

DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV NOVO MESTO  
FAKULTETA ZA ZDRAVSTVENE VEDE NOVO MESTO  
SPLOŠNA BOLNIŠNICA NOVO MESTO

**ZDRAVSTVENA NEGA V PRIMEŽU  
NESOGLASIJ IN OMEJITEV**  
zbornik prispevkov

**7. dnevi Marije Tomšič**

Dolenjske Toplice, 22. in 23. januar 2015

Novo mesto, 2015

ZDRAVSTVENA NEGA V PRIMEŽU NESOGLASIJ IN OMEJITEV

7. dnevi Marije Tomšič

*Izdala in založila / Publishers ©*

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

*Recenzirala / Outside Reviewers*

*Dr. Ljiljana Leskovic*

*Lektorirala / Proofread by*

Melanija Frankovič

*Tehnična urednika / Technical Editors*

Bojan Nose, Brigita Jugovič

*Natisnila / Printed*

Tiskarna Cicero Begunje, d.o.o.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616-083(082)

614.253.5(082)

DNEVI Marije Tomšič (7 ; 2015 ; Dolenjske Toplice)

Zdravstvena nega v primežu nesoglasij in omejitev : zbornik prispevkov / 7. dnevi Marije Tomšič, Dolenjske Toplice, 22. in 23. januar 2015 ; [uredila Ljiljana Leskovic]. - Novo mesto : Fakulteta za zdravstvene vede = Faculty of Health Sciences, 2015

ISBN 978-961-93575-4-5

1. Gl. stv. nasl. 2. Leskovic, Ljiljana

277354752

# VSEBINA

<i>Nikolina Belavić</i> Pridobivanje znanja	7
<i>Marjeta Berkopec</i> Etični uporniki – »žvižgači« v zdravstveni negi	12
<i>Erika Cesar</i> Zdravstveni absentizem	20
<i>Jelka Cimermančič</i> Kompleksnost odločanja v babiški obporodni negi - vir omejitev in nesoglasij	27
<i>Andreja Černoga, mag., dr. Marija Bohinc</i> Zmanjševanje števila zaposlenih v bolnišnici	36
<i>Majda Gačnik, dr. Marija Petek Šter</i> Timski pristop k obravnavi bolnika s kronično rano	45
<i>Dr. Ljiljana Leskovic, dr. Vladka Lešer</i> Prepoznavanje in razumevanje nasilja v zdravstveni negi	54
<i>Marija Lokar</i> Znanje - pot do sprememb	60
<i>Munira Pejić, Andreja Zupanc</i> Spoštovanje dostojanstva posameznika z vidika sodobne zdravstvene nege	66
<i>Gordana Petrušić</i> Zaposlenost diplomantov prve generacije študija zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstvene vede – primer dobre prakse	71
<i>Damjana Planinšek, Vesna Zupančič, mag.</i> Dostojanstvo in zasebnost pod drobnogledom	82
<i>Alenka Poštrak, Breda Kojc</i> Vpliv senzorne motnje na proces ZN slepega in slabovidnega pacienta	91
<i>Zlata Rebolj, Robert Sotler, mag.</i> Zakon o pacientovih pravicah in omejitve v zdravstveni negi	98
<i>Mag. Jožica Rešetič</i> Socialni transferji in zdravstvena nega	105
<i>Mojca Sirk, Vesna Zupančič, mag.</i> Odnos med izvajalci zdravstvene nege in svojci starejše osebe	114



## **Predgovor**

*Spoštovane kolegice, kolegi, spoštovani gostje. V veselje in čast mi je, da smo na našem, sedaj že tradicionalnem srečanju »Dnevi Marije Tomšič«, tokrat sedmič po vrsti. Letošnja tema je »Zdravstvena nega v primežu nesoglasij in omejitev«.*

*Medsebojni odnosi ter naš pogled na sodelavce in organizacijo so daleč najpomembnejši. Zato se vsak dan sprašujemo, kje smo, kam gremo, kaj želimo, kaj sploh pričakujemo od sebe in drugih, kakšna bo torej naša prihodnost.*

*Vsi zaposleni na področju zdravstvene nege pri svojem delu nenehno vstopamo v različne odnose s pacienti, z njihovimi svojci, s sodelavci, z javnostjo in okolico ter smo nenehno v odnosu tudi sami s sabo.*

*Pogosto beremo, da je naša uspešnost odvisna od usklajevanja razlik med posamezniki, od vrednot, v katere verjamemo, od ciljev, ki si jih postavljamo, od sposobnosti, znanja in izkušenj vsakega od nas ter od naših poklicnih kompetenc.*

*Malo je poklicev, ki jih lahko opravljamo brez govornega sporazumevanja. Številni nesporazumi, nasprotovanja in spori najpogosteje niso sadovi nestrinjanja in kljubovanja, ampak predvsem nepoznavanja in neusklajenosti pri sporazumevanju. Svoje odnose in rezultate dela bi lahko izboljšali le z učinkovito, jasno, stvarno, omikano in razumljivo komunikacijo.*

*V današnjem času se med delavci na področju zdravstvene nege pojavlja tekmovalnost, medsebojna konkurenčnost in zavezništvo med sodelavci iste delovne skupine. Ti pojavi pa pogosto stresno vplivajo na naše življenje in delo. Stresno pa vpliva na nas tudi soočenje s trpljenjem, smrtjo in bolečino. Zavedati se moramo, da se vsemu temu danes težko izognemo, ker so vsi naštetih elementi del nas in našega dela.*

*In kako naj se vodja odloča in izbira različne rešitve v teh časih, ki niso naklonjeni nikomur, niti zaposlenim v zdravstveni negi? Vodje se morajo pogosto ustrezno in pravočasno odločiti v skladu s svojimi predvidevanji, znanjem in izkušnjami. Vodenje v zdravstveni negi je prav danes še posebno odgovorno, ker ga moramo veliko bolj kot drugod združevati s strokovnim delom.*

*Naši medsebojni odnosi so izziv za vse, ki delajo/delamo na vodilnih delovnih mestih. Za naše uspešno medsebojno sodelovanje je pomembno, da imamo občutek in spoštovanje do vsakega posameznika, do sprejemanja drugačnih, do zaupanja v sodelavce, saj ima vsak pravico do lastnega mnenja in razmišljanja. Z dobrim timskim delom bomo izboljšali medsebojne odnose, medsebojno zaupanje in občutek pripadnosti.*

*Tako kot vse stroke tudi zdravstveno nego v zadnjih letih zaznamujejo različni dogodki in spremembe, povezane s politiko in političnim dogajanjem pri nas. Država namreč stremi k čim večji ekonomski učinkovitosti, hkrati pa k varčevanju na vseh področjih dela. Tudi na področju zdravstvene nege varčujemo, a pri tem ne pozabljamo na kvalitetno in varno zdravstveno obravnavo ter oskrbo naših pacientov.*

*Nezmožnost ureditve odnosov v zdravstveni negi zaradi nesporazumov na medosebni ravni se kaže predvsem tako, da se vse nakopičene težave širijo v nove negativne oblike in razsežnosti. Ker se zavedamo vseh teh pasti, se trudimo delati na sebi, da bomo danes in jutri sposobni odgovoriti na vse mogoče izzive svojega okolja.*

*Želim vam, da preživite dva prijetna dneva v naši družbi.*

*mag. Jožica Rešetič,  
predsednica organizacijskega odbora*

# Pridobivanje znanja

*POVZETEK - Izobraževanje na področju zdravstvene nege je zelo pomembno, tako za razvoj stroke kot za strokovno delo. Ko se je na oddelku pokazala potreba po dodatno izobraženi medicinski sestri, sem to z veseljem sprejela. Izobraževala sem se na področju zdravstvene nege očesnega bolnika. Pridobila sem si znanje iz ortooptike, pleoptike in strabologije. Del izobraževanja sem opravila na Očesnem oddelku Splošne bolnišnice Novo mesto. Z izobraževanjem sem pričela marca 2013. Učila me je dipl. med. sestra Anja Hudoklin, ki ima specialno znanje s področja ortooptike, pleoptike in strabologije. Za bolj specifične primere sem drugi del izobraževanja opravila na Oddelku za ortooptiko in strabologijo Očesne klinike Ljubljana. Na Očesni kliniki sem se izobraževala od 5. do 30. maja 2014. S preverjanjem znanja in izdajo potrdila mi je danes omogočeno, da sem na tem področju samostojna. Moje delo in pot do samostojnosti pa bosta predstavljena v prispevku.*

*KLJUČNE BESEDE: ortooptika, pleoptika, strabologija*

## 1 Uvod

Permanentno izobraževanje je imperativ sodobnega časa. Učimo se vse življenje in to v različnih vlogah, lahko kot posamezniki, zaposleni, družinski člani. Motiv za učenje lahko izhaja iz lastne notranje motivacije, čistega veselja do učenja, želje po spoznavanju novega. Lahko pa so motivi zunanji, neka zunanja nujnost nas ponovno vrne v izobraževanje. Ti zunanji dejavniki so delodajalci, družinski člani in različne skupnosti, v katerih živimo in ustvarjamo, saj vsi pričakujejo od nas znanje, usposobljenost in potrebne osebnostne lastnosti. Učenje in izobraževanje se pojavljata kot družbena dejavnost in kot posameznikova aktivnost. Pri tem je pomembno, da si posameznik pridobiva znanje, spretnosti in navade na podlagi lastnih prepričanj, želja in interesov, da je uresničevanje njegovih učnih ciljev zanj pomembno, saj si potem z lastno zavestjo oblikuje take učne navade in pristope, ki so v skladu z njegovimi osebnimi nagnjenji in mu omogočajo stalno učenje in izobraževanje. Permanentno izobraževanje je zelo pomembno v zdravstveni negi, v stroki, ki se izredno hitro razvija, a se težko uveljavlja, težko pridobiva samostojnost.

## 2 Pridobivanje specialnega znanja s področja oftalmološke zdravstvene nege

Očesni oddelk Splošne bolnišnice Novo mesto je imel eno diplomirano medicinsko sestro s specialnim znanjem s področja ortooptike, pleoptike in strabologije. Zaradi

obsega dela je bila potreba po dodatni medicinski sestri s specialnim znanjem s tega področja. Ponujena mi je bila možnost za dodatno izobraževanje s področja oftalmološke zdravstvene nege. Ker mi je bilo to področje novo in zanimivo, sem sprejela izobraževanje.

Predstojnica očesnega oddelka Cvetka Oberč, dr. med., spec. oftalmologinja je na upravi zaprosila za možnost izobraževanja. Prošnjo za strokovno izobraževanje je poslala tudi na Očesno kliniko Ljubljana. Predlagala je, da bi del izobraževanja opravila na Očesnem oddelku splošne bolnišnice Novo mesto, saj imamo diplomirano sestro s specialnim znanjem in bi s tem zmanjšali stroške izobraževanja. Izobraževanje pa bi potekalo po pripravljenem programu Očesne klinike.

Izobraževanje je bilo odobreno s strani Splošne bolnišnice Novo mesto in Očesne klinike Ljubljana.

Postopkov in posegov sem se učila po pripravljenem programu. Teoretične vsebine sem si pridobila s samostojnim učenjem. Program je vseboval priporočeno literaturo.

Z izobraževanjem sem pričela marca 2013. Potekalo je ob četrtkih, ko je delovala ortooptična ambulanta. Mentorica, diplomirana medicinska sestra s specialnim znanjem, mi je teoretično razložila osnove ortooptike, sodelovanje obeh oči, razložila mi je škiljenje in slabovidnost. Predstavila mi je aparature za preverjanje očesnih funkcij in me jih naučila uporabljati. Ko sem se naučila postopkov in posegov ter osvojila uporabo aparaturne opreme pri nas, sem izobraževanje nadaljevala na Očesni kliniki Ljubljana. Izobraževanje na kliniki je potekalo od 5. do 30. maja 2014. S seboj sem prinesla evidenčni list o opravljenih praktičnih vsebinah. To je bil obrazec Očesne klinike Ljubljana, na katerem so bili navedeni vsi postopki in posegi, ki jih mora osvojiti medicinska sestra s specialnim znanjem s področja ortooptike, pleoptike in strabologije. Medicinska sestra, ki me je poučevala v Očesni ambulanti splošne bolnišnice Novo mesto, je na evidenčnem listu vpisala postopke in posege, ki sem jih že osvojila, in tiste, ki se jih moram še naučiti. V Ljubljani sem se naučila še vse o preostalih postopkih in posegih. Tam sem videla tudi bolj specifične primere, ki mi jih je najprej razložila medicinska sestra. Predstavila mi je pomen pravilne anamneze in potem glede na anamnezo še postopke in posege, ki jih naredimo za diagnostiko. Nato mi je primer s svoje plati predstavila tudi zdravnica. Kaj jo zanima, kaj vidi iz rezultatov, ki smo jih dobili pri preiskavah in kakšno bo zdravljenje. To mi je zelo pomagalo pri razumevanju in povezovanju teoretičnega znanja s praktičnim delom.

Ob koncu izobraževanja sem imela preizkus znanja. Teoretični del je bil izveden v obliki testa. Praktični del je bil sestavljen iz dveh posegov in teoretičnih vprašanj, ki so se nanašala na ta poseg. Po opravljenem preizkusu znanja sem prejela potrdilo o opravljenem strokovnem izobraževanju po programu pridobivanja specialnega znanja s področja oftalmološke zdravstvene nege.



## 2.1 Ortooptika, pleoptika in strabologija

Ortooptika se ukvarja z zdravljenjem nepravilnosti binokularnega vida. Binokularno gledanje je gledanje z obema očesoma hkrati.

Sestavljeno je iz treh elementov:

1. stopnja je sočasno gledanje in je sodelovanje obeh mrežnic hkrati. Pri normalnem binokularnem gledanju sta očesi poravnani in imata isto točko fiksacije, ki pada na foveo centralis rumene pege na posameznem očesu. Slika predmeta pade na identične točke mrežnice, ki jih imenujemo korespondirajoče točke.
2. stopnja je fuzija. Če je informacija iz obeh oči identična in je slika padla na korespondirajoče točke, se sliki v možganih zlijeta v eno, kar imenujemo fuzija.
3. stopnja je stereo vid ali zaznava globine. To je najvišja raven binokularnega vida. Očesi gledata predmet iz dveh minimalno različnih kotov, zato sta si sliki, do katerih fuzije je prišlo, malenkostno različni. Prav ta različnost omogoča zaznavanje globine ali stereo vid.

Pleoptika je zdravljenje slabovidnosti. Slabovidnost, je slab vid očesa, pri katerem razen morebitne refrakcijske hibe ne najdemo nobene spremembe, vid pa z očali samo delno popravimo ali pa ga sploh ne moremo popraviti. Vzrok za slabovidnost je nerazvita funkcija čutnih delov očesa.

Strabologija se ukvarja z zdravljenjem škiljenja. Škiljenje ali strabizem je patološki odklon enega očesa v razmerju do drugega. Ko očesi nista poravnani, je to posledica nepravilnosti v binokularnem gledanju ali pa nepravilnosti živčno-mišičnega nadzora očesnih gibov.

## 2.2 Program pridobivanja specialnihega znanja

Učno vzgojni cilji:

- pridobiti teoretično in praktično znanje s specialnega področja zdravstvene nege očesnega bolnika,
- pridobiti teoretično podlago za izvajanje določenih specialnih diagnostičnih terapevtskih posegov,
- usposobiti se za delo na specifičnem delovnem mestu,
- osvojiti kritični odnos do dobljenih rezultatov pri izvedbi diagnostičnih posegov.

Učno-vzgojne metode dela:

- metoda prikaza – demonstracije,
- metoda praktičnega dela,
- metoda razlage.

Učno-vzgojne oblike dela:

- individualna oblika dela.

Učno-vzgojna sredstva:

- sinoptofor s testnimi sličicami, projektor z optotipi, prizme raznih vrst, avtoke-ratorefraktometer, pnevmonometer, stereotesti, maddox wing, maddox križ,

eutiskop, koordinator, centrofor, muskul trener, fleš, Herringove paslike, Bagolinjeva stekla.

Teoretično znanje:

- poznavanje refrakcijskih hib (hipermetropija, miopija, astigmatizem),
- binokularne funkcije (razvoj binokularnega vida in vpliv soodvisnosti slabovidnosti in škiljenja na razvoj binokularnega vida),
- strabizem: vrste škiljenja (manifestni, latentni, konkomitentni, paralitični), vzroki škiljenja (refrakcijske hibe in anizotropija, ambliopija, poškodbe), zdravljenje škiljenja (z očali, razgibalne vaje, vaje za binokularni vid, vaje na sinoptoforju, vaje v prostoru, vaje za slabovidnost, osnove operativne terapije),
- ambliopija: vzroki, zdravljenje (okluzija, očala, vaje ambliopije),
- zdravstvena vzgoja staršev in otrok.

Praktično znanje:

- določanje centralne vidne ostrine,
- merjenje elektronske refraktometrije,
- aplikacija očesnih kapljic,
- merjenje škilnega kota (cover – uncover test, na sinoptoforu, s prizmami v prostoru, Hirschbergov test),
- testiranje binokularnih funkcij (določanje retinalne korespondence, določanje širine fuzije, določanje globinskega vida),
- Maddox na 5 m,
- Maddox wing,
- določanje punktum proksimum konvergenč,
- test za določitev dvojne slike,
- test za določitev prizem,
- aplikacija Fresnelovih prizem,
- pleoptične vaje (eutiskopija, koordinator, centrofor),
- ortoptične vaje (vaje fuzije, Herringove paslike),
- razgibalne vaje.

### 3 Zaključek

V današnjem času imamo veliko omejitev, ki bi nas omejevale pri izobraževanju in izpopolnjevanju na delovnem mestu. Najpogosteje je to finančna omejitev. Razloge lahko poišče tudi vsak pri sebi. Lahko je to pomanjkanje časa ali nezainteresiranost. Pomembno vplivajo tudi sodelavci in nadrejeni. Če imamo voljo in željo po izobraževanju, je s podporo nadrejenih to mogoče.

Z malo truda lahko medicinske sestre pridemo do stopnje znanja, ki nam bo dalo dobro samopodobo, možnost za kakovostno opravljanje poklica, večje zadovoljstvo, prispevalo k pridobivanju večje avtonomije stroke in skupaj s tem boljše družbeno vrednotenje poklica, ki si to nedvomno zasluži.

---

## LITERATURA

1. Gardaševič, I., Kosec, D. (2005). Škiljenje. Zdravstveni vestnik, št. 74, str. 673-6.
2. Hoyer, S. (2004). Pomen permanentnega izobraževanja v zdravstveni negi. Obzornik zdravstvene nege, št. 38, str. 113-116.
3. Žel, T. (1968). Otrok škili. Maribor: Založba Obzorja.

# Etični uporniki – »žvižgači« v zdravstveni negi

*POVZETEK - Etični upornik, oziroma »žvižgač« (ang. whistleblower) je človek, ki razkrije informacijo o nepošteni, neetični ali nezakoniti dejavnosti, ki se pojavlja v delovni organizaciji. To so posamezniki z močno razvitim moralno–etičnim čutom, ki prvi opazijo in opozorijo na nepravilnosti. V kliničnih okoljih, kjer so kršene pacientove pravice in ogrožena varnost pacientov, so »žvižgači« pogosto medicinske sestre, ki prepoznajo napake. V literaturi lahko beremo o različnih vrstah pritiskov na medicinske sestre, ki so si upale opozoriti na primere slabe prakse. Organizacije medicinskih sester v svetu na različne načine svetujejo in pomagajo medicinskim sestram, ki se odločijo za prijavo nepravilnosti. Zaposlenim v zdravstveni negi svetujejo, naj za opozarjanje na napake najprej izkoristijo vse možnosti znotraj zdravstvene ustanove, kjer so zaposleni, »žvižganje« navzven pa uporabijo, ko vse ostalo odpove. V prispevku je predstavljeno etično uporništvo in »žvižganje« v zdravstveni negi na podlagi pregledane literature.*

*KLJUČNE BESEDE: etični upornik, žvižgač, zdravstvena nega*

## 1 Uvod

Etični uporniki, oziroma »žvižgači« so posamezniki z močno razvitim moralno–etičnim čutom, ki opazijo in opozorijo na nepravilnosti v delovni organizaciji. Nepriemerne prakse lahko razkrijejo interno, odgovornim v organizaciji ali pa se odločijo informacije posredovati širši javnosti. Številne države se zavedajo, da imajo »žvižgači« pomembno vlogo pri zaščiti interesov javnosti, zato so v nekaterih državah z zakoni zaščitili tiste, ki opozarjajo na nepravilnosti.

Ameriški zakon v zvezi z »žvižgači« na primer zagotavlja široko zaščito v številnih različnih okoliščinah. Zakonodaja v Združenem kraljestvu, Novi Zelandiji in Južni Afriki ščiti samo tiste »žvižgače«, ki svoje pritožbe posredujejo prek določenih ustaljenih poti ali teles. Obstoj zakonodaje vedno ne zagotavlja zaščite v vseh okoliščinah (Kingma, 2010). Slovenija zakona o zaščiti »žvižgačev« nima, pravno zaščito lahko najdemo v nekaterih zakonih delovnega prava. Čeprav so »žvižgači« načelno zaščiteni pred povračilnimi ukrepi delodajalcev, obstaja ogromno primerov, ko so bili tako ali drugače kaznovani.

V zdravstvenem sistemu so »žvižgači« pogosto medicinske sestre, ki v kliničnih okoljih prepoznajo napake, kjer je ogrožena varnost pacienta ali prihaja do kršenja pacientovih pravic. Profesionalna dolžnost medicinske sestre je, da deluje v korist pacienta in ščiti njegove interese. Za opozarjanje na nepravilnosti je najbolje izbrati interne poti v delovni organizaciji, »žvižganje« pa izbrati šele, ko vse ostalo odpove. Številna združenja medicinskih sester v svetu se zavedajo resnosti posledic, ki so jim

izpostavljene medicinske sestre, ki se odločijo spregovoriti o neustrezni klinični praksi, zato jim pomagajo z nasveti in podporo, kako ravnati v primeru, ko se odločijo za prijavo nepravilnosti.

## 2 Kdo je etični upornik – »žvižgač«?

Definicije etičnega uporništva se med seboj bistveno ne razlikujejo. Etični upornik je posameznik z močno razvitim moralno–etičnim čutom, ki opozori na nepravilnosti v delovni organizaciji. Mohorič (2012) navaja, da pri etičnem uporništvu štejejo le moralni nagibi. Razkrivanje določenih nepravilnosti v organizaciji z namenom maščevanja delodajalcu ali namerne povzročitve škode organizaciji oziroma z namenom pridobitve osebnih koristi težko označimo kot etično uporništvo.

De George (2006, cit. po Mohorič, 2012) razlikuje naslednje vrste etičnega uporništva:

- Interno etično uporništvo. Nepravilno oziroma škodljivo dejanje razkrijemo odgovornim v organizaciji in pri tem pričakujemo, da bo sledila preiskava in sankcije proti povzročiteljem teh dejanj.
- Osebno etično uporništvo. Dogaja se znotraj posamezne organizacije. Posameznik prijavi dejanje, ki je bilo nad njim storjeno (npr. spolno nadlegovanje). Pri tem ne gre za škodljiva dejanja organizacije, ampak za dejanja posameznika proti sodelavcu.
- Vladno etično uporništvo. V tem primeru se etično uporništvo nanaša na vladne uslužbenke, ki razkrivajo neetična dejanja v vladnih resorjih.
- Nevladno, neosebno, eksterno etično uporništvo. Gre za razkrivanje neetičnega ali škodljivega ravnanja organizacije s strani zaposlenega. V tem primeru zaposleni razkrije škodljiva dejanja eksterni javnosti preko medijev.

V sedemdesetih letih 20. stoletja se je za etičnega upornika začel uporabljati izraz »žvižgač« (ang. whistleblower), da bi se znebili negativnega pridiha oznak, kot sta informator in ovađuh. Izraz izhaja iz piska piščalke, ki opozarja na nepravilnost (športni sodnik uporablja piščalko ob nezakoniti ali grobi igri). Wikipedija (2014) navaja, da je »žvižgač« (ang. whistleblower) zaposleni ali bivši zaposleni, ki razkrije kršitev, domnevno nepošteno, neetično, diskriminatorno, neprimerno ali nelegalno dejavnost, ki se pojavlja v organizaciji in jo izvajajo sedanji ali nekdanji člani. Domnevno kršitev lahko razvrstimo na več področij: kršitev zakonov, pravil, uredb in/ali neposredne grožnje javnemu interesu, kot so goljufije, kršitve varnosti in zdravja pri delu in korupcija. »Žvižgači« lahko obtožbe posredujejo interno (drugim posameznikom v organizaciji) ali eksterno (regulatorjem, organom pregona, medijem).

### 3 »Žvižgači« v zdravstveni negi

V zdravstvenem varstvu so »žvižgači« pogosto medicinske sestre. Ker so dobro usposobljene za klinično prakso in so stalno v neposrednem stiku s pacienti, katere negujejo, so v edinstvenem položaju, da prepoznajo napake in situacije, ko so pacienti ali drugi zdravstveni delavci izpostavljeni tveganju, da se jim zgodi kaj slabega. Pri medicinskih sestrah so etične odločitve v zvezi z »žvižganjem« redko jasne. Čeprav na splošno delujejo kot zagovornice pacientov ali pa skušajo popraviti določene primere neprimerne ravnanja, lahko »žvižganje« vključuje kršenje poklicne etike, ker so z njim javnosti razkrite zasebne podrobnosti in zaupne informacije (Kingma, 2010).

Lokajner in Sima (2011) navajata, da razkrivanje slabe prakse v zdravstveni negi predstavlja praktične in etične dileme za izvajalce. Etičnosti »žvižganja« ne moremo razlagati brez upoštevanja namenov, ki pa se razlikujejo med posameznimi primeri. V nekaterih je namen izključno spreminjanje delovanja organizacije, v drugih pa samo spremembe priporočenih zahtev, ki zagotavljajo višjo varnostno kulturo.

Pred odločitvijo za »žvižganje« se je dobro vprašati, kakšne bodo posledice po prijavi nepravilnosti za prijavitelja in za delovno organizacijo. Kakšen je motiv za prijavo? Kdo bo oškodovan? Čigave interese se štiti? Ali obstaja še kakšen drug način za opozarjanje? Bo prijava rešila problem oziroma ali cilj opravičuje sredstva? (Firtko, Jackson, 2004). Lachman (2008) svetuje tudi razmislek o moralno–etični dimenziji prijave, ali se odločitev za prijavo ujema z zakonskimi in organizacijskimi predpisi. Dobro je preučiti podobne primere in poiskati zaupanja vredno osebo za pogovor. Za prijavo pa se odločiti šele po tehtnem razmisleku.

McDonald in Ahern (2000) navajata, da je najboljša strategija, ki jo je treba najprej izkoristiti, pogovor z vodjo zdravstvene nege na oddelku in pisno poročanje o dogodku na obrazcu. Pred odločitvijo za »žvižganje« moramo pomisliti tudi na lastno zaščito in poiskati pravni nasvet. Pozanimati se je treba o zakonski zaščiti, kateri zakoni ščitijo »žvižgača« pred povračilnimi ukrepi delodajalcev, kot so degradacija, nadlegovanje, odpustitev. Dobro se je obrniti na nacionalno združenje medicinskih sester za pojasnila in odgovore. Nepravilnost se mora dokumentirati z natančnim opisom, datumom, časom in izidom dogodka in kopije dokumentacije shraniti na varnem mestu. Pri poročanju o nepravilnosti je treba biti objektivni, držati se dejstev in slediti politiki delovne organizacije. Dobro je za pomoč zaprositi vse inštitucije, tudi neprofitne organizacije, ki lahko pomagajo (Murray, 2007).

Združenja in organizacije medicinskih sester v svetu na različne načine podpirajo medicinske sestre »žvižgače«. Angleški svet medicinskih sester in babic (NMC) je izdal dokument s smernicami in priporočili za vse medicinske sestre in babice, ki prijavljajo nepravilnosti. Publikacija pojasnjuje postopke, ki jih je treba upoštevati pri prijavi nepravilnosti, zagotavlja informacije o zakonodaji na tem področju in vsebuje naslove, kjer medicinska sestra lahko dobi zaupno podporo in koristne nasvete.

Publikacija Mednarodnega sveta medicinskih sester (ICN): *Etika v praksi zdravstvene nege: priročnik za etično odločanje zagotavlja pomoč pri etičnih dilemah*. Ameriško združenje medicinskih sester (ANA) na svoji spletni strani poučuje medicinske sestre, na kaj morajo pomisliti, preden »zažvižgajo«, saj nase prevzemajo veliko odgovornost.

Kljub herojski podobi, ki jo uživajo v javnosti mnogi »žvižgači«, so posledice pogosto za vpletene zelo neprijetne – zaradi tveganja, da bodo v luči pritožb predstavljeni kot neloyalne osebe ali celo zlobneži (Kingma, 2010). Rezultati objavljene raziskave McDonald in Ahern (2000) so pokazali, da so bile medicinske sestre, ki so se odločile poročati o nepravilnostih, izpostavljene številnim pritiskom: dobile so opomin delodajalca, bile izpostavljene degradaciji in celo napotene k psihiatru. Deležne pa so bile tudi povračilnih ukrepov v obliki pritiskov, groženj, zavrnitve s strani sodelavcev, ki so jih označili za izdajalce. Deset odstotkov jih je poročalo, da so bile karierno zaustavljene in deležne pritiska, naj odstopijo s svojega položaja. Pritiski na delovnem mestu so pustili tudi zdravstvene posledice: nespečnost, glavobol, utrujenost. Doživele so tudi pritiske s strani sodelavcev: zasmehovanje, izolacijo, nadzor in osebne napade.

V Avstraliji je pet medicinskih sester, ki so »žvižgale« o neustrezni zdravstveni negi v neki bolnišnici v Novem Južnem Walesu, naletelo na sovražnost kolegic, nekatere pa so ostale brez dela, čeprav se je njihova zaskrbljenost v poznejši javni preiskavi izkazala za upravičeno (Kingma, 2010).

Znan je tudi primer dveh medicinskih sester iz Texasa, iz leta 2009, ki sta na državno zdravniško komisijo vložili anonimno pritožbo zoper zdravnika zaradi neustreznega zdravljenja pacientov. Zdravnik je preko svojih prijateljev (šerifa) odkril avtorici. Medicinski sestri z dolgoletnim delovnim stažem v Memorial Hospital Winkler County v Kermitu sta bili aretirani in obtoženi zlorabe uradnih podatkov in kršenja zakona, proti njima je bila podana kazenska ovadba in sprožena preiskava, odpustili so ju tudi iz službe. Da bi medicinski sestri dokazali upravičenost razkritja nevarnih postopkov, sta zoper vse vpletene, vključno z bolnišnico, kjer sta bili zaposleni, vložili civilno tožbo. Sredi procesa sta jima v bran stopili American Nurses Association (ANA) in Texas Nurses Association (TNA). Opozorili so, da je dolžnost medicinskih sester, da delujejo v korist pacienta, zato ima ta primer lahko širše negativne posledice, saj se medicinske sestre ne bodo več upale opozarjati na napake. Na koncu je zmagala pravica in proces se je končal z obsodbo vseh, ki so ju skušali utišati. Predsednica ANA, Karen A. Daley je ob koncu procesa dejala, da v tem primeru ne gre samo za zmago medicinskih sester, pač pa za zmago vsakega pacienta v državi. Poudarila je tudi, da se bo ANA vedno borila za zaščito medicinskih sester, ki opravljajo svoje delo in spregovorijo v korist pacientov. Medijsko odmeven primer je pripomogel k sprejemu zakona za zaščito medicinskih sester pred povračilnimi ukrepi, ko se zavzemajo za varnost pacientov, in jim zagotavlja imuniteto. Ena od medicinskih sester je kasneje povedala, da nista imeli nikakršne podpore (psihične ali finančne) in ne bi nikoli prišli skozi proces in dobili tožbe brez podpore nacionalnega združenja.

(<http://nursingworld.org/FunctionalMenuCategories/MediaResources/PressReleases/2011-PR/Justice-is-Served-Texas-Physician-Pleads-Guilty.pdf>).

Opozorjanje na nepravilnosti v zdravstveni negi bi morali sprejeti z odprtimi rokami, saj je to priložnost za izboljšave in pogoj za varno delovno okolje. V zdravstvenih ustanovah bi si morali prizadevati za takšno delovno klimo, kjer lahko vsak, brez strahu pred posledicami, opozori na napake. Samo na ta način se je možno zaščititi pred nadaljnjimi napakami.

