



1. Stiki zdravstvene nege

*Zdravstvena nega v okolju, ki
zagotavlja varno in
kakovostno obravnavo bolnika*

Celje, 20.5.2010

Organizator:

Visoka zdravstvena šola v Celju

Strokovno organizacijski odbor:

dr. Zlata Felc (predsednica strokovnega odbora)

Katja Esih (predsednica organizacijskega odbora)

Duška Drev, Darinka Klinger, dr. Radko Komadina, Jerneja Kronovšek, dr.

Branko Lobnikar, dr. Jana Lukač Bajalo, mag. Hilda Maze, dr. Kristjan Musek

Lešnik, Darja Plank, mag. Brigita Putar, dr. Gorazd Voga

Lektoriranje:

Rada Hriberšek, prof.

Lektoriranje angleškega jezika:

mag. Katarina Čander, prof.

Recenzija:

mag. Hilda Maze, univ. dipl. org.

dr. Roman Parežnik, dr. med.

2

Uredili:

Darja Plank, vms, prof. zdrav. vzg.

Katja Esih, univ. dipl. oec.

Založnik: *Visoka zdravstvena šola v Celju*

Tisk: *Unigrafika*

Naklada: ???



KAZALO

<i>Felc Z. Zakaj znanstveno strokovno srečanje - zdravstvena nega v okolju, ki zagotavlja varno in kakovostno obravnavo bolnika?.....</i>	<i>4</i>
<i>Šlajmer J. M. Varnost pacientov je osnovno načelo zdravstvene nege in kritična komponenta njene kakovosti.....</i>	<i>7</i>
<i>Steeman E. Raziskovanje življenja bolnikov s kronično boleznijo kot pomoč pri zagotavljanju varnosti bolnikov in njihovega kakovostnega zdravljenja.....</i>	<i>16</i>
<i>Cattaneo A. Prispevek medicinskih sester za kakovostno zaščito, promocijo in podporo dojenja.....</i>	<i>21</i>
<i>Drev D. Komunikacija med izvajalci zdravstvene nege in zdravniki-pogled medicinske sestre.....</i>	<i>23</i>
<i>Kogoj A. Komunikacija med izvajalci zdravstvene nege in zdravniki - pogled zdravnika.....</i>	<i>35</i>
<i>Klemenc D., Ažman M. Kakovost skozi prizmo krovne organizacije Zbornice zdravstvene in babiške nege slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije... </i>	<i>44</i>
<i>Maze H. Varna in kakovostna obravnava pacientov v bolnišničnem okolju</i>	<i>55</i>
<i>Lukač Bajalo J. Pomen stika zdravstvenega osebja v zagotavljanju kakovosti laboratorijskih izvidov</i>	<i>64</i>
<i>Voga G., Podsedensek D. Pomen timskega dela na intenzivnem oddelku. </i>	<i>73</i>
<i>Lobnikar B., Kragelj J. Organizacijska kultura v zdravstveni negi: izsledki raziskave</i>	<i>87</i>
<i>Putar B. Ergonomski pristopi za boljšo udobnost in varnost bolnikov. </i>	<i>102</i>
<i>Hostnik B., Komadina R. Masudov model multidisciplinarne obravnave starostnikov z visokim tveganjem za padec in nastanek osteoporoze </i>	<i>111</i>
<i>Plank D. Izobraževanje medicinskih sester za varno in kakovostno zdravstveno nego</i>	<i>119</i>



ZAKAJ ZNANSTVENO STROKOVNO SREČANJE - ZDRAVSTVENA NEGA V OKOLJU, KI ZAGOTAVLJA VARNO IN KAKOVOSTNO OBRAVNAVO BOLNIKA?

dr. Zlata Felc

Strokovno srečanje *Zdravstvena nega v okolju, ki zagotavlja varno in kakovostno obravnavo bolnika* je prvo v nizu znanstveno strokovnih srečanj z mednarodno udeležbo s skupnim naslovom Stiki zdravstvene nege. Omenjena srečanja, ki bodo med predavatelji zbirala strokovnjake različnih profilov, bo enkrat letno organizirala Visoka zdravstvena šola v Celju in udeleževala svoje poslanstvo, strategijo in vizijo vseživljenjskega učenja na slovenskem in mednarodnem področju (Felc, Esih, 2010).

Letošnji naslov je *Zdravstvena nega v okolju, ki zagotavlja varno in kakovostno obravnavo bolnika*. Vsebina in naslov sta izbrana nadvse preiščeno in skrbno. Zdravstvena nega se namreč nenehno srečuje z živahnim razvojem stroke. Nova strokovna spoznanja izpodrivajo stara, novejši pristopi nadomeščajo prejšnje. Poznavanje in obvladovanje najnovejših metod je nujno za konkurenčno opravljanje poklica v zdravstveni negi in zdravstvu nasploh.

Zdravstvena nega lahko uspešno deluje le tako, da sledi najnovejšim znanstvenim dognanjem in svetovnim trendom. Kar v Sloveniji niti ni težko, saj živimo v času informacijske družbe in interneta, ki nas povezuje s celim svetom. Pa tudi zato, ker je v Sloveniji vedno bolj prisotna kritična presoja problemov zdravstvene nege.

Izvajanje varne in kakovostne obravnave bolnika pripada v največji meri prav zdravstveni negi, zato jo mora izvajati zadostno število ustreznega kadra (Clark, Leddy, Drain et al, 2007).

Poleg razvite tehnologije je za varno in kakovostno obravnavo bolnika pomembno tudi okolje, ki omogoča optimalno izvajanje zdravstvene nege. Zdravstvena nega najbolje poteka v okolju, ki je prijazno tako pacientom kot izvajalcem zdravstvene nege. V okolju, ki znotraj zdravstvenih in drugih ustanov postaja model »uččega se okolja«.



Takšna organiziranost omogoča slehernemu izvajalcu zdravstvene nege, da v največji možni meri izkoristi svoje potenciale in pomaga izboljševati delovno ozračje v timu (Matthes et al., 2010). Tako se izboljšujejo varnost in kakovostna obravnava bolnikov ter zadovoljstvo izvajalcev zdravstvene nege (Holden, 2006).

Učinkovita komunikacija in timsko delo sta nujna za varno in kakovostno obravnavo bolnika in sta bolj ali manj vpletena v vse prispevke (Leonard, Graham, Bonacum, 2004).

S tem znanstveno strokovnim srečanjem z mednarodno udeležbo stopa Visoka zdravstvena šola v Celju iz anonimnosti tudi na področju pršenja (razširjanja) znanja izven študijskih klopi v širšo strokovno srenjo. Tako motivirana se Visoka zdravstvena šola v Celju podaja v neusmiljeni boj za mesto, ki ji v slovenskem visokošolskem prostoru nedvomno pripada. V soglasju z besedami pesnice, ki ji je bolezen vlila dodatno voljo za ustvarjalno življenje: »Ne bom se veselila tistega od prej in nočem, da me je strah za potem« (Pešut, 2009).

Zbornik prispevkov **1. Stiki zdravstvene nege. Zdravstvena nega v okolju, ki zagotavlja varno in kakovostno obravnavo bolnika** prinaša sodobne informacije o varni in kvalitetni obravnavi pacientov od rojstva do pozne starosti (Cattaneo, Yngve, Koletzko et al., 2005; Harris, Richardson, Griffiths et al., 2005). Zbornik naj dobro služi tudi tistim zdravstvenim delavcem in ostalim strokovnjakom, ki vse težje dobivajo v roke primerno tujo literaturo s tega področja, za raznovrstne domače vire pridobivanja znanja pa jim dostikrat primanjkuje časa.

Besedil prispevkov, ki jih nismo dobili pravočasno, žal nismo mogli objaviti.

V imenu organizatorjev znanstveno strokovnega srečanja velja iskrena zahvala vsem avtorjem za pripravo besedil, sodelavcem pa za strokovno, jezikovno in oblikovno ureditev zbornika.



LITERATURA

Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR. Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. *Public Health Nutr.* 2005; 8 (1): 39-46. Erratum in: *Public Health Nutr.* 2008; 11(12): 1411.

Clark PA, Leddy K, Drain M, Kaldenberg D. State Nursing Shortages and Patient Satisfaction: More RNs-Better Patient Experiences. *J Nurs Care Qual.* 2007; 22 (2):119-27.

Felc Z, Esih K. Letni program dela za leto 2010. Celje: Visoka zdravstvena šola; marec 2010.

Harris R, Richardson G, Griffiths P, Hallett N, Wilson-Barnett J. Economic evaluation of a nursing-led inpatient unit: the impact of findings on management decisions of service utility and sustainability. *J Nurs Manag.* 2005; 13 (5):428-38.

Holden J. How can we improve the nursing work environment? *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2006; 31 (1): 34-8.

Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care.* 2004; 13 (Suppl 1): i85-i90.

Matthes N, Cheng J, Ogunbo S, Reilly C, Wilbon A, Wood N. National Hospital Quality Measures Data: Supporting Nurses' Key Roles in Organizational Performance Improvement. *J Nurs Care Qual.* 2010; 25 (2): 127-36.

Pešut B. *Prej / Potem.* Ljubljana: Študentska založba; 2009.

*prim. doc. dr. Zlata Felc, dr. med., IBCLC
Visoka zdravstvena šola v Celju*



VARNOST PACIENTOV JE OSNOVNO NAČELO ZDRAVSTVENE NEGE IN KRITIČNA KOMPONENTA NJENE KAKOVOSTI

PATIENTS' SAFETY IS A FUNDAMENTAL PRINCIPLE OF NURSING CARE AND A CRITICAL COMPONENT OF QUALITY MANAGEMENT

Majda Šlajmer Japelj

IZVLEČEK

Uvod: Za uskladitev medosebnih odnosov, za zagotavljanje spoštovanja vsakega posameznika v družbi in za njegovo varnost je bila v Organizaciji združenih narodov sprejeta Deklaracija o človekovih pravicah. Kaj kmalu je postalo jasno, da ta osnovni dokument ne ščiti dovolj posebej izpostavljenih skupin. Sledile so mu konvencije in zakoni, ki posebej ščitijo pravice otrok, starejših, invalidov, ipd. Z enakim namenom je bil sprejet tudi Zakon o pacientovih pravicah. Medicinske sestre in vsi drugi delavci v zdravstvenem timu morajo vedeti, kakšna spoznanja so vodila pobudnike in oblikovalce tega dokumenta, da so paciente opredelili kot posebno izpostavljeno skupino. Pacientom, ki so kakorkoli obravnavani v sistemu zdravstvenega varstva, mora biti zagotovljena njihova varnost.

Razprava: Varnost pacientov je najširše definirana kot odsotnost kakršnekoli škode, ki bi jo povzročila zdravstvena obravnava zaradi sistemskih ali človeških napak. Na področju zdravstvene nege prepogosto ugotavljamo le individualne napake posameznih medicinskih sester, ne odkrivamo pa napak v sistemu, v organizaciji, v spoštovanju standardov in normativov, ki resno znižujejo možnosti popolne strokovne in etične obravnave pacientov.

Zaključek: Varnost pacientov bomo zagotovili le tako, da bomo ob vsakem nepričakovanem, neprijetnem dogodku dosledno izmerili nastalo škodo, spoznali vzroke za nastalo situacijo, predvideli rešitve,



izmerili njihov učinek ter dokazano boljše postopke prenesli v dnevno prakso.

Ključne besede: zdravstvena služba, zdravstvena nega, varnost pacientov

ABSTRACT

Introduction: To harmonise mutual human relations, to assure respect of each individual in the society and their safety a Declaration of Human Rights was adopted by the United Nations Organisation. It has soon become evident that this document can not assure well enough and protect some exposed social groups. Some conventions and acts were followed with special intention to protect the rights of the child, senior citizens, disable people etc. Patients Rights Act was adopted with the same purpose. Nurses and other medical personnel in health care team must be aware of what kind of cognitions, experiences and knowledge were driving initiators and creators of this document which places patients to a particularly exposed social group. Patients who are included in medical care in any way whatsoever must be provided with safety.

Discussion: Patient safety in its broadest sense is defined as absence of any damage or injury which could be caused by medical treatment due to its systematic or human error. In the field of medical care it is much too often ascertained how merely individual mistakes are made by individual nurses. However, we do not focus enough on errors in system, organisation or on meeting standards and norms and these seriously reduce the possibility of perfect professional and ethical patient treatment.

Conclusion: Patient safety will be assured only in the way that we will measure the damage occurred in each individual unexpected event or inconvenient incident, that we will search for the most appropriate solution and measure its effect. Later on, we will transfer all the improved procedures, which are based on proofs, into everyday practice.



Key words: health services, nursing care, patients' safety

UVOD

Deklaracija o človekovih pravicah Organizacije združenih narodov je namenjena vzpostavitvi skladnih medosebnih odnosov v vseh življenjskih okoljih in situacijah ter zagotavljanju spoštovanja in varnosti vsakega posameznika. Izkazalo se je, da ta osnovni dokument ne ščiti dovolj posebej izpostavljenih skupin, zato mu je sledila vrsta konvencij in zakonov, ki ščitijo pravice otrok, starejših, invalidov, ipd. Z enakim namenom je bil sprejet tudi Zakon o pravicah pacientov. V Sloveniji je bil ta zakon sprejet v juniju leta 2008. Ker je vsebina tega zakona v osnovi namenjena univerzalnim pravicam pacientov, predvsem spoštovanju samostojnosti in zasebnosti pacienta pri odločanju o lastni zdravstveni obravnavi, se Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) ter druge mednarodne organizacije intenzivno posvečajo raziskavam in uvajanju modelov dobre prakse za čim višjo stopnjo varnosti pacientov.

Specifične smernice in stališča za področje zdravstvene nege je sprejel tudi Mednarodni svet medicinskih sester (International Council of Nurses).

V mesecu marcu 2010 pa je Patient Safety, globalna zveza za varno zdravstveno obravnavo v okviru SZO, organizirala spletno globalno razpravo o pripravi multidisciplinarnega kurikulumu za varnost pacientov (Armando Crisostomo et al, 2010). Uvode v razprave o posameznih vsebinskih sklopih so pripravili znani mednarodni strokovnjaki, v samo razpravo pa je bilo aktivno vključenih 1600 posameznikov iz 119 držav.

RAZPRAVA

Varnost pacientov je najširše definirana kot odsotnost kakršnekoli škode, ki bi jo povzročila zdravstvena obravnava zaradi sistemskih ali



človeških napak. Ker je ogroženost pacientov vedno in povsod prisotna, ji je posvečeno veliko raziskovalnega dela in analiz. Skupne ugotovitve mnogih mednarodnih raziskav kažejo, da so današnji zdravstveni sistemi zelo kompleksni, in je zato uspeh zdravstvene obravnave odvisen tudi od mnogih drugih dejavnikov in ne le od znanja in spretnosti zdravstvenih delavcev. Mnogi zunanji in človeški dejavniki vplivajo na kakovost in varnost zdravstvene obravnave. Paciente obravnava vrsta zdravstvenih delavcev in sodelavcev: zdravniki, medicinske sestre, farmacevti, socialni delavci, strokovnjaki za prehrano, fizioterapevti, mnogi specializirani tehnični strokovnjaki. Izredno pomembna je prava komunikacija med njimi in zanesljivost pravočasnih medsebojnih ustnih in pravilno dokumentiranih pisnih informacij.

Kadar zaradi nastalih napak obravnavamo posameznike, moramo vedno raziskati tudi okoliščine, ki so vplivale na povzročitev škode in/ali na ogrožanje pacienta. Še danes zdravstveni delavci pre pogosto gledajo na določene situacije v zdravstvu le iz perspektive lastne profesionalne skupine, ker še niso dojeli, da v zdravstvenem timu praktično nihče več ne more delovati sam, avtonomno, razen ob specifično strokovnih odločitvah (Šljajmer Japelj, 2009).

Sodobni zdravstveni sistemi terjajo sinhrono razmišljanje, načrtovanje in odločanje, pogosto tudi v sodelovanju z managerskimi timi, ki s finančno-ekonomskimi odločitvami prav tako vplivajo na kakovost in varnost zdravstvene obravnave.

Pomembna strategija Svetovne zdravstvene organizacije je delovanje zdravstvenih timov v smislu funkcionalne integracije, kar zagotavlja:

- popolne informacije vsem, ki skrbijo za določenega pacienta,
- skupno odločanje o nalogah, ki zadevajo vse,
- partnerstvo na osnovi zakona ali dogovorjenih pravil.

Pomemben dokument, ki zadeva konkretno področje zdravstvene nege, je Position Statement Mednarodnega sveta medicinskih sester (International Council of Nurses, 2002), ki poudarja dejstvo, da je varnost pacientov osnovni element zdravstvene obravnave in tako tudi zdravstvene nege.



Na možnost varne zdravstvene nege vplivajo predvsem dejavniki, ki omogočajo ali pa otežujejo spoštovanje kadrovskih standardov in normativov v negovalnih timih. Popolna zasedba predvidenih delovnih mest, ustrezna dodiplomska izobrazba in kontinuirano izobraževanje v času aktivne delovne dobe, pozitivna klima v ustanovah, ki zmanjšuje beg iz določenih delovnih okolij, so osnova varni zdravstveni negi, ki jo podpirajo varno okolje in obvladovanje tveganih situacij, varno ravnanje z zdravili, primerna oprema in standardizirani postopki za določene aktivnosti. Izpolnitev navedenih osnovnih pogojev je enako pomembna za delo v bolnišnicah, kakor tudi na področju primarne zdravstvene nege.

Analiza evidentiranih podatkov kaže, da je število za paciente škodljivih situacij višje v ustanovah s številčno, predvsem pa izobrazbeno nepopolnimi negovalnimi timi. To potrjujejo poročila o padcih pacientov, o preležaninah, hospitalnih infekcijah ter o ponovnih hospitalizacijah. V takšnih ustanovah se podaljšujejo dnevi hospitalizacij, zvišuje se tudi umrljivost.

Medicinske sestre morajo paciente vedno opozarjati na določena tveganja, jih ščititi in objektivno poročati o dogodkih ali situacijah, ki so ogrožali ali škodovali pacientom. Procesi zdravstvene nege morajo biti vedno transparentni.

Dokument zavezuje medicinske sestre k naslednjemu:

- Paciente in njihove svojce morajo obvestiti o možnih tveganjih;
- O vsakem škodljivem dogodku morajo nemudoma obvestiti odgovorne;
- Aktivno morajo sodelovati v procesih zagotavljanja varnosti in kakovosti zdravstvene obravnave;
- Vzpostavljati morajo kvalitetno komuniciranje s pacienti in z drugimi zdravstvenimi delavci;
- Prizadevati si morajo za zagotavljanje primerne strokovne ravni negovalnega tima;
- Podpirati morajo vse aktivnosti, ki izboljšujejo varnost pacientov;
- Zagotavljati morajo dosledno kontrolo nad infekcijami;

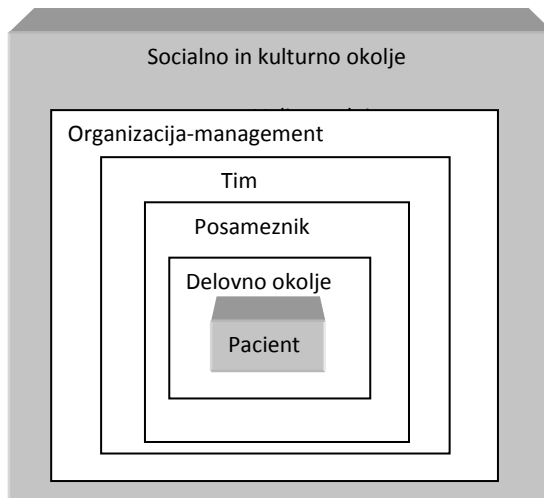


- Vztrajati morajo na določanju in spoštovanju standardov za posamezne aktivnosti ter dosledno voditi dokumentacijo, kar zmanjšuje število napak;
- Povezovati se morajo s strokovnjaki s področja farmacije, medicine in z drugimi, ki lahko vplivajo na primerno embalažo in označevanje zdravil;
- Povezane morajo biti z nacionalnimi institucijami, ki beležijo, spremljajo in analizirajo pacientom škodljive dogodke;
- Razvijati morajo mehanizme, kot je sistem akreditacij, za prepoznavanje odličnosti na področju varnosti pacientov.

Za dobro organizirano in kakovostno zdravstveno nego je zelo pomemben srednji management zdravstvene nege z neposrednimi operativnimi in organizacijskimi rešitvami. Strokovnjaki te ravni so tako blizu vsakodnevnim realnim situacijam, da lahko pravočasno vplivajo na organizacijsko kulturo, komunikacije, na timsko delo v svojih enotah, spoznavajo izjemne situacije, pomagajo v procesih odločanja, prepoznajo pa tudi nevarno utrujenost in fizično ali psihično izčrpanost sodelavcev.

Slika št. 1 shematično prikazuje, kaj vpliva na varnost pacienta. Predstavljene so vse komponente socio-tehničnega sistema, kakršen je v vsaki zdravstveni enoti in na katerega bistveno vpliva operativni srednji management s tem, da se lahko takoj odziva na vse grožnje v zvezi z varnostjo pacientov.





Slika št. 1: Vedno prisotni dejavniki, ki vplivajo na varnost pacienta Flin et al, 2009 cit po Moray, 2000)

Slovenska zdravstvena nega deluje v okviru splošne zdravstvene zakonodaje in dokumentov, specifičnih za njeno strokovno področje. V Nacionalnih smernicah za zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi (Zbornica zdravstvene nege, 2000) je področju varnosti pacientov namenjeno poglavje 4.3 in je vsebinsko usklajeno z dokumenti Mednarodnega sveta medicinskih sester.

Verjetno je najakutnejši problem, ki močno zadeva varnost pacientov iz perspektive zdravstvene nege, definiranje sestave profesionalnih negovalnih timov. S tem problemom se ukvarjajo strokovnjaki v mnogih državah. Avtorji zdravstvenih reform pogosto enačijo pojem racionalnosti z redukcijo - le ta pa prepogosto zmanjšuje število in stopnjo strokovne izobraženosti članov negovalnih timov.

Zdravstveno neizobraženi ali le v finančno uspešnost usmerjeni vodilni nacionalni zdravstveni managerji pogosto ne želijo imeti v kadrovskem sestavu veliko diplomiranih medicinskih sester, ker imajo te zaradi visoke izobrazbe pravico do višjega osebnega dohodka. Zanimarjajo pa rezultate raziskav, ki dokazujejo, koliko manj varna, pa tudi dražja, je slabo organizirana in manj kakovostna zdravstvena nega.

Za Slovenijo je zelo pomembno, kako bo Zbornica zdravstvene nege prenovila dokument »Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni



in babiški negi« in kako ga bo sprejela in podprla nacionalna zdravstvena politika.

Ob pomanjkanju strokovnih kadrov je *delitev nalog* v negovalnem timu sprejemljiva in tudi lažje strokovno izvedljiva rešitev kot *prenašanje* - »Task shifting«. Predvsem v nerazvitih državah prenašajo odgovorne strokovne naloge na manj izobražene delavce. Ob dobrem srednjem managementu zdravstvene nege je delitev nalog smiselna, saj opravljajo posamezni delavci v negovalnem timu naloge v skladu s svojo izobrazbo, delo tima pa vodi in koordinira, s polno odgovornostjo in strokovno avtoriteto, diplomirana medicinska sestra, ki tudi zagotavlja pogoje za varnost pacientov.

ZAKLJUČEK

- Varnost pacientov bomo zagotovili le tako, da bomo ob vsakem »incidentu« dosledno izmerili nastalo škodo, spoznali vzroke za nastale situacije, predvideli rešitve, izmerili njihov učinek ter dokazano boljše postopke prenesli v dnevno prakso.
- Nova zdravstvena zakonodaja in podzakonski predpisi morajo uvesti enotno in obvezno dokumentacijo o izvajanju zdravstvene nege.
- Dosledno moramo spoštovati kadrovske standarde zdravstvene nege.
- V dodiplomski študij in v kontinuirano izobraževanje moramo uvesti program za varnost pacientov in se aktivno vključiti v njegovo oblikovanje. K temu poziva tudi Svetovna zdravstvena organizacija - (pscurriculum@who.int).
- Vključiti bi se morali v raziskovalni program SZO za varnost pacientov, ki se izvaja v Švici (Patient Safety Programme/A World Alliance for Safer Health Care 20, Avenue Appia, CH-1211, Geneva 27, Švica).



LITERATURA

Armando Crisostomo et al. Patient Safety in health professions curricula, on-line discussions. Dostopno na patientsafety@hpgn.org (13. 03. 2010).

Šljajmer Japelj Majda. Etična vprašanja timskega dela v zdravstvu, Zbornik predavanj konference Management in vodenje v zdravstvu, Portorož, 26.-27. marec 2009. PLANET GV. 2009.

International Council of Nurses. Position statement, 2002. Dostopno na www.icn.int/Patient Safety (manjka datum).

Rhona Flin et al. Human Factors in Patient Safety: Review of Topics and Tools, April 2009, WHO/IER/2009.05. 2009.

Nacionalne smernice za zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi, maj 2000, Zbornica zdravstvene nege, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2000: 616-083.

*pred. Majda Šljajmer Japelj, vms, dipl. soc.
Visoka zdravstvena šola v Celju*



RAZISKOVANJE ŽIVLJENJA BOLNIKOV S KRONIČNO BOLEZNIJO KOT POMOČ PRI ZAGOTAVLJANJU VARNOSTI BOLNIKOV IN NJIHOVEGA KAKOVOSTNEGA ZDRAVLJENJA

RESEARCHING LIFE WITH A CHRONIC ILLNESS TO SUPPORT PATIENT SAFETY AND QUALITY TREATMENT

*Els Steeman, MSc
Maria H.F. Grypdonck*

POVZETEK

Kakovostno zdravljenje in varnost bolnikov sta glavni temi v današnjem zdravstvu, posebej poudarjeni sta pri zdravstveni negi. Za kakovostno nego je potrebno obvladovati stroške oz. omogočiti stroškovno učinkovitost nege, povečati odgovornost pacientov in zagotoviti profesionalizacijo pri izvajanju zdravstvene nege.

Kakovostno zdravljenje in varnost pacientov zahtevata dokazovanje. EBHC (*Evidence Based Health Care*) temelji na izrazu »podprto z dokazi«, ki postaja vse bolj pomemben tudi pri zagotavljanju kakovostne zdravstvene nege. EBHC metoda je povezana z vestno, natančno in razsodno uporabo dokazano najboljših sredstev v procesu odločanja o negi posameznega pacienta. Medicinska praksa, ki temelji na dokazih, povezuje posamezna klinična strokovna znanja in izkušnje z najboljšimi in dostopnimi eksternimi kliničnimi praksami, ki izhajajo iz sistematičnega raziskovanja (p. 71) (Sackett et al., 1996). EBHC in posledično tudi zdravstvena nega morata delovati na osnovi dokazov, ki omogočajo boljše napovedovanje in kontrolo za zdravstveno osebje, ki izvaja zdravljenje in tudi tiste, ki vodijo poslovanje v zdravstvu.



Z metodo se lahko zazna trpljenje, omogoča pa tudi občutek (pre)moči nad boleznijo in trpljenjem. Obstaja tudi možnost, da EBHC metoda ustvari distanco med zdravstvenim osebjem in pacientom.

EBHC metoda zahteva sistematično evidentiranje podatkov. Čeprav je kritična evalvacija naše prakse izrednega pomena, se je potrebno zavedati dejstva, da evidentiranje zahteva določen čas - čas, ki ni namenjen neposredni skrbi za pacienta. Potrebno je imeti kontrolo nad tem, da ne pretiravamo pri skrbi oz. izvajanju nege. Bistvo zdravstvene nege je odnos s pacienti. Skrb za človeka in odnos do njega je celovit, zapleten odnos in ga je težko prikazati s številkami.

Medicinske sestre obravnavajo paciente s kroničnimi boleznimi na različnih nivojih njihove bolezni, v različnih okoliščinah. Bolniki s kronično boleznijo se soočajo z izzivom, kako čim bolje živeti s kronično boleznijo. Za njih je pomembno življenje samo. Cilj upravljanja oz. obvladovanja bolezni je ravno to, da jim omogoča kolikor se da normalno življenje. Če želi biti zdravstvena nega učinkovita in v pomoč, je torej pomembno, da se prilagodi izkušnji oz. da se uglasi na izkušnjo življenja takšnega pacienta (in njegovih bližnjih sorodnikov). Potrebno se je prilagoditi načinu, kako pacienti s kroničnimi boleznimi oblikujejo svoj vsakdan. Medicinske sestre morajo poznati svoje paciente in njihove sorodnike, kar vključuje tudi razumevanje, kako se pacient (oz. njegova družina) spopada s svojo boleznijo in posledicami. Vedeti pa morajo tudi, zakaj tako postopajo. Skratka, medicinske sestre potrebujejo vpogled v procese v igri oz. vlogi, ki jo igrajo bolniki v boju s kronično boleznijo. Seznanjenost s temi procesi prispeva k nudenju ustrezne nege. Ustrezna nega pa se, bolj kot nega na osnovi dokaznih sredstev, nanaša na priložnosti, da bo nega prispevala k boljšemu počutju pacienta. Nega, ki jo pacient potrebuje naj bo v okviru razumnih stroškov za družbo.

Poznavanje življenja pacienta s kronično boleznijo bo omogočilo medicinskim sestram, da bodo lahko bolj razumele, kako je potrebno ravnati v danih okoliščinah. Medicinske sestre se morajo zavedati vseh dejavnikov, ki so pomembni pri posameznem dogodku. Potrebna



je velika prilagodljivost pri sicer rutinskem postopku nege. Medicinske sestre lahko omogočijo, da se povežejo naključne in kontrolirane ugotovitve, ki so v ospredju metode EBHC.

Izključno upoštevanje le znanstvenih dokazov je lahko nevarno. Kakovostno zdravljenje in varnost pacientov zahtevata od medicinskih sester, da so sposobne vzpostaviti stik s pacienti z namenom, da presodijo ustreznost ukrepanja in posegov. Zdravstvena nega na osnovi dokazov bi morala temeljiti na povezavi znanstvenih dokazov in ugotovitev, z odsevi izkušenj in opazovanja. Upoštevati mora norme in znanja, ki so se nabirala skozi leta. Pacienta mora obravnavati celovito in se vedno znova prilagajati novim informacijam in izkušnjam.

