše, za kaznovanje bolnika ali odgovor na njegovo neprijetno vedenje, ki ni nevarno. Fizični PVU je nevaren, nehuman, za bolnika izredno poniževalen in travmatičen.

## LITERATURA

1. *Dernovšek MZ, Novak Grubič V. Priporočila in smernice za uporabo posebnih varovalnih ukrepov v psihiatriji. Ljubljana: Viceversa: Slovenske psihiatrične publikacije; 2001.*
2. *Križaj M. Zagotavljanje varnosti varovancev v Domu starejših občanov. Zdr. Var. 2002;41:140-7.*
3. *Možgan B. Posebni varovalni ukrepi. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem razvoju; učbenik. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, 2009:439-43.*
4. *Zakon o duševnem zdravju. Uradni list Republike Slovenije št. 77/2008.*
5. *Zaletel J. Internistična stanja z akutno psihiatrično simptomatiko. In: Urgentna stanja v psihiatriji. Begunje; 1998:184-95.*



**SODOBNA ZDRAVSTVENA NEGA  
SRČNO-ŽILNIH BOLNIKOV  
- PRIMERI DOBRE PRAKSE**

29. maj 2009 v Radencih





# SODOBNO ISKANJE LITERATURE – TUDI V ZDRAVSTVENI NEGI

*mag. Darja Ovijač, viš. med. ses., univ. dipl. org.  
Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta*

## IZVLEČEK

Poleg tiskanih virov je na področju zdravstva danes na voljo pestra in obsežna ponudba elektronskih informacijskih virov. Bibliografske podatkovne zbirke omogočajo hitro širjenje aktualnih strokovnih informacij, ki predstavljajo gradnik na izsledkih temelječe zdravstvene nege. Pred medicinskimi sestrami je nov izziv – razvijati spretnosti iskanj in kritične presoje dostopnih informacij ter prilagajanje lastnega strokovnega dela aktualnim znanstvenim izsledkom. V prispevku so opisani osnovni napotki, kako vstopiti v svet iskanja aktualne strokovne literature s področja zdravstvene nege.

**KLJUČNE BESEDE:** zdravstvena nega, literatura, bibliografske podatkovne zbirke

## UVOD

Tradicionalno je bila zdravstvena nega izrazito pomočniški poklic. Bistveno je bilo natančno izvajanje ukazov, načeloma brez ugovorov. Lastno razmišljanje ter kritično presojanje je bilo omejeno. Današnji svet vse bolj kliče po povsem drugačnem načinu profesionalnega vedenja v zdravstveni negi. Znanost še vedno, kljub določenim omejitvam, ki jih ima, pridobiva na veljavi. Uveljavljajo se pojmi, kot so na izsledkih temelječa medicina, praksa ter tudi zdravstvena nega. Vsi ti pojmi in predvsem pogledi ter načini razmišljanja ter dela, ki jih prinašajo, pomenijo oster prelom s tradicijo. Za medicinske sestre to pomeni, da morajo razvijati kritično mišljenje, refleksijo svoje prakse, ter da morajo tudi one sodelovati v procesu neprestanega vnašanja novosti v lastno delovno okolje. To zahteva nova znanja - najti v poplavi informacij tiste informacije, ki jih v danem trenutku potrebujejo, jih ovrednotiti, ali so kredibilne ali ne, ali so pomembne za lastno prakso ali ne. To vrednotenje zahteva poznavanje raziskovalnega dela. Le razločevanje različnih metod ter načrtov konkretnih raziskav je lahko podlaga resnemu kritičnemu presojanju. Zato je pomembno, da je raziskovalno delo v zadnjih desetletjih postalo predmet poučevanja tudi v programih za usposabljanje na področju zdravstvene nege. Osnove raziskovalnega dela so pomembne prav za vsako medicinsko sestro, ne glede na to, kje dela, še zlasti pa za tiste, ki bodo tudi same aktivno začele raziskovati. Raziskovalni proces namreč skriva mnogo pasti, podrobnejši pregledi le-teh pa kažejo, da je v okviru načrtov raziskav marsikdaj moč najti metodološke napake, ki v nadaljevanju omajejo kredibilnost rezultatov.

Temeljni korak, ki je pred medicinskimi sestrami danes, je preseči samozadostnost lastne strokovne prakse ter prepoznati konstantno potrebo po aktualnih strokovnih informacijah. Le-te namreč ne le pri nas, ampak tudi po svetu, dosti prepočasi prehajajo v strokovno prakso. Tudi Zwarenstein in Reeves (2006) opozarjata, da obstaja pomemben razkorak med informacijami ter realnostjo, ki jim sledi prepočasi. Najbolj nevarni so tisti, ki mislijo, da že vse vedo. Spremembe so nujne. Tudi v zdravstveni negi se vse bolj poudarja pomen informacijske pismenosti. Ugledna American Library Association jo je že leta 1989 definirala kot sposobnost osebe, prepoznati, kdaj potrebuje informacije ter nadalje sposobnost informacije locirati, oceniti ter učinkovito uporabiti (Skiba, 2005).

V prispevku avtorica želi osvetliti pomen iskanja aktualne literature v zdravstveni negi. Ustavila se je pri vprašanjih, kje iskati, kako iskanje izvesti ter kako presojeti relevantnost najdenih informacij.

### **Primarni in sekundarni dokumenti**

»Iskanje lahko začnemo s sekundarnimi dokumenti (izvlečki, slovarji, enciklopedijami, leksikoni), ki nas usmerjajo na primarne dokumente« (Cencič, 2002). Knjige vsebujejo predvsem splošno sprejeto ter sistematično organizirano znanje s posameznih strokovnih področij. Običajno preteče do njihove izdaje več let, zato pogosto niso najboljši vir aktualnih informacij. Izhod nam ponujajo elektronske strokovne knjige, če le niso le elektronska kopija tiskanih verzij. Pomembna izjema so: Harrison's Principles of Internal Medicine ter UpTo Date (Fineout Overholt in sod., 2005). »Glavni vir znanstvenih in strokovnih informacij so primarni dokumenti, npr. zborniki, monografije, članki v strokovnih in znanstvenih revijah, ne pa priročniki, učbeniki, enciklopedije, slovarji, članki v poljudnih revijah ipd.« (Cencič, 2002).

### **Tiskani ter elektronsko dostopni viri**

Rožič (2006) navaja: »Biomedicinska literatura je v prejšnjem stoletju temeljila predvsem na tiskanih virih.« Natančen pregled, prvenstveno nad tiskanimi gradivi, vključno z informacijami, v katerih knjižnicah v Sloveniji se izbrano gradivo nahaja ter ali je prost izvod trenutno na voljo, nam v slovenskem prostoru omogoča vzajemna bibliografsko-kataložna baza podatkov, imenovana **COBIB**. Rožič (2006) nadaljuje, da se v zadnjih letih srečujemo z vse bolj pestro in obsežno ponudbo biomedicinskih virov, dostopnih v računalniški obliki, na svetovnem spletu.

**Internetni iskalniki:** iskalni stroji omogočajo enostavno iskanje informacij. S pomočjo ključnih besed pogosto pridemo do izredno velikih seznamov zadetkov. Najdena spletna mesta omogočajo informacije v polnem tekstu, zanesljivost objav pa močno variira. »Smiselno se je usmeriti na mesta vladnih in priznanih neprofitnih organizacij, ki navadno izpolnjujejo osnovne standarde kakovosti za objavljanje na internetu« (Rožič, 2006). Primeri priznanih in uglednih spletnih mest s področja zdravstva so CDC, NIH, WHO, FDA, MedlinePlus. Te organizacije lahko vzamemo kot izhodišče ter se opremo na zanimive povezave, ki jih nudijo. Resne organizacije praviloma ne nudijo povezav na nekvakovostna spletna mesta.

**Google učenjak (Scholar):** velja omeniti Google učenjak, ki je zanimiv specifični iskalnik po elektronskih informacijskih virih. »Google Scholar je servis, ki ponuja dostop do znanstvene literature. Gre za servis, ki z enega mesta omogoča iskanje znanstvene literature po številnih disciplinah in virih: recenzirane prispevke, članke, disertacije, knjige in izvlečke akademskih založb, profesionalnih združenj, univerz in drugih izobraževalnih organizacij. Nudi tudi povezavo do baze podatkov COBIB.SI. « (Vehovec, 2006). Za resno profesionalno delo, tudi v zdravstveni negi, je iskanje strokovnih informacij le z uporabo iskalnikov kot so Google, vključno z Google učenjak, vsekakor premalo. Nujno se moramo poslužiti tudi sodobnih, predvsem bibliografskih podatkovnih zbirk.

**Podatkovne zbirke:** bibliografske podatkovne zbirke vsebujejo bibliografske podatke o publikacijah. V zadnjem času je vse večkrat ob tem možna tudi povezava do polnega teksta, seveda v skladu z licenčnimi pogoji. Čeprav nam računalniški vmesniki omogočajo celo omejiti zadetke le na tiste, ki so nam dosegljivi v polnem tekstu, lahko na ta način pomembne aktualne informacije spregledamo. Iskanje velja začeti v **Chocraine Library**, ki sodi med vire z dokazi podprte medicine, pa tudi zdravstvene nege. Ta zbirka je sicer relativno majhna, a kljub temu izredno pomembna, saj med drugim vsebuje sistematične preglede (več kot 150 za področje zdravstvene nege), ki jih danes vrednotimo kot najbolj relevanten vir znanstvenih izsledkov. Za klinično prakso je pomembna tudi National Guidelines Clearinghouse, ki je zbirka na izsledkih temeljčih kliničnih smernic. Iskanje je priporočljivo nadaljevati v ustreznih bibliografskih podatkovnih zbirkah. Za področje zdravstvene nege je najpomembnejša CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health), za širše področje biomedicine pa Medline (MedLARS ONLINE), obstajajo pa še mnoge druge.

**Portali virov:** na voljo imamo različne vstopne točke, preko katerih lahko vstopamo na navedene in mnoge druge elektronske informacijske vire. V okviru NUK-a je na voljo **Mrežnik, Dikul** je informacijski portal Digitalne knjižnice Univerze v Ljubljani (Pušnik, 2008), tudi **EBSCOhost** nudi možnost iskanja preko več različnih bibliografskih podatkovnih zbirk hkrati.

**Iskalna sintaksa:** z ustrezno iskalno sintakso izrazimo iskalno zahtevo na tak način, da jo računalnik razume in nam lahko poda ustrezen odgovor. Zlasti v bibliografskih podatkovnih zbirkah je priporočljivo, da si pomagamo z obstoječimi tezavri (kontroliranimi slovarji, ki nam natančno določajo, kateri izraz se lahko uporabi za opis posameznega pojma). Za področje medicine je najpomembnejši tezaver MESH (Medical Subject Headings), obstajajo pa tudi drugi. Veliko število zadetkov nam pove, da smo izbrali preveč splošen izraz. Lahko poskušamo najti bolj specifičnega. Ob tem pa se običajno poslužujemo tudi tako imenovanih iskalnih operatorjev: and (in), or (ali) ter not (ne).

### **Vrednotenje informacijskih virov ter kritična presoja izsledkov**

Informacijam, pridobljenim preko spleta, ne moremo brezpogojno zaupati. »Kdorkoli lahko na internetu objavi karkoli«, opozarjata McClellan in Zerwekh (2006). Tako dostopamo do informacij, ki so lahko relevantne ali pa zastarele, nepopolne ali celo zavajajoče, predvsem pa je ta neobvladljiva množica podatkov izguba dragocenega časa, ki smo ga namenili iskanju za nas pomembnih odgovorov.

Najnovejša znanstvena spoznanja so objavljena v znanstvenih časopisih. Ni vseeno, v katerem časopisu je bil članek objavljen (faktor vpliva revije, revije z recenzijo), kdo je avtor (znanstveni in strokovni nazivi, organizacija, ki ji pripada), kdaj je bil članek objavljen (največkrat preiskujemo za obdobje zadnjih petih let). Ko kritično presojujemo članke, se moramo vprašati, ali so izsledki znanstveno veljavni (kako zelo natančni in resnični so podatki), za to potrebujemo cel članek in ne le izvleček, opozarja Čuk (2003). Najbolj se lahko zanesemo na izsledke, ki izhajajo iz sistematičnih pregledov ali metaanaliz randomiziranih kliničnih študij, a žal niso vedno na voljo. Pomenljiv pa je tudi podatek, da so v Chochrainovi zbirki sistematičnih pregledov v kar 60 % sistematičnih pregledov s področja intervencij v zdravstveni negi zaključili, da ni na voljo dovolj dejstev za sintezo relevantnih zaključkov (Mistiaen in sod., 2004).

## **RAZPRAVA**

Pred medicinskimi sestrami so nove, dodatne naloge: kontinuirano slediti novostim v svoji stroki ter hkrati ostriti svoje sposobnosti kritičnega presojanja najdenih strokovnih informacij. To zahteva neprestano izpopolnjevanje na področju raziskovalne metodologije.

Neredko je problem tudi tuji jezik. Znanje tujih jezikov je bilo, v znanosti in v stroki, že od nekdaj pomembno. V zvezi z jezikom strokovnjakov Kališnik in Zabavnik Piano (2006) navajata: »Vsak strokovnjak pri svojem delu uporablja znanstveno-strokovne informacije, ki jih potrebuje za uspešno, sodobni stopnji razvoja ustrezno delo v stroki. Najpomembnejši vir informacij so tiste informacije, ki so napisane v materinščini, informacije v drugih jezikih so težje umljive, odvisno od stopnje, do katere strokovnjak obvlada te jezike. To velja, kljub temu da je strokovno-znanstvenih informacij v slovenskem jeziku bistveno manj kot v drugih jezikih. Na ožjem strokovnem področju, ki predstavlja strokovnjakovo specialnost ali celo njegov ožji raziskovalni interes, pa je nujno, da posega sam neposredno po vseh dosegljivih virih, tudi po tujih.« Trenutno je angleščina tisti jezik, ki ji je uspelo doseči vodilno vlogo v znanosti. Daleč največ znanstvenih ter tudi strokovnih informacij je dosegljivih v tem jeziku. Zato se danes tudi v zdravstveni negi temu jeziku ne moremo izogniti. Ob tem se je vendarle potrebno zavedati, da ni nujno, da tuji jezik obvladamo do potankosti. Potrebno je zbrati pogum in »skočiti v vodo«. V začetku bo šlo malo počasneje, veliko si bomo pomagali s slovarji, priporočljivo pa je najti tudi pomoč kolegov, ki jim gre jezik bolje od rok. Po začetnem obdobju bomo ugotovili, da so bile ovire premostljive in da tudi tu velja, da »vaja dela mojstra.«

Iskanje ustrezne podatkovne zbirke ter v nadaljevanju uporaba ustreznih iskalnih izrazov ter iskalnih strategij ni lahka naloga. Pomoč knjižničarja je lahko neprecenljiva, na voljo so celo brezplačni tečajji (NUK) ter spletna izobraževanja (IZUM), oboje v slovenskem jeziku. Koristno je uporabljati ponujene »HELP« menije ter se posvetovati s kolegi.

Zwarenstein in Reeves (2006) navajata, da se zdravstveni delavci ne smemo zapirati v ozke meje lastnih profesij, ki se kažejo tudi skozi naslove revij kot sta Evidence Based Nursing in Evidence Based Medicine. Opozarjata, da so zdravstvene organizacije po svoji naravi multidisciplinarne, zato se morajo zdravstveni delavci tudi upoštevati ter vpeljevanja znanstvenih dejstev v vsakodnevno prakso lotiti skupaj.

## SKLEP

Še nikoli do sedaj znanje ni bilo tako zelo na dosegu roke. Vse je že na voljo: bibliografske podatkovne zbirke, spletna mesta, tehnologija, oddaljen dostop; celo brezplačni tečajji za uporabnike. Ovire na poti k uporabi teh informacij so danes v Sloveniji bolj subjektivne kot objektivne narave. In predvsem so premagljive. Pot je še dolga, a pomemben je prvi korak zavedanje, da imajo dosegljive informacije tudi praktični pomen.

## LITERATURA

1. Cencič M. *Pisanje in predstavljanje rezultatov raziskovalnega dela Kako se napiše in predstavi diplomsko delo, naloge in druge vrste raziskovalnih poročil*. Ljubljana: Tiskarna Littera Picta d.o.o.; 2002.
2. Čuk A. *Na izsledkih temelječa medicina –I. splošna načela*. *Zdrav Vestn*; 2003; 72:695-9.
3. Fineout-Overholt. *Evidence-based practice in nursing&healthcare: a guide to best practice*, Philadelphia [etc.]: Lippincott Williams &Wilkins, corp; 2005.
4. Kališnik M, Zabavnik-Piano J. *Metodologija raziskovalnega dela v biomedicini*. In: Kališnik M, Zabavnik-Piano J, Rožič, eds. *Temelji znanstvenoraziskovalne metodologije v biomedicini*. Ljubljana: Družba Piano; 2006.
5. McClellan, Zerwekh J. *Nursing Informatics*. In: Zerwekh, J, Claborn C, eds. *Nursing Today Transition and trend. Fifth Edition*. St. Luis: Saunders Elsevier; 2006.
6. Mistiaen P, Poot E, Hickox S, Wagner C. *The evidence of nursing interventions in the Cochrane Database of Systematic Reviews*. *Nursere searcher*; 2004; 12,2.
7. Pušnik M (2008). *Portal DiKUL – Enotna vstopna točka do virov in storitev digitalne knjižnice Univerze v Ljubljani*, *Obzor Zdr N*. 2008; (2): 143-4.
8. Rožič A. *Iskanje znanstvenih informacij na področju biomedicine*. In: Kališnik M, Zabavnik-Piano, J, Rožič A. *Temelji znanstvenoraziskovalne metodologije v biomedicini*. Ljubljana: Družba Piano.
9. Skiba DJ (2005). *Preparing for Evidence-Based Practice: Revisiting Information literacy*. *Nursing Education perspectives*. 2005; 26 (5): 310-1.
10. Vehovec R. *Google Scholar v sistemu Cobiss.si*. *Organizacija znanja*. 2006; 11 (1-2).
11. Zwareinstein M, Reeves S. *Knowledge Translation and Interprofessional Collaboration: Where the Rubber of Evidence – Based Care Hits the Road of Teamwork*. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2006; 26: 46-54.



# RAZISKAVA O NEBESEDNI KOMUNIKACIJI MED STAROSTNIKI IN OSEBAMI, KI SKRBIJO ZANJE

viš. pred. dr. Marija Zaletel, viš. med. ses., univ. dipl. org.  
Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta  
marija.zaletel@guest.arnes.si

## IZVLEČEK

**Izhodišče:** Komunikacija in raziskovanje sodita med elemente sodobne zdravstvene nege. Oba elementa imata velik pomen pri zagotavljanju kakovosti zdravstvene nege. Medicinske sestre morajo uporabljati verbalni in neverbalni način komuniciranja. V slovenskem prostoru je vedno več raziskav, ki so usmerjene v ugotavljanje učinkovitosti komuniciranja in dobro interakcijo med negovalnim osebjem in pacienti. **Namen:** Predstaviti opazovalno raziskovalno metodo, ki je bila uporabljena za ugotavljanje načinov neverbalne komunikacije med starostniki in osebami, ki zanje skrbijo v domovih starejših občanov. **Metode:** Opazovanih je bilo 267 starostnikov, starih od 65 do 96 let. Istočasno je bilo opazovanih enako število oseb, ki so bile z njimi v stiku pri izvajanju negovalnih in drugih intervencij. Opazovanje različnih oblik nebesednega komuniciranja (izrazi obraza in gibi glave, gibi rok in trupa, besedno izražanje) je potekalo s pomočjo opazovalne lestvice. Podatki so bili analizirani s pomočjo opisnih statističnih metod. **Rezultati:** Raziskava je pokazala, da so med stanovalci domov starejših občanov in njihovimi oskrbovalci enakomerno prisotni vsi trije načini neverbalne komunikacije. Njihovo sporazumevanje je prežemalo medsebojno spoštovanje, sprejemanje in zaupanje. **Sklep:** Opazovalna metoda je dober instrument za raziskovanje na področju zdravstvene nege. Opazovanje lahko izvajajo za to usposobljeni opazovalci, ki so strokovnjaki za opazovano področje aktivnosti, izvajalci sami ali pa za to delo usposobimo osebe, ki področja ne poznajo dobro. Lahko pa ga izvajajo študenti ob pripravi diplomskih in magistrskih del.

**KLJUČNE BESEDE:** opazovanje, neverbalna komunikacija, starostnik, medicinska sestra.

## UVOD

Komunikacija je bistvo dobrih medsebojnih odnosov. Kovačev (1998) omenja, da zaradi sporazumevalnega delovanja med udeleženci komunikacijo enačimo s socialno interakcijo. Socialna interakcija daje ljudem možnost, da izrazijo svoja čustva, ubesedijo in drugače izrazijo svoja dejanja, izmenjajo izkušnje, se povezujejo in še bi lahko naštevali. Eliopoulos (2001) poudarja veliko moč, ki jo imamo in lahko pridobimo v interakciji z drugimi osebami.



V procesu komunikacije pride do medsebojnega zavednega in predvsem nezavednega vplivanja subjektov enega na drugega. Vpliv se kaže v medsebojnem usklajenem delovanju in hotenju doseganja istih ciljev – za kar pa je predpogoj uspešna komunikacija (Kovačev, 1998). V procesu interakcije ali medosebnega odnosa s pomočjo komunikacije premoščamo razlike med ljudmi in vzpostavljamo vezi na beseden ali nebeseden način. Ta komunikacijski proces pa lahko daje tudi obratne rezultate, tako da posameznike oddaljuje od skupnega cilja, če niso na isti valovni dolžini, oziroma če nimajo skupnega interesa za isti cilj (Nastran Ule, 1994).

Izraz komunikacija ima mnoge pomene, odvisno od konteksta, v katerem je uporabljen. Za nekoga je komunikacija izmenjava informacij med dvema ali več osebami. Gre za izmenjavo misli, idej, čustev. Pri tej vrsti izražanja uporabljamo metodo govorjenja in poslušanja ali pisanja in branja. Govorimo o besedni komunikaciji. Kot pišejo Kozier in sodelavci (2000) pa sodi h komunikaciji tudi risanje, plesanje, pripovedovanje zgodb, izražanje s telesnimi gibi in mimiko izraza. Torej misli, sporočila posredujemo drugim ne samo z govorjeno ali zapisano besedo, ampak tudi z mnogimi nebesednimi izrazi.

Nebesedna komunikacija je zelo pomembna in je nepogrešljiv del našega komuniciranja z drugimi. Nebesedna komunikacija je bolj pomembna kot besedna. 55 % informacij oddajamo z nebesednimi znaki, samo 7 % informacij sprejemamo s pomenom besed, 38 % z barvo, višino glasu, hitrostjo govorjenja, jakostjo govorjenja in premori (Pease, 1997).

Poznamo različne oblike nebesedne komunikacije: sporočanje z gibi telesa (kinestetična komunikacija), z uporabo prostora kot medija (proksemična komunikacija), z dotikom (taktilna komunikacija), komuniciranje prek uporabe predmetnega okolja, vonja (olfaktorna) molk, čas (kronemična komunikacija).