Po poročanju Royal College of Nursing (2013) si na Norveškem na državnem nivoju prizadevajo za izboljšanje nacionalnih in lokalnih postopkov za prijavo nepravilnosti v zdravstvu. Z ustvarjanjem kulture odprtosti in preglednosti spodbujajo zdravstvene delavce, da brez pomislekov in strahu pred povračilnimi ukrepi opozorijo na napake. Zaradi številnih medijsko izpostavljenih primerov »žvižganja« med letoma 1998 in 2005 so sprejeli zakon o zaščiti »žvižgačev«. Zaposleni so zakonsko obvezni obvestiti delodajalca in nadrejenega o incidentih, ki bi lahko škodovali pacientom. Zaposleni morajo za prijavo najprej izbrati ustrezne notranje postopke za poročanje. Če prijava ni ustrezno obravnavana znotraj ustanove ali če obstaja navzkrižje interesov, potem je primerno, da se kršitve sporoči na višje organe (inšpektorat). Norveški zakon delodajalcem nalaga, da preučijo postopke za olajšanje interne prijave in poročanja o incidentih, saj na ta način ni potrebe po zunanjih razkritjih. Zakonodaja ščiti zaposlene pred povračilnimi ukrepi, tudi če se odločijo razkriti nepravilnosti preko medijev. V primeru razrešitve ali kakršnih koli negativnih povračilnih ukrepov zaradi prijavljanja nepravilnosti lahko zaposleni na Norveškem zahtevajo odškodnino. V večini norveških zdravstvenih zavodov in bolnišnic ima osebje spletni dostop do elektronskega sistema za sporočanje nepravilnosti vodstvu ustanove. Svoje pomisleke označijo z barvami, glede na stopnjo resnosti in prioriteto: »zelena« kot nizka prioriteta, »oranžna« kot srednja in »rdeča« kot prednostna naloga, ki zahteva takojšnje ukrepanje. Vsi pomisleki, navedeni pod kategorijo »rdeče«, so samodejno poslani na Norwegian Knowledge Centre for the Health Services (NOKC). To je nacionalni organ, pristojen za spoštovanje standardov kakovosti in izboljšanje varnosti pacientov. Da bi zaščitili varnost pacientov, je julija 2012 začel delovati nov sistem, ki v okviru 24 ur obravnava prednostne (rdeča kategorija) neželene dogodke. Zdravstveni delavci lahko tudi zaupno poročajo o svojih opažanjih neposredno na NOKC, ki razišče zadevo in posreduje nasvete glede posameznih primerov. Na Norveškem je skoraj osem od desetih zaposlenih razkrilo nepravilnosti glede slabe oskrbe, kar je zelo veliko. Kljub vsemu sistem nacionalnega javnega sektorja še ni popoln. Po mnenju norveške organizacije medicinskih sester (NNO) je še vedno prostor za izboljšave, zlasti v primerih, kjer sistemi poročanja še niso zaživel.

Odklone, neprimerno ravnanje ali celo etično dvomljive odločitve je v zdravstveni oskrbi nujno prepoznati, odpraviti in se iz njih učiti. V večini primerov »žvižgači« vstopajo v sisteme, ki nimajo jasnih poti za opozorjanje in izražanje skrbi v primerih nepravilnosti (Lokajner, Sima, 2011).



Pomanjkanje varnih in zanesljivih sistemov je problem, s katerim se soočajo vsi izvajalci zdravstvene obravnave pri zapiranju vrzeli med zdravstveno prakso, ki se trenutno izvaja, in tisto, ki bi se lahko. Rešitev tega problema zahteva spremembe kulture v zdravstvu. Kultura varnosti je del kulture zdravstvene ustanove, oddelka, zdravstvenega tima. Koncept varnostne kulture ne izvira iz zdravstva, temveč iz študij visoko zanesljivih organizacij (Reason, 2000). Varnostna kultura je osnovana na individualnih vrednotah, stališčih in vzorcih vedenja vsakogar v zdravstveni ustanovi. Varnost moramo jemati resno na vseh ravneh zdravstvene ustanove od čistilca do direktorja. Če nekdo od osebja ne sporoči padca pacienta, je to lahkozato, ker v ustanovi prevladuje kultura obtoževanja posameznika za napako in se je oseba ne upa sporočiti, ali pa pokaže kulturo te osebe, saj ji je morda lažje stvar prikriti, ker je pri poročanju preveč dela s pisanjem poročila ali ker oseba ni izvedla predhodne ocene tveganja za padeč, ker »ni bilo časa« (Robida, 2011). Potrebno je ustvariti okolje, v katerem se osebje pogovarja o varnostnih problemih brez strahu za posledice (Ministrstvo za zdravje, 2006).

Jackson et al. (2010) ugotavljajo, da je, čeprav so medicinske sestre najpogosteje prijavitelji neustreznih kliničnih dejanj, zelo malo raziskav, ki bi predstavile izkušnje »žvižganja«. Medicinske sestre so se odločile za prijavo, ker so verjele, da delujejo v skladu s svojimi dolžnostmi in skrbjo. Avtorji ugotavljajo, da je potrebna večja jasnost glede vloge, ki jo imajo medicinske sestre kot pacientove zagovornice. Razviti je treba jasne smernice, ki bodo medicinskim sestram omogočale, da glasno izrazijo svojo skrb, in zagotoviti zdravstvene sisteme, ki se bodo pravočasno in na ustrezen način odzvali na opozorila. Spodbujati moramo varno klinično okolje.

V slovenskih bolnišnicah se je o kulturi varnosti začelo intenzivno razmišljati okoli leta 2006, ko je Ministrstvo za zdravje v okviru projekta izboljševanja kakovosti v bolnišnicah izdalo priporočila za pogovore o varnosti. Pogovori o varnosti so priporočilo, ki ga uporablja osebje, da se vsakodnevno pogovarja o potencialnih problemih. Zdravstveni zavod uporablja pogovore o varnosti, da poveča zavedanje med osebjem o možnih tveganjih za bolnike, da ustvari okolje, v katerem se osebje pogovarja o varnostnih problemih brez strahu za posledice. Da bi resnično dosegli kulturo varnosti, se moramo zavedati potencialnih tveganjih, povezanih z varnostjo, 24 ur na dan, 7 dni v tednu – torej ne samo takrat kadar pride do varnostnega zapleta ali kadar je prisoten kateri izmed članov vodstva bolnišnice (Robida, 2006).

## 4 Zaključek

Kulture odprtosti in varnosti, ko lahko vsak brez strahu pred posledicami opozori na odklone v klinični praksi, se medicinske sestre v Sloveniji šele učimo. Raziskav, ki bi osvetlile probleme, s katerimi se medicinske sestre soočajo pri opozarjanju na odklone v zdravstveni negi in oskrbi, ni, prav tako ne podatkov o slovenskih »žvižgačih« v zdravstveni negi. Iluzorno bi bilo pričakovati, da do napak ne prihaja.

Najslabša strategija, ki jo medicinska sestra zavzame ob ugotovljeni nepravilnosti, ki bi lahko ali že škoduje pacientom, je, da zaradi strahu pred neprijetnimi posledicami izbere molk. Kultura strahu predstavlja veliko blokado pri odpravljanju napak. V zdravstvenih ustanovah si moramo prizadevati za kulturo varnosti in omogočiti jasne poti za izražanje skrbi in pomislekov v primeru neustrezne klinične prakse. Za prijavo je najprej potrebno izkoristiti interne poti v ustanovi, naloga vodstva pa je, da na prijavo ustrezno odreagira.

»Žvižganje« je (in mora tudi ostati) strategija, ko vse drugo odpove. V organizaciji, kjer ima medicinska sestra na voljo jasne poti, po katerih lahko izrazi svoje skrbi ali predlaga, kako bi se bilo mogoče izogniti tveganjem in izboljšati kakovost, ter ve, da bodo njene povratne informacije dobrodošle in upoštevane, postane »žvižganje« odvečno. Dokler pa ni tako, morajo medicinske sestre, ki imajo pomisleke glede postopkov v zdravstveni negi, poskrbeti, da se zavedajo svojih etičnih in zakonskih pravic ter odgovornosti, preden »zažvižgajo« (Kingma, 2010).

## LITERATURA

1. Firtko, A., Jackson, D. (2005). Do the ends justify the means? nursing and the dilemma of whistleblowing. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 23, št. 1, str. 51-6.
2. Jackson, D., Peters, K., Andrew, S. at al. (2010). Understanding whistleblowing: qualitative insights from nurse whistleblowers. *Journal of Advanced Nursing*, 66, št. 10, str. 2194- 2201.
3. Justice is served: Texas physician pleads guilty, ANA Gratified by Convictions in 'Winkler County' Nurses Whistleblower Case (2011). American Nurses Association (ANA). Pridobljeno dne 25. 11. 2014 s svetovnega spleta: <http://nursingworld.org/FunctionalMenuCategories/MediaResources/PressReleases/2011-PR/Justice-is-Served-Texas-Physician-Pleads-Guilty.pdf>.
4. Kingma, M. (2010). Mednarodni center za človeške vire v zdravstveni negi. *Utrip*, 18, št. 1, str. 15.
5. Lachman, V. D. (2008). Whistleblowers: Troublemakers or Viruous Nurses? *Medsurg Nursing*, 17, št. 2, str. 126-35. Pridobljeno s svetovnega spleta: <http://www.nursingworld.org/DocumentVault/Ethics/Whistleblowers-.pdf>.
6. Lokajner, G., Sima, Đ. (2011). Upravljanje z informacijami in medicinske sestre – žvižgači. V: Štemberger Kolnik, T., Majcen Dvoršak, S., Klemenc, D. (ur.). *Kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zbornik prispevkov z recenzijo*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babc in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babc, str. 109-13.
7. McDonald, S., Ahern, K. (2000). The professional consequences of whistleblowing by nurses. *JProfNurs*. 16, št. 6, str. 313-321. Pridobljeno dne 22. 11. 2014 s svetovnega spleta: [http://www.professionalnursing.org/article/S8755-7223\(00\)76734-2/abstract?cc=y](http://www.professionalnursing.org/article/S8755-7223(00)76734-2/abstract?cc=y).
8. Mohorič, M. (2012). Etično upornišvo: lojalnost ali izdaja? Magistrsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

9. Murray, C. J. S. (2007). Before blowing the whistle, learn to protect yourself. Pridobljeno dne 24. 11. 2014 s svetovnega spleta: <https://www.americannursetoday.com/assets/0/434/436/440/4792/4794/4836/4838/87d38c14-ad05-4d0f-a60a-2ab9f698025c.pdf>.
10. Nurses blowing the whistle on poor care: A Norwegian case study (2013). Royal College of Nursing Policy and International Department.
11. Raising concerns Guidance for nurses and midwives. Nursing & Midwifery Council, n. d.
12. Robida, A. (2006). Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice. Ljubljana: Republika Slovenija, Ministrstvo za zdravje.
13. Robida, A. (2011). Kultura varnosti pacientov - Pilotna raziskava o bolnišnični kulturi varnosti pacientov. V: Kramar, Z. et al.. Varnost - rdeča nit celostne obravnave pacientov : strokovno srečanje: zbornik prispevkov / 4. dnevi Angele Boškin. Jesenice: Splošna bolnišnica, Visoka šola za zdravstveno nego, str. 13-18.
14. Things to Know About Whistle Blowin. Pridobljeno dne 23. 11. 2014 s svetovnega spleta <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/workforce/Workforce-Advocacy/Whistle-Blowing.html>.
15. Wikipedia. (2014). Pridobljeno dne 23. 11. 2014 s svetovnega spleta: <http://sl.wikipedia.org/wiki/%C5%BDvi%C5%BEga%C4%8D>.

# Zdravstveni absentizem

*POVZETEK - Zdravstveni absentizem je začasna odsotnost z delovnega mesta iz zdravstvenih razlogov. Problematičen je zaradi pogoste dolgotrajne odsotnosti ter možnega nenapovedanega izostanka. Zdravstveni absentizem oziroma bolniško odsotnost delimo na upravičeno in na neupravičeno. Med prve uvrščamo bolniške, ki so posledica bolezni, poškodb, nosečnosti, nege in spremstva družinskega člana v času bolezni. V drugo skupino pa sodijo bolniške odsotnosti, ki so po vsebini in statusu enake tistim iz prve skupine, vendar upravičenci pravico do njih zlorabljajo. Poseben problem predstavlja skriti absentizem, ki se formalno kaže kot zdravstveni, neformalno pa kot odsotnost na delovnem mestu zaradi različnih vzrokov, kot so na primer slaba motivacija in stimulacija, neurejeni družinski odnosi ali neurejeno družinsko varstvo otrok. Delodajalci lahko zdravstveni absentizem obvladujejo na dva načina: mehko ali trdo. Slednji je represiven, mehka različica obvladovanja zdravstvenega absentizma pa se ukvarja s celostnim delovanjem organizacije. Slovenija sodi v skupino držav, ki so ugodne za zavarovane osebe v bolniškem staležu. Dobri rezultati se lahko dosežejo s preventivnimi ukrepi, kot so skrb za zdravje zaposlenih, ustvarjanje pozitivne klime v organizaciji, usposabljanje in izobraževanje na področju varnosti in zdravja pri delu ter spoštovanje predpisov, ki urejajo področja varnosti in zdravja pri delu.*

*KLJUČNE BESEDE: zdravstveni absentizem, organizacija, posledice, preventivni ukrepi*

## 1 Uvod

Absentizem iz zdravstvenih razlogov je danes v Sloveniji velik problem skoraj vsake organizacije. Običajno pomeni celotno neprisotnost na delovnem mestu. Sem šteje mo odsotnost z dela, izhode, izostanke, zamude. Absentizmu v delovnih organizacijah lahko pripišemo negativen predznak, saj pušča negativne posledice. Obstajajo številni dejavniki, ki vplivajo na višino zdravstvenega absentizma in izvirajo pretežno iz delovnega in socialnega okolja, manj pa iz zdravstvenega stanja zaposlenih. Med dejavniki, ki v Sloveniji lahko pozitivno vplivajo na obvladovanje absentizma, so brez dvoma najpomembnejši: odgovornost delodajalcev za ustrezno, zdravju prijazno delovno okolje ter ukrepi za varnost in zdravje pri delu. Poleg tega pa so pomembni tudi: večja stimulacija in motivacija za redkejšo in krajšo izostajanje z dela oziroma hitrejšo vračanje na delovno mesto, ustrezna zakonodaja, ki posameznikom ne bi dovoljevala zlorabe pravic, raven socialne varnosti, ki v določenih primerih ne vzpodbuja izostajanja z dela, odnos zdravstvene službe do odsotnosti z dela ...

## 2 Zdravje v organizaciji

Prvotno so zdravje označevali kot odsotnost bolezni ali onemoglosti, vendar je v ustanovni listini Svetovne zdravstvene organizacije zapisano, da je zdravje stanje popolnega fizičnega, psihičnega in socialnega blagostanja. Po novejših spoznanjih je zdravje celovit in dinamičen sistem, ki je sposoben prilagajanja vsem vplivom okolja ter omogoča posamezniku in skupnosti opravljati vse biološke, socialne ter poklicne funkcije in prav tako preprečevati bolezni, onemoglost in prezgodnjo smrt (World Health Organization, 1997). Zdravje je torej splošna vrednota in bistveni vir za produktivno in kakovostno življenje posameznikov in skupnosti kot celote (<http://dk.fdv.uni-lj.si/diplomska/pdfs/bonaca-maja.pdf>).

V sedanjih družbenih in gospodarskih razmerah so delodajalci usmerjeni predvsem k nalogam in ciljem, ki pomenijo povečanje produktivnosti, kakovosti in učinkovitosti. Organizacije se spopadajo z dilemo, kako postati učinkovitejše in bolj konkurenčne s čim nižjimi stroški. S tem namenom uvajajo spremembe, kot so zmanjšanje števila zaposlenih, prestrukturiranje ter poudarjanje kakovosti izdelkov in storitev (Fesel Martinčević, 2004, str. 14). Manj pa se ukvarjajo s cilji, ki bi dolgoročno zagotavljali čim bolj zdrave zaposlene, čeprav bi bilo to smotrno tudi z ekonomskega vidika (Ačimović, 2003, str. 14).

Z ukrepi promocije zdravja je mogoče pri delu veliko prihraniti. Z vlaganji v boljše zdravje delavcev lahko namreč pozitivno vplivamo na poslovanje organizacij zaradi znižanja odstotka bolniškega staleža, nižje fluktuacije ter manjših stroškov za pridobivanje in usposabljanje novih zaposlenih, gradimo pa tudi boljše delovno klimo, ki vodi do boljše produktivnosti (Dodič Fikfak, 2007). Fluktuacija in absentizem sta objektivna kazalnika stanja organizacijske klime in kulture. Prav na ta dva pa imata vodstvo oziroma organizacija najbolj neposreden vpliv.

## 3 Zakon o varnosti in zdravju pri delu

Dne 3. 6. 2011 je bil v Uradnem listu objavljen Zakon o varnosti in zdravju pri delu ZVZD-1, ki je stopil v veljavo decembra 2011. Za delodajalce omenjeni zakon prinaša pomembne novosti, ki jih lahko opazimo že pri definicijah v splošnih določbah. Nov zakon o varstvu in zdravju pri delu (Zakon o varnosti in zdravju pri delu) uvaja izraze, kot sta na primer preventivni ukrep (vsak ukrep delodajalca ali delavca, ki je namenjen zmanjševanju ali obvladovanju tveganja za varnost in zdravje pri delu) in promocija zdravja pri delu (sistematično ciljane aktivnosti in ukrepi, ki jih delodajalec izvaja zaradi ohranjanja in krepitev telesnega in duševnega zdravja delavcev).

Zakon ni le na novo definiral promocije zdravja na delovnem mestu, temveč v 6. členu (Zakon o varnosti in zdravju pri delu) navaja, da mora delodajalec izvajati in načrtovati promocijo zdravja na delovnem mestu, kar pomeni, da mora zagotoviti

potrebna sredstva in način spremljanja njenega izvajanja. Primeri so lahko: organizacija različnih športnih sekcij znotraj družbe, zakup telovadnice ali bazena za različne športne aktivnosti, zdrava malica, razgibavanje med delovnim časom, kolo za kurirja, seminar o preprečevanju in spoprijemanju s stresom na delovnem mestu, organizacija izobraževanja na temo zdrave prehrane, organizirano merjenje holesterola in merjenje pritiska v krvi itd. (<http://dk.fdv.uni-lj.si/diplomska/pdfs/bonaca-maja.pdf>).

### 3.1 Tipi absentizma

S poslovnega in organizacijskega vidika je absentizem v organizaciji vsak izostanek z dela, saj so zaposleni odsotni iz različnih razlogov. V osnovi se odsotnosti delijo na upravičene in neupravičene. Upravičeni razlogi vključujejo odsotnost zaradi bolezni, nege, oziroma vse, kar je v dogovoru z delodajalcem, medtem ko so neupravičeni tisti, ki niso v dogovoru z delodajalcem in so brez upravičljive utemeljitve (<http://dk.fdv.uni-lj.si/diplomska/pdfs/bonaca-maja.pdf>).

Poznamo tri tipe absentizma, ki natančno določajo vrste odsotnosti z dela.

#### *Nenačrtovana začasna odsotnost*

Čas nastanka je bil do pojava neznan, odsotnost ni vnaprej odobrena, čas trajanja je manj kot 5 delovnih dni.

Pojavne oblike:

- bolezni,
- bolezni družinskih članov,
- nepredvidene zasebne obveznosti.

#### *Načrtovana odsotnost*

Kratka ali daljša odsotnost, ki je bila vnaprej odobrena, z urejenim nadomeščanjem za nemoten potek delovnega procesa.

Pojavne oblike:

- počitnice,
- prazniki,
- porodniški dopust,
- očetovski dopust.

#### *Podaljšana oziroma daljša odsotnost*

Izhaja lahko iz več krajših oblik nenačrtovane odsotnosti.

- Pojavne oblike:
- odsotnost, daljša od enega tedna,
- daljša bolezen,
- začasna ali stalna invalidnost,
- kompenzacija zaposlenih.

## 4 Vzroki za absentizem

Florjančič in ostali (2004, str. 15) menijo, da je absentizem med glavnimi obrambnimi mehanizmi, ki se jih poslužuje posameznik (zaposleni). Po njihovem mnenju takšen obrambni mehanizem služi kot pomoč pri zmanjševanju osebnih problemov, ki jih povzroča nehvaležno in premalo nagrajeno delo. V mnogih primerih take odsotnosti z dela ni mogoče razumsko upravičiti. Ugotavljamo, da na začasno odsotnost zaposlenih vplivajo številni dejavniki iz okolja in zato menimo, da je pojav zelo kompleksen. Dejstvo je, da se odsotnost zaposlenih z dela formalno res kaže kot odsotnost zaradi zdravstvenih težav, toda na to vplivajo številni dejavniki v okolju. Izhajajoč iz tega je smiselno, da področje začasnih odsotnosti zaposlenih z dela podrobneje obravnavano. Na to opozarjajo tudi Bernik in ostali (2003, str. 59), ki menijo, da je vse večji problem za podjetja oziroma organizacije skriti absentizem, ki ima neformalno vzroke v neurejenih družinskih odnosih, nezadovoljstvu pri delu, neusposobljenosti zaposlenih za delo itd.

Torej vzrokov, da so zaposleni odsotni, kako pogosto in koliko časa so odsotni, ni moč iskati samo v razlogih, kot sta bolezen ali poškodba, saj gre za zapleten pojav, na katerega vplivajo različni dejavniki.

Briner (1996, str. 875-876) je predstavil modele, s katerimi pojasnjuje absentizem: zdravstveni model, model deviantnosti, model umika, ekonomski model in kulturni model.

*Zdravstveni model:* pojasnjuje, da je odsotnost posledica bolezni ali poškodbe – toda pri tem dodaja, da se res veliko odsotnosti z dela kaže kot posledica bolezni, vendar to ni vedno glavni vzrok.

*Model deviantnosti:* nekateri zaposleni so odsotni drugače kot drugi, dlje časa, pogosteje, odsotnost pa ima lahko negativne vzroke, kot sta lenoba in pomankanje občutka zavezanosti organizaciji oziroma podjetju.

*Model umika:* glavni razlog je umik iz neprijetnega delovnega okolja in nezadovoljivih delovnih razmer. V raziskavah, ki preučujejo absentizem z vidika hipoteze umika (withdrawal hypothesis), je običajno interpretiran kot pobeg, kompenzacija in celo kot protest proti sovražnemu delovnemu okolju ali demoralizaciji v njem (Chadwich-Jones, Nicholson in Brown, 1982). Johns (1997) meni, da absentizem ni preprosto reakcija na nezadovoljstvo, temveč je lahko tudi reakcija na stres na delovnem mestu, ko zaposleni enostavno nečesa ne more sprejeti in odpraviti stresa. Najmanj pogosto je spolno nadlegovanje.

*Ekonomski model:* predvideva, da imata prosti čas in aktivnosti zunaj določeno vrednost za zaposlene. Tisti, ki cenijo prosti čas, so pogosteje odsotni. Če je nezaposlenost večja, je manj odsotnosti z dela. To kaže, da zaposleni preračunavajo, ko se odločajo, ali bodo šli na delo ali ne. Če je varnost delovnih mest slaba in obstaja velika možnost, da izgubijo zaposlitev, vrednost prostega časa pade.

*Kulturni model:* pri ugotavljanju vzrokov za odsotnost uporablja sociološki vidik in ugotavlja vpliv sprejetega vedenja in organizacijskih norm na absentizem. Mason in Griffin (2003) menita, da je absentizem verjetno subjekt socialnega vplivanja, ki določa, koliko absentizma je sprejemljivega in kdaj je upravičen. Sprejemanje absentizma je med organizacijami različno oziroma se razlikuje med skupinami v organizaciji, zato variira med organizacijami in v sami organizaciji.

Še vedno pa je največji vzrok za absentizem stres na delovnem mestu, zlasti v javnem sektorju, najmanj pa ga je v proizvodnih panogah.

Zavedati se moramo, da se stres na delovnem mestu pojavi, ko so zahteve na delovnem mestu večje, kot jih je posameznik sposoben izpolniti. Tako je stres dejansko neskladje med zahtevami posameznega delovnega mesta, zmogljivostmi, sposobnostmi in znanjem zaposlenega ter ostalimi vlogami, ki jih ima v življenju. Stres na delovnem mestu povzroča zdravstvene težave (zdravstveni absentizem), upad storilnosti, kreativnosti in konkurenčnosti. Del stresa pa v delovno okolje prinesemo od zunanj (od doma), v delovnem okolju pa se še okrepi. Tako na stres vpliva delovno in domače okolje oz. okolje izven dela (Božič, 2013, str. 13 in 16).

Utrujenost, napetost, zaskrbljenost, glavobol, slaba prebava, nespečnost itd. so posledice prekomernega stresa in nam zagotovo ne pomagajo pri naših vsakodnevnih dejavnostih in opravljanju nalog v delovnem okolju. Na nas deluje tako, da zmanjšuje našo sposobnost svobodnega in ustvarjalnega izražanja, zmanjšuje vitalnost, sposobnost poslušati in razumeti druge, čustveno uravnovešenost, povečuje nagnjenost k napakam in dovzetnost za nesreče. Če hočemo postati in ostati ustvarjalni, moramo poskrbeti za lastno duševno stabilnost in dobro notranje počutje (Kogej in Rus, 2002, str. 15).

Moramo se zavedati, da absentizem vpliva tako na posameznike kot tudi na ostale zaposlene v organizacijah. Posameznik, ki je velikokrat odsoten z dela, se mora sprijazniti z nižjo plačo (odvisno od sistema nagrajevanja in plač), manjšimi možnostmi za napredovanje ter težavami pri povratku na delo (Harrison in Martocchio, 1989, str. 339). Hkrati pa je treba odsotne delavce nadomeščati in tako pride posredno do večje obremenjenosti ostalih. Posledica takšnega stanja pa je slabša učinkovitost organizacije kot celote.

## **5 Posledice zdravstvenega absentizma**

Posledice zdravstvenega absentizma so opazne na več ravneh. Pozitivni posledici na ravni delodajalca sta večja fleksibilnost zaposlenih ter raznolikost znanja, negativne pa zmanjšana produktivnost, povečanje stroškov dela, povečanje možnosti poškodb pri delu in nesreč ter zamera do zaposlenih.

Pozitivne posledice na ravni države so zmanjšanje delovnega stresa, zmanjšanje duševnih težav in zmanjšanje zakonskih in družinskih problemov, negativne posledice



pa so zmanjšana produktivnost, zmanjšan bruto domači proizvod in povečanje stroškov za zdravstveno in socialno varstvo.

Pozitivne posledice zdravstvenega absentizma na ravni odsotnega zaposlenega so zmanjšanje delovnega stresa ter kompenzacijske ugodnosti za neopravljanje dela, negativne posledice pa so izguba zaslužka, sprememba dojemanja dela in (ne)formalna kazen (<http://sl.wikipedia.org/wiki/Absentizem>).

## 6 Ukrepi za obvladovanje zdravstvenega absentizma

Delodajalci lahko zdravstveni absentizem obvladujejo preko trde ali mehke različice. Trda različica je represivna, saj so zanjo značilne grožnje z odpustitvijo, poostren nadzor zdravstvenega absentizma in prerazporeditve na težje in slabše plačano delovno mesto. Posledica naštetih kratkoročno učinkovitih ukrepov je povečana odtujenost med zaposlenimi in delodajalcem.

Mehka različica obvladovanja zdravstvenega absentizma pa se ukvarja s celostnim delovanjem organizacije, ki vključuje spremembo organizacije, nagrajevanje in napredovanje, mobilizacijo zaposlenih ter njihovo izobraževanje. Ta različica je za delodajalca dražja, a ima trajnejše učinke.

Zdravstveni absentizem lahko obvladujejo tudi s projektnimi skupinami, ki jih sestavljajo zdravnik, specialist s področja varnosti in zdravja pri delu, predstavnik vodstva organizacije, predstavnik kadrovske službe in predstavnik zaposlenih. Sodelujoči analizirajo vzroke absentizma, fizične in psihosocialne delovne pogoje, zdravje in počutje zaposlenih. Delodajalci spremenijo in izboljšajo delovne pogoje, organizirajo promocijo zdravja in dobrega počutja zaposlenih, kot je ureditev zdrave prehrane, organiziranje izobraževanja o varnosti in zdravju na delovnem mestu ali izobraževanja o pravilni in varni uporabi delovne opreme. Priporočljivo je tudi, da delodajalci letno izvajajo pogovore z zaposlenimi in jim svetujejo v zvezi z njihovim zdravjem in počutjem (<http://sl.wikipedia.org/wiki/Absentizem>).

## 7 Zaključek

Zdravstveni absentizem je tudi v Sloveniji resen družbeni in ekonomski problem, ki se ga ne zavedamo dovolj ali pa ga zavestno pometamo pod preprogo. S stališča družbe je potrebno aktivno ukvarjanje z njim v obliki preventivnih ukrepov. S stališča posameznika pa je absentizem odziv človeka na življenjske situacije. Mislim, da na raven absentizma lahko manj vplivamo z zakonskim reguliranjem kot pa z različnimi organizacijskimi ukrepi, s promocijo ustreznih vrednot in zavedanja o pomenu zdravja. Več kot potrebna pa bi bila tudi spodbuda k prevzemanju odgovornosti za to, kaj v svojem življenju doživljamo in kako to doživljamo. Sprejetje te ideje bi v

družbi povzročilo ogromne premike, vsekakor pa lahko rečemo, da je to tek na dolge proge in seveda zahteva določeno stopnjo zrelosti družbe.

## LITERATURA

1. Ačimovič, B. (2003). Program skrb za zdravje - Zdravotalum. HRM, str. 14-17.
2. Bernik, M., Florjančič, J., Rajkovič, V. (2003). Analiza vzrokov absentizma s pomočjo orodij za izkopavanje podatkov. Zbornik 22. mednarodne znanstvene konference, str. 59-63.
3. Bonaca, M. (2013). Analiza zdravstvenega absentizma v hotelskem podjetju. Diplomsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
4. Božič, M. (2003). Stres pri delu. Ljubljana: GV Izobraževanje.
5. Dular, P. (2011). Nezaželeno vedenje in absentizem: percepcija pri managerjih. HRM, št. 41, str. 15.
6. Fesel Martinčević, M. (2004). Povezanost občutka samoučinkovitosti z zadovoljstvom, izgorelostjo in absentizmom na delovnem mestu. HRM, str. 76-80.
7. Florjančič, J., Bernik, M., Novak, V. (2004). Kadrovski management. Kranj: Fakulteta za organizacijske vede
8. Harrisonm, D., Martocchio, J. (1989). Time for Absenteizem: A 20- Year Rewiev of Origins, Offshoots, and Outcomes. Journal of Management, 24.
9. <http://sl.wikipedia.org/wiki/Absentizem>.
10. Kogej, D., Rus, A. (2002). Kako preprečevati stres in utrujenost na delovnem mestu. Dnevi strokovnega izpopolnjevanja tajnic 2002. Bernardin.
11. Švab, M. (2009). Problematika absentizma v Sloveniji in EU. Diplomsko delo. Kranj: B&B višja strokovna šola.
12. Zakon o varnosti in zdravju pri delu (2011). Uradni list Republike Slovenije št. 43.

# Kompleksnost odločanja v babiški obporodni negi - vir omejitev in nesoglasij

*POVZETEK - Odločanje je kompleksen proces, ki je pogojen s kritičnim razmišljanjem, reševanjem problemov in ustvarjalnostjo. Gre za težko in zahtevno nalogo, ki od posameznika zahteva temeljito pripravo in dobro sodelovanje z drugimi strokovnjaki. Odločanje je vse bolj pomembno tudi v zdravstveni negi (ZN), saj se le-ta hitro razvija in stremi k strokovni samostojnosti. V ospredje vse bolj prihaja menedžment v ZN in s tem tudi odločanje neposrednih izvajalcev ZN na vseh področjih. Odločanje v zdravstveni in babiški negi zahteva poseben pristop, saj je tu v ospredju bolnik, pacient, varovanec, zato je tudi odločanje usmerjeno v zadovoljevanje njegovih potreb. Z upoštevanjem celovitosti človeka se v zdravstvu odločamo individualno ali skupinsko. Velikokrat gre za skupinske odločitve, te pa so rezultat več posameznikov znotraj ene ali več različnih strok. Prav tako kot prednosti, se v skupinskem odločanju najdejo tudi slabosti, ki se lahko kažejo v neuskkljenosti in nesoglasjih. Odločanje v obporodni zdravstveni negi je zaradi narave dela še posebej specifično. Tu se babica pri svojem delu individualno odloča, odloča pa se še v sodelovanju z ostalim zdravstvenim timom, vedno bolj pa tudi z bodočimi starši. Prav zaradi več sodelujočih prihaja vse bolj do izraza skupinsko odločanje, ki odkriva do zdaj neizražene ali malo izražene slabosti in omejitve. Pojavljajo se nesoglasja med strokovnim osebjem, pa tudi med zdravstveno stroko in bodočimi starši.*

*KLJUČNE BESEDE: zdravstvena nega, odločanje, babice, porodnice, nesoglasja*

## 1 Uvod

Odločanje je ena najpomembnejših nalog, s katero se vsakodnevno srečuje vsak posameznik (Bohanec, 2006), pa naj bo to na zasebnem ali službenem področju. Je kompleksen proces, ki od posameznika zahteva kritično razmišljanje, reševanje problemov in ustvarjalnost. Predstavlja mu zahtevno nalogo, na izvedbo katere se mora dobro pripraviti, sodelovati z drugimi strokovnjaki, k vsemu temu pa tudi inovativno pristopati. Temelj za dobro odločitev, ki prinaša zadovoljiv rezultat, je zadostna oziroma primerna količina kvalitetnih informacij, ki so posledica dobrega znanja. Če se le-to kombinira še z intuicijo, gre brez dvoma za najboljšo odločitev (Bugar, 2010).

Področje zdravstvene nege je vpeto v vse bolj kompleksno delovno okolje, ki od nje pričakuje in tudi zahteva vse bolj kvalitetne storitve. Kot posledica tega se zdravstvena nega vse hitreje razvija in vedno bolj stremi k samostojni stroki. Znotraj nje se vedno bolj poudarja pomen odločanja. V ospredje prihaja menedžment v zdravstveni negi in s tem tudi odločanje neposrednih izvajalcev zdravstvene nege na vseh področjih (Pučko, 2009).