Človek se lahko vpraša, ali delovno okolje omogoča medicinskim sestram, da razvijajo, uporabljajo in povezujejo klinično strokovno znanje in izkušnje. Rezultati belgijske raziskave so pokazali močno zavzetost medicinskih sester, ki znajo biti kompetentne zdravstvene delavke in omogočajo kakovostno zdravstveno nego. Vendar je še vedno prisotnih veliko ovir, ki preprečujejo izvajanje dobre zdravstvene nege.

ABSTRACT

Quality treatment and patient safety are major topics in today's health care in general and in nursing care in particular. Cost containment and the need to provide (cost)effective and efficient care, empowerment of patients, and the professionalization of nursing all add to the importance of quality care.

Quality treatment and patient safety require evidence. Evidence Based Health Care (EBHC) has become a key word in the delivery of quality care. EBHC refers to the "the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence-based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available



external clinical evidence from systematic research” (p. 71) (Sackett et al., 1996). Evidence Based Health Care and consequently Evidence Based Nursing, makes care more predictable and controllable for health practitioners and managers.

It may even objectify suffering and provide a sense of power over disease and suffering. However, EBHC also risks to create a distance between the health practitioner and the patient.

EBHC and the needed evidence requires systematic registration of data. Although it is of great importance to critically evaluate our practice, one should also be aware of the fact that registration requires time, time that may not be consumed in directly caring for the patient. We should be watchful not to over manage our care. At the core of nursing is the relationship with the patient. Caring for and relating with human beings is complex and cannot be fully captured in figures.

Nurses encounter persons with a chronic illness at different stages in their disease, in different settings and different situations. These persons with chronic illness are faced with the challenge to live as good as possible with their disease. Attaining their desired goals in life is important, and disease management is but a tool to achieve this. For nursing care to be effective and supportive, it is necessary that it is attuned to the lived experience of the patients (and their family members) and to the way patients try to shape their daily life. Nurses therefore need to know their patient (and his or her family). To know includes understanding not only how the patient (or his family members) deals (deal) with his illness and its consequences, but also why they do so. In other words, nurses need insight in the processes at play in dealing with the chronic illness and in living one's life with such an illness. Insight in these processes will help to give appropriate care. Appropriate care, more than evidence based care, refers to the chances that the care will contribute to the well-being of the person who needs it at a reasonable cost for society.



Researching life with chronic illness will allow nurses to better understand what is involved in a particular situation. It may contribute to the awareness of the nurse of the factors that may be important in a situation that require adaptation of the routine procedure. It can enable one to contextualize or recontextualize the randomised controlled findings, who are at the forefront of EBHC.

Solely relying on scientific evidence is dangerous. Quality treatment and patient safety requires nurses who are able to relate with patients in order to judge the appropriateness of interventions. Evidence based nursing should be based on the integration of scientific findings, reflected experience and observations, taking into account norms and values of patients, and knowledge synthesized through the years and continuously adapted to new information and experiences.

One may question if the working environment allows nurses to develop and apply this clinical expertise. Results of a Belgian study revealed a strong commitment of nurses to being competent providers of quality care, yet many obstacles to provide good nursing care were experienced.

*Els Steeman, RN, MSc, PhD student,
Ghent University and AZ Nikolaas hospital, Belgium*

*Maria H.F. Grypdonck, RN, PhD,
Ghent University, Belgium and Utrecht University, Netherlands*



PRISPEVEK MEDICINSKIH SESTER ZA KAKOVOSTNO ZAŠČITO, PROMOCIJO IN PODPORO DOJENJA

WHAT SHOULD NURSES DO TO PROTECT, PROMOTE AND SUPPORT BREASTFEEDING?

Adriano Cattaneo, MSc

IZVLEČEK

Obstajajo z dokazi podprta priporočila in smernice o tem, kako bi naj zdravstveni delavci vključno z medicinskimi sestrami ščitili, promovirali in podpirali dojenje. Za razliko od tistih, ki veljajo za druga zdravstvena in medicinska področja, večina razpoložljivih priporočil in smernic za dojenje izvajalce v najvišji možni meri strokovno obvezuje. Predavatelj bo trditve podkrepil s primeri. Na osnovi teh z dokazi podprtih priporočil in smernic je mogoče oblikovati seznam obveznih aktivnosti za zaščito, podporo in promocijo dojenja, ki medicinski sestre narekujejo aktivnosti pri nosečnici, ob porodu, v prvem mesecu po otrokovem rojstvu, do otrokovega dopolnjenega šestega meseca, do dopolnjenih dveh let starosti ali še dlje (skladno s priporočili Svetovne zdravstvene organizacije), ali tako dolgo kot si želita dojiti oba, mati in otrok. Z dokazi podprta priporočila in smernice omogočajo tudi opis znanj in spretnosti, ki jih morajo medicinske sestre obvladati, da bi ustvarile optimalne pogoje za dojenje. Ukrepe za zaščito, promocijo in podporo dojenja pa morajo medicinske sestre izvajati tudi v skupinah z večjim tveganjem za slabše dojenje kot so npr. skupine žensk, ki dojijo manj kot je v skladu z veljavnimi priporočili in izboljševati kakovost npr. z dobrim vodenjem in odnosom, kar omogoča učinkovito izvajanje z dokazi podprtih ukrepov.



ABSTRACT

There is no lack of evidence-based policies and guidelines on what health professionals, and nurses among them, should do to protect, promote and support breastfeeding. Most of the available policies and guidelines have a high level of strength and a high grade of recommendation, unlike those available in other health and medical fields. Examples will be given during the presentation. From these evidence-based policies and guidelines it is possible to prepare lists of what nurses should do during pregnancy, around childbirth, in the first month, during the first six months, and for the continuation of breastfeeding up to two years or beyond (as recommended by WHO), or for as long as mothers and babies wish. In addition, the evidence-based policies and guidelines allow to draw indications about what nurses should do to improve their knowledge and skills, and to create an environment that facilitates breastfeeding. Finally, the intervention that nurses implement to protect, promote and support breastfeeding should pay attention to coverage, i.e. should aim at reaching in particular those population groups that are less likely to breastfeed as recommended, and to quality, i.e. to all those details regarding management and relationships that allow an evidence-based intervention to be really effective.



*Adriano Cattaneo, MD, MSc;
Health Services Research, Epidemiology and International Health WHO
Collaborating Centre for Maternal and Child Health Institute for
Maternal and Child Health IRCCS Burlo Garofolo Trieste, Italy*

KOMUNIKACIJA MED IZVAJALCI ZDRAVSTVENE NEGE IN ZDRAVNIKI-POGLED MEDICINSKE SESTRE

COMMUNICATION BETWEEN THE NURSING STAFF AND PHYSICIANS-THE NURSE'S VIEW

Duška Drev

IZVLEČEK

Uvod: Medsebojni odnosi v zdravstvenem timu bi morali biti najbolj popolna, najbolj človeška in najbolj demokratična oblika medčloveških odnosov. Ali so?

Metode dela: Pregled literature.

Rezultati: Bolniki nujno potrebujejo sodelovanje med medicinsko sestro in zdravnikom, saj je njuno delo medsebojno odvisno. Prednosti dobrega med poklicnega sodelovanja medicinske sestre in zdravnika so velike. Višja je kakovost zdravstvene obravnave, večje je zadovoljstvo pacientov, manj je neželenih dogodkov in pritožb. V obeh poklicnih skupinah je manj absentizma, fluktuacije, večje je zadovoljstvo na delovnem mestu in večja je učinkovitost dela. Od vsega naštetega pa imajo koristi tudi organizacije.

Razprava in zaključki: Dober tim je živa nenehno spreminjajoča dinamična sila, ki v skupinskem delu združuje medicinsko sestro in zdravnika. Medicinska sestra in zdravnik sta najpogosteje sodelujoča člana v zdravstvenem timu. Izboljšanje komunikacije in sodelovanja med njima izboljša njuno zadovoljstvo pri delu in izboljša zadovoljstvo bolnikov ter kakovost zdravstvene obravnave.

Ključne besede: medicinske sestre, zdravniki, medosebni odnosi, sodelovanje, medsebojna odvisnost, reševanje konfliktov.



ABSTRACT

Introduction: Interpersonal relations within medical teams should be very synergetic, humane, and democratic. Is that the case in reality?

Methods: Literature review.

Results: Collaboration between the nursing staff and physicians is critical for the wellbeing of the patient. Good collaboration improves the quality of care, increases patient satisfaction, and decreases the frequency of unwanted events and complaints. In addition, better interpersonal relationships between the nursing staff and physicians can decrease absenteeism of nurses and physicians alike, increase their job satisfaction and improve work performance. As a consequence, the organization itself can benefit tremendously as well.

Discussion and conclusions: A well-functioning medical team is a dynamic and everchanging group that contains both the nursing staff and the physician(s). The nurse and the physician are key members of the team. Better communication and collaboration between them can improve their job satisfaction, improve patient well-being, and quality of medical care.

Keywords: nursing staff, physicians, interpersonal relations, collaboration, teamwork, interpersonal dependency, conflict resolution.

UVOD

Medsebojni odnosi v timu bi morali biti najbolj popolna, najbolj človeška in najbolj demokratična oblika med človeških odnosov. Ali so? Na medosebne odnose pozabljam in jim posvečamo premalo pozornosti. Ljudje nismo sami sebi namen, ampak v veselje, pomoč in tolažbo drug drugemu. Vse to pa lahko uresničimo takrat, ko znamo in zmoremo, kljub različnosti, delati v sožitju.

Kvalitetni medsebojni odnosi na delovnem mestu so eden izmed dejavnikov, ki zaposlenemu dvigajo raven zadovoljstva in tako



povečujejo njegovo storilnost, ustvarjalnost ter kakovost delovnega življenja.

Načela timskega dela iz teorije poznamo vsi tako dobro, da jih enostavno spregledamo. Zato spregledamo tudi pomembnost dobrih odnosov med sodelavci. A medosebni odnosi niso vsak dan boljši. Prej obratno. Medicinska sestra in zdravnik sta sodelavca v zdravstvenem timu. Osnova za dobro delovanje tima je, da se člani tima kot skupina poenotijo s cilji in premagajo razlike med individualnimi in skupinskimi interesi. Pogoji za dobro delo tima so zunanja podpora, dobra organizacija, samo ena-prava doktrina, jasni cilji, strokovno usposobljeni člani tima, dobro vodenje tima, natančno opredeljene naloge posameznih članov tima ter priznanje za dobro opravljene naloge. Učinkovitost v timu je odvisna od individualnih lastnosti posameznih članov. Člani, ki so si podobni po vrednotah, interesih, stališčih, sestavljajo stabilne in trajne time. Temeljni pogoj za dobro delovanje tima je medosebna komunikacija vseh članov, saj je komunikacija nosilec vseh socialnih dogajanj. Njen način in uporabo strokovnih izrazov je potrebno prilagoditi vsem članom. V sodelovanju med medicinsko sestro in zdravnikom je medsebojna komunikacija osnovno orodje pri njunem delu. Timsko delo temelji na sodelovanju, poslušanju, sledenju, razpravi in uresničevanju skupnih idej. Kljub občasnim problemom in nasprotju vsak član prostovoljno posreduje informacije in znanje ter se pri delu polno angažira. Dobro je, da so odnosi med člani tima neformalni, brez prevladujoče hierarhije. V takem okolju sta prisotna tovariška pomoč pri reševanju nalog in nesoglasjih, kakor tudi učenje manj izobraženih. Če pride do nesporazumov, se osredotočimo na problem in ne na človeka. V medosebnih odnosih resnično štejejo le iskrenost, poštenje in dostojanstvo. Dvigovanje glasu (zanimivo je, da pozornost drugih veliko bolj uspešno pritegnemo, če utihnemo), govoriti grobo in ponižujoče o ljudeh (prisotnih in odsotnih) ali preklinjati sogovornika, ne sodi v normalno komunikacijo v timu (Drev, 2009).

Medicinska sestra in zdravnik se morata pogovarjati, a je to včasih težko. Na delovno mesto smo bili sprejeti pod določenimi pogoji. Izpolnjevanje teh pa ne zadostuje, da bi delo z ljudmi opravljali



odlično. Potrebno je več, potrebno je nekaj, kar ne piše v razpisnih pogojih. Potrebni so človečnost, odprtost, iskrenost, zaupanje, toplina, obzirnost, strpnost. Tudi najboljšim kdaj »spodrsne«. Vse spodrsljaje in napake lahko omilimo in hitro se lahko vrnemo na trdno pot, če so člani obeh poklicnih skupin sicer spoštljivi in pozorni do drugih. Iskrenost in poštenost sodita v etiko, kot tudi v bonton. Oboje je osnova za taktnost, kar pomeni, da se obnašamo, govorimo in delamo tako, da drugih ne spravljamo v zadrego. Ljudje, ki ravnajo taktno, znajo povedati neprijetne stvari na tak način in s takimi besedami, da osebe o kateri govorimo ali s katero govorimo, ne prizadenemo in ji ne povzročimo bolečine (Brajša, 2002).

Odnos do sodelavcev, stroke, do delodajalca, do pacientov, se kaže v organizacijski kulturi. To pa tvorijo prepričanja, vrednote, pravila vedenja, norme, itd. V njej se odraža kar počnemo in kako to počnemo. V njej se kaže prepričanje o tem kaj je prav in kaj narobe.

RAZPRAVA

V zdravstvenem timu se prepletata dve težko združljivi sestavini. Prva je relativna samostojnost in individualna odgovornost vsakega člana, druga pa je potreba po skupinski povezanosti. Da je tim učinkovit, mora torej vsak posameznik imeti in jasno prepoznati svojo lastno poklicno identiteto in biti mora pripravljen za soočenje mnenj z drugimi. Pri takem soočenju morajo biti člani tima pripravljeni na reševanje konfliktov, ki se v timu nujno pojavijo, ne pa na njihovo izogibanje. Medicinske sestre zdravnike doživljajo kot tiste, ki naročajo medicinsko tehnične posege, ne da bi razmišljali o tem, ali medicinske sestre to zmorejo in razumejo. Pogosto ostanejo brez informacij o bolnikih (ni prisotna na jutranjih sestankih), ne razložijo jim zakaj so potrebni določeni posegi. Pogrešajo jasno komunikacijo, ki bi jim dajala občutek, da delajo stvari, ki so v skladu tudi z njihovo lastno presojo.

Medicinske sestre postajajo vse bolj izobražene, samozavestne in se vse bolj zavedajo pomembnosti in koristnosti dela, ki ga opravljajo. Dajejo vedno več utemeljenih predlogov za pozitivne spremembe.



Vedno bolj se zavedajo pravic, ki jih ima vsak človek, ne glede na to kdo je in kaj dela (pravica do izražanja svojih čustev, lastnega mnenja in vrednot; pravica, da rečemo »da« ali »ne« po lastni presoji; pravica, da se zmotimo in smo za to tudi odgovorni; pravica, da rečemo »ne razumem« in vprašamo za dodatne pojasnila; pravica, da odklonimo odgovornost za probleme drugih).

Komunikacija med medicinsko sestro in zdravnikom je edini inštrument reševanja problemov in je popolna, če je tisto kar govorimo in tisto kar počnemo – kar sporočamo z nebesednim vedenjem, usklajena. Uspešne strokovne komunikacije ne začnemo s pogovorom, temveč nebesedno izrazimo sprejemanje ali zavračanje. Profesionalni odnos med medicinsko sestro in zdravnikom mora izražati sprejemanje. Vedno večji obseg dela je vzrok, da so osebni kontakti omejeni na minimalni čas, kar še bolj bremeni medosebne odnose.

Včasih je problem, ker ne poznamo dovolj področja dela sodelavcev. Za zdravnika vemo, kaj sodi v področje njegovega dela. Kaj pa je vloga medicinske sestre? Njena vloga temelji na izhodiščih, da na osnovi svojega znanja, izkušenj in rezultatov raziskav pomaga pacientu pri soočanju z boleznijo, sodeluje pri zdravljenju, preprečevanju in obvladovanju stranskih učinkov zdravljenja, rešuje težave na področju prizadetih življenjskih aktivnosti, gradi socialno mrežo, resurse z in za pacienta, koordinira zdravstveno obravnavo ter pripravlja pacienta na odpust in življenje z boleznijo (Skela Savič, 2009).

Začenjajmo dan ali delo s pozitivnimi mislimi in s spočitim obrazom. Ne dopustimo, da nas posamezni član tima že zjutraj spravi v slabo voljo, ker je že vstal z »levo nogo«! Nasmeh, pozdrav, in čudežni besedi »hvala« in »prosim« sporočajo sodelavcem, da smo jih opazili, da cenimo njihov trud. Nekaterim vzame to preveč časa. Lažje je sejati seme razdora kot pa klice povezovanja, če smo tako navajeni. Nerganje, obtoževanje, pritoževanje, kritiziranje, prilizovanje in še kaj razdira naše odnose. Poskusimo raje s podpiranjem, opogumljanjem, poslušanjem, zaupanjem in sprejemanjem. Odsotnost konstruktivne kritike pa vodi v odrekanje do drugačnega mišljenja. Ločiti je



potrebno od kritiziranja kar tako. Kritik naj predlaga drugo, boljše različico.

V praksi se pogosto hierarhija kaže že v naslavljanju. Medicinske sestre tradicionalno naslavljajo zdravnike z nazivom in imenom, tudi po starosti in stažu najmlajše. Nekateri zdravniki pa medicinske sestre tikajo, te pa jih vikajo. Tak odnos nakazuje nižji, podrejen položaj medicinske sestre. V nekaterih timih pa se med seboj tikajo. Previdnost pri tikanju ni odveč. Veliko bolj neprimerno je, če se tikamo in zaradi tega naš odnos prerašča že v pravo domačnost. V prisotnosti pacientov, njihovih svojcev, poslovnih partnerjev, je vsaka pretirana domačnost odveč, saj nikogar prav nič ne zanimajo naši medsebojni odnosi (Klemenc, 2007).

Zamujanje na delo, zamik ordinacijskega časa, itd., vodi v nezadovoljstvo sodelavcev. Obljuba, »pridem takoj!«, je veliko breme za sodelavce. Tudi najkrajša časovna ignoranca je znak podcenjevanja. Takojšnja pozornost je temeljni pogoj vljudnosti in spoštljivega odnosa v medosebnem odnosu medicinske sestre in zdravnika. Tim v katerem ni iskrenosti, pretočnosti, zaupanja, bo v kriznih situacijah klecnil.

Vzdržujmo dobre odnose s sodelavci, osebnih zamer ne vnašamo v svoje delo. Če imamo nerazčiščene probleme na delovnem mestu, jih rešujemo na štiri oči, odkrito v delovni skupini, podkrepljeno z dokazi. Če se izkaže, da smo se zmotili, se opravičimo.

Spoštljivost in naklonjenost do sodelavcev naj bo enaka, ne glede na njihovo podrejenost ali nadrejenost. Tako se nam ne bo potrebno bati nepredvidenih situacij in bomo svoje misli bolj posvečali vsebini kot obliki. Od posameznika je odvisno kako se bo počutila njegova okolica. Velja pravilo, da je vse odvisno od ljudi, tudi od mene (Kosi, 2002).

Kako se počuti medicinska sestra, ko od zdravnika prejme navodila, ki niso skladna s standardi zdravstvene nege in njenimi kompetencami? Odgovornost ima izhodišče na individualni ravni, je osebno in konkretno (znanje, strokovnost, usposobljenost in veščine posameznika). Odgovornost, ki jo posamezniki sprejemajo s tem, ko pristanejo na številna opravila, postopke in posege, ki ne sodijo v kompetence medicinskih sester, je ogromna. Nedopustno je izvrševanje zdravnikovih naročil (še posebej dajanje terapije)



naročenih po telefonu. Vsakdo je odgovoren za svoje delo. Pri tem izvrševanju smo na meji med dovoljenim in nedovoljenim. V tekem primeru lahko pride do težav (zavedanje pravne odgovornosti) in se lahko zgodi, da bomo na sodišču sami, saj vemo, da se najlažje brani tisti, ki je po hierarhiji najvišje.

Ročno pisanje je velik dejavnik tveganja za morebitne napake, zaradi nečitljivih zapisov. Pogosto se tolažimo, da je nekdo v timu, ki nečitljivo pisanje prebere. Problem v praksi predstavlja tudi komunikacija z dogovorjenimi znaki oz. okrajšavami.

Še vedno se v praksi soočamo z dejstvom, ko predstojnik ne dovoli dokumentiranja po procesu zdravstvene nege in izvajamo kategorizacijo bolnikov na skrivaj.

Vdor v intimno bližino, objem preko ramen na hodniku pred čakajočimi, sodelavci (zaščitniško, pokroviteljsko). Če ni dovoljen, je vdor v zasebnost. Hierarhija ima v tem primeru lahko pomen zlorabe moči. Tudi neverbalna komunikacija pove veliko, besedam lahko da težo, ali nasprotno.

Pri medosebni komunikaciji pogosto povzročajo veliko težav in posledic, čenče. Vsi jih poznamo, vsi od njih tudi živimo, zaradi njih trpimo, so del našega vsakdana, čeprav jih moralno obsojamo. Čenče niso vedno nedolžna stvar. Problem so preneseni podatki, ne pa celotna informacija, saj se tako izkrivlja dejansko stanje (Možina, 2002).

Poseben problem v medosebnih odnosih pa so konflikti. Konflikti med sodelavci in konflikti v razmerju do nadrejenih slabo vplivajo na opravljanje delovnih nalog. Ni pomembno kaj je kdo rekel, temveč kaj je povedal. Konflikt na delovnem mestu zelo oteži življenje drugih, saj ga pogosto odnesemo s seboj v domače okolje.

Problem psihičnega nasilja je ponekod v praksi prav tako problem (sprejemajo se organizacijski ukrepi, ki vplivajo na posameznikove delovne naloge in pristojnosti, poniževanja, socialna izolacija, napadi na zasebnost, verbalno nasilje in razširjanje govoric ter nenehno spreminjanje nalog s ciljem kaznovanja posameznika). Glavna značilnost psihičnega nasilja je tako izločitev in stigmatiziranje posameznika. Nasilje v medosebnih odnosih ni nič drugega kot



zloraba moči. Psihično nasilje je pogosto nadaljevanje in stopnjevanje nerešenega konflikta (Gregorc, 2009).

Uspešno reševanje problemov je takrat ko o problemu sproščeno razmišljamo, ga pričnemo reševati, verjamemo v možnost rešitve, zaznavamo prve uspehe reševanja in smo pri reševanju potrpežljivi. Včasih se je potrebno sprijazniti z nerešljivo situacijo. Problem ni nekaj kar se dogaja samo nam, je del vsakdanjosti. Od našega odnosa do problemov pa je v veliki meri odvisno, kako se problema lotimo. Če mislimo, da se dogaja samo nam, bomo veliko koristne energije potrošili, ker se bomo jezili, namesto, da bi to energijo usmerili v reševanje problema. Skoraj ni problema, ki bi imel samo eno rešitev. Poiščimo jih čim več, da bomo imeli boljšo možnost izbrati najboljšo. Probleme in konflikte rešujemo s komunikacijo. Odsotnost konfliktov ni odraz dobrih medosebnih odnosov. Nekateri ljudje se konfliktov bojijo, počutijo se nelagodno, utesnjeno in zavzamejo stališče »mir za vsako ceno«. S tem pa nezadovoljstvo raste, nato čez nekaj časa, ko se pojavi manjši problem, vse eksplodira, po navadi nesorazmerno s tem problemom.

Timi, v katerih se konflikti uspešno rešujejo so tisti, kjer se člani aktivno poslušajo, sporočila prenašajo svobodno in skladno, medsebojno spoštujejo potrebe, med njimi vlada vzajemno zaupanje in so pripravljeni na novo in drugačno. V timu se vedno pojavljajo težave, problemi in konflikti. Težave so neželena resničnost, ki pa so rešljive z zdravo pametjo. Če pa so nerešljive, se jim moramo prilagoditi in jih sprejeti. Problemi pa so specifične igre brez konca, so slepe ulice, ki nastajajo in se ohranjajo zaradi napačnih poskusov reševanja. V obeh poklicnih skupinah se moramo zavedati, da se ne srečujemo z rešljivimi problemi, ampak tudi z nerešljivimi težavami (Almost, 2005).

Večina ključev zadovoljstva zaposlenih je v rokah vodje. Zato so najpogostejši vir nezadovoljstva na delovnem mestu. Naloga vodje je, da mnenja in različnost uskladi in ne dopušča trenja v medosebnih odnosih. Najboljši strokovnjak na svojem delovnem področju ni nujno tudi najboljši vodja. Dober vodja je motivator, ki nenehno kaže na smisel našega dela. Najpogostejši očitki so, da vodja ni uspel kreirati dobrega delovnega vzdušja, ni znal pokazati na smisel dela, ki ga tim



opravlja, ni znal ceniti prispevka posameznikov in tima kot celote pri izpolnjevanju ciljev oddelka kot tudi organizacije kot celote, ni dovolj spodbujal zaposlene, ni jim dal občutka, da je njihov prispevek k cilju organizacije pomemben. Le v ugodni klimi se poveča motiviranost, inovativnost, ustvarjalnost itd. Od načina vodenja je odvisno vedenje članov tima, njihova motiviranost in stopnja povezanosti. Zato je vodja tima ključna oseba, ki mora imeti veliko splošnega in strokovnega znanja, še vodstvene sposobnosti, mora biti komunikativen, mora znati uskladiti verbalno in neverbalno komunikacijo. Imeti mora primeren odnos do informacij in obvladati močna čustva ter znati poslušati. Razumeti mora tudi neverbalno izražanje, pokazati pozornost do drugih in sprejemljivost različnih mnenj, skratka v skupino mora vnesti toplino in prijetno vzdušje. Vse to je pogoj za uspešno in iskreno komunikacijo. Dober vodja išče pozitivne stvari pri ljudeh, jih zna motivirati in navdušiti. Modra pohvala je iskrena, jasna, direktna, konkretna in pravočasna (Možina, 2002). Tudi kritika in opomba naj bosta dobronamerni, a vedno izrečeni na štiri oči. Dobro opravljeno delo je pri nadrejenih samo po sebi umevno. Preobrazba vodij je izredno pomembna, saj morajo spoznati, da je nemogoče voditi s silo. Ravno tega se vedno več zdravstvenih organizacij vse bolj zaveda in izobražujejo vodje na vseh nivojih.

ZAKLJUČEK

Dobri medosebni odnosi so pogoj za zadovoljstvo zaposlenih (zadovoljen delavec je dober delavec), je manj zatekanja v bolezen, manj poškodb na delu, večja je uspešnost in učinkovitost dela. Spoštovanje, vljudnost, strpnost so osnovni pogoj kontaktne kulture. Brez zaupanja ni sodelovanja medicinske sestre in zdravnika. Ali gre v praksi za krizo zaupanja? Gre za držo, ki je del sodobne kulture dvoma. Kadar se problema zaupanja lotevamo z vedno večjim nadzorovanjem, ne dosežemo drugega kot povečanje paranoje in strahu.



Raziskave kažejo, da je med medicinsko sestro in zdravnikom izogibanje najpogostejši način reševanja konfliktov (Rungapadiachy, 2002). Nekonstruktivno reševanje konfliktov v zdravstvu je posledica tradicionalne vodilne vloge in moči zdravnika. Medicinske sestre v konfliktih z zdravnikom uporabljajo izogibanje in prilagajanje predvsem zaradi bolnikov in zaradi mnenja, da imajo minimalne možnosti za rešitev problema zaradi statusa in avtoritete zdravnika. Zdravniki pa uporabljajo izogibanje, ker menijo, da nimajo dovolj močnih argumentov s katerimi bi prepričali sogovornika. Bojijo pa se tudi posledic, kot so sankcije, da bi se osramotili, poslabšanje lastnega statusa ali negativnega vpliva na kariero. Naloga vodij pa je, da v sodelovanju z zaposlenimi kulturo izogibanja konfliktov preusmerijo v kulturo konstruktivnega reševanja in tako povečajo učinkovitost zaposlenih in organizacije (Vivar, 2006).

Za dober medosebni odnos med medicinsko sestro in zdravnikom je izredno pomembno zdravo delovno okolje, ki obema poklicnima skupinama ne omogoča le osnovnih pogojev za delo, temveč zagotavlja okoliščine, v katerih lahko posamezniki razvijejo sposobnosti, znanje, ustvarjalnost in kariero. V timu smo dolžni vsi prispevati k dobremu psihofizičnemu počutju. Le zadovoljni izvajalci zdravstvenih storitev lahko zagotavljajo uporabnikom kakovostno in varno storitev. Usklajeno sodelovanje vseh strok, organizacijska urejenost, enotnost, jasno opredeljeni strokovni standardi ter kompetence-to pričakuje in si zasluži vsak pacient, ne glede na nivo in mesto obravnave, ki jo potrebuje v določenem trenutku.

»Če vedno iščeš pozitivne stvari, tudi takrat, ko gre vse narobe, jih tudi najdeš«.

(Brian Tracy)

LITERATURA

Almost J. Conflict within nursing work environments:concept analysis. J Adv Nurs; 2005; 53; 444-53.



Brajša P. Pedagoška komunikologija; Ljubljana: Glotta Nova, 1993.

Drev D. Medsebojni odnosi v timu-razlika med teorijo in prakso. Zbornik predavanj. Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Celje: Psihiatrična bolnišnica Vojnik; 2009; 42-56.

Gregorc C. Reševanje konfliktov: medicinske sestre, zdravniki. Obzornik Zdr N. 2009; 43(3):155-162.

Klemenc D. Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenem timu med medicinskimi sestrami in zdravniki-priložnost za nenehno izboljševanje kakovosti. Zdravstveni Vestnik. 2007; 76:55-9.

Kosi T. Poslovno komuniciranje: interno gradivo za višješolski program komercialist. Celje: Poslovno komercialna šola; 2002.

Možina S. Vodja in vodenje. In: Možina S in sod. Management. Radovljica: Didakta; 2002: 498 – 539.

Rungapadiachy, Dev M. Medosebna komunikacija v zdravstvu. Ljubljana: Educy; 2003.

Skela Savič B. Ali so potrebe pacientov v Veliki Britaniji drugačne od potreb pacientov v Sloveniji? Utrip. 12/2009; 5-6.