Vprašanje dobre komunikacije s pacienti in ustrezno podajanje informacij je v dejavnostih skrbi izrednega pomena. Ley (1988, cit. po Payne, Walker, 2002) je ugotovil, da je dobra komunikacija pomembna komponenta zadovoljstva pacientov in nujna, če želimo, da bodo upoštevali nasvete v zvezi z zdravljenjem in drugimi postopki. Payne in Walker (2002) navajata primer, ko problem neustreznega jemanja zdravil pomeni jemanje premajhnih ali prevelikih količin, neustrezne intervale jemanja zdravil, neustrezno trajanje jemanja zdravil in jemanje dodatnih zdravil. K temu bi lahko dodali še, da se zdravila sploh ne vzamejo, da se jemljejo stara, neuporabna, škodljiva zdravila, zdravila, ki se niso ustrezno hranila in še bi lahko naštevali.

Pri starostniku je pogosto potrebno sporočilo prevesti v njemu razumljiv jezik, v verbalne ali neverbalne simbole, ki mu omogočijo razumevanje vsebine sporočila. Sporočila morajo biti jasna, kratka, vsebinsko bogata, razumljiva in osebna, s poudarkom na notranjem doživljanju in empatiji do starostnika (Kobentar in sod., 1996). Ne samo kadar negujemo starostnike, ampak v interakciji z vsemi vrstami pacientov, ne glede na njihovo zdravstveno oziroma bolezensko stanje, poklic, stopnjo izobrazbe, življenjsko obdobje, narodnostno, kulturno ali versko pripadnost, intelektualne sposobnosti, je vedno treba poskrbeti za dobre medsebojne odnose, za jasno, nedvoumno in prijazno komunikacijo. Pri tem je pomembno tako verbalno kot neverbalno izražanje.

V literaturi smo našli več raziskav, ki so usmerjene na verbalno (besedno komunikacijo) med pacienti in negovalnim osebjem. Zato smo se odločili za raziskavo nebesedne komunikacije med starostniki in osebami, ki skrbijo zanje v domovih starejših občanov.

## **Namen**

Predstavljena bo raziskava, ki je potekala s pomočjo opazovalne metode. Z njo naj bi spoznali načine neverbalne komunikacije zaposlenih v domovih starejših občanov in starostnikov, zlasti tistih, ki niso več sposobni verbalne komunikacije, ter ugotovili, kakšna je interakcija med opazovanima skupinama. Namen prispevka pa je tudi predstaviti opazovalno raziskovalno metodo.

## **Metoda dela**

Rezultati so bili pridobljeni z opazovalno metodo. Opazovalna lestvica vključuje različne oblike neverbalnega izražanja, ki so razdeljeni v tri sklope:

- izraze obraza in gibe glave (dvig obrvi, izbuljen pogled, gledanje v oči, razgledovanje naokoli, povešanje oči, mrščenje čela, zmrdovanje (nos, usta), smehljaj, glasen smeh, stiskanje ali grizenje ustnic, prikimavanje, odkimavanje idr.),
- gibe rok in trupa (krožne gibe rok, gibe odpiranja, gibe proti sebi, prijemanje za glavo, podpiranje glave, naslanjanje na mizo, stiskanje rok, kazanje nase, na sogovornika, ali na druge, nagibanje naprej, odmikanje od sogovornika, presedanje na stolu, dotikanje sogovornikovih rok, božanje, trepljanje, dotikanje, skomiganje z rameni in drugo) ter
- načine besednega izražanja (normalno govorjenje, seganje v besedo, sočasno govorjenje, glasno govorjenje, prepričevanje, molčanje, šepetanje idr.). Tudi pri tem je šlo za opazovanje neverbalne komunikacije, ker nas ni zanimala vsebina izrečenega.

Opazovanje je potekalo v parih. Ena oseba je opazovala starostnika, druga pa istočasno tistega zaposlenega, ki je pri njem izvajal zdravstveno nego ali oskrbo. V vzorec je bilo zajetih 267 starostnikov v starosti od 65 do 96 let in prav toliko zaposlenih. To so bile medicinske sestre (z višjo ali visoko izobrazbo), tehniki zdravstvene nege (medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege so predstavljeni kot ena kategorija), bolničarji, drugi zdravstveni delavci (fizioterapevti, delovni terapevti) in nezdravstveni delavci (socialni delavci). Ob analizi so bili starostniki razdeljeni v tri starostne skupine: do 70 let, 71-80 let ter 81 let in več. Vsak opazovalec je opazoval le eno osebo in beležil neverbalne znake vsakih trideset sekund. Opazovanje je trajalo 15 minut in je potekalo v domovih starejših občanov po skoraj vsej Sloveniji v času od 20. januarja do 31. marca 2004. Izvajali so ga študenti drugega letnika Oddelka za zdravstveno nego Visoke šole za zdravstvo Ljubljana. Leto poprej so opravili pilotsko študijo v različnih domovih starejših občanov. Imeli so tudi pisna navodila. Za raziskavo so bili naprošeni direktorji zavodov in glavne medicinske sestre, ki so za sodelovanje zaprosile stanovalce in zaposlene, ki so bili subjekti raziskave. Sodelovanje je bilo prostovoljno in anonimno.

## REZULTATI

Tabela 1: Značilnosti vzorca zaposlenih.

Značilnost		Število	Odstotek
Spol	Moški	27	10,1
	Ženske	240	89,9
Skupaj		<b>267</b>	<b>100</b>
Poklic	Medicinske sestre/ tehniki zdrav. nege	154	57,7
	Bolničarji	88	33,0
	Drugi zdravstveni delavci*	23	8,5
	Nezdravstveni delavci	2	0,8
Skupaj		267	100

\* fizioterapevti in delovni terapevti

Ker je bilo v vzorcu drugih zdravstvenih delavcev in nezdravstvenih delavcev zelo malo, smo za statistično analizo ti dve kategoriji združili.

Pri zaposlenih je bilo v 15 minutah opaženih 4026 izrazov obraza in gibov glave, od tega pri moških 414 izrazov, pri ženskah pa 3612. Med medicinskimi sestrami in tehnikami zdravstvene nege je bilo opaženih 2348 izrazov, med bolničarji 1343, med drugimi delavci pa 335.

Vseh opaženih gibov rok in trupa zaposlenih je bilo 3361, od tega pri moških 312 in pri ženskah 3049 gibov. Pri medicinskih sestrah in tehnikah zdravstvene nege je bilo zabeleženih 1928 gibov rok in trupa, pri bolničarjih 1143 in pri drugih delavcih 290.

Pri zaposlenih je bilo opaženih 3937 verbalnih izrazov, od tega med moškimi 405 in med ženskami 3532. Pri medicinskih sestrah in tehnikah zdravstvene nege je bilo registriranih 2228 verbalnih izrazov, pri bolničarjih 1383 in pri drugih delavcih 326.

Tabela 2: Značilnosti vzorca starostnikov.

Značilnost		Število	%
Spol	Moški	82	30,7
	Ženske	185	69,3
Skupaj		267	100
Starost	do vključno 70 let	52	19,4
	71 – 80 let	88	33,0
	81 let in več	127	47,6
Skupaj		<b>267</b>	<b>100</b>

Med starostniki je bilo zabeleženih 4139 izrazov obraza in gibov glave. Pri moških je bilo opaženih skupaj 1414 izrazov obraza in gibov glave, pri starostnicah pa 2725. Med starostniki prve starostne skupine je bilo zabeleženih 915 izrazov, med starostniki srednje starostne skupine 1438 in med najstarejšimi starostniki 1786 izrazov ter gibov.

Vseh opaženih gibov rok in trupa je bilo 3283, od tega pri moških 1188, pri ženskah pa 2095. Pri najmlajših starostnikih je bilo opaženih 679 gibov, pri starostnikih druge starostne skupine 1218 in pri najstarejših 1324 gibov.

Vseh verbalnih izrazov starostnikov je bilo registriranih 3993, od tega med moškimi 1370, med ženskami pa 2623. Glede na starost je bilo evidentiranih 802 besednih izrazov pri najmlajših starostnikih, 1413 pri predstavnikih druge starostne skupine in 1778 pri najstarejših starostnikih.

Ker je bilo opazovanih preko 500 oseb (534), 12 izrazov obraza in gibov glave, 20 gibov rok in trupa ter 9 načinov besednega izražanja, ki so bili opazovani po 15 minut pri vsakem opazovancu, je bilo pridobljenih zelo veliko podatkov, ki so bili analizirani s pomočjo opisnih statističnih metod, med drugim: t-test, analiza variance, multipla linearna regresija, hi-kvadrat test, Fisherjev test, Mann-Whitneyev test, Kruskal-Wallisov test in multipla dihotomna logistična regresija.

Rezultate lahko na kratko strnemo v ugotovitev, da je raziskava pokazala, da so med stanovalci domov starejših občanov in osebami, ki zaanje skrbijo, enakomerno prisotni vsi trije načini neverbalne komunikacije. Njihovo sporazumevanje je prežemalo medsebojno spoštovanje, sprejemanje in zaupanje (Zaletel, 2008).

## **RAZPRAVA**

Metoda opazovanja je bila na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani (tedanji Višji šoli za zdravstvene delavce) uporabljena že davnega leta 1974. Pipanova in Kavaličeva sta izvedli študijo »Časovna analiza dela medicinske sestre v enoti za intenzivno nego« (Pipan, 1974). Rezultati te študije naj bi bili podlaga za bolj določen opis delovnega mesta medicinske sestre, ki dela v enoti za intenzivno zdravstveno nego (Mihelič Zajec, 1999). V opazovanje dela medicinskih sester sta avtorici vključili študentke, ki so v enotah intenzivne zdravstvene nege opazovale in beležile aktivnosti medicinskih sester.

Leta 1999 je bil v Kliničnem centru izveden projekt Delovne obremenitve medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov (Naka, Pavčič Trškan, 1999). Projekt je bil nadaljevanje aktivnosti, ki jih je izvedla Naka (1999) ob izdelavi diplomskega dela ob zaključku študija fakultetnega programa Zdravstvene vzgoje. Tudi tedaj je bilo izvedeno opazovanje, in sicer dela medicinskih sester, merjenje posrednih in neposrednih aktivnosti zdravstvene nege ter razvrščanje pacientov v kategorije zdravstvene nege. Metoda je bila kasneje uporabljena tudi za izvedbo meritev količine in kakovosti zdravstvene nege v osnovni zdravstveni dejavnosti v Zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca Maribor (Cibic in sod., 2002) in pri izdelavi diplomskih del študentk zdravstvene nege Visoke šole za zdravstvo za opazovanje dela medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v domovih starejših občanov. Garašević (2005) je ob pripravi diplomskega dela izvedel opazovanje spanja bolnikov s Parkinsonovo boleznijo.

To je le nekaj primerov uporabe opazovalne metode. Glede na množico aktivnosti (intervencij zdravstvene nege in diagnostično-terapevtskih posegov) medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege na mnogih področjih njihovega delovanja, glede na zahteve po stalnem izboljševanju kakovosti zdravstvene nege in zdravstvene obravnave ter glede na možnosti, da v opazovanje vključimo študente zdravstvene nege ter pripravimo raziskave,

ki bodo dale rezultate, ki lahko izboljšajo prakso zdravstvene nege ter medsebojne odnose med zdravstvenimi delavci, je na tem področju odprtih mnogo možnosti.

## SKLEP

Kakovost v zdravstvu vse bolj postaja popolno zadovoljevanje potreb ljudi, ki zdravstvo in njegove storitve najbolj potrebujejo. Pri tem je pomembno upoštevanje najvišjih strokovnih zahtev vseh strok v zdravstvu z uporabo ustreznih virov in ob uporabi najučinkovitejših načinov (Kersnič, 2002). Kakovost je treba nenehno spremljati, izpopolnjevati in težiti k odličnosti. Pri tem je treba uporabljati metode, ki bodo hitro in natančno pokazale uspešnost zdravstvene nege in multidisciplinarne obravnave. Ena takšnih metod je tudi opazovanje aktivnosti izvajalcev, ki lahko poteka v točno določenih intervalih, z jasno določenimi cilji, ali pa naključno zaradi določene potrebe. Opazovanje lahko izvajajo za to usposobljeni opazovalci, ki so strokovnjaki za opazovano področje aktivnosti, izvajalci sami ali pa se za to delo usposobi osebe, ki področja ne poznajo dobro. Prav gotovo pa se lahko v teh prizadevanjih združita teorija in praksa ter opazovanje izvajajo študenti, ki izvajajo raziskave ob pripravi diplomskih in magistrskih del.

## LITERATURA

1. *Cibic D in sod. Količina in kakovost zdravstvene nege v osnovni zdravstveni dejavnosti. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca; 2002.*
2. *Eliopoulos C. Gerontological Nursing, Lippincott; 2001; 21 (30): 131 –7.*
3. *Garašević Z. Nočne težave bolnikov s Parkinsonovo boleznijo in zdravstvena nega. Diplomsko delo. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 2005.*
4. *Kersnič P. Vloga Zbornice zdravstvene nege Slovenije – Zveze društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije pri zagotavljanju kakovostne zdravstvene nege. In: Cibic D in sod., eds. Količina in kakovost zdravstvene nege v osnovni zdravstveni dejavnosti. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca; 2002.*
5. *Kobentar R, Kogovšek B, Škerbinek L. Komunikacija – v timu, z varovanci in komunikacija s starostniki. Obzor Zdr N. 1996; 30:13-20.*
6. *Kovačev AN. Socialna interakcija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo; 1998: 57.*
7. *Kozier B, Erb E, Berman AJ, Burke K. Fundamentals of Nursing concept, process and practice. New Jersey: Prentice – Hall; 200:431-2.*
8. *Mihelič Zajec A. Raziskovalna dejavnost v zdravstveni negi na Slovenskem - prispevek Stane Kavalič. Obzor Zdr N. 1999; 33 (3-4): 147-9.*
9. *Naka S. Delovne obremenitve medicinskih sester v intenzivni terapiji. Diplomsko delo. Ljubljana: Pedagoška fakulteta; 1999.*
10. *Naka S, Pavčič Trškan B. Delovne obremenitve medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Obzor Zdr N. 1999; 33: (1-2): 3-8.*
11. *Nastran Ule M. Temelji socialne psihologije. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče; 1994.*
12. *Payne S, Walker J. Psihologija v zdravstveni negi. Ljubljana: Educy; 2002:134.*
13. *Pease A. Govorica telesa. Ljubljana: Mladinska knjiga; 1997.*
14. *Pipan M. Časovna analiza dela medicinske sestre v enoti za intenzivno nego. Zdrav Obzor. 1974; 8(4): 231-3.*
15. *Zaletel M. Družbene determinante identitete starostnikov in komunikacija z njimi. Doktorska disertacija. Ljubljana: Filozofska fakulteta, 2007.*

# UPRAVLJANJE PROCESOV BOLNIŠNIČNE ZDRAVSTVENE NEGE Z E-DOKUMENTACIJO

*mag. Uroš Rajkovič, doc. dr. Olga Šušteršič, prof. dr. Vladislav Rajkovič  
v sodelovanju z razvojno-raziskovalno skupino:  
Barbara Donik, mag. Maja Klančnik Gruden, prof. dr. Miroљjub Kljajić,  
Ljuba Lednik, Tadej Petovar, mag. Vesna Prijatelj, prof. dr. Jože Zupančič*

## IZVLEČEK

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 prenovo dokumentacije same, ampak predvsem prenovo obstoječih procesov. V prispevku bo predstavljen prototipni model informacijske rešitve e-dokumentacije bolnišnične zdravstvene nege, katerega testiranje poteka v Univerzitetnih kliničnih centrih Ljubljana in Maribor.

**KLJUČNE BESEDE:** zdravstvena nega; bolnišnično varstvo; modeliranje; dokumentacija; programska rešitev

## **E-documentation as a process management tool for nursing care in hospitals**

Appropriate documentation plays a key role in process management in nursing care. It includes holistic data management based on patient's data along the clinical path with regard to nursing care. We developed an e-documentation model that follows the process method of work in nursing care. It assesses the patient's status on the basis of Henderson's theoretical model of 14 basic living activities and is aligned with internationally recognized nursing classifications. As such it enables transparency, selectivity, follow-up and analyses, all leading towards better process of work organization and higher level of safety for patients as well as health team members. Thereby, it facilitates successful work of a health team with a special emphasis on quality assurance and quality improvement. E-documentation development requires reengineering of existing documentation and facilitates process

---

*Članek je bil objavljen v zborniku kongresa z naslovom *Od e-zdravja k zdravju, ki ga je izdalo Slovensko društvo za medicinsko informatiko, Zreče, 5. - 7. oktober 2008 in ga objavljamo z dovoljenjem avtorjev in uredniškega odbora zbornika.**

reengineering. A prototype solution of an e-nursing documentation, already being in testing process at University medical centres in Ljubljana and Maribor, will be described.

**Keywords:** nursing care, hospital care, modeling, documentation, software solution

## UVOD

Dosedanja dokumentacija na področju ZN je praviloma sestavljena iz besedil, v manjši meri pa tudi iz grafikonov in slik, in predstavlja podatkovno osnovo za informacijske rešitve [12, 19, 27, 29]. Dokler je taka dokumentacija vodena ročno, niso izkoriščene možnosti IKT. S prenosom dokumentacije v elektronsko obliko pa je smiselno uporabiti objekten pristop [1, 15, 16], ki omogoča ustreznejše strukturiranje in ločeno obdelavo podatkov v elektronski obliki. Gre torej za strukturiranje dokumentacije v smislu objektne usmerjenosti, kjer se klasičnim podatkom pridružijo tudi modeli in postopki za njihovo izvajanje, npr. grafični prikazi numeričnih podatkov [11, 16]. Obenem se pri prenovi dokumentacije pokažejo možnosti in potrebe po prenovi osnovnih procesov [2, 4, 10, 20, 24] v organizacijskem smislu, v tem primeru na področju ZN.

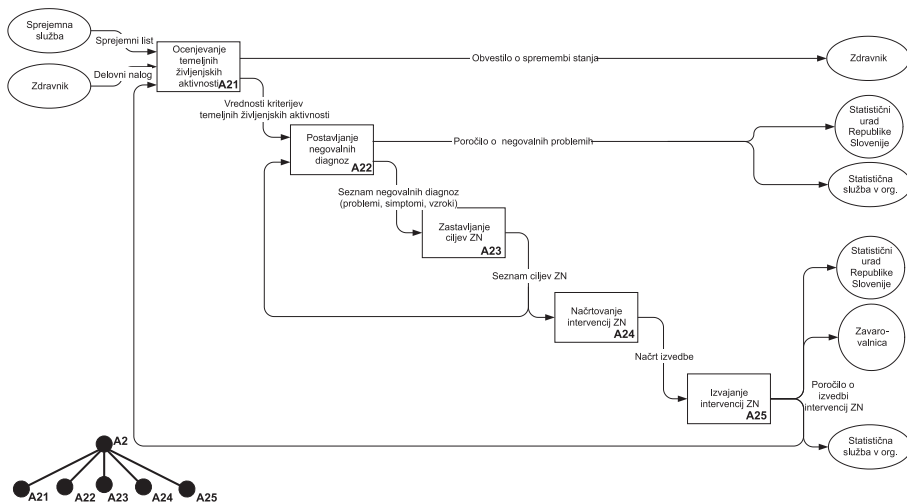
Želimo predlagati model, ki bo služil za prenovo klasične dokumentacije v e-dokumentacijo. Pri tem je z ustrezno objektno usmerjeno organizacijo in uporabo sodobne IKT možno doseči novo kvaliteto v pogledu celovite obravnave pacienta, sam računalniško aktiven model pa je v podporo delu medicinske sestre, obenem pa zmanjšuje možnost napak pri delu.

Prispevek sloni na ugotovitvah in modelih razvitih v okviru projekta za pripravo modela orodja za zagotavljanje kakovosti s pomočjo dokumentacije v zdravstveni negi pri Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije. V nadaljevanju je predstavljena izdelava modela in implementacija prototipne programske rešitve za bolnišnično varstvo.

## PROCESNA METODA DELA V ZDRAVSTVENI NEGI

Osnovo za izgradnjo e-dokumentacije predstavlja v stroki sprejeta procesna metoda dela v ZN. Slika 1 prikazuje shematično predstavitev procesne metode dela v IDEF1 standardu. Razdelitev na sliki je drugačna od literature [18, 30], tabela 1 pa prikazuje povezavo med obema modeloma. Bistvene razlike so predvsem v fazi vrednotenja, zaradi omejitev standarda, da se procesi ne smejo pojavljati na shemi večkrat, v fazi načrtovanja ZN, ki smo jo zaradi dveh pod-procesov, ki jo sestavljata, in ki si sledita v določenem zaporedju, razbili ter v povratnih kibernetičnih zankah, ki so v sistemskem pogledu ključnega pomena za upravljanje sistema, v našem primeru ZN.

Uporabniški vmesnik prototipa podpira to procesno metodo v zaporedju dela medicinske sestre. Prvo fazo "Ocenjevanje temeljnih življenjskih aktivnosti" smo razdelili v več sklopov, ki se delijo na vnos rezultatov meritev, ocenjevalne lestvice in celostni opis pacienta po TŽA. Posamezni od teh sklopov imajo tudi zaželen vrsti red, npr. nekatere rezultate osnovnih meritev lahko uporabimo v prehrabenski lestvici, rezultat le-te pa pri lestvici Waterlow. Z ustreznim zaporedjem lahko zmanjšamo podvajanje vnosov in s tem tudi zožimo možnosti napačnih vnosov.



Slika 1: Shematična predstavitev procesne metode dela v ZN po IDEF1 standardu

Tabela 1: Primerjava faz procesne metode dela v ZN in shematične predstavitve s slike 1

Faza procesne metoda dela		Pod-proces procesa ZN	
1.	Ugotavljanje potreb po ZN	A21	Ocenjevanje temeljnih življenjskih aktivnosti
		A22	Postavljanje negovalnih diagnoz
2.	Načrtovanje	A23	Zastavljanje ciljev ZN
		A24	Načrtovanje intervencij ZN
3.	Izvajanje	A25	Izvajanje intervencij ZN
4.	Vrednotenje	A21	Ocenjevanje temeljnih življenjskih aktivnosti
		A22	Končno vrednotenje in postavljanje novih negovalnih diagnoz

## MODEL PODATKOVNE BAZE

Osnova programske rešitve je baza podatkov, ki omogoča hranjenje vnesenih podatkov. Temeljnimi podatki v obstoječi dokumentaciji smo dodali manjkajoče elemente, na katere je pokazala kritična analiza stanja dokumentiranja ZN.

V papirni obliki dokumentacija pogosto večinoma ni strukturirana. To pomeni, da je vsebina predstavljena kot prosto besedilo - v stavkih. Problem nastopi, ko želimo poiskati nek podatek v daljšem besedilu. Čitljivost pisave lahko predstavlja dodatne težave. Prav zato je otežena statistična obdelava podatkov, ki bi jo lahko uporabili v raziskovalne, izobraževalne in druge namene [3, 9, 21].