Odločanje v zdravstveni in babiški negi zahteva poseben pristop. Zdravstvena nega kot specifična dejavnost ne prevzema in ne posnema klasične definicije odločanja, ki ustreza poslovnemu menedžmentu, katerega temeljni cilj je doseganje dobička. V zdravstveni negi je v ospredju bolnik, pacient, varovanec, zato je odločanje v tej stroki usmerjeno v zagotavljanje in zadovoljevanje njegovih potreb (Pučko, 2009). Odločitve v tej stroki se sprejemajo z ozirom nanj. Iščejo se situaciji primerni pristopi in načini, ki se dotikajo človeških vrednot, sposobnosti, čustev, strasti ... Upošteva se pacient kot celovita osebnost.

Ob upoštevanju celovitosti človeka se odločitve v zdravstvu sprejemajo individualno ali skupinsko. Pri skupinskih sodeluje več posameznikov znotraj ene ali več različnih strok. Prav tako kot prednosti (več znanja, bolj popolne informacije, več idej ...) se v skupinskem odločanju najdejo tudi slabosti, ki se lahko kažejo v nesklajenosti in nesoglasjih.

Obporodna zdravstvena nega je zelo občutljivo področje. Da je lahko kakovostna in usmerjena v zadovoljevanje vseh potreb in želja porodnic oziroma bodoče družine, je ključno pravilno odločanje. V proces odločanja tu ni vključen le posameznik, temveč celoten zdravstveni tim in bodoči starši. Tu gre za sodelovanje in odvisnost vseh vključenih.

## 2 Odločanje

Izjava »Danes sem to, kar sem, zaradi včerajšnjih izbir« (Covey, v Juhart, 2002) dokazuje, kako pomembno je odločanje. Spremlja nas neprestano v vsakdanjem življenju; na poslovnem in zasebnem področju (Kocet, 2004). Gre za vsakdanji pojav, pomeni pa odločitev po preudarnem razmišljanju. Odločitev tako predstavlja izbiro med več različnimi možnostmi, ki vodijo do nekega zelenega stanja (Dimovski, Penger in Škerlavaj, 2007). Po Tavčarju (2006) je odločanje izbiranje med možnimi ukrepi in dejavnostmi, ki vodijo do učinkovitega cilja oziroma rezultata. Pomembna je razlika med odločanjem in odločitvijo. Odločanje je proces, odločitev pa je rezultat procesa (Kocet, 2004). Dimovski, Penger in Škerlavaj (2002) pravijo, da odločanje lahko razumemo tudi kot proces razmišljanja, odločitev pa je izbira med različnimi možnostmi.

Odločanje je proces pri izbiri alternativnih smeri, aktivnosti in načinov, pri čemer je še posebej pomembna preudarnost. Pri spreminjajočih se situacijah ni enotnih poti za odločanje. Velikokrat je pomembna tudi časovna spremenljivka. Nekatere odločitve so enkratne, druge se ponavljajo. Ob tem je izredno pomembna kreativnost (Filej, 1992).

### 2.1 Načini in ravni odločanja

Odločanje je proces, znotraj katerega se med obstoječimi možnostmi izbere tista, ki najbolj ustreza zelenim ciljem oziroma je najboljša glede na dane možnosti. Ne

gre za tog, shematičen proces, temveč se ob tem posameznik srečuje s človeškimi vrednotami, čustvi, sposobnostmi, strastmi ... (Bugar, 2010).

Po Biloslavu (Tavčar, 2006) odločanje lahko poteka rutinsko, analitično ali intuitivno.

Rutinsko odločanje proizvaja enostavne odločitve. Te so določene že vnaprej in sicer za nekatere enostavne okoliščine. Gre za hitro in učinkovito odločanje, ki ga lahko uporabimo v večini zadev. Neprimerno pa je za reševanje problemov, ki zahtevajo analizno presojo (Biloslavo, v Tavčar, 2006).

Analitično odločanje se odvija po nekem zaporedju oziroma po nekem modelu, ki upošteva tvegane, kompleksne okoliščine. Posameznik mora biti dobro usposobljen, saj ta način odločanja temelji na strokovnosti. Zahteva veliko časa in denarja (Biloslavo, v Tavčar, 2006).

Intuitivno odločanje poteka v podzavesti tistega, ki se odloča. Podlaga zanj so znanje, izkušnje in osebne lastnosti. Odlikuje se v hitrosti in ustvarjalnosti, grenak priokus pa mu daje veliko tveganje (Biloslavo, v Tavčar, 2006).

Pri tem odločanju se intuicija močno povezuje z znanjem. Kombinirata se v različnih medsebojnih deležih. Ob manj razvitem znanju se bolj uporablja intuicija in obratno. V kriznih situacijah, ko potrebujemo hitro rešitev, je zelo uspešna uporaba vživetja in navdiha. Uspešna je še posebej takrat, ko je podprta z že pridobljenim znanjem, vednostjo in izkušnjami. Manjše probleme je bolj razumno reševati z intuicijo. Stroški in morebitna škoda sta namreč manjši, kot če bi uporabili zapletene poti reševanja (Kralj, v Bugar, 2010).

Tavčar (2008) pravi, da vsi ti načini odločanja potekajo oziroma se sprejemajo na treh ravneh, in sicer na izvajalni ali operativni (nižji menedžment), srednji (srednji menedžment) in vrhnji ravni (vrhnji menedžment). Na izvajalni ali operativni ravni poteka rutinsko odločanje. Podlaga zanj so predpisi, poslovnik, navodila in standardi. Na srednji ravni je rutinskega odločanja vse manj, prevladuje analitično odločanje, ki na višji ravni prehaja v ozadje, medtem ko rutinskega odločanja tu praktično ni več. Na tej ravni so najpogostejše intuitivne odločitve.

Rutina oziroma intuicija v procesu odločanja proizvede tako imenovane programirane oziroma neprogramirane odločitve. Programirane odločitve se sprejemajo tako, da se prevzamejo rešitve in ravnanja, ki so se v preteklosti v podobnih primerih že izkazala kot učinkovita; torej rutinsko ali po določenem programu. Takšne odločitve predstavljajo rešitev za ponavljajoče se - rutinske probleme in so že vnaprej zapisane v obliki standardov, protokolov, ustaljenih pravil (npr. protokol priprave pacienta na operacijo). Kjer pa ne gre za neke ponavljajoče se in rutinske probleme oziroma gre za pojav nekega nepredvidenega, novega, kompleksnega in pomembnega problema, pa njegovo reševanje zahteva drugačen, zahtevnejši pristop. Posledica takšnega procesa odločanja so neprogramirane odločitve, ki so zelo zahtevne in so rezultat notranjega reševanja problemov, presoje, intuicije in ustvarjalnosti (Dimovski, Penger in Škerlavaj, 2002).

Odločanje na programiran način pride v poštev na operativni, deloma pa tudi na srednji ravni, medtem ko se na vrhni ravni uporablja neprogramiran način odločanja (Dimovski, Penger in Škerlavaj, 2002).

## 2.2 Vrste odločanja glede na število udeležencev

Človek se odloča kot posameznik ali v sodelovanju z drugimi. Ob tem je soočen s celo vrsto omejitev (Dimovski, Penger in Škerlavaj, 2002). Zaradi vse bolj komplicirane in zahtevne okolice, predstavlja to zanj tudi vedno bolj zahtevno nalogo. Stalne spremembe od njega zahtevajo ne samo dobre, temveč tudi hitre odločitve (Vila, 1994).

Individualno odločanje. Zaradi razlik med posamezniki, se le-ti tudi različno odločajo. Nanje tako vplivajo njim lastne vrednote, ki so temelj njihovega mišljenja, njihova osebnost, nagnjenost k tveganju in možnost nesoglasij (Dimovski, Penger in Škerlavaj, 2002). Skupinsko odločanje. Skupina ima svoje prednosti in slabosti. Prednosti se kažejo v popolnejših informacijah, večjem obsegu znanja, večji sprejemljivosti odločitev, večji demokratičnosti in soglasju interesov. Slabosti pa so v večji porabi časa, pritisku posameznika znotraj skupine, še posebej pa v nedoločeni odgovornosti (Dimovski, Penger in Škerlavaj, 2002).

## 2.3 Odločanje in intuicija

Razumsko razglabljanje in raziskovanje na podlagi preišljenosti, izkušenj, vednosti in znanosti privedeta do znanja. Da se lahko to znanje znotraj procesa odločanja razumno uporablja, je potrebna še modrost, ki zmore upoštevati različnost kultur in okolij. Pri odločanju pa se ne uporablja le znanje, temveč tudi intuicija (Bugar, 2010). Gre (po številnih slovenskih definicijah) za čisto, nenaučeno znanje, ki se ga doseže brez racionalnega sklepanja. Je nek občutek, da nekaj je ali ni prav, da se bo zgodilo nekaj, kar pa je težko verificirati. Izhaja iz podzavestne ravni, kjer informacije niso zavedno dostopne (Kovač, v Vila, 1997). Najboljše odločitve daje kombinacija znanja in intuicije (Bugar, 2010).

Pri odločanju se torej v različnih medsebojnih situacijah uporablja tako znanje kot intuicija. Pri kriznih situacijah, ki zahtevajo hitro rešitev, je potrebna tudi uporaba vživetja, navdiha, kar pa mora biti podprto z že nabranim znanjem, vednostjo in izkušnjami. Drobne probleme je smiselno reševati z intuicijo. Stroški in morebitna škoda so namreč precej manjši, kot če bi uporabili zapletene poti reševanja (Kralj, 2000).

# 3 Odločanje v zdravstveni negi

Danes je zdravstvena nega umeščena v globalno in kompleksno delovno okolje, ki od nje zahteva vedno več. Prav zato se ne govori veliko le o menedžmentu v zdravstvu na splošno. Vse več se govori namreč tudi o menedžmentu v zdravstveni negi.

Pri menedžmentem gre na splošno za proces dela, v katerem organizacije skozi različne funkcije (načrtovanje, odločanje, organiziranje, kadrovanje, komuniciranje, motiviranje, vodenje, nadzorovanje) želijo doseči nek cilj. Pri menedžmentu v zdravstveni negi se te funkcije nanašajo neposredno na stroko zdravstvene nege in njen razvoj. Ena pomembnih funkcij v tem procesu menedžmentje odločanje v obliki naslednjih nalog:

- odločanja, ki zdravstveno nego integrira v sistem celotnega zdravstvenega varstva v instituciji,
- odločanja o najučinkovitejšem prerazporejanju in nadomeščanju osebja v službah zdravstvene nege,
- odločanja o nabavi materiala za potrebe zdravstvene nege,
- soodločanja pri nabavi sredstev in materiala za potrebe celotne organizacijske enote (Filej, 1992).

Odločanje v zdravstveni negi je proces kritičnega razmišljanja, reševanja problemov in ustvarjalnosti. Ustvarjalno in kakovostno reševanje problemov je ključna naloga vodilnih medicinskih sester in babic, ki vpliva na kvaliteto opravljenih storitev in učinkovitost dela le-teh. Za vse to je potrebno znanje menedžmenta, vodenja ter poznavanje teoretičnih modelov in metod odločanja. Za sprejete odločitve morajo biti jasne odgovornosti in pristojnosti zaposlenih. Določeno mora biti poslanstvo, vrednote in cilji (Sirk, 2007).

Odločanje v zdravstveni negi je dolgo časa veljalo kot nekaj samoumevnega, izvajalec v zdravstveni negi pa naj ne bi za to potreboval dodatnega znanja in usposobljenosti. Vendar se je ob intenzivnem razvoju menedžmenta izkazalo, da kvalitetno odločanje lahko bistveno pripomore k učinkovitemu delovanju zdravstvene nege in doseganju zastavljenih ciljev (Pučko, 2009).

Izvajalci zdravstvene nege se odločajo na strateški, taktični in operativni ravni, in sicer na osnovi znanja in uspešnosti. Da proces odločanja steče, morajo obstajati vsaj tri stvari. Gre za potrebo in razlog za odločitev ter merilo za izbor (Sirk, 2007).

Zdravstvena nega je specifična dejavnost in poslanstvo. V ospredju je bolnik in njegove potrebe in zadovoljitev le-teh je cilj odločanja v zdravstveni negi, ne pa doseganje dobičkov. Ob tem ni ključna le intuicija, temveč tudi znanje, preudarnost in kreativnost. Vse te vrednote izvajalce zdravstvene nege spremljajo pri odločanju na organizacijski, pa tudi na operativni ravni. Prav na tej ravni so odločitve velikokrat časovno omejene, pa tudi brez možnosti popravkov.

## 4 Odločanje v babiški obporodni negi

Odločanje v obporodni zdravstveni negi je zaradi narave dela še posebej specifično. Tu se babice individualno odločajo (pri tem so velikokrat nagnjene k tveganju, kar je izraz njihove osebnosti) ali pa v sodelovanju ali odvisnosti od ostalega zdravstvenega

tima (zdravnikov). Prav zaradi tega je tu težko govoriti o klasičnih ravneh odločanja. Večina odločitev je namreč na izvajalni ravni, odločitve pa so odvisne od trenutnih okoliščin in stanj. Te se ves čas spreminjajo, zato je lahko odločitev sprejeta ne samo na podlagi znanja in izkušenj, temveč tudi na podlagi intuicije (Bugar, 2010). Temu botrujejo predvsem izredno hitre in nepredvidljive spremembe v porodnem procesu, ki zahtevajo zelo hiter odziv.

#### *4.1 Soodločanje staršev v babiški obporodni negi*

Pri odločanju v obporodni zdravstveni negi sodelujejo tudi porodnica oziroma starši, ki jih šele v zadnjem času bolj upoštevajo. Združenje Naravni začetki, ki se povezuje tudi s strokovnjaki na področju obporodne zdravstvene nege, vse bolj poudarja, da mora imeti pomembno vlogo pri porodu ženska, ki rojeva. Prav zato sama odloča in izbira, kako, kje in s kom bo rodila, spremljevalci in zdravstveno osebje pa so njeni pomočniki (Žugelj, 2008). Po Zakonu o pacientovih pravicah ima namreč pravico, da o sebi in svojem telesu ter tudi o otroku, ki se v telesu razvija, odloča sama. To pomeni, da je tudi končna odločitev o predlaganem zdravljenju, posegih in negi v nosečnosti in med porodom izključno njena. Prav tako ima pravico, da se njeno odločitev spoštuje, pa četudi se z njo strokovni delavci ne strinjajo in četudi ni v skladu z doktrino. Razen v izrecnih primerih (ki so tudi zakonsko določeni), so te pravice za zdravstvene delavce zavezujoče, njena odločitev pa ne sme vplivati na nadaljevanje skrbi in nege (Zakon o pacientovih pravicah, 2008).

Kodeks etike za babice Slovenije v svojem drugem načelu babico zavezuje, da spoštuje pravico ženske do izbire in odločanja ter ji narekuje, da:

- podpira pravico ženske, da le-ta aktivno sodeluje pri odločitvah o svoji zdravstveni oskrbi;
- žensko spodbuja, da se zave lastne odgovornosti za izid svojih odločitev;
- zagotavlja pravno in moralno pravico vsake ženske do samoodločanja v času nosečnosti, poroda in zgodnjega starševstva;
- omogoča in spodbuja podporno vlogo partnerja in družine v obdobju nosečnosti, poroda in zgodnjega starševstva.

Ob tem se babica zaveda, da lahko pride do okoliščin, ko odločitve ženske ne bo mogoče izpolniti v celoti. Če bi ta odločitev ogrožala njeno in/ali otrokovo življenje, ji mora babica nastalo situacijo pojasniti na njej razumljiv način in ravnati v skladu s strokovno utemeljeno in veljavno doktrino (Kodeks etike za babice Slovenije, 2014).

#### *4.2 Soodločanje babic in porodničarjev v babiški obporodni negi*

Pred dvestotimi leti je bila obporodna skrb izključno domena babic. Te so se popolnoma samostojno osredotočale na porodno dogajanje in pri tem upoštevale naravni potek dogodkov in specifična kulturna določila. Izvajal se je tako imenovan babiški porodni model oziroma human porod. Ob tem so tesno sodelovale s porodnico ter upoštevale njene potrebe. Po drugi svetovni vojni se je z namenom »preseči naravo« porodno dogajanje preselilo v bolnišnice, kjer je obporodna skrb postala domena



zdravnikov (porodničarski porodni model oziroma medikaliziran porod). Babice so se v odnosu do zdravnika znašle v podrejenem položaju in tako v svoji vlogi izgubile profesionalno avtonomijo, s tem pa tudi moč zagovorništva potreb porodnic (Wagner, 2007). Z izgubo avtonomije babic se je pri porodu izgubila tudi avtonomija žensk, saj le-ta brez avtonomije babic ni mogoča (Drglin, 2007). Samostojno odločanje babic in s tem tudi porodnic v porodnem procesu je tako prešlo v odvisno odločanje.

Zaradi vedno večjih neskladij med pričakovanji, zahtevami in potrebami bodočih staršev in ponudbo medikaliziranemu porodu podrejenih porodnišnic (Triplat, 2005), se je v osemdesetih in devetdesetih letih dvajsetega stoletja na tovrsten pristop k porodu pojavil aktiven odziv. Pričeli so se premiki spet nazaj k humanemu porodu ter babiškemu porodnemu modelu. Ti so danes prerasli v precej resen in globalno razsežen boj med obema porodnima modeloma (Wagner, 2007). Tako danes obstajata na eni strani babiški model in babiška stroka, ki temeljita na ideji podpore ženska ženski z upoštevanjem njene celovitosti in individualnosti, na drugi strani pa medicinski model in medicinska stroka, ki deluje največkrat rutinsko. Izhodišče so ji pravila, ki so postavljena na podlagi znanstvenih dokazov. Pri svojem delovanju tako ohranja tradicionalne vzorce, posplošene na vse. Zdravnik v praksi še vedno avtoritativno prevzema vsa tista dela, ki bi jih znotraj kompetenc, pridobljenih z izobraževanjem, lahko opravljale babice in tako bodočim staršem nudile kakovostno, celovito in individualno obporodno oskrbo. Ob tem babica zaradi izgubljene avtonomije nima možnosti samostojnega odločanja (Drglin, 2005).

Dva vidika razmišljanja ustvarjata dvojni pogled na obporodno skrb (babiški in zdravniški). Ko pa se jima pridruži še tretji (porodnice, starši), se stvar lahko hitro zaplete in vodi do razhajanj.

Prav zaradi več sodelujočih v tem procesu prihaja vse bolj do izraza skupinsko odločanje, ki odkriva do zdaj neizražene ali malo izražene slabosti in omejitve. Pojavljajo se nesoglasja tako med strokovnim osebjem (nejasne smernice, neurejena razmerja, razhajanja med teorijo in prakso, nedoločene kompetence, odgovornosti ...) kot tudi med zdravstveno stroko in bodočimi starši. Ti na podlagi svojih lastnih predstav o porodu kot nenevarnem fiziološkem procesu vse pogosteje zavračajo medicinske postopke, ukrepe, ravnanja, ki zdravstvenemu osebju omogočajo zanesljiv nadzor nad varnostjo procesa. Porod je kompleksen proces, znotraj katerega s prepletajo in neločljivo povezujejo različni dejavniki (biološki, socialni, kulturni), ki se navzven izražajo preko psihoemocionalnega doživljanja in delovanja bodočih staršev, kar se lahko razume kot njihovo izražanje lastnih videnj in potreb. Le-ta so lahko v precejšnjem neskladju z možnostmi, ki jih tako organizirana porodnišnica znotraj obporodnega varstva ponuja in ima, pa tudi z znotraj obporodne zdravstvene nege okrnjeno, izgubljeno profesionalno avtonomijo babic kot njihovih zagovornic. Posledično se vse bolj izražajo nesoglasja med porodnicami oziroma starši in zdravstveno stroko, pa tudi med babiško in medicinsko stroko, ki babicam omejuje profesionalno avtonomnost z možnostjo celokupnega zagovorništva potreb porodnic.

## 5 Zaključek

Znotraj vseh teh omejitev in posledičnih nesoglasij je celotno zdravstveno osebje, ki je vključeno v obporodno zdravstveno nego oziroma širšo obporodno zdravstveno varstvo, vedno bolj na preizkušnji. Pri porodu želijo babice vedno bolj aktivno sodelovati in soodločati ter seveda prevzemati odgovornost za svoje odločitve. Ob tem ne gre le za želje, temveč tudi za uveljavljanje z izobrazbo pridobljenih kompetenc. Pa ne samo one. Vedno več je porodnic, ki, zavedajoč se svojih pravic, želijo ne samo sodelovanja, temveč tudi konkretnega odločanja o sebi. Tog sistem obporodnega zdravstvenega varstva se počasi mehča, kar se kaže v vedno večjem trudu vseh zdravstvenih delavcev, ki na tem področju delujejo. Vsi želijo čim bolj ugoditi potrebam, zahtevam in željam porodnic in hkrati še vedno delovati v skladu s strokovno doktrino. Ključ do uspešnosti obporodne zdravstvene nege je brez dvoma v sodelovanju in pravilnem, inovativnem skupnem odločanju, ki ne temelji le na znanju, intuiciji, ampak tudi na medsebojnem upoštevanju, spoštovanju, priznavanju in sprejemanju.

## LITERATURA

1. Bohanec, M. (2006). *Odločanje in modeli*. Ljubljana: DMFA - Založništvo.
2. Bugar, K. (2010). Kompleksnost odločanja v organizaciji in posebnosti v zdravstveni in babiški negi. V: Andrejašič, T. (ur.). *Zbornik 7. Festivala raziskovanja ekonomije in managementa*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management, str. 329-335.
3. Dimovski V., Penger, S. in Škerlavaj, M. (2002). *Temelji organiziranja in odločanja*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, str. 52-80.
4. Dimovski, V. in sod. (2007). *Organiziranje in odločanje*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
5. Drglin, Z. (2007). *Porodne zgodbe: težave s prevodom*. V: Čeh, A. (ur.). *Babice – najboljša izbira za porodnico*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester-babic, str. 33-54.
6. Filej, B. (1992). *Management v zdravstveni negi*. *Obzornik Zdravstvene Nege*, št. 26, str. 291-297.
7. Juhart, P. (2002). *Sistemsko razmišljanje o vlogi informacij in dejavnikov pri finančnem odločanju*. Diplomsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru. Ekonomsko-poslovna fakulteta.
8. Kocet, A. (2004). *Management in proces odločanja*. Diplomsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta.
9. *Kodeks etike za babice Slovenije* (2014). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
10. Kralj, J. (2000). *Urejanje zadev in odločanje v podjetju*. Kranj: Visoka šola za management.
11. Pučko, T. (2009). *Kompleksnost odločanja v menedžmentu zdravstvene nege*. Pridobljeno dne 30. 10. 2014 s svetovnega spleta [http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres\\_zbn\\_7/pdf/323A.pdf](http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/323A.pdf).

12. Sirk, M. (2007). Management in vodenje v zdravstveni negi. Diplomsko delo. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za družbene vede.
13. Tavčar, M. I. (2006). Management in organizacija. Sinteza konceptov organizacije kot instrumenta in kot skupnosti interesov. Koper: Fakulteta za management.
14. Triplat, M. (2005). Odnos porodnica-partner-babica. V: Čeh, A. (ur.). Zdravje žensk in babištvo. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester-babic, str. 34-44.
15. Vila, A. (1994). Organizacija in organiziranje. Kranj: Moderna organizacija, str. 147.
16. Vila, A., Kovač, J. (1997). Osnove organizacije in managementa. Kranj: Moderna organizacija, str. 215.
17. Wagner, M. (2007). Evolucija k žensko osredotočeni obporodni skrbi. V: Drglin, Z. (ur.). Rojstna mašinerija: sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Založba Annales, str. 17-30.
18. Zakon o pacientovih pravicah (2008). Uradni list Republike Slovenije št. 15.
19. Žugelj, E. (2008). Odloča ženska, ki rojeva. Pridobljeno dne 13. 11. 2014 s svetovnega spleta: [http://www2.24ur.com/bin/article\\_print.php?id=3150062](http://www2.24ur.com/bin/article_print.php?id=3150062).

## Zmanjševanje števila zaposlenih v bolnišnici

*POVZETEK - Z raziskavo smo želeli ugotoviti, na kakšen način so se v določeni bolnišnici lotili zmanjševanja števila zaposlenih, predvsem srednjih medicinskih sester v nočnem času oziroma v času dežurstva, in prerazporeditve le-teh po drugih oddelkih bolnišnice. Ugotavljali smo vzroke in posledice takšnega izvajanja, ob upoštevanju, da procesi tečejo učinkovito in zagotavljajo kakovostno in varno obravnavo pacienta. Kakovost in varnost obravnave pacientov ne smeta biti prepuščeni naključju, temveč morata biti rezultat načrtovanja, brezhibnega izvajanja postopkov in nadzora. Varnost pacientov je odsotnost za paciente nepotrebne škode ali potencialne škode v zvezi z zdravstveno obravnavo, ki bi se lahko pojavila zaradi preobremenjenosti zdravstvenega kadra oziroma nezadostnega števila zaposlenih, tj. omejitve števila zaposlenih, potrebnih za izvajanje zdravstvene nege in oskrbe pacienta. K sodelovanju smo povabili zaposlene v zdravstveni negi v eni izmed bolnišnic. Le-ti se niso želeli izpostavljati kljub zagotavljanju anonimnosti. Vzorec je tako zajel le 4 dežurajoče diplomirane medicinske sestre. Intervju smo izvajali v januarju 2014. Ugotovili smo, da se je bolnišnica lotila zmanjševanja zaposlenih srednjih medicinskih sester glede na svoj finančni načrt in s tem za varčevanje s krčenjem števila zaposlenih in nezaposlovanjem v času recesije. Od organizacije dela medicinske sestre med dežurstvom je odvisno, kako je delo opravljeno in kako je poskrbljeno za paciente v nočnem času.*

*KLJUČNE BESEDE: medicinske sestre, bolnišnice, kakovost, varnost, pacienti*

### 1 Uvod

Kakovost in varnost obravnave bolnikov ne smeta biti prepuščeni naključju, temveč morata biti rezultat načrtovanja, brezhibnega izvajanja postopkov in nadzora, zato si ju prizadevamo vključiti v enovit sistem vodenja organizacije (Košnik, 2012). Zaposleni v zdravstvu morajo pri vsakodnevnem delu prepoznati možnosti za izboljševanje kakovosti in varnosti v zdravstveni obravnavi, ob tem pa tudi aktivno sodelovati pri zagotavljanju ustrezne ravni zdravstvene oskrbe, na kateri ne bodo pacienti po nepotrebem umirali ali utrpeli škode za svoje zdravje zaradi napak, izidi zdravstvene obravnave pa bodo skladni s standardi ali z najboljšimi izkušnjami (Simčič, 2013).

Zdravstvene reforme najpogosteje zmanjšujejo število zaposlenih prav v zdravstveni negi, diplomiranim medicinskim sestram in tehnikom zdravstvene nege pa nalagajo vedno več nalog (Vrečar, Skela Savič, 2009).

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, na kakšen način so se v določeni bolnišnici lotili zmanjševanja števila kadra, tj. srednjih medicinskih sester v nočnem času oziroma v času dežurstva, torej omejitve kadra in prerazporeditve le-tega po drugih oddelkih

bolnišnice. Ugotoviti moramo vzroke in posledice takšnega izvajanja ob upoštevanju, da procesi tečejo učinkovito in zagotavljajo kakovostno in varno zdravstveno obravnavo pacienta.

## 2 Teoretična izhodišča

### 2.1 Strokovne naloge in zadolžitve diplomirane medicinske sestre

V določeni bolnišnici so diplomiranim medicinskim sestram predpisali zadolžitve v času dežurstva. Iz načrta je razvidno, da je naloga dežurne diplomirane medicinske sestre poleg strokovnih nalog, to je aplikacije terapije, sprejemov v nočnem času oziroma v času dežurstva, sodelovanja in hitrega ukrepanja ob poslabšanju zdravstvenega stanja pacienta, premestitve na intenzivni oddelek in reanimacije, tudi organizacija dela - vodenje procesov na bolniških oddelkih.

Strokovne naloge in zadolžitve:

- sodeluje pri predaji pacientov na oddelku med izmenama,
- izvaja diagnostično terapevtski program po načrtu,
- vključuje se v delo urgentne ambulante pri sprejemu pacientov in zahtevnejših obravnavahle-teh,
- vključuje se v redno delo na oddelku glede na aktualno stanje, poslabšanje zdravstvenega stanja pacientov, premestitve,
- načrtuje in izvaja aktivnosti zdravstvene nege pri pacientu,
- je članica reanimacijske ekipe,
- priskrbi manjkajoča zdravila iz lekarne,
- glede na spremembo pacientovega zdravstvenega stanja in potreb spremeni načrt zdravstvene nege ali potrebnih intervencij ob poslabšanju,
- ob poslabšanju zdravstvenega stanja pri pacientih ali drugih dogodkih nadzoruje pacienta ter načrtuje in izvaja aktivnosti zdravstvene nege,
- komunicira z zdravnikom o pacientovem zdravstvenem stanju ter izvrši njegova naročila glede reševanja aktualnega problema pri pacientu,
- izvaja in ovrednoti diagnostične izvide za ugotavljanje in ocenjevanje pacientovega zdravstvenega stanja,
- komunicira s svojci v času obiskov (ob anamnezi) in pridobi pomembne informacije o pacientu za oceno potrebe glede nadaljevanja zdravstvene oskrbe po odpustu,
- vključuje se v izvedbo negovalnih aktivnosti, skupaj s srednjo medicinsko sestro, glede na aktualne potrebe ter koordinira delo srednje medicinske sestre za racionalno izrabo časa (Intranet bolnišnice X, 2013).

Organizacija dela na bolniškem oddelku:

- skrbi, da se delo izvede po standardih zdravstvene nege in strokovnih smernicah,
- razvija in podpira pogoje dela na oddelku, ki zaposlene vzpodbujajo k aktivnemu sodelovanju in izvajanju dela na oddelku,

- koordinira in prerazporeja delo tako, da procesi tečejo čim bolj učinkovito in zagotavljajo kakovost obravnave in varnost pacientov - razporejanje zaposlenih med oddelki,
- obvezno je prisotna na bolniških oddelkih do 2. ure zjutraj (Intranet bolnišnice X, 2013).

## 2.2 Zmanjševanje števila zaposlenih

Pacienti, ki se zdravijo v slovenskih bolnišnicah, so zaradi pomanjkanja zaposlenih v zdravstveni negi potencialno ogroženi. Raziskave trdijo, da pomanjkanje delavcev v zdravstveni negi lahko vodi v zaplete pri zdravstveni obravnavi pacientov in tudi v njihovo smrt (Cho idr., 2008, Cho in Yun, 2009, Kane idr., 2007, Liang idr., 2012, v Bregar, 2012). Whitman idr. (2002) so odkrili, da nižanje stopnje zaposlovanja v zdravstveni negi vodi v povečevanje neželenih izidov, kot so npr. napake pri aplikaciji zdravil, več preležanin in okužb centralnih venskih katetrov (Vrečar, Skela Savič, 2009). Neustrezna razporeditev medicinskih sester na delovnem mestu tako z vidika števila kot z vidika usposobljenosti je pomemben dejavnik za nastanek stresa na delovnem mestu (Heuer idr., 1996 v Vrečar, Skela Savič, 2009). Pomanjkanje števila zaposlenih v zdravstveni negi ogroža paciente (O'Brien - Pallas ind, 2001, v Vrečar, Skela Savič, 2009).

Poklicna skupina, ki šteje preko 19.000 zdravstvenih delavcev, je najštevilčnejša delovna sila v zdravstvu, zato moramo biti še posebej pozorni na učinke globalne krize: »Globalna kriza vse bolj zadeva tudi zdravstveni sistem. V dani situaciji predstavlja jo največjo nevarnost za zdravstveno obravnavo in varnost pacientov zmanjševanje števila medicinskih sester in nižanje stopnje izobrazbe ob bolniški postelji. Številne raziskave govorijo o tem, da to ni pravilna odločitev z vidika izidov zdravstvene obravnave pacientov,« opozarja izr. prof. dr. Brigita Skela Savič, dekanja Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice (Klemenc, 2013).

Pomembno je, da se v zdravstveni negi ne pogovarjamo o številu medicinskih sester na pacienta, ampak da govorimo o obsegu dela, ki je pri tem potrebno. Naloga menedžmenta je, da razvije in uporablja ustrezne metode in orodja za merjenje zahtevnosti zdravstvene nege in v skladu z rezultati razporeja zaposlene ter načrtuje njihovo izobraževanje in usposabljanje. Občutek, da medicinske sestre ne morejo doseči nivoja zdravstvene nege, ki jo pacient potrebuje, nanje deluje stresno, pojavi se občutek nezadovoljive uspešnosti na delovnem mestu. Menedžment mora tovrstne situacije preprečevati, če pa se pojavijo, je potreben podporni program v smislu zmanjševanja stresa in vodenih skupinskih pogovorov (Spence et al., 2006, v Vrečar in Skela Savič, 2009).

Škerjanec-Hodnik in Bohinc (2010) sta ugotovili, da je na intenzivnem oddelku kar 25 % medicinskih sester preobremenjenih s količino dela oziroma s kompleksnostjo zdravstvene nege. Douglas (2010) navaja, da na ustrezno razporejanje zaposlenih vpliva 36 spremenljivk, in sicer število pacientov, resnost bolezni, potrebe družine, varnost, opazovanje, zahteve zdravljenja, sprejemi, odpusti, transferji, intenzivnost

situacije, delovni pogoji, izkušnje, vrsta in število zaposlenih, tehnologija, timska dinamika, število in vloge, kompetence, utrujenost, zadovoljstvo medicinskih sester in druge.