Vivar CG. Putting conflict management into practice: a nursing case study. J Nurs Manag; 2006;14; 201-6.

Priporočena literatura

Evans P. Controlling people: how to recognize, understand, and deal with people who try to control you. Massachusetts: Adam Media Store; 2003.



Flajs N. Poslovni protokol, zadrega, izziv ali priložnost? Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2007.

Lipičnik B. Ravnanje z ljudmi pri delu. Ljubljana: Gospodarski vestnik; 1998.

Lobnikar B. Slogi vodenja slovenskih podjetnikov. Podjetnik. 2003; 12(7): 46.

Polak A. Aktivnosti za spodbujanje in razvijanje timskega dela: priročnik ta timsko delo v šoli. Ljubljana: Pedagoška fakulteta; 1999.

Walzhawick P. Menschliche Kommunikation. Bern:Hans Huber; 2007.

*pred. Duška Drev, vms, univ. dipl. org.
Bolnišnica Vojnik*



KOMUNIKACIJA MED IZVAJALCI ZDRAVSTVENE NEGE IN ZDRAVNIKI - POGLED ZDRAVNIKA

COMMUNICATION BETWEEN THE NURSING STAFF AND PHYSICIANS - THE PHYSICIAN'S VIEW

dr. Aleš Kogoj

IZVLEČEK

Uvod: Učinkovito sporazumevanje omogoča uporabo znanja, ki ga je sedaj v medicini več kot kdajkoli prej. Istočasno primerno sporazumevanje zmanjšuje nevarnost medicinskih napak in zagotavlja večje zadovoljstvo bolnikov in nenazadnje tudi samih strokovnih delavcev.

Razprava: Ocenjeno je, da je tretjina napak v medicini posledica neustreznega sporazumevanja. Zaradi razvoja stroke se sporazumevanje iz klasičnega hierahičnega modela spreminja in premika na nivo sodelovanja, kar pa ne zmanjšuje odgovornosti nobenega izmed udeleženih strokovnih delavcev. K boljšemu sporazumevanju pa lahko pomembno prispeva tudi urejeno delovno okolje v katerem vsak posameznik čuti podporo kolektiva, ima možnost suportivnega vodenja, potrebne informacije in nenazadnje možnost učenja sporazumevanja.

Zaključki: Sporazumevanje je večšina, ki jo lahko s sistematičnim pristopom vedno izboljšamo. Bolnika se lahko opiše tako, da bo tudi sogovorniku predstavljivo, kaj se z njim dogaja.

Ključne besede: sporazumevanje, timi, delovno okolje, strokovne napake



ABSTRACT

Introduction: Effective communication nowadays enables the use of vast amount of knowledge which is today available more than ever. At the same time appropriate communication reduces risk of medical errors as well as it raises satisfaction of patients and medical workers.

Discussion: An estimated one third of all medical errors are due to verbal miscommunication. Classical, hierarchical model of communication is moving towards cooperation in contemporary medicine. However, this change does not reduce personal responsibility of any medical workers. Providing more support inside working collective, supportive leadership, information and training is important for better communication.

Conclusions: Communication is skillfulness which can always be improved by a systematic approach. Patients should always be described in a way that others will understand what is going on.

Key words: communication, teams, work environment, medical errors

UVOD

Leonardo da Vinci (1452-1519) italijanski renesančni slikar in kipar je znan predvsem po svojih vrhunskih delih kot sta Zadnja večerja in Mona Lisa. V resnici je bil vsestranski genij, ki je bil tudi arhitekt, izumitelj in inženir. Mnoga njegova tehnična dela so bila daleč pred njegovim časom. Poleg tega je tvorno prispeval k raziskavam na področjih anatomije, astronomije in gradbeništva. Lahko bi rekli, da je bil Sigmund Freud (1856-1939) univerzalni nevrolog in psihiater. Bil je ustanovitelj psihoanalitične šole psihologije. Zanimal se je tako za hipnozo, kot za antidepresivne učinke kokaina. Čeprav je pomembno prispeval k razvoju medicine predvsem z razumevanjem človekove duševnosti, pa ni deloval na tako številnih področjih kot da Vinci, ki je živel štiri stoletja pred njim.



Zaradi vse bolj obsežnega znanja si dandanes težko predstavljamo, da bi lahko tudi najboljši zdravniki vrhunsko obvladovali celotno medicino. Zato je logična večja usmerjenost v specializirana in subspecializirana področja tako pri zdravnikih, kot ostalem medicinskem strokovnem osebju.

Kljub temu pa ostaja človek celota, s svojimi telesnimi, duševnimi in socialnimi lastnostmi. Že Hipokrat (pribl. 460-370 p. n. št.) je opozarjal *“Kot naj ne bi poskušali zdraviti oči ločeno od glave ali glave brez telesa, tako tudi nikar ne zdravite telesa, dušo pa da bi pri tem puščali vnemar.”* Čeprav se načeloma omenjene resnice vsi zavedamo, so v sedanjem času, bolj kot kdaj prej, bolniki v nevarnosti, da bodo deležni le ozko usmerjene pomoči in ne celovite obravnave, ki bi jo v resnici potrebovali.

Rešitev nastalega problema je povsem enostavna in vendar zelo zahtevna. Tim primernih strokovnjakov lahko dandanes združi več znanja kot kdajkoli prej v zgodovini medicine. Dober in funkcionalen tim je tisti, ki zmore ustrezno sodelovati. Osnova za to pa je primerno sporazumevanje. Primerno sporazumevanje tako omogoča učinkovito uporabo znanja, istočasno pa zmanjšuje nevarnost medicinskih napak in zagotavlja večje zadovoljstvo bolnikov in nenazadnje tudi samih strokovnih delavcev.

RAZPRAVA

Način sporazumevanja (besednega in nebesednega) je po eni strani odvisen od vpletenih strokovnih delavcev, njihovih osebnostnih lastnosti in sposobnosti sporazumevanja, po drugi strani pa je odvisen tudi od okolja v katerem delajo z veljavnimi formalnimi (navodila, predpisi, zakoni) in neformalnimi normami (kulturne, stanovske ...). Zaradi vedno večjega obsega strokovnih spoznanj se spreminjajo vloge strokovnih delavcev v medicini, s tem pa tudi odnos med njimi in oblike sporazumevanja. Še pred ne ravno davnimi časi je bila vloga



medicinske sestre običajno omejena na izpolnjevanje navodil zdravnika. Zdravnik je odrejal vrsto dietne prehrane, načine oskrbe kožnih razjed, itd. Ker smo priče hitremu napredku vseh področij medicine, si težko predstavljamo sicer vrhunskega specialista, ki bi enako vrhunsko istočasno obvladoval tudi prej omenjene potrebe bolnika na oddelku. Zelo je opazen napredek na področju zdravstvene nege, ki sledi trendu obravnave podprte z dokazi in ustreznimi raziskavami. Številnim novim medicinskim spoznanjem sledijo spremembe v načinu dela in spremembe v sporazumevanju, ki se iz klasičnega hierarhičnega modela spreminja in premika na nivo sodelovanja, kar pa ne zmanjšuje odgovornosti nobenega izmed udeleženih strokovnih delavcev.

K boljšemu sporazumevanju lahko pomembno prispeva tudi urejeno delovno okolje v katerem vsak posameznik čuti podporo kolektiva, ima možnost suportivnega vodenja, potrebne informacije in nenazadnje možnost učenja sporazumevanja.

Strokovni pristop k sporazumevanju

Verjetno eden prvih strokovnih prispevkov o sporazumevanju med zdravniki in medicinskimi sestrami je bil objavljen že leta 1965 (Ellis, 1965). Število prispevkov iz tega področja sicer narašča, ostaja pa še vedno skromno. V obdobju 1995-1999 lahko v bazi Medline najdemo le 5 prispevkov z naslovom o sporazumevanju med zdravniki in medicinskimi sestrami. Pet let kasneje je bilo takih prispevkov 8, v obdobju 2005-2009 pa sicer že 15, kar pa je zanemarljivo malo v primerjavi z drugimi področji. Še zlasti skromno zveni to število ob spoznanju, da je primerno sporazumevanje med zdravniki in medicinskimi sestrami pomembno tudi za uspešno zdravljenje in varnost bolnikov.

Donchin in sod. menijo, da so besedni nesporazumi med zdravniki in medicinskimi sestrami krivi za več kot tretjino vseh napak v medicini (Donchin et al., 1995). Mnoge izmed njih se žal končajo tudi usodno. Po oceni Institute of Medicine v ZDA zaradi napak letno umre 98000 hospitaliziranih bolnikov (Kohn, Corrigan, Donaldson, 2000).



Primerno sporazumevanje ima sicer majhen, a statistično pomemben prispevek pri prepoznanih napakah povezanih z zdravili (Manojlovich, DeCicco, 2007). Izkazalo se je, da medicinske sestre z daljšimi izkušnjami večkrat poročajo o napakah z zdravili kot ostale. Sicer pa ocenjujejo, da so napake povezane z zdravili v večini primerov posledica neprimerne organizacije dela in le v manjšem delu posledica neprimerne dela posameznika.

Z namenom izboljšanja sodelovanja in sporazumevanja so izdelali tudi ustrezne lestvice (Ushiro, 2009) s katerimi naj bi bolj objektivno zaznali spremembe v sporazumevanju. Opisanih je tudi nekaj možnosti, kako izboljšati sporazumevanje, npr. z napisanim dnevnim načrtom obravnave (v intenzivni enoti) (Narasimhan et al., 2006). Zagotovo pa je sporazumevanje široko področje, kjer je še veliko možnosti za izboljšave.

Timsko delo

Za uspešno zdravljenje je potrebno primerno sporazumevanje. Kot primer lahko izpostavimo delirij. Klinična slika delirija je pogosto nihajoča. Simptomi delirija so običajno najbolj izraženi v poznem večernem in nočnem času, v dopoldanskem času pa so pogosto manj očitni. Če ocenjuje simptome samo zdravnik (običajno v dopoldanskem času), bo delirij lahko podcenil. Izvajalci zdravstvene nege so neprimerno več časa v stiku z bolnikom, zato imajo tudi več možnosti, da opazijo simptome delirija. Pomembno pa je, da simptome prepoznajo, kot tudi to, da svoja opažanja ustrezno posredujejo.

Običajno ne zadošča, če se opis zaključi z navedbo, da je bolnik (bolj) zmeden. Izraz zmedenost ima sicer v terminologiji motenj zavesti svojo jasno mesto, vendar pa se v praksi pogosto uporablja za različne težave in zato brez natančnejšega opisa nima velike uporabne vrednosti. Kot oddelčnega zdravnika me zanimajo podatki, ki bi lahko razložili spremenjeno stanje bolnika. Kaj, kdaj, zakaj? Kakšno je bilo



vedenje bolnika, njegova zmožnost govora, razumevanja navodil, pozornost? Pomemben je podatek, kdaj se je sprememba pojavila, koliko časa je trajala? Prav tako je lahko zelo koristno opažanje, ali so se težave pojavile kot posledica dogajanj na oddelku in vse kar bi še lahko razložilo spremembo. Za tak opis pa je potrebno vsaj osnovno poznavanje klinične slike delirija. Ne zato, da bi izvajalci zdravstvene nege postavili diagnozo in predpisali zdravila, pač pa zato, da ne spregledamo pomembnih vedenjskih in psihičnih sprememb.

Občasno se pojavljajo dileme, ali naj izvajalci zdravstvene nege opišejo, da ima bolnik privide, oziroma da bolnik grabi z roko po zraku; ali je blodnjav, oziroma navaja, da ga hočejo zastrupiti. Lev Milčinski je priporočal kolegom - *»Izvide pa le pišite tako, da bodo kolegi za vami kaj izvedeli o človeku, ki ste ga pregledali.«* Opis naj bo torej tak, da nam bo kaj povedal o bolniku; za to lahko uporabimo strokovne izraze ali stanje opišemo s preprostimi besedami. Splošno priporočilo je, ne le za izvajalce zdravstvene nege, temveč tudi za zdravnike, da je bolje uporabiti preproste besede, včasih tudi besede bolnika, kot pa uporabiti izraze katerih pomena ne poznamo dovolj dobro, ali celo uporabiti napačne strokovne izraze.

Ovire uspešnemu sporazumevanju

Funkcionalen tim ni tisti pri katerem je diplomirana medicinska sestra zgolj leva ali desna roka zdravnika. Tim, ki bo lahko celostno pomagal bolniku je tim sodelavcev od katerih vsakdo pokriva svoje strokovno področje za katerega ima največ znanja, daje več pobud, kaže več samostojnosti pri delu in s tem seveda prevzema tudi več odgovornosti za svoje delo in za morebitne posledice napačnih odločitev. Pogosto je mogoče opaziti željo po inerciji, spremembe velikokrat niso zaželeni. Prepogosto je mogoče slišati napovedi o številnih problemih, ki naj bi jih prinesle spremembe, ali razlage, da nobene spremembe niso mogoče, ker pač je tako od nekdaj.

Ovire niso samo posledica različnih pogledov zdravnikov in ostalih strokovnih sodelavcev. Včasih so tudi posledica obstoječega delovnega okolja. Zakaj bi moral zdravnik odrediti, da lahko bolnik



dobi dodaten jogurt, če ga hranijo medicinske sestre, ki tudi vedo, katera hrana mu bolj ustreza?

Sporazumevanje lahko izboljšamo

Kaže, da se pomen primerne spoznavanja postopoma uveljavlja tudi v procesu izobraževanja. Na Medicinski fakulteti v Ljubljani imajo študentje prvega letnika predmet spoznavanje. Prvenstveno je sicer usmerjen na spoznavanje s pacienti, morda pa bodo pridobljeno znanje koristno uporabili tudi pri spoznavanju z ostalimi sodelavci. Na to kažejo tudi njihova spoznanja:

"Celotna izkušnja me je prebudila, saj sem se resno zavedla, da smo na tej fakulteti zaradi ljudi in ne le zaradi želje po novem znanju."

"Pri pogovoru se mi zdi zelo pomemben stik, ki ga vzpostavimo s svojim sogovorcem in mu damo jasen občutek, da ga zbrano poslušamo."

"Sem pa čas, ki je bil na voljo, maksimalno izkoristil in ji ponudil edino stvar, ki sem jo lahko – svoj čas in pogovor."

"Na svoji poklicni poti bom srečevala takšne in drugačne paciente in bom morala način komuniciranja z njimi prilagoditi njihovemu karakterju, okoliščinam in temi pogovora."

"Med samim pogovorom sem se naučila pozorno spremljati pogovor, hkrati pa sem bila pozorna na mojo nebesedno sporočanje, kar se je izkazalo za težje kot sem pričakovala. Menim, da se bom lahko tega dobro naučila šele ob vsakodnevnem kontaktu z bolniki, saj je dobra komunikacija tako kompleksna, da se je ne da naučiti v eni ali dveh urah."



ZAKLJUČEK

Uspešnost sporazumevanje je le deloma odvisna od lastnosti posameznikov. Vsaj tako pomembni so tudi dejavniki v delovnem okolju. Podobno kot velja za mnoge veščine, ki jih uporabljamo v medicini, velja tudi za sporazumevanje. Posamezniki imajo sicer zaradi osebnostnih lastnosti in verbalnih sposobnosti morda prednost, vendar lahko s sistematičnim pristopom sporazumevanje vedno izboljšamo.

Bolnika pa le opišite tako, da bo tudi vašemu sogovorniku predstavljivo, kaj se z njim dogaja.

LITERATURA

Donchin Y, Gopher D, Olin M, et al. A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. *Crit Care Med.* 1995; 23 (2): 294-300.

Ellis GL. Nurse-physician collaboration toward improved patient care. Panel discussion: communication. *Pap Natl Conf Prof Nurses Physicians.* 1965; 30; 2: 41-3.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: building a safer health system.* Washington, DC: National Academies Press; 2000.

Manojlovich M, DeCicco B. Healthy work environments, nurse-physician communication, and patients' outcomes. *Am J Crit Care.* 2007; 16: 536-543.

Narasimhan M, Eisen LA, Mahoney CD, Acerra FL, Rosen MJ. Intensive care unit with a daily goals worksheet improving. *Am J Crit Care.* 2006; 15: 217-222.

Ushiro R. Nurse-physician collaboration scale: development and psychometric testing. *J Adv Nurs.* 2009 Jul; 65 (7): 1497-508.



doc. dr. Aleš Kogoj, dr. med.
Psihiatrična klinika Ljubljana



**KAKOVOST SKOZI PRIZMO KROVNE ORGANIZACIJE ZBORNICE
ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE – ZVEZE
STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN
ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE**

**QUALITY THROUGH PRISM OF NURSES AND MIDWIVES
ASSOCIATION OF SLOVENIA**

Darinka Klemen

Monika Ažman

IZVLEČEK

Zbornica –Zveza je strokovno, nevladno in nepridobitno združenje v Republiki Sloveniji, ki združuje preko 16.000 članic in članov – medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov. Povezuje se v organizacijo, ki šteje enajst regijskih strokovnih društev ter strokovno delovanje v enaintridesetih strokovnih sekcijah. S poslanstvom, nameni, vrednotami in cilji ohranja in krepi vlogo in pomen dejavnosti, poklica ter lika izvajalcev zdravstvene in babiške nege v slovenskem in mednarodnem prostoru z namenom ohranjanja in zagotavljanja statusa ter ugleda pripadnikov poklicev v zdravstveni in babiški negi.

Tako kot medicinske sestre in babice tudi Zbornica –Zveza nenehno oblikuje in dopolnjuje svojo notranjo in zunanjo podobo v smislu kakovosti.

Ključne besede: Zbornica – Zveza, medicinske sestre, predstavitev, organizacijska kultura.



ABSTRACT

The Association is a professional, non-governmental and non-profit organisation in the Republic of Slovenia, which has more than 16,000 members – nurses, midwives and health technicians. It comprises eleven regional professional societies and has thirty-one professional sections. Its mission, intentions, values and goals preserve and strengthen the role and significance of the activities, the profession and the image of those practicing nursing and midwifery care in Slovenia and internationally in order to maintain and uphold the status and reputation of professionals working in nursing and midwifery care.

The Association, like nurses and midwives, constantly shapes and supplements its inner and outer image in regard to quality.

Key words: the Association, nurses, presentation, organisational culture.

UVOD

Splošno o Zbornici – Zvezi

Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornica –Zveza) je strokovno, nevladno in nepridobitno združenje v Republiki Sloveniji, ki združuje preko 16.000 članic in članov – medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov. Povezujemo se v organizacijo, ki šteje enajst regijskih strokovnih društev ter strokovno delujemo v enaintridesetih strokovnih sekcijah. Z združevanjem v skupno organizacijo, ki predstavlja enovito strokovno in reprezentativno telo izvajalcev zdravstvene in babiške nege v Sloveniji, si prizadevamo zagotavljati sodobno, kakovostno ter varno zdravstveno in babiško nego za vse prebivalce Republike Slovenije ter ščititi strokovne interese članstva. Medicinske sestre, babice in zdravstveni tehniki, ki delujemo v Zbornici - Zvezi, smo vključeni v



Mednarodni svet medicinskih sester (ICN), Mednarodno konfederacijo babic (ICM), Evropsko zvezo združenj babic (EMA) in v Evropsko federacijo združenj medicinskih sester (EFN) ter tako sodelujemo v globalnih prizadevanjih za najboljšo zdravstveno oskrbo prebivalcev sveta in vplivamo na zdravstvene politike (povzeto po: <http://www.zbornica-zveza.si>). Oblika stanovskega strokovnega združevanja v smislu civilno strokovnega združevanja datira več kot osemdeset let v zgodovino slovenske zdravstvene nege, babiške še precej več. Članstvo v stanovski organizaciji je čast za vse medicinske sestre, babice in zdravstvene tehnike v Republiki Sloveniji in izraža poklicno in stanovsko pripadnost ter solidarnost med izvajalci zdravstvene in babiške nege (<http://www.zbornica-zveza.si/>).

Zbornični del skupne organizacije pomeni »regulativ«- evidenco in nadzor lastne stroke in njenih izvajalcev. Država je na Zbornico – Zvezo prenesla naslednja javna pooblastila: vodenje registra, izdajanje/podaljševanje/ odvzemanje licenc, izvajanje strokovnega nadzora s svetovanjem, urejanje specializacij, vodenje nacionalnega registra zasebnih izvajalcev. Ta del ureja Zakon o zdravstveni dejavnosti na podlagi javnega pooblastila, ki je bilo Zbornici – Zvezi z odločbo ministra za zdravje prvič podeljeno leta 2005 za dobo treh let in z možnostjo ponovitve.

Javno pooblastilo pomeni evidenco in nadzor lastne stroke in njenih izvajalcev. Država je na Zbornico – Zvezo s tem prenesla del pooblastil: vodenje registra izvajalcev zdravstvene in babiške nege; vodenje registra za zasebne izvajalce zdravstvene in babiške nege, izdajanje potrdil o vpisu in izbrisu iz registra; izdajanje, podaljševanje in odvzem licence izvajalcem zdravstvene in babiške nege; izvajanje strokovnega nadzora s svetovanjem, načrtovanje specializacij in specialističnih izpitov. Za samostojno opravljanje dela v zdravstveni dejavnosti morajo biti izvajalci posameznih zdravstvenih poklicev oziroma s posameznih področij vpisani v register in imeti veljavno licenco. Licenca se podeli za določen čas – za dobo sedmih let, podaljšati pa jo je možno na podlagi dokazil o strokovni usposobljenosti za nadaljnje delo. Strokovno izpopolnjevanje je vrednoteno z licenčnimi točkami, kot jih določa Pravilnik o licenčnem



vrednotenju strokovnih izpopolnjevanj in izobraževanj v dejavnosti zdravstvene in babiške nege (Ažman, 2010).

Zvezni del ureja Zakon o društvih in pomeni stanovsko regijsko in strokovno združevanje kot civilno-družbeno povezovanje članstva zaradi različnih skupnih interesov (strokovne sekcije), regijskih interesov (regijska strokovna društva) in drugih interesov. Pomeni skrb za članstvo na regijskem nivoju, v lokalnih skupnostih, v različnih zavodih, pri zasebnikih idr. na področju pridobivanja/predstavljanja strokovnih vsebin, strokovne in osebnostne rasti in razvoja ter kakovosti življenja članstva nasploh (Klemenc, 2009).

Organizacijo sestavlja enajst regijskih strokovnih društev: Ljubljana, Maribor, Celje, Pomurje, Ptuj - Ormož, Nova Gorica, Koper, Slovenj Gradec, Novo mesto, Velenje in društvo Gorenjske. Vsak, ki želi postati član, mora izpolniti pristopno izjavo, s katero se včlani v eno izmed enajstih regijskih strokovnih društev. Regijska društva so povezana v Zvezo društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Z izpolnitvijo pristopne izjave vsak član izrazi voljo po članstvu in načinu plačevanja članarine. Na podlagi pristopne izjave prejme vsak član člansko izkaznico, s katero se lahko izkaže na vseh strokovnih srečanjih. Članstvo je prostovoljno - je čast in obveza za vse medicinske sestre in zdravstvene tehnike iz vrst aktivnih delavcev v zdravstveni negi, upokojenih medicinskih sester, dijakov in študentov zdravstvene nege. Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov je prostovoljno, samostojno, nepridobitno, stanovsko, nestransko združenje medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov. Splošni namen društva je poglobljeno strokovno združevanje članic in članov, aktivno sodelovanje pri ohranjanju in razvijanju kulturne in zgodovinske dediščine medicinskih sester; skrbi za kulturno, stanovsko, socialno in športno delovanje svojih članov; razvija stike med društvi. Strokovna društva organizirajo strokovna izobraževanja, izpopolnjevanja ter usposabljanja članov ter pripravljajo različne druge oblike sodelovanja članov s skrbi za zdravje in profesionalni razvoj. Znotraj



Zbornice – Zveze deluje 31 strokovnih sekcij za uresničevanje strokovnih interesov članstva oz. organizacije. Strokovne sekcije proučujejo strokovna vprašanja s svojega ožjega strokovnega področja zdravstvene in babiške nege, organizirajo strokovna izpopolnjevanja posameznega ožjega strokovnega področja zdravstvene in babiške nege, oblikujejo strokovna priporočila in strokovne smernice s svojega ožjega strokovnega področja zdravstvene in babiške nege ter obravnavajo strokovna in družbena vprašanja, ki so pomembna za razvoj stroke (<http://www.zbornica-zveza.si/>).

Organizacijska kultura Zbornice – Zveze

Katerih deset besed bi uporabili za oris naše organizacije? Kaj v naši organizaciji šteje za resnično pomembno? Kakšni ljudje napredujejo v naši organizaciji? Kakšna vedenja se v naši organizaciji nagrajuje? Kdo resnično sodi v našo organizacijo in kdo ne? Organizacijsko kulturo oblikujejo in prenašajo številni dejavniki: formalne izjave o filozofiji in vrednotah organizacije (vizija, poslanstvo), uspešnost organizacije, sistemi napredovanja, organizacijska struktura, način delovanja in postopki (»način, kako stvari tu počnemo«), kriteriji novačenja, izbora in odpuščanja, način in stili vodenja (kako se vodje vedejo, čemu posvečajo, pozornost, kaj merijo in nadzirajo, katera ravnanja nagrajujejo, kako se odzivajo na pomembne dogodke in krize), neformalna zgodovina organizacije (zgodbe in legende o ključnih, posameznikih in dogodkih, ki so vplivali na organizacijo).

(<http://www1.fov.uni-mb.si/studij/studijska%20gradiva/pagon/Organizacijska%20kultura.pdf>)

Pri organizacijski kulturi gre za način, »kako to počnemo pri nas« na naslednjih področjih: organiziranost Zbornice – Zveze, potrebni viri za dobro delovanje (prostorski, finančni, kadrovski), pravni vidik organiziranosti, opredelitev vizije, poslanstva, vrednot, zunanja in notranja podoba organizacije, prepoznavnost, homogenost le te. Ali smo/imamo: združevalno silo, skupno filozofijo, podlago vodenja,



verjamemo v organizacijo, prepričanja in pričakovanja članstva, drugo (Klemenc, 2009).

POSŁANSTVO, VIZIJA, VREDNOTE KROVNE ORGANIZACIJE ZBORNICE – ZVEZE

Poslanstvo, namen in cilji: Zbornica - Zveza ohranja in krepi vlogo in pomen dejavnosti, poklica ter lika izvajalcev zdravstvene in babiške nege v slovenskem in mednarodnem prostoru z namenom ohranjanja in zagotavljanja statusa ter ugleda pripadnikov poklicev v zdravstveni in babiški negi (Statut, 3. člen, <http://www.zbornica-zveza.si>).

Na polovici prvega mandata sedanjega vodstva smo na Zbornici – Zvezi v oblikovanju, dopolnjevanju poslanstva, vizije in vrednot.

Poslanstvo

Iščemo odgovore na vprašanja: Kdo smo? Zakaj smo tu? Kako delujemo? S čim se ukvarjamo? Kaj so naši cilji? (Klemenc, 2009).

Razpravljanje o poslanstvu – bistvu, smislu, namenu oziroma razlogu obstoja - organizacije je prav tako pomembno kot osebno razmišljanje posameznika o njegovem življenjskem smislu. Poslanstvo organizacije je vedno sinteza tega, kako jo in njeno delo, storitve, vloge posameznih skupin v njej in druge pomembne stvari v njej vidijo ustanovitelji, zaposleni in uporabniki. Poleg teh vključuje tudi mnenje širšega okolja o namenu in delovanju organizacije (Musek Lešnik, 2003).

Opređeljeno poslanstvo zunanji javnosti omogoča prepoznati, kaj in kako počne organizacija, notranji javnosti pa daje občutek stabilnosti in jasne identitete. Organizacije, ki ne znajo izkoristiti bogatega potenciala svojih ljudi za raziskovanje svojega bistva, ostanejo duhovno prazne in ne zmorejo navdušiti zaposlenih za skupno prizadevanje k odličnosti (Musek Lešnik, 2003).



Vizija

Gre za želeni vidik razvoja naše organizacije v prihodnosti, postavljati jo moramo skupaj s članstvom, upoštevati pričakovanja ljudi, možnosti same organizacije, biti mora ambiciozno zastavljena in realizirana v daljšem, a doglednem časovnem obdobju, z njo se mora identificirati čim več ljudi. Izhajamo iz nekaterih izhodišč: razvoj profesije, družbeni vpliv, osebni interesi, kakovost dela/življenja izvajalcev zdravstvene in babiške nege (Klemenc, 2009).

Vizija je pogled naprej, v uresničljivo, verodostojno želeno pozitivno prihodnost, v stanje, ki je na nek način boljše od trenutnega. Obenem je tudi uresničljiv ideal, za katerega se organizacija odloči, da ga bo dosegla. Je podoba prihodnosti, kakršno si želijo njeno vodstvo in zaposleni. Odraža tisto, kar imajo najrajši, predstavlja njihovo videnje, uresničevanja lastnega poslanstva, izraža njihove vrednote in vpliva na njihove načrte. Postavlja višje cilje in organizacijo in njene ljudi žene k njihovem uresničevanju. Ker ima korenine v sedanjosti, usmerjena pa je naprej, omogoča organizaciji, da razišče priložnosti, ki se ji odpirajo. Vizija pomaga pri sprejemanju odločitev in uresničevanju dejanj in tako postane okvir, znotraj katerega organizacija in njeni ljudje usmerjajo svoja ustvarjalna prizadevanja (Musek Lešnik, 2003).

Vrednote

Vrednote predstavljajo osnovne prioritete kulture neke organizacije. So prepričanja o tem, kaj organizacija in njeni posamezniki cenijo, vrednotijo kot pozitivno, zaželeno in vredno truda. So zavestni izrazi tega, za kar se organizacija zavzema, nekakšen globlji notranji kompas, ki usmerja ravnanja in vedenja organizacije in njenih ljudi ter utrjuje pojmovanje tega, kar je pomembno, za kar se je vredno bojevati in zavzemati. Vrednote se nanašajo na to, kaj naj bi bilo je pomembno (ocenjevalni vidik) kot na to, kako naj bi ravnali organizacija in njeni posamezniki (Musek Lešnik, 2003).