Z višjo stopnjo strukturiranosti podatkov v elektronski obliki omogočimo večjo kakovost vnesenih podatkov [31]. Medicinsko sestro z vnosnimi polji spominjamo na vse podatke, ki

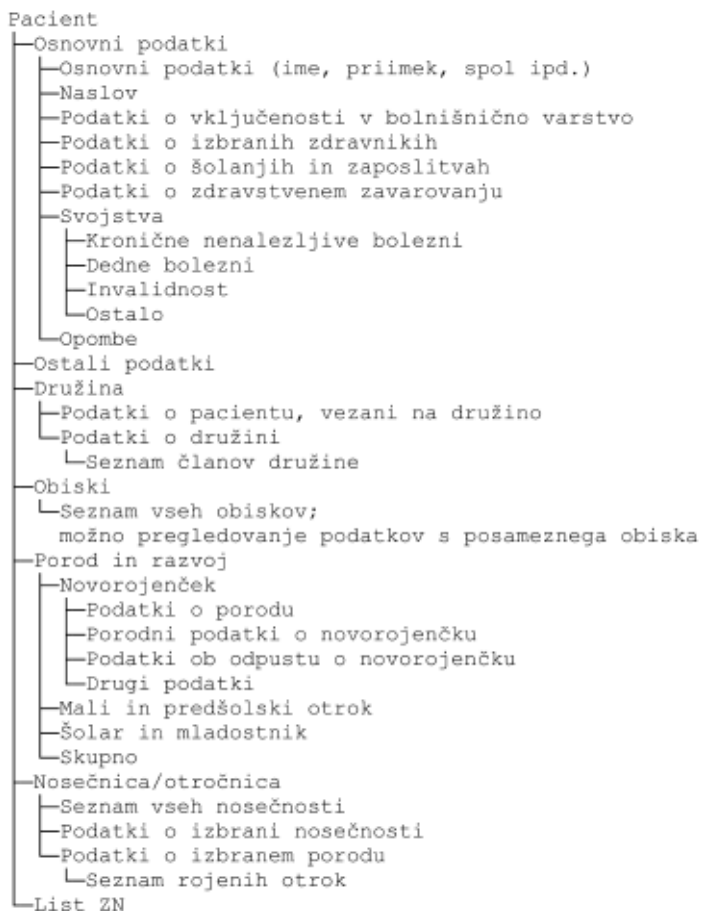


so v dokumentaciji zaželeni, z obveznimi polji pa tudi prisilimo vnašalca, da pomembnih podatkov ne pozabi zabeležiti.

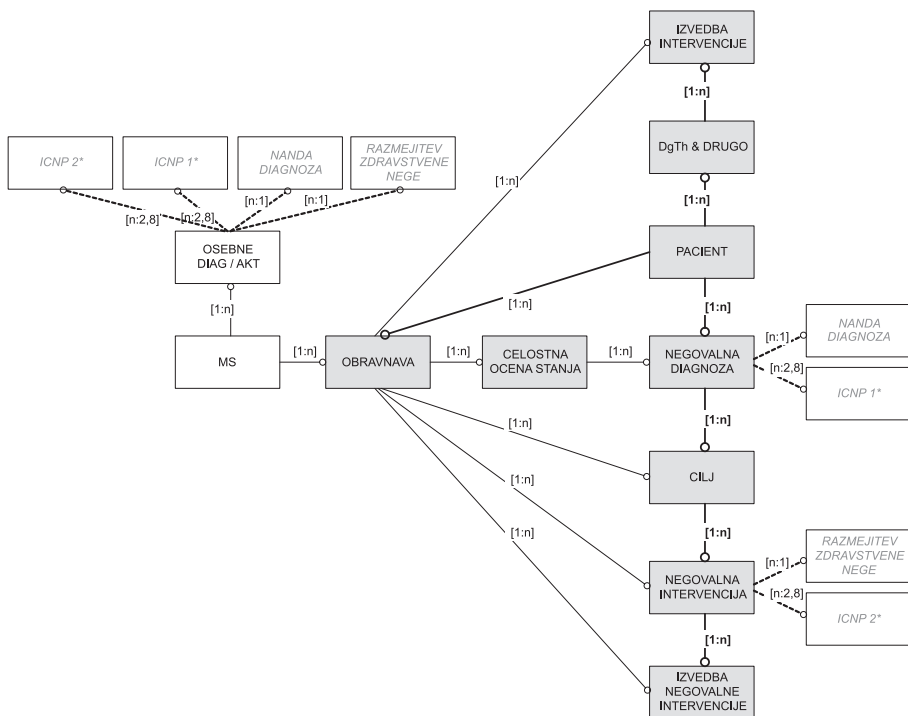
Rezultat tega so podatki v elektronski obliki, ki omogočajo elektronsko obdelavo (hkratno pregledovanje iste dokumentacije na različnih lokacijah, hitrejše poizvedbe, možnost nadgradnje z ekspertnimi sistemi in sistemi za vizualizacijo, ipd.) [6, 7, 23, 31]. Pomembna so tudi dodatna polja za vnos opomb in tistih podatkov, ki jih nismo predvideli v naši strukturi. Ta polja nam služijo v prototipni rešitvi tudi kot informacija za nadaljnji razvoj - katere podatke je potrebno dodatno strukturirati in tako uporabnikom omogočiti možnost analiz nad temi podatki.

Zaradi preglednosti smo polja grupirali v skupine. Podatke smo združevali po kriteriju sorodnosti. Tabela 2 prikazuje drevesno strukturo podatkov za opis pacienta.

**Tabela 2: Drevesna struktura skupin sorodnih podatkov o pacientu**



V smislu hranjenja podatkov v elektronski obliki smo izdelali temu primerno relacijsko bazo, ki omogoča enostaven vnos podatkov brez nepotrebnih podvajanj ter hitro branje. Entitetno relacijska shema zasnovane baze podatkov je prikazana na sliki 2.



Slika 2: Entitetno relacijska shema zasnovane baze podatkov

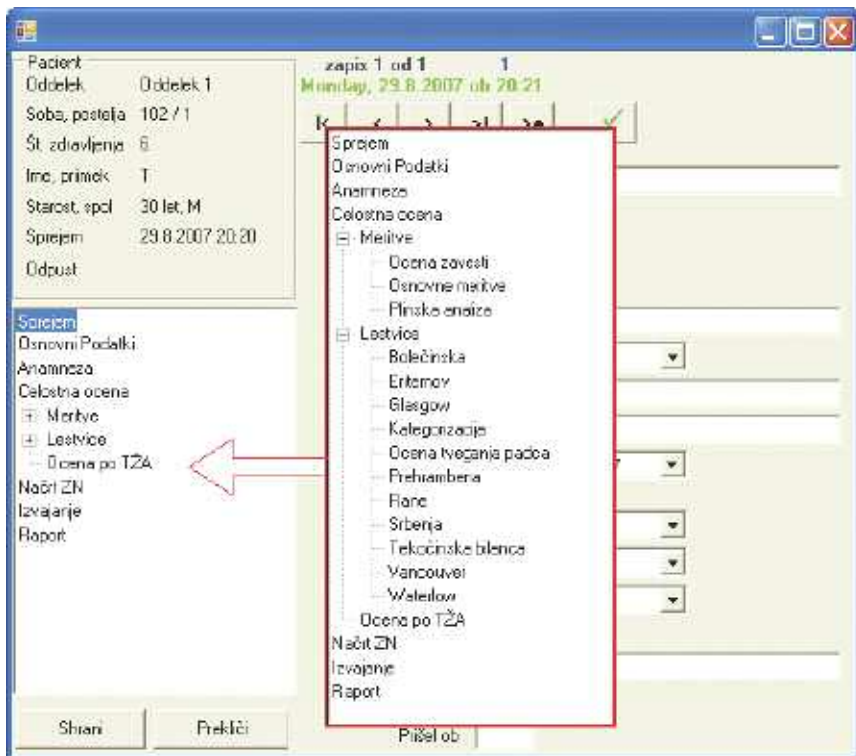
Na shemi baze podatkov velja izpostaviti nekaj posebnosti. Negovalna diagnoza je vezana tudi neposredno na subjekt ZN. Pri negovalni diagnozi sicer beležimo, na katero skupino npr. temeljnih življenjskih aktivnosti pri pacientu je vezana, zavedamo pa se, da po končani fazi vrednotenja celoten načrt ZN počaka do naslednje obravnave. Tako lahko nekateri elementi načrta ZN obstojajo skozi daljše obdobje več obravnav.

Elemente diagnostično terapevtskega programa vidimo kot seznam vnaprej določenih intervencij ZN, ki jih je potrebno izvesti tudi neodvisno glede na ugotovljene negovalne probleme, negovalne diagnoze oz. zastavljene negovalne cilje.

Kjer je bilo v papirnati obliki potrebno dokumente podpisati, pa je to v elektronski različici urejeno s prijavo uporabnika v program. Na primer, ko uporabnik zabeleži, da je posamezna intervencija ZN izvedena, avtomatsko zabeležimo kdo in kdaj je vnesel podatek za posamezno aktivnost [13, 14].

## PROGRAMSKA REŠITEV

Koraki, po katerih je zelen potek dela medicinske sestre (MS) pri posamezni obravnavi pacienta, so skladni z zgoraj omenjeno procesno metodo dela v ZN. Ko izbere MS pacienta, se prikaže ekranska slika s podatki z zadnje obravnave. Pri tem so prikazani nekateri osnovni podatki o izbranem pacientu, večino ekrana pa zasedajo posamezni koraki procesa ZN podprti skozi več menijev (slika 3): podatki o sprejemu, osnovni podatki, anamneza, celostna ocena, načrt ZN, izvajanje in raport. Kako je podprta faza procesa vrednotenje, bomo obravnavali kasneje.



Slika 3: Osnovni nivo strukturiranosti podatkov o pacientu – ekranska slika

Zaradi utečenega načina dela smo dodali meritve in lestvice v ocena stanja pacienta in sicer kot vir podatkov za izračunavanje celostne ocene po štirinajstih temeljnih življenjskih aktivnostih (TŽA). Če podatke pridobimo z meritvami oz. lestvicami, lahko le-te skupaj z izračunanimi vrednostmi posameznih lestvic uporabimo kot opise posameznih parametrov pri upoštevanju kriterijev 14 TŽA. Dodatni prednosti pri meritvah sta, kot lastnost zbiranja numeričnih podatkov, preverjanje ustreznosti vnosov in grafičen prikaz rezultatov. Primer ekranske slike za vnos osnovnih meritvev je prikazan na sliki 4.

Temperatura	<input type="text"/>	°C	aksilarno (pod pazduho)
Teža	80	kg	aksilarno (pod pazduho)
Višina	165	cm	oralno - bukalno
ITT		kg/m	oralno - sublingvalno
Koža		m <sup>2</sup>	vaginalno
Utrip	<input type="text"/>	/min	rektalno
Kakovost utripa	<input type="text"/>		inlingvalno (v dimljah)
Syst. AP	<input type="text"/>	mmHg	timpanično (v ušesu)
Diast. AP	<input type="text"/>	mmHg	drugo
CVP	<input type="text"/>	mmHg	cm H2O
Frekvenca dihanja	<input type="text"/>	/min	
Kakovost dihanja	<input type="text"/>		
Set(O <sub>2</sub> )	<input type="text"/>	%	
Krvni sladkor	<input type="text"/>	mmol/l	mg/d

Slika 4: Ekranska slika za zbiranje podatkov osnovnih meritev

zapis 2 od 2 30  
Prijava: 21. 1. 2008 ob 10:30

K < > >> ✓

Ime: R2P

lokacija:

razlog:

velikost:  mm x  mm

globina:  mm

opis:

izredel: obilje vszen

viskoziteta: lekoše

barva: rjav

bolezina: da

varni: m

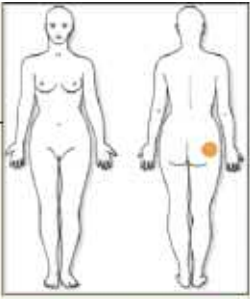

barva rane:

rob rane: ne-popolnoven

obliba rane: do 2cm

Lokacija:

Dodaj Shrani Zbri

Plakati rane

Slika 5: Ekranska slika lestvice za oceno rane, ki omogoča beleženje fotografij

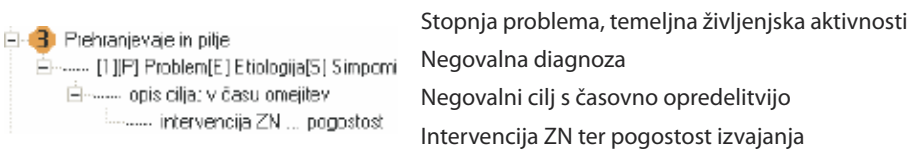
Lestvice omogočajo izračunavanje končne ocene, npr. ocena tveganja za padec ali izračun tekočinske bilance ali oceno stanja rane. Končna ocena se v e-dokumentaciji izračunava elektronsko, lestvice pa zagotavljajo celovito zbiranje podatkov o določenem problemu. Na tem mestu velja izpostaviti lestvico za opis stanja rane, ki omogoča zbiranje podatkov o velikosti rane, barvi in drugih lastnostih iz katerih je moč razbrati stanje in pri čemer nam računalnik lahko pomaga s predstavitvijo izračunane ocene ugotoviti spremljanje stanja skozi daljše obdobje. Nabor podatkov je prevelik, da bi ga lahko MS primerjala miselno, zato pa smo za podporo njenemu delu dodali še možnost vnosa fotografij ran (slika 5).

Kot osnovno vodilo pri grupiranju podatkov za oceno stanja pri pacientu smo izhajali iz 14 TŽA [5, 8]. Gre za v stroki uveljavljeno in dobro poznano razdelitev [25, 28]. Pri vsaki temeljni življenjski aktivnosti se nato odpre seznam parametrov, na katere želimo spomniti MS, pri ugotavljanju celostne ocene. Parametri so vzeti iz stroke, pri poimenovanju pa smo izhajali iz slovenskega prevoda mednarodne klasifikacije prakse ZN [3, 9, 21, 22].

Pri vsakem parametru je polje s prostim besedilom za vnos vrednosti, npr. pri parametru prekomerna telesna teža lahko vnesemo indeks telesne teže. Poleg tega pa vsakemu parametru lahko določimo tudi stopnjo problema po petstopenjski Likertovi lestvici: ni problema, majhen problem, srednje velik problem, velik problem, zelo velik problem.

Vrednost izbere MS glede na oceno stanja pri posameznem subjektu ZN. Te vrednosti so nato prikazane v fazi načrtovanja in označujejo izračunano stopnjo problematičnosti parametrov znotraj posamezne temeljne življenjske aktivnosti. Kasneje bomo prikazali, kako smo s temi stopnjami podprli vrednotenje.

Pod zavihkom načrtovanje sestavljamo načrt ZN v drevesni strukturi. Na prvem nivoju vidimo seznam temeljnih življenjskih aktivnosti ter pri vsaki stopnjo problema. Na drugem nivoju lahko vsaki temeljni življenjski aktivnosti dodamo poljubno število negovalnih diagnoz, vsaki negovalni diagnozi vsaj en negovalni cilj, vsakemu negovalnemu cilji pa vsaj eno intervencijo ZN (slika 6).



**Slika 6: Shematski prikaz načrta ZN v drevesni strukturi s pojasnili posameznih nivojev v strukturi**

Negovalno diagnozo oblikujemo po sistemu PES (Problem, Etiologija, Simptomi). Pri poimenovanju problema si lahko medicinska sestra pomaga z mednarodno klasifikacijo prakse ZN (ICNP beta 2) oz. s klasifikacijo severnoameriškega združenja za negovalne diagnoze (NANDA).

Intervencijo ZN opišemo z imenom in pogostostjo izvajanja. Pri poimenovanju intervencije služita medicinski sestri v pomoč klasifikaciji razmejitev ZN in ICNP.

Seznam negovalnih diagnoz (opis problema in preslikava v strokovne klasifikacije) in intervencij ZN za posameznem oddelek je potrebno predhodno vnosi in jih potrditi s strani

npr. vodje oddelka. Gre za katalog, kot ga priporoča mednarodno združenje medicinskih sester (ICN).

V meniju izvajanje so prikazane vse načrtovane intervencije ZN, izvedene pa je potrebno le označiti. Za potrebe vrednotenja lahko pri posamezni izvedbi intervencije ZN zabeležimo opombe, npr. sprotno vrednotenje ali vrednost meritve, porabljen material in porabljen čas.

Fazo procesne metode dela vrednotenje smo podprli z elementi vizualizacije. Po opravljenih intervencijah ZN je potrebno ponovno oceniti stanje – ocena stanja ob koncu obiska. Sicer pa lahko primerjamo tudi oceno stanja med dvema obiskoma.

Pri primerjavi ocen stanja imamo na voljo: prikaz vnesenih stopenj problema za posamezne parametre skupaj z izračunanimi vrednostmi za več parametrov skupaj.

Tako npr. vrednost parametra apetit vpliva na prehranjevanje, ta na temeljno življenjsko aktivnost prehranjevanje in pitje, ta pa na fizične temeljne življenjske aktivnosti in posledično na celostno oceno pacienta. Izračunavajo se vrednosti višje ležečih parametrov v drevesni strukturi parametrov. Pri tem MS vnaša vrednosti le za končne parametre v drevesni strukturi, torej za liste drevesa. Po preprostemu izračunu pa nato dobimo stopnje negovalnega problema za npr. posamezno temeljno življenjsko aktivnost oz. skupno celostno oceno [26, 28].

Pri primerjavi ocen lahko primerjamo stopnje negovalnega problema za vnesene in izračunane kriterije za dva vnosa celostne ocene. Tako lahko primerjamo med seboj dve obravnavi, analiza stanja v času med obravnavama, ali pa primerjamo celostni oceni pred in po obravnavi, analiza vpliva izvedbe intervencij na spremembo stanja.

Kjer imamo več ocen stanja, je možno prikazati tudi časovno vrsto stopenj negovalnega problema za posamezen parameter - kakšno stopnjo negovalnega problema je skozi vse ocene stanja predstavljal npr. apetit.

S temi elementi smo želeli podpreti fazo vrednotenja. Rezultat faze vrednotenja se odraža v spremenjenem načrtu ZN. Praktično to pomeni poiskati neustrezne elemente v načrtu ZN, jih dopolniti, zamenjati ali odstraniti, ter za nova žarišča problemov načrtovati nov del načrta ZN.

Računalniško podporo predstavlja izdelana prototipna programska rešitev. Implementirana rešitev je tipa odjemalec-strežnik.

Programsko rešitev spremlja priročnik za uporabo. Vsebuje navodila za namestitev programa na računalnik in organizacijska ter informacijska navodila za neposredno uporabo prototipne programske rešitve. V osnovi je namenjen kot pripomoček za delo MS pri uporabi programske rešitve.

## **SKLEP**

Predstavljeni model e-dokumentacije ZN zajema obravnavo pacienta tako v procesnem kot tudi podatkovnem pogledu. Na tej osnovi je bila izdelana prototipna organizacijsko-informacijska rešitev dokumentiranja ZN za segment bolnišničnega varstva, ki je bila testirana v praksi in kritično ovrednotena.

Pokazana je bila dodana vrednost, ki jo v ZN lahko prispeva sodobna IKT in izhaja predvsem iz strukturirane informacijske slike, ki spremlja pacienta in medicinsko sestro v

procesu ZN. Pri tem velja še posebej izpostaviti uporabo hierarhičnih modelov v obravnavi temeljnih življenjskih aktivnosti. Model izračunavanja stopenj negovalnih problemov, ki jih sproti izvaja računalnik glede na stanje pacienta in s tem omogoča celovit pogled na pacienta in sistemsko povezavo morda na videz ločnih problemov. S tem neposredno prispevam k zmanjšanju možnosti, da bi spregledali kaj pomembnega. E-dokumentacija sloni na zdravstveno negovalnem zapisu o pacientu kot delu celovitega zapisa o pacientu. Izognemo se podvajanju podatkov in s tem povezanim odvečnim delom, pridobimo pa na celovitosti informacijske slike, ki pomembno prispeva k povečanju varnosti za pacienta in člane negovalnega tima.

## ZAHVALA

Avtorji tega prispevka se skupaj z ostalimi sodelavci projektne skupine zahvaljujemo Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije za financiranje raziskovalnega dela. Za sodelovanje se zahvaljujemo tudi vsem v tekstu navedenim zdravstvenim institucijam.

## LITERATURA

1. Barry DK. *The Object Database Handbook*. New York: John Wiley & Sons Inc, 1996.
2. Chang RY. *Process Reengineering in Action : A Practical Guide to Achieving Breakthrough Results*. San Francisco: Jossey-Bass/Pfeiffer, 1999.
3. Cibic D, Dogša I, Filej B, Šlajmer-Japelj M, Šušteršič O. *ICNP International Classification for Nursing Practice, Mednarodna klasifikacija prakse zdravstvene nege, beta*. Maribor: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, 2000.
4. Ferioli C, Migliarese P. *The Organizational Relational Model: Proposal and Result, V: Humphreys P, Avestaran S, McCosh A, Mayon-White B (ur.). Decision Support in Organizational Transformation*. London: Chapman & Hill, 1997.
5. Hajdinjak A. *Pomen teoretičnih modelov za sodobno zdravstveno nego*. *Obzor Zdr N* 1999; 33: 137-40.
6. Hammer SV, Moen A, Børmark SR, Husby EH. *A Hospital Wide Approach to Integration of Nursing Documentation in the Electronic Patient Record. V: de Fatima Marin HM, Marques EP, Hovenga E, Goossen W (ur.). Proceedings of the 8th International Congress in Nursing Informatics, Rio de Janeiro, 20.-25. junij 2003*. Rio de Janeiro: International Council of Nurses, 2003.
7. Handler TJ, Hieb BR. *The Gartner 2004 Criteria for the Enterprise Computer-Based Patient Record, Article, Gartner Group, 2003*. <http://www4.gartner.com/resource/>
8. [118300/118364/118364.pdf](http://www4.gartner.com/resource/118300/118364/118364.pdf)
9. Henderson V. *Basic Principles of Nursing Care*. Geneve: International Council of Nurses, 1997.
10. *International Classification of Nursing Practice. Beta*. Geneve: International Council of Nurses, 1999.
11. Jacobson I, Ericson M, Jacobson A. *The Object Advantage : Business Process Reengineering with Object Technology*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley Pub Co, 1994.
12. Kaplan RM. *Intelligent Multimedia Systems*. New York: John Wiley & Sons Inc, 1997.
13. Klein, J. *Predictions for 2004 in Healthcare and Life Sciences, Letter from the Editor, Gartner Group, 2003*. <http://www4.gartner.com/resources/119000/119010/119010.pdf>
14. Kroell V, Birthe Garde A. *Strategy for Documentation in Nursing at a National and at a Local Level in Denmark. V: Oud N, Sermeus W, Ehnfors M (ur.). ACENDIO 2005: Documenting Nursing Care*. Bern: Verlag Hans Huber, 2005: 73-7.