### *2.3 Kategorizacija zdravstvene nege*

Eden izmed sodobnih menedžerskih pristopov v zdravstveni negi v Sloveniji je uporaba kategorizacije pacientov glede na zahtevnost obravnave. Zdravstvena nega je zaradi uporabe tega orodja z vidika zaposlenih bolj načrtovana. Na ta način lahko sledi potrebam pacientov po zdravstveni negi in ciljem na področju zviševanja kakovosti storitev. Poleg tega kategorizacija zahtevnosti zdravstvene nege omogoča smotrno porazdelitev zaposlenih glede obremenitev na delovnem mestu. Je pa tudi pomemben element zagotavljanja kakovosti. Celovito zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi je tudi ena izmed temeljnih usmeritev menedžmenta v zdravstveni negi (Vrečar, Skela Savič, 2009). Cilj kategorizacije je ustvariti ravnotežje med pacientovo potrebo po zdravstveni negi in zaposlenimi v negovalni enoti (Založnik, Železnik, 2003). Zdravstvena obravnava pacientov mora biti dobro načrtovana in kontinuirana (Vrečar, Skela Savič, 2009).

Pri nas že vrsto let izvajamo slovensko kategorizacijo zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege, ki jo merimo z umeščanjem pacientov glede na njihove potrebe po zdravstveni negi v štiri kategorije, pri čemer pacient, razvrščen v prvo kategorijo, potrebuje najmanj, tisti, ki je razvrščen v četrto, pa največ in najzahtevnejše intervencije. Na podlagi razvrščenosti pacientov v kategorije in kadrovskega normativov lahko izračunamo potrebo po zaposlenih (Klančnik-Gruden, Bregar, Peternelj in Marinšek, 2011 v Bregar, 2012). V bolnišnični zdravstveni negi lahko sklepamo, da je njena kakovost in varnost ogrožena, saj že vrsto let izvajamo kategorizacijo, s katero dokazujemo pomanjkanje zaposlenih (Bregar, 2012).

### *2.4 Vpliv razporejanja na zadovoljstvo zaposlenih*

Larson idr. (2012, str. 27) so ugotovili, da medicinske sestre, ki se prerazporejajo na druge oddelke, občutijo večjo obremenitev in so nezadovoljne, ker morajo pogosto prevzeti zdravstveno nego zelo zahtevnih pacientov in v drugačnem okolju (Larson, Sendelbach, Missel, Fliss in Gaillard, 2012). Prihaja tudi do neželenih izidov zdravstvene obravnave zaradi neustreznega razporeda zaposlenih glede na zahtevnost pacientov. V okoljih, kjer so zmanjšali število medicinskih sester, le-te občutijo večje izgorevanje in stres. Na ustrezno razporejanje zaposlenih vplivajo srednje medicinske sestre in razumevanje menedžmenta.

Gaudine in Horne (2012) sta ugotovila, da na preprečevanje neželenih dogodkov v zvezi s pacienti vplivajo pozitivna etična klima in zadovoljstvo zaposlenih.

Razporejanje zaposlenih je kompleksen sistem, ki nima hitre rešitve (Hertel, 2012, str. 3). V pregledu literature s tega področja zasledimo, da samo normativno oziroma zakonsko ni mogoče urediti varnega razmerja med številom zaposlenih in potrebami

pacientov. Raziskave so pokazale, da na odločitve v zvezi s tem vplivajo različne variabele, zato mora medicinska sestra vedeti, da lahko aktivno sodeluje pri odločanju o ustreznem razmerju, ki zagotavlja varnost pacientov.

### 3 Metoda

V raziskavi smo uporabili opisno ali deskriptivno metodo dela. Instrument raziskovanja je bila kvalitativna tehnika zbiranja podatkov, to je standardizirani intervju z zaposlenimi v zdravstveni negi. Uporabili smo neslučajnostni namenski vzorec. K sodelovanju smo povabili vse zaposlene v zdravstveni negi v omenjeni bolnišnici: srednje medicinske sestre/zdravstvene tehnike in diplomirane medicinske sestre/diplomirane zdravstvenike. Vzorec je zajel le štiri zaposlene v zdravstveni negi, in sicer štiri dežurajoče diplomirane medicinske sestre. Zaposleni se niso želeli izpostavljati kljub zagotavljanju anonimnosti. Skupinski intervju smo izvedli v januarju 2014 po dopoldanski službi zaposlenih in ob spoštovanju etičnih načel.

Za namen raziskave smo postavili naslednja raziskovalna vprašanja:

- Raziskovalno vprašanje 1: Zakaj se zmanjšuje število zaposlenih, tj. srednjih medicinskih sester v nočnem času oziroma v času dežurstva, torej število zaposlenih in zakaj prihaja do prerazporeditve le-teh po drugih oddelkih bolnišnice?
- Raziskovalno vprašanje 2: Kako so se v bolnišnici lotili zmanjševanja števila zaposlenih, tj. srednjih medicinskih sester v nočnem času oziroma v času dežurstva, torej omejitve števila zaposlenih, in prerazporeditve le-teh po drugih oddelkih bolnišnice?
- Raziskovalno vprašanje 3: Kakšne so posledice tega, če upoštevamo, da procesi tečejo učinkovito in zagotavljajo kakovostno in varno obravnavo pacienta?

### 4 Rezultati

#### *Raziskovalno vprašanje 1:*

Dežurajoče diplomirane medicinske sestre povedo, da je finančni načrt bolnišnice predvidel zmanjšanje števila srednjih medicinskih sester v nočnem času oziroma v času dežurstva, varčevanje bolnišnice na številu zaposlenih in nezaposlovanje v času recesije. V nočnem času je bilo na bolniških oddelkih razpisano delo za dve srednji medicinski sestri. Zaradi zmanjšanja števila srednjih medicinskih sester so na enem oddelku en teden v mesecu razpisali delo za eno srednjo medicinsko sestro ponoči.

#### *Raziskovalno vprašanje 2:*

Anketiranke so na vprašanje Kako so se v bolnišnici lotili zmanjševanja števila zaposlenih oziroma o prerazporeditvah le-teh povedale: Pred uvedbo prerazporeditve



zaposlenih po drugih oddelkih bolnišnice je srednja medicinska sestra sama klicala za pomoč po drugih oddelkih ob povečanem obsegu dela, ker le-tega ni zmogla sama opraviti. Zato je bilo precej slabe volje s strani drugih srednjih medicinskih sester, ki so ji prišle pomagat. Zato se je vodstvo odločilo za dodatno obremenitev in predajanje kompetenc dežurajoči diplomirani medicinski sestri glede prerazporejanja zaposlenih med oddelki. Dežurna diplomirana medicinska sestra se za razporejanje med oddelki odloči glede na kategorizacijo zdravstvene nege, glede na število srednjih medicinskih sester v nočnem času oziroma v času dežurstva in težavnost bolniškega oddelka po mnenju popoldanske diplomirane medicinske sestre ob predaji službe.

Dežurna diplomirana medicinska sestra prerazporedi zaposlene le za čas povečanega obsega dela ali trenutnega poslabšanja zdravstvenega stanja pacienta na določenem oddelku. Lahko se odloči za prerazporeditev ene srednje medicinske sestre iz določenega oddelka na drugi oddelek za celo noč zaradi težavnosti oddelka, ene same srednje medicinske sestre na oddelku in večjega števila pacientov v 3. kategoriji zdravstvene nege za zagotavljanje kakovosti in varnosti pacientov na oddelku. Težavnost bolniškega oddelka ocenjujejo po številu nepokretnih pacientov, ki jih je treba obračati na 2 uri, po številu pacientov v ovirnicah (manšete, segufix pas), kjer je potreben nadzor pacienta na 15 minut, po številu zmedenih, nevodljivih pacientov, kjer je potreben večji varnostni nadzor zaradi možnosti padca, glede na število pacientov, ki prejemajo transfuzijo ali drugo neprekinjeno intravenozno terapijo, število umirajočih, paliativnih pacientov. Zaradi možnosti poslabšanja zdravstvenega stanja pacientov se težavnost na oddelku še poveča.

Na bolnišničnih oddelkih izvajajo strokovno zelo zahtevno zdravstveno nego in oskrbo pacientov. Večina pacientov, ki se zdravi v bolnišnici, je uvrščena v višjo kategorijo, to je v 3. kategorijo zdravstvene nege; saj so zelo bolni, oslabei in potrebujejo popolno pomoč pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti. Potreben je pogost nadzor nad njimi, saj se jim lahko zdravstveno stanje še poslabša, nekateri so v ovirnicah, drugi potrebujejo nadzor vitalnih funkcij, tretji želijo na stranišče, četrti zaradi omedlevice, oslabelosti in zmedenosti padejo. Anketiranke navajajo, da imajo več dela s pacienti, ki so uvrščeni v 2. kategorijo zdravstvene nege in potrebujejo delno pomoč pri izvajanju temeljnih življenjskih aktivnosti. V poročilo dežurne medicinske sestre zapišejo, koliko pacientov je na posameznem oddelku v določeni kategoriji, število sprejemov, število poslabšanj, število klicev na multiton, število reanimacij, opombe – koliko pacientov ima listo obračanja, koliko jih ima nameščen segufix pas, kolikšno je število tistih, ki prejemajo transfuzijo, katera srednja medicinska sestra je bila prerazporejena, na kateri oddelek in za koliko časa. Po opravljenem dežurstvu poročilo oddajo v tajništvo glavne medicinske sestre bolnišnice.

### *Raziskovalno vprašanje 3:*

Dežurajoče diplomirane medicinske sestre so povedale, da jim je takšno izvajanje v breme, saj ima ena sama dežurna diplomirana medicinska sestra za celo bolnišnico v nočnem času že tako velik obseg dela s samimi strokovnimi nalogami in

zadolžitvami. Z dodatnimi organizacijskimi nalogami in prenosom kompetenc vodilnih glede prerazporejanja kadra med oddelki je dežurajoča medicinska sestra še bolj obremenjena. Najprej mora ugotoviti in si zabeležiti težavnost vseh oddelkov, število pacientov, uvrščenih v kategorije, in število medicinskih sester na oddelku. Skuša pravilno presoditi in aktivirati pomoč tisti sami srednji medicinski sestri ali drugim glede na stanje oddelka, a velikokrat napačno. Včasih se odloči le za pomoč ob povečanem obsegu dela, to je na primer pri obračanju pacientov, pri izvajanju anogenitalne nege in menjavi inkontinenčnih pripomočkov, pri aplikaciji terapije, sprejemih pacientov ali pa ob poslabšanju zdravstvenega stanja pacienta. Največkrat to prerazporeditev prepusti samim srednjim medicinskim sestram, da se same med seboj dogovorijo glede pomoči, kar so delale že prej, kar pa ni prav, saj ob tem prihaja do nezadovoljstva in slabe volje med zaposlenimi. Nekatere srednje medicinske sestre se sklicujejo na to, da ne poznajo pacientov in dela na drugem oddelku, zato ne želijo prevzeti odgovornosti na drugem oddelku. S tem dežurajočo sestro spravljajo v stisko. Vodstvo pa je prepričano, da morajo biti zaposleni pripravljeni pomagati, sodelovati in upoštevati navodila dežurajoče diplomirane medicinske sestre. Vsak bolniški oddelek ima svojo specifiko, a določeni posegi oz. aktivnosti se izvajajo na vseh oddelkih enako, na primer obračanje pacienta, aplikacija terapije in podobno. Nekatere dežurajoče diplomirane medicinske sestre se zanašajo na mnenje srednje medicinske sestre na oddelku in na trenutno videno stanje, ki pa se lahko vsak trenutek spremeni in, če le-te o tem niso obveščene ali se same o tem kasneje ne prepričajo z obhodi, ne morejo zagotoviti pomoči na oddelku. Potrebno bi bilo sodelovanje srednjih medicinskih sester z dežurajočo diplomirano medicinsko sestro tudi po telefonu oziroma s klici na multiton. Redko katera dežurajoča to delo dobro opravi in prerazporedi srednjo medicinsko sestro z oddelka, kjer je stanje mirno, na drugi, bolj zahteven oddelek za celo noč. Po potrebi se tudi sama vključi v njihovo delo in skupaj poskrbijo za kakovost in varnost pacientov. Zaradi preobremenjenosti prihaja do nezadovoljstva na obeh straneh, na strani srednjih medicinskih sester in na strani dežurajočih diplomiranih medicinskih sester. Zaradi slabe in neustrezne komunikacije med njimi, zaradi številnih nesoglasij in omejitve kadra menijo, da je delo slabše opravljeno, zdravstvena nega pacientov v nočnem času se ne izvaja dovolj kakovostno in varno. Ena dežurna diplomirana medicinska sestra pa je izpostavila, da je lahko vzrok za neakovostno in (ne)varno obravnavo pacientov tudi neustrezna organizacija dela - procesov v nočnem času in nepravilna prerazporeditev zaposlenih po oddelkih, kar je naloga dežurajoče diplomirane medicinske sestre.

## 5 Razprava in predlogi

Ugotovili smo, da se je bolnišnica lotila zmanjševanja števila srednjih medicinskih sester glede na finančni načrt bolnišnice in s tem varčevanja na zaposlenih in nezaposlovanja v času recesije. Menimo, da takšna odločitev ni primerna, ker zmanjševanje števila medicinskih sester predstavlja največjo nevarnost za zdravstveno obravnavo,

na kar opozarja tudi Skela Savič (2013, v Klemenc, 2013). Delo v času dežurstva je zaradi pomanjkanja zaposlenih slabše opravljeno, zdravstvena nega je nekakovostna in obravnava pacientov ni varna. Tako so pacienti v bolnišnicah potencialno ogroženi, na kar opozarja tudi Bregar (Cho idr., 2008, Cho in Yun, 2009, Kane idr., 2007, Liang idr., 2012, v Bregar, 2012).

Bolnišnica bi morala poiskati drugo rešitev in možnost varčevanja drugje, torej ne na zaposlenih in s tem na zdravju pacientov. Predlagamo organizacijsko ureditev dela v turnusu. Z uvedbo tega se bo zmanjšal strošek dela zaposlenih, saj je dežurno delo za organizacijo dražje, vendar s tem zagotavljamo večjo varnost in kakovostnejšo oskrbo pacienta. Tako bo odpravljeno problematično in zahtevno prerazporejanje zaposlenih med oddelki.

Zaradi zmanjševanja zaposlenih na delovnem mestu oziroma prerazporeditve le-teh so medicinske sestre preobremenjene in posledično nezadovoljne, kar navaja že Larson et al. (2012). Vodstvo bi moralo na podlagi rezultatov merjenja razviti druge, bolj ustrezne metode za merjenje zahtevnosti zdravstvene nege, saj so se obstoječe izkazale kot neustrezne.

## 6 Zaključek

S pravilnim modelom razporejanja vplivamo na optimizacijo procesov, zadovoljstvo zaposlenih, na organizacijsko klimo, finančno učinkovitost in zmanjšanje obremenitev medicinskih sester. Mnenja le-teh moramo upoštevati pri odločanju o zaposlenih.

Naloga menedžmenta in vodij je, da izdelajo inovativne strategije za varno delovno okolje zaposlenih in varno kakovostno obravnavo pacientov.

## LITERATURA

1. Bregar, B. (2012). Kadrovske stiske zaposlenih v bolnišnični zdravstveni negi – vidik kakovosti in varnosti. 5. mednarodna znanstvena konferenca. Kakovostna zdravstvena obravnava skozi izobraževanje, raziskovanje in multiprofesionalno povezovanje – prispevek k zdravju posameznika in družbe. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
2. Douglas, K. (2010). Ratios if it were only that easy. *Nursing Economics*, 28, št. 2, str. 119-125.
3. Gaudine, A., Thorne, L. (2012). Nurses' ethical conflict with hospitals: a longitudinal study of outcomes. *Nursing Ethics*, 19, št. 6.
4. Hertel, R. (2012). Regulating patient staffing: a complex issue. *Med-Surg Matters*, 21, št. 1, str. 3-7.
5. Key finding from Research Studies on Safe RN staff. ANA. Pridobljeno dne 12. 11. 2014 s svetovnega spleta <http://nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/NurseStaffing/2014-Nurse-Staffing-Updated-Literature-Review.pdf>.

6. Košnik, M. (2012). Standarda NIAHO in ISO 9001 kot orodji vodenja. Zbornik predavanj: NIAHO in ISO 9001 v bolnišnicah, predstavitev izkušenj v kliniki Golnik. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik.
7. Larson, N., Sendelbach, S., Missal, B., Fliss, J., and Gaillard, P. (2012). Staffing patterns of scheduled unit staff nurses vs. float pool nurses: a pilot study. *Medsurg Nursing*, 21, št. 1, str. 27-3.
8. Simčič, B. (2013). Kakovost in varnost sistema zdravstvenega varstva: pogled Ministrstva za zdravje. 6. šola za klinične mentorje: »Sodobna zdravstvena nega ali znanja, ki jih potrebujemo klinični mentorji za profesionalni karierni razvoj: teoretični koncepti delovanja stroke, na dokazih podprto delovanje, kakovost in vodenje. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, str. 101.
9. Škerjanec-Hodak, A., Bohinc, M. (2010). Vpliv vodenja na kakovost delovnega okolja medicinskih sester. V 29. mednarodna konferenca o razvoju organizacijskih znanosti. Človek in organizacija. Portorož: Fakulteta za organizacijske vede, Univerza Maribor, str. 1542-1543.
10. Vrečar, A., Skela Savič, B. (2009). Kategorizacija zahtevnosti zdravstvene nege pri onkoloških pacientih v specialistični ambulantni obravnavi. *Obzornik Zdravstvene Nege* 43, št. 3, str. 171-82.

## Timski pristop k obravnavi bolnika s kronično rano

*POVZETEK - V prispevku je prikazan timski pristop k bolniku s kronično rano. Pri oskrbi takega bolnika, posebno še, če ga zdravimo na domu, tesno sodelujeta patronažna medicinska sestra in zdravnik družinske medicine, pogosto pa se pridružijo tudi specialisti različnih kliničnih strok ter drugi strokovnjaki s področja zdravstvenega in socialnega varstva. Celostno in med različnimi strokovnjaki usklajeno obravnavo, v kateri sta bolnik in njegova družina aktivno vključena, omogoča v danih razmerah najboljše možne rezultate.*

*KLJUČNE BESEDE: timski pristop, kronične rane, zdravljenje na domu, kakovost življenja, bolniki*

### 1 Uvod

Bolniki s kroničnimi ranami so pogosto starejši in imajo številne spremljajoče bolezni in stanja, ki vplivajo na potek zdravljenja, kars strani zdravnika in zdravstvenega osebja zahteva celosten in v bolnika usmerjen pristop (Petek, Švab, 2008). Zdravljenje bolnikov s kroničnimi ranami je pogosto dolgotrajno in drago, zaradi posledic kroničnih ran, ki se kažejo predvsem kot bolečina in zmanjšana mobilnost, pa je zmanjšana kakovost življenja (<http://www.biomedcentral.com/1472-6955/12/3>).

Timski pristop je na primarnem nivoju zdravstvenega varstva dokazano učinkovit, saj izboljša izide zdravljenja, zmanjša stroške, prispeva k zadovoljstvu bolnikov, zagotavlja kontinuiteto obravnave, poveča zadovoljstvo zaposlenih in prispeva k boljši izrabi človeških virov (<http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/118>).

Poleg strokovnjakov s področja zdravstvenega varstva se v oskrbo bolnika s kronično rano v domačem okolju (zdravnik družinske medicine, patronažna medicinska sestra) vključujejo tudi strokovnjaki s področja socialnega varstva, pogosto so v obliki pomoči in nege starostnika na domu ([http://www.mdds.gov.si/si/delovna\\_podrocja/sociala/socialnovarstvene\\_storitve/pomoc\\_druzini/](http://www.mdds.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/socialnovarstvene_storitve/pomoc_druzini/)). Nikakor pa ne smemo pozabiti na bolnikovo družino, ki je pri oskrbi bolnika s kronično rano zelo pomembna. Včasih se v obravnavo vključujejo tudi drugi (npr. sosedje, neformalna pomoč na domu). Ne-zdravstveno osebje pomaga skrbeti za socialne potrebe bolnika, pod nadzorom pa se lahko vsaj deloma vključuje tudi v oskrbo bolnikove rane.

## 2 Potrebe bolnika s kronično rano

V osnovi potrebe bolnika s kronično rano lahko delimo na zdravstvene in socialne, ki so pogosto posledica zdravstvenih težav, povezanih s kronično rano (npr. zmanjšanje mobilnosti).

### 2.1 Zdravstvene potrebe

Kronična rana sama po sebi ni bolezen, ampak je odraz stanja, pri katerem je rana njegova posledica (Dean, 2006).

Kronična rana kot posledica nekega zdravstvenega stanja, zahteva zdravljenje osnovne bolezni (npr. sladkorne bolezni), oskrbo kronične rane in obravnavo posledic, ki izvirajo iz osnovne bolezni, pa tudi zapletov, ki so povezani z rano in njenim zdravljenjem (npr. obvladovanje bolečine, psihosocialna podpora in obravnavo depresije).

Pri oceni zdravstvenih potreb moramo oceniti zdravstvene potrebe, povezane z rano in tiste, ki so privedle do nastanka rane oziroma so odgovorne za njeno vzdrževanje.

Med oceno splošnega zdravstvenega stanja sodi ocena stanja z vidika prehranjenosti, sposobnosti gibanja, ocena stopnje bolečine ter ocena stanja nadzora spremljajočih kroničnih bolezni (npr. sladkorne bolezni, kroničnega venskega popuščanja).

Zdravstvene potrebe, povezane z rano, zahtevajo oceno rane po naslednjih značilnostih:

- mesto rane - pomaga pri razločevanju med venskim oz. arterijskim ulkusom ali razjedo zaradi pritiska (preležanino);
- izgled rane - morebitna prisotnost lokalnih znakov vnetja, kot so rdečina v okolici razjede, hujša bolečina, obilnejši izcedek, neprijeten vonj izcedka;
- velikost rane;
- ocena rane glede na prisotnost nekrotičnih ali fibrinskih oblog in prisotnost morebitnih granulacij ter stopnje izcedka, kar je vodilo za izbiro oblog, ki jih bomo uporabili pri oskrbi rane;
- izgled okoliške kože.

Na osnovi celostne ocene zdravstvenega stanja in stanja rane določimo cilje bolnikove obravnave, upoštevajoč bolnikovo prognozo in kakovost življenja, ob tem pa še bolnikove prioritete.

Zastavljeni cilji obravnave so podlaga za oblikovanje tima strokovnjakov, ki ga bomo vključili v oskrbo. Cilji obravnave se lahko v procesu kroničnega zdravljenja spreminjajo, kar ima lahko za posledico spreminjanje sestave tima, ki skrbi za bolnika. Npr. pri bolniku, kjer je ob rani kot posledici sladkorne bolezni, za katero so prej skrbeli diabetolog v diabetičnem dispanzerju s svojim timom ter zdravnik družinske medicine s patronažno medicinsko sestro, prišlo do neznosnih bolečin, povezanih z ishemijsko, moramo vključiti kirurga, ki bo ishemijsko nogo poizkusil rešiti z revaskularizacijo oziroma se bo odločil za amputacijo ishemičnega dela noge. Bolnik, ki je

npr. potreboval podkolensko amputacijo noge, potrebuje rehabilitacijo in tehnične pripomočke, ki mu bodo omogočali čim večjo samostojnost pri gibanju in dnevnih aktivnostih (npr. podkolensko protezo, bergle oziroma druge pripomočke za gibanje), ki jih bo določil specialist fiziater.

## 2.2 Socialne potrebe

Bolniki s kronično rano so pogosto slabo pokretni in vezani na gibanje v stanovanju ali pa so povsem nepomični (npr. bolnik po možganski kapi, ki je vezan na posteljo in ima rano zaradi pritiska). Pogosto potrebujejo pomoč v ostalih dnevnih aktivnostih, kot so umivanje, oblačenje, hranjenje, nakupovanje ...

Za bolnika, ki je pogosto starejši in potrebuje pomoč pri dnevnih aktivnostih, si želimo, da čim dlje ostane v krogu svoje družine. Zaradi zahtevnosti nege in oskrbe bolnika s kronično rano je potrebno že v začetku obravnave predstaviti možnost vključitve služb, ki skrbijo za pomoč in nego na domu ([http://www.mddsz.gov.si/si/delovna\\_podrocja/sociala/socialnovarstvene\\_storitve/pomoc\\_druzini/](http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/socialnovarstvene_storitve/pomoc_druzini/)), da bi pri svojcih preprečili pojav izgorelosti, ki se kaže kot sindrom negovalca. V okoliščinah, ko kljub zunanji pomoči ni mogoče zagotoviti zadovoljive nege v domačem okolju, pa moramo predlagati sprejem v dom starejših občanov (Kolšek, Petek Šter, 2010).

## 3 Timska obravnava bolnika s kronično rano

Bolnika s kronično rano, posebno če gre za bolnika, ki potrebuje zdravljenje na domu, si ni mogoče predstavljati brez sodelavcev. Ob zdravniku družinske medicine, ki oceni bolnikove zdravstvene in socialne potrebe in oblikuje načrt zdravljenja, ki je za bolnika sprejemljiv, pri oskrbi sodelujejo tudi drugi člani zdravstvenega tima (Drešček, Ilijaž, 2012).

Ključno mesto pri oskrbi bolnika ima patronažna medicinska sestra, ki po navodilih zdravnika (zdravnik jo pooblasti z obrazcem »Delovni nalog«) samostojno izvaja oskrbo rane in spremlja bolnikovo stanje na domu, o katerem periodično in ob vsaki spremembi zdravstvenega stanja poroča zdravniku.

Patronažna medicinska sestra ima zelo pomembno vlogo tudi pri edukaciji bolnika in bolnikovih svojcev, ki lahko določena enostavnejša opravila v zvezi z nego rane ob nadzoru in spremljanju patronažne sestre izvajajo sami.

Ob poslabšanju splošnega stanja bolnika ali bolnikove rane, ki ga je prepoznala patronažna sestra ali nas nanj opozorijo bolnikovi svojci, je, če bolnik ni sposoben priti v ambulanto, potreben obisk na njegovem domu. Na hišnem obisku imamo slabše možnosti za pregled bolnikov, daje pa dragocen vpogled v socialne razmere in v pogovoru s svojci olajša oceno zmožnosti za oskrbo bolnika na domu. Koristno je, da obisk na bolnikovem domu skupaj opravita zdravnik in patronažna medicinska

sestra, saj tako lažje poteka oblikovanje načrta zdravljenja in zdravstvene nege, olajšana pa je tudi nadaljnja medsebojna komunikacija o bolniku (Kravos, 2012).

Včasih se stanje rane kljub vsej skrbnosti obravnave ne izboljšuje, na kar nas pri bolnikih, zdravljenih na domu, opozori patronažna sestra. Če sami ne uspemo razrešiti in obvladovati vzroka stanja (npr. kritična ishemija uda, kronično vensko popuščanje, potreba po kirurški odstranitvi mrtvine, sum na malignom v rani, neobvladana bolečina), je umesten čim hitrejši pregled pri ustreznem specialistu. Včasih napotitev sicer ni »nujna« (v 24 urah), vendar pa je trimesečno čakanje za hitro napotitev odločno predlogo in odločitev za stopnjo nujnosti sledi koristi bolnika.

Poslabšanje stanja rane s sistemsko okužbo, iztirjena sladkorna bolezen, napredujoča bolečina ob ishemiji spodnje okončine ali pa npr. pljučnica ob splošni oslabeledosti bolnika zahtevajo hospitalizacijo. Našteta stanja zahtevajo hitro ukrepanje, v obravnavo se vključi dežurni zdravnik, ki bolnika praviloma ne pozna in se v konkretni situaciji težje odloča. Razpoložljivost medicinske dokumentacije, kjer je opisano stanje bolnika, vključno s kroničnimi boleznimi, funkcionalnim stanjem in redno terapijo ter določenimi cilji zdravljenja močno olajša odločitev o nadaljnjih ukrepih napotenega zdravnika in obravnavo v bolnišnici.

Po odpustu iz bolnišnice zdravnik družinske medicine ponovno oceni stanje bolnika na osnovi odpustne dokumentacije in pregleda bolnika ter pogosto tudi pogovora z bolnikovimi svojci. O nadaljnjih postopkih obravnave bolnika se mora zdravnik pogovoriti tudi z ostalimi člani tima, predvsem s patronažno medicinsko sestro.

Poleg zdravstvenega dela oskrbe zdravnik in patronažna medicinska sestra pri obravnavi bolnika s kronično rano posredujeta tudi pri zagotavljanju socialne oskrbe, tako da svetujeta, kakšne so možnosti in postopki za ureditev pomoči na domu in v primeru izčrpanih možnosti v domačem okolju zdravnik družinske medicine predlaga in izpolni zdravniško potrdilo za sprejem v dom starejših občanov.

Potreba po pomoči in postrežbi je ena izmed pravic iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja. Praviloma vlogo za dodatek za pomoč in postrežbo vloži zdravnik, lahko pa vlogo na Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje pošlje sam bolnik oziroma njegovi svojci.

## **4 Problemi in izzivi, povezani s timsko obravnavo bolnika s kronično rano**

Obravnavo bolnika s kronično rano je običajno dolgotrajna, povezana s številnimi obiski v ambulanti ali na bolnikovem domu, zahteva usposobljenost in usklajenost zdravnika in medicinske sestre, sodelovanje bolnika oziroma bolnikovih svojcev, zaradi pogosto sočasno prisotnih spremljajočih bolezenskih stanj in slabšega imunskega odziva bolnikov so pogosto prisotni zapleti zdravljenja, ki zahtevajo napotitev



k specialistu ali v bolnišnico. Zdravljenje bolnika s kronično rano je drago za zdravstveni sistem (stroški socialne oskrbe) in za bolnika oziroma njegove svojce, ki si mora pogosto sam nabavljati obloge za rane. Izzivi za izboljšanje timske oskrbe bolnika s kronično rano so naslednji:

- Patronažne medicinske sestre so praviloma dobro usposobljene za oskrbo kroničnih ran, seznanjene so s sodobnimi oblogami in njihovo uporabo. Zdravniki družinske medicine do sedaj nismo posvečali veliko pozornosti izobraževanju za oskrbo bolnikov s kronično rano, tako da pomanjkljivo znanje in veščine iz oskrbe kroničnih ran lahko predstavljajo oviro pri boljši oskrbi bolnikov s kronično rano. Z izobraževanjem specializantov družinske medicine v sklopu specializacije (Little, 2013) ter specialistov v sklopu stalnega podiplomskega usposabljanja za oskrbo kroničnih ran je mogoče izboljšati kompetentnost zdravnikov družinske medicine za oskrbo kroničnih ran in tako olajšati delo v timu.
- V tim, ki obravnava bolnika s kronično rano, je vsaj občasno treba vključiti specialiste različnih strok. V sistemu napotitev, ki ga imamo, se pojavlja problem pravočasne dostopnosti do ustreznega specialista, kar nas včasih prisili v uporabo instrumenta nujne napotitve. S triažnimi ambulantami, ki omogočajo hiter dostop do specialista, bi se izognili včasih neupravičenim nujnim napotitvam oziroma predolgemu čakanju na pregled.
- Dobra dokumentacija, ki je na razpolago zdravstvenim delavcem pri obravnavi bolnika s kronično rano tudi v času dežurne in nujne službe, pomaga pri izbiri za bolnika optimalne odločitve tudi zdravniku, ki bolnika ne pozna.
- Informiran bolnik in njegovi svojci lahko veliko pomagajo pri timski obravnavi bolnika s kronično rano, saj če je le-ta seznanjen s svojo boleznijo in razume pomen ukrepov, ki jih priporočamo, veliko lažje in bolje sodeluje pri zdravljenju (Petek Šter, 2010).
- Ustrezna socialna podpora v bolnikovem okolju, tako v smislu urejenih življenjskih pogojev in zagotovljenih osnovnih življenjskih potreb, je predpogoj za uspešno zdravljenje v domačem okolju. Če v domačem okolju ni mogoče zagotoviti ustreznih pogojev za zdravljenje, je treba pritegniti službe s področja socialnega varstva, da uredijo institucionalno varstvo. Še vedno pa se dogaja, da so postopki urejanja namestitve v socialno-varstvenem zavodu (npr. domu starejših občanov) zapleteni in počasni, zato je še marsikdaj sprejem v bolnišnico pri bolniku s kronično rano potreben zaradi pretežno socialne indikacije.

## 5 Prikaz primera

Novembra 2011 je takrat 50-letni bolnik S. A., po poklicu zidar, padel z balkona hiše, v kateri živi.

Po enajstih mesecih zdravljenja v bolnišnicah in rehabilitaciji na Univerzitetnem inštitutu za rehabilitacijo (URI) Soča se je pacient S. A. vrnil domov z naslednjimi diagnozami: tetraplegija, zlom 5. vratnega vretenca, fasetna dislokacija C3 C5, sta-

nje po zlomu Th 10, arterijska hipertenzija, stanje po sepsi, decubitus sakralno levo in desno, kolonizacija z ESBL. Iz dokumentacije je bilo razvidno, da je imel pacient S. A. med hospitalizacijo imel več kroničnih razjed zaradi pritiska.