O vrednotah v povezavi z zdravstveno in babiško nego v slovenskem prostoru bi bilo, glede na več kot osemdesetletno delovanje nacionalne organizacije medicinskih sester (in še daljše s strani



babic), lahko več napisanega. Nacionalne organizacije medicinskih sester v razvitih državah sveta so svoje vrednote iskale in postavljale že pred desetletji; ob iskanju lastne identitete, mesta v družbi, v (zdravstveni) politiki, ob postopni zaznavi pomembnosti, potrebnosti, prepoznavnosti in veljavi poklicne skupine so nastajale tudi vrednote v zdravstvu, tudi v zdravstveni (in babiški) negi. Vpliv na oblikovanje le teh je imel tudi razvoj managementa, še posebej v gospodarstvu in podjetništvu, kjer so v sistemih upravljanja in vodenja postavljanje vizije, ciljev, vrednot in strategije ključni elementi delovanja tako profitnih kot neprofitnih organizacij (Klemenc, 2010).

Ko smo začeli v Zbornici - Zvezi pogosteje in glasneje razpravljati, da si morajo krovna organizacija in njeni člani znati poiskati »svoje« vrednote in po njih delovati, se je razmahnilo tudi področje razmišljanja o vrednotah. Sprva sicer medlo odzivanje naše strokovne javnosti na javno povabilo o iskanju vrednot je po nekaj spodbudah lepo zaživelo (Klemenc, 2009).

Zbornica – Zveza je prav zdaj v razpravljanju o vrednotah, ki naj bi bile pomembne, neke vrste gonilo krovne organizacije, ki povezuje preko 16.000 izvajalcev zdravstvene in babiške nege v Sloveniji. Na spletnih straneh in v Utripu je povabilo k sooblikovanju le teh; prav tako smo na izobraževanju funkcionarjev Zbornice – Zveze povabili k oddaji predlogov slehernega udeleženca/ko. Tako smo zbrali lepo število predlogov, ki bodo pripomogli, da skupno oblikujemo tiste vrednote, ki naj nas usmerjajo, vodijo pri delovanju in v razvoju naše organizacije (Klemenc, 2009).

ZAKLJUČEK

Pri predstavitvi Zbornice – Zveze, njene zunanje in notranje podobe, tudi v smislu kakovosti, bi se lahko oprli na lik medicinske sestre, ki smo ga sprejeli za izvajalce zdravstvene in babiške nege v naši organizaciji pred leti.



Lik (podoba) medicinske sestre in babice sestoji iz dveh enako pomembnih delov: *osebnostna (človeška)* podoba z osnovnimi človeškimi potezami/lastnostmi in *poklicna podoba* s poklicnimi lastnostmi. Temeljni pogoj za osebnosti (človeški) lik (podobo) je telesna, duševna, duhovna in socialna zrelost, kjer je posebej pomembna sposobnost sožitja z ljudmi, predvsem vživljanja v njihovo stanje (empatije) in vzpostavljanja partnerskega odnosa tako z zdravim kot z bolnim posameznikom in/ali skupino. Osebnostni lik tvorijo temeljne človekove poteze: človekoljubnost, socialnost, humanost, moralnost, dobrohotnost, dobronamernost, čustvena zrelost. Na osebnostnem liku slonijo poklicne poteze. Poteze njene poklicne podobe temeljijo na vseživljenjskem učenju, delu na sebi in sposobnosti prilagajanja nenehnim spremembam na delovnem mestu, kjer izstopata njena strokovnost in kreativnost http://www.zbornica-zveza.si/Medicinske_sestre_in_babice.aspx.

Enako kot za medicinsko sestro in babico nenehno dograjujejo tudi podobo organizacije in profesije nasploh. To je nedvomno naloga nas vseh, tako tistih, ki se šele odločajo za poklic, kot učiteljev, mentorjev, managementa, slehernega člana negovalnega oz. zdravstvenega tima. Najbolj vidna v javnosti je zunanja podoba posameznika in organizacije. Nič manj pomembna ni notranja, s svojo dinamiko, z mnogoterimi cilji, ki jih ni vedno lahko doseči. Pričakovanja slehernega člana ali članice do »njegove« organizacije so velika, npr. dostopnost, skrb za strokovno, karierno in osebno rast, zavedanje, da organizacija pomeni večjo moč, vpliv, tudi varnost. In tudi organizacija prav tako pričakuje marsikaj od svojega članstva; če drugega ne, lojalnost, podporo pri številnih in različnih odločitvah, pri prizadevanja za prepoznavnost, za razvoj stroke, za ureditev izobraževalnega sistema, za spodbudo pri iskanju novih ciljev, izzivov, četudi malih premikov na boljše, kar vse prispeva k nenehnemu izboljševanju kakovosti, skrbi za sočloveka, enako za pacienta kot sodelavca. Tako svet v množici stanovsko združenih postaja morda lepši in prijaznejši.



LITERATURA

Ažman M. Aktualne informacije za management zdravstvene nege za kakovostno delo in sodelovanje z nacionalno organizacijo Zbornico – Zvezo. V: Kaučič BM, Majcen Dvoršak S., Vidnar N. Opolnomočenje managementa zdravstvene nege za uspešno sodelovanje pri upravljanju zdravstvenih zavodov. Ljubljana, Zbornica – Zveza, Sekcija medicinskih sester v managementu; 2010: 40-42.

Klemenc D. 2. Dnevom Marije Tomšič in vrednotam v zdravstveni negi na pot. V: 2. Dnevi Marije Tomšič, Vrednote v zdravstveni negi (urednica Marjeta Berkopec). Novo mesto, Splošna bolnišnica, Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Visoka šola za zdravstvo; 2010: 12-15.

Klemenc D. I. Izobraževalni dan za funkcionarje Zbornice – Zveze. Vrhnika, Zbornica – Zveza; februar 2009.

Klemenc D. Naša skupna priložnost, skrb in odgovornost (Izročki predavanja), II. izobraževalni dan za funkcionarje Zbornice – Zveze. Vrhnika, Zbornica – Zveza; november 2009.

Musek Lešnik K. Od poslanstva do vizije zavoda in neprofitne organizacije: kako razjasniti vrednote, opredeliti poslanstvo in ustvariti vizijo neprofitne organizacije za nove čase. Ljubljana: Inštitut za psihologijo osebnosti; 2003.

Pagon M. Organizacijska kultura Študijska gradiva. Dostopno na <http://www1.fov.uni-mb.si/studij/studijska%20gradiva/pagon/Organizacijska%20kultura.pdf> (10. 5. 2010).

Statut Zbornice – Zveze, 3. Člen. Dostopno na <http://www.zbornica-zveza.si> (9. 5. 2010).



Darinka Klemenc, dipl.m.s.,

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

Monika Ažman, dipl.m.s.

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



VARNA IN KAKOVOSTNA OBRAVNAVA PACIENTOV V BOLNIŠNIČNEM OKOLJU

SAFE AND QUALITY TREATMENT OF PATIENTS IN HOSPITAL ENVIRONMENT

mag. Hilda Maze

IZVLEČEK

Uvod: V zadnjem desetletju se pacienti, politiki in zaposleni v zdravstvu vedno bolj zavedajo, da bolnišnice in druge zdravstvene ustanove predstavljajo določeno mesto tveganja, kjer pacienti lahko utrpijo tudi škodo, ne le zdravljenja njihove bolezni.

Metode: Pregled literature in primeri iz prakse v Splošni bolnišnici Celje.

Rezultati in razprava: V Splošni bolnišnici Celje se vodijo aktivnosti za zmanjševanje števila padcev, preležanin zaradi pritiska in napak v predanalitičnem delu. Za preprečevanje napačnega mesta operativnega posega se vodi protokol Priprave bolnika na operativni poseg. Za večjo kulturo varnosti in kakovosti se izvajajo pogovori o varnosti ter izobraževanja za medicinske sestre.

Zaključek: Delamo z ljudmi in naše napake imajo neposreden vpliv na njih. Poskrbeti moramo, da do napak ne bo prihajalo, v kolikor pa se to zgodi, jih moramo natančno analizirati in pripraviti ukrepe za preprečevanje. Tako se bomo iz napak nekaj naučili in prišli do zelene varnosti in kakovosti.

Ključne besede: varnost, napaka, kakovost, zdravstvo, pacient



ABSTRACT

Introduction: Over the last decade, patients, policy makers and clinicians have been increasingly aware of the fact that hospitals and other care institutions are not only places of care, but they are also risky places.

Method: Literature survey and practical examples from General Hospital Celje.

Results and discussion: Activities to reduce and/or prevent falls, bedsores (decubitus) due to pressure and mistakes in pre-analytical work in the Regional Hospital Celje are being carried out. In order to prevent a wrong body site of surgical operation a Protocol with preparation of patients for surgical operation is being conducted in the hospital. For higher level of culture safety and quality we provide discussion about safety and special education for nurses.

Conclusion: Our work is directly related to people and all our mistakes we make have a direct impact on our patients. We have to ensure these mistakes will not happen again. If they do happen, we need to analyse and use them in order to increase knowledge about them and measures to prevent mistakes. From our own mistakes we can learn how to achieve a desired level safety and quality.

Key words: safety, mistake, quality, health care, patient

UVOD

V zadnjem desetletju se pacienti, politiki in zaposleni v zdravstvu vedno bolj zavedajo, da bolnišnice in druge zdravstvene ustanove predstavljajo določeno mesto tveganja (Zuiderent-Jerek, 2009). Številne študije kažejo, da je v času zdravljenja utrpelo dodatno škodo 2,9% do 16,6% pacientov zaradi neustrezne zdravstvene obravnave (Makai et al, 2009). V državah Evropske unije ocenjujejo, da med zdravljenjem utrpi varnostne zaplete 8% do 12% hospitaliziranih pacientov (Luksemburška deklaracija o varnosti pacientov, 2005). Študije so pokazale, da vsak 10-i pacient v bolnišnici utrpi škodo



zaradi napak in ne zaradi komplikacije svoje bolezni (Robida, 2010). To je v nasprotju z razmišljanjem, ki velja v zdravstvu, da je strokovna odličnost samoumevna.

Čeprav je varnost pacientov del kakovosti, se pristop razlikuje. Varnost pacientov je bolj osredotočena na vzroke napak in njihovo odstranjevanje, medtem ko gre pri tradicionalni perspektivi kakovosti za prizadevanje po razvoju uspešnega izvajanja intervencij. Kljub temu so prizadevanja za večjo varnost pacientov povezana z naraščajočimi dosežki pri izboljševanju kakovosti. V kolikor delamo na tem, da zmanjšamo odklone od zelenega stanja, zmanjšamo število napak, ki bi lahko ali so imele dejanske posledice za pacienta, izboljšujemo kakovost zdravstvene obravnave.

REZULTATI IN RAZPRAVA

Pacienti, izvajalci, zavarovalnica in ministrstvo nenehno zahtevajo izboljšanje kakovosti in varnosti v zdravstvu. Raziskovalci že več kot 10 let svoja znanstvena odkritja prenašajo v prakso (Thornlow in McGuin, 2010). Ponavljajoče napake spreminjajo v znanje in sposobnosti znotraj klinične prakse. Za izboljševanje varnosti pacientov je nujno potrebno izobraževanje (Elston et al, 2009). Podoben pristop za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave pacientov smo izbrali tudi v Splošni bolnišnici Celje. Aktivnosti so se začele izvajati že pred dobrimi 10 leti, ko smo začeli beležiti število preležanin ter ostale neželene dogodke, med katerimi so najpogostejši padci pacientov. Na začetku smo podatke večinoma le zbirali, brez tega, da bi se aktivno lotili zmanjševanja oziroma odpravljanja neželenih dogodkov.

Ukrepi za zmanjševanje števila razjed zaradi pritiska

Usmerjene aktivnosti za preprečevanje nastanka preležanin se vodijo že več kot 10 let. Ocenjevanje ogroženosti za nastanek preležanin



zaradi pritiska pri vseh novo sprejetih pacientih smo začeli ocenjevati po enem izmed neželenih dogodkov, ko so svojci trdili, da je pacientka prišla v bolnišnico brez razjede zaradi pritiska. Ker nismo imeli začetne ocene, je bilo potrebno kar precej napora, da smo se s svojci pogovorili in razrešili vse dileme. Iz negovalne dokumentacije v tem primeru je bilo razvidno, da so bile že ob sprejemu izvedene negovalne intervencije za zdravljenje že obstoječe razjede zaradi pritiska, ker pa nismo imeli začetne ocene smo to komaj dokazali. Poleg tega smo sprožili še niz drugih aktivnosti kot je pospešena nabava antidekubitusnih blazin in pripravili nove obrazce za spremljanje preležanin, ki bodo osnova za nadaljnje spremljanje v računalniškem programu Birpis 21. Bistvenega pomena pa še vedno ostaja obračanje pacientov in razbremenitev ogroženih delov telesa. Število novonastalih preležanin v bolnišnici je v upadanju.

Ukrepi za zmanjševanje števila padcev pacientov

Padci se dogajajo vedno in vsepovsod, tako mladim kot starim ljudem, med hojo, na mokrih tleh, ob spotikanju čez ovire. V bolnišnicah so najpogostejši padci iz postelje. Ob padcu pacienta ni dovolj voditi evidenco in podatke objavljati na spletni strani bolnišnice ter pošiljati na Ministrstvo za zdravje. Bistvenega pomena je voditi ciljno usmerjene aktivnosti za njihovo zmanjševanje. S tem smo začeli v letu 2007, po padcu pacienta, ki se je zelo nesrečno končal.

Za ocenjevanje ogroženosti za padec vseh hospitaliziranih pacientov smo začeli uporabljati Morsejevo lestvico. Uporaba lestvice je enostavna in hitra, saj za izpolnitev zahteva le 2 do 3 minute. Na podlagi dobljenih rezultatov medicinske sestre sprožijo niz negovalnih aktivnosti namenjenih preprečevanju padcev, ki so navedene na hrbtni strani dokumenta. Pospešeno smo začeli nabavljati varovalne ograjice ter hidravlične oziroma električne postelje z možnostjo nastavitve višine, ki preprečujejo padce oziroma zmanjšajo posledice. Postelja, ki je spuščena nižje, zmanjša možnost za poškodbe, če kljub našim ukrepom, do padca vseeno pride. Formirana je bila delovna skupina za preprečevanje padcev, katere



izdelek je plakat, ki visi na vseh bolnišničnih oddelkih. Pripravili so tudi zloženko, ki je namenjena zaposlenim, pacientom in svojcem. V preteklem letu smo začeli izvajati interno izobraževanje za zaposlene na temo »Preprečevanje padcev«, ki še poteka. Doslej je bilo izvedenih 8 predavanj, ki se jih je udeležilo 350 medicinskih sester. Naš cilj je, da bo vsebine poslušalo vseh 750 medicinskih sester v bolnišnici. Po analizi stanja se trenutno število padcev še ne zmanjšuje, kar pripisujemo dejstvu, da se sedaj resnično vsi padci evidentirajo, v preteklosti pa se niso.

Ukrepi za zmanjševanje števila napak v predanalitičnem delu

V laboratorijski medicini je predanalitični del tesno povezan z zanesljivostjo laboratorijskih analiz. Predpogoj za pravilen izvid je kakovosten oziroma reprezentativen vzorec biološkega materiala. V Splošni bolnišnici Celje smo v začetku lanskega leta začeli spremljati napake pri odvzemu bioloških vzorcev. Odločili smo se za sistematično beleženje nepravilnosti in zavrnitvenih vzorcev za vsak oddelk, ki se tedensko ali na štirinajst dni posredujejo glavnim medicinskim sestram oddelkov. Najpogostejše nepravilnosti so:

- neskladnost med naročilom in poslanim vzorcem,
- nepravilen odvzem krvi (visok kalij, krvni sladkor,...),
- epruvete poslane brez napisa,
- epruvete poslane brez številke naročila,
- hemoliza vzorca,
- manjkajoče epruvete,
- napačna številka naročila,
- odvzeta napačna epruveta za preiskavo,
- odvzeto premalo krvi,
- napačno vpisane preiskave.

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 7 izobraževanj 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 epruвет in pravilnem mešanju epruвет,
- vpliv dodatkov v epruветah,
- vzroki za nastanek napak/nepравilnosti pri odvzemu krvi (prevelik ali premajhen volumen krvi, hemolize in strdkov),
- ravnanje z vzorci po odvzemu (lega, temperatura, transport).

Vzporedno s temi izobraževanji poteka 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.

Pristop je pokazal trend padanja evidentiranih napak in nepravilnosti po oddelkih, saj se je število nepravilnosti zmanjšalo za 75 %. Znanje in veščine medicinskim 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 optimalnem času za pacienta. Ponovni odvzemi bioloških materialov so nemalokrat vsaj neprijetni, če že ne boleči.

Enak pristop smo izbrali za zmanjševanje napak pri odvzemu nadzornih kužnin, le da smo te še stroškovno ovrednotili.

Protokol priprave pacienta na operativni poseg

Nastanku protokola je botroval neželen dogodek v oktobru 2009, kjer je prišlo do začetka operacije na nepravem mestu. V zdravstveni negi smo takoj pripravili protokol priprave bolnika na operativni poseg,



katerega smo uskladili s koordinatorjem kirurških strok, ki je nato poskrbel, da so začeli protokol izpolnjevati in podpisovati tudi zdravniki. Na pobudo strokovne direktorice spremljamo izpolnjevanje protokola. To nalogo so dobile glavne medicinske sestre oddelkov, ki medicinski sestri za kakovost sporočajo število vseh operiranih bolnikov oziroma izpolnjenih protokolov z vsemi odstopanji. Le te rešujemo z njimi, v kolikor gre za neizpolnjevanje pri medicinskih sestrah in s koordinatorjem kirurških strok, če gre za odstopanja pri zdravnikih. Ugotavljamo, da bo potrebno obstoječi protokol nekoliko spremeniti, za kar še zbiramo pripombe (dodati »težčnost«...) ter pripraviti poseben obrazec za ambulantne operativne posege.

Pogovori o varnosti

S pogovori o varnosti smo začeli januarja 2008. Zaposleni v zdravstveni negi jih zabeležijo na za to oblikovane obrazce. V letu 2009 je bilo izvedenih 208 pogovorov na 25 oddelkih. Najpogostejše teme pogovorov o varnosti so: dva pacienta z istim imenom in priimkom na istem oddelku, pobegi pacientov, agresivnost pacientov, nenapisana terapija na temperaturnih listih, naročanje terapije po telefonu, nečitljiva pisava, pomanjkljiva komunikacija med osebjem, problemi z oskrbovalnimi službami... Na Kolegiju glavnih medicinskih sester se predstavi letna analiza pogovorov o varnosti. Primeri, ki potrebujejo takojšnje ukrepanje se obravnavajo sprotno.

Izobraževanje na temo varnost in kakovost v zdravstveni obravnavi

V bolnišnici smo želeli približati kakovost in varnost zdravstvene obravnave kar največjemu številu zaposlenih v zdravstveni negi. Vse prepogosto se namreč sliši, da je kakovost nekaj, kar samo zvišuje stroške dela, nihče pa ne pomisli, da to pomeni varnost za paciente in vse zaposlene. V ta namen smo organizirali dva sklopa izobraževanj. 32-urna učna delavnica na temo »Kakovost in varnost pacientov« je bila namenjena glavnim medicinskim sestram oddelkov. Namen



izobraževanja je bil približati pomen kakovostne in varne zdravstvene obravnave ter predstaviti orodja za izboljšave. Izvedeno je bilo v sklopu 8-ih predavanj, ki se jih je udeležilo 40 slušateljev. Predavanje na temo »Varnost pacientov« je bilo namenjeno vsem zaposlenim v zdravstveni negi. Udeležilo se ga je 356 medicinskih sester.

ZAKLJUČEK

Delamo z ljudmi in naše napake imajo neposreden vpliv na njihovo dodatno bolečino, potreben operativni poseg in podaljšanje zdravljenja. Morebiti tudi zaradi nas niso več sposobni skrbeti sami zase ali celo umrejo. Zavedati se moramo, da je naše delo zelo odgovorno. Ni tako kot v tovarnah, kjer imajo zaradi napak nekaj več slabih izdelkov in se jim to pozna zgolj pri profitu. Nismo sodniki, ki zaradi napake oz. napačne odločitve nikogar ne morejo spraviti ob življenje, saj pri nas ni smrtne kazni. Poskrbeti moramo, da do napak ne bo prišlo, v kolikor pa do njih pride, jih moramo natančno analizirati in pripraviti ukrepe za preprečevanje. Tako se bomo iz napak nekaj naučili. Nikogar ne smemo obsojati, če je prišlo do njih. Vedno moramo gledati na to, kaj se da spremeniti in izboljšati. Le tako bomo prišli tudi do zelene kakovosti. Da pa bomo vedeli, kako dobro opravljamo svoje delo, moramo to spremljati. Temu so namenjeni vsi obrazci in protokoli, ki jih uporabljamo pri delu. Nikakor ne smemo gledati nanje kot le še na en list, katerega moramo dodatno izpolnjevati. Presoja kakovosti našega dela je odvisna od spremljanja izvedenega, česar ne moremo narediti, če to ni nikjer zabeleženo.

LITERATURA

Elston M.D. et al Part II. Opportunities for improvement in patient safety. J Am Acad Dermatol. 2009; 61(2): 193 – 198.



Luksemburška deklaracija o varnosti pacientov. Evropska konferenca »Patient Safety: Making it Happen! 5.4.2005. Dostopno na: http://www.eu2005.lu/en/actualities/documents_travail/2005/04/06Patientsafety, 25.4.2005.

Makai P. Quality management and patient safety: Survey results from 102 Hungarian hospital. *Health Policy*. 2009; 90: 175 – 180.

Robida A. Kako priti do večje varnosti pacientov. In: Kramar Z, Kraigher A. Zbornik predavanj 3. dnevi Angele Boškin, Gozd Martuljek, 22. – 23. Aprila 2010. Jesenice: Splošna bolnišnica; 2010: 46 -53.

Thornlow D.K., McGuin K. A necessary sea change for nurse faculty development: Spotlight on quality and safety. *Journal of Professional Nursing*. 2010; 26 (2): 71 – 81.

Zuiderent-Jerek T. et al. Sociological refigurations of patient safety; ontologies of improvements and »acting with« quality collaboratives in healthcare. *Social Science & Medicine*. 2009; 69: 1713 - 1721.

*pred. mag. Hilda Maze, dipl. m.s., univ. dipl. org.
Splošna bolnišnica Celje*



POMEN STIKA ZDRAVSTVENEGA OSEBJA V ZAGOTAVLJANJU KAKOVOSTI LABORATORIJSKIH IZVIDOV

IMPORTANCE OF CONTACTS AMONG HEALTH CARE PERSONNEL IN QUALITY ASSURANCE OF LABORATORY RESULTS

prof. dr. Jana Lukač Bajalo

IZVLEČEK

V procesu od naročila preiskave do laboratorijskega izvida in interpretacije le-tega, je nujno tesno sodelovanje in komunikacija med vsemi sodelujočimi: bolnikom, zdravnikom, medicinsko sestro, osebjem za transport in laboratorijskim osebjem. Med seboj si morajo posredovati znanja in informacije o bolniku/preiskovancu, o biološkemu vzorcu, priporočljivem času odvzema, ustreznem transportu in shranjevanju vzorca. Seznaniti se morajo z vsem, kar vpliva na laboratorijski izvid in kakovost izvida. Predanalitska faza je tista, ki predstavlja najtesnejše sodelovanje - stik - zdravstvenega osebja v zagotavljanju kakovosti laboratorijskih izvidov. Le kakovostni laboratorijski izvidi prispevajo h kakovostni obravnavi bolnikov in drugih preiskovancev.

Ključne besede: laboratorijski izvidi, predanalitski dejavniki

ABSTRACT

In the process from the decision for examination of patients biological sample to the results and interpretation of them, close contacts among health care personnel is needed. Exchanging of information about patient, proper biological sample, time of taking sample, proper transport, keeping and storage of sample before and after analyses, among of all included personnel (clinicians, nurses, laboratory



personnel and others) is required. Effects of preanalytical variables on clinical laboratory tests are key information that a clinician requires for proper interpretation of laboratory tests and consequently on quality assurance of medical care.

Key words: laboratory tests, preanalytical variables

UVOD

Laboratorijski izvidi bolnikov in drugih preiskovancev so ključnega pomena pri postavljanju diagnoze, prognoze, za zdravljenje in spremljanje učinkov zdravljenja, za zgodnje odkrivanje bolezni (presejalni testi), za proučevanje vzrokov bolezni (molekularna diagnostika), ali za oceno zdravstvenega stanja preiskovancev (pred vstopom v delovno razmerje, na delovnih mestih z velikim tveganjem za zdravje, ipd.).

Pot od odločitve zdravnika za laboratorijsko preiskavo, do laboratorijskega izvida je kompleksna in vključuje praktično vse zdravstveno osebje. Od vrste biološkega vzorca in laboratorijske preiskave, je odvisno kdo ima pristojnosti za odvzem vzorca, kdaj se mora vzorec odvzeti, v kolikšnem času po odvzemu mora biti vzorec v laboratoriju in v kolikšnem času je analiza lahko izvedena in sporočena naročniku. Za odvzem nekaterih bioloških vzorcev je pristojen samo zdravnik (arterijska kri, kostni mozeg, plodovnica, likvor, razni punktati, biopti, ipd.), za nekatere pa lahko pooblasti drugo zdravstveno osebje (venska kri, kapilarna kri, urin, znoj, brisi, ipd.). Poleg bolezni vpliva na sestavo bioloških vzorcev in posledično na rezultate laboratorijskih preiskav mnogo dejavnikov, ki jih delimo v tri faze:

- predanalitsko,
- analitsko,
- poanalitsko.



V tem procesu, od naročila preiskave do laboratorijskega izvida in interpretacije le-tega, je nujno tesno sodelovanje in komunikacija med vsemi sodelujočimi v procesu: bolnikom, zdravnikom, medicinsko sestro, osebjem za transport in laboratorijskim osebjem. Med seboj si morajo posredovati znanja in informacije o bolniku/preiskovancu, o biološkemu vzorcu, priporočljivem času odvzema, ustreznem transportu in shranjevanju vzorca. Seznaniti se morajo z vsem, kar vpliva na laboratorijski izvid in kakovost izvida. Predanalitska faza je tista, ki predstavlja najtesnejše sodelovanje – stik - zdravstvenega osebja v zagotavljanju kakovosti laboratorijskih izvidov (Guder, 1996; Holmes, 2002).

PREDANALITSKI DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA LABORATORIJSKE IZVIDE

Izmed vseh dejavnikov, ki vplivajo na laboratorijski izvid, jih večji del pripada predanalitski fazi in vključujejo genetske, endogene in eksogene dejavnike:

- **genetski:** genetske posebnosti, motnje in bolezni,
- **endogeni:** rasa, spol (hormonski vplivi, encimi), starost (otroci, odrasli, starostniki), nosečnost, biološki ritmi, (cirkadialni ritem, čas odvzema biološkega vzorca),
- **eksogeni:** prehranjenost, podhranjenost, prehrabene navade (rase, naroda, posameznikov, vegetarijanstvo, veganstvo), tešč - netešč, kajenje, alkoholizem in druge droge, zdravila, način odvzema biološkega vzorca (punkcija, biopsija) položaj pri odvzemu, čas odvzema (cirkadialni ritem), transport, shranjevanje.

Osebjem, ki sodeluje v procesu – naročilo → preiskava → izvid preiskave - mora biti seznanjeno z vsemi možnimi vplivi na rezultate preiskave. Če je mogoče, negativne vplive odstranimo ali zmanjšamo, oziroma njihov vpliv upoštevamo pri interpretaciji laboratorijskega izvida.



Primeri vplivov na izvide preiskav:

Stanje bolnika/preiskovanca

Povečanje volumna plazme

- odvzem krvi v ležečem položaju povzroči $\approx 8\%$ hemodilucijo $\rightarrow \uparrow V$,
- izpostavljenost vročini pred odvzemom krvi $\rightarrow \uparrow V$,
- 2 uri po obroku $\rightarrow \uparrow V$,
- v nosečnosti po 10 tednu začne rasti volumen plazme od 2600 mL in poraste do 34 tedna na 3900 mL,
- izpostavljenost vročini pred odvzemom \rightarrow poveča se volumen plazme (premik intersticijske tekočine v žilje).

Zmanjšanje volumna plazme

- pri ležečih bolnikih, ki vstanejo iz ležečega položaja v stoječi, se pojavi hemokoncentracija $\rightarrow \downarrow V$,
- pri fizični aktivnosti pred odvzemom $\rightarrow \downarrow V$ (premik iz žilja v intersticij),
- izpostavljenost mrazu $\rightarrow \downarrow V$.

Tešč-ne tešč

Odvzem vzorcev po hranjenju ima lahko velik vpliv na nekatere laboratorijske preiskave, zato je priporočljivo odvzeti vzorce na tešče, sicer je vplive hrane potrebno upoštevati pri interpretaciji rezultatov preiskav (Thomas, 1998; Young, 1993).

Vpliv časa odvzema biološkega vzorca – vpliv bioloških ritmov

Dogajanja v biosistemih potekajo ritmično, kar pomeni, da ima dogajanje (npr. metabolni proces) neki **maksimum** in neki **minimum**



tistega, kar v procesu opazujemo (koncentracija metabolita) in da se to ponavlja v določenih časovnih intervalih.

Od vseh ritmov so v laboratorijski medicini najbolj pomembni **cirkadialni ritmi**.

Cirkadialni ritmi so:

- redno ponavljajoča se kvantitativna fiziološka sprememba z endogeno periodo približno 24 ur (20 do 28 ur),
- v naravnih okoliščinah sinhronizirani na 24 ur s ciklusom svetloba-tema, ki nastaja zaradi rotacije Zemlje,
- prisotni praktično v vseh metabolnih procesih, funkcijah tkiv, organov in organskih sistemih in izražajo povezanost organizma z zunanjimi dejavniki.

Od zunanjih dejavnikov, ki vplivajo na ritme (eksogeni sinhronizatorji) je poleg ritma svetloba-tema (in s tem povezanim ritmom spanje-budnost) zelo pomemben tudi ritem hranjenja. Ta dva sta dominantna.

Pomembni so tudi fizikalni ritmični dejavniki (zvok, tlak, ipd.) in tudi psihosocialni dejavniki.

Če spremenimo ritem spanje-budnost tako, da delamo ponoči (nočne izmene) in spimo podnevi, ostajajo v organizmu fiziološki ritmi dva dni nespremenjeni, nato se začnejo resinhronizirati na nove razmere in se po 14-ih dneh obrnejo za 180°.