15. Madsen I. *How to Avoid Redundant Data in an Interdisciplinary Electronic Patient Record*. V: Oud N, Sermeus W, Ehnfors M (ur.). *ACENDIO 2005: Documenting Nursing Care*. Bern: Verlag Hans Huber, 2005: 139-42.
16. McFadden FR, Hoffer JA. *Modern Database Management, Fourth Edition*. Redwood City: The Benjamin/Cummings Pub Co Inc, 1994.
17. Meystel AM, Albus JS. *Intelligent Systems: Architecture, Design and Control*. New York: John Wiley & Sons Inc, 2002.
18. Moore DS, McCabe GP, Duckworth WM, Sclove SL. *The Practice of Business Statistics, Using Data for Decisions*. New York: W. H. Freeman and Company, 2003.
19. Potter PA, Griffin Perry A. *Basic Nursing, Fifth Edition*. St Louis: Mosby Inc, 2003.
20. Rajkovič V, Šušteršič O (ur.). *Informacijski sistem patronažne zdravstvene nege*. Kranj: Založba Moderna organizacija, 2000.
21. Rajkovič V, Šušteršič O, Leskovar R, Bitenc I, Zelič I. *Increasing Quality of Nurses' Work by an Information System: Community System Case*. V: Saba V, Carr R, Sermeus W, Rocha P (ur.). *Nursing Informatics 2000*. Auckland: Adis International Ltd, 2000: 529-36.
22. Rajkovič V, Šušteršič O, Rajkovič U, Porenta A. *Slovenski pregledovalnik Mednarodne klasifikacije prakse zdravstvene nege*. *Obzor Zdr N* 2004; 38: 193-6.
23. Rajkovič V, Šušteršič O, Rajkovič U, Porenta A, Zupančič MJ. *How E-Representation brings International Classification of Nursing Practice Closer to User*. V: Oud N (ur.). *ACENDIO 2003. 4th European Conference of ACENDIO. Making nursing visible*. Bern: Verlag Hans Huber, 2003: 166-70.
24. Scholes M, Tallberg M, Ployer-Wenting E. *International Nursing Informatics: A History of the First Forty Years 1960-2000*. Swindon: The British Computer Society, 2000.
25. Šušteršič O, Rajkovič V. *Model orodja za zagotavljanje kakovosti s pomočjo dokumentacije v zdravstveni negi*. V: Zbornik kongresa Slovenskega društva za medicinsko informatiko, Bled, 1. december 2004. Bled: Kongres Slovenskega društva za medicinsko informatiko, 2004: 94-107.
26. Šušteršič O, Rajkovič U, Nose M, Zalar T. *Elementi sodobne zdravstvene nege v patronažnem varstvu Ljubljana in promocija zdravja*. V: Zbornik mednarodne znanstvene konference o razvoju organizacijskih ved. *Management in razvoj organizacije*, Portorož, 26.-28. marec 2003. Portorož: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, 2003: 929-35.
27. Šušteršič O, Rajkovič V, Kljajič M. *Prispevek informacijske tehnologije k ocenjevanju temeljnih življenjskih aktivnosti varovanca v procesu zdravstvene nege*. V: *Informacijska družba 1998*. Ljubljana: DZS, 1998: 97-105.
28. Šušteršič O, Rajkovič V, Kljajič M. *An Evaluation of Community Nursing Process in the Frame of the International Classification for Nursing Practice*. V: Mortensen RA (ur.). *ICNP and Telematic Applications for Nurses in Europe. The Telenurse Experience*. Amsterdam: IOS Press OHM Ohmska, 1999: 243-9.
29. Šušteršič O, Rajkovič V, Kljajič M, Rajkovič U. *Improving Nursing Care Documentation by Computerised Hierarchical Structures*. *Proceedings of the 8th International Congress in Nursing Informatics*, Rio de Janeiro, 20.-25. junij 2003. Rio de Janeiro: International Council of Nurses, 2003: 212-6.
30. Šušteršič O, Rajkovič V, Leskovar R, Bitenc I, Bernik M, Rajkovič U. *An Information system for Community Nursing*. *Public Health Nurs*, 2002; 19: 184-90.
31. Taylor C, Lillis C, LeMone P. *Fundamentals of Nursing, The Art and Science of Nursing Care (4th)*. Philadelphia: Lippincott, 2001.
32. Van Bommel JH, Musen MA (ur.). *Handbook of Medical Informatics*. Berlin: Springer-Verlag, 1997.





# CASE MANAGER V ZDRAVSTVENI NEGI

Vesna Korat, dipl. m. s.

Katjuša Mravljak, dipl. m. s.

Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, Oddelek za interno medicino

## IZVLEČEK

V članku sta opisana model zdravstvene oskrbe in *case manager* ter njegova uporabnost pri zdravljenju Fabryjeve bolezni. Hitre spremembe tako v medicini kot v zdravstveni negi zahtevajo spremembo organizacijske strukture obravnave pacienta skozi proces zdravljenja. Vključevanje medicinske sestre kot *case managerja* v ta proces je prav gotovo ena od uspešnih oblik zagotavljanja kakovostne obravnave. Opisane so osnovne značilnosti in prednosti *case managerja* v povezavi z obravnavo bolnika s Fabryjevo boleznijo. Zaradi lažjega razumevanja članek opisuje tudi osnovne značilnosti in zdravljenje Fabryjeve bolezni ter vlogo medicinske sestre kot *case managerja*. *Case management* je primer dobre prakse obravnave posameznega pacienta v procesu zdravljenja, kjer ima medicinska sestra pomembno, če ne celo ključno vlogo. Iz članka lahko ugotovimo, da bi bila takšna metoda obravnave primerna za vse bolnike, ki se vključujejo v zdravstveni sistem.

**KLJUČNE BESEDE:** case manager, Fabryjeva bolezen, kakovost, učinkovitost.

## UVOD

Model *case managementa* je osnova za kontinuirano, sistematično, organizacijsko izboljšanje standardov izvedbe in izidov zdravstvene nege na osnovi posebne dokumentacije kliničnih protokolov. Ocenjevanje, načrtovanje, izvajanje, koordiniranje, spremljanje in vodenje različnih opcij in storitev zdravstvene oskrbe poteka tako, da se zadovoljujejo individualne zdravstvene potrebe bolnika. Model zagotavlja kakovost in stroškovno učinkovitost zdravstvene oskrbe ter je nujna oblika dela pri plačilnem sistemu, ki temelji na skupinah pacientov, povezanih z diagnozo (Bohinc, Gradišar, Cibic, 2002).

*Case management* je usmerjen v kontrolo porabljenih sredstev in v doseganje pričakovanih rezultatov zdravljenja pacientov v določenem času. *Case managerke*, ki vodijo ta sistem, so klinične specialistke zdravstvene nege ali izkušene medicinske sestre (v ZDA z opravljenim magisterijem). Z zdravniki sodelujejo pri ocenjevanju klinične prakse na osnovi kliničnih protokolov (Bohinc, Gradišar, Cibic, 2002).

## Definicija case managementa

Skrozi čas so nastajale posamezne definicije modela *case managementa* (CM), ki imajo, kljub temu, da so nekatere zelo pomanjkljive, pomembno vlogo pri razumevanju le-tega v sedanjosti.

American Nurses Association (ANA) *case management* definira kot model, ki omogoča sistematičen pristop k oskrbi in ki zagotavlja uresničitev naslednjih ciljev:

- zagotavljanje kakovostne in kontinuirane zdravstvene oskrbe,
- zmanjševanje necelostne oskrbe v različnih okoljih,
- povečanje kakovosti življenja pacientov,
- upoštevanje stroškov (Flarey, Blancett, 1996).

*Case management* medicinskih sester upošteva pet komponent: ugotavljanje, planiranje, izvajanje, ocenjevanje in povezovanje (sodelovanje). Podobnosti s procesom zdravstvene nege niso slučajne, saj je osnova *case managementa* prav proces zdravstvene nege. Pomemben element je povezovanje oz. sodelovanje, ki je temelj zagotavljanja kontinuirane, sistematične in standardizirane zdravstvene oskrbe.

Izhajajoč iz teh postavk je definicija, ki jo je izdelala The National Case Management Task Force, naslednja: *Case management* je kolaborativni, sodelovalni proces, ki ugotavlja, planira, izvaja, koordinira, spremlja in vrednoti metode in storitve za zagotovitev individualnih potreb po zdravstveni oskrbi s komunikacijo in razpoložljivimi viri za promocijo kakovostnih ter stroškovno učinkovitih izidov (Flarey, Blancett, 1996).

## Značilnosti case managementa

Skrozi zgodovino so se razvijali različni modeli CM in do danes razvili različne značilnosti, od katerih so najbolj pomembne naslednje.

- Medicinske sestre so kot izvajalke v ZDA v veliki meri pripomogle k razvoju CM. Že od nekdaj so *managers of care* (managerke oskrbe). Znanja in izkušnje profesionalne medicinske sestre (*registered nurse* – RN) ustrezajo zahtevam CM. Medicinske sestre so edine v procesu zdravljenja, ki sodelujejo pri celotni zdravstveni oskrbi pacientov in tudi iz tega sledi, da je CM sistem, ki ga upravljajo medicinske sestre.
- CM je zasnovan na vključevanju družine v proces zdravljenja v vseh fazah bolezni. Ljudje ne zbolijo ločeno od sistema oz. okolja, v izolaciji, zato naj tudi njihovo zdravljenje ne bi potekalo v izolaciji. CM sistem prepozna vlogo pacienta v družini in upošteva realnost izkoristi vse prednosti za pacienta. Omogoča, da se pacient in družina zblížajo v času bolezni in skuša pridobiti pomoč družine pri zdravljenju in rehabilitaciji. CM modeli vključujejo izobraževanje družin, velikokrat potrebuje celotna družina zdravljenje, zato v procesu CM profesionalni zdravstveni delavci obravnavajo družino in pacienta kot enoto, ki potrebuje zdravstvene storitve.
- Klinične poti in protokoli so osnova za uspešnost CM modelov. Pri izdelavi je potreben multidisciplinaren pristop, ki omogoča dosego ciljev CM. Protokoli in klinične poti omogočajo večjo učinkovitost zdravstvene oskrbe, izboljšajo odločitve zdravstvenih delavcev in so tudi podpora pri odločanju pacientov in njihovim družinam,

onemogočajo neprimerne postopke in racionalizirajo dostop do oskrbe. V praksi je potrebno neprestano ocenjevati njihovo učinkovitost in uporabnost ter jih prilagajati spremembam.

- CM je usmerjen v izide. Cilji morajo biti definirani in merljivi. Z njimi mora biti seznanjen vsak član tima, pa tudi pacient in njegova družina.
- CM zahteva multidisciplinaren pristop, kar pomeni, da delujejo koordinatorji primera bolezni – *case managerji* in drugi zdravstveni delavci multidisciplinarno in multiservisno povezovalno. Vsi člani tima sodelujejo za dobro pacienta in njihova vloga je v multidisciplinarnem timu enakovredna. To omogoča zmanjšanje razdrobljenosti zdravstvene oskrbe in je eden od najpomembnejših komponent CM.
- CM sistem zagotavlja široko paleto storitev različnih profesionalcev, ki se združijo za korist pacienta (socialna služba, lokalna skupnost itd.).
- S široko paleto znanj tudi medicinske sestre delujejo v smislu kot posrednik med zdravstvenim sistemom, pacientom in številnimi drugimi storitvami. V teh posredovanjih vedno ukrepajo kot zagovornice pacienta.
- *Case manager* pri svojem delu potrebuje dodatna, specifična znanja. Nekatere bolnišnice po svetu organizirajo interna kontinuirana usposabljanja za *case managerje*. Spremembe organiziranosti zdravstvenih sistemov povzročijo tudi nujne spremembe v izobraževanju, zato bi bila nujna prilagoditev in sprememba izobraževalnega sistema tudi v tej smeri.
- CM je najpomembnejši element pri izvajanju integrirane zdravstvene oskrbe, ki v celoti zagotavlja kontinuiteto. Integrirani koncept zdravstvene oskrbe je v bistvu razširjen model CM.
- Uvajanje in razvoj CM sistema temelji na »evidence-base practice« (na dokazih zasnovana praksa), kar definira CM kot profesionalni model oskrbe (Flarey, Blancett, 1996).

### **Case management modeli**

V ZDA je veliko zdravstvenih organizacij posvojilo model *case managerja* kot model, ki zagotavlja približevanje zdravstvenih storitev uporabnikom. Aktivnosti *case managerja* se razlikujejo od primera do primera, odvisno od osnovnega problema bolnika. Skupno vsem je koordiniranje in zagotavljanje kakovostne zdravstvene oskrbe.

V ZDA so v 90. letih že vpeljevali podoben model na lokalni ravni, ki je zagotavljal povezovanje zdravstvene in socialne dejavnosti za specifične skupine prebivalstva. Po drugi svetovni vojni so izpopolnili vlogo modela z zagotavljanjem dolgoročnih storitev pri odpuščenih psihiatričnih bolnikih, kar je bila velika prednost pri vključevanju le-teh v domače okolje. Ta model je bil tudi zelo uspešen pri zagotavljanju in koordinaciji oskrbe za starejšo populacijo. Termin *case manager* se je pričel uporabljati v zgodnjih 70. letih v socialni službi in literaturi za medicinske sestre. Poleg tega danes zasledimo tudi druge različne izraze, kot so: koordinator primera (*case coordination*), integracija storitev (*service integration*), kontinuirana koordinirana oskrba (*continuing care coordination*), vodena zdravstvena oskrba (*managed care*). Kljub različnim oznakam imajo vsi isti pomen,

zmanjšati razdrobljenost zdravstvene oskrbe in zagotoviti storitve za bolnika (Flarey, Blancett, 1996).

Modeli CM se večinoma imenujejo po nosilcih, ki izvajajo naloge *case mangementa*. V ZDA jih najdemo tako v privatnem kot javnem sektorju. Najbolj poznan model je »*acute care nursing case management*« model. Zagotavlja na pacienta osredotočeno zdravstveno nego v času akutne bolezni. Osredotočen je tako na kakovost izidov kot na odgovornost medicinskih sester. Ostali modeli, ki jih poznajo v ZDA, so: *case manager* v zasebni praksi, *case manager*, ki deluje kot socialni delavec v lokalni skupnosti, *case manager* za primarno oskrbo, *case manager* kot »gatekeeper« (Flarey, Blancett, 1996).

## **Fabryjeva bolezen**

Fabryjeva bolezen (FB) je redka (incidenca v populaciji je 1:114000), lizosomska bolezen, ki jo povzroča gen z napako in je vezana na spolni kromosom x. Primanjkuje ali pa je zmanjšana aktivnost encima  $\alpha$ -galaktozidaze v različnih celicah skoraj vseh organskih sistemov. Posledično prihaja do kopičenja maščob – sfingolipidov ter tako do vedno večjih okvar organov in organskih sistemov (žile, živčevje, ledvica, srce in možgani), kar pa lahko ogrozi pacientovo življenje. Fabryjeva bolezen je pogosto neprepoznavna do odraslega obdobja. Vsi moški, ki podedujejo okvarjeni kromosom, bodo za boleznijo zboleli, ženske lahko tudi razvijejo znake in simptome, podobne moškim, z zakasnelo simptomatiko do deset let. Klinična slika je izrazito heterogena. Že v zgodnjem otroštvu se pojavljajo hude, pekoče bolečine v dlaneh in stopalih. Bolečine v sklepih in mišicah lahko trajajo kot stalne, lahko pa se pojavljajo v obliki napadov. Bolniki se potijo malo ali pa sploh ne, težko prenašajo temperaturne spremembe (mraz, vročina) in težje fizične napore. Najbolj viden znak FB so kožne spremembe (angiokeratomi), spremembe na očeh (cornea verticillata) ne vplivajo bistveno na vid. Težave s prebavili se kažejo kot diareje (še posebej po določeni hrani), kot napenjanje, zgaga in slabost. Pogosti so kronični bronhitis, dispnee, pa tudi limfedemi okončin. Poškodbe pglavitnih organskih sistemov se lahko kažejo kot odpoved ledvic, srčno-žilni zapleti (srčno popuščanje, infarkt) ter možgansko-žilne težave in motnje osrednjega živčevja (možganska kap, anevrizme, tromboze, omotice, zvonjenje v ušesih) (Vujkovic et al, 2006). Psihosocialne težave, kot so anksiozno-depresivna simptomatika (samomor ali poskusi samomora), socialna izolacija, nizko samospoštovanje ter brezposelnost so zelo pogosti spremljevalci te bolezni.

## **Zdravljenje Fabryjeve bolezni**

Od leta 2001 imamo v svetu na voljo zdravilo, nadomestni encim, ki je učinkovito in varno. Na Centru za zdravljenje Fabryjeve bolezni v Slovenj Gradcu pa smo začeli z encimskim nadomestnim zdravljenjem leta 2003. Moški bolniki morajo začeti z zdravljenjem čimprej (aktivnost encima je pod 1 %), najbolje že v otroški dobi (mnenja, kdaj točno začeti, so deljena), ženske pacientke začnemo zdraviti, kadar je izražena pomembna prizadetost posameznega ali več organskih sistemov in ob hitrem napredovanju bolezni (encimska aktivnost je lahko zelo nizka, praviloma višja kot pri moških bolnikih ali je celo v normalnem območju) (Vujkovic et al., 2006). Bolniki so zdravljeni z nadomestnim encimom v obliki intravenozne terapije (dve registrirani zdravili). Zdravljenje poteka doživljenjsko vsakih štirinajst dni. V Sloveniji je znanih 41 bolnikov s FB, pet jih je že umrlo. Na encimskem

nadomestnem zdravljenju je petnajst bolnikov, od tega dva otroka. V naslednjih nekaj mesecih bomo zdravili še dva bolnika.

### **Center za zdravljenje Fabryjeve bolezni**

Center za zdravljenje Fabryjeve bolezni (CZFB) je bil uradno ustanovljen oktobra 2004. Deluje v okviru internega oddelka splošne bolnišnice Slovenj Gradec. Je edini specializiran center za zdravljenje FB v Sloveniji, organiziran po vzoru razvitih evropskih držav. Delo na centru poteka timsko in multidisciplinarno. Ker je bolezen sistemska in heterogena, zahteva aktivno sodelovanje specialistov različnih strok (nefrolog, kardiolog, nevrolog, angiolog, okulist, dermatolog, radiolog, pediater, otorinolaringolog, endokrinolog, gastroenterolog, socialna služba in medicinska sestra s specialnimi znanji). Na CZFB poznamo tri oblike organizacije zdravljenja in spremljanja FB:

- zdravljenje in spremljanje na CZFB,
- zdravljenje in spremljanje na daljavo ter
- zdravljenje in spremljanje na domu.

CZFB sodeluje tudi s Pediatrično kliniko, saj se otroci s FB od leta 2007 zdravijo na Pediatrični kliniki Ljubljana.

### **Medicinska sestra v vlogi case managerja na Centru za zdravljenje Fabryjeve bolezni**

Medicinska sestra v vlogi *case managerja* (MSCM) sodeluje pri zdravljenju in spremljanju pacientov s FB, pri odkrivanju in ustreznemu diagnosticiranju novih pacientov, pomaga pri izdelavi in vodenju registra pacientov s FB v Sloveniji, vključuje paciente s FB v mednarodna registra, pomaga pri izdelavi smernic za zdravljenje FB, zdravstvenovzgojno poučuje paciente ter njihove svojce, sodeluje pri genetskem in psihosocialnem svetovanju pacientov ter njihovih svojcev, strokovno usposablja zdravstveno osebje, sodeluje pri raziskovalni dejavnosti in predstavljanju rezultatov zdravljenja ter sledi razvoju znanosti na področju FB.

MSCM koordinira zdravstveno oskrbo in storitve za pacienta s FB in njegove svojce z različnimi razširjenimi intervencijami (Mravljak, 2008). Skupaj z multidisciplinarnim timom deluje po mednarodno sprejetih smernicah in protokolih za odkrivanje, zdravljenje, vodenje in spremljanje pacientov s FB. Ker je bolezen redka, mora zdravstveni tim pričakovati letna dopolnjevanja ali spreminjanja smernic glede na prihajajoča nova spoznanja in rezultate preiskav.

### **Koordinacija zdravstvene oskrbe in storitev na Centru za zdravljenje Fabryjeve bolezni**

#### *Potrditev diagnoze Fabryjeve bolezni*

Osebe iz vse Slovenije prihajajo na encimsko in genetsko testiranje za potrditev FB na CZFB v Slovenj Gradec. Kadar obstaja na podlagi kliničnih znakov in simptomov sum na FB ali pa je bolezen že poznana v družini, svetujemo, da osebni zdravnik ali zdravnik specialist po predhodnem telefonskem dogovoru napoti potencialnega pacienta na CZFB. MSCM se dogovori za datum testiranja direktno s testirano osebo ali pa z napotnim zdravnikom. MSCM že nekaj dni pred prihodom potencialnega pacienta organizira odvzem krvi (obvesti

tuje referenčne laboratorije, mednarodno transportno službo, pripravi spremno dokumentacijo ter privolitveni obrazec za testiranje) ter poskrbi za fizični odvzem krvi. MSCM skupaj z zdravnikom potencialnemu bolniku razloži o FB ter poda zloženko o FB.

### **Osnovna obravnava pacientov**

Ko z encimskim in genetskim testiranjem ugotovimo, da ima oseba FB, pacienta o tem pisno obvestimo ter ga skupaj s svojci (če pacient to želi) povabimo na razgovor. MSCM že po protokolu organizira dodatne preiskave različnih organskih sistemov za natančno opredelitev prizadetosti tarčnih organov. Ker se na CZFB vodijo pacienti iz vse Slovenije in le-ti ne poznajo prostorske organiziranosti naše bolnišnice, MSCM osebno vodi pacienta na preiskave. Na isti dan za pacienta organizira do deset ali več preiskav, kar zahteva dobro organizacijo dela vsaj mesec dni vnaprej. Pacient tako v enem dnevu opravi specialističen pregled pri zdravniku internistu, obsežne laboratorijske preiskave krvi in urina, EKG, UZ srca, UZ ledvic, CEM, spirometrijo, okulista, dermatologa, nevrologa. MSCM opravi s pacientom in svojci negovalno anamnezo ter skupaj z njimi ugotavlja negovalne probleme, postavlja cilje, nato načrtuje in izvede ustrezne negovalne intervencije ter vrednoti zdravstveno nego. MSCM pripravi za vsakega pacienta posebej mapo, ki je označena s pacientovimi kraticami in identifikacijsko številko registra. V to mapo, ki je sistematično urejena po različnih sklopih, MSCM zbira vse zdravstvene podatke pacienta. Ko zbere izvide vseh opravljenih preiskav, poskrbi, da zdravnik poda mnenje o pacientovem zdravstvenem stanju in o morebitnih dodatnih preiskavah (MRI, CT, scintigrafija ledvic, ledvična biopsija, psihiater, otorinolaringolog, gastroenterolog, endokrinolog itd.). Rezultati teh preiskav predstavljajo osnovo za uvedbo specifične in dodatne terapije, hkrati pa so osnova za ugotavljanje in sledenje uspešnosti uvedenega zdravljenja (Vujkovic et al, 2006). MSCM skupaj z zdravnikom primarno genetsko svetuje pacientu in njegovim svojcem o FB, če pa potrebujejo še dodatno svetovanje, MSCM sekundarno organizira genetsko svetovanje v ambulanti Službe za medicinsko genetiko v Ljubljani.

### **Zdravljenje in spremljanje pacientov s Fabryjevo boleznijo, ki so na encimskem nadomestnem zdravljenju**

MSCM pri vsakem pacientu s FB pripravi individualni letni načrt zdravljenja in spremljanja v obliki sheme, ki jo posreduje tudi pacientu. MSCM pa je pri načrtovanju zdravljenja tudi fleksibilna, saj če pacient želi priti na zdravljenje in obenem na enega od kontrolnih pregledov izven rednega načrta, mu to tudi omogoči. Encimsko nadomestno zdravljenje (ENZ) poteka ambulantno vsakih štirinajst dni in po mednarodnem protokolu morajo pacienti opraviti trimesečne (zelena barva na shemi), polletne (modra barva na shemi) in letne (rdeča barva na shemi) razširjene specialistične preglede, v sklopu katerih se opravijo različne preiskave. Barvna shema pacienta opozori, kateri pregled sledi. Pri načrtovanju preiskav je MSCM avtonomna, saj jih organizira po protokolu. Ker shemo zdravljenja in spremljanja prejmejo tudi pacienti, lažje načrtujejo vsakodnevne in delovne aktivnosti. MSCM organizira preiskave in preglede v istem dnevu skupaj z aplikacijo ENZ, kar zahteva dobro organizacijo dela (še posebej tedaj, kadar gre za večjo količino preiskav in pregledov) v sodelovanju s pacientom. Poleg rednih preiskav po protokolu ob kontrolnem pregledu pa lahko zdravnik naroči še kakšno dodatno preiskavo ali pregled (npr. pri gastroenterologu).