28. 9. 2012 se je pacient vrnil v domače okolje. Žena se je oglasila pri pacientovi osebni zdravnici z odpustnim pismom in pri meni kot patronažni medicinski sestri, ki delam na tem terenu. Dostavila je zelo pomemben dokument za planiranje zdravstvene nege: odpustno dokumentacijo zdravstvene nege.

Na patronažnem obisku je bilo ugotovljeno, da je pacient v dnevnih aktivnostih ostal popolnoma odvisen od pomoči in postrežbe drugih oseb. Potrebuje pomoč pri negi obraza, telesa, oblačenju, slačenju, tuširanju, različnih transferjih, prav tako ne more sam zaužiti pripravljene obroka in potrebuje hranjenje s strani druge osebe.

Že na URI Soča so mu pomagali pri pripravi domačega okolja z medicinsko-tehničnimi pripomočki. Negovalno posteljo na elektromotorni pogon z blazino ROHO in ograjicama ima nameščeno v dnevni sobi. Ima sobno dvigalo z bandažo, toaletni stol na kolesih in sedežno blazino ROHO. Predpisali so mu tudi opornico za zmanjševanje flektorne kontrakture v levem komolčnem sklepu, ki jo je pacient dobil naknadno. Pacient je prav tako naknadno prejel lastni invalidski voziček na elektromotorni pogon za zelo težko gibljivo ovirane osebe ter krmarjenje s specialno krmilno enoto z brado in mizico. Do takrat je uporabljal počivalnik, ki so ga nabavili svojci sami.

Ženi sem kot patronažna sestra poskušala dati občutek, da jo razumem; da ima pred sabo res težko in odgovorno nalogo. Zagotovila sem ji, da se bova z osebno zdravnico maksimalno vključili v reševanje vsakodnevnih težav. Družini sem pustila svojo številko prenosnega telefona, da me ob kakršnih koli težavah pokličejo.

Patronažna sestra se je povezala s socialno delavko v domu starejših občanov (DSO) v Trebnjem. Dogovorile smo se, da bom naslednji dan opravila obisk z laično negovalko zaradi edukacije o negi in ravnanju s pacientom – tetraplegikom ter uporabi medicinsko-tehničnih pripomočkov in pripomočkov za nego.

O stanju bolnika je patronažna sestra obvestila tudi pacientovo osebno zdravnico, ki je izdala delovni nalog za izvajanje nege na domu. Veljavnost delovnega naloga je predpisala za dvanajst mesecev, in sicer naj bi obiske opravljala od dnevno do 1x mesečno. Naročila je naslednje storitve: prevez ran, kontrola krvnega tlaka, odvzem krvi, urina in drugega materiala za laboratorijske preiskave, aplikacija injekcij in drugih storitev po dogovoru z njo.

Naslednji dan sta patronažna sestra in pacientova osebna zdravnica opravili tudi skupni obisk, ki je bil zelo prisrčen, saj sta se s pacientom dobro poznala že iz obravnav pred poškodbo, vendar pa je bil prej zdrav moški sedaj tetraplegik, popolnoma odvisen od tuje pomoči in postrežbe. Zdravnica se je seznanila s pacientovim zdravstvenim, socialnim in ekonomskim stanjem. Že v naslednjih dneh se je povezala z Zavodom za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Novo mesto.

Patronažna medicinska sestra je opravila obisk pri pacientu tudi skupaj z laično negovalko, ki je zelo hitro osvojila ravnanje s pacientovimi pripomočki in z njim samim. Poučila sem jo o pomenu izvajanja dobre nege posameznega dela telesa. K pacientu je prihajala vsako jutro za dve uri.

Oktobra 2012 so bili opravljeni redni patronažni obiski 3x tedensko s prevezo rane na odzemnem mestu na stegnu in razjede zaradi pritiska (RZP) sakralno. Rana na stegnu se je po šestih prevezah zacelila, ostala je še RZP sakralno. Ves čas sem izvajala tudi zdravstveno vzgojo o pomenu nege telesa, redni prehrani in pitju dovolj tekočin. Na centru za socialno delo (CSD) Trebnje sem vložila vlogo za enkratno socialno pomoč družini.

Patronažna sestra je ugotovila, da pacient premalo pije, saj si kozarca sam ne more vzeti z mizice ob postelji. Na velik list je napisala: »Vsak, ki me obišče, mi naj ponudi tekočino. Žejem sem!«

Na patronažnem obisku 18. 12. 2012 se je pri pacientu pojavila povišana temperatura. O stanju je patronažna sestra takoj obvestila osebno zdravnico, ki je naročila odvzem krvi in urina za laboratorijske preiskave ter bris rane. Na podlagi izvida in pregleda pacienta je zdravnica postavi diagnozo ter predpisala antibiotik.

7. 2. 2013 je bil za pacienta S. A. dan rešitve. V reševanje problematike tetraplegika se je vključila tudi Zveza tetraplegikov Slovenije. Zveza se je javila na razpis o zaposlitvi za opravljanje javnih del in imenovani pacient je dobil osebno asistentko (to si je izbral sam izmed desetih kandidatk).

Sklenjena je bila pogodba za opravljanje javnih del v programu Pomoč in varstvo za invalide, v okviru katerega bo udeleženec opravljal delovne naloge osebnega asistenta, ki so vezane na fizično pomoč uporabnikom pri vseh življenjskih potrebah. Osebni asistent izvaja naslednja opravila: osebna nega (odvajanje, umivanje, kopanje, oblačenje/slačenje), pomoč pri hranjenju in pitju, pomoč pri jemanju zdravil, pomoč pri uporabi stranišča in opravljanju fizioloških potreb, izvajanje določenih fizioterapevtskih postopkov, pomoč pri uporabi medicinsko-tehničnih, tehnično-komunikacijskih pripomočkov, transfer iz vozička na posteljo in obratno (tudi s pomočjo dvigala), obračanje v postelji, pomoč pri hišnih in gospodinjstkih opravilih (vzdrževanje prostorov, v katerih uporabnik živi, pospravljanje, čiščenje, kuhanje - z uporabnikom ali za uporabnika), pomoč pri mobilnosti (vožnja osebnega, prilagojenega vozila, spremljanje pri vsakodnevnih aktivnostih, ohranjanje socialnih stikov (obiski pri osebnem zdravniku, prosti čas, nakupi, družabni dogodki), socialno vključevanje, komunikacija, pomoč na delovnem mestu ter izobraževanje (uporaba računalnika, telefona, televizije in podobno).

S prihodom osebne asistentke k pacientu A. S. se je kakovost življenja družine, zlasti pa pacientove žene, zelo izboljšalo. Dneve odvajanja blata sta premaknila na torek in petek in s tem je vikend bolj prijeten (»Sedaj pri nas ne smrdi«, so mi rekli otroci). Pacient je bolj prehranjen in hidriran. Zelo lepo negovan. Preko Zveze paraplegikov si je osebna asistentka pridobila znanje masaže in razgibavanja pacientov.

Družinska zdravnica redno vodi in predpisuje zdravila, naročilnice za plenice in posteljne predloge ter urinske vrečke. Pacienta pogosto obiščeva skupaj, zlasti ob redni menjavi urinskega katetra.

Kot patronažna medicinska sestra pacienta obiskujem 3x tedensko, ko izvajam prevezo RZP sakralno.

Ob koncu, po veliki nesreči »srečne« zgodbe, pa še tale nepotreben zaplet, ki mu je botrovala neprevidnost osebja, ki je za bolnika skrbelo v času prevoza in nujne obravnave zaradi izpadlega urinskega katetra:

9. 10. 2013 je bil pacient zaradi neuspele menjave urinskega katetra z reševalnim vozilom (RV) prepeljan v SB Novo mesto, kjer je ostal čez noč. Naslednji dan, ko se je z RV vrnil domov, ga je patronažna medicinska sestra ponovno obiskala. Opazila je RZP na peti desne noge. Rana je bila velika 5 x 5 cm, prekrita s črno gangreno. O stanju pacienta sem takoj obvestila osebno zdravnico. Le-ta se je drugi dan povezala s kirurgom, ki je naredil nekrektomijo. Spet je bilo na vrsti dolgotrajno zdravljenje kronične rane.

## 6 Zaključek

Zdravljenje bolnika s kronično rano zahteva celosten in v bolnika usmerjen pristop, upoštevajoč njegove zdravstvene in socialne potrebe, ki so podlaga za izdelavo načrta za obravnavo. Za uspešno obravnavo takega bolnika je nujno sodelovanje med njim, njegovimi svojci, zdravstvenim timom, ki skrbi za bolnika s kronično rano in ga koordinira zdravnik družinske medicine, ter če je potrebno, še s strokovnjaki s področja socialnega varstva.

### *Konflikt interesov*

Gospod S. A., ki smo ga v prispevku predstavili, je dal soglasje za predstavitev na strokovnem izobraževanju.

## LITERATURA

1. Dean, S. (2006). Leg ulcer. Causes and management. *Austr Fam Physic*, 35, str. 480-484.
2. Drešček, M., Ilijaž, R. (2012). Organizacija oskrbe bolnika. V: Švab, I., Rotar Pavlič, D. (ur.). *Družinska medicina*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, str. 145-56.
3. Jaruseviciene, L., Liseckiene, I., Valius, L., Kontrimiene, A., Jarusevicius, G., Lapao, L. V. (2013). Teamwork in primary care: perspectives of general practitioners and community nurses in Lithuania. Pridobljeno s svetovnega spleta: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/118>.

4. Kolšek, M., Petek Šter, M. (2010). Vloga zdravnika družinske medicine pri obravnavi okužb v domovih starejših občanov. V: Beovič, B. (ur.), Strle, F. (ur.), Tomažič, J. (ur.). Okužbe pri starostnikih. Ljubljana: Sekcija za protimikrobno zdravljenje SZD: Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Univerzitetni klinični center: Katedra za infekcijske bolezni in epidemiologijo MF, str. 125-135.
5. Kravos, A. (2012). Oskrba na domu. V: Švab, I., Rotar Pavlič, D. (ur.). Družinska medicina. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, str. 207-214.
6. Little, S. H., Menawat, S. S., Worzniak, M., Fetters, M. D. (2013). Teaching wound care to family medicine residents on a wound care service. *Advances in Medical Education and Practice*, 4, str. 137-144.
7. Petek Šter, M. (2010). Adherenca pri zdravljenju kroničnih bolnikov. *Med Razgl*, 49, št. 1, str. 157-161.
8. Petek Šter, M., Švab, I. (2008). Bolnik s sočasnimi boleznimi v družinski medicini. *Med Razgl*, 47, str. 205-211.
9. Pomoč družini. Pridobljeno dne 2. 12. 2014 s svetovnega spleta: [http://www.mddsz.gov.si/si/delovna\\_podrocja/sociala/socialnovarstvene\\_storitve/pomoc\\_druzini/](http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/socialnovarstvene_storitve/pomoc_druzini/).
10. VanDerKerkhof, E., Hopman, W. M., Carley, M. E., Kuhne, J. L., Harrison, M. B. (2013). Leg ulcer nursing care in the community: a prospective cohort study of the symptom of pain. *BMC*. Pridobljeno s svetovnega spleta: <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/12/3>.

## **Prepoznavanje in razumevanje nasilja v zdravstveni negi**

*POVZETEK - Strokovnjaki in raziskovalci v zadnjem času vse več pozornosti namenjajo obravnavi in preučevanju psihičnega nasilja v delovnih okoljih (mobing) zaradi negativnega vpliva na zdravje posameznika, skupine in organizacije. Namen prispevka je opozoriti na resnost problematike psihičnega nasilja v delovnih okoljih, približati to področje organizacijam in posameznikom, ki se problema ne zavedajo, in predstaviti možne posledice za žrtev, sodelavce, organizacijo kot celoto in tudi za družbeno skupnost. V slovenskem prostoru opazamo večje zavedanje o psihičnem nasilju, njegovem prepoznavanju in razlikovanju.*

*KLJUČNE BESEDE: psihično nasilje, zdravstvena nega, absentizem, prezentizem, fluktuacija*

### **1 Uvod**

Mednarodni urad za delo, izvršilni organ Mednarodne organizacije za delo (International Labour Organization - ILO) pri Organizaciji združenih narodov je opredelil nasilje na delovnem mestu kot pripetljaje, v katerih so zaposleni ogroženi, napadeni ali žaljeni v delovnem okolju ali na poti na delo ali z dela in ki vključujejo jasno ali prikrito grožnjo njihovi varnosti, dobrobiti ali zdravju. Inštitut za dostojanstvo na delovnem mestu (Workplace Dignity Institute, pred tem imenom Work Trauma Foundation) je definiral nasilje na delovnem mestu kot enega ali več pripetljajev, v katerem/katerih je delavec fizično napaden, čustveno zlorabljen, potisnjen v stisko, vznemirjan, mučen ali se mu grozi (javno, »na štiri oči«, neposredno in posredno) z neupoštevanjem in namernim rušenjem njegove pravice do dostojanstva, do telesne in čustvene varnosti, do njegove dobrobiti, do izpolnjevanja delovnih nalog in do njegovega socialnega razvoja (The Workplace Bullying Institute, 2007, v Zupan, 2009). Raziskave na področju delovnih razmer kažejo, da danes v organizacijah psihično nasilje predstavlja vse bolj pereč problem. To ni nov pojav, vendar je v družbi uspel pritegniti pozornost šele v 90-ih letih prejšnjega stoletja (Brečko, 2007). Znotraj teh raziskav so nastale raziskave o stresu na delovnem mestu v 70-ih in 80-ih letih (Brečko, 2006) začele opozarjati na pojav nasilja na delovnem mestu kot na pomemben moteči dejavnik delovnega procesa s hudimi negativnimi posledicami širokega pomena. V delovnem okolju, kjer vladajo slabi, odtujeni delovni odnosi, kjer ni pravega timskega dela, kjer ni urejenega notranjega komuniciranja, organiziranosti dela, pomeni mobing resno grožnjo ne le za zaposlene, ki predstavljajo potencialne žrtve, temveč tudi za podjetje kot celoto. Ravno tu se pokaže, kako pomemben del organizacije so

zaposleni, saj psihično nasilje slabša odnose med njimi, psiho-socialno klimo v podjetju, motiviranost, zadovoljstvo, njihovo delovno storilnost in uspešnost. To pa preko povečane odsotnosti in fluktuacije zaposlenih ter manjše produktivnosti in uspešnosti celotne organizacije za slednjo nedvomno pomeni velike finančne stroške. Zato je pomembno, da vse organizacije in vsi zaposleni ozavestijo pojav psihičnega nasilja na delovnem mestu, da razumejo njegove vzroke, razvoj in posledice. Pomembno je, da nadrejeni znajo učinkovito pristopiti k problemu in z njegovim preprečevanjem posredno dosegati boljše poslovne rezultate. V Sloveniji smo v letu 2009 dobili prvo nacionalno raziskavo o trpinčenju na delovnem mestu »Ko se pritiski v službi začnejo množiti« (Urdih Lazar, 2009). Nacionalna raziskava je pokazala, da je bilo v zadnji polovici leta pred raziskavo 10,4 odstotkov anketirancev deležnih psihičnega nasilja na svojem delovnem mestu, v zadnjih petih letih pa ga je izkusilo 19,5 odstotkov (Urdih Lazar, 2009). Empirična spoznanja nekaterih študij (Štefe, 2009; Urdih Lazar, 2009; Zupan, 2007) so pokazala, da več psihičnega nasilja najdemo v intelektualnih, navidezno urejenih okoljih. Bolj ko gremo po hierarhičnih ravneh, kar se izobrazbe tiče, prej zasledimo psihično nasilje med višje kot pa med nižje izobraženimi. Več nasilja je v institucijah državne in javne uprave, predvsem v bolnišnicah in šolskih zavodih. Urdih Lazar (2009) meni, da je delo v zdravstvu zaradi čustvene zahtevnosti bolj zaznamovano z nasiljem kot v ostalih panogah. Poleg čustvene vpletenosti navaža, da je pogosto problem tudi v organizacijski kulturi. Opozarja, da je v zdravstvu velika prisotnost stresogenih dejavnikov in zato tudi neželjenih situacij pri delu. Zupan (2007) je ugotovila, da je 44 % psihičnega nasilja prisotnega med zaposlenimi na isti ravni, medtem ko se ga 36 % izvaja na relaciji vodstvo–podrejeni. Psihičnega nasilja v smeri od podrejenih do vodstva je v povprečju 10 %. Vendar pa praktiki, ki delujejo na področju mobinga, opozarjajo, da nadrejeni kot pobudniki mobinga zavzemajo bistveno večji delež – kar 70 %. Nadrejeni namreč pogosto uporabijo mobing kot sredstvo, da se znebijo zaposlenega; s psihičnim nasiljem na delovnem mestu namreč skušajo doseči njegovo odpoved (Tkalec, 2006).

Mlinarič (2006) opozarja, da konflikte, ki se kasneje razvijejo v mobing, pogosto sprožijo pomanjkljivosti pri organizaciji delovnega procesa. Za zaposlene, ki delajo v takih pogojih, je konflikt nekakšen ventil za frustracije, ki jih občutijo zaradi preobremenjenosti. Vloge niso jasno porazdeljene, nejasne so sheme napredovanja, kar pomeni, da nihče ne ve, kaj mora narediti, da bi napredoval. Čim bolj zamegljena in nejasna je porazdelitev pristojnosti in nalog, organizacija dela pa pomanjkljiva, tem slabša je obveščenost in slabše so komunikacijske poti.

## 2 Razsežnost posledic mobinga

Organizacijam, v katerih »uspevajo« osebe, ki trpinčijo sodelavke in sodelavce, je povzročena velika škoda (Randall, 2005). Resnost posledic mobinga razumemo, če upoštevamo dejstvo, da je mobing proces, ki se razvija in traja daljše časovno obdobje.

je. Izsledki ameriške raziskave (Workplace Bullying Institute 2007, v Zupan, 2007) na primer opozarjajo na to, da se je pri 22 % žrtev psihično nasilje na delovnem mestu izvajalo vsaj šest mesecev, pri kar 44 % pa se je to dogajalo več kot leto dni. Mobing lahko bistveno poslabša tudi ekonomsko stanje žrtve. Najprej se bo zaradi bolniških odsotnosti zmanjšala plača, ko pa posameznik ostane še brez zaposlitve, bodo denarne izgube še veliko večje. Če posameznik ne dobi podpore in razumevanja sodelavcev in nadrejenih, lahko začne iskati rešitev zunaj podjetja. Zato se nekateri odločijo poiskati pravico na sodišču in vložijo tožbo proti delodajalcu oziroma napadalcu, ki je nad njimi izvajal psihično nasilje (Tkalec, 2001). Duševne poškodbe vplivajo tudi na posameznikovo fizično zdravje, kar se kaže kot psihosomatske motnje. Zaposleni ima glavobole, motnje v spanju, vrtoglavice, pogosti so tudi občutki utrujenosti, potrnosti in slabosti, izgublja voljo do dela na splošno, koncentracijo in samospoštovanje. Kasneje težave postanejo še večje, saj se pojavljajo resne motnje v razpoloženju, kot so depresija, nervoza, anksioznost, osebnotne krize, napadi panike in joka. Zaposleni izgublja zanimanje za druge, postaja pasiven in se lahko popolnoma izolira od drugih. Možna je tudi agresija (do sebe ali drugih), pojavijo se lahko motnje hranjenja, alkoholizem ali druge odvisnosti, posameznik lahko trpi tudi zaradi že omenjenega post-travmatskega stresa (Tkalec, 2001). Ker zaradi psihosomatskih in vedenjskih motenj postane v očeh drugih »drugačen«, seveda v negativnem smislu, se vedno bolj odmika v osamo in bolniško odsotnost. Četrta evropska raziskava o delovnih razmerjih (Parent-Thirion in sod., 2007) poroča, da je bolniška odsotnost kot posledica zdravstvenih težav, ki se pojavijo v povezavi z delom, bistveno pogostejša pri žrtvah mobinga kot pri povprečni evropski bolniški odsotnosti. Poleg tega so žrtve mobinga odsotne z dela najpogosteje 6–15 dni, pogosti pa so tudi primeri, ko so zaposleni odsotni 16–30 dni in celo več kot 60 dni. Poškodbe zaradi mobinga so lahko pri posamezniku tako resne, da se mora prisilno upokojiti, saj ni več sposoben za delo.

### *2.1 Posledice mobinga za sodelavce*

Mobing vpliva tudi na sodelavce, ki so v neposrednem stiku z žrtvijo in so priča ali pa celo sodelujejo pri psihičnem nasilju. Najočitnejša posledica je nedvomno negativen vpliv na pogoje dela, preko tega pa na delovno storilnost in rezultate, ki jih dosegajo tudi drugi zaposleni. Zaradi slabših okoliščin se najprej zmanjša zadovoljstvo pri delu, zaposleni postajajo vedno manj motivirani, manj kreativni, vedno več je napak pri delu, njihovo delo se na splošno poslabša. Zmanjšata se produktivnost in učinkovitost. Takšna situacija pa povzroča umik v bolniško odsotnost tudi drugih zaposlenih, ne le žrtve mobinga (Tkalec 2001, str. 913-916).

### *2.2 Posledice mobinga za organizacijo*

Zaradi mobinga se poslabšata delovno vzdušje in klima. Napetost, nemotiviranost in nezadovoljstvo vplivajo tudi na odnose med zaposlenimi. Posledično se manjša delovna storilnost in se slabšajo rezultati dela – zaposleni v delovnem času naredi-



jo manj, trpi pa tudi kakovost njihovega dela. Zaradi takšnih razmer se umikajo v bolniško odsotnost, poveča se tudi fluktuacija. Začasni izostanki z dela in odhodi zaposlenih iz organizacije zanjo pomenijo dodatne stroške. Treba je namreč zaposliti nove ljudi, to pa zahteva dodatna finančna sredstva za iskanje, uvajanje, usposabljanje in izobraževanje novih zaposlenih. Stroški trpinčenja na delovnih mestih v Nemčiji (Brady-Wilson, 2002, v Randall, 2005), znašajo na 1.000 zaposlenih 112.000 USD letno, znesku pa je treba prišteti še 56.000 USD posrednih stroškov. Leymann (1996, v Robnik in Milanovič, 2008) pravi, da znašajo stroški 30.000–100.000 USD na zaposleno osebo, izpostavljeno trpinčenju.

### *2.3 Posledice mobinga za celotno družbo*

Mobing s svojimi vplivi presega okvire podjetja in posega tudi v življenje drugih ljudi, predvsem družine žrtve, pa tudi celotne družbe. Prva takšna posledica izhaja iz načetega zdravja žrtev mobinga, ki morajo zaradi težav poiskati pomoč pri za to usposobljenih strokovnjakih. Takšno zdravljenje je ponavadi drago in dolgotrajno, kar seveda povečuje stroške zdravstvenega sistema v državi. Druga posledica psihičnega nasilja na delovnem mestu pa so izgube v pokojninskem sistemu. Zdravje posameznika se tako dramatično poslabša, da slednji ni več sposoben za delo in se je prisiljen predčasno in invalidsko upokojiti. Poleg tega se zaradi posledic mobinga poveča brezposelnost v državi, problem pa predstavlja tudi manjša produktivnost celotne družbe, in sicer zaradi izgube perspektivnih delavcev, ki bi bili v normalnih okoliščinah visoko produktivni (Kostelić-Martić, 2000).

## **3 Prepoznavnost nasilja v delovnem okolju**

Trpinčenje in nadlegovanje na delovnem mestu oziroma v delovni organizaciji lahko prepoznamo večinoma po socialnih pokazateljih na več področjih: večkrat prekinjen govor in jemanje besede, omejevanje komuniciranja s strani sodelavcev, kričanje in glasno zmerjanje, stalno kritiziranje dela, stalno kritiziranje osebnega življenja, nadlegovanje po telefonu, izrekanje groženj, pisne grožnje, izmikanje stikom, pogovoru, odklonilne geste, odvracanje pogledov brez navedb razlogov za takšno zavračanje, dajanje nejasnih, dvomljivih pripomb (komunikacijska blokada) (Arnšek, 2010).

Področje socialnih stikov. Nenadoma se z delavcem nihče več ne družijo, sodelavci ignorirajo njegovo prisotnost, delavec je fizično premeščen v drugo pisarno ali delavnico, nadrejeni javno ali prikrito prepove sodelavcem druženje s posameznim delavcem, delavec ne dobiva več navodil in informacij za svoje delo (socialna in informacijska blokada).

Področje družbenega ugleda. Tu se kaže to kot obrekovanje in širjenje neresnic za hrbtom posameznika, zmanjševanje ugleda z omalovaževanjem in minimaliziranjem njegovih delovnih dosežkov in pozitivnih osebnostnih lastnosti, širjenje govorice o

domnevnih psihiatričnih diagnozah, norčevanje iz telesnih hib, oponašanje in karkiranje posameznika z namenom, da se ga osmeši, napadanje njegovega ideološkega ali verskega prepričanja, norčevanje iz zasebnega življenja, norčevanje iz etične ali rasne pripadnosti, siljenje posameznika k opravljanju dejanj, ki so v nasprotju z njegovimi vrednotami ali prepričanji, žaljenje in norčevanje iz posameznikovih delovnih naporov in prizadevanj, širjenje dvomov o delovnih in poslovnih odločitvah posameznika, preklinjanje in opolzki izrazi za posameznika ter spolno nadlegovanje (razširjena socialna blokada) (Arnšek, 2010).

Področje kakovosti delovne in življenjske situacije. Delavcu se več ne odreja delovnih nalog ali pa se mu jih odvzame toliko, da si sam ne more z nobeno aktivnostjo zapolniti delovnega časa, dodelijo se mu nesmiselne naloge, naloge daleč pod nivojem njegovih sposobnosti in kvalifikacij ali pa daleč nad tem nivojem, delavcu se stalno dodeljujejo nove naloge (bolj kot ostalim zaposlenim) ali se mu dodelijo opravila, ki žalijo dostojanstvo (blokada dela in ustvarjalnosti).

Področje zdravja. Delavca se sili opravljati zdravju škodljive naloge, grozi se mu s fizičnim nasiljem, nad njim se vrši fizično nasilje pod krinko discipliniranja, delavca se fizično zlorablja, namerno se mu povzroči škoda ali nepotrebni stroški, namerno se povzroča psihična škoda njemu in njegovim bližnjim, prisotno je nasilno spolno nadlegovanje, posilstvo (blokada telesnega in psihičnega zdravja) (Arnšek, 2010).

## 4 Zaključek

Organizacije in posamezniki se le redko zavedajo problematike mobinga, njegove razširjenosti in ustreznih ukrepov, s katerimi ga je mogoče preprečevati. Zato je pomembno prepoznavanje in razumevanje tega pojava ter zavedanje o njem, da bomo lahko učinkovito pristopili k preprečevanju psihičnega nasilja na delovnem mestu. Ker v Sloveniji še vedno ni eksplicitno prepovedan (ZDR, 2007), pomeni, da ga je težje preprečiti in sankcionirati. Nadrejeni so do tega pojava ravnodušni, ga ignorirajo z manjšim občutkom krivde, saj nikjer ne piše, da gre za pokvarjeno, škodljivo in prepovedano ravnanje. Zato je nujno treba začeti javnost obveščati in tudi z osveščanjem narediti ustrezne korake za vsaj delno zagotavljanje ustrezne pravice do dostojanstva pri delu in v ustrezne zakone vključiti določbo, ki bo osveščala in obveščala vse prizadete o problemih, ki nastajajo v delovnih razmerjih zaradi mobinga. Pri preventivnem delovanju ima pomembno vlogo tudi podpora države znanstveno-raziskovalnemu delu na tem področju. Ključna je tudi usposobljenost vodstvenega in vodilnega osebja, da prepozna konflikte in jih produktivno rešuje. Njihova dolžnost je zagotoviti varno delovno okolje. Visoka kakovost vodenja, uspešna komunikacija, jasne pristojnosti in odgovornosti zaposlenih so le del uspešne strategije boja proti tovrstnemu nasilju.

## LITERATURA

1. Arnšek, T. (2010). Nadlegovanje in trpinčene na delovnem mestu. Inšpektorat RS za delo, Socialna inšpekcija. Pridobljeno dne 28. 11. 2014 s svetovnega spleta [http://www.id.gov.si/fileadmin/id.gov.si/pageuploads/Varnost\\_in\\_zdravje\\_pri\\_delu/Projekt\\_zmanjsevanja\\_stevila/Mobbing\\_na\\_delovnem\\_mestu.pdf](http://www.id.gov.si/fileadmin/id.gov.si/pageuploads/Varnost_in_zdravje_pri_delu/Projekt_zmanjsevanja_stevila/Mobbing_na_delovnem_mestu.pdf).
2. Brečko, D. (2006). Mobing – psihoteror tekmovalne družbe. Industrijska demokracija, 10, št. 12, str. 12-17.
3. Brečko, D. (2007). Psihično nasilje na delovnem mestu. Pridobljeno dne 23. 2. 2009 s svetovnega spleta [http://www.rtv slo.si/odprtikop/polnocni\\_klub/psihicno-nasilje-na-delovnem-mestu/](http://www.rtv slo.si/odprtikop/polnocni_klub/psihicno-nasilje-na-delovnem-mestu/).
4. Kostelić-Martić, A. (2007). Psihično nasilje na delovnem mestu: ustvarimo delovne razmere, v katerem ne bo možnosti za pojav mobinga, HRM, 5, št. 15, str. 26-32.
5. Leymann, H. (1996). The content and development of mobing at work. European Journal of Work and Organizational Psychology, 5, št. 2, str. 165-184.
6. Mlinarič, P. (2006). Mobing kot problem managementa in zakonodaje. Industrijska demokracija, 10, št. 12, str. 18-21.
7. Parent-Thirion, A., Macías, E. F., Hurley, J., Greet, V. (2007). Fourth European working conditions survey. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Pridobljeno dne 28. 11. 2014 s svetovnega spleta <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/98/en/2/ef0698en>.
8. Randall, P. (2005). Adult bullying: perpetrators and victims. London, New York: Routledge.
9. Robnik, S., Milanovič, I. (2008). Trpinčenje na delovnem mestu: rezultati raziskave Sindikata bančništva Slovenije in priporočila za delodajalce. Ljubljana: Sindikat bančništva Slovenije.
10. Taylor, F. (2007). The Workplace bullying institute. U. S. workplace bullying survey: targets' reactions. Pridobljeno dne 29. 11. 2014 s svetovnega spleta <http://www.workplacebullying.org/res/N-N-Zogby.pdf>.
11. Tkalec, L. (2001). Šikaniranje. Teorija in praksa, 38, št. 5, str. 908-926.
12. Tkalec, L. (2006). Mobing - psihoteror na delovnem mestu. Industrijska demokracija, 10, št. 12, str. 4-12.
13. Urdih Lazar, T. (2009). Ko se pritiski v službi začnejo množiti: prva slovenska raziskava o trpinčenju na delovnem mestu. Naša družina, 2, št. 2, str. 10-12.
14. Zakon o delovnih razmerjih (2002). Uradni list Republike Slovenije, št. 42.
15. Zakon o delovnih razmerjih (2007). Uradni list Republike Slovenije, št. 103.
16. Zupan, M. (2007). Mobing - psihično nasilje na delovnem mestu. Diplomsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.

## Znanje - pot do sprememb

*POVZETEK - Zdravstveni delavci želijo pacientom najboljše, zato si prizadevajo za kakovostno zdravstveno oskrbo. Presoja lastne prakse, kritično razmišljanje in odgovornost omogočajo medicinski sestri, da napreduje kot strokovnjak, se zanima za novosti in svoje znanje aplicira v družbo. Vestnost ob prisotnosti empatije je vir vsakega uspeha. Dobro in učinkovito delo medicinske sestre na področju zdravstvene nege zahteva visoko stopnjo etične, moralne, čustvene, spoznavne in socialne zrelosti. Pacient potrebuje medicinsko sestro, ki se hitro odziva in deluje primerno svojemu položaju. Vse, kar je narejeno pod prisilo, se težko uveljavi, zato moramo iskati motivacijske vzvode, ki bodo dovolj pritegnili, da bi prerasli lastne omejitve in razmišljali, kaj lahko naredimo sami in ne, kaj pričakujemo od drugih. Medicinske sestre z osebnim in profesionalnim razvojem izboljšujejo proces zdravstvene nege.*

*KLJUČNE BESEDE: medicinske sestre, zdravstvena nega, motivacija*

### 1 Uvod

Hiter razvoj medicine, informacijska revolucija in prilagajanje potreb sodobnega življenja zahtevajo nenehno izobraževanje. Raziskovanje, kritično razmišljanje in odkrivanje ter razreševanje problemov so vrline, ki izboljšujejo prakso zdravstvene nege. Nova spoznanja je treba uporabiti v praksi. To ni vedno enostavno, saj ima večina rada ustaljeni red. V praksi moramo premagati številne omejitve (znanje, finance, zaposleni, čas ...) in iskati optimalne rešitve. Osnova mojega razmišljanja so lastna praksa v zdravstveni negi, strokovna literatura in neformalno ter formalno izobraževanje. V procesu izobraževanja spoznavam moč znanja, saj vidim več izzivov. Izpostaviti želim vidik, da medicinske sestre z osebnim in profesionalnim razvojem lahko izboljšujemo prakso zdravstvene nege.