Presnovne procese (metabolizem) delimo na anabolne (sinteza snovi) in katabolne (razgradnja snovi). Oboji potekajo ves čas, vendar med spanjem potekajo pretežno anabolni procesi (sinteza proteinov - Ig), med budnostjo pa katabolni procesi. Med seboj so diametralno nasprotni, ta nasprotnost pa se v laboratorijskih parametrih kaže v koncentracijskih razlikah. Največje koncentracijske razlike so pri hormonih (ritmi z veliko amplitudo) - razlika med najvišjo in najnižjo



vrednostjo je >100% od srednje vrednosti. Hematološki parametri imajo ritme s srednje veliko amplitudo - razlika med najvišjo in najnižjo vrednostjo je >50%. Biokemični parametri pa imajo ritme z majhno amplitudo - razlika med najvišjo in najnižjo vrednostjo je 10 - 30% (Moore-Ede, 1982; Rietveld, 1983).

V praksi to pomeni, da v vzorcu odvzetem ob različnih urah dneva (v različnih fazah metabolnega ciklusa - anabolni ali katabolni fazi) dobimo različne koncentracije tega parametra, kar je rezultat normalnega fiziološkega oz. cirkadialnega nihanja.

V fiziološkem smislu sta si v budnosti najbolj različni stanji v času, *ko se zbudimo* (zjutraj - swich on) in v času, *ko gremo spat* (zvečer - swich off). Za interpretacijo rezultatov laboratorijskih preiskav je torej nujno, da nam je znan čas odvzema biološkega vzorca, zato mora biti **pri vsakem biološkem vzorcu označen čas odvzema** (Lukač Bajalo, 2008).

Vpliv zdravil

Zdravila lahko vplivajo na fiziološki/patološki proces v organizmu, lahko pa sodelujejo tudi v *in vitro* reakcijah laboratorijskih preiskav in v tem smislu predstavljajo neželene vplive, ki jih moramo poznati. Za interpretacijo laboratorijskega izvida je nujna informacija o vrsti in količini terapij (Guder, 1996).

Vpliv antikoagulantnih snovi

Kadar analiziramo **polno kri** ali **plazmo** ali **krvne celice**, moramo kri odvzeti z **antikoagulantnim sredstvom**, da se ne strdi. Večina teh sredstev deluje na osnovi vezave kalcija iz plazme. V tem procesu je kalcij nujen, saj preprečuje strjevanje krvi. Antikoagulantna sredstva lahko delujejo tudi inhibitorno na faktorje koagulacije (na Xa).

Ta sredstva lahko spremenijo volumen plazme, poleg tega pa z njimi lahko spremenimo koncentracije že prisotnih snovi (npr. ionov kalija, natrija, amonija) ali vnesemo tuje snovi (heparin, EDTA, oksalate,



citrate). Zato je za vsako vrsto preiskave priporočeno oz. določeno, kateri antikoagulant lahko uporabimo (Guder, 1996; Holmes, 2002).

Transport vzorcev

Nekateri vzorci se morajo transportirati v laboratorij pod posebnimi pogoji (hlajeni, zamrznjeni, pri 37°C, z dodatkom konzervansov, zaščiteni pred svetlobo, ipd.).

Shranjevanje vzorcev

Za vsak analit je predpisano pri kateri temperaturi in koliko časa je obstojen (sobna T, + 4°C, - 20°C, - 70°C in ure, dnevi, tedni, meseci, leta). Nekatero vzorce je potrebno stabilizirati z dodatki vzorcju (s konzervansi, bakteriostatiki, si pomagajo pri analizi urina, za določitev kisline, lugov, alkohola,...). Vse to je pomembno za preverjanje rezultatov, dodatne preiskave, *post mortem* preiskave, raziskave in biološke banke. Za različne vzorce in različne preiskave obstajajo različni protokoli shranjevanja (Westgard, 1994).

70

Standardni operacijski postopki (SOP)

Vsaka preiskava, ki se izvaja v laboratoriju, ki ima dovoljenje za delo od Ministrstva za zdravje RS, se izvaja po SOP-u, ki vsebuje vsa navodila o pripravi preiskovanca za odvzem biološkega vzorca za določeno preiskavo, o vrsti in količini vzorca, dodatkih, transportu, shranjevanju in o analitskem delu (ISO 15.819, 2003).

ZAKLJUČEK

Kakovost laboratorijskih izvidov je odvisna od mnogih dejavnikov. Izjemno pomembni so dejavniki predanalitske faze, ki zahteva sodelovanje in izmenjavo znanj med vsem sodelujočim osebjem: bolnikom/ preiskovancem, zdravnikom, medicinsko sestro,



transportnim osebjem in laboratorijskim osebjem. Le kakovostni laboratorijski izvidi prispevajo h kakovostni obravnavi bolnikov in drugih preiskovancev.

LITERATURA

Guder WG, Narayanam S, Wisser H, Zawata B. Samples: From the Patient to the Laboratory. GIT VERLAG, Darmstadt, 1996.

Holmes EW. The Interpretation of Laboratory tests. In: McClatchey KD Clinical Laboratory medicine. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 2002; 97-121.

ISO 15819. Medical laboratories – Particular requirements for quality and competence. Februar 2003.

Lukač Bajalo J, Božič B. Biološki vzorci v laboratorijski biomedicini. Univerza v Ljubljani, Fakulteta za farmacijo 2008.

Moore-Ede MC, Sulzman FM, Fuller CA. The Clocks That Time Us. Harvard University Press, Cambridge 1982.

Rietveld WJ. Clinical Aspects of Chronobiology. CIP-Gegevens Koninklijke Bibliotheek, Den Haag 1983.

Thomas L. Clinical Laboratory Results. In: Thomas L. Clinical Laboratory Diagnostics. Use and Assessment of Clinical Laboratory Results. TH Books Verlagsgesellschaft, Frankfurt, 1998; 1453-1463.

Westgard JO, Klee GG. Quality Management: Control of Preanalytical variables: dissecting the Laboratory system into multiple discrete Processes. In: Burtis CA, Ashwood ER. Tietz Textbook of Clinical Chemistry 3., 2nd ed. WB Saunders Company, Philadelphia, 1994; 548-592.



Young DS. Effects of preanalytical variables on clinical laboratory tests, 1st ed: AACCC Press, Washington, 1993.

*prof. dr. Jana Lukač Bajalo, univ. dipl. kem., spec. med. biokem.
Visoka zdravstvena šola v Celju*



POMEN TIMSKEGA DELA NA INTENZIVNEM ODDELKU

IMPORTANCE OF THE TEAM WORK IN THE INTENSIVE CARE UNIT

doc. dr. Gorazd Voga

Darja Podsedenshek

IZVLEČEK

Uvod: Delo na intenzivnem oddelku je v primerjavi z delom na drugih oddelkih v bolnišnici specifično. Zdravimo hudo bolne z nestabilnimi življenjskimi funkcijami, pri obravnavi bolnikov sodeluje veliko različnih profilov zdravstvenih delavcev. Delo je neprekinjeno in izid zdravljenja je odvisen od strokovnega dela, v dobršni meri pa tudi od medsebojnega sodelovanja in zaupanja. Delo na intenzivnem oddelku mora biti zato organizirano po načelih timskega pristopa in ustreznega sodelovanja med vsemi člani ekipe, ki pa morajo imeti jasno opredeljene naloge. Zavedati se morajo prednosti timskega dela pri vsakdanjem delu in še posebej pri reševanju morebitnih sporov ter ovir pri njegovem uveljavljanju. Medsebojno sodelovanje pri zdravljenju in sodelovanje pri pomembnih odločitvah je povezano z boljšimi izidi zdravljenja in z pozitivno delovno klimo na oddelku.

Razprava in zaključki: S prikazom organizacije in poteka dela na Oddelku za intenzivno interno medicino prikazujemo uresničevanje timskega dela. Najpomembnejši elementi timskega dela so predaja službe, skupni sestanki, vizita, sodelovanje pri posegih in sprejemih, komunikacija s svojci ter edukacija in raziskovalno delo. Ocenjujemo, da večinoma delo opravljamo timsko, hkrati pa se zavedamo, da se da timski pristop še izboljšati in izpopolniti.

Ključne besede: timsko delo, intenzivna medicina



ABSTRACT

Introduction: The work in the intensive care unit is specific if compared with the work at the general hospital wards. Critically ill patients with unstable vital functions are treated by different profiles of health professionals. Workload is continuous and final outcome depends on the level of the medical management and on the close cooperation between members of the team. Therefore, the work in the intensive care unit should be organized according to the principles of the team work and proper cooperation between all team members. The duties and competencies of the every team member must be clearly defined. They have to be aware of the advantages of the team work and of the barriers for implementation of the team work principles in daily practice. Cooperation and collaboration in the routine activities and especially in the important decisions is related with improved outcome of the patient treatment and positive working atmosphere.

Discussion and conclusions: The organization of daily routine work at the Medical intensive care unit in General hospital Celje and practical implementation of teamwork principles is described and analyzed. The most important elements of the team work are medical reports and meetings of the team members, rounds, communication at the shift changes, communication with patients and relatives, education and research. We believe that the majority of our work and activities is organized according to team work principles, but we are aware that it can be further improved.

Key words: team work, intensive care medicine

UVOD

Timsko delo na intenzivnem oddelku

Čeprav je na intenzivnem oddelku za posameznega bolnika sicer odgovoren sobni zdravnik, pa za bolnika skrbijo številni sodelavci, ki sestavljajo oddelčno ekipo. Za ustrezno obravnavo bolnika morajo vsi



sodelavci medsebojno komunicirati in biti povezani. Za intenzivne oddelke so značilne multidisciplinarne ekipe, v katerih poleg zdravnikov različnih specialnosti sodelujejo tudi medicinske sestre, fizioterapevti, dietetiki, farmacevti in po potrebi tudi drugi zdravstveni delavci. Multidisciplinarno ekipo torej opredelimo kot skupino posameznikov različnih poklicev z različnimi in posebnimi znanji ter spretnostmi. Skupina ima svojega vodjo, ki spodbuja sodelovanje vseh članov pri vključevanju v timsko delo in združuje ideje ter pobude posameznikov v skupne cilje. Pri delu v skupini se moramo na vsak način izogibati t. i. skupinskega mnenja. Opredelimo ga kot mnenje, ki ga člani enovite in povezane skupine prevzamejo, še posebej v skupini, v kateri člani želijo biti anonimni do te mere, da se jim ne zdi potrebno izražati svojih lastnih idej. Za dobro timsko delo je značilno, da je celota bolj učinkovita kot je vsota vseh njenih sestavnih delov.

Ustvarjanje ekipe in spodbujanje timskega dela je ena temeljnih značilnosti uspešnega upravljanja in vodenja v intenzivni medicini, saj je prav intenzivni oddelek vzorčni primer, kjer je takšno delo izjemnega pomena za visoko kakovostno in varno zdravljenje.

Nizozemska študija je pokazala, da sta odnos MS do bolnika in bolnikova ocena kakovosti nege neposredno povezana s kakovostjo odnosov med medicinskimi sestrami, zdravniki in vodstvom bolnišnice. Presenetljivo pa niso ugotovili povezave med kakovostjo sestrške obravnave bolnikov in kakovostjo odnosov v sestriški ekipi (Nievaard, 1987).

Naloge članov ekipe

Člani ekipe so medsebojno odvisni in imajo iste delovne cilje. Znanja in spretnosti članov ekipe se dopolnjujejo in vsi skupaj so odgovorni za doseganje enakih ciljev zdravljenja. Naloge posameznih članov ekipe in njihove odgovornosti morajo biti jasno opredeljene. To je pomembno predvsem v nujnih stanjih (npr. oživljanje), kjer



posameznim članom ne moremo hkrati naprtiti dveh ali več nalog. Ne glede na nujnost ali zahtevnost posameznih stanj in nalog pa moramo temeljna načela timskega dela uporabljati pri vseh vidikih dela na intenzivnem oddelku. Ta načela so še posebej pomembna pri predajah oddelčne službe, ko odgovornost za bolnika prevzame druga ekipa. Predaja mora biti zato natančna in mora obsegati vse pomembne informacije o bolnikovem stanju ter naročena opravila v naslednji izmeni.

Prednosti timskega dela in ovire pri njegovem uveljavljanju

Timsko delo ima veliko prednosti, žal pa obstaja tudi več (predvsem subjektivnih) ovir pri njegovem uveljavljanju.

Prednosti skupinskega dela:

- boljša kakovost in učinkovitost dela,
- boljši rezultati dela,
- manj napak pri delu,
- zmanjšani škodljivi vplivi preutrujenosti,
- večje zadovoljstvo pri delu, manj bolezenskih izostankov,
- manjše odhajanje kakovostnih delavcev z oddelka,
- člani tima so zadovoljni in ponosni, da so del tima,
- vsak posameznik prispeva svoje znanje - znanje in informacije, ki jih ima tim so praviloma večje, kakor je znanje katerega koli člana,
- kritike so konstruktivne, člani jih ne jemljejo osebno,
- tim sprejema razlike v mišljenju,
- večino sklepov sprejemajo z usklajevanjem,
- demokratično vodenje,
- pripadnost timu.

Ovire pri uveljavljanju skupinskega dela:

- prevelika individualnost in tekmovalnost,
- toga hierarhična struktura,
- kulturne in verske razlike,



- različni načini ter načela zdravljenja in zdravstvene nege,
- različni cilji zdravljenja,
- prevlada člana v diskusiji, da se strinjajo z neko alternativo, ki jo zagovarjajo močnejši,
- možni konflikti med člani, ki povzročijo zavlačevanje in zmanjšajo učinkovitost,
- težnje posameznikov, da si prilastijo rezultate timskega dela,
- razpršena odgovornost,
- zaradi prijateljskega odnosa lahko pride do poenotenja mišljenja, ki ovira pretok intelektualne energije, zavira nastajanje novih idej, kritika in inovativnost sta minimalna (Robida, 2006).

Medsebojni spori

Še v tako dobro organizirani ekipi pride do nesporazumov in sporov. Pri številčnejših ekipah je verjetnost za nastanek sporov večja in je sorazmerna s številom članov ekipe. V Bostonu so v štirih pediatričnih intenzivnih enotah ugotovili, da je do sporov prišlo pri obravnavanju vsakega tretjega bolnika. Največ sporov je bilo med ekipo oddelka in svojci (44%), manj pa med člani ekipe (16%). Najpomembnejši razlog za spor je vedno bilo neustrezno in pomanjkljivo sporazumevanje med člani ekipe ter svojci (Studdert et al., 2003). Zaradi sporov ali nesporazumov v ekipi lahko različni člani ekipe svojcem dajejo nasprotujoče informacije o bolnikovem stanju, kar je vedno povod za zmedenost in nezaupanje. Zato je pomembno nesporazume in spore razrešiti čim prej, vsekakor pa preden jih zaznajo bolniki in njihovi svojci, saj ti upravičeno pričakujejo, da ekipa na intenzivne oddelku deluje homogeno (Chaitin et al., 2003).

Sodelovanje med posameznimi člani ekipe

Kadar je sodelovanje v ekipi ustrezno, vsi člani pridobijo znanja, izkušnje in spretnosti, ki jih imajo posamezni člani ekipe. Temeljni pogoj za ustrezno sodelovanje je priznavanje in upoštevanje



medsebojnih razlik in pripravljenost ter spodbujanje posameznikov, da čim več pripomorejo k uspehu ekipe. Zdravniki in medicinske sestre bolnika razumejo z različnih vidikov. Zdravniki se ponavadi osredotočajo na pravilno diagnozo in zdravljenje, medicinske sestre na zdravstveno nego; zdravnike torej predvsem zanimajo klinične značilnosti, medicinske sestre pa socialne in osebne značilnosti bolnika. Zato je tudi razumevanje uspešnosti medsebojnega sodelovanja pogosto povsem različno. V isti ekipi intenzivnega oddelka je tako 73% zdravnikov ocenilo sodelovanje z medicinskimi sestrami kot odlično, odlično sodelovanje z zdravniki pa je potrdilo le 33% medicinskih sester (Thomas, Sexton, Helmreich, 2003). Tudi sodelovanje med različnimi ekipami ocenjujejo posamezne ekipe drugače. Sodelovanje med anesteziologi in kirurgi so v isti ekipi kirurgi ocenili kot odlično v 61%, anesteziologi pa le v 41% (Casell et al., 2003). Kadarkoli ugotovimo takšne razlike v oceni medsebojnih odnosov v ekipi (tudi če menimo, da ne odražajo realnega stanja), moramo odnose odgovorno in resno preučiti in jih poskušati izboljšati.

Sodelovanje pri odločanju

V preteklosti (in žal še marsikje tudi sedaj) je o bolnikovem stanju in zdravljenju odločal predvsem zdravnik, ki je bil neposredno odgovoren za bolnika. Takšne individualne odločitve naj bi zamenjale odločitve, ki temeljijo na razpravah v celotni skupini in ki naj bi upoštevale mnenja vseh članov ekipe. Izmenjava mnenj o bolniku je še posebej pomembna na intenzivnih oddelkih in pri razgovorih s svojci, saj imajo člani ekipe, ki so navidezno »nižje« na hierarhični lestvici odločanja, pogosto bistveno bolj neposredne stike z bolniki in njihovimi svojci. V resnici pa marsikje odločitve še vedno temeljijo le na zdravniških mnenjih. Portugalska raziskava je pokazala, da le 15% zdravnikov vključuje ekipo medicinskih sester pri odločitvah o ukinitvi ali opustitvi zdravljenja. V isti raziskavi so tudi ugotovili, da sestrsko menja bolj pogosto upoštevajo zdravniki, ki so bolj izkušeni in imajo več kot deset let klinične prakse (Cardoso et al., 2003).



Vpliv timskega dela na zdravljenje

Čeprav je v industriji znano, da je timsko delo povezano z višjo učinkovitostjo, pa so si rezultati v medicini nasprotujoči. Nekateri so ugotovili, da obstaja povezanost med izidi zdravljenja in stopnjo kolegialnosti ter organizacije timskega dela, drugi pa temu oporekajo (Knaus, Draper, Wagner, 1986; Baggs et al., 1992; Baggs et al., 1999; Koerner, Cohen, 1985; Higgins, 1999). V eni izmed novejših raziskav so na intenzivnih oddelki primerjali izide zdravljenja in samoocenjevanje organizacije timskega dela. V enotah, ki so bile uspešnejše (umrljivost manjša od pričakovane) so člani ekipe ocenili, da te enote delujejo na višji timski organizacijski ravni, enote so organizirane bolj strukturirano, člani ekip so bolj neodvisni in da jim bolj zaupajo (Wheelan, Burchill, Tilin, 2003).

RAZPRAVA IN ZAKLJUČKI

Uresničevanje skupinskega dela na OIIM

Na intenzivnem oddelku delo poteka neprekinjeno in je v vseh izmenah približno enako zahtevno. Uresničevanje timskega dela je neposredno vpeto v vsakdanje delo na oddelku in se kaže v naslednjih elementih oddelčnega dela.

Predaja službe ob izmeni medicinskih sester

Dopoldanska izmena začne delo ob 6:15 s predajo službe, ki traja petnajst minut ali več. Vodja tima nočne izmene preda bolnike glavni medicinski sestri in dvema dopoldanskima vodjema tima, sobne medicinske sestre pa predajo bolnike, za katere so bile ponoči odgovorne. Predaja službe se dogaja v bolniških sobah ob posteljah, kajti na tak način je predaja najbolj popolna in z najmanj napakami. Sodelovanje med ekipami je izjemnega pomena, saj je delo na intenzivnem oddelku praktično neprekinjeno. To pomeni, da



naslednja ekipa prične z delom tam, kjer je prejšnja končala. Vsi člani obeh ekip so torej medsebojno odvisni in morajo medsebojno sodelovati. Vsaka nepopolna predaja službe je lahko vzrok za hude, tudi usodne napake pri zdravljenju.

Jutranji skupni sestanek

7:30 je v seminarju jutranji sestanek. Na njem, poleg vseh stalnih oddelčnih zdravnikov in specializantov, ki so na kroženju, sodelujeta tudi glavna medicinska sestra in fizioterapevtka. Dežurni zdravnik poroča o sprejetih bolnikih in o stanju ostalih bolnikov. Razdelimo si dopoldansko delo, načrtujemo diagnostično terapevtske obravnave bolnikov in predvidene premestitve za tekoči dan. Jutranji sestanek je eden pomembnejših elementov timskega dela na oddelku, saj poleg predaje službe napravimo tudi načrt dopoldanskega dela in opredelimo kratkoročne ter dolgoročne cilje zdravljenja bolnika.

Sobno delo pred vizito

V tem času ostale medicinske sestre naredijo osnovno zdravstveno nego. Poleg tega vsako uro na temperaturni list preprišejo vrednosti vseh spremenljivk iz monitorja, ki jih nepretrgoma nadzorujemo (aksilarno ali ušesno temperaturo, srčno frekvenco, arterijski tlak, osrednji venski tlak, pljučne tlake, zagozditveni tlak v pljučni arteriji, saturacijo krvi s kisikom, koncentracijo ogljikovega dvokisa v izdihanem zraku, inspiracijsko koncentracijo kisika, nastavitve ventilatorja, odmerke pri kontinuiranemu intravenskemu dajanju zdravil, diurezo, količino hrane po sondi, globino sedacije po Ramseyevi lestvici itd). Vodja tima odvzame kri za analize, daje terapijo in nadzoruje delo ostalih. Če je potrebno poklicati zdravnika, odloči vodja tima, ki tudi poroča o zdravstvenem stanju bolnika. Ob 8:15 radiološki inženir izvede naročena slikanja, v tem času pridobimo tudi laboratorijske izvide. Sekundariji in specializanti pripravijo bolnike za vizito, tako da jih klinično pregledajo, pridobijo in ocenijo njihove laboratorijske in mikrobiološke izvide ter



pregledajo staro dokumentacijo. Vse svoje ugotovitve zabeležijo na temperaturni list.

Vizita

Je eden izmed temeljnih in najpomembnejših elementov timskega dela na oddelku. Poleg oddelčnega zdravnika specialista na viziti sodelujejo še, zdravnik sekundarij ali specializant, vodja tima zdravstvene nege, sobna medicinska sestra in po potrebi tudi fizioterapevt. Začne se ob 9:15 in traja zelo različno, ponavadi pa približno do 11:30. Vizita je osrednji dogodek dopoldanskega dela, kjer pri bolniku postorimo vse kar je potrebno. Zelo pomemben del vizite je tudi edukacija, ki pa ne sme trajati predolgo, da ne moti rutinskega dela ob bolniku. To delo mora biti opravljeno v predvidenem času, sicer ovira ostala oddelčna opravila.

Opoldanski oddelčni sestanek

Ob 12:30 je popoldanski sestanek, ki traja navadno pol ure. Na njem poleg vseh oddelčnih zdravnikov sodelujejo še glavna medicinska sestra oddelka, vodji dopoldanskih timov zdravstvene nege in fizioterapevt. Temeljni namen popoldanskega sestanka je preveriti ali smo opravili dela, ki smo jih načrtovali na jutranjem sestanku. Velikokrat ugotovimo tudi druge podatke pri bolniku, ki zahtevajo dodatne diagnostične in terapevtske ukrepe.

Pogovor s svojci

Informacije o stanju bolnikov posredujemo svojcem vsak dan med 13.00 in 13.30. Informacije posreduje sobni zdravnik, o načinu in obsegu informiranja pa se pogovorimo in uskladimo na oddelčnem sestanku. Posebno pozornost posvečamo zahtevnim informacijam ob smrti bolnikov in v spornih primerih.



Obiski

Obiski bolnikov so od 13:30 do 14:30 ter od 15:30 do 16:30, izjemoma tudi izven tega časa. So pomemben element oddelčnega timskega dela, ki krepi zaupanje med svojci ter ekipo oddelka. Verjetno se premalo zavedamo, kako pozorno svojci spremljajo bolnikovo stanje in organizacijo oddelčnega dela med obiski.

Neposredna predaja službe

Kljub temu, da se o vsakem bolniku obširno pogovorimo o njegovem stanju na opoldanskem sestanku, je ob 15.00 še predaja bolnikov dežurnemu zdravniku v bolniških sobah, ob posteljah. Bolnike dežurnemu zdravniku preda sobni zdravnik.

Timsko delo pri sprejemu bolnika in pri posegih

Vsak sprejem in poseg pri bolniku zahteva timski pristop. Še posebej je to pomembno pri sprejemu, ko je v kratkem času (še posebej pri bolnikih z nestabilnimi življenjskimi funkcijami) potrebno opraviti celo vrsto zahtevnih opravil. Pri sprejemu in posegu sodelujejo eden ali več zdravnikov ter medicinskih sester. Člani tima morajo svoje delo opraviti zanesljivo in usklajeno.

Strokovno delo na oddelku

Oddelek je opremljen po najsodobnejših standardih in sledi razvoju stroke, zagotovljena je 24-urna prisotnost zdravnika specialista internista. Medicinske sestre opravljajo svoje delo v treh izmenah, kar zagotavlja kontinuiteto dela zdravstvene nege in varnost bolnikov.

Opazovanje, ki ga izvaja izkušeno medicinsko osebje, je osnova za kakovosten nadzor vseh življenjsko pomembnih funkcij. Medicinska sestra mora nadzorovati in opazovati ne samo fiziološko, temveč tudi duševno stanje bolnika. Klinični znaki hipoksemije se namreč kažejo prav s spremembo duševnega stanja, od nemira, zmedenosti do kome.



Vsako sistematično, strokovno in kakovostno delo je zasnovano na dobri dokumentaciji. To velja tudi za zdravstveno nego na intenzivnem oddelku. Pisno zbrani podatki nam tako omogočajo varno zdravstveno nego, saj nam zagotavljajo, da ničesar ne opustimo ali celo pozabimo. Delo temelji na timskem pristopu in poleg zdravnika je, za ugoden izid zdravljenja kritično bolnih, odločilnega pomena tudi visoko izobražen negovalni kader. Delo na intenzivnem oddelku namreč v veliki meri temelji na delu medicinskih sester. Poleg zdravstvene nege in dajanja terapije mora medicinska sestra obvladati praktično vse vrste nadzora, saj tudi opravlja veliko hemodinamskih meritev. Veliko časa so z bolnikom in velikokrat prve in edine opazijo spremembe. Za svoje delo morajo imeti medicinske sestre veliko izkušenj in sposobnost odločanja. V danem trenutku morajo biti sposobne hitro in pravilno ukrepati. Medicinske sestre sodelujejo in se hkrati zavedajo, da so s svojim dobrim delom močna podpora intenzivnemu medicinskemu zdravljenju. S kvalitetno zdravstveno nego bo medicinska sestra sposobna večino zapletov zmanjšati ali preprečiti in s tem prispevati k uspešnemu skupnemu delu pri zdravljenju bolnika.

Velik problem predstavlja pomanjkanje kadra, ki je pomemben dejavnik »izgorelosti« osebja, zato želimo doseči kadrovske normative, ki so predvideni za intenzivne oddelke.

Zdravstvena nega pri svojem delu sledi razvoju stroke. Medicinske sestre se aktivno udeležujejo seminarjev doma in v tujini, redno organizirajo oddelčna izobraževanja. Skupaj z zdravniki se vključujejo tudi v znanstveno raziskovalno delo, ki predstavlja posebno in pomembno obliko timskega dela. Veliko časa namenjajo tudi izobraževanju pripravnikov.

Za organizacijo uspešnega timskega dela ne obstaja univerzalen model, ki bi pravilno usmerjal delovni proces. Zaradi različnosti v timu je težko ustanoviti tim, v katerem bodo vsi člani vedno



pripravljeni na sodelovanje. Odnosi v timu se največkrat krhajo zaradi vedno več obveznosti in dodatnega dela, pomanjkanja časa in premalo zaposlenih (Roter, 2009).

Gospodarska kriza, nov plačni sistem v javnem sektorju in delitev dela so poslabšali medsebojne odnose in sodelovanje med različnimi profili v timu. Sistemizirana delovna mesta ne dovoljujejo uvrstitve srednjih medicinskih sester na delovno mesto vodje tima, kar je za nas pomenilo resen problem v organizaciji procesa dela. Kljub kadrovskemu pomanjkanju diplomiranih medicinskih sester smo izvedli reorganizacijo dela na oddelku. Vodje tima so postale mlade in še neizkušene diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki. S pomočjo zdravnikov in izkušenih srednjih medicinskih sester smo reorganizacijo izpeljali zadovoljivo. Proces dela in kakovost dela sta ostala na enaki ravni.

Hkrati smo morali napraviti še delitev dela glede na kompetence, ki jih je izdala Zbornica zdravstvene nege.

Delitev dela v timu je nujna in temelji na zahtevi, da naj bo vsakemu delavcu dodeljeno delo, za katerega je usposobljen in ima zanj izkušnje. To je vsekakor prednost timskega dela, saj zdravstvena nega posega na različna področja, ki zadevajo bolnikove potrebe.

Vedno znova ugotavljamo in se vedno bolj zavedamo, da ima timsko delo več prednosti kot slabosti, in da le s takšnim načinom dela lahko zagotovimo bolniku kakovostno in strokovno oskrbo. Zato je temeljna naloga vodilnih delavcev in nas samih, da se povezujemo v »trdno verigo«, ki prinaša izboljšane medsebojne odnose, lažje doseganje zastavljenih ciljev ter zadovoljstvo zaposlenih. Za doseganje teh ciljev je potrebna velika mera potrpežljivosti, zaupanja in strpnosti, ker smo vsi različni in različno razmišljamo. Trudimo se ustvarjati pozitivno delovno vzdušje, skupaj z zdravniki pa obdržati visoko strokovno raven opravljenega dela. Biti prijatelj in ne samo sodelavec, je vrednota, ki jo pri našem delu nenehno potrebujemo, zato kljub obilici dela dvakrat letno organiziramo pomladanski in jesenski piknik, kjer se sprostimo ob druženju in rekreaciji.



LITERATURA

Nievaard AC. Communication climate and patient care: causes and effects of nurses' attitudes to patients. *Soc Sci Med.* 1987; 24: 777–84.

Robida A. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljšanje kakovosti: zbornik z recenzijo. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2006: 25-26.