MSCM ta pregled še isti dan organizira, če je to mogoče, ter poskrbi za prenos informacij gastroenterologu o že predhodno opravljenih preiskavah z namenom, da se preiskave ne bi podvajale. MSCM tako koordinira zdravstveno oskrbo in storitve na način, ki so za pacienta lahko in hitro dosegljive (Mravljak, 2008). Obenem pa poskrbi za ugoden management časa in denarja. Če bolnik želi, MSCM organizira tudi individualne razgovore z zdravnikom in MSCM. Ob vsakokratni aplikaciji zdravila MSCM pred pregledom zdravnika sproži negovalni proces (ugotavlja pacientove potrebe po celostni zdravstveni oskrbi in negi, postavlja ustrezne cilje, načrtuje potrebne intervencije, jih izvede ter vrednoti razrešitev problemov od prejšnjega obiska).

MSCM avtonomno opravi tudi socialno-delovno anamnezo in se po posvetu z zdravnikom poveže s socialno službo ter zavodom za zaposlovanje. Pacient ali svojci v primeru poslabšanja pacientovega zdravstvenega stanja kontaktirajo z MSCM. Ta usmerja pacienta v času akutne hospitalizacije. MSCM obvesti zdravstveni tim o prihodu pacienta in o njegovih težavah, poskrbi za njegovo dokumentacijo, aktivno sodeluje v procesu zdravljenja ter skupaj z zdravstvenim timom sodeluje pri odpustu pacienta.

V tujini obstajajo za paciente s FB brezplačne telefonske linije, kjer se lahko obrnejo na ustrezen zdravstveni kader. Tudi naši pacienti se lahko obrnejo na kontaktno osebo (zdravnik ali MSCM) v rednem in izrednem delovnem času v primeru poslabšanja zdravstvenega stanja.

### **Zdravljenje in spremljanje pacientov s Fabryjevo boleznijo, ki niso na encimskem nadomestnem zdravljenju**

Pacientke s FB prihajajo po pisnem vabilu in prehodnem telefonskem dogovoru na CZFB na letne ali polletne preglede. Pogostost pregledov je odvisna od njihovega zdravstvenega stanja. MSCM organizira preglede in preiskave po mednarodnem protokolu in po posvetu z zdravnikom v istem dnevu. MSCM po potrebi organizira še dodatne preiskave ter spremlja pacientke na preiskave. Ker več kot polovica pacientk prihaja iz drugih koncev Slovenije, se je takšen način obravnave pokazal kot učinkovit in prijazen do njih. Odgovornost pacientk je, da CZFB javljajo zdravstvene spremembe (nosečnost, poslabšanje zdravstvenega stanja ipd.).

### **Koordinacija zdravstvene oskrbe in storitev na daljavo pri pacientih na encimskem nadomestnem zdravljenju**

Pacienti (4 pacienti) se lahko po trimesečnem začetnem zdravljenju na CZFB (če pacient zdravljenje dobro prenaša) zdravijo v lokalni zdravstveni ustanovi. Naloga MSCM je, da v tem času na CZFB organizira izobraževanje in strokovno usposabljanje zdravstvenega osebja lokalne zdravstvene ustanove o aplikaciji zdravila in o pravilnem shranjevanju zdravil. MSCM zdravstveno osebje in pacienta pouči tudi o odgovornostih do CZFB (poročanje o neželenih dogodkih, kot je npr. alergična reakcija na zdravilo, poškodba ampule zdravila, izpustitev aplikacije terapije, sprememba datuma aplikacije terapije, akutno poslabšanje zdravstvenega stanja). CZFB je odgovoren za zdravljenje in odrejanje doze zdravila. MSCM prevzame odgovornost za naročanje, evidenco ter pravočasno dostavo zdravil. MSCM s pacienti mesečno kontaktira ter tako sledi njihovem zdravljenju in počutju, obenem pa dogovori oz. potrdi kontrolni pregled. Pacienti prihajajo vsake tri



mesece na CZFB na kontrolne preglede tako, kot je načrtovano v shemi letnega načrta, ki ga pacienti tudi prejmejo. MSCM organizira te preglede in ustrezne preiskave istočasno z aplikacijo ENZ. Ob akutnem poslabšanju zdravstvenega stanja ali ob pojavu alergične reakcije na zdravilo MSCM po predhodnem obvestilu poskrbi za ustrezno obravnavo pacienta po protokolu (uporaba protokolov je v vseh zdravstvenih organizacijah, kjer se izvaja ENZ, poenotena).

### **Koordinacija zdravstvene oskrbe in storitev na domu pri pacientih na encimskim nadomestnim zdravljenjem**

V tujini kar tretjina pacientov s FB prejema ENZ na svojem domu. Takšna obravnava je pacientu prijazna, saj si ta individualno prilagodi aplikacijo terapije. Po študijah sodeč je aplikacija ENZ na domu varna (Cousins et al, 2008). Pacient (v Sloveniji le eden) lahko prične z zdravljenjem na domu po trimesečnem začetnem zdravljenju na CZFB (če pacient zdravljenje dobro prenaša). MSCM pacienta in/ali svojce (če bodo ti aplicirali zdravilo) v tem času nauči vstavljanja i. v. kanala, pouči jih o pripravi in aplikaciji zdravila, o pravilnem shranjevanju zdravila ter primernem prostoru za aplikacijo zdravila. Pacienti in svojci prejmejo certifikat o usposobljenosti.

Naloge MSCM so v tem primeru podobne, kot pri zdravljenju na daljavo. Razlika je le v tem, da pri zdravljenju na domu usposabljammo svojce oziroma paciente. V primeru neuspešne i. v. nastavitve kanala pacient pokliče MSCM za nasvet, poišče pomoč pri osebnem zdravniku (dogovor!!!) ali pa pride direktno na CZFB. Pacient ima po protokolu tudi zagotovljen 24 urni nadzor (dežurni osebni zdravnik ali pa dežurni zdravnik na Internistični prvi pomoči v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec).

### **Koordinacija zdravstvene oskrbe in storitev v sodelovanju s Pediatrično kliniko**

Od leta 2007 se otroci s FB (osem otrok) zdravijo na Pediatrični kliniki v Ljubljani. Dva otroka prejemata ENZ, ostalih šest pa se spremlja z letnimi pregledi. Eden otrok zaradi oddaljenosti od Pediatrične klinike pod nadzorom pediatrov naše bolnišnice prejema terapijo na CZFB. MSCM naroča, vodi evidenco zdravil ter organizira pravočasno dostavo zdravil za otroka na Pediatrični kliniki. Prav tako delno organizira preiskave in preglede v naši bolnišnici za otroke iz koroške regije in za otroka, ki prejema ENZ na CZFB, tako da jim ni potrebno ostati dva dni na letnem pregledu na Pediatrični kliniki ter nato posreduje izvide na Pediatrično kliniko. MSCM organizira, da otrok, ki prejema ENZ na CZFB, opravi trimesečne in polletne preglede na CZFB in ne na Pediatrični kliniki. Dolžnost MSCM je, da Pediatrični kliniki poroča o neželenih dogodkih in redno dostavlja izvide, Pediatrična klinika pa obratno poroča CZFB o neželenih dogodkih pri ostalih otrocih ter pošlje pisno mnenje o zdravstvenem stanju otrok na podlagi letnih izvidov.

MSCM na CZFB deluje kot koordinator multidisciplinarnega tima. Skrbi, da tim deluje multiservisno povezovalno. Tako je onemogočena razdrobljenost zdravstvene oskrbe za pacienta. Vsi člani tima sodelujejo za dobro pacienta in njihova vloga v timu je enakovredna. MSCM organizira redne sestanke multidisciplinarnega tima na tri mesece. Namen sestankov je vrednotenje zastavljenih ciljev pri posameznem pacientu ter načrt sprememb zdravstvene oskrbe, če je to potrebno. Prav tako so sestanki pomembni za

uvedbo morebitnih izboljšav pri sami organizaciji dela ter za potrebno dopolnitev mednarodnega protokola.

MSCM je pomemben koordinator dela tudi s tujino, predvsem pri vnašanju zdravstvenih podatkov pacientov v mednarodna registra. Ta vloga MSCM na pacienta neposredno ne vpliva, ima pa velik vpliv posredno, saj ti statistično obdelani podatki posledično doprinejajo izboljšave pri koordinaciji zdravstvenih storitev in oskrbi pacienta.

## SKLEP

Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu poudarjajo osrednje naloge in dejavnosti za izboljševanje kakovosti in varnosti pacientov ter usmerjajo ljudi pri vsakodnevnem delu z jasno opredeljenimi odgovornostmi. Uspehi za nenehno izboljševanje kakovosti in varnosti bodo majhni, če se ne bomo zavedali pomembnosti sodelovanja in partnerstva vseh, ki so kakorkoli povezani z zdravstvom. Pri tem sodelovanju je zelo pomembno tudi, da skupaj izberemo model obravnave pacienta, ki se najbolj približa nacionalnim smernicam.

*Case management* – model upravljanja na osnovi primera bolezni je metoda dela, ki se v svetu zelo uspešno vključuje v prakso zdravstvene nege. Tudi pri nas jo že uvajajo v nekaterih bolnišnicah. V Splošni bolnišnici Slovenj Gradec se kot primer dobre prakse najbolj uveljavlja pri zdravljenju Fabryeve bolezni, delno tudi pri ambulantni obravnavi pacientov s srčnim popuščanjem. Z združevanjem organizacijskega in strokovnega znanja je medicinska sestra lahko ekspert na tem področju in s tem omogoči kakovosten, varen in učinkovit prehod pacientov skozi določen segment zdravstvene obravnave.

## LITERATURA

1. Bohinc M, Gradišar M, Cibic D. *Management izidov zdravstvene nege*. Vukovič Goran, *Management in Evropska Unija*; V: 21. znanstvena konferenca o razvoju organizacijskih ved. Portorož: Fakulteta za organizacijske vede Kranj; 2002: 1405-10.
2. Cousins et al. *Home-based infusion therapy for patients with Fabry disease*. *British J Nurs*. 2008; 17 (10): 653-6.
3. Flarey L, Blancett S. *Handbook of nursing case management*. Gathersburg: Aspen Publishers; 1996.
4. Mravljak K. *Case management v ambulanti za srčno popuščanje. Študija primera*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta; 2008:13-4.
5. Vujkovic et al. *Priporočila za odkrivanje in spremljanje Fabryeve bolezni v Sloveniji*. *Zdrav Vest* 2006;75:769-75.



# REHABILITACIJA KRONIČNIH BOLNIKOV – PRIMER DOBRE PRAKSE: REHABILITACIJSKI CENTER BREDA NA NIZOZEMSKEM

*pred. mag. Brigita Putar, viš. med. ses., univ. dipl. org.  
Bolnišnica Topolšica*

## IZVLEČEK

Osnovni cilj rehabilitacije je povrniti bolniku največjo možno mero samostojnosti. To dosegamo s pomočjo izboljšanja telesne zmogljivosti z različnimi oblikami treninga. Bolnik se seznanja s svojo boleznijo, možnostmi in oblikami zdravljenja, načinom prejemanja inhalacijske terapije. Glede na potrebe posameznika se v obravnavo vključuje tudi specialiste drugih področij, kot so: dietetik, delovni terapevt, socialna delavka, psiholog, psihiater, kirurg in drugi. Odločitev o vključitvi v program rehabilitacije je odvisna od zmanjšanja kakovosti življenja, zmanjšanja telesne zmogljivosti, zmanjšanja delovne zmogljivosti, odvisnosti od pomoči pri dnevni aktivnosti, nekompliance pri zdravljenju, psihičnih težav, pogostih obiskov pri zdravniku/hospitalizacij, komorbidnosti, motivacije itd.

**KLJUČNE BESEDE:** rehabilitacija, večdisciplinaren tim, kakovost življenja.

## Rehabilitacijski center Breda

Rehabilitacijsko zdravljenje na Nizozemskem poteka v petih rehabilitacijskih centrih, Breda je tretji največji, vendar vedno v okviru celostnega varstva, v sodelovanju z bolnišnicami ali domovi in njihovimi strokovnjaki, v osnovni zdravstveni negi in oskrbi na domu. Rehabilitacijski center Breda za bolnike pokriva JZ del Nizozemske. **Rehabilitacija vključuje:** preprosto rehabilitacijo, splošno multidisciplinarno rehabilitacijo, specializirane ciljne skupine – usmerjene v multidisciplinarno rehabilitacijo, top specialist rehabilitacijo. Na Nizozemskem je pravica do rehabilitacije skrb za javno zavarovane bolnike in je določena v Cure Insurance Act.

- Rehabilitacija na primarni ravni: fizioterapija 2- do 3-krat na teden, po 1 do 1,5 ure, traja 8-12 tednov
- Rehabilitacija na sekundarni ravni – v bolnišnici: trikrat na teden, 3-4 ure, traja 8-12 tednov.
- Terciarna raven – rehabilitacijski center Breda: v centru 12 tednov vsak dan in ambulantno – 3-krat tedensko.

## Kaj pomeni rehabilitacija za bolnika?

Rehabilitacija stremi k doseganju največje neodvisnosti za bolnika, kar zmanjšuje njegovo ali njeno odvisnost od oskrbe (neformalna oskrba, nega na domu in zdravstvena nega). Največja neodvisnost je dosežena takrat, če je možna ponovna vključitev bolnika v delo, izobraževanje, športne, rekreativne in druge odnose. Za bolnika rehabilitacija pomeni, da lahko deluje čim bolj neodvisno v svojih življenjskih okoliščinah, športnih, rekreativnih in delovnih.

**Glavni vzroki za zdravljenje v centru Breda so:** (prirojene in pridobljene) možganske poškodbe, poškodba hrbtenjače, drugi nevrološki izpadi, amputacije, kronične bolečine, ortopedske težave in poškodbe, revmatizem, bolezni srca in pljuč, kožne poškodbe (opekline) in onkološke bolezni.

## Kaj je Revalidatie Nederland?

Revalidatie Nederland je nizozemsko Društvo za medicinsko rehabilitacijo. Predstavlja sanacijo institucij (centri za rehabilitacijo in rehabilitacijski oddelki v bolnišnicah) in deluje v tesnem sodelovanju z drugimi organizacijami na področju rehabilitacije.



Slika 1 : Logotip Rehabilitacijskega centra Breda (Rehabilitation Centre Breda, 2009).

Fundacija Rehabilitation Center se oblikuje z rehabilitacijskim centrom Breda in Schoondonck – Center pljučne rehabilitacije. SRCB nudi specializirane rehabilitacije, kardiovaskularno rehabilitacijo in pljučno rehabilitacijo za osebe s telesno omejitvijo, za bolezni srca ali kronične pljučne bolezni. Poleg obsežne možnosti za klinično in ambulantno zdravljenje v centru sodelujejo z ustanovami v regiji, pa tudi s šolami za posebno izobraževanje. Moč zdravljenja se nahaja v večdisciplinarnem timu. Različni strokovnjaki obravnavajo rehabilitanta iz različnih zornih kotov. Sestava tima:

- fizioterapevti,
- delovni terapevti,
- logopedi – govor,
- socialni delavci,
- psihologi,

- vzgojitelji,
- medicinske sestre,
- rehabilitacijski tehnični svetovalci in
- spremljevalci.

Program je sestavljen iz: ocene bolnikovega stanja, različnih aktivnosti – rehabilitacija v ožjem pomenu in spremljanja. Poleg zdravnikov, ki delajo v fundaciji, sodelujejo še planski delavci, poslovni sekretarji, strežno osebje, tehnični delavci, uradniki itd. V okviru fundacije Breda je zaposlenih 310 delavcev.

### **Pogoj za rehabilitacijo je prenehanje kajenja bolnika!**

Pljučna rehabilitacija je posebej zasnovana za bolnike s kronično pljučno boleznijo. Izhodišče je individualno prilagojen program, s katerim vodijo skupine bolnikov, ki proizvajajo merljive in trajne rezultate na sprejemljivi ceni za podjetja za zdravstveno zavarovanja. Program ima močan interdisciplinarni značaj. To se pravi, da vsi zdravstveni delavci, ki s svojim prispevkom sodelujejo v programu, uresničujejo posamezne cilje določenega pacienta. Poleg fizične optimizacije so prizadevanja izrecno usmerjena k izboljšanju samoobvladanja. Učenje, kakšno je ustrezno spopadanje s prizadetostjo in invalidnostjo, je ključni vidik programa. To je pogosto ključnega pomena za zmanjšanje vpliva kronične pljučne bolezni na sodelovanje v družbi, pa tudi ključ za pridobitev trajne ozdravitve oziroma izboljšanja stanja. V obdobju ocenjevanja opredelijo bolnikovo telesno zmogljivost, stanje prehranjenosti, pljučno funkcijo, psihično stanje, druge spremljajoče težave. Na osnovi tega se izdelata načrt aktivnosti, ki jih bolnik glede na svoje stanje izvaja bolnišnično oziroma ambulantno (Pulmonary rehabilitation programme of Rehabilitation Centre Breda. RCB; 2006).

Obstajata dve vrsti programa – COMPACT in EXTENSIVE:

- COMPACT – trikrat tedensko po 4 ure (ponedeljek, sredo, petek od 13. do 17. ure) – SCGQ nad 35;
- EXTENSIVE - 5 dni po 12 ur (SCGQ nad 50).

Povprečna starost bolnikov je med 60 in 70 let, 63 % je mlajših od 65 let, zelo malo je starejših nad 80 let. Rehabilitirali so 307 bolnikov v 37 skupinah, uspešno jih je zaključilo 267 – 87 %. Vsak tretji teden povabijo skupino 10 kandidatov – 6 notranjih, ki bivajo v centru, in 4 zunanje kandidate, prihajajo vsak dan, urniki so razdelani, po odpustu rehabilitante spremljajo oziroma kontaktirajo po 3, 6, 12 in 18 mesecih.

Med in po rehabilitaciji spremljajo ključne kazalce, s pomočjo katerih ocenjujejo uspeh in načrtujejo nadaljnje aktivnosti.

Rehabilitacija bolnikov s kroničnim pljučnim obolenjem se je v zadnjih letih močno razvila, saj je teh bolnikov vedno več. Strategije in tehnike, ki se uporabljajo, so vse bolj definirane in njihova učinkovitost potrjena s številnimi kliničnimi raziskavami. Ugotavljajo se znatni pozitivni učinki, ki obsegajo zmanjšanje simptomov, izboljšanje kakovosti življenja, izboljšanje telesne zmogljivosti, neodvisnost od pomoči pri dnevni aktivnosti in zmanjšanje stroškov zdravljenja.

### **Zdravstvene koristi rehabilitacije so:**

- skrajševanje zdravljenja (manj obiskov pri izbranem osebnem zdravniku, nepotrebna ali redkejša napatitev k specialistom ali v bolnišnico, krajše povprečno trajanje bolnišničnega zdravljenja);
- boljše obvladovanje kronične bolezni;
- hitrejša ali uspešnejša obnovitev telesne in duševne sposobnosti;
- preprečitev ali zmanjšanje invalidnosti ali prezgodnje upokojitve;
- upočasnitev poteka neozdravljive bolezni in preprečitev prezgodnje smrti (podaljšanje dobe preživetja);
- povečanje zmognosti osnovne samooskrbe, gibanja, običajnih delovnih in družinskih dejavnosti ter uživanja prostega časa;
- odstranitev ali zmanjšanje strahu in duševne potrtosti.

**Ekonomske koristi:** neposredne (manj javnih izdatkov za zdravstveno dejavnost).

- Kanada: rehabilitacija zmanjša stroške za \$ 344 na osebo letno (Golmohammadi in sod., 2004);
- Nizozemska: zdravljenje bolnika znaša 10.000 EUR, povprečno so 2-3 poslabšanja bolezni – 30.000 EUR za zdravstveno blagajno, rehabilitacija znaša 15.000 EUR, skoraj brez poslabšanj, velik prihranek v zdravstveni blagajni.

### **SKLEP**

Rehabilitacija bolnikov s kroničnim pljučnim obolenjem se postopoma uveljavlja v številnih evropskih državah kot eden temeljev obravnave bolnika s kroničnim pljučnim obolenjem. V različnem obsegu in obliki se vanjo vključujejo bolniki na Nizozemskem, Danskem, v Angliji, Španiji in drugih državah. Številne študije so pokazale, da zelo raznoliki ukrepi lahko vodijo do izboljšanja kakovosti življenja teh bolnikov, njihove zmogljivosti, zmanjšanja porabe zdravil in časa, preživetega v bolnici. Rehabilitacija kroničnih pljučnih bolnikov na nekaterih mestih v Sloveniji že poteka, rehabilitacija mora imeti težnjo po doseganju fizioloških sprememb in ne le sprememb v subjektivnem počutju bolnika. Tak pristop zahteva dobro funkcionalno in večdisciplinarno oceno bolnikov ter individualen pristop na različnih področjih.

### **PRIPOROČENA LITERATURA IN VIRI**

1. *Golmohammadi K, Jacobs P, Sin DD. Economic evaluation of a community-based pulmonary rehabilitation program for chronic obstructive pulmonary disease. Lung. 2004;182(3):187-96.*
2. *Rehabilitation Centre Breda. Zloženka RCB; januar 2009.*
3. *Šuškovič S, Košnik M, Šifrer F in sod. Strokovna izhodišča za smernice za obravnavo bolnika s KOPB. Zdrav Vestn. 2002; 71 (11):697-702.*
4. *The pulmonary rehabilitation programme of Rehabilitation Centre Breda. RCB; 2006.*
5. *Rehabilitation Centre Breda. Dostopno na: [www.rcbreda.nl](http://www.rcbreda.nl) (25.4.2009)*

# PALIATIVNA OSKRBA V BOLNIŠNICI GOLNIK

*Judita Slak, dipl. m. s.*

*Bolnišnica Golnik – KOPA, Negovalni oddelek*

*judita.slak@klinika-golnik.si*

## IZVLEČEK

Paliativna oskrba se ne definira z določeno boleznijo, starostjo bolnika, njegovim prepričanjem in podobnim, temveč temelji na osnovi ocene stanja bolnika s katero koli neozdravljivo boleznijo, ocene izida bolezni ter specifičnih potreb bolnika in njegovih bližnjih. V klinično obravnavo bolnikov v zadnjem obdobju življenja prinaša nova znanja in tudi spremembe obnašanja v klinični praksi, saj omogoča drugačen vpogled v bolnikovo doživljanje življenjske situacije. Spodbuja sodelovanje v timski obravnavi, na novo organizira povezovanje med ravnmi zdravstvenega sistema in prinaša spremembe obnašanja in razvoj najširših stališč do različnosti in minevanja v celotni družbi.