### 2 Znanje - pot do sprememb

Po definiciji Virginije Henderson pacientom pri zadovoljevanju osnovnih življenjskih potreb medicinska sestra pomaga samostojno, postavlja cilje, načrtuje intervencije, jih izvaja in vrednoti njihovo uspešnost. Za izvajanje diagnostično-terapevtskih posegov se medicinska sestra ne odloča sama, je v sodelujoči vlogi. Medicinska sestra je članica širšega zdravstvenega tima, organizira diagnostično terapevtsko dejavnost in sodeluje z različnimi strokovnjaki v celotni oskrbi pacienta. Za posledice sprejetih odločitev je tudi odgovorna. Pri delu se opira na profesionalni kodeks in

strokovno znanje (Hajdinjak, Meglič, 2006). Iz tega izhaja potreba po timskem pristopu.

### *Načela nacionalne usmeritve*

Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu navajajo šest načel (Robida, 2006):

- uspešnost (doseganje zelenega izida),
- varnost (zmanjševanje varnostnih incidentov),
- pravočasnost (primeren čas),
- učinkovitost (optimalno razmerje med porabljenimi sredstvi in izidom zdravljenja),
- enakopravnost (brez diskriminacije),
- osredotočenje na pacienta (spoštovanje pacientovih vrednot, upoštevanje izraženih potreb, usklajevanje, zmanjševanje bolečine, obveščenost, stiki s svojci).

Če izhajam iz teh načel, se mi odpira mnogo vprašanj. Kaj pa lahko medicinske sestre naredimo, da bo večja uspešnost? Osredotočene smo na pacienta in mu nudimo primerno zdravstveno nego. Uspešnost, učinkovitost in pravočasnost pa je stvar medicine, Ministrstva za zdravstvo, ZZZS-ja, mogoče še Zveze – Zbornice. To so le izgovori, ker nam primanjkuje znanja, poguma in se ne želimo izpostavljati in sprejemati novosti, raje kimamo ali kritiziramo delo drugih. Vpeti v lastne ovire ne iščemo boljših poti, le čakamo na rešitve tistih, ki zmorejo, hočejo in znajo. Da bo zdravstvena nega sledila potrebam sodobnega človeka, je potreben stalen proces izboljšav, ki ga moramo kot način dela sprejeti vsi izvajalci zdravstvene nege. Kako? S kritično presojo lastnega dela, z iskanjem, opazovanjem in načrtnim odpravljanjem problemov ali pa le z opozarjanjem nanje, kadar problemi presegajo naše možnosti. Že s spremembo razmišljanja, kaj je pomoč pri delu in kaj odvečno delo, spremenimo tok svojega delovanja (dokumentiranje postane pomoč, ne pa dodatna obremenitev). Individualna odgovornost je osnova kakovosti.

### *Spremembe za izboljšave*

Okoli nas se ves čas nekaj spreminja. Spreminjamo se tudi sami, saj na nas vplivajo vse informacije, bogatijo nas izkušnje, učimo se iz primerov dobre prakse in tudi iz napak. Če želimo ostati konkurenčni, je to edina pot.

Robida (2009) spodbuja, da se sprememb lotimo sistematično. Eden izmed modelov je Demingov krog izboljšav NIPU (načrtuj, izvedi, preveri, ukrepaj), ki postane stalnica delovanja, ko ga osvojimo. Za to potrebujemo osebno zavzetost in voljo za spremembe, vero, da se naša praksa lahko spremeni, načine za opuščanje starih navad in delo (Robida 2009). Zavedati se moramo, da smo v situaciji tukaj in zdaj. Nekaj lahko spremenimo brez vsakega stroška in s tem v sistem vnesemo več pozitivne naravnosti. Ob zavedanju, da smo resnično naredili vse, kar je v naši moči, bomo prosili pristojne za reševanje na višjem nivoju. Veliko dela imamo še pri sebi (jaz žogico držim zase). Če se spomnimo načel nacionalne usmeritve, lahko vsak zase najde izziv za izboljšanje zdravstvene nege. Staranje populacije, in s tem

naraščanje kroničnih bolezni, ter večja mobilnost pacientov polnita čakalne vrste. V Sloveniji nismo pripravljeni na dejstva, ki smo jih pričakovali. Za to pa nismo krivi le javni uslužbenci v zdravstvu, številne pritožbe pa so namenjene ravno nam. Z vsemi dobrimi nameni res ne moremo vsega spremeniti sami, vendar analizirajmo, dokumentirajmo in podajmo žogico naprej.

Deming (1986) je uvedel pojem globalnega znanja, ki ga je oblikoval v 14 točk:

1. Ustvari stalno izboljševanje produktov in storitev.
2. Privzemi nov način razmišljanja.
3. Preprečuj napake, namesto zaznavaj.
4. Zmanjšaj stroške (ne podvajaj dela).
5. Nenehno izboljšuj procese načrtovanja, izdelovanja in storitev.
6. Vzpostavi učenje ob delu (učeca se organizacija).
7. Vzpostavi voditeljstvo (vodenje ne nadzor, vzpostavi vodenje samega sebe).
8. Preženi strah (poročanje o napakah, da se odpravijo ne kaznujejo).
9. Odstrani pregrade med oddelki (vsi delamo za isti cilj).
10. Odstrani številčne kvote, nadomesti jih z voditeljstvom.
11. Odstrani slogane za zaposlene.
12. Vzpostavi aktiven program izobraževanja in dodatnega usposabljanja.
13. Odstrani ovire, ki osebju vzamejo ponos.
14. Vsakdo naj prispeva k preoblikovanju sistemov dela.

Z refleksijo ob teh točkah lahko kar globoko pogledamo v svoje delo. Samo z razmišljanjem ne bomo rešili težav recesije, postali pa bomo dejavnejši in odgovornejši, pa še skrhane odnose med nami lahko izboljšamo.

### *Primer iz prakse*

V SB Novo mesto smo uvedli negovalno dokumentacijo po procesni metodi dela. Po odločitvi, da bomo izdelali to dokumentacijo, se je oblikovala delovna skupina, ki je zagrizla v to zeleno jabolko. Pa smo izdelali dokumente in jih dali v uporabo, preverjali, popravljali, prilagajali ali smo po NIPU načrtovali, izvedli, preverili, ukrepali in krog se ponavlja. NIPU lahko uporabljamo tudi kot učinkovito metodo pri osebнем načrtovanju sprememb.

## **3 Motivacija in uspeh**

Uhan (1999) meni, da zadovoljni delavci dosegajo najboljše delovne rezultate, kar je osnovni pogoj za poslovni uspeh v konkurenčnem svetu. Dober vodilni delavec vnaprej jasno pove sodelavcem, kakšni so cilji organizacije (DAM) in kakšne so njihove obveznosti (DAJ). Nadzor, pohvale in kritike so sestavine vodenja. Uspeh je odvisen o pravičnosti menjalnega odnosa (DAJ-DAM). Odnosi med vodilnimi

in vodstvenimi delavci ter ostalimi delavci so dobri, kadar se naloge opravljajo po dogovorih, ne po ukazih.

Po mnenju Reinertsena in drugih (2005) se je za uspešno izboljševanje kakovosti potrebno osredotočiti na notranje in zunanje uporabnike. Spoštovanje zaposlenih (in njihovega znanja) vodi do aktivnega sodelovanja pri izboljševanju procesov in k profesionalnemu razvoju. Merjenje uspešnosti delovanja naj bo povezano s cilji zdravstvene ustanove, poudarek pa naj bo na preprečevanju slabih izidov in na njihovem odkrivanju.

Če ugotovimo, kaj motivira ljudi, imamo na razpolago najmočnejše orodje za ravnanje z njimi. Motivacija in moč sta tesno povezani, lahko rečemo, da je motiviran človek tudi močan. Temelj vsake motivacije je upanje. Motivacija pomeni nekoga pripraviti, da bo nekaj storil, ker bo sam hotel to storiti. Manipulacija pa pomeni, da nekoga pripravimo, da nekaj naredi, ker mi tako hočemo (Denny 1997). Iz tega izhaja, da mora večina sprememb za izboljšave upoštevati razlike med nami.

Motivacija je težnja po izpolnitvi cilja, prizadevanje za doseganje odličnosti, usklajenost za doseganje skupnih ciljev in pripravljenost za odziv na vsako priložnost. Za izjemneže v storilnosti so značilne motivacijske spretnosti, kot težnja k izpolnitvi cilja, zavezanost ter pobuda in optimizem. Njihovo prizadevanje je usmerjeno k osebnemu napredovanju ali izpolnitvi meril odličnosti. Pobuda in optimizem sta sestri dvojčici med spretnostmi, ki nas vodita, da prepoznamo priložnost in jo uredimo. Ljudje, ki si prizadevajo za osebno napredovanje ali za izpolnjevanje meril odličnosti, so usmerjeni k ciljem, ki jim hkrati pomenijo izziv. Zbirajo podatke, da omejijo negotovost, in odkrivajo načine, kako bolje delati. Kogar žene želja po izpolnitvi ciljev, si išče svoje poti in zbira informacije. Pobuda in optimizem izražata usmerjenost k dejavnosti in vztrajanju v njej. Posamezniki s temi spretnostmi so pripravljene zgrabiti za vsako priložnost, zasledujejo cilje, za njihovo izpolnitev so pripravljene storiti več, kot se od njih pričakuje. Za aktivnost motivirajo tudi druge in se poslužujejo nenavadnih in podjetnih načinov. Optimizem jih žene, da vztrajajo in premagujejo ovire, delajo v upanju na uspeh (ne v strahu pred polomom) in na ovire gledajo kot na nujno, vendar obvladljivo zlo. Za zvezdnike storilnosti sta odličnost in zadovoljstvo pri delu eno in isto doživetje (Goleman, 2001).

Motivacija za izboljšavo naj bo varnejša in kakovostnejša obravnava pacienta, ne pa mednarodna akreditacija. Robida (2009) meni, da izboljšave ne nastanejo le na podlagi raziskav in boljše tehnologije, ampak tudi z iskanjem priložnosti za izboljšave v delovni praksi. Temu se res ne da oporekati. S širjenjem osebnega in poklicnega obzorja vidimo več izzivov.

### *Čustvena inteligenca*

Visoka stopnja čustvene inteligentnosti posameznika, vodje ali organizacije je ena pomembnejših lastnosti, potrebnih na delovnem mestu. Vse bolj postaja ključna lastnost, ki posameznika v odnosu do okolice izvzema iz povprečja, v odnosu do dela

pa ga vodi po poti samopreseganja in delovne uspešnosti. Prav lastnosti, izhajajoče iz čustvene inteligentnosti, so razlog, zakaj z nekaterimi ljudmi raje delamo in delo opravimo hitreje in bolje. Nekateri ljudje izžarevajo energijo, imajo karizmo in posebljajo občutke zaupanja, ljubeznivosti, spoštljivosti, poštenosti in zanesljivosti. Pri delu s takšnimi ljudmi se potrudimo toliko bolj, ker želimo izpolniti pričakovanja prav te osebe, ki v nas vzbuja občutke samopotrjevanja in samouresničitve. Organizacije prihodnosti se morajo zavedati, da so ravno čustva tisti nujno potreben element organizacijskega dogajanja, ki ga ne sme zatirati. Razlog lahko najdemo v dejstvu, da želi biti posameznik na delovnem mestu razumljen in obravnavan kot celota, le tako je lahko tudi najbolj učinkovit (Weisinger, 2001).

### *Supervizija v zdravstveni negi*

V poklicih pomoči drugim je potrebno razvijanje poklicnega samozavedanja, saj problemi, ki jih rešujemo, lahko vplivajo na nas osebno. V procesu supervizije iščemo nove, ustrežnejše načine poklicnega ravnanja. Osebni in profesionalni razvoj sta neločljivo povezana, lahko govorimo o samorazvoju. Posameznik postane strokovno samostojen, se spreminja, neprestano išče nove možnosti za samouresničevanje na poklicnem področju, delujejo skladno s svojimi mislimi, občutki, željami, pri tem upošteva strokovno doktrino in zahteve ter dejanske možnosti v dani situaciji. Supervizija usposablja medicinske sestre, da postanejo boljši praktiki. Supervizijski proces je lahko pot, da se medicinska sestra tega sama zave. S pomočjo supervizorja pogleda v lastno notranjost in razišče svoja lastna čustva, spozna svojo moči in tudi slabosti. Z znanjem in ozaveščenostjo medicinska sestra zmanjšuje možnost prekomerne identifikacije z bolnikom. Supervizija medicinski sestri olajša razvijanje različnih pogledov na delo z bolnikom, vzpodbuja ozaveščenost in gradnjo na njenih lastnih močeh, terapevtskih spretnostih in spretnostih obvladovanja težavnih situacij (Skoberne, 2001).

## **4 Zaključek**

Kompleksnost dela medicinske sestre v zdravstveni negi zahteva ne samo visoko izobraženost, temveč se od njih pričakujejo osebne lastnosti, ki združujejo inteligentnost, sposobnost identifikacije različnih situacij, praktično spretnost, zavedanje odgovornosti, zmožnost vzpostavitve dobrih socialnih odnosov na delovnem mestu, sposobnost poslušanja in željo pomagati po vseh svojih močeh. Pacientu nudi primerno zdravstveno oskrbo glede na potrebe in zmožnosti zdravstvenega sistema, upošteva standarde in najboljše izkušnje. Prizadeva si za kakovostno in varno oskrbo, v proces načrtovanja in izvajanja vključuje pacienta in svojce.

Staro pravilo govori, da je moder tisti, ki se uči na napakah drugih, manj moder pa tisti, ki se uči na svojih napakah. Neumen je tisti, ki dela iste napake vedno znova in se nikoli ničesar ne nauči iz njih. Naša kultura, demokracija, zdravstvo ali splošno



življenje je odvisno od nas, to nas postavlja pred odgovornost. Ne čakajmo na državo, vlado, šefa, EU direktive preprosto zato, ker hočemo boljši sistem - izboljšujemo ga. Orodij imamo dovolj, volje pa tudi!

## LITERATURA

1. Deming, W. E. (1986). Demingov sistem v 14-ključnih točkah. Pridobljeno dne 1. 10. 2014 s svetovnega spleta: [https://www.google.si/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=dming-+14+to %C4 %8Dk+izbolj %C5 %A1av](https://www.google.si/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=dming-+14+to+%C4%8Dk+izbolj+%C5%A1av).
2. Denny, R. (1993). O motivaciji za uspeh. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
3. Goleman, D. (2001). Čustvena inteligenca na delovnem mestu. Ljubljana: Mladinska knjiga.
4. Hajdinjak, G., Meglič, R. (2006). Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo Ljubljana.
5. Reinertsen, J. L., Pugh, D. M., Bisognano, M. (2005). Seven leadership leverage points for organization – LEVEL improvement in health care. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement.
6. Robida, A. (2009). Pot do odlične zdravstvene prakse. Ljubljana: Planet GV.
7. Skoberne, M. (2001). Supervizija v zdravstveni negi. Obzornik zdravstvene nege, str. 241-245.
8. Uhan, S. (1999). Misli o motivaciji. Pridobljeno dne 7. 3. 2014 s svetovnega spleta: <http://www.delavska-participacija.com/strokovni-clanki/?offset=900>.
9. Weisiger, H. (2001). Čustvena inteligenca pri delu z ljudmi: neizkoriščen vir uspeha. Ljubljana: Tangram.

# Spoštovanje dostojanstva posameznika z vidika sodobne zdravstvene nege

*POVZETEK* - Namen članka je poučne narave, z njim želimo osvetliti pomembnost spoštovanja dostojanstva vsakega posameznika med zaposlenimi v zdravstveni negi. Ko govorimo o sodobni profesionalni zdravstveni negi, smo večinoma usmerjeni na informacijsko-tehnološki razvoj, pedagoško področje in raziskovali del. Imamo vizijo, cilje, spremljamo dosežke in smernice na globalni ravni. Ekonomsko usmerjena družba prinaša številne motnje vrednostnih sistemov, ki se odražajo tudi na področju zdravstvene nege. Posameznik, zaposlen v zdravstveni negi, je kot človeška vrednota pogosto prezrt. Vrednostni sistem je zasnovan na materialnih dobrinah. Pregled literature nas opozarja na resnično malo eksplicitne pozornosti temu problemu. Tudi raziskave kažejo nujno potrebo po dodatni teoretični in raziskovalni pozornosti. Spoštovanje dostojanstva je odločilni dejavnik pri ohranjanju razvoja zdravih delovnih mest in zdrave delovne sile. Članek govori o posamezniku, zaposlenem v zdravstveni negi, in njegovem dostojanstvu, ki mu zakonsko pripada. Kako spoštovati dostojanstvo, izoblikovati sebe in svoj odnos do drugih, da ne ogrožamo dostojanstva te temeljne človeške vrednote vsakega od nas. V izobraževalnih inštitucijah se teh veščin premalo naučimo, so podcenjene, pa vendar ključne v interakciji z drugimi. Destruktiven posameznik je kontradiktoren z vsem, kar sodi na področje profesionalne zdravstvene nege.

*KLJUČNE BESEDE*: posamezniki, zdravstvena nega, dostojanstvo

## 1 Uvod

V tem prispevku avtorici opozarjata na pomembnost spoštovanja dostojanstva vseh zaposlenih v zdravstveni negi. V spreminjajoči se družbi delovne sile in zaposlovanja, bi spoštovanje dostojanstva moral biti imperativ za vse, ki sodelujejo v delovnem procesu. Temeljna človekova vrednota je njegovo dostojanstvo. O tem pomembnem konceptu govori veliko dokumentov, sprejetih na mednarodni in državni ravni. Med najbolj pomembne sodijo:

- Splošna deklaracija o človekovih pravicah, ki jo je 10. decembra 1948 razglasila Generalna skupščina Združenih narodov; Konvencija o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin z dne 4. novembra 1950; Evropske socialne listine z dne 18. oktobra 1961.
- Zakon o delovnih razmerjih (ZDR – 1): 47. člen (varovanje dostojanstva delavca pri delu),
- Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (7. člen).

Številni mednarodni dokumenti omenjajo vsem ljudem skupno pravico do dostojanstva ter univerzalne in enake človekove pravice.

Kako spoštujemo ta koncept zaposleni med seboj? A je prisoten v zavesti posameznika?

Zgodovinska izkušnja je prepričala svetovno skupnost, da je osebno dostojanstvo najpomembnejši konstrukt človeštva (Harms, Kühne, 2000). Osebno dostojanstvo je univerzalna vrednota, saj izhaja že iz same človekove danosti, da se rodi kot človek in njegovega samozavedanja kot mislečega in čutečega posameznika ter pripadnika človeške vrste. Vendar pa osebno dostojanstvo ni samo nekaj, kar nam pripada, ampak nam ga morajo tudi drugi priznati. Ta vrednota je tako ponotranjena, da se človek racionalno niti ne zaveda, da je ogrožena, čuti le bolečino ponižanja, strah. O osebnem dostojanstvu govorimo ne le zato, ker ga doživljamo kot »žrtvovano« vrednoto, ampak tudi zato, ker verjamemo, da gre za vrednoto, katere uveljavitev bi zdravstveni negi prinesla pozitivne posledice navznoter in navzven. Formula za doseganje dostojanstva posameznika je način zagotavljanja pravičnosti v vseh procesih vrednotenja in vrednosti človeka (Coverston, Rogers, 2000). Občutek osebne neodvisnosti in družbene odgovornosti izhaja iz tega prepričanja.

Če posameznik ne razvije čuta za osebno dostojanstvo oziroma mu ga okolje ne priznava, ne more razviti ali ohranjati zavesti o sebi kot o odrasli in odgovorni osebi. Posledica pomanjkanja/odrekanja osebnega dostojanstva je hierarhična družba posameznikov s šibko samopodobo.

Spoštovanje osebnega dostojanstva je človekova pravica, ki je vzajemna. Spoštovati moramo dostojanstvo vsakega posameznika v družbi ali v delovnem okolju, obenem pa spoštovanje lastnega dostojanstva upravičeno pričakujemo od drugih (Šmitek, 2006). Pri zagotavljanju pravic do dostojanstva smo ljudje enaki in enakovredni. Osnovne pravice, za katere menimo, da nam pripadajo, je treba priznavati tudi drugim, kar pomeni spoštovati njihove notranje vrednote kot človeškega bitja. Dostojanstvo je oblika socialnega priznanja, ki ga posameznik doživlja skozi dejanja, na osnovi kriterijev, ki jih je sam pri sebi ponotranjil. Občutek lastnega dostojanstva je povezan z občutkom lastnih vrednot in svobode. Dostojanstvo je mogoče obravnavati subjektivno ob upoštevanju individualnih razlik in vrednot, in objektivno - kot temelj človekovih pravic (Eibach, 2011).

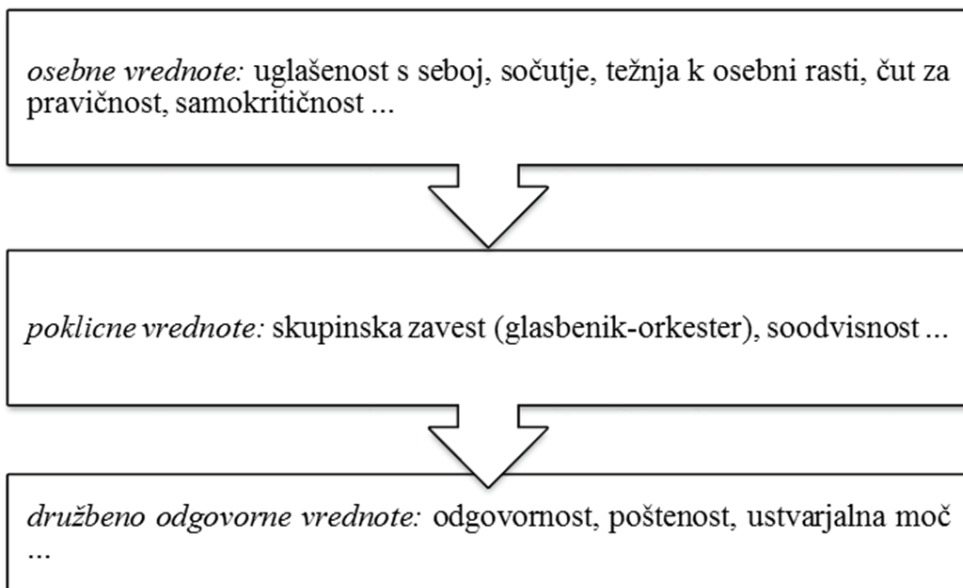
## **2 Sodobno oblikovana zdravstvena nega in njene vrednote**

V naši družbi nismo vajeni govoriti o dostojanstvu, tudi Slovar slovenskega knjižnega jezika je pri tem zelo skop. Dostojanstvo opisuje kot čast in ponos (SSKJ). Kaže, da ga je lažje opisati z negativnimi besedami, kot so: teptati, zanikati, zlorabljati, žaliti, odvzemati osnovne človeške pravice (Turkovič, 2008). Zdravstvo in zdravstvena nega sodita med poklice, kjer so zdravi medčloveški odnosi zelo pomembni. Zato je potrebno ozavestiti koncept človeškega dostojanstva in medsebojnega spoštovanja. Profesionalno dostojanstvo v zdravstveni negi je kompleksno, saj ga

sestavljajo socialni elementi in notranje osebnostne lastnosti, ti elementi pa so med seboj neločljivo povezani. Priznavanje profesionalnega dostojanstva v zdravstveni negi bi pozitivno vplivalo na kakovost obravnave pacientov s strani medicinske sestre, saj so rezultati raziskav v tujini jasno pokazali, da so medicinske sestre bolj uspešne, če se spoštuje njihovo dostojanstvo na delovnem mestu (Sabatino et al., 2014). Vrednote v zdravstveni negi se nenehno preverjajo. V sodobnem času, ko vse mineva, posamezniki branijo svoja stališča. Takšna moralna raznolikost je verjetno razlog, da se kot posameznik ali kot družba zavedamo moralnih konfliktov in dilem. Družba, v kateri živimo in delamo, je profitno naravnana, ekonomski in finančni dejavniki so čedalje bolj v ospredju, birokratske zahteve pa so imperativ za obstoj zdravstvene nege.

Ljudje pa smo čutna bitja, naše misli določajo naša dejanja, in ta so lahko plemenita ali škodljiva v odnosu do posameznikov. Vrednote družbe se spreminjajo. Z njimi se spreminjajo tudi vrednote v zdravstveni negi. Ni popolnoma pravih in ne popolnoma napačnih vrednot, ki naj bi jih medicinske sestre upoštevale. Pa vendar je nekaj vrednot, ki so značilne za vse medicinske sestre povsod po svetu in se ne bi smele spremeniti ne glede na čas. Te vrednote so: pozornost, razumnost, pravičnost, odgovornost, zaupnost, spoštljivost, delavnost. Medicinske sestre, ki upoštevacjo te vrednote, so globoko skrbne, ni jim zaupano le delo, ampak tudi zagovarjanje sprememb stroke, partnerjev in sodelavcev (Tschudin, 2004).

*Slika 2: Prezrte vrednote v sodobno oblikovani zdravstveni negi*



Zdravstvena nega kot soodvisna panoga potrebuje medicinske sestre, ki bodo znale postaviti integriteto v ospredje odnosov med zaposlenimi na vseh hierarhičnih ravneh (slika 2). Oseba z integriteto govori to, kar misli, in dela to, kar govori, skladno

z moralnimi normami in veljavnim pravom. Organizacija z integriteto ima zaposlene osebe z integriteto, obenem pa deluje skladno z etičnimi normami, zapisanimi v etičnih kodeksih organizacij, in veljavnim pravom, ki ga spoštuje (Turkovič, 2008).

Avtorji Khademi, Mohammadi, Vanaki (2012) so v raziskavi ugotavljali, da so medicinske sestre pokazale razsežnosti kršitev njihovega dostojanstva, ki vključujejo nespoštovanje, prisilo, kršenje avtonomije, zanikanje znanstvenega in strokovnega znanja in zdravstvene nege nasploh. Dostojanstvo medicinske sestre lahko kršijo tako pacienti in njihovi svojci, kakor tudi sodelavci, ki imajo nizko stopnjo strpnosti.

### 3 Študija primera

Medicinska sestra NN je osem let zaposlena na neki kliniki v Ljubljani. Karakterno je oblikovana kot vestna, delovna, spoštljiva do pacientov in sodelavcev, altruistična, motivirana za učenje in spreminjanje. Pri vseh teh lastnostih je bila zelo verna, kar je občasno tudi pokazala s svojim poštenim vedenjem. Pomembno je, da svojega prepričanja ni vsiljevala ne sodelavcem in ne pacientom. Občasno je previdno reagirala na kakšen odnos sodelavcev, ki se ji je zdel neprimeren v danem trenutku in v interakciji s pacientom. Mirno je povedala svoje mnenje, kako bi se dalo drugače ravnati z malo dobre volje. Že kmalu je imela nasprotnike, sovražnike, ki so jo šikanirali. Velikokrat je bila v stiski, stresu, ni imela podpore vodilnih. Obratno, pogosto je bila tarča kritik in obrekovanja. Odstopala je od povprečja. Mislila je, da bo drugače, če bo diplomirana medicinska sestra. Vpisala se je na študij zdravstvene nege na Zdravstveni fakulteti, ga uspešno končala, a dela zanjo ni bilo. Nešteto razlogov je slišala, bila je priča zaposlovanju sodelavk, ki so pozneje končale študij kot ona. Vmes je rodila svojega prvega otroka. Služba ji je pomenila varnost. Po vsem, kar je prestajala, je bila razočarana, žalostna, nemočna. Zavedala se je, da tej »agoniji« mora narediti konec. Poiskala je delo v Švici. Poskusno je delala petnajst dni, delodajalec je bil zadovoljen, ona tudi. Sprejeli so jo spoštljivo, profesionalno. Jasno so ji razložili svoja pričakovanja in njene odgovornosti. Začetek je bil seveda težak, toda kmalu so se pokazali rezultati. Prvič je v delovnem okolju čutila pripadnost, spoštovanje. Delo je zahtevno, odnosi pa spoštljivi, profesionalni. O obrekovanju ne duha ne sluha. Dela z isto vneemo in odgovornostjo kot pri nas. Rezultati pa so povsem drugačni.

### 4 Sklep

V razmislek postavimo vprašanje: »Ali bi bilo drugače, če bi koncept dostojanstva »ozavestili« med zaposlenimi v zdravstveni negi?« Kršenje dostojanstva medicinskih sester ima velike razsežnosti in vpliva na njihovo poklicno življenje. Zato je potrebno, da se jim zagotovi zdravo in humano delovno okolje, ki bo zagotovo spodbujalo njihovo dostojanstvo.

Taka nuja ni upravičena samo zaradi uničujočih posledic kršitve dostojanstva v sistemu zdravstvenega varstva in produktivnosti, ampak tudi zaradi dejstva, da so medicinske sestre ljudje, in to je ena izmed osnovnih človekovih pravic.

Zdi se, da so hierarhična struktura, ki velja v zdravstveni negi, avtorsko vodenje in hierarhične strukture v interakcijah z medicinsko stroko, dejavniki, ki vodijo do skupnih kršitev dostojanstva medicinskih sester. Treba je spremeniti in oblikovati izobraževanje za menedžerje zdravstvene nege (Khademi, Mohammadi, Vanaki, 2012). Te ugotovitve zagotavljajo oblikovalcem politike, menedžerjem zdravstvene nege in raziskovalcem, da razmišljajo o upravljanju in vodenju v zdravstveni negi na drugačen način.

## LITERATURA

1. Coverston, C., Rogers, S. (2000). Ethical decision making in a postmodern world. *Journal of Nursing*, 14, št. 2, str. 1-11.
2. Eibach, U. (2011). Gesundheit und Krankheit im Pflegearbeit. *Juwenta. Beruf und Erklärungsansätze*, 12, št. 3, str. 125-36.
3. Harms, U., Kuhne, K. (2000). Gesundheitsförderung im Pflegearbeit. *Jurnal of Social and Clinical Psychology*, 19, št. 1, str. 70-9.
4. Khademi, M., Mohammadi, E., Vanaki, Z. (2012). Nurses' experiences of violation of their dignity. *Nursing Ethics*, 19, št. 3, str. 328-40.
5. Sabatino, L., Stievano, A., Rocco, G., Kallio, H., Pietila, A.-M., Kangasniemi, M. K. (2014). The dignity of the nursing profession: a meta-synthesis of qualitative research. *Nursing Ethics*, 21, št. 6, str. 659-72.
6. Pridobljeno dne 12. 9. 2014 s svetovnega spleta: [http://bos.zrc-sazu.si/cgi/a03.exe?name=sskj\\_testa&expression=dostojanstvo](http://bos.zrc-sazu.si/cgi/a03.exe?name=sskj_testa&expression=dostojanstvo).
7. Tschudin, V. (2004). Book Review: toward a moral horizon. *Review Nursing Ethics*, 11, št. 5, str. 530-1.
8. Turković, K. (2008). Pravo na odbijanje medicinskog tretmana u Republici Hrvatskoj. *Medicina*, 44, št. 2, str. 158-70.
9. Pridobljeno dne 21. 10. 2014 s svetovnega spleta: <http://sl.wikipedia.org/wiki/Integriteta>.

# Zaposlenost diplomantov prve generacije študija zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstvene vede – primer dobre prakse

*POVZETEK - Prispevek govori o diplomantih zdravstvene nege in pomenu njihovega znanja za ustanovo, kjer so ti zaposleni. Teorija opisuje zaposlenega kot intelektualni kapital in obravnava nadaljevanje študija na visoki stopnji kot prednost pri prenosu znanja v ustanovi in povečanje kakovosti dela le-te. Namen prispevka je raziskati zaposlenost diplomantov prve generacije študentov zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstvene vede Novo mesto (FZV NM) ter predstaviti primer dobre prakse ene izmed zdravstvenih ustanov, kjer so uspešno zaposlili vse diplomante prve generacije FZV NM, ki so tu študirali ob delu. Cilj raziskave je prikazati pomen in prednosti nadaljevanja študija za posameznika in tudi za ustanovo. Zaposlenost diplomantov smo ugotavljali s pomočjo kontakta s posamezniki ter izvedli strukturirani intervju, namenjen vodji zdravstvene nege v ustanovi, ki smo jo raziskovali. V raziskavi je ugotovljen visok odstotek napredovanja pri predhodno zaposlenih diplomantih kot tudi visoka raven zaposlenosti diplomantov, ki predhodno niso imeli zaposlitve. Aktivnosti diplomantov se v ustanovi označijo kot strokovne, iniciativne in odgovorne. Kljub prepovedi zaposlovanja v zdravstvu se še vedno zaposluje diplomante visokih šol, kar nam v raziskavi pokaže raven novih zaposlitev diplomantov prve generacije FZV NM. Z nadaljevanjem študija na visoki stopnji si diplomanti odpirajo več možnosti za napredovanje in zaposlitev, kar pa je tudi cilj nadaljevanja študija.*

*KLJUČNE BESEDE: intelektualni kapital, znanje, zaposlovanje*

## 1 Uvod

Vsakodnevno spremljamo poročanje medijev o zaposlovanju v Sloveniji, tudi v zdravstvu. S to problematiko se soočamo že vrsto let, a ta vse do danes ostaja bolj ali manj nespremenjena. Kadar gre za politiko zaposlovanja, smo v večini primerov deležni negativnih sporočil, čeprav morebiti ni vse tako črno, kot se na prvi pogled zdi. V tem prispevku ne bomo govorili o problematiki zaposlovanja, temveč o prednostih, ki jih zdravstveni delavci z nadaljevanjem študija prinesejo v ustanovo, kjer so že zaposleni, in tistem znanju, ki jih mladi diplomanti predstavijo ustanovi, ko dobijo zaposlitev.