Studdert DM, Mello MM, Burns JP, Puopolo AL, Galper BZ, Truog RD, Brennan TA. Conflict in the care of the patients with prolonged stay in the ICU: types, sources, and predictors. *Intensive Care Med.* 2003; 29: 1489-97.

Chaitin E, Stiller R, Jacobs S, Hershl J, Grogen T, Weinberg J. Physician – patient relationship in the intensive care unite: erosion of the sacred trust? *Crit Care Med.* 2003; 31: S367–72.

Thomas EJ, Sexton JB, Helmreich RL. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Crit Care Med.* 2003; 31: 956–9.

Cassell J, Buchman TG, Streat S, Stewart RM. Surgeons, intensivists, and the covenant of care: administrative models and values affecting care at the end of life. *Crit Care Med.* 2003; 31: 1551–7.

Cardoso T, Fonseca T, Pereira S, Lencastre L. Life – sustaining treatment decisions in Portuguese intensive care units: a national survey of intensive care physicians. *Crit Care.* 2003; 7: R167–75.



Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. An evaluation of outcome from intensive care in major medical centers. *Ann Intern Med* 1986; 104: 410–418.

Baggs JG, Ryan SA, Phelps CE, Richeson JF, Johnson JE. The association between interdisciplinary collaboration and patient outcomes in a medical intensive care unit. *Heart Lung*. 1992; 21: 18–24.

Baggs JG, Schmitt MH, Mushlin AL, et al. Association between nurse physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. *Crit Care Med*. 1999; 27: 1991–1998.

Koerner BL, Cohen JR. Collaborative practice and patient satisfaction: impact and selected outcomes. *Eval Health Prof*. 1985; 8: 299–321.

Higgins LW. Nurses' perceptions of collaborative nurse – physician transfer decision making as a predictor of patient outcomes in a medical intensive care unit. *J Adv Nurs*. 1999; 29: 1434–1443.

86

Wheelan SA, Burchill CN, Tilin F. Units the Link Between Teamwork and Patients, in *Intensive Care*. *Am J Crit Care*. 2003; 12: 527–534.

Roter B. Prednosti in slabosti timskega dela. In: Plank D. Uspešnost in učinkovitost v zdravstveni negi – izziv današnjega časa: zbornik predavanj 10. strokovnega srečanja medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov celjske regije, Celje 1.10.2009. Celje: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2009: 60–65.

prim. doc. dr. Gorazd Voga, dr. med
Splošna bolnišnica Celje
Darja Podsedenshek, dipl. m. s.
Splošna bolnišnica Celje



ORGANIZACIJSKA KULTURA V ZDRAVSTVENI NEGI: IZSLEDKI RAZISKAVE

ORGANIZATIONAL CULTURE IN NURSING CARE: STUDY RESULTS

*dr. Branko Lobnikar
Jožica Kragelj*

IZVLEČEK

Avtorja v prispevku analizirata naravo organizacijske kulture med zaposlenimi v zdravstveni negi v srednje veliki splošni bolnišnici. Po kratki predstavitvi področja in dosedanjih raziskav, predstavita rezultate raziskave, ki je bila opravljena na vzorcu 97 zaposlenih v zdravstveni negi. Uporabljen je bil instrumentarij za merjenje organizacijske kulture OCAI avtorjev Kim S. Cameron in Roberta E. Quinna. Ugotovita, da v zdravstveni negi v tej bolnišnici prevladuje organizacijska kultura tipa klana, za to poklicno skupino pa je malo manj značilna organizacijska kultura tipa hierarhije, medtem ko sta adhokracija in trg manj značilni obliki organizacijske kulture v zdravstveni negi. Udeleženci raziskave tudi poročajo, da bi si v bodoče želeli okrepiti kulturo tipa klan, malo manj pa bi si želeli kulture tipa hierarhija. V zaključku poudarita, da je poznavanje obstoječe organizacijske kulture nujni, a ne zadostni pogoj za strateško upravljanje dejavnosti zdravstvene nege.

Ključne besede: organizacijska kultura, zdravstvena nega, bolnišnice, OCAI



ABSTRACT

The authors analyze the nature of the organizational culture among employees in nursing care in medium-sized Slovenian general hospital. After a brief introduction to the scope of existing research authors present results of research that was conducted on a sample of 97 employees in nursing care with the help of instruments for measuring organizational culture OCAI by Kim S. Cameron and Robert E. Quinn. The results shows that in nursing care in this hospital organizational culture is dominated by clan-type, for this occupational group is a little less typical organizational culture hierarchy, while the market and the adhocracy are less specific form of organizational culture in nursing care. Research participants also reported that in the future would like to see the clan-type culture to be even more prevalent, and they would like to have less hierarchy type culture. In conclusion, authors pointed out that the knowledge of the existing organizational culture is necessary but not sufficient condition for the strategic management in the field of nursing care.

88

Key words: organizational culture, nursing care, hospitals, OCAI

UVOD - ORGANIZACIJSKA KULTURA KOT NEVIDNO BISTVO ORGANIZACIJE

Organizacijsko kulturo si najlažje predstavljamo kot odgovor na nekaj temeljnih vprašanj, ki si jih lahko zastavimo o podjetju, kjer delamo (Hagberg in Heifetz, 2000, cit. v Pagon 2004): (a) Katerih deset besed bi uporabili za opis vaše organizacije?, (b) Kaj v vaši organizaciji šteje za resnično pomembno?, (c) Kakšni ljudje napredujejo v vaši organizaciji?, (d) Kakšna vedenja se v vaši organizaciji nagrajuje? (e) Kdo resnično sodi v vašo organizacijo in kdo ne? Z odgovori na ta vprašanja bi, hote ali nehote, pričeli opisovati organizacijsko kulturo organizacije.

Teorija organizacijske kulture izvira iz kombinacije spoznanj organizacijske psihologije, socialne psihologije in socialne



antropologije. Iz različnih definicij organizacijske kulture (na primer Ott, 1989; Schein, 1990; Davies, Nutley, Mannion, 2000; cit. v Pagon, 2004) lahko povzamemo, da organizacijska kultura zajema širok spekter socialnih pojavov, med katere sodijo tipični načini oblačenja v organizaciji, jezik, vedenje, prepričanja, vrednote, predpostavke, statusni simboli in avtoriteta, miti, obredi in svečanosti, načini upoštevanja ostalih in razdiralna ravnanja. Vse to pomaga opredeliti organizacijski značaj in norme. Zaradi te pestrosti pojavov ni presenetljivo, da obstaja le malo soglasja glede natančne definicije organizacijske kulture, tega, kako bi jo bilo treba opazovati in meriti ter tega, kako lahko različne metode uporabimo pri uvajanju organizacijskih sprememb. Opredelitev organizacijske kulture lahko ponazorimo s primerom »ledene gore« (Bauer in sod., 2007: 45), ki ima formalni in neformalni del. Formalni del je viden in znaša okoli 10 odstotkov. To so elementi podjetja, ki so vsem vidni in jasno prepoznavni. Neformalni del obsega okoli 90 odstotkov in je »skrit« v notranjosti podjetja. Sestavljajo ga mehki – nevidni elementi, ki jih lahko spoznamo šele, ko nekaj časa delamo z določenim podjetjem oz. ko smo del njega. Formalni – vidni del organizacijske kulture sestavljajo strategija, procesi, organizacijska struktura organizacije, javno dostopni podatki o podjetju, javni pisni materiali; neformalni – nevidni del organizacijske strukture pa predstavljajo skrita pravila, norme obnašanja, dogme, razmerja moči, vrednote, medsebojni odnosi, status, občutki, motivacija, tabuji in predsodki.

Mnogi avtorji se strinjajo, da je najpopolnejša definicija organizacijske kulture tista, ki jo je zapisal Schein (1985), ki pravi, da je organizacijska kultura vzorec osnovnih domnev, ki jih je določena skupina iznašla, odkrila, razvila v procesu učenja reševanja problemov pri eksterni adaptaciji in interni integraciji, ki tako dobro delujejo, da lahko postanejo veljavne in jih lahko uporabljamo za učenje novih članov organizacije, kot pravilen način dojemanja, razmišljanja in občutenj v zvezi s problemi. S pomočjo kulture, ki se je posamezniki naučimo v procesu socializacije, ljudje svet poskušamo razumeti, kultura določa način čustvovanja pripadnika določene kulturne skupnosti, predvsem pa kultura narekuje način vedenja oz. delovanja



(Haralambos, Holborn, 1999). Organizacijska kultura se lahko razvije samo v okviru veljavne kulture skupnosti, kjer organizacija deluje, sestavljajo pa jo vrednote, prepričanja in skupinske norme, ki jih med sabo delijo člani neke organizacije in zanje pomenijo vodilo za uravnavanje vedenja v organizaciji.

Pagon (2004) ugotavlja, da zagovorniki strateškega spreminjanja organizacijske kulture izhajajo iz štirih predpostavk. Prvič, da v organizacijah obstaja opazna kultura, ki vpliva na kakovost in uspešnost dela. Drugič, da obstaja določena možnost njenega oblikovanja in upravljanja. Tretjič, da je možno prepoznati določene značilnosti organizacijske kulture, ki spodbujevalno ali zaviralno vpliva na uspešnost organizacije, kar menedžerjem omogoča razviti strategije za spreminjanje kulture. In, četrtič, da bodo prednosti spremenjene kulture odtehtale morebitne disfunkcionalne posledice. Čeprav obstaja le nekaj empiričnih dokazov, da omenjene predpostavke držijo, strokovnjaki in praktiki kažejo povečano zanimanje za merjenje organizacijske kulture in za njeno povezanost z organizacijsko uspešnostjo (Davies, Nutley, Mannion, 2000; Shortell et al., 2000, 2001; cit. prav tam). V zadnjih dveh desetletjih je bilo razvitih mnogo pripomočkov za merjenje oziroma analiziranje organizacijske kulture, ki so bili nato uporabljeni v gospodarstvu, upravi, izobraževanju, zdravstvu ipd. Skoraj vsi modeli spreminjanja organizacijske kulture izhajajo iz štiri-stopenjskega postopka, ki sta ga razvila Silverzweig in Allen (1976; cit. v Pagon, 2004): analiza obstoječe kulture, določitev zelene kulture, uvedba sprememb in neprestana evalvacija.

Merjenje organizacijske kulture – uporaba instrumenta OCAI

Cameron in Quinn sta v svoji knjigi *Diagnosing and Changing Organization Culture*, izdani leta 1999, razvila instrument za diagnosticiranje organizacijske kulture in kompetenc menedžmenta. Poimenovala sta ga *Organization Culture Assessment Instrument* (OCAI), ki ocenjuje šest ključnih dimenzij organizacijske kulture: (1) prevladujoče značilnosti organizacije, (2) vodenje v organizaciji, (3) upravljanje s človeškimi viri, (4) dejavniki povezovanja organizacije,



(5) strateške opredelitve organizacije in (6) kriteriji za uspeh. Vsi ti dejavniki skupaj tvorijo organizacijsko kulturo posamezne organizacije.

Na osnovi merjenja opisanih dimenzij sta Cameron in Quinn oblikovala štiri vrste organizacijske kulture: (1) *klan*, (2) *adhokracija*, (3) *hierarhija* ter (4) *trg*. Razlika med temi tipi organizacijske kulture je v poudarjanju različnih vrednot. Klan poudarja vrednote, ki poudarjajo usmerjenost v organizacijo in organsko rast, organizacijska kultura trga poudarja vrednote, usmerjene v okolje in nadzorovanje dogajanj v okolju, za adhokracijo je značilno poudarjanje vrednot, ki poudarjajo usmerjenost navzven in fleksibilnost, za organizacijsko kulturo hierarhije pa vrednot, ki poudarjajo usmerjenost v organizacijo in nadzorovanje procesov v njej. Podrobnejšo opredelitev lahko vidimo v tabeli št. 1.

Tabela 1: Preglednica tipov organizacijske kulture po Cameron in Quinn

Organizacijska kultura »klan«	Organizacijska kultura »adhokracija«
<ul style="list-style-type: none"> • Ljudje si delijo dobro in zlo. • Vodje – menedžerji so mentorji in morda očetovske osebnosti. • Organizacijo povezujeta pripadnost ali tradicija. • Osebna zavzetost zaposlenih je velika. • Organizacija poudarja dolgoročno koristnost osebnega razvoja ljudi, veliko štejeta složnost in vzdušje. • Merilo uspešnosti sta posluš za odjemalce in skrb za ljudi. • V organizaciji največ veljajo timsko delovanje, sodelovanje in soglasje. 	<ul style="list-style-type: none"> • Organizacija spodbuja osebno pobudo in je dinamično, podjetniško in ustvarjalno delovno okolje. • Zaposleni se izpostavljajo in sprejemajo tveganje. • Voditelji so inovatorji, pripravljeni tvegati. • Organizacijo povezujeta zapisanost poskušanju in inoviranju. • Pomembno je biti v prvih vrstah. • Dolgoročni usmeritvi sta rast in pridobivanje novih zmožnosti. • Uspešnost je osvajanje posebnih, novih izdelkov in storitev. • Pomembno je biti vodilni v izdelku ali storitvi, samostojnost sodelavcev.
Organizacijska kultura »hierarhija«	Organizacijska kultura »trg«
<ul style="list-style-type: none"> • Organizacija je zelo formalizirano in strukturirano okolje. 	<ul style="list-style-type: none"> • Organizacija je naravnana na izide, naloge so najbolj pomembne.



<ul style="list-style-type: none"> • Postopki določajo delovanje ljudi. • Voditelji so ponosni, da so dobri in učinkoviti usklajevalci in organizatorji. • Nadvse pomembno je, da organizacija deluje gladko. Povezujejo jo formalni predpisi in pravila. • Dolgoročna usmeritev je stabilnost in uspešnost. • Merila uspešnosti so zanesljive dobave, izpolnjevanje rokov in nizki stroški. • Skrb za sodelavce obsega varnost zaposlitve in napovedljivost. 	<ul style="list-style-type: none"> • Zaposleni tekmujejo med sabo in stremijo k ciljem. • Voditelji so trdi, zahtevni, tekmovalni, opravijo, česar se lotijo. • Organizacijo povezuje zavzetost za zmagovanje. • Vsi se zavzemajo, da bi bila organizacija ugledna in uspešna. • Dolgoročno štejeta konkurenčno delovanje in doseganje merljivih ciljev in smotrov. • Uspeh sta tržni delež in prodiranje v tržišče. • Štejejo konkurenčne cene in vodilna vloga na tržišču. • Organizacija je trdo tekmovalna.
---	---

Organizacijska kultura v zdravstveni dejavnosti

V primerjavi z drugimi področji dela je v zdravstvenem sektorju organizacijska kultura šele pred kratkim postala obravnavana kot pomemben dejavnik uspeha (Shortell, Brien, Carman, 1995; Shortell, Jones, Rademaker, 2000; Shortell, Zazzali, Burns et al., 2001; cit. v Skela-Savič, 2007). Ferjanc (2006: 79) ugotavlja, da za bolnišnice velja posebna kultura obnašanja, na katero močno vpliva njena dejavnost, t. j. delo s pacienti. V takšni situaciji lahko mnogokrat ugotovimo, da ima medicinsko osebje odklonilen odnos do administrativnega upravljanja bolnišnice, na drugi strani pa je organizacijska kultura odvisna tudi od organizacijske strukture bolnišnice, narave odnosov med organizacijskimi enotami, načinom komuniciranja in stopnje pripadnosti zaposlenih (prav tam). Skela-Savičeva (2007) v svoji analizi o naravi vodenja bolnišnic v Sloveniji povzema številne raziskave, ki so med mnogimi dejavniki uspešnosti poslovanja zdravstvenih organizacij proučevale tudi vpliv organizacijske kulture na izide v zdravstveni obravnavi. Raziskovalci, ki jih povzema, so odkrili, da obstaja povezava med tipom organizacijske kulture in uvajanjem sprememb. Organizacijska kultura je temeljni neotipljivi element v zdravstvenih organizacijah, kjer je planiranje sprememb



zahtevno. Ferjanc (2006) opozarja na dva pomembna vidika, ki vplivata na organizacijsko kulturo v bolnišnici in izhajata iz interakcijskega odnosa med zdravnikom in pacientom ter pacientom in osebjem zdravstvene nege. Interakcijski odnos med zdravnikom in pacientom je zahteven, saj se prepletajo različni nivoji komuniciranja; prepleta se laični in profesionalni odnos, v katerem se pričakuje, da bo pacient zaupal odločitvam zdravnika, slednji pa si mora pacientovo zaupanje pridobiti. Na nivoju profesionalnega odnosa so interakcije med zdravnikom in pacientom natančno določene, ta odnos pa se (lahko) nadgradi tudi z neformalnim delom, za katerega bi naj bilo značilno izražanje spoštovanja do pacienta. Slednje pa je močno odvisno tudi od organizacijske kulture v bolnišnici. Po drugi strani pa pacienti večino časa, ko so v bolnišnici, preživijo z zaposlenimi v zdravstveni negi, ki v odnosu do pacientov izgrajujejo poseben kodeks obnašanja. Oba interakcijska odnosa pomembno vplivata na nastanek javnega mnenja o bolnišnici – na primer »v tej bolnišnici pa znajo poskrbeti za pacienta«, »to je pa res urejena bolnišnica«... (Ferjanc, 2006: 79). V slovenskih bolnišnicah je Skela-Savičeva (2007), z uporabo metode merjenja organizacijske kulture OCAI, ugotovila, da je po mnenju zaposlenih danes največ kulture z značilnostmi hierarhije, sledi kultura trga, kultura klana in kot zadnja kultura adhokracije. Rezultati organizacijske kulture (na lestvici od 1 do 100) pokažejo na statistično pomembne razlike med tipi organizacijske kulture ($p < 0,001$) in sicer je po mnenju zaposlenih največ kulture z značilnostmi hierarhije (PV = 29,81; SO = 12,59), sledi kultura trga (PV = 25,69; SO = 11,82), kultura skupine (PV = 23,85; SO = 11,11) in kot zadnja kultura adhokracije (PV = 20,54; SO = 6,10). Med poklicnimi skupinami je avtorica odkrila statistično značilne razlike glede na tip kulture ($p < 0,001$) in sicer pri kulturi hierarhije ($F = 6.449$; $p = 0.002$), kulturi skupine ($F = 8.531$; $p = 0.000$) in adhokracije ($F = 8.443$; $p = 0.000$), medtem ko pri kulturi trga ni statistično pomembnih razlik ($F = 2.719$; $p = 0.067$). Hierarhije je največ pri zdravnikih (PV = 33,02; SO = 17,90), sledi uprava (PV = 32,72; SO = 13,84) in zdravstvena nega (PV = 28,84; SO = 11,02), vendar je pri vseh treh poklicnih skupinah to najpogosteje prisotna kultura. Razlika



med zdravstveno nego in upravo ni bila statistično značilna (Skela-Savič, 2007: 66). Rezultati avtoričine analize pokažejo, da je v bolnišnicah, ki so poslovale pozitivno, statistično pomembno manj hierarhije in več adhokracije kot v bolnišnicah, ki so poslovale negativno. Vendar je v skupini bolnišnic, ki so poslovale pozitivno, na prvem mestu še vedno kultura hierarhije in takoj za njo kultura trga. Zanimiv je rezultat, da si v vseh slovenskih bolnišnicah želijo pomembno več značilnosti, ki so značilne za organizacijsko kulturo tipa klana. Hierarhija kot tip organizacijske kulture je najbolj značilna za poklicno skupino »medicina«, sledi uprava in zdravstvena nega, vendar je pri vseh treh poklicnih skupinah to najpogosteje prisotna kultura (prav tam).

OPIS UPORABLJENE METODE, VZORCA IN INSTRUMENTARIJA

Rezultati raziskave, predstavljeni v tem prispevku, so del obsežnejše raziskave o soodvisnosti med organizacijsko kulturo in elementi zadovoljstva z delom in delovnimi razmerami, ki smo jo izvedli na vzorcu zaposlenih v zdravstveni negi v srednje veliki splošni bolnišnici v Sloveniji. Uporabili smo kvantitativno metodo raziskovanja, in sicer neeksperimentalno kvantitativno raziskovanje. Podatke smo zbirali s pomočjo anketnega vprašalnika, kjer smo uporabili vprašanja zaprtega tipa. Podatke smo zbirali v drugi četrtini leta 2009. V raziskavi smo uporabili vprašalnik za merjenje organizacijske kulture avtorjev Camerona in Quinna OCAI (Organizational Culture Assessment Instrument), ki je razdeljen na šest vsebinskih področij, vsako področje pa je opisano s štirimi alternativami oz. trditvami, ki označujejo določen tip organizacijske kulture. Pri vsakem vsebinskem sklopu: temeljne značilnosti, vodenje v organizaciji, delo z zaposlenimi, povezovalni dejavniki v organizaciji, strateške usmeritve in merila uspešnosti, so anketiranci med vse alternative razdeliti 100 točk. Največje število točk so zaposleni pripisali trditvi, za katero menijo, da opisuje sedanje stanje v bolnišnici in zeleno stanje v prihodnosti. Na koncu vprašalnika so bili še demografski podatki: starost, spol, stopnja dosežene izobrazbe,



skupna delovna doba, število let zaposlitve na trenutnem delovnem mestu in položaj anketiranca na delovnem mestu (sem vodja oz. nisem vodja).

V raziskavi je sodelovalo 97 od 797 zaposlenih v zdravstveni negi (tj. 12,93% vseh zaposlenih v zdravstveni negi v raziskovani bolnišnici). Dogovor o neposredni izvedbi raziskave je potekal z glavno medicinsko sestro bolnišnice. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno, udeležencem sta bili zagotovljeni anonimnost in zaupnost. Med anketiranimi je bilo več žensk kot moških. To si lahko razlagamo s tem, da je poklic medicinske sestre sicer že od nekdanje ženske domena¹, v zadnjem času pa postaja privlačen tudi za moške². V anketi je sodelovalo 86 žensk (86%) in 11 moških (11,3%). V vzorcu je največ zaposlenih, ki so v starostni skupini od 26 – 30 let (22,7%) in enak odstotek 22,7% je v starostni skupini od 31 – 35 let. Od 97 anketiranih jih je najmanj (5,2%) v starosti nad 51 let, 9,3% anketirancev je bilo v starostni skupini od 20 – 25 let, 16,5% v starosti od 36 – 40 let, 14,4% jih je v starosti od 41– 45 let in 9,3% v starosti od 46 – 50 let. Polovica anketirancev je bila stara do petintrideset let, starejših od petinštirideset je le 14,5%³. Anketiranci so bili v povprečju tako stari 36 let.

Povprečna delovna doba anketiranih je bila v času zbiranja podatkov 15 let in povprečno dela anketirani na trenutnem delovnem mestu 12 let. Največjo skupino anketiranih predstavljajo s 63,9% tisti s končano srednjo šolo (zdravstveni tehniki, srednje medicinske sestre), s 27,8% sledi skupina z visoko strokovno izobrazbo (diplomirane medicinske sestre, diplomirani zdravstveniki), skupina z višjo izobrazbo (višje medicinske sestre) zajema 7,2% vzorca. Univerzitetno izobrazbo ima 1,7% anketiranih. 13,4% anketiranih je na vodstvenem delovnem

¹ Statistični urad Republike Slovenije, http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?ID=2334

² Konec leta 2008 je v Sloveniji opravljalo poklic medicinske sestre 17.000 zaposlenih, od tega 1.863 moških, to je bilo 11 % vseh oseb s tem poklicem.

³ Po zadnjih znanih podatkih za leto 2008 je bilo v Sloveniji skoraj 40 % medicinskih sester starejših od 45 let, nadaljnjih 28 % pa jih je bilo razvrščenih v starostni razred od 35 do 44 let (Statistični urad Republike Slovenije. 2008. <http://www.stat.si/>).



mestu (oz. imajo položajni dodatek za vodenje), 86,6% anketiranih niso vodje.

PREDSTAVITEV IN INTERPRETACIJA REZULTATOV

V nadaljevanju bomo predstavili zbirne podatke o organizacijski kulturi med zaposlenimi v zdravstveni negi in sicer na podlagi dveh kriterijev – naravo organizacijske kulture danes ter naravo pričakovane oziroma zelene organizacijske kulture. Anketirance smo namreč spraševali po tem, kako bi ocenili sedanje značilnosti organizacijske kulture, v nadaljevanju pa smo jih vprašali, kakšne organizacijske kulture bi si želeli.

Na sliki št. 1 ter v tabeli št. 2 vidimo, da je prevladujoč tip obstoječe organizacijske kulture v zdravstveni negi v analizirani bolnišnici kultura klana, po rezultatu pa mu takoj sledi kultura hierarhije. Tu se rezultati naše raziskave razlikujejo od ugotovitev Skela-Savičeve (2007), čeprav je obseg hierarhije v obeh raziskavah približno enak, le da je v naši raziskavi kultura med zaposlenimi v zdravstveni negi klana močnejša od kulture hierarhije. Trg in adhokracija sta manj značilni za to profesionalno delovno skupino, saj je rezultat teh dveh skupin v primerjavi s kulturo klana in hierarhije manjši kar za 10 točk.



Tabela št. 2: Zbirni rezultati obstoječe in zelene organizacijske kulture v zdravstveni negi splošne bolnišnice

Tip kulture sedaj/prihodnje	PV d/ PVž	SD	Korelacija		Paired Differences		Paired Differences	
			Koef.	p	PV	SD	t	p
Klan danes (d) - želja (ž) za prihodnost	30,03 38,20	12,24 11,90	0,429	0,000	-8,17	12,90	-6,01	0,000
Adhokracija danes - želja za prihodnost	20,18 21,59	7,03 7,79	0,415	0,000	-1,40	8,04	-1,65	0,101
Trg danes - želja za prihodnost	21,67 15,53	9,04 6,74	0,078	0,465	6,15	10,84	5,37	0,000
Hierarhija danes - želja za prihodnost	28,18 24,66	8,4 7,79	0,382	0,000	3,52	9,02	3,70	0,000

PV = povprečno število doseženih točk (od 0 do 100); d=danes, ž=želja za prihodnost SD = standardni odklon; p= mejna statistično pomembna vrednost pri 0.05 (dvostranski preizkus)

Raziskava kaže, da je prevladujoč tip organizacijske kulture torej kultura klana (PV = 30,03), za katero sta ključnega pomena za razvojno usmerjenost timsko delo in inovativnost. Ugotavljamo, da se danes v zdravstveni negi že pojavljajo povezovanje, morala, usposabljanje, odprte komunikacije, sodelovanje pri odločanju, prilagodljivost, sodelovanje, timsko delovanje, česar pa si anketirani za prihodnost želijo še pomembno več. Na drugem mestu je kultura hierarhije (PV = 28,27), ki si je anketirani želijo v prihodnje nekoliko manj kot jo je danes, kljub vsemu pa je to še vedno druga najbolj izrazita oblika zelene organizacijske kulture. Kulturo hierarhije zaznamujejo predvsem usmerjenost vase, v kontrolo in stabilnost procesov, za hierarhijo so kot vrednote značilne stalnost, zanesljivost, učinkovitost in nizki stroški, vodenje pa je usmerjeno v koordinacijo in organiziranje. V ospredju so formalna pravila. Za hierarhično organizacijo je pomembno gladko delovanje organizacije, odraža jo nizka stopnja fleksibilnosti in individualnosti.

Kulturi adhokracija in trg v zdravstveni negi nista prevladujoči. Medtem ko si kulture adhokracija zaposleni v zdravstveni negi želijo v prihodnje enako, kot je zastopana danes, je pri kulturi trg za prihodnost očitna želja po zmanjšanju (PV = 15,53).

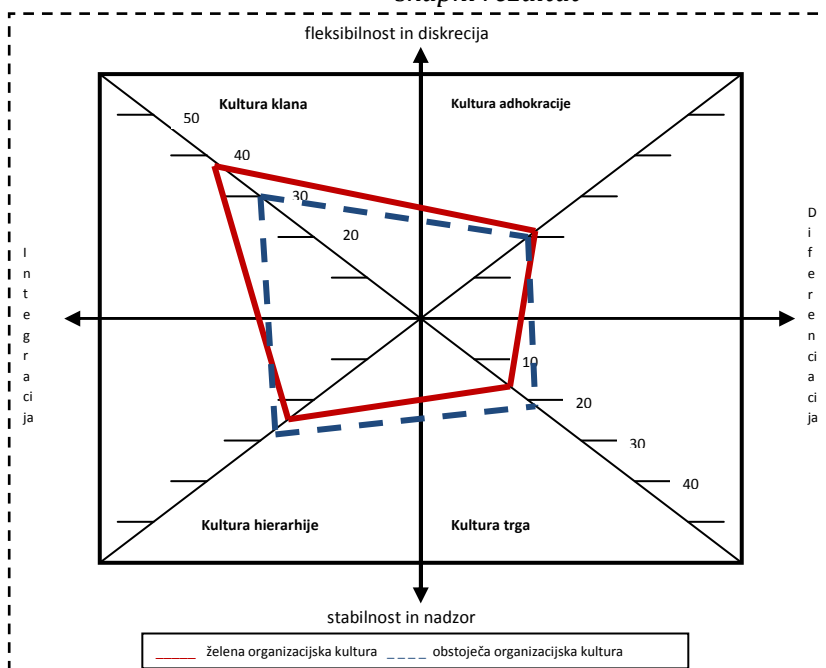
V nadaljevanju smo s pomočjo primerjave povprečij ugotavljali, ali obstoječa organizacijska kultura statistično značilno odstopa od zelene organizacijske kulture. Rezultati primerjave (uporabili smo t-



test) so prikazani v tabeli št. 2. Rezultati raziskave kažejo, da obstajajo statistično značilne razlike med obstoječo in želeno organizacijsko kulturo v zdravstveni negi. Statistično značilne razlike smo odkrili pri kulturi klana, kjer si zaposleni želijo to kulturo okrepiti ($t = -6,01$, $p = .000$), statistično značilne razlike so pri kulturi trga, kjer si zaposleni v zdravstveni negi želijo, da bi bila ta značilnost organizacijske kulture v bodoče šibkejša ($t = 5,37$, $p = .000$), prav tako pa si želijo, da bi bila v bodoče za zdravstveno nego manj značilna tudi organizacijska kultura hierarhije ($t = 3,70$, $p = .000$).