**KLJUČNE BESEDE:** paliativna oskrba, neozdravljivo bolni, zadnje obdobje življenja, umiranje, žalovanje, timska obravnavna

## UVOD

Novo znanje in postopki v sodobni medicini ter sodoben način življenja so zagotovili, da večina ljudi danes umira počasi in v visoki starosti. Še pred nekaj generacijami je večina ljudi umrla hitre smrti, predvsem zaradi okužbe ali poškodbe, po pojavu simptomov napredovale neozdravljive bolezni, kot so rak, sladkorna bolezen ali bolezn srca (Lynn, 2000). Kljub velikemu tehnološkemu razvoju in uspehom sodobne medicine marsikdaj ni ozdravitve. Ko se bolezen razširi, ni več obvladljiva in je postopkio, ne ublažijo težav, temveč predvsem obremenijo bolnika. V takih primerih se v klinično obravnavo kronične neozdravljive bolezni vključi paliativna oskrba.

## Paliativna oskrba

Paliativna oskrba zajema aktivnosti, ki izboljšajo kakovost življenja bolnikov in njihovih družin, ki se soočajo s problemi ob neozdravljivi bolezni, preprečuje in lajša trpljenje, ki ga zgodaj prepozna, oceni in obravnava bolečino in druge telesne, psihosocialne ter duhovne probleme. Osnovna načela v paliativni oskrbi so:

- omogočiti lajšanje bolečine in drugih motečih simptomov,
- priznavati življenje in umiranje kot normalen proces,
- ne pospeševati smrti in je ne zavlačevati,



- vključuje psihološke in duhovne vidike v bolnikovo oskrbo,
- nudi podporni sistem bolnikom, da živijo, kolikor je to le mogoče, dejavno življenje do smrti,
- nudi podporni sistem za pomoč družini med bolnikovo boleznijo in v času žalovanja,
- uvaja timski pristop pri oskrbi potreb bolnika in njegove družine, vključno z žalovanjem (zdravnik, medicinska sestra, socialni delavec, psiholog, fizioterapevt, delovni terapevt, po potrebi še dietetik, duhovnik in prostovoljec),
- izboljša kakovost življenja in s tem lahko vpliva tudi na potek bolezni,
- paliativno oskrbo se vključuje zgodaj v poteku kliničnih faz kronične neozdravljive bolezni skupaj z aktivnim zdravljenjem, npr. med procesom kemoterapije ali obsevanja, ter vključuje tiste preiskave, ki pomagajo k razumevanju in obravnavi kliničnih zapletov (World Health Organization, 2004).

Paliativna medicina je medicinski del paliativne oskrbe. Zajema zdravnikovo obravnavo bolnika med akutno, napredujočo boleznijo z neugodnim izidom, kjer je delovanje usmerjeno v doseganje čim boljše kakovosti življenja z upoštevanjem potreb družine pred bolnikovo smrtjo in po njej s poudarkom na pogovorih in skupnem načrtovanju (National Council for Hospice and Specialist Paliative Care Services, 1995).

V Sloveniji v organiziranosti paliativne oskrbe v javnem zdravstvu močno zaostajamo za vsemi zahodnoevropskimi, pa tudi za nekaterimi vzhodnoevropskimi državami (Lunder, Červ, 2002), vendar zanimanje po znanju o paliativni oskrbi med zdravstvenimi delavci dokazuje, da se vedno bolj zavedamo odgovornosti do bolnikov v zadnjem obdobju njihovega življenja ter do njihovih družin. Zdravstveni sistemi v svetu pa tudi že pri nas se zaradi demografskih premikov in sprememb v vzorcu bolezni vedno bolj posvečajo oskrbi bolnikov z neozdravljivimi, napredujočimi kroničnimi boleznimi vse do konca življenja. V tujini v paliativni oskrbi zelo veliko raziskujejo, se izobražujejo in izboljšujejo kakovost klinične prakse z oblikovanjem standardov in priporočil. V mnogih državah nacionalni strateški programi uvrščajo paliativno oskrbo na prednostno mesto v javnem zdravstvu, tako glede organiziranja kot financiranja. V preteklosti je bila paliativna oskrba namenjena predvsem bolnikom z rakom in njihovim svojcem, sodobni trend spodbujanja nacionalnih programov pa se usmerja v omogočanje paliativne oskrbe vsem bolnikom z napredovano boleznijo (z boleznimi srca, z nevrološkimi boleznimi, s obstruktivnimi pljučnimi boleznimi) in to zgodaj po postavitvi diagnoze neozdravljive bolezni (Clark, 2002).

### **Timski pristop v paliativni oskrbi**

Obravnava bolnika in njegovih svojcev v paliativni oskrbi je celostna. Bolniki in njihove družine se med boleznijo in žalovanjem soočijo z mnogimi težavami, ki lahko povzročajo trpljenje. Te težave lahko v prisposodbi enačimo z ledeno goro. Na prvi pogled se kažejo problemi bolnika kot vrh ledene gore (ocena telesnega stanja – obravnava bolezni in opazovanje simptomov), pomembno je oceniti tudi psihosocialno in čustveno stanje bolnika ter njegove družine. Bistvo paliativne oskrbe je vzpostavitev zaupanja in odprta komunikacija z bolnikom in s svojci. Le na tak način se omogoči celostna oskrba bolnika in svojcev.

Problemi, s katerimi se med neozdravljivo boleznijo in žalovanjem soočijo bolnik in svojci, lahko strnemo v 8 sklopov:

- *primarna bolezen in spremljajoče bolezni;*
- *telesni problemi in simptomi:* raven zavesti, pomičnost, izločanje, čutila, rane, bolečina in drugi simptomi itd.;
- *psihološki problemi:* osebnost, vedenje, motivacija, strahovi, bremena, samopodoba, konflikti itd.;
- *socialni problemi:* kulturne vrednote, verovanja, odnosi, prijatelji, osamljenost, navade, finančni viri, skrbništvo itd.;
- *duhovni problemi:* pomen, vrednote, verovanja, pripadnost, simboli itd.;
- *praktični problemi:* stopnja samooskrbe, domači ljubljenci, transport itd.;
- *oskrba ob koncu življenja, obravnava smrti:* življenjski zaključki, urejanje dediščine, priprave na pričakovano smrt, pričakovanje in obvladovanje fizioloških sprememb v zadnjih dneh življenja, pogreb itd.;
- *izguba, žalovanje:* akutno, pričakovano, načrtovanje žalovanja itd.

Noben posameznik oziroma poklicna skupina nima moči, znanja in sposobnosti za razreševanje tako širokega spektra problemov. Zato je bistvo paliativne oskrbe timski pristop, kjer so vsi člani tima enakovredni partnerji, vsakdo s svojim znanjem in sposobnostjo pripomore k zadovoljevanju potreb in reševanju problemov.

V središču timske obravnave so seveda bolnik in njegova družina s svojimi značilnostmi (demografske značilnosti, etična pripadnost, osebna prepričanja, izobrazba, pismenost, nezmožnost, itd.) kot enakovredni partnerji v timu. Člani interdisciplinarnega tima v paliativni oskrbi so: zdravnik, medicinska sestra, socialni delavec, psiholog, fizioterapevt, dietetik, farmacevt, delovni terapevt in duhovni svetovalec.

Paliativna oskrba mora biti načrtovana, načrtuje se vedno glede na želje ter potrebe bolnika in njegove družine. Naloga paliativnega tima je informiranje bolnika in njegove družine s poštenimi in realnimi informacijami ter zagotavljanje trajne paliativne oskrbe in ukrepov v primeru težav. Proces zagotavljanja paliativne oskrbe vsebuje 6 bistvenih korakov, ki vodijo interakcijo med paliativnim timom in bolnikom ter njegovo družino.

- *Ocena:* zgodovina trenutnih in možnih težav, pričakovanja, potrebe, upanja, strahovi, pregled z ocenjevalnimi lestvicami, s fizičnim pregledom, laboratorijski izvidi, s slikanjem;
- *informiranje:* želja in pripravljenost na informacije, reakcije na informacije, razumevanje, želja po dodatnih informacijah;
- *odločanje:* zmožnost, cilj oskrbe, postavljanje prioritet, možnost zdravljenja z možnostjo dobiti, tveganje, zahteve po opuščanju zdravljenja, nagli smrti itd.;
- *načrtovanje oskrbe:* okolje oskrbe, izvajalec oskrbe, izbor terapije, nujna stanja, odpust, žalovanje;
- *izvedba oskrbe:* tim – sestava, vodenje, koordinacija, izobraževanje, podpora, okolje, nadzor okužb itd.;

- *potrditev*: razumevanje, zadovoljstvo, kompleksnost, stres, težave, vprašanja, zmožnost prisostvovanja pri načrtovanju oskrbe (Wheeler, 2009).

### **Paliativna oskrba v Bolnišnici Golnik**

Paliativna oskrba v Bolnišnici Golnik – Kliničnem oddelku za pljučne bolezni in alergijo (KOPA) se izvaja na Negovalnem oddelku, pa tudi na ostalih bolniških oddelkih bolnišnice, v kolikor premestitev bolnika na Negovalni oddelek ni možna.

Negovalni oddelek je dislocirana enota Bolnišnice Golnik. Stoji v borovem gozdičku na hribu nad bolnišnično stavbo, zato je dostop težje pokretnim in bolnim otežkočen in je možen le z avtomobilom. Zelo je pomembno, da je pri bolnikih, ki so premeščeni na Negovalni oddelek, diagnostično-terapevtski program zaključen, saj je bolnike za morebitne diagnostične preiskave in posege potrebno prepeljati nazaj v bolnišnično stavbo z reševalnim vozilom.

Na negovalnem oddelku je 19 bolniških postelj, od tega je 6 bolniških postelj namenjenih za bolnike, ki so v paliativni oskrbi. Oskrbo teh bolnikov vodi zdravnik – specialist paliativne medicine. V paliativno oskrbo se vključujejo tudi ostali člani zdravstvenega tima ter strokovnjaki drugih področij dejavnosti: medicinska sestra, socialna delavka, fizioterapevt, psiholog, dietetik, farmacevt, ki so člani paliativnega tima. Po potrebi se v paliativno obravnavo vključijo tudi duhovnik in prostovoljci.

Premestitev bolnika iz akutne v neakutno, to je paliativno obravnavo, se izvede s pomočjo klinične poti za neakutno obravnavo bolnika. Potrebe po paliativni oskrbi bolnika se prepoznajo s pomočjo širšega zdravstvenega tima: zdravnik specialist internist, zdravnik specialist paliativne medicine, medicinska sestra z dodatnimi znanji iz paliativne oskrbe, socialna delavka in fizioterapevt. Bolnika in njegovo družino se še pred premestitvijo seznanjajo s potekom bolezni, s prognozo bolezni ter možnostjo paliativne oskrbe. Paliativna oskrba bolnika se izvaja samo v primeru pristanka bolnika in njegove družine.

Ob premestitvi bolnika na negovalni oddelek ima bolnik zaključeno dokumentacijo akutne obravnave. Takoj po premestitvi se na negovalnem oddelku izvede ocena potreb po zdravstveni negi, ki jo naredi medicinska sestra. Postavijo se negovalna diagnoza in realni cilji, ki jih pri bolniku želimo doseči v okviru zdravstvene nege. V proces je vključen tudi bolnik. Socialna delavka naredi začetno oceno potreb po socialni obravnavi in skupaj z bolnikom postavi cilje, enako fizioterapevtka naredi začetno oceno potreb po fizioterapiji in načrtuje cilje.

Glede na ugotovljene potrebe, negovalno diagnozo in zastavljene cilje se načrtuje zdravstvena nega. Načrt je v pisni obliki, se dokumentira, dokumentirajo se tudi izvedene načrtovane aktivnosti zdravstvene nege.

Enkrat na teden se na negovalnem oddelku izvede sestanek interdisciplinarnega tima, na katerem se skupno vrednotijo aktivnosti, ki so bile izvedene, ugotovljajo se nove potrebe bolnika in njegove družine v okviru paliativne oskrbe, postavlja se cilje in načrtuje nadaljnje postopke obravnave. Organizira se sestanek z bolnikom in njegovo družino v prijetno urejenem okolju negovalnega oddelka, seznanjajo jih s cilji in nadaljnjimi postopki obravnave ter pridobi morebitne potrebne podatke. Vse aktivnosti, ki se planirajo v okviru paliativne oskrbe, so vedno v soglasju in z željo bolnika in njegovih svojcev. Planirane in

izvajane aktivnosti se sproti vrednotijo glede na zastavljene cilje, vrednotijo pa se tudi skupno na tedenskem sestanku interdisciplinarnega paliativnega tima. Medsebojno tesno sodelovanje interdisciplinarnega paliativnega tima je bistvenega pomena za dobro in učinkovito oskrbo bolnika in njegove družine.

Za izvajanje paliativne oskrbe se na negovalnem oddelku Bolnišnice Golnik trenutno uporablja klinična pot za neakutno obravnavo bolnika. V izdelavi je klinična pot, ki bo namenjena samo paliativni oskrbi. Ellershaw in Ward (2003) navajata, da mu po izpolnitvi določenih kriterijev glede stanja bolnika sledijo zdravstveni delavci z namenom, da je oskrba veliko bolj učinkovita in prilagojena najpomembnejšim pojavom ob koncu življenja

Ob odpustu paliativnega bolnika v domačo oskrbo je pomembno, da bolniku in svojem zagotovimo trajno paliativno oskrbo in ukrepanje v primeru težav. Zato je zelo pomembna komunikacija s službami na primarni ravni – s patronažno medicinsko sestro, družinskim zdravnikom in z dobrodelnimi nevladnimi organizacijami – *HOSPIC*.

## SKLEP

S spremembo starostne strukture prebivalstva in z načinom poteka sodobnih kroničnih napredujočih boleznih ter socialnih sprememb paliativna oskrba vse bolj pridobiva na pomenu. Kakovost ob koncu življenja bolnikov in žalovanje svojcev je bolj kakovostno, vendar pa bo potrebno vložiti še veliko truda za spremembo stališč, znanja in veščin zdravstvenih delavcev, ki se srečujejo z neozdravljivo bolnimi. Predvsem bi bilo potrebno apelirati na izobraževalni sistem za zdravstvene in socialne poklice, da učenje sporazumevanja, učenje stališč in veščin v času najtežjih situacij za bolnika in njegovo družino, uvrstijo kot prioriteto v program izobraževanja.

Delo z neozdravljivo bolnim in njegovo družino zahteva od zdravstvenega delavca veliko dodatnega znanja, veščin in zelo pozitivno naravnost, obenem pa mu daje priložnost za osebni razvoj in duhovno rast.

## LITERATURA

1. Clark D. *Between hope and acceptance: the medicalisation of dying*. *BMJ*. 2002;324:905–7.
2. Ellershaw J, Ward C. *Care of the dying patient: the last hours or days of life*. *BMJ*. 2003;326:30–4.
3. Lunder U, Červ B. *Slovenia: status of palliative care and pain relief*. *Pain and Symptom Manage*. 2002; 24:233–5.
4. Lynn MD. *Learning to care for people with chronic illness facing the end of life*. *JAMA*. 2000;284:2441.
5. *National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services. Specialist Palliative Care – a statement of definitions. Occasional Paper 8. London; october 1995.*
6. Wheeler MS. *Comprehensive Assessment*. In: Lunder U, ur. *Paliativna oskrba, enotedenski seminar z mednarodno udeležbo, Golnik, 11. – 17. maj 2009. Golnik: Bolnišnica Golnik – KOPA; 2009.*
7. *World Health Organization. Palliative care – Solid facts. Geneva: World Health Organization; 2004.*



# USTNA NEGA PRI BOLNIKU Z MOTNJAMI V POŽIRANJU IN PRI BOLNIKU Z VSTAVLJENIM ENDOTRAHEALNIM TUBUSOM

*Katja Vrankar, dipl. m. s.*

*Bolnišnica Golnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo*

*katja.vrankar@klinika-golnik.si*

## IZVLEČEK

Vsi predeli ustne votline so poseljeni z mikroorganizmi. Pri življenjsko ogroženih bolnikih lahko iz ustne votline izoliramo potencialno patogene mikroorganizme. Ti mikroorganizmi se lahko iz ust razselijo in kolonizirajo pljuča ter povzročijo pri umetno predihavanih bolnikih v Enotah intenzivne terapije z ventilatorjem povezano pljučnico. Zdravje ustne votline ima velik učinek na splošno zdravstveno stanje. Ustno-žrelna kolonizacija je povezana z mnogimi sistemskimi obolenji: kardiovaskularne bolezni, kronična obstruktivna pljučna bolezen, endokarditis in bakteriemija. Pomembnost ustne nege pri bolnikih v Enotah intenzivne terapije je opisana v strokovni in znanstveni literaturi. Večina raziskovalnega dela na področju ustne nege je bila usmerjena na bolnikovo udobje; mikrobiološki in fiziološki učinek umivanja zob v Enotah intenzivne terapije pa ni bil opisan. Obstajata dve možnosti odstranjevanja zobnih oblog in mikroorganizmov ustne flore. To so mehanični postopki: ščetkanje zob in izpiranje ustne votline in direktne farmakološke intervencije z antimikrobnimi sredstvi. Izvajanje ustne nege pri bolniku z vstavljenim endotrahealnim tubusom, pri nezavestnem ali oslabelem bolniku je zahteven postopek v zdravstveni negi, saj imajo bolniki številne spremembe v ustni votlini in so v celoti odvisni od negovalnega osebja.

**KLJUČNE BESEDE:** ustna nega, ustna votlina, endotrahealni tubus, medicinska sestra.

## UVOD

Ustna votlina je normalno pokrita z vlažno, nepoškodovano sluznico, ki je sestavljena iz epitelja, vezivnega tkiva z žilami in živci in plasti gladkih mišičnih vlaken. Pokriva spodaj ležeče organe, zagotavlja vlažnost ust, absorbira vodo, soli in druge snovi. Ustna votlina se začne z ustnicami. Sluznica ust in lic prehaja v dlesen, ki pokriva zobne odrastke spodnje in zgornje čeljustnice. Slina je čista, viskozna tekočina, ki jo izločajo žleze in sluznica; vlaži ustno votlino, začenja prebavo hrane, odstranjuje odmrle celice in bakterije, pomaga pri žvečenju in požiranju hrane, ščiti dlesni in zobovje. Normalna ustna sluznica je vlažna in svetlo rožnate barve.

Zdrava ustna votlina zagotavlja bolnikovo dobro počutje, omogoča mu prehranjevanje in ga varuje pred okužbo. Medicinska sestra pomaga bolniku pri vzdrževanju dobre ustne nege tako, da ga poučuje, katera tehnika čiščenja je najbolj ustreza, oslabelemu in nezavestnemu bolniku pa izvaja higieno ust. Pogostnost ustne nege je odvisna od stanja ustne votline in bolnikovega počutja (Ivanuša, Železnik, 2008).

### **Zdravje ustne votline pri kritično bolnih bolnikih**

Na zdravje ustne votline vplivajo zobne obloge, ustna mikrobna flora in imunska odpornost v ustni votlini. Imunska odpornost v ustni votlini zagotavlja kontrolne mehanizme rasti mikroorganizmov v ustno-žrelnem področju (Grap, Munro, 2004). Normalna flora ustne votline lahko vključuje preko 350 različnih bakterijskih vrst (Berry in sod., 2007).

Bolniki, sprejeti v Enoto intenzivne terapije (EIT), imajo lahko predhodno slabo stanje ustne votline. Nezavestni bolniki ne morejo in ne smejo ničesar uživati skozi usta. Pogosto dihajo skozi usta ali pa imajo umetno dihalno pot, pogosto pa tudi dobivajo hrano po sondi in se zdravijo s kisikovo terapijo. Vse to osuši ustno sluznico, povečuje nabiranje oblog na jeziku, nebu in drugod po ustni sluznici (Ivanuša, Železnik, 2008).

Posledice slabe ustne nege povzročijo zobne obloge, obložen jezik, ustna sluznica se lahko vname. Zaradi izsušenosti ustne sluznice ustnice razpokajo, lahko pride do vnetja ustnih kotov. Pogosta aspiracija poveča nevarnost poškodbe sluznice. Predpisana zdravila imajo nezaželene stranske učinke in povečujejo izsušenost sluznice, antibiotiki spreminjajo ustno floro.

Slaba ustna higiena povzroča še dodatna obolenja, in sicer vnetje ustne sluznice (stomatitis), vnetje ustne sluznice z aftami (stomatitis aphtosa), glivično obolenje (sor), vnetje obušenih slinavk (parotitis). Bolnik z zanemarjenimi usti ima slab apetit, neprijeten zadah in odklanja hrano (Ivanuša, Železnik, 2008).

Temeljni postopki zdravstvene nege, kot so higiena rok, nameščanje bolnika v polsedeč položaj, subglotične aspiracije in zmanjšanje kolonizacij z respiratornimi patogeni, igrajo kritično vlogo pri zmanjšanju incidence z ventilatorjem povezane pljučnice (Berry in sod., 2007).

### **Pripomočki in sredstva za izvajanje ustne nege**

V strokovni in znanstveni literaturi je opisanih kar nekaj sredstev za izvajanje ustne nege pri kritično bolnih bolnikih. Berry in sodelavci (2007) so opisali naslednja priporočila:

- **Klorheksidin glukonat raztopina za ustno sluznico** je sredstvo za odpravljanje oblog v ustni votlini s potencialnim protimikrobnim učinkom (ob tem ne povzroča povečane odpornosti ustnih bakterij) in je učinkovit v nizkih koncentracijah. Klorheksidin glukonat raztopina za izpiranje ustne sluznice ali v obliki gela je bila uporabljena v večih kliničnih raziskavah, predvsem pri kirurških srčnih bolnikih. Klorheksidin ustno prišlo ali spiranje s klorheksidinom sta učinkovita pri zmanjševanju kolonizacije ustne votline z Gram negativnimi bakterijami in naknadne respiratorne okužbe pri kirurških srčnih bolnikih, ki so priključeni na mehanično ventilacijo v EIT.
- **Natrijev (Na) bikarbonat** je sredstvo za čiščenje, ki raztaplja sluz in obloge v ustni votlini. Raziskava, v kateri so raztopino Natrijevega bikarbonata uporabili kot kontrolno

sredstvo v primerjavi s **klorheksidinom**, je pokazala, da je bila pogostnost oblog v ustni votlini 5. dan uporabe večja v skupini, kjer so uporabljali raztopino Natrijevega bikarbonata, vendar 10. dan med skupinama ni bilo zaznane signifikantne razlike.

- Ustna raztopina **vodikovega peroksida** je bila uporabljana v EIT mnogo let brez predhodnega testiranja.
- **Fiziološka raztopina** je bila zaradi nagnjenosti k izsuševanju ustne sluznice izločena iz uporabe kot sredstvo za izpiranje ust. V manjši raziskavi, ki je vključevala 47 bolnikov, sodelujoči fiziološke raztopine kot sredstva za izpiranje ust niso prenašali.
- **Tekoča voda** iz pipe ni primerna za izvajanje ustne nege pri kritično bolnih bolnikih, ker je lahko vir bolnišnične okužbe v bolnišnicah.
- **Sterilna voda**, uporabljena kot sredstvo za izvajanje ustne nege pri kritično bolnih bolnikih je stroškovno ugodna, vendar uporaba sterilne vode ni bila strogo testirana, zato je učinek nejasen.
- Uporabo **zobne ščetke in zobne paste** priporočajo različni avtorji: Pearson, Griffiths, Franklin in drugi. Zobna ščetka in zobna pasta sta bolj učinkoviti od gobice ali tampona za odstranjevanje oblog v ustni votlini. Zobna ščetka mora biti majhna in nežna. Očisti lahko tudi dlesni in jezik; predvsem pri bolnikih, ki imajo občutljive dlesni, je potrebno nežno ščetkanje. Potrebno je temeljito splakovanje zobne ščetke po vsaki uporabi, ker se zobna ščetka smatra kot potencialna nevarnost za kontaminacijo.
- Gobice in tamponi na splošno niso učinkoviti za odstranjevanje oblog v ustni votlini. Ransier svetuje uporabo **gobic ali tamponov, ki so prepojeni s klorheksidinom**, če ni možna uporaba zobne ščetke in zobne paste.
- **Aspiratorji in drugi pripomočki**, npr. gobice, ki se priključijo na aspirator, so v splošnem učinkoviti samo za odstranjevanje sekreta. Uporaba sredstev za izvajanje ustne nege se razlikuje glede na to, ali ima bolnik vstavljen endotrahealni tubus ali ne. Pri intubiranih bolnikih se uporabljajo klorheksidin, natrijev klorid, mešanica peroksida. Pri neintubiranih bolnikih pa se največkrat uporablja umivanje ust z zobno ščetko in zobno pasto (Grap, Munro, 2005).