Teoretični del prispevka opisuje zaposlenega kot intelektualni kapital ustanove, obravnava posameznikovo znanje in ravnanje z njim. Izsledki strokovnjakov s področja menedžmenta človeških virov nam predstavijo pomembnost tega kapitala, ki je neločljivo povezan z izobrazbo oz. izobraževanjem posameznika.

Namen prispevka je raziskati zaposlenost diplomantov prve generacije študentov zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstvene vede Novo mesto. Naš cilj je ugotoviti stopnjo brezposelnosti in stopnjo napredovanja diplomantov, hkrati pa predstaviti primer dobre prakse ene izmed zdravstvenih ustanov, kjer so uspešno zaposlili vse diplomante prve generacije FZV NM, ki so študirali ob delu, ter nekatere diplomante tudi na novo zaposlili.

Zdravstvena nega je stroka, v kateri se potrebe po znanju vsakodnevno spreminjajo in povečujejo. V skadu s tem pa se povečuje tudi potreba po izobraževanju. Nove smernice, doktrina dela, tehnološka in znanstvena dognanja, delo na vseh področjih zdravstva medicinske sestre nenehno izzivajo, da se razvija in ustvarja. Stari pregovor pravi: »Več znaš, več veljaš.« Napisan je preprosto in jasno in kot tak velja še danes. Znanje predstavlja moč posameznika, da udejanji svoje cilje. Brez znanja ni mogoče strokovno in profesionalno opravljati dela, v katerem koli poklicu in enako v zdravstveni negi. Imeti znanje pa v sodobnem času ni več dovolj, znanje je treba ohranjati in nadgrajevati, z izkušnjami mu omogočiti, da dozori in postane naš vsakodnevni sopotnik pri delu. Zdravstvena nega je področje, kjer se novosti v stroko nenehno uvajajo, stroka se spreminja in to zahteva tudi od tistih, ki znotraj iste delujemo. Zaposleni v zdravstveni ustanovi so človeški kapital, najdragocenejše premoženje, ki ga je treba negovati kot vsako drugo.

## **2 Razsežnosti intelektualnega kapitala in znanja v ustanovi**

### *2.1 Intelektualni kapital*

Pojem intelektualni kapital je razkril britanski futurolog Hugh MacDonald in ga definiriral kot znanje, ki obstaja v organizaciji in se lahko uporabi za ustvarjanje prednosti pred drugimi ustanovami in ga hkrati opredelil kot temeljni koncept premoženja v informacijski dobi (<http://www.gzdbk.si/si/aktualno/uspeh/detajl/?id=936>).

Ena od glavnih lastnosti intelektualnega kapitala je njegova »neopredmetenost«, torej neotipljivo premoženje. Ta nima konkretne materialne oblike, kot npr. nepremičnine, niti očitne finančne vrednosti. Intelektualni kapital se opisuje tudi kot »skrito premoženje«, zato ga je pogosto težko identificirati in ovrednotiti (Kolakovič, 2003). Lahko ga označimo tudi kot prikrito bogastvo, skrito v znanju in sposobnostih zaposlenih. Koliko bo intelektualni kapital ustanove izkoriščen, pa je odvisno od vodstva ustanove (Pibernik, 2010).

Za potrebe menedžmenta človeških virov lahko intelektualni kapital delimo na tri sestavine. Te so človeški, socialni in organizacijski kapital (Adler in Kwon, 2002).

Teorija intelektualnega kapitala je nova teorija, ki je vzbudila ne samo veliko pozornost, ampak tudi velike obete za povečanje poslovnih rezultatov v prihodnosti. Osnova te teorije je dejstvo, da ima materialno premoženje (zemlja, zgradbe, oprema,



denar) največjih družb na svetu manjšo vrednost kot nematerialno premoženje, ki ni navedeno v njihovih bilancah (Kolakovič, 2003).

Človeški kapital kot prva sestavina intelektualnega kapitala naj bi vseboval element izobrazbe zaposlenih, njihovih kompetenc, vrednot, naravnosti in izkušenj (Garavan in sod., 2001). Podobno meni Pahor (2010), da človeški kapital poleg naštetega zajema še izkušnje, znanje, sposobnosti in stališča posameznika. Tudi Hudson (1993) pravi, da je človeški kapital sestavljen iz kombinacije posameznikovih podedovanih sposobnosti in zmožnosti, pridobljenih z usposabljanjem in izobraževanjem, ki se razvijajo skozi izkušnje in odnos, ki ga posameznik izraža do svojega dela in življenja.

Gruban (2012) meni, da človeški kapital obsega kar 85–95 % celotnega premoženja ustanove in da smo ljudje edino aktivno premoženje ustanove, saj imajo materialna sredstva, kot so denar, oprema in tehnologija le inertni potencial, ki ne dodaja nobene vrednosti brez posredovanja človeka. Iz tega lahko zaključimo, da so ljudje največje premoženje, ki ga poseduje ustanova. Hkrati pa se z zaposlenim ravna kot s stroškom, ki je pogrešljiv, torej smo zaposleni še vedno premoženje, ki se ga slabo razume, še slabše meri in neustrezno upravlja. Tako je, ker smo ljudje mobilni, subjektivni, spremenljivi in hkrati nepredvidljivi.

Človeški kapital ni last organizacije, temveč si ga ustanova le izposoja. Vrednost le-tega pa se s pomočjo ustanove lahko večja skozi pridobivanje novega znanja in izkušenj (Lengnick-Hall in Lengnick-Hall, 2003; Gruban, 2012). Teorija človeškega kapitala dokazuje, da ljudje dodajo vrednost ustanovi (Wright in sod., 1994). Proces ravnanja z ljudmi, kako so posamezniki motivirani, in način, s katerim je omogočen njihov osebni in strokovni razvoj, močno vplivata na uspešnost ustanove (Pibernik, 2010). Vrednost sodobnih organizacij je najbolj odvisna od ljudi, ki v njih delujejo, njihovega znanja in sposobnosti. Človeški kapital ima najdaljšo tradicijo, saj je za ekonomiste pomen znanja pogoj za nadaljnji gospodarski razvoj (Shultz, 1971; Becker, 1975).

Organizacijski ali strukturni kapital se nanaša na institucionalno znanje in izkušnje, ki so zabeleženi v podatkovnih bazah, postopkih, patentih in priročnikih. Ta kapital je v lasti organizacije (Adler in Kwon, 2002). Po Pahorju (2010) zajema formalno in neformalno organizacijsko strukturo, metode in postopke dela, programsko opremo, baze podatkov, sisteme raziskav in razvoja, sistem vodenja in korporacijsko kulturo.

Socialni ali relacijski kapital predstavlja dimenzijo intelektualnega kapitala in se nanaša na vire znanja, ki so na voljo in se razvijajo v različnih mrežah odnosov med člani organizacije in zunanjim okoljem. Izvira iz strukture in vsebine posameznikovih socialnih razmerij, medtem ko njegovi učinki izvirajo iz informacij in znanja, ki je posameznikom na voljo v njihovem socialnem omrežju (Adler in Kwon, 2002).

Duhovni kapital se v sodobnem času pojavlja kot element, ki zvišuje vrednost ustanove. Duhovni kapital je količina duhovnega in strokovnega znanja, ki je na voljo posameznikom ali kulturam, kjer duhovnost pomeni namen življenja, njegove vrednote in končni smisel. Odraža se v tistem, v kar organizacija verjame in zaradi česar

obstaja, za kar prevzema oz. sprejema odgovornost. Postavlja si vprašanja, zakaj nekaj počnemo in kako počnemo določene stvari. Na ta vprašanja pa odgovarja, ali počnemo prave stvari in ali obstaja boljši način za njihovo izvedbo (Zohar in Marshall, 2006).

## 2.2 Znanje ustanove

Izkušnje iz prakse kažejo, da znanje pri nas še vedno ni dovolj cenjeno, še slabše pa je to, da tistega znanja, ki v ustanovi obstaja, ne znamo izkoristiti, saj je znanje posameznikov v organizaciji veliko večje, kot se pogosto zavedamo, vendar je le-to skrito. Bistvena lastnost znanja je, da ga posamezniki nosimo v glavi, zato nam ga nihče ne more odtujiti, dokler ga ne izrazimo (Rant, 2005). Znanje v ustanovi je težko meriti, saj se nahaja v različnih oblikah, zato ga najlažje ponazorimo z izrazom intelektualni kapital (Pibernik, 2010). Ravno tako pa znanje in sposobnost znotraj ustanove nista enakomerno porazdeljeni, saj so ljudje z največjimi zmožnostmi izjemno redki (Wright, 1994).

Znanje je definirano kot razumevanje, ki ga ima posameznik in ga uporablja za učinkovito doseganje svojih ciljev, hkrati pa je specifično za vsakega posameznika (Pibernik, 2010). Pojem, ki je močno povezan z znanjem, pa so kompetence, torej vse sposobnosti uporabe znanja in druge zmožnosti, ki so potrebne za uspešno in učinkovito izvrševanje določenih nalog. Obsegajo znanje in tudi veščine, spretnosti, osebnostne in vedenjske značilnosti, prepričanja, motive, vrednote, vse tisto, kar daje višjo garancijo za delovni uspeh kot znanje samo po sebi. Najbolj enostavno pa lahko kompetence definiramo kot zapise vlog, ki jih imajo ljudje v delovnih procesih (Gruban, 2003). Kompetence torej pomenijo sposobnost posameznika, da bo uporabil svoje znanje na način, ki ga bo pripeljal k pravilni odločitvi, s tem pa k želenim rezultatom, in so nujno potrebne za samostojno ter odgovorno delovanje posameznika na delovnem mestu (Pibernik, 2010).

## 2.3 Vrste znanja

Ena temeljnih delitev znanja je delitev na eksplicitno, torej zunanje ali izraženo znanje, in na implicitno ali tiho znanje. Eksplicitno znanje je zavedno in merljivo. Izraženo je v obliki dokumentov in postopkov. To je znanje, ki je formulirano in se lahko prenaša s pomočjo informacijske tehnologije (Pučko, 1998; Šmitek, 2001), znanstvenih formul, kodiranih procedur in univerzalnih principov ter je izraženo v besedah in številkah. Kot tako predstavlja le vrh ledene gore, pod katero so skriva tacitno znanje (Nonaka in Takeuchi, 1995). Tacitno ali implicitno znanje pa je tisto znanje, ki ne more biti kodirano, formulirano in izraženo na način, ki bi drugemu posamezniku omogočal, da bi s sledenjem navodil lahko izvedel enako aktivnost (Styhre, 2003; Šmitek, 2001). Torej je tiho znanje osebno znanje posameznika, ki ga je ta ponotranjil in se demonstrira skozi njegove izkušnje in vrednote. Čeprav je to znanje težko prenosljivo, ga s pravim načinom komuniciranja, sodelovanja in distri-

bucije lahko prenašamo (Pibernik, 2010). Sem spadajo subjektivni pogledi, intuicije in slutnje (Nonaka in Takeuchi, 1995).

Zahtevnejše od identificiranja obstoječega znanja je iskanje novega znanja, ki ga v organizaciji primanjkuje, in tistega znanja, ki ga bo organizacija potrebovala v prihodnosti. Strokovnjaki so ugotovili, da je v organizacijah kljub velikemu obsegu različnega znanja premalo uporabnega in da je lastno znanje slabo izkoriščeno (Možina, 2010). Čim pogosteje pa se znanje uporablja, bolj se to povečuje in plemeniti. Ključno je zavedanje, da znanje predstavlja neodtujljiv vir, ki ga lahko prodamo, a ga še vedno posedujemo. Isto znanje lahko hkrati uporablja večje število ljudi, vendar pa izvira iz posameznika in je zato nedvomno del človekove kompleksne osebnosti. Če ustanova takšnega znanja ne zna uporabiti, pomeni, da ne zna ustvariti nove uporabne vrednosti (Pibernik, 2010).

#### *2.4 Ravnanje z znanjem*

Glavni namen ravnanja z znanjem je spodbujanje učenja zaposlenih, pri čemer želimo doseči čim večji učinek naložb v znanje. Poleg tega mora ustanova poskrbeti, da se znanje, ki je ključno za njegovo uspešnost, pretvori v eksplicitno znanje, s čimer se zavaruje pred izgubo. Kot podpora prenosu znanja iz notranjega in zunanjega okolja mora vzpostaviti ustrezno informacijsko podporo in poslovno politiko, ki bo zagotavljala, da informacije pridejo do tistih, ki jih potrebujejo, v najkrajšem možnem času (Pibernik, 2010). Poleg tega je namen ravnanja z znanjem tudi pregled nad razpoložljivim znanjem v ustanovi in lažje iskanje njihovih ključnih nosilcev. Pomen ravnanja z znanjem se za sodobno ustanovo najbolj pokaže skozi koristi, ki mu jih ravnanje z znanjem lahko prinese (Pirc, 2001).

Če organizacijska kultura ni naklonjena posamezniku in njegovemu znanju, ga bo ta uporabljal le v omejenem obsegu in ga ne bo prenašal na druge, saj je to znanje vir njegove moči. Implicitno znanje je torej vir konkurenčne prednosti, z odhodom posameznika iz delovnega okolja pa bo to znanje za organizacijo izgubljeno. Obe obliki znanja sta za ustanovo pomembni, saj sta med seboj povezani in v praksi prehajata druga v drugo (Pibernik, 2010).

Procesa zaznavanja in razlaganja vsebine pridobljenih informacij v organizaciji sta pod močnim vplivom njene kulture. Iz napak se mora tudi kaj naučiti. Ljudje v organizaciji, ki jim ne dopušča svobode delovanja, ne morejo biti ustvarjalni in sposobni za ustvarjanje boljših rezultatov. Zato je nujno, da se vsak v organizaciji počuti svobodnega pri iskanju novih idej pri vsakdanjih aktivnostih (Možina, 2010). Za organizacijsko kulturo tako lahko zatrdimo, da je eden pomembnejših pogojev za uspešno ravnanje z znanjem. Zato pa moramo zagotoviti skupne vrednote, prepričanja in cilje, ki bodo ustvarjali pogoje za ustrezno prenašanje znanja v ustanovi in znotraj nje med zaposlenimi ter obenem odstranjevali ovire, kot so pomanjkanje zaupanja in motivacije, skrivanje znanja ali pomanjkanje sodelovanja (Pibernik, 2010).

Z omogočenim dostopom do znanja nikakor še ni zagotovljena njegova uporaba. Zahteve po inovativni uporabi informacij so vedno večje. Gre za preoblikovanje znanja z namenom ustvarjanja novega, kar naj bi povzročilo spremembo vedenja posameznikov in celotne organizacije. Torej, če ima organizacija pomanjkljive oblike prenašanja in širjenja znanja, je lahko veliko zbranega znanja neučinkovito uporabljenege. Zelo pomembno je okolje, ki spodbuja ustvarjalnost in eksperimentiranje ter podpira nove ideje. Za učinkovito uporabo znanja je prav, da so viri znanja različni in da so stiki med ljudmi pogosti, saj le tako lahko osvetlimo isti problem iz različnih zornih kotov ter ga lahko rešujemo na različne načine. Organizacija potrebuje organizacijsko strukturo, ki omogoča dobro komunikacijo in pretok znanja. Ideje morajo prosto krožiti v okolju, kjer so različni vidiki in možnosti nekaj vsakdanjega (Možina, 2010).

Raziskave so pokazale, da zaposleni uporabijo pri svojem delu v povprečju le 20 odstotkov pridobljenega znanja. Manj kot 30 odstotkov vseh treningov spremeni ravnanje zaposlenih in njihovo obnašanje pri delu, manj kot 5 odstotkov usposabljanja se odraža neposredno v poslovnih rezultatih. Podatki opozarjajo na pomen ciljnega usposabljanja in pridobivanja znanja zaposlenih, torej znanja, ki ga lahko pri svojem delu neposredno uporabijo. Tako postanejo vlaganja v usposabljanje zaposlenih neposredna naložba z učinki, ki se odražajo v poslovni uspešnosti (Planko, 2001).

Kaj pomaga organizaciji, če temeljito izobražuje svoje delavce, pa jim tega znanjane dovoli uporabljati?

Pridobivanje znanja je dolžnost in pravica vsakega zaposlenega in ravno ta miselnost bo znanju v ustanovi namenila pravo vrednost. Tako bo ustanova postala dinamična celota, ki se bo lahko uspešno odzivala na potrebe trga in zaposlenih (Pibernik, 2010). Ustanove pri ugotavljanju potreb po izobraževanju pogosto izhajajo iz stopnje izobrazbe zaposlenih oz. kvalifikacije, specifičnega znanja in spretnosti za posamezno delo, izsek iz dela pa upoštevajo tam, kjer se pojavljajo problemi in bi jih izobraževanje utegnilo odpraviti (Urh, 2007).

Temelj nenehnega razvoja posameznika in organizacije je ciljno usmerjeno, sistematično in stalno usposabljanje. Glede na to mora ustanova nenehno ugotavljati potrebe po dodatnem usposabljanju in jih povezovati s sposobnostmi in interesi zaposlenih, pri čemer se mora zavedati, da bo posameznik, z njim pa tudi ustanova, uspešen in učinkovit, če bo ustrezno izobražen in usposobljen. Vuković in Miglič (2006) opisujeta proces stalnega razvoja in usposabljanja v organizaciji kot mrežo dejavnosti, potrebnih za razvoj individualnih sposobnosti zaposlenih, s čimer se dosežejo cilji organizacije. Osnova upravljanja kadrovskega virov je analiza dela, ki usmerja pozornost na to, kaj se pričakuje od zaposlenih, prav tako pa na znanje, spretnosti, sposobnosti, ki so potrebni za učinkovito delo na posameznem delovnem mestu.

Za dobro izmenjavo znanja v organizaciji, pri kateri sta pomembni hitrost in kakovost, je koristno ustvariti vrsto sodelovalnih procesov. Na strokovni in specialistični ravni se lahko uporablja medsebojna pomoč, kar zagotavlja, da pravo strokovno zna-

nje pride na pravi kraj ob pravem času. Način prenašanja znanja je predvsem odvisen od njegove vrste, hkrati pa je za učinkovito izmenjavo znanja potrebna povezava strategije ravnanja s človeškimi viri z upravljanjem znanja, kot na primer: učenje iz napak, dogovori na podlagi zaupanja, pregled izkušenj iz projektov, oglasne deske, fizično okolje za izmenjavo idej v obliki skupnih baz idej, orodja za skupinsko delo, medfunkcijske projektne skupine, socialne mreže in poznanstva, uporaba zunanjih virov, spodbujanje radovednosti, spodbujanje osebne odličnosti in forumi za izmenjavo znanja (Možina, 2010).

### **3 Zaposlenost študentov prve generacije študentov FZV NM**

Namen prispevka je raziskati zaposlenost diplomantov prve generacije študentov zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstvene vede Novo mesto (FZV NM) ter predstaviti primer dobre prakse v Zdravstvenem domu Črnomelj, kjer so uspešno zaposlili vse diplomante prve generacije FZV NM, ki so študirali ob delu. Cilj raziskave je prikazati pomen in prednosti nadaljevanja študija za posameznika in tudi za ustanovo.

Zaposlenost diplomantov smo ugotavljali s pomočjo kontakta s posamezniki in izvedbo strukturiranega intervjuja, namenjenega vodji zdravstvene nege Zdravstvenega doma Črnomelj.

V prvi letnik izrednega študija, tj. leta 2008, je bilo vpisanih 86 študentov. V tretji letnik je napredovalo 72 študentov. 6 študentov do danes še ni diplomiralo, a imajo izpolnjene pogoje za oddajo dispozicije.

Pri izrednih diplomantih je visoka stopnja napredovanja in zelo nizka stopnja brezposelnosti. Podatkov o zaposlenosti pri 6 diplomantih nismo uspeli pridobiti.

V prvi letnik rednega študija, tj. leta 2008, je bilo vpisanih 67 študentov. V tretji letnik je napredovalo 62 študentov. 8 študentov do danes še ni diplomiralo, a imajo izpolnjene pogoje za oddajo dispozicije.

Pri rednih diplomantih je razvidna visoka stopnja napredovanja, stopnja brezposelnosti je nizka. Podatkov o zaposlenosti diplomantov nismo uspeli pridobiti pri 2 diplomantih.

Statistična primerjava raziskovane množice nam prikaže jasno sliko zaposlenosti in napredovanja diplomantov prve generacije rednih in izrednih študentov. Celokupni nivo napredovanja je visok in znaša kar 71 %, pri izrednih diplomantih 2 % višji kot pri rednih diplomantih. Odstotek zaposlenosti v zdravstvu je pri diplomantih skorajda skladen, pojavlja se namreč razlika le za 1 %, ki je višji pri rednih diplomantih. Pojavlja se razlika pri brezposelnosti diplomantov, in sicer je od celotnega števila izrednih diplomantov le 3 % (2) brezposelnih, rednih pa 9 % (5), torej je skupaj od 122 diplomantov prve generacije brezposelnih le 6 % (7). Podatkov nismo uspeli

pridobiti pri 9 % (6) diplomantov izrednega študija in 4 % (2) diplomantov rednega študija.

### *3.1 Odnos do izobraževanja v zdravstveni ustanovi – primer dobre prakse*

Kidd pravi (Kranjc, 1996), da se sodobni človek mora nenehno izobraževati, predvsem zato, da lahko obstaja in preživi, postaja nekaj, kar še ni bil, in odkriva nove razsežnosti svoje osebnosti, da pripada nekemu oziroma izoblikuje svojo osebno identifikacijo. Sam mora odkriti, kdo je, kaj v življenju hoče oz. kakšne cilje ima.

Brez znanja in stalnega učenja v zdravstveni negi ni mogoče delovati. Razviti moramo lastno filozofijo stroke, ki nastaja v lastnem socio-kulturnem okolju in je ni možno prenesti iz drugih okolij. Vsekakor pa je znanje predpogoj za razvoj zdravstvene nege. Zaposleni v zdravstveni negi morajo znanje dobiti v raznih oblikah neformalnega izobraževanja, saj tisto, ki se na tem področju pridobi v sklopu formalnega izobraževanja, za strokovno opravljanje dela ni dovolj, in samo na ta način lahko pričakujemo, da praksa sledi teoriji, da se medsebojno bogatita in vzporedno razvijata. Permanentno izobraževanje ima poseben pomen v zdravstveni negi, saj je to stroka, ki se izredno hitro razvija in težko pridobiva na veljavi, samostojnosti in avtonomnosti. Če pa premore dovolj znanja, je vse zgoraj naštetu lažje preseči (Hoyer, 2004).

Zdravstveni dom Črnomelj je ena izmed ustanov, kjer so omogočili napredovanje štirim uspešnim študentkam prve generacije diplomantov izrednega študija Fakultete za zdravstvene vede Novo mesto in hkrati na novo zaposlili dve diplomantki rednega študija. Glede na skupno število zaposlenih v zdravstveni negi te ustanove, ki znaša 30, je v zadnjih dveh letih to veliko število. Vsem diplomantkam je bilo zagotovljeno delovno mesto v skladu z njihovo pridobljeno visoko izobrazbo v času 12–18 mesecev po zaključku študija. Pri premestitvi zaposlenih niso imeli večjih težav, saj so le-te časovno sovpadale z nekaterimi spremembami v ustanovi – upokožitve in premestitve. Zaposlene so razporejene na delovna mesta v patronaži, otroški preventivi, zobozdravstveni preventivi, nujni medicinski pomoči ter referenčni ambulanti (Intervju, 2014).

Zaposlene diplomantke FZV NM so prevzem novih delovnih mest, kot pravi glavna medicinska sestra Nada Zorc, opravile dobro strokovno pripravljene. Tako na začetku pri uvajanju kot tudi danes svoje delovne dolžnosti opravljajo strokovno in odgovorno. Meni tudi, da obstaja razlika med temi in diplomanti drugih šol, ampak da te razlike ne izhajajo iz kraja, kjer so posamezniki opravljali študij, temveč so te razlike produkt samega posameznika, njegove osebnosti, motivacije pri študiju in tudi pri delu (Intervju, 2014).

Izkušnje, ki jih imajo z zaposlenimi diplomantkami FZV NM, so zelo dobre. Zaposlene ves čas kažejo visok nivo znanja, sposobnosti, strokovnosti in odgovornosti. V svoje delo skušajo vnesti spremembe, se izobražujejo in sodelujejo. Prav tako pa skrbijo za promocijo individualnih področij, na katerih delujejo, da bi izboljšale dosedanje prakso dela in povišale kakovost obravnave pacientov. Interes zaposlenih diplomantk za projekte, spremembe in izboljšave je na visokem nivoju, morebiti

malce večji kot pri ostalih zaposlenih. Ravno zaradi specifičnega znanja, ki so si ga pridobile v času študija, imajo nekatere večšine bolj razvite in jih zato lažje inkorporirajo v svoje delo (Intervju, 2014).

Zorčeva pravi, da so bile karakteristike, kot so strokovnost, odgovornost in visok nivo znanja, izjemno pomembne pri napredovanju zaposlenih diplomantk in tudi pri novih zaposlitvah.

Meni, da je vse dodatno znanje posameznih zaposlenih, tako tistih, ki so dokončali študij, tistih, ki ga opravljajo, kot tudi tistih, ki se redno udeležujejo izobraževanja iz stroke, prednost ustanove v smislu intelektualnega kapitala. Ker razširjajo znanje znotraj ustanove, imajo razvit sistem poročil o izobraževanju, ki jih zaposleni morajo posredovati ostalim po udeležbi na strokovnih srečanjih, simpozijih in izobraževanjih. Izbrane teme predstavijo ostalim zaposlenim v obliki kratkih predavanj (Intervju, 2014).

Nadaljevanje študija v smislu pridobivanja novega znanja in napredka je v ustanovi vsekakor zaželjeno, a ga zaradi sedanjega stanja, polne kapacitete zaposlenih in zaposlitvenih omejitev ne spodbujajo, saj trenuno ne morejo zagotoviti napredovanja. Torej je zaposlitev novih generacij diplomantov vprašljiva. Vsekakor pa se bo ob spremembi stanja in možnosti napredovanja le-to omogočilo tudi študentom, ki bodo zaključili študij. Le-ti bodo ob sprostivni delovnega mesta, ustreznega za njihovo izobrazbo, imeli prednost pri novih zaposlitvah. Sedaj FZV NM obiskujejo trije zaposleni, ki zaključujejo študij (Intervju, 2014).

## **4 Zaključek**

Visoka šola za zdravstvo v Novem mestu, danes Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto, je prvič odprla vrata študentom zdravstvene nege leta 2008 in tako omogočila mnogim posameznikom študij zdravstvene nege v tem okolju. Veliko število visokih šol v Sloveniji z istim programom je prineslo tudi obilico primerjav med diplomanti in kakovostjo njihovega znanja po zaključku študija.

Na Fakulteti za zdravstvene vede so do danes zaključile študij tri generacije rednih in izrednih študentov zdravstvene nege, ki delujejo v sistemu zdravstvene nege skorajda po vsej Sloveniji. Tako kot diplomanti drugih zdravstvenih šol znanje, ki so ga pridobili v času študija, vsakodnevno inkorporirajo v svoje delo in s tem doprinašajo k izboljšanju obstoječih sistemov v zdravstvenih organizacijah, kjer opravljajo svoje delo. In ravno ti posamezniki predstavljajo intelektualni kapital posameznih ustanov in višajo kakovost tako svojega dela kot tudi dela ustanove.

V raziskavi smo ugotovili visoko raven zaposlenosti in napredovanja diplomantov prve generacije, tako rednega kot tudi izrednega študija. Ta podatek nam pove, da so diplomanti Fakultete za zdravstvene vede Novo mesto enakovredni diplomantom drugih slovenskih fakultet. V prispevku je raziskana le prva generacija diplomantov,

ki jo glede na pridobljene rezultate lahko označimo kot zelo uspešno generacijo. Za oris celotne slike bi morali raziskati tudi druge generacije diplomantov, ki so do sedaj zaključile študij, in raziskati izkušnje pri zaposlovanju diplomantov tudi v drugih ustanovah, kjer so ti zaposleni.

Postavlja se vprašanje, katero znanje je bolj cenjeno oziroma več vredno. Tisto, ki ga pridobimo s formalnim visokošolskim izobraževanjem, ali tisto, ki ga pridobimo skozi svoje delo, torej izkustveno znanje skozi več let. Ker se posamezniki med seboj močno razlikujemo po sposobnostih, delovnih izkušnjah, stopnji izobrazbe in spretnostih, znanja ne moremo do potankosti definirati in zaposlenih oceniti, kdo ima znanja več in kdo manj. Lahko pa rečemo, da ima vsak posameznik v svoji drugačnosti neprecenljivo vrednost, ki izhaja iz njegovega intelekta. Vse znanje, izkušnje, spretnosti, sposobnosti zaposlenih lahko označimo kot intelektualni kapital ustanove. Torej, bolj so zaposleni izobraženi, večji je ta kapital, posebno takrat, kadar je oplemeniten z izkušnjami tistih zaposlenih, ki imajo sicer nižjo izobrazbo, zato pa neprecenljivo izkustveno znanje, ki ga lahko predajajodrugim.

## LITERATURA

1. Adler, P. S., Kwon, S. W. (2002). Social capital: prospects for a new concept. *Academy of Management Review*, 27, št. 1, str. 17-40.
2. Becker, G. (1975). *Human capital*. New York: John Wiley and Son.
3. Garavan, T. N., Morley, M., Gunnigle, P. in Collins, E. (2001). Human capital accumulation: the role of human resource development. *Journal of European Industrial Training*, 25, št. 2, str. 48-68.
4. Gospodarska zbornica Dolenjske in Bele krajine (2013). Vrednost intelektualnega kapitala. Pridobljeno dne 16. 2. 2013 s svetovnega spleta: <http://www.gzdbk.si/si/aktualno/uspeh/detajl/?id=936>.
5. Gruban, B. (2012). Upravljanje človeškega kapitala v podjetju. *Ekonomska demokracija*, 4, št. 1, str. 3-5.
6. Hoyer, S. (2004). Pomen permanentnega izobraževanja v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 38, št. 2, str. 113-116.
7. Hudson, W. (1993). *Intellectual capital: how to build it, enhance it, use it*. New York: John Wiley and Son.
8. Intervju z glavno medicinsko sestro Zorc Nado (2014). *Zdravstveni dom Črnomelj*.
9. Kolakovič, M. (2003). Teorija intelektualnega kapitala. *Ekonomski pregled*, 53, št. 11-12, str. 925-944.
10. Kranjc, A. (1996). Kakšno znanje potrebuje sodobni človek. *Andragoška spoznanja*, 3, str. 5-10.
11. Lengnick-Hall, M. L., Lengnick-Hall, C. A. (2003). HR's role in building relationship networks. *Academy of Management Executive*, 17, št. 4, str. 53-66.
12. Možina, S. (2010). Pomen znanja kot sestavine intelektualnega kapitala in udeležba zaposlenih pri dobičku. *Ekonomska demokracija*, 14, št. 6 str. 16-22.
13. Nonaka, I., Takeuchi, H. (1995) *The knowledge – creating company: how Japanese*



- companies create the dynamics of innovation. New York: Oxford University Press.
14. Pahor, M. (2010). Intelektualni kapital kot ključni dejavnik ustvarjanja dodane vrednosti. *Ekonomika*, 14, št. 4, str. 2-10.
  15. Pibernik, N. (2010). Znanje: Teorija in praksa. V: Andrejašič, T. (ur.). *Ravnanje z znanjem*. Koper: Fakulteta za management, str. 107-113.
  16. Pirc, A. S. (2001). Pomen ravnateljeve vloge pri oblikovanju ustrezne kulture za ravnanje z znanjem. Magistrsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
  17. Planko, S. (2001). Intelektualni kapital. *Revija Kadri*. Pridobljeno dne 17. 2. 2013 s svetovnega spleta: [www.partner-team.si/upload/61\\_intelekt\\_kapital.pdf](http://www.partner-team.si/upload/61_intelekt_kapital.pdf).
  18. Pučko, D. (1998). Poslovođenje znanja in vplivi na strateško poslovođenje ter analizo. *Organizacija*, 31, št.10.
  19. Rant, Ž. (2005). Vrednost znanja. *Organizacija*, 35, št. 10, str. 619-623.
  20. Shultz, T. W. (1971). *Investment in human capital*. New York: The free press.
  21. Styhre, A. (2003). *Understanding knowledge management*. Oslo: Libert.
  22. Šmitek, J. (2001). Hierarhija znanja v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 35, str. 163-174.
  23. Urh, I. (2007). Kriteriji za oceno organizacije/institucije kot učeče se organizacije. *Organizacija*, 40, št. 3, str. 45-A5.
  24. Vukovič, G., Miglič, G. (2006). *Metode usposabljanja kadrov*. Kranj: Moderna organizacija.
  25. Wright, P. M., McMahan, G. C., Williams, A. (1994). Human resources and sustained competitive advantage: a resource based perspective. *International Journal of Human Resources Management*, 5, št. 2, str. 245-263.
  26. Zohar, D., Marshall, I. (2006). *Duhovni kapital*. Ljubljana: TOZD.