Statistično značilnih razlik nismo ugotovili samo pri kulturi adhokracije. Zanimiv je rezultat, da si želijo zaposleni še manj značilnosti organizacijske kulture tipa trg, kar nakazuje na željo zaposlenih v zdravstveni negi po tem, da dejavniki trga ne bi uravnavali njihove dejavnosti.

Slika št. 1: *Obstoječa in želena organizacijska kultura v zdravstveni negi – skupni rezultat*



V nadaljevanju smo opravili tudi analizo, s katero smo ugotavljali povezanost med tipom organizacijske kulture ter demografskimi in organizacijskimi dejavniki. Pri tem smo ugotovili, da se starost anketiranca statistično značilno ne povezuje z organizacijsko kulturo;



starost anketiranca tako ne vpliva na oceno niti na preferenco določenega tipa organizacijske kulture. Zelo malo statistično značilnih povezav smo ugotovili tudi pri izobrazbi anketirancev; stopnja izobrazbe se je statistično značilno in pozitivno povezala le s pričakovanim povečanjem kulture hierarhije v prihodnje; bolj izobraženi si, v primerjavi z nižje izobraženimi, v prihodnje želijo okrepiti kulturo hierarhije ($r = .225$, $p = .033$). Bolj izobraženi so tudi na pomembnejših položajih, vodje pa si tradicionalno (glej Skela-Savič, 2007) želijo več hierarhije v bolnišnični ustanovi.

Prav tako nismo ugotovili povezanosti med skupno delovno dobo in delovno dobo na trenutnem delovnem mestu ter preferenco oziroma oceno organizacijske kulture. Tudi delovne izkušnje, tako kot starost, niso povezane s tem, kako nekdo, ki je zaposlen v zdravstveni negi, ocenjuje sedanje stanje organizacijske kulture ali kakšne so njegove želje glede pričakovane organizacijske kulture. Variacij ocen in pričakovanj glede organizacijske kulture nismo ugotovili niti pri položaju, ki ga anketiranci zasedajo v organizacijski hierarhiji; med vodji in vodenimi nismo ugotovili statistično značilnih razlik.

Edina preostala statistično značilna razlika, ki smo jo ugotovili pri analizi organizacijske kulture, je bila pri spolu anketiranca glede na oceno organizacijske kulture *hierarhija* sedaj; ženske so trenutno organizacijsko kulturo tipa hierarhija ocenile kot bolj prevladujočo (PV = 28,98, SO = 8,4) od njihovih sodelavcev (PV = 23,10, SO = 7,2); ženske obstoječo organizacijsko kulturo dojemajo kot bolj izrazito hierarhično od moških ($t = -2,19$, $p = 031$).

Vsaj kar se tiče opisanih demografskih dejavnikov lahko rečemo, da je organizacijska kultura v zdravstveni negi v analizirani bolnišnici dojeta enako, ne glede na razlike v demografskih dejavnikih.

Če povzamemo rezultate, lahko ugotovimo, da je za organizacijsko kulturo zdravstvene nege v analizirani splošni bolnišnici značilno, da sta prevladujoči organizacijski kulturi klana ter hierarhije; gre za kombinacijo visoko strukturiranega in s pravili reguliranega delovnega okolja, kjer pa odnosi med zaposlenimi temeljijo na (klanski) povezanosti. Organizacijska kultura klana je tudi najbolj zelena oblika bodoče organizacijske kulture, anketiranci pa si želijo,



da bi bilo v bodoče manj orientiranosti k ciljem (kultura trga), ter tudi manj hierarhije.

ZAKLJUČEK

Organizacijska kultura je tisti dejavnik, ki zavedno ali nevede vpliva na organizacijsko uspešnost in učinkovitost, saj jo, če je ponotranjena, zaposleni jemljejo za vodilo svojega vedenja. Tudi zato morajo vodje za uspešno upravljanje organizacij upoštevati in upravljati tudi organizacijsko kulturo. Slednje vsekakor velja tudi za bolnišnice, in tudi za posamezne poklicne skupine znotraj bolnišnice, kot je to primer z zdravstveno nego. Zato je pomembno, da vodje najprej zelo natančno poznajo značilnosti organizacijske kulture v bolnišnici in znotraj poklicne skupine, potem pa v skladu s strateškimi cilji bolnišnice zastavijo želeno stanje organizacijske kulture. Analiza, ki smo jo predstavili v prispevku, tako predstavlja zgolj prvi, a nujni korak za uspešno dolgoročno vodenje. V okviru določanja strategije pa je treba vedeti, kakšni so naši cilji. Pri tem pa se je treba zavedati, da organizacijska kultura ne more biti zapovedana, temveč se jo da upravljati le v okviru kakovostnih interakcij med zaposlenimi v bolnišnici. Dejstvo je namreč, da so zaposleni pripravljeni spremeniti svoje vedenje, če poznajo cilj in so pri doseganju tega cilja primerno spodbujani. Poznavanje in uporaba elementov organizacijske kulture se je pri tej aktivnosti izkazala kot eden bolj uspešnih pristopov.

LITERATURA

Bauer J, Kralj M, Mihelič A, Škafar B, Vorina A. *Organizacija in menedžment podjetja*. Novo mesto: Višja strokovna šola; 2007.

Cameron KS, Quinn RE. *Diagnosing and Changing Organizational Culture*. Reading: Addison -Wesley; 1999.



Ferjanc M. *Orodja za presojo strateških finančnih odločitev v bolnišnicah* (magistrsko delo). Maribor: Ekonomsko poslovna fakulteta, Univerza v Mariboru; 2006.

Haralambos M, Holborn M. *Sociologija. Teme in pogledi*. Četrta izdaja. Ljubljana: Državna založba Slovenije; 1999.

Pagon M. Razvoj organizacijske kulture v javnem sektorju. *HRM*. 2004; 2(3): 50-54.

Schein, EH. *Organizational Culture and Leadership*. San Francisco: Jossey-Bass; 1985.

Skela-Savič B. Model dejavnikov uspešnega izvajanja sprememb v slovenskih bolnišnicah. *Organizacija*. 2007; 40(4): 64-74.

izr. prof. dr. Branko Lobnikar
Univerza v Mariboru Fakulteta za varnostne vede
Jožica Kragelj, univ. dipl. oec.
Zavarovalnica Maribor



ERGONOMSKI PRISTOPI ZA BOLJŠO UDOBNOST IN VARNOST BOLNIKOV

ERGONOMIC APPROACHES TO IMPROVE PATIENT SAFETY AND COMFORT

mag. Brigita Putar

IZVLEČEK

Ergonomija je znanost o ureditvi delovnega okolja primernega za delo osebi, ki je v tem okolju zaposlena. Cilj ergonomije je ugotoviti vidike dela, ki so še posebej nevarni in preureditev, preoblikovanje za varno delo. To je mogoče s preoblikovanjem izdelka, naloge, delovnega mesta, organizacije dela – ergonomskimi pristopi. Ergonomski pristop pri bolniku je ravnanje, ki je del celovitega programa za zmanjšanje kostno-mišičnih poškodb negovalnega osebja in izboljšanje udobnosti za bolnike. Področje varnosti in zdravja pri delu je obveza delodajalca, ki mora zagotoviti in vzdrževati varno delovno okolje. Nujna je tudi zavezanost delavcev k skrbi za varnost. V bolnišnicah in ostalih okoljih zdravstvene obravnave si bo potrebno še bolj prizadevati za spodbujajoče pozitivno okolje, spoštovanje bolnikov, usposabljanje in skrb za zaposlene.

Ključne besede: ergonomija, varnost, udobnost, zdravstvena nega, pacient

ABSTRACT

Ergonomics is the study about organising working environment suitable for a person who is employed in this environment. The aim of ergonomics is to identify aspects of work, that are particularly dangerous, and conversion of dangerous environment into a safe one



in order to enable safe work. This is possible by means of transforming products, changing tasks and workplace, work organization etc. - ergonomic approaches. Ergonomic approach to patient is patient management, which is a part of a comprehensive programme to reduce musculoskeletal-muscle injury to nursing staff and to improve comfort for patients. The field of safety and health at work is commitment of the employer who is responsible for provision and maintenance of a safe working environment. Employees' commitment to care for the patients' safety is necessary as well. Hospitals and other medical treatment settings will need to concentrate on encouraging a positive environment, respect for patients, training and care for their employees.

Key words: ergonomics, safety, comfort, care, patient

UVOD

Ergonomija je relativno nova veja znanosti, ki je praznovala 50. rojstni dan leta 1999, vendar se sklicuje na raziskave, opravljene v številnih drugih starejših, uveljavljenih znanstvenih področjih, kot so inženiring, fiziologija in psihologija. Ergonomija je znanost o ureditvi delovnega okolja primerne za delo osebi, ki je v tem okolju zaposlena. Cilj ergonomije je ugotoviti vidike dela, ki so še posebej nevarni in preureditev, preoblikovanje za varno delo. To je mogoče s preoblikovanjem izdelka, naloge, delovnega mesta, organizacije dela – s t.i. ergonomskimi pristopi. Z ergonomskimi pristopi se prepreči poškodbe, spodbuja zdravje, varnost in udobje zaposlenih. V zdravstveni negi (ZN) so ob ustreznih ergonomskih pristopih, pacienti deležni udobja in varnosti. Uporaba načel ergonomije lahko poveča produktivnost in kakovost delavcev v ZN. Vodstva (top management) zdravstvenih ustanov lahko izvajajo programe, ki vključujejo smernice za zaposlene, da prispevajo k učinkovitem delovnem okolju, preprečujejo poškodbe in razvoj kroničnih obolenj.



Rek »*Delo je lahko nevarno za naše zdravje*«, je pomemben stavek na področju ZN oziroma pri poklicu medicinskih sester.

Pri osebju, ki je zaposleno v bolnišnici, obstaja več nevarnosti, ki so posebej izražene pri ZN. Najbolj pogoste so poškodbe z iglo (vbodi), druge po pogostnosti so kostno-mišična obolenja, predvsem okvare hrbta in poškodbe ramen, ki so tudi precejšen strošek za bolnišnico.

Te poškodbe so posebej preučevali v ameriških bolnišnicah, kjer so dosegli napredek v zmanjšanju števila poškodb z iglami. Uvedli so rokovanje z ergonomsko oblikovanimi iglami. Glavna skrb pa so še vedno okvare hrbtenic in poškodbe ramen. Obe vrsti poškodb sta zelo izčrpavajoči za negovalno osebje (ANA, 2010a). Raziskave so pokazale, da je poklic v ZN eden od tistih, kjer obstaja največje tveganje za pojav bolečin v hrbtenici. Pri proučevanju so namenili pozornost predvsem področju izobraževanja in usposabljanja negovalnega osebja. Ti pristopi so imeli le malo vpliva na problem, saj je bil glavni cilj, da se delavcu spremeni delo oz. naloga (OSHA, 2008). Raziskave kažejo, da ergonomski pristop, ki vključuje oceno stresnih nalog in razvoj alternativnih metod za zmanjšanje stresa, lahko zmanjša število poškodb. Ob predpostavki, da je zmanjšanje fizičnega stresa posledica zmanjšanja poškodb na delovnem mestu, so bili dobljeni pozitivni rezultati.

RAZPRAVA

Ergonomski pristop k bolniku je ravnanje, ki je del celovitega programa za zmanjšanje kostno-mišičnih poškodb negovalnega osebja in izboljšanje udobnosti za bolnike. Področje varnosti in zdravja pri delu (VZD) je obveza delodajalca, ki mora zagotoviti in vzdrževati varno delovno okolje. Nujna je tudi zavezanost delavcev k skrbi za varnost. Na področju VZD je potrebno opraviti ocene tveganja delovnih mest, pošteno oceniti delovne obremenitve, ki so nevarne za negovalno osebje in bolnike.

Tveganja povezana z bolnikom so prisotna takrat, ko bolnika ni možno dvigovati, premikati. Pri ravnanju z bolniki je potrebno



zavedanje osebja, da se bolnikov ne more dvigovati tako, kot se dvigujejo običajna bremena, zato v teh primerih ne veljajo pravila glede dvigovanja bremen, ker:

- bolnikov se ne more držati privitih ob telo negovalca,
- bolniki (običajno) nimajo ročajev za pomoč pri dvigovanju,
- dogodkov z bolniki ni mogoče predvideti,
- bolniki so okorni.

Tveganja povezana z okoljem:

- nevarnosti zdrsov, padcev, spotikov,
- nevarne delovne površine,
- prostorske omejitve.

Ostala tveganja:

- pomoč ni na voljo,
- neprimerna oprema,
- neprimerna obuvala in obleka, nošenje nakita med nego,
- pomanjkanje znanja in usposabljanja (ANA, 2010 b).

Ergonomski pristopi za udobnost in varnost bolnika

Pojem ergonomski pristopi v ZN se nanaša na ravnanje z bolniki – dviganje, spuščanje, potiskanje, vlečenje bolnikov. Ergonomske pristope v ZN pri premeščanju bolnikov lahko razdelimo v tri razrede, ki jih ločimo glede na način izvajanja:

1. metode ročnega premeščanja,
2. metode prenašanja ob uporabi pripomočkov,
3. metode prenašanja ob uporabi elektromehanske opreme.





Slika 1: Ročno premeščanje bolnika

Študija izvedena med ameriškimi medicinskimi sestrami, v kateri je sodelovalo osem medicinskih sester, ki so prostovoljno opravljale prenose in se postavile v vlogo bolnikov pri premeščanju, ter so kot bolniki določile stopnjo udobja transferjev. Med pripomočke so pri proučevanju vključili obračalno desko in nosila. Bolniki so se pri uporabi obračalne deske bolje počutili, bolje so se počutile tudi medicinske sestre, ki so izvedle obračanje in premestitev. Pri prenosu na nosilih so medicinske sestre čutile bolečine v hrbtu, v vlogi bolnikov pa se niso počutile udobno (Owen in Garg, 1993).

Medicinske sestre imajo pogosto pomisleke glede uporabe pripomočkov in imajo večkrat odklonilen odnos do uporabe le-teh. Najbolj pogosti razlogi za neuporabo pripomočkov so: pripomočki niso na voljo, niso usposobljene za pravilno uporabo pripomočkov, v bolnišnici ni dovolj pripomočkov, slaba izkušnja s pripomočki, pripomoček ni všeč bolnikom (Putar, 2009).

Obstajajo tudi študije, ki kažejo, da medicinske sestre uporabljajo in imajo pozitivne izkušnje z uporabo pripomočkov: Zanje je značilno, da so usposobljene, lahko sodelujejo pri izbiri pripomočkov, imajo dovolj naprav.

Izbira ergonomskega pristopa



Določitev tehnike ravnanj z bolnikom vključuje oceno potreb in sposobnosti bolnika. Ocena bolnika mora obsegati:

- raven pomoči, ki jo bolnik potrebuje,
- velikost in teža bolnika,
- sposobnost bolnika (razumevanje, sodelovanje),
- oceno zdravstvenega stanja (bolnik z infuzijo, drenažo, po operaciji).

Za udobnost in varnost bolnikov je pri ravnanju z bolniki potrebno upoštevati osnovna načela:

1. Po potrebi za pomoč vedno zaprositi medicinsko sestro.
2. Pred začetkom premeščanja se medicinska sestra postavi čim bližje bolniku.
3. Bolniku je vedno potrebno razložiti postopek in ga obenem vzpodbujati k sodelovanju.
4. Med postopki je potrebno ohranjati pravilno držo - položaj rahlo razkoračenih nog, z eno naprej, da se ustvari večja podlaga za lastno podporo.
5. Med postopki je nujno poskrbeti za dober prijem - bolnika prijeti s celo roko, ne le s prsti; bolnika je potrebno prijeti okoli pasu ali lopatic, in ne za roke ali noge.
6. Nositi je potrebno primerna obuvala in obleko, brez nakita.

Zelo pomembna za zagotavljanje doživljanja udobnosti bolnika je tudi **bolniška postelja**.

Postelja naj ima nastavljivo višino, udobne posteljne vložke (površinsko zaščitene), »lomljivo« ležišče, z možnostjo podaljšanja ležišča, opremljena naj bo z varnostnimi ograjicami, podvozje s kolesi, naj ima možnost usmerjanja, komandne plošče za upravljanje postelje naj bodo ob strani bolnika, postelja naj ima dobre možnosti čiščenja.





Slika 2: Primer nastavljive bolniške postelje

Nastavljive bolniške postelje so bistvenega pomena v bolnišnicah, kjer je potrebno zagotoviti oskrbo in udobje za bolnika. To naj bi bila prioritarna skrb vsake bolnišnice.

108

Veliko vlogo ima pri bolnikih varnost, ki vpliva na bolnikova čustva in čustveno udobje. Bolnikov občutek varnosti je večji, če dobi pomoč, kadar jo potrebuje, da ima pri aktivnostih, kjer ni samostojen, zagotovljeno pomoč negovalnega osebja. Če bolniki ne dobijo pomoči, ko jo potrebujejo (spremembo do WC, pomoč pri umivanju), so prestrašeni in negotovi.

Najpomembnejši cilj ergonomskih pristopov je vsakdanja pomoč bolnikom pri aktivnostih ter zagotavljanje dobrega počutja in zdravja.

ZAKLJUČEK

Za vzpostavljanje in vzdrževanje ergonomskih pristopov je potrebno načrtovanje ali preurejanje prostorov (sob za bolnike in sob za negovalno osebje), kjer bo mogoč prost pretok osebja, bolnikov, obiskovalcev. Pohištvo v bolniških sobah in prostorih osebja mora biti dovolj visoko, da se varno opravljajo prenosi - dobro je, če je pohištvo prilagodljivo. Sobe in prostori naj bodo pravilno osvetljeni, da omogočajo izpolnjevanje določenih nalog - premočna svetloba lahko povzroča stres pri zaposlenih in bolnikih.



Bolnike je potrebno obveščati, jih vprašati po njihovih potrebah, željah. Bolniško okolje bi bilo dobro urediti čim bolj podobno domačemu oziroma okolju, ki si ga bolnik želi (naj pripne najljubšo sliko na steno bolniške sobe, v bolnišnici obleče svojo haljo).

V bolnišnicah in ostalih okoljih zdravstvene obravnave je potrebno usmeriti prizadevanja k spodbujanju pozitivnega delovnega in bolnikovega okolja, spoštovanju bolnikov ter usposabljanju in skrbi za zaposlene.

V bolnišnicah bo potrebno živeti svoje poslanstvo, vizijo in vrednote na vseh ravneh organizacije, kar bo povečalo varnost in udobje bolnikov in zaposlenih.

LITERATURA

American Nurses Association (ANA) Handle With Care Campaign Fact Sheet. Dostopno na <http://www.nursingworld.org/handlewithcare/> (2.4.2010)-a

American Nurses Association (ANA) Handle With Care Campaign. Safe patient handling and movement. Dostopno na: <http://www.cdc.gov/niosh/review/public/safepatient/patienthandling2.html> (1.4. 2010)-b
OSHA. Guidelines for Nursing Homes – Ergonomics for the Prevention of Musculoskeletal disorders, 2008. Dostopno na: <http://www.osha.gov/ergonomics/guidelines/nursinghome/index.html> (2.4.2010)

Owen B, Garg A. Back stress isn't part of the job. *American Journal of Nursing*. 1993; 93(2): 48-51.

Putar B. Analiza vpliva človeških dejavnikov in postavitve ergonomskih standardov pri zdravstveni negi bolnikov (magistrska naloga). Kranj: Univerza v Mariboru; 2009.



*pred. mag. Brigita Putar, vms, univ.dipl.org.
Bolnišnica Topolšica*



**MASUDOV MODEL MULTIDISCIPLINARNE OBRAVNAVE
STAROSTNIKOV Z VISOKIM TVEGANJEM ZA PADEC IN NASTANEK
OSTEOPOROZE**

**THE MASUD MODEL OF MULTIDISCIPLINARY TREATMENT OF
ELDERLY PATIENTS WITH HIGH RISK FOR FALL AND
OSTEOPOROTIC FRACTURE**

*Bernarda Hostnik
dr. Radko Komadina*

IZVLEČEK

Uvod. Incidenca zlomov se s starostjo povečuje, kar je posledica kombinacije zmanjševanja mineralne gostote kosti in povečanja števila padcev. Padci so splošen in pogosto kritičen problem starejših ljudi. Masud je v svojih raziskavah ovrednotil več kot 400 različnih vzrokov za padec, tako zunanjih in notranjih.

Metode dela. V raziskavi smo uporabili kvantitativno metodologijo. Za obdelavo kvantitativnih podatkov smo uporabljali program SPSS, s pomočjo katerega je bila izvedena statistična analiza podatkov (deskriptivna analiza, H_i^2 test, Cramerjev koeficient). V raziskovalni vzorec smo zajeli starostnike, ki so bili hospitalizirani na Travmatološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje. Podatke smo pridobili s tehniko zbiranja iz treh različnih anketnih vprašalnikov, izbranih preko spletne strani.

Rezultati. Trije izbrani vprašalniki imajo zadovoljivo napovedno vrednost za tveganje za zlom kolka in osteoporozo pri starostnikih.

Razprava. Vprašalniki starostnikom lahko povečajo pozornost za ohranjanje svojega zdravja, jih pravočasno napotijo k zdravniku in z morebitno preprečitvijo padca in zloma, pomembno prispevajo h kakovosti njegovega življenja.



Zaključek. Medicinske sestre, ki delujejo na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju, morajo obravnavati starostnike z dodatno skrbjo. Pri negi, zdravstveni vzgoji in preventivnih ukrepih morajo upoštevati morebitno krhkost skeleta in pacientu/varovancu znati pravilno pomagati. Eden od možnih modelov obravnave je Masudov multifaktorski interdisciplinarni preventivni program.

Gljučne besede: starostnik, osteoporoza, zlom kolka, dejavniki tveganja, medicinska sestra

ABSTRACT

Introduction. The growing occurrence of fractures of the elderly is a result of combination of loss of mineral bone density and an increased number falls from the standing height. Falls are a general and often crucial problem of the elderly. The Masud's multifactorial interdisciplinary preventing programme (MIPP) recognised more than 400 different intrinsic and extrinsic reasons for fall.

Methods. A quantitative methodology was used in the research. The programme SPSS was used to process quantitative data by means of which a statistical data analysis was carried out (descriptive analysis, H_i^2 test, Cramer coefficient). The research model included elderly people who were hospitalised at the traumatology ward at the General Hospital Celje. Three different on-line questionnaires were given to patients who suffered from fresh hip fracture to test their reliability.

Results. The predicting value of the tests is good for predicting risk of osteoporosis, fall and fracture with the elderly people.

Discussion. The questionnaires are able to raise awareness of the elderly patients to their health status. They enable them to visit their doctor in time and thus prevent them from eventual fall or fracture and consequently they help to raise the quality of their life.

Conclusion. Nurses operating on primary, secondary or tertiary level of medical care must treat the elderly with special care. When providing care, medical education and preventive measures they must



take into consideration patient's fragility of the skeleton and thus provide such patient special appropriate care. One of many possible elderly patient treatments is the Masud's MIPP which is a suitable tool for preventive and therapeutic measures in elderly patients at the higher risk.

Key words: elderly patient, osteoporosis, hip fracture, risk factors, nurse

UVOD

Osteoporoza je sistemska skeletna bolezen, za katero je značilna znižana mineralna kostna gostota in s tem posledično povečana lomljivost kosti. Pri starostnikih z osteoporozo nastanejo zlomi že pri manjših nezgodah, kot je na primer padec s stojne višine. V razvitem svetu število starostnikov z osteoporozo in število zlomov zaradi nje strmo narašča. Osteoporoza in z njo povezani zlomi predstavljajo velik socialno-ekonomski problem razvitih družb. Dejavniki, ki vplivajo na pojav ali nevarnost padcev, se nanašajo na starostnike same, njihovo okolje, materialne razmere, na sposobnost zdravstvenih delavcev, da odkrijejo nevarnosti in vzpostavijo varne okoliščine za bivanje starostnikov. Vzroki za padce so običajno kompleksne kombinacije bioloških in vedenjskih lastnosti starostnika, dejavnikov fizičnega ter socialno-ekonomskega okolja. Dejavniki, vezani na človeka, so predvsem posledica naravnega procesa staranja, kroničnih in akutnih obolenj (Bilban, 2004).

Najpogostejša vzroka za padec pri starejših sta negotova hoja in moteno ravnotežje. Ta problema se navadno začneta kazati po 60. letu starosti. Naslednji najpogostejši specifični napovedovalni vzrok padca, ki prispeva k 10 - 25 odstotkom padca, je široka kategorija problemov s hojo, ob šibkosti telesne kondicije. Sposobnost hoje je odvisna od več biomehanskih komponent, vključno s prosto gibljivostjo sklepov, ustreznimi in pravočasnimi odzivi mišic, intenzivnostjo mišičnega delovanja in senzoričnimi odzivi.



Padci pri starostnikih so rezultat več različnih dejavnikov. Zdravstveni delavci morajo biti pozorni na rizične dejavnike za padce skozi celotno obravnavo starostnika. Mnogi pravočasno ugotovljeni dejavniki tveganja bodo koristili pri preprečevanju padcev in poškodb (Rubenstein, Powers, Maclean, 2001).

Za nastanek zloma kolka zadošča padelec s stojne višine po delovanju zunanje sile, ki pri mladem zdravem človeku zloma ne bi povzročila. Masud je v svoji raziskavi ovrednotil več kot 400 različnih vzrokov za padelec, bodisi zunanjih ali notranjih (bolezen, starost, jemanje pomirjeval). Po tej analizi so ugotovili, da se pri starostnikih lahko učinkovito zmanjša število padcev z multifaktorskim interdisciplinarnim preventivnim programom, ki zahteva izobraženo negovalno osebje, urejeno okolje brez nevarnih arhitektonskih ovir, vaje za ohranjanje telesne gibčnosti in stabilne hoje, uporabo tehničnih pripomočkov (hip protektorjev), strog nadzor nad psihofarmaki, itd. (Masud, Morris, 2001).

Notranji (endogeni) dejavniki tveganja predstavljajo:

- ◇ s starostjo povezane spremembe in bolezni, ki prizadenejo vid, povzročajo spotikanje in motnje ravnotežja (pri spotikanju imajo težave starejši ljudje z vzpostavitvijo uravnoveženega gibanja in z namenom preprečiti padelec, ujeti se),
- ◇ miselno zaznavanje (zmedenost – niso pozorni, kam stopajo, strah, nemir, depresija),
- ◇ mišično–kostne spremembe (drža telesa, nagnjenost telesa naprej, spremeni se lega težišča, hoja s pokrčenimi koleno), itd.

Zunanji (eksogeni) dejavniki tveganja:

- ◇ fizično okolje (pasti za spotikanje in zdrse so pragi, stopnice, mokra tla, slaba osvetljenost, izrabljena oprema, ovire na površinah, poškodovane talne obloge),
- ◇ obutev in obleka (copati niso prilagojeni velikosti in obliki noge, predolga obleka),
- ◇ spremembe v okolju (starejši ljudje imajo v glavi plan okolice, v kateri se gibljejo in orientirajo, zato potrebujejo več časa za prilagajanje spremembam),



- ◇ nekorigirana motnja vida (napačna očala), itd.

V raziskavi smo s pomočjo hitrih testov želeli ugotoviti, ali obstaja povezava med dejavniki tveganja za osteoporozo in verjetnostjo zloma kolka, zato smo jih preizkusili na bolnikih, ki so si pravkar zlomili kolk. Prav tako smo želeli ugotoviti ali imajo trije naključno izbrani vprašalniki preko spletne strani napovedno vrednost za oceno tveganja za padec pri starostnikih.

METODE DELA

Uporabili smo naslednje metode dela:

- pregled in študij relevantne tuje in domače literature ter uporaba virov iz Biomedicine Slovenica, Medline, Pub-med, Spryngerlink.com, ScienceDirect.com, Cobiss, Inštituta za varovanje zdravja,
- raziskava je temeljila na kvantitativni metodologiji,
- tehnika zbiranja podatkov so bili trije anketni vprašalniki:
 - Tveganje za osteoporozo (priloga 1),
 - Osteoporozo – ocena tveganja (priloga 2),
 - Test rizičnosti osteoporoze (priloga 3).

Za obdelavo kvantitativnih podatkov smo uporabili program SPSS, s pomočjo katerega smo izdelali statistično analizo podatkov (deskriptivna analiza, H_i^2 test, Cramerjev koeficient).

REZULTATI

Rezultati kažejo, da je najpomembnejši dejavnik za pojav zloma kolka starost. Temu sledi čas trajanja menopavze, s skoraj enako močjo kot dejavnik starosti. Pomembni dejavniki so tudi premajhna izpostavljenost soncu, brez nadomestnega jemanja vitamina D, premajhna telesna aktivnost in pogostost padcev (oziroma strah pred



padci). Močno vplivajo še dejavniki kot je daljši izostanek menstruacije (za več kot eno leto), diagnosticiran revmatoidni artritis in nizka telesna teža.

Tabela 1: Moč vpliva dejavnikov na zlom kolka (povzetek treh vprašalnikov)

Dejavnik	Cramerjev koeficient	V 1	V 2	V 3
Starost	0,569			X
Čas trajanja menopavze	0,564			X
Premalo izpostavljanja soncu brez nadomestnega jemanja vitamina D	0,499		X	
Premajhna fizična aktivnost	0,448		X	
Pogostost padcev oz. strah pred padci	0,419		X	
Izostanek menstruacije za vsaj 12 mesecev	0,371	X	X	
Diagnosticiran revmatoidni artritis	0,356		X	
Nizka telesna teža	0,344			X
Zgodnja menopavza – pred 45 letom	0,316	X	X	
Prisotnost osteoporoze ali zloma kosti ob manjšem padcu pri starših	0,258	X	X	
Skupaj		3	7	3

RAZPRAVA

Pri starostnikih obstaja povezava med dejavniki tveganja in verjetnostjo zloma kolka. Rezultati raziskave so pokazali nekaj pomembno izraženih dejavnikov tveganja, kot so starost, nastop menopavze pri ženskah pred 45. letom, izguba menstruacije za več kot 12 mesecev, prisotnost kronične bolezni, nagnjenost k padcem in zlomom v ožji družini, prisotnost prevalentnih zlomov. Največjo ocenjeno vrednost v raziskavi je dosegel dejavnik starosti.