V Bolnišnici Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo (KOPA) kot sredstvo za izvajanje ustne nege uporabljamo čaj iz **listov žajblja**, ki vsebujejo eterično olje, čreslovine in druge učinkovine, ki delujejo antiseptično in protivnetno, kar je ugodno pri vnetju sluznic. Priporoča se uporaba pri vnetjih dlesni, ustne in žrelne sluznice.

Brez z dokazi podprte zdravstvene nege se v praksi pogosto uporabljajo načini in vzorci dela iz preteklosti in predhodnih izkušenj medicinskih sester (Berry in sod., 2007).

## **Pogostnost izvajanja ustne nege**

Življenjsko ogroženi bolniki imajo v predelu ustne ali nosno-žrelne votline vstavljene različne medicinske pripomočke, kot so: ustno-žrelni tubus, endotrahealni tubus, trahealna kanila in nazogastrična sonda. Če ima bolnik vstavljenega katerega izmed naštetih pripomočkov, se lahko zgodi, da ima zato dalj časa ali neprestano odprta usta. To je stanje, ki lahko pripelje do suhih ust (Xerostomia). Suha usta pa lahko povzročijo tudi stres ali nervozo, v splošnem pa nastane predvsem pri kritično bolnih bolnikih. Pri bolnikih v EIT moramo zato izvajati ustno nego pogosteje, še posebej pri bolnikih z vstavljenim



endotrahealnim tubusom, saj imajo pogosto suha usta, ki vodijo v zbiranje oblog v ustni votlini, zmanjša se pretok sline in imunskih faktorjev. Imunske komponente v slini predstavljajo naravno obrambo proti širjenju mikroorganizmov. Suha ustna sluznica lahko vodi v tekočinsko neravnovesje (Grap, Munro, 2004). Pri takih bolnikih je potrebna ustna nega na 1 do 2 uri, dokler se ustna sluznica ne normalizira (Ivanuša, Železnik, 2008).

V tuji literaturi ni navedenih smernic, ki definirajo pogostnost izvajanja ustne nege. Pogostnost izvajanja ustne nege pri življenjsko ogroženemu bolniku je definirana različno, na vsaki dve do 4 ure ter od enkrat na izmeno (na 8 ur) ali na 12 ur.

### **Ocenjevanje zdravstvenega stanja ustne votline**

Prav tako kot dokumentiranje izvajanja ustne nege je pomembno, da medicinska sestra zabeleži v bolnikovo dokumentacijo zdravstveno stanje ustne votline in vse morebitne spremembe. Fitch in sodelavci (1999) priporočajo ocenjevanje določenih komponent: zobne obloge, vnetja, količina sline, krvavitve, kandidiaze, gnojna vnetja, izpuščaji in karies.

O odstopanjih, poškodbah v ustni votlini in krvavitvah poročamo tudi zdravniku. Grap in Munro (2004) navajata, da se pri izvajanju nege ustne votline največkrat osredotočimo na ugodje in počutje bolnika kot pa na odstranjevanje oblog v ustni votlini in odstranjevanje mikrobov.

### **Položaj bolnika pri izvajanju ustne nege**

Za izvajanje ustne nege se priporočata dva izvajalca in dvignjeno vzglavje za 30° ali več za zmanjšanje tveganja aspiracijske pljučnice pri hospitaliziranih bolnikih. Aspiriranje ustno-žrelne ali želodčne vsebine sta glavna povzročitelja okužb v EIT (Hannenman, Gusick, 2005).

Nezavestni bolniki nimajo žrelnega refleksa zaradi nevroloških izpadov. Nabiranje sline v ustih lahko povzroči zatekanje sline v sapnik, zato lahko bolnik aspirira – taki bolniki morajo ležati na boku. Pri ustni negi bolnika, ki nima žrelnega refleksa, mora biti pripravljen aspirator (Ivanuša, Železnik, 2008).

### **SKLEP**

Razvijanje in standardiziranje postopkov zdravstvene nege in ocenjevalne tehnike niso namenjeni le zbiranju podatkov o pojavnosti posameznih sprememb, ampak tudi ocenjevanju uspešnosti postopkov zdravstvene nege in izboljšanju kakovosti izvajanja ustne nege pri bolnikih.

Dobre klinične raziskave razjasnijo najbolj učinkovite tehnike in sredstva za izvajanje ustne nege pri bolnikih. Prepoznavnost potrebe s strani medicinskih sester po izvajanju ustne nege in zavedanje o pomenu izvajanja sta ključnega pomena pri doseganju ciljev: zagotavljanje dobrega počutja bolnika, preprečevanje kopičenja oblog v ustni votlini, preprečevanje rasti mikroorganizmov.

### **UPORABLJENA IN PRIPOROČENA LITERATURA**

1. *Berry MA, Davidson MP, Masters J. Systematic literature review of oral hygiene practices for intensive care patients receiving mechanical ventilation. Am J Crit Care. 2007;16:552-62.*
2. *Cutler JC, Davis N. Improving oral care in patients receiving mechanical ventilation. Am J Crit Care. 2005;14:389-394.*

3. *Fitch JA, Munro CL, Glass CA, Pellegrini JM. Oral care in the adult intensive care unit. Am J Crit Care. 1999;8(5):314-8.*
4. *Grap MJ, Munro CL. Oral health and care in the Intensive care unit: state of science. Am J Crit Care. 2004;13:25-34.*
5. *Hannenman KS, Gusick MG. Frequency of Oral Care and positioning Of Patients In Critical Care: A Replication study. American Journal of Critical Care. 2005;14:373-86.*
6. *Ivanuša A, Železnik D. Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede; 2008: 123-6.*
7. *Ransier A, Epstein JB, Lunn R, Spinelli J. A combined analysis of a toothbrush, foam brush and a chlorhexidine- soaked foam brush in maintaining oral hygiene. Cancer Nurse. 1995;18(5):393-6.*



# KLINIČNA POT ZA BOLNIKE S PLANIRANIM INVAZIVNIM SRČNIM POSEGOM: SPREMLJAJOČA DOKUMENTACIJA

*Irena Blažič, dipl. m. s.*

*Splošna bolnišnica Izola, Interni oddelek*

*irena.blazic@sb-izola.si*

## IZVLEČEK

Srčna kateterizacija s koronarografijo je invaziven diagnostični postopek, pri katerem se s posebnimi žilnimi katetri, vstavljenimi preko femoralne ali radialne arterije, prikaže anatomijo in fiziologijo srca ter srčno-koronarnega žilja in se tako ugotavlja nepravilnosti ter spremembe. V primeru, da zdravnik – interventni kardiolog ugotovi pomembne zožitve ali celo zapore na koronarnem žilju, lahko nadaljuje s postopkom zdravljenja, t. i. perkutano koronarno intervencijo, pri kateri z balonskim katetrom mehansko razširi zožen del žile in po potrebi vstavi žilno opornico (stent). Bolnik mora biti s posegom seznanjen in se z njim strinjati, pred tem pa mora opraviti določene preiskave. Ves čas ga je potrebno opazovati, nadzirati vitalne funkcije, ugotavljati njegove potrebe in spremembe zdravstvenega stanja ter na osnovi tega načrtovati postopke dela ter jih sproti dokumentirati. Ob koncu mora biti seznanjen z rezultati posega, dobiti mora navodila za nadaljnje ravnanje in napotke za predlagano zdravljenje. Na internem oddelku Splošne bolnišnice Izola smo izdelali klinično pot s spremljajočo dokumentacijo za bolnike z načrtovanim invazivnim srčnim posegom, s čimer smo jim zagotovili standardizirani sistem obravnave in postopkov dela od sprejema do odpusta, obenem pa omogočili dodatno prilagajanje posamezniku in določenemu opravilu.

**KLJUČNE BESEDE:** koronarografija, klinična pot, spremljajoča dokumentacija.

## UVOD

Z invazivnimi srčnimi posegi smo v Splošni bolnišnici Izola (SBI), v sodelovanju z MC Medicor in ekipo iz Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, pričeli v začetku leta 2006. Obravnavali smo predvsem bolnike z vnaprej dogovorjenim, predlaganim posegom, ki so imeli stabilno ali nestabilno angino pektoris ali akutni miokardni infarkt brez dviga ST spojnice in le izjemoma bolnike z ogrožujočim akutnim koronarnim dogajanjem (le-te nemudoma odpeljemo v katetrski laboratorij Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, kjer so izurjeni za tovrstne primere).

V treh letih, od 1. 1. 2006 do 31. 12. 2008, smo opravili skupno 928 koronarografij (250, 329, 349) in od teh približno 43 % (397) perkutanih koronarnih intervencij (PCI); leta 2006

smo jih opravili 113, leta 2007 137 in leta 2008 147. Vstavljenih je bilo 582 stentov, kar je 1,5 na bolnika. Ko smo primerjali dobljene statistične podatke (starost in spol, indikacija, komplikacije, restenoze in dejavnike tveganja), ki jih redno spremljamo, z rezultati drugih evropskih centrov, smo ugotovili, da so posegi pri nas varni in kakovostni.

### **Izdelava dokumentacije**

Za pričetek izvajanja koronarnih intervencij v SBI niso bile dovolj le potrebe bolnikov in želje zdravstvenega osebja, ampak je bilo potrebno pridobiti odobritev vodstva bolnišnice in zdravstvene zavarovalnice, se dogovoriti z MC Medicor za uporabo rentgenološkega aparata, pripomočkov in materialov, pripraviti celoten protokol od uvrstitve bolnika na čakalno listo, načina sprejema, obravnave na oddelku, izvedbe posega in spremljanja po odpustu. Potrebno se je bilo dogovoriti z ekipo izvajalcev (ki so zaenkrat še zunanji) in izobraziti zaposlene ter jih strokovno usposobiti za tovrstno obravnavo bolnikov.

V začetnem obdobju smo pripravili osnovne zahteve in *preliminarno dokumentacijo* za pripravo klinične poti in obravnavo bolnikov. Moramo se pohvaliti z visoko motivacijo in učinkovitim sodelovanjem med zdravniško in zdravstvenonegovalno ekipo ter interventnimi kardiologi ter z razumevanjem vodstva. Opirali smo se na praktične izkušnje, na dognanja drugih centrov in na domačo ter tujo strokovno in znanstveno literaturo.

Naše *glavno vodilo* je bil bolnik in njegove potrebe, tako da dokumentacije nismo razdelili na zdravstveni in negovalni del, ampak na kronološki potek obravnave in spremljanja bolnika. Tako imamo zapisane vse postopke dela in dobljene vrednosti meritev, obenem pa je to tudi neke vrste opomnik, kaj vse je potrebno narediti in na kaj moramo biti pozorni.

Ves potek dela smo po tem *praktično uvajali* v sprejemni ambulantni, na bolniškem oddelku, v katetrskem laboratoriju in intenzivni enoti ter sproti ugotavljali pomanjkljivosti oziroma kaj je potrebno izboljšati, dodati, odvzeti itd. Po enoletnem sodelovanju celotnega zdravstvenega tima smo spremljajočo dokumentacijo *dopolnili* in glede na potrebe in zahteve na novo oblikovali. Čakamo še na uradni prevod pisnih informacij in bolnikovega pristanka v italijanski jezik – glede na to, da živimo na mešano govorečem področju. *Protokol klinične poti* pa je bil nedavno sprejet tudi na strokovnem svetu SBI.

Spremljajočo dokumentacijo klinične poti sedaj sestavljajo naslednji elementi.

- *Pisna navodila za bolnike*

Poleg ustnih informacij so za dobro razumevanje vedno potrebna tudi pisna razlaga in navodila. Vsebujejo kratek opis bolezenskega dogajanja, pripravo in postopke dela pred in med posegom ter po njem, možne komplikacije in nadaljnja navodila ter slikovno podporo. Informacije podajata tako zdravnik kot tudi medicinska sestra – vsak za svoje področje dela.

- *Pisni pristanek na invazivni koronarni poseg*

Bolnik mora biti s posegom seznanjen in se z njim strinjati ter to s podpisom potrditi. Podpiše se tudi zdravnik, ki je bolnika seznanil s posegom in pridobil bolnikov pristanek.

- *Dokumentiranje obravnave bolnika*

Spremljajoča dokumentacija je sestavljena iz treh delov. Prvi je *sprejemni list* z vsemi standardnimi in dodatnimi preiskavami in izvidi ter anamnestičnimi podatki, ki ga izpolni

zdravnik, ter meritvami in pripravo bolnika, ki jih opravi in izpolni medicinska sestra. V drugem delu se beležijo postopki dela in rezultati ter navodila delovne ekipe v *katetrskem laboratoriju*. Tretji del pa je *negovalna dokumentacija vodenja bolnika po posegu*, ki je namenjena opazovanju in beleženju bolnikovega stanja in vitalnih funkcij, navaja potrebna opravila po posegu ter opisuje morebitne komplikacije.

In kakšni so naše *nadaljnje delo in cilji* – predvsem uvajanje novosti pri postopkih dela in obravnavi bolnikov, analitično spremljanje kakovosti dokumentacije in upoštevanje odzivov in predlogov tako delovne ekipe kot bolnikov. Tu si zelo želimo sodelovanja vseh diagnostičnih centrov v Sloveniji in poenotenje dela in dokumentiranja na ravni države.

V načrtu imamo prenos dokumentacije v elektronsko obliko, tako da bi bila del računalniškega zapisa. Tako bi bili vsi podatki lažje dostopni (izognili bi se iskanju starih popisov) in bi jih bilo možno statistično spremljati. Naša želja je tudi, da bi postopoma v celoti prevzeli delo v katetrskem laboratoriju, za kar se že izobražujemo.

## SKLEP

Z izdelavo klinične poti in spremljajoče dokumentacije za bolnike s planiranim invazivnim srčnim posegom smo vsem bolnikom zagotovili standardizirani sistem obravnave in postopkov dela od sprejema do odpusta, obenem pa omogočili dodatno prilagajanje posamezniku in določenemu opravilu. Naše glavno vodilo je bil bolnik in njegove potrebe, tako da dokumentacije nismo razdelili na zdravstveni in negovalni del, ampak na kronološki potek obravnave in spremljanja bolnika. Zavedamo se, da je proces dela živo dogajanje, ki se ves čas spreminja, zato se nikakor ne smemo zadovoljiti z doseženim, ampak moramo glede na ugotovitve, predloge in napredek graditi naprej.

### **Za sodelovanje in pomoč se še enkrat zahvaljujem:**

Nataši Černič Šuligoj, dr. med., Hrvoju Reschnerju, dr. med., Loredani Mejak, dipl. upr. org. in medicinskim sestram kardiološkega oddelka Splošne bolnišnice Izola.

## PRIPOROČENA LITERATURA

1. *Canobbio MM. Cardiovascular disorders. Mosby: Sain Luis, 1990: 1-76.*
2. *Čančar K. Vloga medicinske sestre v kateterizacijskem laboratoriju. Diplomksa naloga. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 1999.*
3. *Kocjančič A, Mrevlje F, eds. Interna medicina. Ljubljana: EWO in DZS, 1998: 81-100.*
4. *Medicinska sestra v invazivni srčni dejavnosti: zbornik povzetih predavanj. Brdo, 1998*
5. *Noč M, Mohor M, eds. Akutni koronarni sindrom: priporočila za obravnavo v Sloveniji. Bled, 2007; 2008; 2009.*
6. *Novosti pri zdravljenju pacientov z akutnim miokardnim infarktom: zbornik predavanj. Zbornica zdravstvene nege Slovenije; Radenci, 2004*
7. *Poklicna in osebna rast medicinske sestre ob kardiološkem bolniku: zbornik predavanj. Radenci, 2002.*
8. *Prvi slovenski internistični kongres medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov z mednarodno udeležbo: zbornik predavanj in posterjev. Terme Čatež, 2002, 17-51*
9. *Sodobni pristop k zdravstveni negi kardiološkega bolnika: zbornik predavanj. Dobrna, 2000.*
10. *Watson S. Invasive cardiology: A manual for Cath Lab Personnel. Birmingham, Michigan: Physicians Press, 2000.*



# ŠIRITEV MREŽE JAVNO DOSTOPNIH AVTOMATIČNIH ZUNANJIH DEFIBRILATORJEV IN NJIHOVA USPEŠNA UPORABA

*Primož Krajnc, dipl. zn.*

*Zdravstveno-reševalni center Koroške*

## IZVLEČEK

Na Koroškem je pobudo za širitev mreže javno dostopnih avtomatičnih defibrilatorjev prevzel Koronarni klub Mežiške doline in v ta namen ustanovil strokovno skupino. V letu in pol nam je v mrežo uspelo vključiti 23 avtomatičnih defibrilatorjev ter ob tem izobraziti večje število laikov in zdravstvenih delavcev za izvajanje temeljnih postopkov oživljanja z uporabo avtomatičnega defibrilatorja. Pri izobraževanju laikov, ki je zelo zahtevno in odgovorno delo, smo se že na začetku povezali z Zdravstveno-reševalnim centrom Koroške in Rdečim križem. Pričeli smo izvajati brezplačne tečaje temeljnih postopkov oživljanja z uporabo avtomatičnega defibrilatorja v občini Ravne na Koroškem, nato pa smo tečaj razširili na celo Koroško ter s tem vzpodbudili vso Slovenijo. Avtomatični defibrilator, ki je bil prvi nameščen na javnem mestu, so slaba dva meseca po namestitvi uspešno uporabili in s tem rešili življenje 56-letniku, ki mu je pri delu »ponagajalo« srce – fibrilacija srca. Ugotavljamo, da je avtomatični defibrilator varen, preprost, uporaben in učinkovit aparat, ki rešuje življenje. Še posebej pomembno pa je, da je avtomatični defibrilator zelo zanesljiv in varen, tudi ko ga uporablja poučen laik.

**KLJUČNE BESEDE:** avtomatični defibrilatorji, defibrilacija, medicinska sestra, tečaji temeljnih postopkov oživljanja, občina Ravne na Koroškem

## UVOD

Vsak dan v Sloveniji doživi nenaden srčni zastoj približno 10 ljudi. Najpogosteje zastoji nastanejo pri moških med 45. in 75. letom starosti, lahko pa tudi pri mlajših. 5 do 6 jih takoj umre (Ploj, 2006). Ta visoka umrljivost je posledica občutljivosti možganov in srca na pomanjkanje kisika, saj kri med srčnim zastojem ne kroži po žilah in tako ne oskrbuje srca in možganov s prepotrebni kisikom. Preživetje je torej odvisno od čimprejšnje povrnitve krvnega obtoka.

V več kot 90 % teh primerov so prisotne priče, na primer svojci, očividci, naključni mimoidoči, skratka nekdo, ki bi lahko takoj priskočil na pomoč z izvajanjem temeljnih postopkov oživljanja (TPO). Vendar se to zgodi v manj kot 20 % (Ploj, 2006).



Da bi spremenili ta trend na bolje, je potrebno dvoje: mreža javno dostopnih avtomatičnih zunanjih defibrilatorjev in osveščanje ter še posebej izobraževanje vseh prebivalcev na brezplačnih tečajih temeljnih postopkov oživljanja z uporabo avtomatičnega defibrilatorja.

Namen prispevka je predstaviti širitev mreže javno dostopnih avtomatičnih zunanjih defibrilatorjev in njihovo uspešno uporabo.

### **Avtomatični zunanji defibrilator**

Avtomatični zunanji defibrilator (automated external defibrillation – AED) je naprava, ki prepreči fibrilacijo srca s tem, da preko elektrod, ki jih namestimo na sprednjo steno prsnega koša, ustvari močan električni sunek, ki »resetira« srce ter omogoči njegovo normalno bitje. Opremljen je z nazornimi slikovnimi prikazi uporabe ter nas glasovno vodi v slovenskem jeziku (Ploj, 2006).

Za razliko od defibrilatorjev, ki jih prikazujejo v raznih nadaljevankah (Talenti v belem ipd.), ki so zapleteni za uporabo, je AED izredno preprost, saj sam analizira srčni ritem in presodi, ali je električni šok potreben. Potrebno je le namestiti elektrode in slediti navodilom.

### **Kdaj uporabimo avtomatični zunanji defibrilator?**

Avtomatični zunanji defibrilator uporabimo v naslednjih primerih:

- v vseh primerih nenadnega srčnega zastoja pri človeku, ki se nenadoma zgrudi in obleži;
- ko se ta oseba ne odzove na klic;
- ko ta oseba ne naredi normalnega vdiha med nekajsekundnim opazovanjem, ko smo mu sprostili dihalne poti (ERC, 2006).

### **Kako deluje avtomatični zunanji defibrilator?**

Delovanje avtomatičnega zunanjskega defibrilatorja:

- varen pristop,
- preverimo odzivnost,
- klic na pomoč,
- sprostimo dihalne poti,
- preverimo dihanje,
- klic 112,
- prilepimo elektrode, ki so nameščene v aparatu,
- sledimo glasovnim navodilom AED-ja (ERC, 2006).



Slika 1. Prižgemo AED (ERC, 2006)



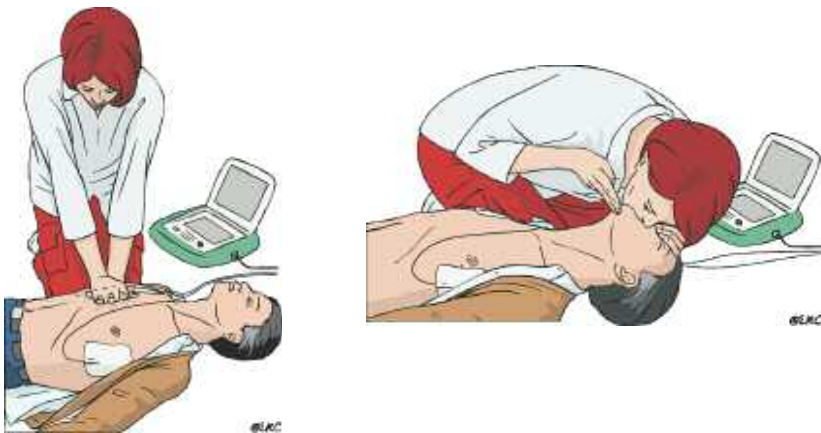
Slika 2. Prilepimo elektrode na prsni koš (ERC, 2006)



Slika 3. Analiza ritma, ne dotikajmo se pacienta (ERC, 2006)



Slika 4. Sprožimo šok (ERC, 2006)



*Slika 5 in 6. Sok sprožen; sledimo navodilom AED (ERC, 2006)*



*Slika 7. Če prične oseba normalno dihati, jo namestimo v položaj nezavestnega (ERC, 2006)*

### **Avtomatični zunanji defibrilatorji na Koroškem**

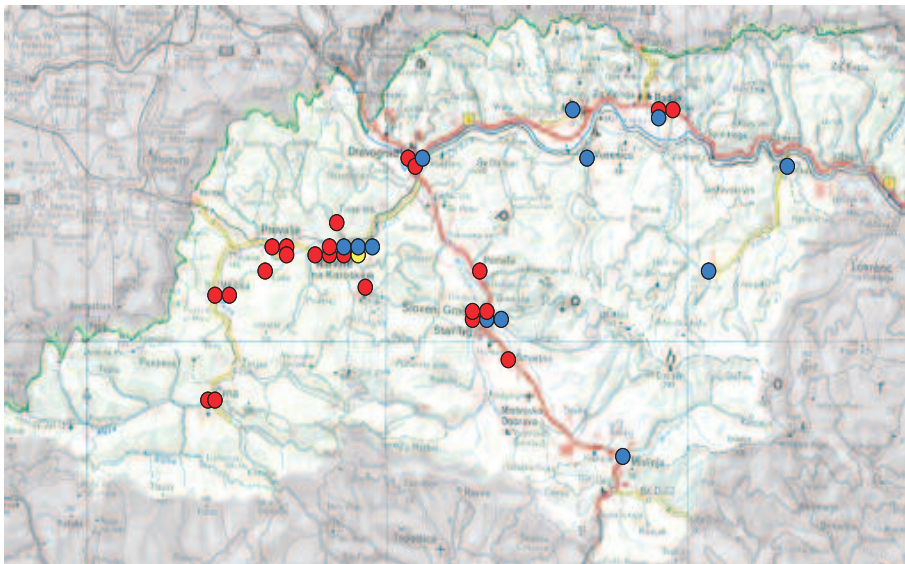
Koroška obsega 1040 km<sup>2</sup> površine in ima približno 75.000 prebivalcev, živečih v treh dolinah: Dravski, Mislinjski in Mežiški. NMP zagotavlja eno PHE, dve ekipi 1B in dve enoti 1A. V letu 2007 smo zabeležili skupno 26 reanimacij, od tega 8 ROSC (30,8 %), odpust iz bolnice 2 (7,7 %), eden od teh po defibrilaciji z AED. V letu 2008 pa smo zabeležili skupno 28 reanimacij, od tega 6 ROSC (21,4 %), odpust iz bolnice 2 (7,2 %) (Arhiv ZRCK, 2008).

Leta 2007 je Zveza koronarnih društev in klubov Slovenije (ZKDKS) podelila svojim članom 10 AED-jev, ki naj bi služili v primeru potrebe pri telesni vadbi srčnih bolnikov. V Koronarnem klubu Mežiške doline (KKMD) smo se zaradi številnih dislociranih skupin odločili za namestitev enega AED-ja na javnem kraju (14. 5. 2007), in sicer pri bankomatu NLB v Mežici.

## Lokacije avtomatičnih zunanjih defibrilatorjev na Koroškem

Na zemljevidu Koroške so prikazane trenutne lokacije javno dostopnih AED-jev, prav tako tudi AED-jev, ki so nameščeni v zdravstvenih domovih in podjetju.

# KOROŠKA : 1040 km<sup>2</sup>, 75.000 prebivalcev



- Javno dostopni AED
- AED v zdravstvenem domu/ustanovi
- AED v podjetju

Slika 8. Zemljevid Koroške (Arhiv ZRCK, 2007)

### LOKACIJE JAVNO DOSTOPNIH AED NA KOROŠKEM

1. Črna na Koroškem: CUDV, 02/87-04-057, Center 144, 2393 Črna na Koroškem (LIFEPACK CPR 500)
2. Črna na Koroškem: Vhod v NLB , Center 23, 2393 Črna na Koroškem (ZOLL AED+)
3. Mežica: Vhod v NLB, Trg svobode 16, 2392 Mežica (ZOLL AED+)
4. Mežica: GRS, mobilna enota: 041/741-833 Oderlap F., 040/299-731 Gorjanc J. (LIFEPACK 1000)
5. Prevalje: Vhod v NLB, Trg 1/a, 2391 Prevalje (ZOLL AED+)
6. Prevalje: LEK ( pri vartarju, 02/82-46-300), Perzonali 47, 2391 Prevalje (LIFEPACK 1000)

7. Prevalje: Dom starejših, Na Fari 50, 2391 Prevalje, 02/82-40-416, GSM: 031/322-514 (SCHILLER)
8. Leše nad Prevaljami: Vhod v OŠ Leše, Leše 3, 2391 Prevalje (SCHILLER)
9. Ravne na Koroškem: Športni zavod, 02/82-23-332, reševalec: 040/800-429, Na gradu 6, 2390 Ravne (ZOLL AED+)
10. Ravne na Koroškem: vhod v TUŠ supermarket Ravne, Prežihova 5, 2390 Ravne (ZOLL AED+)
11. Ravne na koroškem: vhod v INTERDISKONT, Partizanska 15, 2390 Ravne (ZOLL AED+)
12. Ravne na Koroškem: Mercator, Dobja vas 126, 2390 Ravne na Koroškem (ZOLL AED+)  
(\*)
13. Ravne na Koroškem: »pri Brigiti«, Tolsti vrh 103, 2390 Ravne na Koroškem (ZOLL AED+)
14. Kotlje: vhod v pošto Kotlje, Kotlje 3/d, 2394 Kotlje (ZOLL AED+)
15. Slovenj Gradec: HOTEL »VABO«, Glavni trg 43, 2380 Slovenj Gradec (CARDIAC SCIENCE)
16. Slovenj Gradec: Mercator, Ronkova ulica 4a, 2380 Slovenj Gradec (ZOLL AED+)  
(\*)
17. Slovenj Gradec: »Mobitel«, PTC KATICA, Ronkova ulica 4, 2380 Slovenj Gradec 041/700-205 (SCHILLER)  
(\*)
18. Dravograd: Trg 4. julija 4, 2370 Dravograd (ZOLL AED+PRO)
19. Dravograd: Vhod v NLB, Trg 4. julija 44, 2370 Dravograd (ZOLL AED+)
20. Radlje ob Dravi: Dom starejših, Koroška cesta 67a, 2360 Radlje ob Dravi (SCHILLER)
21. Šmartno pri Slovenj Gradcu: Gasilski dom, Šmartno pri Slovenj Gradcu 70, 2383 (ZOLL AED+)
22. Radlje ob Dravi: GRS, mobilna enota: 041/567432 Mihev J., 031/616896 Rac K. (LIFEPACK CPR 500)
23. Pameče pri Slovenj Gradcu: Gasilski dom, Pameče 129, 2380 Slovenj Gradec (CARDIAC SCIENCE)

#### **AED V ZDRAVSTVENEM DOMU/USTANOVİ:**

- Ravne na Koroškem: Zdravstveni dom – dežurna ambulanta, Ob Suhi 11, 2390 (ZOLL AED+)
- Ravne na Koroškem: zasebna ambulanta dr. Osojnik, Ob Suhi 5/b, 2390 (ZOLL AED+)  
(\*)
- Ravne na Koroškem: Zavod za zdravstveno varstvo, Ob Suhi 5/b, 2390 (ZOLL AED+)  
(\*)
- Slovenj Gradec: MC Jezernik, Stari trg 7, 2380 (SCHILLER)  
(\*)
- Slovenj Gradec: Zdravstveni dom – dežurna ambulanta, Partizanska pot 16, 2380 (ZOLL AED+PRO)
- Mislinja: Zdravstveni dom, Šentlenart 34, 2383 (ZOLL AED+PRO)  
(\*)
- Dravograd: Zdravstveni dom – dežurna ambulanta, Trg 4. julija 4, 2370 (SCHILLER)  
(\*)
- Vuzenica: Zdravstveni dom, Mladinska ulica 17, 2367 (HEARTSTREAM AGILENT FR2)  
(\*)
- Muta: zasebna ambulanta dr. Todorovič, Trg 47, 2366 (ZOLL AED+)  
(\*)

- Podvelka: Zdravstveni dom, Podvelka 6, 2363 (HEARTSTREAM AGILENT FR2) (\*)
- Ribnica na Pohorju: Zdravstveni dom, Ribnica na Pohorju 1, 2364 (LIFEPACK CPR 500)(\*)
- Radlje ob Dravi: zasebna ambulanta dr. Podrzavnik I., Mariborska 37, 2360 (LIFEPACK CPR 500) (\*)

## **AED V PODJETJU:**

1. Ravne na Koroškem: PETROL ENERGETIKA, kotlovnica 02/8706-136, Koroška c. 145, 2390 (CARDIAC SCIENCE)

(\*) – **V času obratovanja.**

## **Strokovna skupina za širitev mreže javno dostopnih avtomatičnih zunanjih defibrilatorjev na Koroškem**

Že mesec dni po namestitvi prvega AED smo s pomočjo tega aparata rešili življenje 56-letniku, pri katerem je med delom prišlo do nenadne srčne odpovedi. To dejstvo in problematika dostopnosti ekipe nujne medicinske pomoči (NMP) na Koroškem nam je pomagala, da smo takoj prevzeli pobudo pri širitvi **mreže javno dostopnih AED** na Koroškem in v ta namen ustanovili strokovno skupino znotraj Koronarnega kluba Mežiške doline po zgledu razvitih držav na tem področju. Strokovno skupino vodi mentorica kluba, Cirila Slemenik Pušnik, dr. med., spec. inter., člani pa smo poleg predsednika društva, g. Ivana Žagarja, še trije reševalci Zdravstveno-reševalnega centra Koroške, Primož Krajnc, dipl. zn., Mitja Hercog, zt. in Peter Kordež, zt. Vsi delujemo prostovoljno.

Organiziranje strokovnih predavanj in predstavitev TPO in AED smo dopolnili še z aktivnostmi za širitev mreže **AED Koroška**. Vzporedno s pobudami za nakup in namestitve novih AED, ki jih pošiljamo v občine, podjetja, k zasebnikom ..., smo poizvedovali o aparatih, ki so že bili v raznih ustanovah (zdravstvenih, negovalnih, športnih ...) in jih vključili v mrežo javno dostopnih, kjer je bilo to mogoče. Odziv lokalnih skupnosti je presenetljivo dober in kljub posameznim negativnim primerom ter v zadnjem času recesiji nam uspeva širiti pokritost in prepoznavnost. Ravno v teh dneh vključujemo v mrežo **AED Koroška** že triindvajseti AED. Vztrajno vzpodbujamo prebivalce preko vseh medijev k aktivnemu sodelovanju pri širjenju mreže javno dostopnih AED ter prepoznavanju stanja in izvajanja TPO z uporabo AED na terenu. Sedaj ob znatnem številu teh naprav in mnogih predstavitev, tečajih ter drugih aktivnostih strokovne skupine zanimanje za aktivno sodelovanje narašča.

## **Aktivnosti strokovne skupine so naslednje:**

- **lokacije** – evidentiranje obstoječih in novih primernih lokacij za AED (oddaljenost od NMP, poseljenost itd.);
- **pobude** – občinam, lokalnim skupnostim, podjetjem, zasebnikom, društvom, ustanovam, itd.;
- **ponudbe** – pomagamo s svetovanjem, prepustimo odločitev o nakupu in izbiri ponudnika investitorju;
- **nakup** – pomagamo pri nakupu z zbiranjem sredstev, s prevozom, dostavo, itd.;

- **namestitev** – svetujemo, pomagamo, organiziramo in izvajamo namestitve AED, omaric, kamer, označevalnih in usmerjevalnih tabel, itd.;
- **nadzor** – nadziramo aparate, vodimo evidence, spremljamo primere uporabe, itd.;
- **predstavitve** – organiziramo in izvajamo predstavitve TPO in AED po vsej Koroški ter izven;
- **tečajji TPO in AED** – organiziramo brezplačne tečaje TPO in AED za občane predvsem seveda tam, kjer je že nameščen AED, pa tudi sicer v sodelovanju z ZRCK za zdravstvene delavce, gasilce, vzgojitelje/ice, učitelje/ice, itd.;
- **predlogi in pobude** – na Ministrstvo za zdravje posredujemo predloge in pobude za ureditev področja javno dostopnih AED;
- **prepoznavnost** – preko vseh medijev skušamo približati model širši javnosti, preko spletne strani [www.zrck.si](http://www.zrck.si), v izdelavi je plakat 70x100 cm s predstavitvijo mreže, lokacijami in prikazom TPO in AED.

Predstaviti želimo model vodenja mreže javno dostopnih AED na Koroškem, ki je s svojo uspešnostjo postal zgled mnogim regijam, predvsem pa ostalim društvom srčnih bolnikov, združenim v ZKDKS, ki imajo skupaj 25 AED-jev (+ 15 vadbenih AED). Z organiziranjem podobnih strokovnih skupin v teh društvih nastaja močna strokovno podprta in visoko motivirana osnova za graditev mreže javno dostopnih AED v Sloveniji, pri tem pa se ne naslanjamo samo na kader v društvih, ampak skušamo v prvi vrsti privabiti zdravstvene delavce, ki se vsakodnevno srečujejo s problematiko nujnih stanj in z defibrilatorjem. Ne smemo pozabiti študentov medicine, ki s svojim angažiranjem na področju obnovitvenih tečajev TPO in AED in skrbjo za bazo podatkov o AED v Sloveniji prispevajo velik delež k prepoznavnosti in pomembnosti te tematike.

Naša želja je združiti vse zainteresirane v enoten sistem, tak sistem pa bi potreboval koordinatorja na ravni države, da bi urejal delovanje posameznih (regijskih) strokovnih skupin, usklajeval njihove usmeritve, svetoval in pomagal. Zelo pomembno pa je približati vsem prebivalcem pomen hitrega ukrepanja ob nujnih stanjih in jim ponuditi brezplačno izobraževanje na tem področju v obliki tečajev TPO in AED po smernicah ERC.

### **Ne izgublajmo časa! Le skupaj smo lahko še boljši!**

#### **Predstavitev primera**

Pri delu se je nenadoma zgrudil 56-letni moški, do takrat povsem zdrav. Nekaj trenutkov je ležal negibno, na tresenje sodelavcev se je zavedel in delovodja ga je s svojim avtom prepeljal v bližnjo ambulanto. Moški je tožil zaradi bolečine v prsih, težko je dihal. Od tam so poklicali PHE (12:28). Ob opravljanju EKG-ja je izgubil zavest in prenehal dihati (prišlo je do ventrikularne fibrilacije - VF). Osebjem je pričelo z masažo srca, ena od medicinskih sester pa je stekla po avtomatični zunanji defibrilator, nameščen na stavbi banke, oddaljeni 500 m (vključen ob 12:33:05). Le 30 sekund pozneje je bil sprožen sunek električnega toka, ki je vzpostavil spontani ritem, pacient je zadihal. Dobil je terapijo. PHE je prispela na kraj dogodka ob 12:40, 12 minut po klicu (13 km katastrofalne magistralke). Bolnik je dihal s frekvenco 12/min, pulz 74, RR 130/70, SpO<sub>2</sub> 94 % brez dodatnega kisika, KS 12,2 mmol/L (AED je bil odklopljen ob 12:44, ko je bil priključen na aparat iz rešilnega vozila). Nato se je pacientovo stanje pričelo slabšati, EKG je potrdil AMI, AF(?), DKB (12:54). Pacient je izgubljal

zavest, zato je bila potrebna intubacija. Nato je ponovno prišlo do motnje srčnega ritma (VF). Takoj je bila izvedena ponovna defibrilacija z 200 J, ki je trenutno povrnila normalni srčni ritem. Ob dajanju terapije se je VF ponovila, po tretji defibrilaciji s 300 J pa se je stanje izboljšalo, pacient je spontano zadihal ter prišel k zavesti. Močno ga je motil tubus, zato so ga ekstubirali. Pacient je dobil še vso potrebno terapijo, ob 13:30 pa so ga že odpeljali v Univerzitetni klinični center Maribor. Brez resnejših zapletov med vožnjo so prispeli v Maribor ob 14:35 (82 km, 65 minut), kjer so opravili koronarografijo in dilatacijo zožene arterije (RCA) ter vstavili stent. Gospod danes živi aktivno življenje ter opravlja delo in vsakdanja opravila brez resnejših posledic oziroma težav.

## RAZPRAVA

Na pobudo Slovenskega združenja za urgentno medicino (SZUM), ki podpira nameščanje avtomatičnih zunanjih defibrilatorjev na javna mesta v Sloveniji, ter po zgledu akcij »POMAGAM PRVI« in »SEKUNDE REŠUJEJO« je na Koroškem to pobudo prevzel Koronarni klub Mežiške doline, ki šteje več kot 160 članov in ducat usposobljenih vaditeljev telesne vadbe, pretežno diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov ter zdravstvenih tehnikov. Vsi so usposobljeni za izvajanje TPO in AED. ***Delujemo prostovoljno!***

Preko Zveze koronarnih društev in klubov Slovenije, ki je konec leta 2006 kupila 10 AED za potrebe večjih klubov in njihovih članov, ki se udeležujejo telesne vadbe, smo enega dobili tudi na Koroško. Zaradi narave organiziranosti Koronarnega kluba Mežiške doline (6 dislociranih skupin) je bila odločitev za namestitev AED-ja na javnem kraju veliko lažja, kar se je izkazalo kot zelo dobra odločitev, saj so aparat uspešno uporabili že slaba dva meseca po namestitvi in z njegovo pomočjo rešili življenje 56-letniku, ki mu je med delom »ponagajalo« srce. Uspeh je le še podprl prizadevanja za širitev mreže javno dostopnih AED na Koroškem. Vanjo je do danes (29. maja 2009) vključenih že 23 aparatov. Več informacij o mreži javno dostopnih AED-jev na Koroškem lahko najdete na spletnem naslovu [www.zrck.si](http://www.zrck.si).

Nakup in nameščanje AED pa se je izkazalo za lažji del naloge. Tudi cena AED-ja (okoli 2000 €) je zanemarljiva v primerjavi s človeškim življenjem. Ob tem je namreč veliko težje obveščati in osveščati ljudi o pomenu in načinu uporabe AED ob oživljanju, kar izvajamo v delavnicah TPO in AED ob vsaki postavitvi AED ter tudi sicer v sklopu predavanj zdravnikov o srčno-žilnih boleznih in dejavnih tveganja zanje. V ta namen smo formirali strokovno skupino kluba, ki jo sestavljamo mentorica - vodja projekta mreže javno dostopnih AED, diplomiran zdravstvenik in dva zdravstvena tehnika ter predsednik Koronarnega kluba Mežiške doline. Strokovna skupina organizira in vodi predstavitve in delavnice TPO in AED na Koroškem in drugod po Sloveniji. Pod okriljem SZUM smo skušali izšolati inštruktorje TPO in AED, a žal zaenkrat še ni prišlo do realizacije. Povezali smo se z ZRCK in Rdečim križem ter občinam podali pobudo o organiziranju brezplačnih tečajev TPO in AED za občane. ZRCK je prevzel izobraževanje zdravstvenih delavcev, gasilcev, učiteljev, vzgojiteljev itd. Nudi tehnično podporo in kader za izobraževanje laikov v 4- do 5-urnih tečajih po 15-20 tečajnikov, ki se na koncu preizkusijo v praktičnih primerih TPO in AED po smernicah ERC iz leta 2005. Predavatelji so bodisi zdravniki bodisi diplomirani zdravstveniki in zdravstveni tehniki ZRCK s končanim tečajem dodatnih postopkov oživljanja ALS ERC.



## SKLEP

Do danes je Zveza koronarnih društev in klubov Slovenije kupila dodatnih 25 AED in 15 učnih aparatov za potrebe svojih klubov po Sloveniji, kjer teh naprav še nimajo. Pred razdelitvijo aparatov skušamo prenesti model mreže javno dostopnih AED na Koroškem tudi na druge regije preko tam delujočih društev in klubov srčnih bolnikov. Pri tem se srečujemo s težavami, saj je težko od nekoga pričakovati, da bo deloval prostovoljno. Zato apeliram na vse, ki delujejo v NMP, še posebej reševalce in zdravnike, ki vedo, kakšnega pomena sta hitra defibrilacija ob VF in izvajanje TPO pred prihodom ekipe NMP, da se vključijo v izobraževanje laikov v TPO in AED ter v promocijo širitve mreže javno dostopnih AED v Sloveniji. Predlagam, da vsakih 6 mesecev ponovimo akcijo »SEKUNDE REŠUJEJO« in »POMAGAM PRVI«. SZUM naj bdi nad izobraževanjem inštruktorjev TPO in AED! Ministrstvo za zdravje naj zagotovi formalnopravne pogoje, da mreža javno dostopnih AED in program usposabljanja laikov za TPO in AED postaneta koncept celotne Slovenije in se vključita v sistem zdravstva. Po regijah naj se formirajo strokovne skupine po zgledu Koroške in naj se podpre uvajanje brezplačnih tečajev TPO in AED za laike. Laičnim reševalcem naj se prizna omejena imuniteta pred civilno tožbo žrtve. Pomembno je, da se namestijo AED najprej v oddaljena ter oddaljena naselja in zaselke, do koder ekipa NMP potrebuje več kot 10 minut. Seveda jih namestimo tudi v mestna središča, nakupovalne centre, športne in kulturne objekte, poslovne zgradbe, podjetja z določenim številom zaposlenih, večje avtobusne, železniške postaje, letališča, vsekakor v kraje, kjer se zadržuje večje število ljudi, npr. na pokopališča, prireditvene prostore ipd. Čim prej pa bi bilo smiselno uzakoniti opremljenost z AED reševalnih vozil za nenujne prevoze pacientov, ambulante izven zdravstvenih domov, vse gasilske enote itd. Mnogi od naštetih že imajo nameščen AED (več kot 300 prodanih v Sloveniji), nekateri celo na vidnem mestu (kopališča, zdravilišča itd.), a brez izobraževanja laikov ne bo uspešnih primerov in rešenih življenj. Zato: **NE IZGUBLJAJMO ČASA!**

## UPORABLJENA IN PRIPOROČENA LITERATURA

1. *American Heart Association. Legislative Efforts that Strengthen the Chain of Survival, Dostopno na: <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=3023211>, (15.5.2009).*
2. *Arhiv ZRCK. Zapis ZOLL AED, 2007*
3. *Arhiv ZRCK. Zapis ZOLL AED, 2008.*
4. *Dietrich Andresen et al. Public access resuscitation program including defibrillator training for laypersons. A randomized trial to evaluate the impact of training course duration, Resuscitation. 2008; 76(3): 419-24.*
5. *Early Defibrillation by Trained Lay Volunteers Cuts Response. Time for SCA, ESC Congress, 2003.*
6. *ERC BLS/AED provider manual (English) version; 2006.*
7. *Peberdy MA, et al. Adverse events associated with lay emergency response programs. The public access defibrillation trial experience. Resuscitation. 2006; 70 (1): 45-55.*
8. *Ploj T. Temeljni postopki oživljanja z uporabo avtomatičnega defibrilatorja, Ljubljana: IATROS, 2006.*
9. *Ploj T. Javno dostopni defibrilatorji v Sloveniji. Ljubljana: ISIS. 2006 ( januar ).*
10. *Pomagam prvi. Dostopno na: <http://www.pomagamprvi.si/>, (15.5.2009).*