Kombinacija vseh treh vprašalnikov daje višjo zanesljivost. Vsi trije vprašalniki so bili narejeni za zajem čim večjega števila starostnikov in jih na podlagi dobljenih odgovorov informirajo o možnosti, da so rizična skupina za nastanek osteoporoze in posledično tudi za zlome. Njihovo sporočilo je bilo jasno. Obiskati morajo svojega izbranega zdravnika, če jim vprašalniki priporočajo takšno ravnanje (Zver, 2000;



Pahor, Domanjko, 2005; Pajnkihar, 1999).

ZAKLJUČEK

Po analizi vseh treh vprašalnikov je izstopala ista trditev, da je starost ključnega pomena za nastanek osteoporoze in da se tveganje z leti občutno povečuje. Na teh z dokazi podprtih ugotovitvah temelji odgovorno delovanje zdravstvene vzgoje v geriatrici.

LITERATURA

Bilban M. Telesna aktivnost za ohranjanje zdravja in preprečevanja poškodb. V: Smrkolj V, Komadina R. Gerontološka travmatologija. Celje: Založba Grafika Gracer d.o.o., 2004: 295-316.

Rubenstein ZL, Powers MC, Maclean HC. Quality indicators for the management and prevention of falls and mobility problems in vulnerable elders. *Annals of Internal Medicine*, 2001; 135: 686-693.

Masud T, Morris RO. Epidemiology of falls. *Age ageing*, 2001; 30: 2-7.

Zver A. Zdravstvena vzgoja bolnikov z osteoporozo. Zbornik predavanj. Novo mesto: Krka, 2000: 5-8.

Pahor M, Domanjko B. Celostna obravnava zdravja starejših ljudi: pregled literature v Sloveniji 1994-2004. *Kakovostna starost*, št. 8. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka, 2005: 20-30.

Pajnkihar M. Teoretične osnove zdravstvene nege. Maribor: Visoka zdravstvena šola Maribor, 1999: 39-183.

Bernarda Hostnik, dipl. m. s.



Splošna bolnišnica Celje
prof. dr. Radko Komadina, dr. med., svetnik
Splošna bolnišnica Celje



IZOBRAŽEVANJE MEDICINSKIH SESTER ZA VARNO IN KAKOVOSTNO ZDRAVSTVENO NEGO

EDUCATION OF NURSES FOR SAFE AND QUALITY HEALTH CARE

Darja Plank

IZVLEČEK

Uvod: Ena izmed ključnih komponent za izvajanje kakovostne in varne zdravstvene nege, so visoko kvalificirani izvajalci zdravstvene nege. Že davno je mimo čas, ko je bilo dovolj zaključiti neko formalno izobraževanje in je bilo s tem izobraževanje zaključeno. Bolniki so vedno bolj osveščeni, izobraženi, stroka se iz dneva v dan razvija, delo v zdravstvu, brez nenehnega, vseživljenjskega izobraževanja je postalo nepredstavljivo.

Metode: Pregled literature in primer iz prakse Splošne bolnišnice Celje.

Razprava: Delo, ki ga opravljamo zdravstveni delavci je zelo zahtevno in izjemno odgovorno. Svoje storitve opravljamo na ljudeh, torej so napake nedopustne in včasih tudi nepopravljive. Zaradi tega je zelo pomembno, da ob bolniku delajo visoko izobraženi in usposobljeni zdravstveni delavci, ki moramo pravočasno in pravilno prepoznati rizične dejavnike, ki bil lahko privedli do napake.

Zaključek: Izobraževanje in usposabljanje zaposlenih sta trajna, nepretrgana procesa vseh zaposlenih. Vložek v izobraževanje je investicija in ne strošek.

Ključne besede: izobraževanje, kakovost, varnost, zdravstvena nega



ABSTRACT

Introduction: One of key components to perform quality and safety medical care is represented by highly qualified performers of medical care – clinicians. It's been quite some time since a formal education was good enough to start work and it meant a finished phase of education. Patients nowadays are becoming more aware, well-educated, and medical field as profession is subjected to a steady progress and development giving rise to the fact that continuous, life-long learning in medical profession has become inevitable.

Methods: Literature review and cases from practice in General Hospital Celje

Discussion: Work carried out by the medical staff is quite demanding and extraordinarily responsible since we work directly with people dealing with their health and life. Thus mistakes at our work are intolerable and sometimes irreparable. That is why it is very important to provide highly educated and qualified medical staff when treating patients since they have to recognise regularly in time all risk factors which might lead to eventual mistakes.

Conclusion: Education and life-long training of medical staff must be considered as a permanent, continuous process of all the employed. Input in education is investment and shall not be considered as merely costs.

Key words: education, quality, security, medical care

UVOD

Strokovno izobraženi in usposobljeni kadri so temeljni dejavnik razvoja, kakovosti in uspešnosti vsake organizacije, ne glede na to ali je njena temeljna dejavnost proizvodnja ali opravljanje storitev. Zato je razumljivo, da tako v svetu kot pri nas organizacije posvečajo izobraževanju zaposlenih vedno večjo pozornost (Jereb, 1998).



Proces permanentnega izobraževanja v organizaciji lahko definiramo kot mrežo dogodkov in aktivnosti za razvoj individualnih sposobnosti ljudi. Usposobljeni za reševanje obstoječe in bodoče problematike organizacije in produktivnega dela le-ti omogočajo organizaciji povečati njeno prilagodljivost okolju. Izobraževalni proces temelji na znanstvenih načelih in ustvarjalni praksi. Širok in učinkovit izobraževalni proces dosti bolj določa tempo razvoja organizacije kot pa tehnološke spremembe (Florjančič, 1994).

Formalna izobrazba, ki jo človek pridobi s končanim šolanjem, ne zadošča več za uspešno opravljanje poklica. Diploma srednje, visoke ali univerzitetne stopnje je zgolj izhodišče za domnevo o človekovem znanju in sposobnostih. Znanja pridobljena med formalnim izobraževanjem, hitro zastarajo, zato v izobraževalnem procesu vse bolj prevladujejo vsebine, ki razvijajo človekove sposobnosti, da razume stvarnost. Da bi posameznik lahko razumel spremembe in se na njih ustrezno odzval, potrebuje znanje in sposobnost razvijanja lastnega znanja. Sodobna družba je učeča družba, kar pomeni, da se proces pridobivanja znanj in razvijanja sposobnosti ne konča s podelitvijo diplome, ampak se nadaljuje. Posameznik si ne more privoščiti utečenega in stabilnega okolja, ker takšno skorajda ne obstaja več. Vse se spreminja in terja ustrezne odzive (Brejc, 2002).

Znanje je ena ključnih komponent uspešnega doseganja poslovnih ciljev. Zato je vložek v izobraževanje vse bolj investicija in ne strošek. Njegovo učinkovito upravljanje pa postaja v zavesti vodstev organizacij vse močnejši vzvod za doseganje konkurenčne sposobnosti (Bulc, Gorup Reichman, 2003).

VSEŽIVLJENJSKO UČENJE

Pojem vseživljenjsko učenje opisuje zelo široko področje, je zelo obsežno in nima enotne definicije. Definicija Evropske komisije pravi, da gre za »vse učne aktivnosti, ki potekajo v življenju, s ciljem izboljšati



znanje, veščine in sposobnosti znotraj osebne, družbenega, socialnega vidika in/ali vidika, ki se nanaša na zaposlitev«. Ta definicija zajema tako formalno (tečaji, izpiti) kot neformalno (brez tečajev in/ali izpitov) učenje. V tem dokumentu je koncept »Evropskega prostora vseživljenjskega učenja« tisti prostor, kjer se lahko državljani prosto gibljejo z namenom, da *»se učijo, delajo in najboljše izkoristijo svoje znanje in veščine z namenom doseganja ciljev EU, torej večje uspešnosti, strpnosti in demokratičnosti*« (Dinevski, Brodnik, 2004).

Vseživljenjsko učenje v zdravstveni negi

Koncept vseživljenjskega učenja lahko navežemo tudi na področje zdravstvene nege kot na *»proces kontinuiranega razvoja posameznikov in timov, ki se pri svojem delu srečujejo s potrebami bolnikov*« (Department of Health 1998 v Gopec, 2005). Tudi Jarvis (1987) navaja, da mora sam študij zdravstvene nege pripraviti profesionalce na vseživljenjsko učenje, ki jim bo omogočilo učinkovito pridobivanje novega znanja in uporabo novih dosežkov na tem področju.

122

Po zaključenem formalnem izobraževanju zdravstvene nege, diplomanti pridobijo naziv »Medicinska sestra« (višja, diplomirana, magistra zdravstvene nege).

Področje dela medicinske sestre je zdravstvena nega, ki je pomemben del zdravstvenega sistema v vsaki družbi. Medicinska sestra je nosilka in izvajalka zdravstvene nege, ki jo je definiral Mednarodni svet medicinskih sester - International Council of Nurses - ICN in se glasi:

»Zdravstvena nega obsega samostojno, soodvisno in sodelujočo obravnavo posameznikov vseh starosti, družin, skupin in skupnosti, bolnih in zdravih ter v vseh okoljih. Vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni ter skrb za bolne, invalidne in umirajoče ljudi. Pomembne naloge zdravstvene nege so tudi zagovorništvo, promoviranje varnega okolja, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter managementa zdravstvenih sistemov in izobraževanja ter vzgoji«.



Medicinska sestra je usposobljena strokovnjakinja za celotno (holistično) obravnavo posameznikov in skupin, ki avtonomno prevzema naloge in odgovornosti v sistemu zdravstvenega varstva, socialnega varstva in področja šolstva. Je samostojna strokovnjakinja v negovalnem timu in članica zdravstvenega tima, v katerem si z drugimi strokovnjaki deli vloge v zdravstveni obravnavi pacienta. Išče učinkovite poti za spoštljive, strpne, razumevajoče in dobre medsebojne odnose na delovnem mestu, ki so temelj kakovostnega, uspešnega in učinkovitega dela in so bistvene za zadovoljstvo posameznika, skupine in institucije (www.fzv.uni-mb).

CILJI VSEŽIVLJENJSKEGA UČENJA

Izobraževalni cilji so temeljni kamen in izhodišče celotnega izobraževalnega dela v organizaciji.

Celotno področje ciljev delimo na tri skupine, in sicer na:

- **Kognitivne cilje**, ki pokrivajo področje razuma, oblikovanja in obvladovanja znanj, pojmov in zakonitosti.
- **Motorične cilje**, ki pokrivajo področje gibanja, razvoja raznih gibalnih spretnosti in veščin.
- **Afektivne cilje**, ki pokrivajo področje vedenja, oblikovanja odgovornosti, stališč in vrednot (Jereb, 1998).

V zdravstvu so posamezni vidiki izobraževalnih ciljev med seboj neizogibno povezani. Naš cilj je, da izvajalec zdravstvene storitve obvlada izvedbo nekega postopka, pozna vzroke za izvedbo postopka, možne komplikacije pri izvedbi in načine kako te komplikacije prepreči. Nikakor ni dovolj zgolj teoretično poznavanje nekega postopka, za samo izvedbo potrebuje izvajalec tudi določene motorične spretnosti, ki so delno priučene delno pa pridobljene z večkratnim ponavljanjem. Posebno pomembno pri izvajalcih v zdravstvu je, da izvajajo delo z veseljem in da imajo empatičen odnos do bolnikov.



PROFESIONALCI ZDRAVSTVENE NEGE IN NJIHOV ČLOVEŠKI KAPITAL

Koncept človeškega kapitala označuje več kot samo formalno izobrazbo. Bontis utemeljuje, da je samo edinstvena prisotnost formalne izobrazbe nezadostni pogoj za razvoj človeškega kapitala. Človeški kapital lahko prikažemo kot skupek vseh veščin, izkušenj, sposobnosti in znanja (Edvinsson, Malone, 1997), ki predstavlja kolektivno organizacijsko sposobnost menedžmenta za izkoriščanje znanja zaposlenih ter za uspešnost in konkurenčnost organizacije (Bontis, 1998; Ilič, 2006).

Človeški kapital je vir, ki pripomore k rasti in razvoju organizacije; na področju zdravstva pa tudi k razvoju in rasti stroke.

Rezultati vseživljenjskega izobraževanja se kažejo v obliki osebne rasti in razvoja zaposlenih oziroma v nadgrajeni obliki specifičnega človeškega kapitala, ki povečuje storilnost in/ali delovno uspešnost profesionalca zdravstvene nege skozi naslednje vidike uspešnosti:

- hitro oziroma učinkovito odločanje v kritičnih situacijah,
- zadovoljstvo bolnikov,
- učinkovitejše ugotavljanje bolnikovih potreb,
- učinkovitejša organizacija lastnega dela in dela zaposlenih,
- strokovna napredovanja,
- sprejemanje novih dolžnosti,
- kakovost zdravstvenih in zdravstveno-negovalnih storitev,
- spretnost pri izvedbi dela za večjo produktivnost,
- odgovornost za opravljeno delo,
- vodenje in nadzor postopkov kakovosti dela,
- doseganje skladnosti s standardi,
- prenos pridobljenega znanja na kolege (Starc, Ilič, 2007).

Vsi naštetni vidiki so v zdravstvu zelo pomembni. Delo, ki ga opravljamo je izjemno zahtevno, saj svoje storitve opravljamo »na ljudeh«, torej so napake nedopustne in včasih tudi nepopravljive.



Zaradi tega je zelo pomembno, da ob bolniku delajo vedno bolj izobraženi zdravstveni delavci, ki moramo pravočasno in pravilno prepoznati rizične dejavnike, ki lahko privedejo do napake. S svojim širokim znanjem in sposobnostjo opazovanja in takojšnjega ukrepanja, lahko marsikatero napako ali »neželeni dogodek« predvidimo in ga preprečimo. Zaradi nenehnega pomanjkanja kadrovskih virov je zelo pomembna visoka strokovna usposobljenost vseh zaposlenih na področju zdravstvene nege ter racionalna in učinkovita organizacija dela.

Specifični človeški kapital profesionalcev zdravstvene nege

Izvajanje študija zdravstvene nege na terciarni ravni in prepoznavanje življenjskega in profesionalnega pomena vseživljenjskega učenja pripomore k uveljavitvi koncepta znanstvenega in strokovnega človeškega kapitala profesionalcev zdravstvene nege. Učinek terciarnega izobraževanja ni usmerjen samo k pridobivanju formalne visokošolske izobrazbe in večanju avtonomije poklica, temveč tudi k vsakodnevni aplikaciji splošnih, specialnih kompetenc in tihega znanja, ki niso samo vir delovnih izkušenj, temveč se z njimi povezujejo in dopolnjujejo. Za člane profesionalne skupine zdravstvene nege predstavlja terciarno izobraževanje pridobivanje znanstvenega in strokovnega človeškega kapitala, ki učinkovito prispeva tudi k postopnemu opuščanju zgodovinsko prevladujočega »antiintelektualizma« v zdravstveni negi. Profesionalci zdravstvene nege so znotraj koncepta znanstvenega in strokovnega človeškega kapitala samostojni in avtonomni strokovnjaki, katerih namen ni samo strokovno pravilna in kakovostna izvedba zdravstveno negovalnih storitev, temveč tudi kot vir za »prenos znanstvenega, strokovnega in menedžerskega znanja«. Profesionalci zdravstvene nege so tudi odgovorni za vseživljenjsko učenje in izobraževanja v menedžmentu, pedagogiki, andragogiki, praksi in raziskovanju (WHO, 1991). Visoko kvalificirani izvajalci zdravstvene nege so tudi ena od jamstev za kakovost storitev (Starc, Ilič, 2007).



POMEN IN VLOGA USPOSABLJANJA ZAPOSLENIH

Usposabljanje označuje razvijanje znanja, sposobnosti in spretnosti, ki jih človek potrebuje pri opravljanju nekega konkretnega dela (Jereb, 1998). Usposabljanje pomeni zavestno omogočanje učenja z namenom povečati uspešnost posameznikov, skupine in celotne organizacije. Usposabljanje usmerja organizacija s pomočjo posameznikov ali oddelkov odgovornih za usposabljanje, ali pa ga usmerjajo sami zaposleni glede na svoje interese. Čeprav je cilj usposabljanja izboljšati uspešnost tako posameznika kot organizacije, pa pogosto omejitev virov določa izbiro oziroma prednost ciljev, ki zadovoljujejo le eno izmed možnosti (Miglič, 2002).

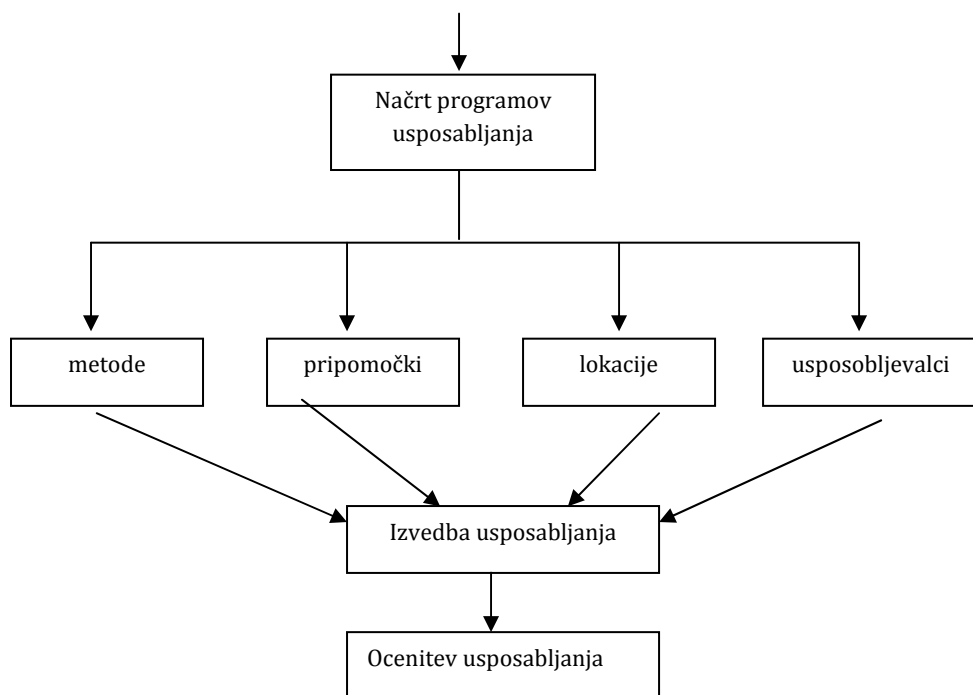
Proces načrtovanega usposabljanja

Dejavnost usposabljanja se v organizaciji učinkovito izvaja le, če se pri njenem oblikovanju uporabi sistemski pristop. Ta pristop zahteva od zaposlenih, ki so odgovorni za oblikovanje načrtov usposabljanja, da upoštevajo vse dejavnike, ki lahko vplivajo na učenje. Program usposabljanja za posamezna dela v organizaciji se določa v okviru načrtovanega procesa, ki ga sestavlja več faz:

1. določitev potreb po usposabljanju,
2. določitev ciljev,
3. oblikovanje načrta programov usposabljanja,
4. zagotovitev izvedbe,
5. izvedba,
6. ocenitev izvedbe,
7. izboljšava ali razširitev usposabljanja po potrebi.

Določitev potreb po
usposabljanju





Slika 1: Proces usposabljanja (Treven, 1998).

Leta 1998 je bila v Splošni bolnišnici Celje opravljena raziskava na temo zadovoljstva medicinskih sester kot faktor kakovosti zdravstvene nege (Plank, 1998). Na vzorcu 290 medicinskih sester je preko 90% anketiranih izrazilo željo po dodatnih strokovnih izobraževanjih.

Podatek nas je vzpodbudil k organizaciji in izvedbi številnih internih strokovnih izobraževanj.

V Splošni bolnišnici Celje nenehno poteka ugotavljanje potreb po različnih oblikah izobraževanja. Zaposlene motiviramo, da posredujejo predloge iz najrazličnejših strokovnih področij, ki pripomorejo k večji kakovosti in varnosti izvajanja storitev ter k dvigu zadovoljstva zaposlenih na delovnem mestu. V veliki meri želje oz. predloge tudi upoštevamo. Določene strokovne teme, ki izhajajo iz dnevnih potreb izvajalcev zdravstvene nege, izvajamo izobraževanja v

stalni obliki. Npr. vsak izvajalec zdravstvene nege se lahko bolj ali manj pogosto znajde v situaciji, ko je potrebno oživljanje. Tečaji oživljanja so v naši bolnišnici stalna oblika izobraževanja. Naš cilj je, da se vsak izvajalec zdravstvene nege udeleži tečaja temeljnih postopkov oživljanja na 5 let; kar nam žal zaradi pomanjkanja izvajalcev tečaja in velikega števila zaposlenih, ne uspeva v celoti. Redne oblike izobraževanja so tudi iz področja komunikacije, etike, strokovnih vsebin dela, varstva pri delu ipd.

Na podlagi ugotovljenih potreb po izobraževanju, Področje zdravstvene nege pripravi letni plan izobraževanja. V ta namen imamo sodobno opremljeno predavalnico in učilnico ter ustrezne pripomočke.

Redna oblika izobraževanja izvajalcev zdravstvene nege v Splošni bolnišnici Celje je tudi usposabljanje na drugem delovnem mestu znotraj bolnišnice ter usposabljanje v drugih ustanovah (npr. UKC Ljubljana ali Maribor). Najpogostejše enota, kjer se izvajalci zdravstvene nege usposabljujejo so zahtevne intenzivne enote, kjer izvajalci pridobijo oz. dopolnjujejo svoje znanje ter praktične izkušnje.

BOLONJSKA DEKLARACIJA IN EVROPSKA UNIJA

Za zdravstvene delavce veljajo v Evropski uniji sektorske direktive. Z njimi je natančno določena vsebina in trajanje izobraževanja ter še nekateri pogoji (kadrovski, materialni in prostorski), ki jih morajo izpolnjevati izobraževalni zavodi. Na ta način je državljanom zagotovljena kakovostna zdravstvena obravnava z ustreznimi strokovnjaki, s čimer Evropska unija izvaja temeljno načelo, ki govori o enakih pravicah državljanov v državah članicah Evropske unije (Železnik, 2003). To hkrati omogoča diplomantom zaposlitev takoj po diplomi kjerkoli znotraj Evropske unije. Gre za smernice, ki obravnavajo priznavanje diplom medicinskih sester/babic v deželah članicah, ki so potrebne tudi zato, ker je poklic medicinske



sestre/babice mogoče izvajati tudi kot zasebno dejavnost (Zaletel, 2007).

Slovenija je leta 2004 vstopila v Evropsko unijo. Eden od pogojev za vstop je bila tudi uskladitev študijskih programov za izobraževanje ter uskladitev zakonodaje z evropskimi direktivami.

V Zakonu o visokem šolstvu so za področje zdravstva pomembne novosti, ki izhajajo iz evropskih direktiv in spremembe, ki jih narekuje Bolonjska deklaracija. Gre za proces oblikovanja skupnega evropskega sistema visokošolskega izobraževanja, ki se je pričel že leta 1998, ko je bila sprejeta Sorbonska deklaracija, ki je vodila k uveljavitvi mobilnosti in možnosti pretoka zaposlenih med državami unije.

Bolonjska deklaracija, ki je bila sprejeta leta 1999 je usmerjena k oblikovanju evropskega sistema visokega šolstva. Namen deklaracije je zmanjševanje razlik med izobraževalnimi sistemi držav podpisnic, in sicer preko akcijskega načrta, ki temelji na spodbujanju mobilnosti in zaposljivosti študentov ter cilju povečanja mednarodne konkurenčnosti evropskega izobraževanja (Zaletel, 2007).

V 33. členu Zakona o visokem šolstvu (2006) je določeno, da se študijski programi za pridobitev izobrazbe delijo na:

- *prva stopnja* (visokošolski strokovni študijski program in univerzitetni program),
- *druga stopnja* (magistrski študijski program),
- *tretja stopnja* (doktorski študijski program) (Zaletel, 2007).

POTREBA PO VSEŽIVLJENJSKEM UČENJU NA PODROČJU ZDRAVSTVENE NEGE

Zaradi nenehnega in hitrega razvoja stroke, sprememb metod dela in organizacije je v zdravstvu nujno potrebno vseživljenjsko učenje. Vse te hitre spremembe terjajo od zaposlenih stalno prilagajanje novim razmeram, stalni potrebi po novih znanjih. Del in opravil, ki bi se jih



človek naučil enkrat za vse življenje, skoraj da ni več. Vsak zaposleni se mora izpopolnjevati ali dopolnilno učiti vso delovno dobo.

Problemi povezani z vseživljenjskim učenjem na področju zdravstvene nege v Splošni bolnišnici Celje

V Splošni bolnišnici Celje, na koncu leta, vodje oddelkov pripravijo plan izobraževanja za prihodnje leto. Na podlagi plana, finančna služba pripravi plan finančnih sredstev namenjenih za izobraževanje (ločeno po posameznih izobrazbenih strukturah) za vsak oddelek. Ker so finančna sredstva omejena, so odobrena izobraževanja le dokler teh sredstev ne zmanjka.

Novi Pravilnik o licenčnem vrednotenju strokovnih izpopolnjevanj in izobraževanj v dejavnosti zdravstvene in babiške nege nam narekuje precejšnje število strokovnih izobraževanj in izpopolnjevanj, kar je iz vidika kakovosti izvajanja storitev, varnosti in zadovoljstva zaposlenih zelo pozitivno. Delodajalec je v skladu s Pravilnikom o licenčnem vrednotenju strokovnih izpopolnjevanj in izobraževanj v dejavnosti zdravstvene in babiške nege, dolžan poslati zaposlenega na strokovno izpopolnjevanje. Finančnih sredstev, namenjenih za strokovno izobraževanje in izpopolnjevanje pa ni dovolj. Zato poskušamo čim večje število izobraževanj organizirati v svoji ustanovi. Izvajalci izobraževanj so domači strokovnjaki iz področja zdravstvene nege in drugi strokovnjaki ter vabljeni predavatelji. Takšna organizacija izobraževanj je za organizacijo ugodnejša, zaposleni lažje pridobijo potrebne licenčne točke, izobraževanja izvajamo ciljano, glede na potrebe izvajalcev, izvajalci nadgrajujejo in dopolnjujejo svoje znanje, prav tako pa je lažja organizacija dela na oddelku zaradi manjše odsotnosti zaposlenih iz dela.



Znanost se iz dneva v dan razvija. Prihajajo novi materiali, nove metode dela, racionalnejša teorija organizacije dela, bolniki so vse bolj osveščeni in izobraženi ipd. Vse te spremembe nas terjajo k vseživljenjskem učenju, k stalnem prilagajanju novostim, torej k vedno bolj izobraženemu kadru zdravstvene nege, ki dela ob bolniški postelji.

Današnji čas zahteva čimveč visoko strokovno usposobljenega kadra na več področjih, kar organizaciji omogoča prerazporejanje kadrov, glede na potrebe (npr. nadomeščanje bolniških staležev, rednih letnih dopustov, ipd.). To lažje dosegamo organizacije, ki zaposlujejo več kadra, približno iste stopnje izobrazbe in podobnega področja dela (npr. medicinska sestra na negovalnem oddelku lahko brez večjih težav korektno nadomesti kolegico na drugem bolniškem oddelku; težko pa kolegico v npr. operacijski sobi ali ambulantni, kjer so potrebna specifična znanja).

Izobraževanje in usposabljanje zaposlenih sta torej trajna, nepretrgana procesa. To velja tako za organizacijo kot za posameznike. Zato naj bo vložek v izobraževanje investicija in ne strošek.

LITERATURA

Bontis N. Intellectual Capital: an exploratory study the develops measures and models. *Management Decision* 1998; 36:63-76.

Bontis N. National Intellectual Capital Index: A United Nations Initiative for the Arb Region. *Journal of Intellectual Capital* 2004; 5(1): 13-39.

Brejc M. *Ljudje in organizacija v javni upravi*. Ljubljana: Visoka upravna šola, 2002.



Bulc V. Gorup Reichman Ž. Management, poslovni rezultati in merjenje učinkovitosti izobraževanja. V: HRM november 2003:58.

Dinevski D, Brodnik A. Vseživljenjsko učenje in tehnološke inovacije za učinkovito izobraževanje odraslih. V: Florjančič J in sod. Kadri in management. Kranj; Moderna organizacija, 2004.

Edvinson L, Malone MS. Intellectual capital: realizing your company's true value by finding its hidden brainpower. New York: Harper Business, 1997.

Florjančič J. Ur. Kadrovska funkcija – management. Kranj: Moderna organizacija 1994:65.

Gopec N. Facilitating the implementation of lifelong learning in nursing. British Journal of Nursing 2005; 14(14): 761-7.

Ilič B. Pomen patentov v družbi znanja: socioekonomske implikacije za podjetja in družbo. Teorija in praksa 2006; 3-4:507-20.

Jarvis P. Lifelong learning and its relevance to nursing. Nursing Education Today 1987; 7(2): 49-55.

Jereb J. Izobraževanje in usposabljanje kadrov. V: Možina S in sod. Management kadrovskih virov. Ljubljana; Fakulteta za družbene vede, 1998.

Miglič G. Analiza potreb po usposabljanju. Ljubljana: Ministrstvo za notranje zadeve, Urad za organizacijo in razvoj uprave. Upravna akademija. 2002.

Plank D. Zadovoljstvo medicinskih sestre kot faktor kakovosti zdravstvene nege v Splošni bolnišnici Celje. Diplomsko delo. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 1998.



Starč A, Ilič B. Pridobivanje in razvoj znanstvenega in strokovnega človeškega kapitala v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N* 2007; 41:61-9.

Treven S. *Management človeških virov*. Ljubljana: Gospodarski vestnik, 1998.

Zakon o visokem šolstvu. Ur. L. RS št. 119/2006.

Zaletel M. Izobraževanje za zdravstveno in babiško nego je spet na prepihu. *Obzor Zdr N* 2007; 41:57-9.

Železnik D. Izobraževanje za jutri. *Obzor Zdr N* 2003; 37:181-2.

WHO .Regional office for Europe Mission and functions for the nurse. Copenhagen: WHO, 1991.

http://www.fzv.uni-mb.si/page/index.php?option=com_content&task=view&id=121&Itemid=174. Dostopno 15. 3. 2010.

*pred. Darja Plank, vms, prof. zdrav. vzg.
Splošna bolnišnica Celje*