# Dostojanstvo in zasebnost pod drobnogledom

*POVZETEK - V primežu nesoglasij na področju zdravstvene nege sta spoštovanje dostojanstva in zasebnosti tisti vrednoti, ki vzdržujeta minimalni standard medosebnih odnosov med različnimi deležniki na vseh ravneh in področjih delovanja izvajalcev zdravstvene nege. V prispevku so predstavljene ugotovitve raziskave o spoštovanju dostojanstva in zasebnosti pacienta v enoti intenzivne terapije z vidika izvajalcev zdravstvene nege. V avgustu 2014 je bilo izvedeno anketiranje 46 izvajalcev zdravstvene nege v eni izmed enot intenzivne terapije. Zbrani podatki so bili dopolnjeni s samorefleksijo opaženega na podlagi štirinajstdnevne soudeležbe v delovnem procesu. 97,8 odstotka izvajalcev zdravstvene nege se v enoti intenzivne terapije srečuje z etičnimi dilemami, povezanimi s spoštovanjem dostojanstva in zasebnosti pacientov. Opazen je vpliv stopnje izobrazbe na oceno uspešnosti zagotavljanja dostojanstva in zasebnosti pacienta. Timski pristop pri njihovem reševanju je zagotovo dobra rešitev. Smiselno pa bi bilo znanstveno preveriti, ali pri tem uporabljajo katerega izmed modelov etičnega odločanja.*

*KLJUČNE BESEDE: etična načela, etične dileme, pacientove pravice, medsebojni odnosi, izvajalci zdravstvene nege*

## 1 Uvod

Temeljno vodilo pri izvajanju zdravstvene nege je spoštovanje pacienta, njegovega dostojanstva in zasebnosti. Izvajalci zdravstvene nege so zavezani Kodeksu etike v zdravstveni negi in oskrbi (2014), kjer je nujnost spoštovanja pacientovega dostojanstva in zasebnosti v vseh stanjih zdravja, bolezní, ob umiranju in ob smrti določena v tretjem načelu. Kodeks etike ni zakon, je vodnik in spodbuda za delovanje medicinske sestre. Njegov namen je, da pomaga izvajalcem zdravstvene nege pri oblikovanju etičnih vrednot. Je podlaga za etično presojo, saj olajša odločanje zlasti takrat, ko nastopijo pri delu dileme (Prebil, Mohar in Fink, 2010). Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi (2014) povezuje vse izvajalce zdravstvene nege, od negovalcev do medicinskih sester z univerzitetno izobrazbo. Namenjen je tako tistim, ki se izobražujejo na področju zdravstvene nege, kot tistim, ki že opravljajo poklic. Definira individualno in celostno obravnavo pacienta, raziskovanje v zdravstveni negi, kontinuirano izpopolnjevanje strokovnega znanja izvajalcev zdravstvene nege, delitev znanja s sodelavci ter sodelovanje pri odkrivanju in reševanju etičnih dilem. Pri zdravstveno-negovalni obravnavi pacienta sta v pomoč in tudi obveza, Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP, 2008), kjer je spoštovanje pacientove zasebnosti enakovredno upoštevanju medicinske doktrine, in Zakon o varstvu osebnih podatkov (2007), s katerim so določene pravice, obveznosti, načela in ukrepi, ki preprečujejo posege v zasebnost in dostojanstvo posameznika pri obdelavi osebnih podatkov.

Juhant (2010) navaja Kantovo opredelitev nujnosti spoštovanja človekovega dostojanstva: »Delaj tako, da ti bo človeškost v tvoji osebi in v osebi vsakogar drugega vselej glavni namen, nikoli sredstvo« (str. 99). Vsakdo naj bi si zastavil vprašanje, kaj bi bilo, če bi bil sam v določenem položaju oziroma drugače rečeno, »ali ne gre, ko gre za človeka, vedno tudi za mene« (Juhant, 2009, str. 353).

Enota intenzivne terapije je oddelek, ki omogoča življenjsko ogroženemu pacientu začasno nadomestitev motenih ali izpadlih funkcij življenjsko pomembnih organov (Kremžar, 2001). Indikaciji za sprejem pacienta v enoto intenzivne terapije sta nestabilno stanje z odpovedjo ali zmanjšanim delovanjem življenjsko pomembnega organa, zaradi katerega je ogroženo pacientovo življenje, in stanje, ki zaradi nevarnosti za nastanek hudega zapleta zahteva poseben način nadzora ter hitrega in ustreznega ukrepanja (Kremžar, 2004).

Ko izvajalci zdravstvene nege pacienta premikajo, se ga dotikajo, pregledujejo in preiskujejo, prihaja do upravičenega vdora v njegov osebni prostor. Situacija zbuja vtis, da je pacient na milost in nemilost prepuščen tistim, ki mu pomagajo in zato ne more nič storiti. Velja prepričanje, da ima nekdo, ki nudi pomoč in je strokovno usposobljen, pravico posegati v osebni prostor pacienta, ker to počne v dobro pacienta. Pri zdravstveni negi lahko prihaja tudi do ovir pri nudenju pomoči, ki so lahko naslednje: struktura sobe, telesna drža in bližina izvajalcev zdravstvene nege, hrup, pomanjkanje zasebnosti, prevroč, premrzeli ali slabo prezračeni prostor, neudobne postelje, zvonjenje telefona, motnje znotraj ali zunaj sobe. S psihičnega vidika so oviralni dejavniki pacientov občutek, da ni varen, zaznavanje pomanjkanja toplote in skrbi s strani izvajalcev zdravstvene nege in občutje nelagodnosti ob njihovi prisotnosti (Rungapadiachy, 2003). Ob tem pa se pojavljajo vprašanja, kako izvajalci zdravstvene nege pri obravnavi pacientov v enoti intenzivne terapije spoštujejo dostojanstvo in zasebnost, ali se pri obravnavi srečujejo z etičnimi dilemami, povezanimi s spoštovanjem dostojanstva in zasebnosti, ter kako jih rešujejo.

## **2 Dostojanstvo in zasebnost pacientov v zdravstveni obravnavi**

Šmitek (2003) poudarja, da je človekovo dostojanstvo osebna vrednost posameznika, ki pride do izraza v medsebojnih odnosih. »Spoštovanje človekovega dostojanstva pomeni spoštovanje posameznika v okviru vrednosti in enakovrednosti, zaradi česar mu priznavamo enake pravice kot sebi« (str. 349). Človek je bitje, ki svoje dostojanstvo ponuja kot neprecenljiv dar oziroma vrednoto, ki jo lahko ohranja, če ta dar oziroma vrednoto drugi sprejemajo. Ni nekaj, kar nam samoumevno pripada, priznati nam ga morajo tudi drugi (Juhant, 2009).

»Človek svoje dostojanstvo lahko občuti, vzdržuje, doživlja in izraža. Dostojanstvo drugih lahko spoštuje, vzdržuje, pospešuje ali vrača, v posameznih primerih pa tudi

krši pravico drugega do spoštovanja njegovega dostojanstva« (Šmitek, 2006, str. 24). Pomembno za izvajalce zdravstvene nege je, da spoštujejo dostojanstvo slehernega človeka, ker je to pravica, ki je vzajemna (Oprešnik idr., 2011). Ob kršitvi dostojanstva je kršena ena najpomembnejših človekovih pravic, kar »lahko privede do izgube samospoštovanja, zmanjšanja samopodobe, deluje destruktivno in ogroža existenco« (str. 339). Posameznik lahko doživljanje nespoštovanja izraža na različne načine, z burnim besednim ali nebesednim odzivom, z molkom, umikom vase, z drugimi individualnimi oblikami vedenja. Šmitek (2006) povzema po Mairis (1994), da so za zdravstveno nego pomembne tri oblike človekovega dostojanstva: dostojanstvo, ki je v povezavi z lastnostjo pacienta, ki je vredna spoštovanja, dostojanstvo kot občutek lastne vrednosti in dostojanstvo kot zahteva po spoštljivi obravnavi v zdravstveni negi. Posamezni avtorji so raziskovali občutek dostojanstva pri pacientih in ugotovili, da izvajalci zdravstvene nege lahko ohranjajo in vzdržujejo njihovo dostojanstvo z zagotavljanjem zasebnosti, z omogočanjem samostojnega odločanja, z uporabo izbranega imena, z ustrežno komunikacijo, z omogočanjem nadzora nad situacijo, z upoštevanjem pristojnosti pacienta, z vzpostavljanjem neodvisnosti in s skrbjo za pacienta. Pacientovo dostojanstvo je tako ogroženo pri zanemarjanju, grobem odnosu do pacienta, norčevanju ali zasmehovanju, pomanjkanju sredstev in pripomočkov za zdravstveno nego (Matiti, 1999, v Šmitek, 2006).

Zasebnost je opisana kot neločljivo povezana z zaupnostjo pacientovih podatkov in pravice pacienta do zasebnosti. Pri vzdrževanju zasebnosti pacienta zastremo zavese okoli postelje in se prepričamo, da je pacient ustrezno pokrit (Urden, 2014). Spoštovanje telesne zasebnosti pacienta je istočasno tudi spoštovanje človekovega dostojanstva, saj sta telesna podoba in telesno dostojanstvo v tesni povezavi. Če pacientu v situaciji, kjer je odvisen od volje in pomoči drugih, ne omogočimo, na primer skrbi za telo, se počuti nedostojanstveno. Ko pacienta slečemo, mu odvzamemo identiteto, ga razgalimo. Za pacienta je to nedostojanstvena okoliščina, v kateri ga je sram in se slabo počuti. Izvajalcem zdravstvene nege razgaljanje ne pomeni veliko, ker je del rutinskega pristopa do pacienta. Toliko več pa pomeni pacientu, ki je razgaljen, nerazumljen v svoji goloti, nezaščiten, razčlovečen, saj je pravica do obleke oziroma do zakritosti telesa najosnovnejša potreba (Šmitek, 2003).

Vsi izvajalci zdravstvene nege morajo upoštevati in spoštovati zaupnost informacij in podatkov, ki jih pridobijo od pacienta, svojcev ali od drugih zdravstvenih delavcev in poskrbeti za njihovo varnost (Hajdinjak in Meglič, 2012). Najnovejši razvoj tehnologije je spremenil sprejemanje in tudi pošiljanje pacientovih zdravstvenih podatkov. Izvajalci zdravstvene nege poleg uporabe papirnate dokumentacije iz zdravstvenih kartotek rutinsko uporabljajo tudi računalnike, telefone, fakse in druge metode za prenos podatkov. V mnogih primerih so informacije na voljo vsakomur (vključno z administrativnim osebjem). Tako pomanjkanje zasebnosti lahko spodkoplje pacientov odnos do izvajalcev zdravstvene nege ter negativno vpliva na kakovost zdravstvene oskrbe (Urden, 2014). Izvajalci zdravstvene nege morajo zagotavljati pacientu take pogoje in okolje, da lahko brez zadržkov pove svoje podatke in

zdravstvene težave. Pacientovo zaupanje izvajalcem zdravstvene nege je vrednota, za katero si morajo prizadevati vsi izvajalci zdravstvene nege in pogojuje kakovost zdravstvene oskrbe (Marinič, 2012). V enoti intenzivne terapije je to še toliko bolj pomembno. Pacienti so življenjsko ogroženi in vsako neupravičeno posredovanje kakršnih koli podatkov lahko prizadene pacienta, njegove svojce, lahko pa tudi izvajalce zdravstvene nege.

Izvajalci zdravstvene nege so prisotni ob pacientih, ko ti doživljajo in izražajo bolečino, strahove, ko so ranljivi ali ko se soočajo s smrtjo. Takrat pacienti potrebujejo razumevanje, pozornost in spodbudo (Tschudin, 2004). Pacientu so lajšane bolečine, omogočeno mu je, da preživi zadnje trenutke v krogu svojcev. »Dostojanstvena smrt pomeni umiranje na način, ki je izraz človečnosti« (Prebil idr., 2010, str. 16). Sam uspeh zdravljenja življenjsko ogroženih pacientov je odvisen predvsem od timskega dela ter dobrega medsebojnega sodelovanja vseh zdravstvenih delavcev, ki so pri zdravljenju udeleženi (Kokalj in Kokalj, 2010).

### 3 Namen, cilji in raziskovalna vprašanja

Osnovni namen raziskave je bil ugotoviti, kako izvajalci zdravstvene nege spoštujejo dostojanstvo in zasebnost pacienta v enoti intenzivne terapije. Cilji raziskave so bili ugotoviti, ali se izvajalci zdravstvene nege pri spoštovanju pacientovega dostojanstva in zasebnosti srečujejo z etičnimi dilemami, kako jih rešujejo ter kako jim je pri tem v pomoč profesionalni kodeks etike. Oblikovana so bila štiri kompleksna raziskovalna vprašanja:

- Kako izvajalci zdravstvene nege pri obravnavi pacienta v enoti intenzivne terapije spoštujejo pacientovo dostojanstvo in zasebnost?
- Katere so najpogostejše kršitve pacientovega dostojanstva in zasebnosti v enoti intenzivne terapije?
- Ali se izvajalci zdravstvene nege pri spoštovanju pacientovega dostojanstva in zasebnosti srečujejo z etičnimi dilemami ter kako jih rešujejo?
- Kako izvajalci zdravstvene nege ukrepajo ob ugotovitvi, da je bilo kršeno spoštovanje pacientovega dostojanstva in zasebnosti ter kako to vpliva na odnose med izvajalci zdravstvene nege?

### 4 Metode

Uporabljeni sta bili kvantitativna in kvalitativna metoda raziskovanja. Izvedeno je bilo anketiranje izvajalcev zdravstvene nege v eni izmed večjih enot intenzivne terapije. Razdeljenih je bilo 55 vprašalnikov, vrnjenih pa 46 veljavnih vprašalnikov, kar pomeni 83,6-odstotno realizacijo kvotnega vzorca, ki je zajemal diplomirane medicinske sestre, diplomirane zdravstvenike, višje medicinske sestre, srednje me-

dicinske sestre in zdravstvene tehnike različne starosti in spola. V drugi fazi pa so bili zbrani podatki dopolnjeni s samorefleksijo opaženega ob soudeležbi v delovnem procesu avgusta 2014. Kvantitativni podatki so bili analizirani s programom Microsoft Office Excell in predstavljeni v grafih in tabelah, kvalitativni podatki pa so predstavljeni s pomočjo Microsoft Worda opisno v obliki kod in kategorij.

## 5 Rezultati

Med anketiranimi izvajalci zdravstvene nege je bilo 37 (80,4 %) žensk in 9 (19,6 %) moških. Največ, 21 (45,7 %), izvajalcev zdravstvene nege v enoti intenzivne terapije je starih od 31 do 40 let, sledi 18 (39,1 %) izvajalcev v starosti od 21 do 30 let, 5 (10,9 %) jih je starih od 41 do 50 let, 2 (4,3 %) sta starejša od 50 let, nihče pa ni mlajši od 20 let. Največ, 31 (67,4 %) zaposlenih je po izobrazbi diplomiranih medicinskih sester oziroma diplomiranih zdravstvenikov, 13 (28,3 %) je srednjih medicinskih sester oziroma zdravstvenih tehnikov, en zaposleni je po izobrazbi višja medicinska sestra oziroma višji medicinski tehnik, en pa univerzitetni diplomirani pedagog. 16 (34,8 %) izvajalcev zdravstvene nege je v enoti intenzivne terapije zaposlenih od 6 do 10 let, 14 (30,4 %) je zaposlenih do 5 let, 4 (8,7 %) so zaposleni od 11 do 15 let in prav tako 4 od 16 do 20 let, 3 (6,5 %) so zaposleni od 21 do 25 let, po 2 (4,3 %) pa od 26 do 30 let in nad 31 let in le en izvajalec zdravstvene nege je začetnik.

Da izvajalci zdravstvene nege v enoti intenzivne terapije spoštujejo pacientovo dostojanstvo in zasebnost, se v celoti strinja 6 (13,0 %) izvajalcev zdravstvene nege, da se spoštuje v veliki meri, se jih strinja 17 (37,0 %), da se spoštuje delno, se jih strinja 21 (45,7 %), 2 (4,3 %) izvajalca se ne strinjata, nihče pa se nikakor ne strinja. Posamezniki, ki so izpostavili, zakaj le včasih spoštujejo pacientovo dostojanstvo in zasebnost, so navedli:

- »odvisno od situacije, kolikor je dela, urgence, kdo je v ekipi (moški, ženske)«,
- »v kolikor nam delovni pogoji to omogočajo oziroma smo pozorni na to«,
- »sam osebno spoštujem zasebnost pacienta, vendar se vedno nekdo najde s kakšnimi opazkami«,
- »res se trudimo, da spoštujemo, če so pogoji, ko je oddelek poln, pa ni dovolj zaščitnih zaves, možnosti in znanja«,
- »vendar je zasebnost včasih težko zagotoviti zaradi prostorske stiske«.

V grafu 1 so prikazane najpogostejše kršitve spoštovanja dostojanstva in zasebnosti v enoti intenzivne terapije. Izvajalci zdravstvene nege menijo, da je neupoštevanje telesne zasebnosti najpogostejša kršitev dostojanstva in zasebnosti v enoti intenzivne terapije, sledi nespodobna komunikacija (ukazovalnost, povzdignjen glas), neupoštevanje pacientovih potreb, posmehovanje. Najmanj kršitev pa naj bi bilo zaradi hranjena na silo ali vsiljevanja plenice.

Graf 1: Najpogostejše kršitve spoštovanja dostojanstva in zasebnosti



Vir: Anketni vprašalnik, 2014.

Nadalje je v tabeli 1 prikazano, na kakšen način izvajalci zdravstvene nege v enoti intenzivne terapije spoštujejo pacientovo dostojanstvo.

Tabela 1: Spoštovanje pacientovega dostojanstva v enoti intenzivne terapije

Spoštovanje pacientovega dostojanstva	f	%
s strokovno opravljenim delom	43	93,5
s poslušanjem pacienta	41	89,1
z zagotovitvijo zasebnosti	40	86,9
s prijaznim sprejemom	38	82,6
z dobro posredovano informacijo	33	71,7
s prijaznim dotikom	29	63,0
z enakovrednim sodelovanjem	20	43,4
z možnostjo imeti vklapljen televizijski/radijski sprejemnik	8	17,4
z možnostjo imeti svojo pižamo	5	10,9
z možnostjo kaditi	1	2,2

Vir: Anketni vprašalnik, 2014.

Največ izvajalcev zdravstvene nege je odgovorilo, da spoštujejo pacientovo dostojanstvo s strokovno opravljenim delom, s poslušanjem pacienta in zagotavljanjem zasebnosti.

V tabeli 2 je prikazano, kako v enoti intenzivne terapije izvajalci zdravstvene nege varujejo pacientovo zasebnost pri pogovoru in pri opravljanju posegov.

Posamezniki, ki so izpostavili, zakaj je le včasih poskrbljeno za varovanje pacientove zasebnosti, so navedli kot razlog, da: »včasih pozabimo«, »če dopušča čas, se potrudim, da zaščitim«, »ni dovolj zaves«, »prostorska stiska ali hitro ukrepanje«, »v kolikor so v sobi prisebni pacienti«, »da drugi pacienti ne gledajo oziroma vidijo«, »odvisno od situacije«, »če je gužva, se včasih pozabi«, »poseg včasih potrebuje večje obsežnosti, boljši pogled«, »treba opazovati cevi in kanale, da se ne izpulijo«.

**Tabela 2:** Varovanje pacientove zasebnosti pri pogovoru in opravljanju posegov

Trditve	da, vedno		da, včasih		ne, nikoli	
	f	%	f	%	f	%
Pri premeščanju na transportni voziček pokrijem pacienta.	41	89,1	5	10,9	0	0
Pacientovi intimni deli telesa so vedno pokriti.	40	87,0	6	13,0	0	0
Odkrijem le toliko, kolikor je nujno potrebno.	33	71,7	12	26,1	1	2,2
Nemirnega pacienta, ki se odkriva, ne pustim razkritega.	25	54,3	17	37,0	4	8,7
Z zaveso zaščitim pacienta pred neželenimi pogledi.	24	52,2	22	47,8	0	0
Govorim potih, da ne slišijo tudi ostali pacienti v sobi.	15	32,6	24	52,2	7	15,2
Zdravnika prosim, da pacienta dodatno sediram.	7	15,2	26	56,5	13	28,3
Pacienta fiksiram z ovircami, da se ne bi razkrival.	4	8,7	9	19,6	33	71,7

Vir: Anketni vprašalnik, 2014.

Za izvajalce zdravstvene nege v enoti intenzivne terapije sta sicer najpomembnejši vrednoti zdravje in poštenost. Sledijo jim po tem vrstnem redu: resnica, varnost, zvestoba, sproščenost, solidarnost, ugodje, pripadnost, zgled in prijateljstvo, na zadnje mesto pa so uvrstili egoizem. 34 odstotkov respondentov je prepričanih, da na delovnem mestu vedno spoštujejo etični kodeks. Nekoliko manj jih meni, da spoštujejo tudi splošna družbeno sprejeta etična pravila (29 %) ali da živijo po etičnih načelih (24 %). 45 (97,8 %) izvajalcev zdravstvene nege se pri svojem delu v intenzivni enoti srečuje z etičnimi dilemami. Na vprašanje, kako jih rešujejo, jih je 25 (54,3 %) odgovorilo, da jih rešujejo »s timsko obravnavo v negovalnem timu«, nihče se ni odločil za odgovor »ne zdijo se mi pomembne, da bi jih reševal«. Pri reševanju se včasih posvetujejo »z dežurnim zdravnikom in vodjo tima ter ostalimi sodelavci v negovalnem timu«. Na kršitve etičnih načel jih opozori samo 20 odstotkov. Na odprto vprašanje, če poznajo pritožbeni postopek ob kršitvah pacientovega spoštovanja je 12 (26,1 %) anketiranih odgovorilo z ne, 21 (45,6 %) pa z da, 3 (6,5 %) so odgovorili, da ne dovolj dobro.

## 6 Razprava

Temeljne ugotovitve raziskave so:

- za izvajalce zdravstvene nege v enoti intenzivne terapije je najpomembnejši izraz spoštovanja dostojanstva pacienta strokovno opravljeno delo, poslušanje pacienta in zagotovitev zasebnosti,
- izvajalci zdravstvene nege se pri obravnavi pacienta v enoti intenzivne terapije srečujejo z etičnimi dilemami, ki jih rešujejo s timsko obravnavo v negovalnem timu,
- kodeks etike služi izvajalcem zdravstvene nege kot opora pri oblikovanju lastnih etičnih in moralnih stališč,
- izvajalci zdravstvene nege se zavedajo lastne odgovornosti pri kršenju spoštovanja pacientovega dostojanstva in zasebnosti z neupoštevanjem telesne zasebnosti,
- ob kršenju spoštovanja pacientovega dostojanstva in zasebnosti se le redki izvajalci zdravstvene nege pogovorijo s kršiteljem ali ga opozorijo,



- vsi izvajalci zdravstvene nege ne poznajo pritožbenega postopka ob kršitvah spoštovanja pacientovega dostojanstva in zasebnosti.

Šmitek (2006) meni, da pri spoštovanju osebnostnega dostojanstva nastopa nešteto oblik, na primer spoštovanje pri nagovoru, pri komunikaciji, pri obravnavi, pri poslušanju, upoštevanju mnenj in želja. Pogosto se povezuje z uporabo splošnih kulturnih odnosov v družbi. Če jih v odnosu do drugega ne upoštevamo, jih ne izražamo, drugi nam nič ne pomeni, zmanjšamo osebno vrednost pacienta, ki jo ima kot človeško bitje s svojimi cilji in nameni. Za ohranitev dostojanstva pacienta je pomembno, da kljub dolgotrajnim hospitalizacijam nekaterih pacientov ostajamo na komunikacijski razdalji (Šmitek, 2003). Zagotovo pa jih je vedno potrebno zaščititi vizualno (pred pogledi) in akustično (zasebnost pri posredovanju informacij) (Marinič, 2012). Kljub omejitvam raziskave, ki izhaja iz uporabe študije primera, in zato rezultatov ni možno posplošiti, so ugotovitve raziskave uporabne pri nadaljnjem osvetljevanju obstoječih procesov spoštovanja dostojanstva in zasebnosti pacientov v enotah intenzivne terapije.

## 7 Zaključek

Izvajalci zdravstvene nege se v enoti intenzivne terapije vsakodnevno srečujejo z mnogoterimi izzivi: urgentne situacije, napetosti zaradi konfliktov z drugimi, kompleksni klinični primeri, nove tehnologije, povečevanje zahtev, pridobivanje novega znanja in spretnosti, kadrovske zadeve, finančne omejitve. Tako okolje lahko privede do zelo zapletenih moralnih in etičnih dilem. Moralna stiska se pojavi, ko oseba, ki ve, kako etično ustrezno ukrepati, ne more ukrepati. Da bi se izognili moralni stiski, se morajo zavzeti zase, za svoje paciente, sodelavce in varno ter učinkovito delovno okolje (Urden, 2014). Vsem pacientom je bila v izbrani enoti intenzivne terapije zagotovljena kakovostna zdravstvena nega ne glede na spol, starost, narodnost, vero, raso, socialni, družbeni, ekonomski položaj, izobrazbo, politično opredelitev, spolno usmerjenost ali invalidnost.

Izvajalci zdravstvene nege se trudijo, da spoštujejo in varujejo pacientovo dostojanstvo in zasebnost v vseh stanjih zdravja, bolezni, invalidnosti, ob umiranju in tudi po smrti ter si prizadevajo za dobre medsebojne odnose in medsebojno spoštovanje. Pri reševanju vsakodnevno pojavljajočih se etičnih dilem je dobra rešitev timski pristop, smiselno pa bi bilo raziskati, katerega od modelov etičnega odločanja pri tem izvajalci zdravstvene nege uporabljajo.

## LITERATURA

1. Hajdinjak, G., Meglič, R. (2012). *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
2. Juhant, J. (2009). *Etika I: na poti k vzajemni človeškosti*. Ljubljana: Študentska založba.

3. Juhant, J. (2010). Bog je gospodar življenja. V: Rijavec, V., Reberšek Gorišek, J., Flis, V., Planinšek, V., Kraljič, S. (ur.). *Medicina in pravo: sodobne dileme II*. Maribor: Pravna fakulteta, Zdravniško društvo, str. 95-111.
4. Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi (2014). Uradni list Republike Slovenije, št. 52. Pridobljeno dne 26. 7. 2014 s svetovnega spleta: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=20142288>.
5. Kokalj, M., Kokalj, N. (2010). Timsko delo na odseku intenzivne interne medicine. V: Berkopec, M. (ur.). *Vrednote v zdravstveni negi*. Novo mesto: Splošna bolnišnica Novo mesto, Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Novo mesto, Visoka šola za zdravstvo Novo mesto, str. 142-152.
6. Kremžar, B. (2001). Življenjsko ogrožen bolnik v enoti intenzivne terapije. V: Lukič, L., Brubnjak-Jevtič, V., Kremžar, B. in Rossi, U. (ur.). *Zdravljenje s krvjo v kirurgiji*. Ljubljana: Klinični center Ljubljana – SPS Kirurška klinika, str. 13-16.
7. Kremžar, B. (2004). Normativi in standardi za oddelke intenzivne terapije. V: Voga, G. in Pernat, A. (ur.). *Šola intenzivne medicine*. Slovensko združenje za intenzivno medicino, str. 73-76.
8. Marinič, M. (2012). Zasebnost in dostojanstvo pacienta. *Obzornik zdravstvene nege*, 46, št. 3, str. 237-243.
9. Oprešnik, R., Koren, R., Marzel, J., Hrastnik, M. in Železnik, D. (2011). Dostojanstvo kot temeljna človeška vrednota. V: Lahe, M. in Lovrenčič, A. (ur.). *Razvijanje medpoklicnega sodelovanja v času študija na področju zdravstvenih ved*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, Univerza v Mariboru, str. 338-344.
10. Prebil, A., Mohar, P., Fink, A. (2010). *Etika in zakonodaja v zdravstvu*. Ljubljana: Grafenauer.
11. Rungapadiachy, Dev. M. (2003). *Medosebna komunikacija v zdravstvu*. Ljubljana: Educey.
12. Šmitek, J. (2003). »Raje imam bolnike, ki so zahtevni« (Pomen pripovedi v zdravstveni negi s stališča etike). V: Klemenc, D., Kvas, A., Pahor, M. in Šmitek, J. (ur.). *Zdravstvena nega v luči etike*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, str. 344-367.
13. Šmitek, J. (2006). Pomen človekovega dostojanstva v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 40, št. 1, str. 23-35.
14. Tschudin, V. (2004). *Etika v zdravstveni negi: razmerja skrbi*. Ljubljana: Educey: Društvo medicinskih sester in tehnikov.
15. Urden, D. L. (2014). Ethical issues. V: Urden, D. L., Stacy, K. M. in Lough, M. E. (ur.). *Critical care nursing: diagnosis and management*. NANDA International Nursing Diagnoses, str. 17-29.
16. Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP) (2008). Uradni list Republike Slovenije, št. 15. Pridobljeno dne 16. 5. 2014 s svetovnega spleta: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?stevilka=455&urlid=200815>.
17. Zakon o varstvu osebnih podatkov (ZVOP-1-UPB1). (2007). Uradni list Republike Slovenije, št. 94. Pridobljeno dne 24. 8. 2014 s svetovnega spleta: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200794&stevilka=4690>.

# Vpliv senzorne motnje na proces ZN slepega in slabovidnega pacienta

*POVZETEK - V prispevku je predstavljena vloga medicinske sestre, ki se pri svojem delu srečuje s pacientom, ki ima delno ali popolno vidno disfunkcijo. Slepota ali slabovidnost je vidna senzorna motnja, ki v življenju posameznika sproži številne reakcije. Medicinska sestra pri svojem delu obravnava tudi slepe in slabovidne paciente. Komunikacijski proces med je del zdravstvene nege. V komunikaciji z njimi mora medicinska sestra vedeti, da različni odzivi pacientov na senzorno motnjo niso patološki, temveč so odraz soočanja z nastalo situacijo. Medicinska sestra na pacienta lahko deluje spodbudno, nevtrarno ali zaviralno. Zaviralne silnice pri komunikaciji lahko povzroči na eni strani pacientova senzorna motnja in/ali neznanje medicinske sestre na drugi strani. Zanj je zato izredno pomembno usposabljanje in pridobivanje dodatnega specifičnega znanja s področja fiziologije in psihologije slepih ali slabovidnih oseb. Tako bo medicinska sestra učinkoviteje profesionalno komunicirala s takimi osebami in jim omogočila, da bodo svoje sposobnosti krepili na telesnem, duševnem in socialnem področju.*

*KLJUČNE BESEDE: slepota, slabovidnost, pacienti, medicinske sestre, zdravstvena nega, komunikacija*

## 1 Uvod

Vid je pomemben element kakovostnega življenja in je eden od dejavnikov, ki človeku omogočajo integracijo v vse socialno in družbeno dogajanje. Kadar je vidna funkcija okrnjena zaradi različnih vzrokov, se pojavijo ovire, pri komunikaciji in drugod. Za premostitev ovir v celotni zdravstveni obravnavi pacienta s slabovidnostjo ali slepoto in za vzpostavitev učinkovite preventive neustreznih in neprilagojenih pristopov k osebi z vidno senzorno motnjo je pomembna seznanitev s področjem slepote in slabovidnosti. Z izboljšanim oftalmološkim zdravljenjem je popolnoma slepih vedno manj, vendar pa se zaradi podaljševanja življenjske dobe oz. povečevanja števila starejših ljudi po drugi strani število slabovidnih povečuje (Sterle, 2002). Statistični podatki kažejo, da je v svetu 314 milijonov ljudi z okvaro vida. Od tega je 37 milijonov slepih, 124 milijonov slabovidnih, 153 milijonov ljudi pa ima nekorigirano refraktivno okvaro. Vsako 5 sekundo oslepi ena oseba (Behetić, 2013).

V Sloveniji je bilo leta 2012 v devet medobčinskih društev slepih in slabovidnih vključenih 4021 članov, med njimi je bila četrtnina popolnoma slepih, 230 slepih in 1700 slabovidnih. Ocenjuje se, da je v Sloveniji vsaj še 8 do 10 tisoč ljudi s tovrstnimi okvarami vida, a si teh težav sami ne upajo priznati ali pa jih družba in stroka

ne prepoznata. Tako kot ljudje z ohranjeno vidno funkcijo potrebujejo zdravstvene storitve tudi osebe s slepoto ali slabovidnostjo.

## 2 Izguba vida - slepota ali slabovidnost

Slepoto in/ali slabovidnost lahko definiramo z medicinskega, oftalmološkega, pedagoškega, psihološkega, socialnega in profesionalnega vidika.

Definicijo slepote ali slabovidnosti je potrdilo Ministrstvo za zdravje oktobra 1998 ter velja za vse organizacije in ustanove v Sloveniji. Usklajena je z definicijo Svetovne zdravstvene organizacije.

Slabovidnost ali ambliopija pomeni slabšo vidno ostrino enega ali obeh oči brez organskega vzroka in brez korekcije (Gardaševič, 2005). Po definiciji (nekoliko poenostavljeno) velja za slabovidno osebo tisti, ki ima na boljšem očesu ostrino vida od 0,30 do 0,05 ali zožitev vidnega polja okrog fiksacijske točke na 20 stopinj ali manj ne glede na ostrino vida (Gračner, 2003).

Za slepo osebo (izguba vida nad 95 %) velja, kdor ima na boljšem očesu vida manj od 0,05 ali zoženost vidnega polja okrog fiksacijske točke na 5 do 10 stopinj ne glede na ostrino vida. Za povsem slepo velja oseba, ki ne dojema niti svetlobe.

### 2.1 Vzroki slepote ali slabovidnosti

Slepoto lahko povzročijo številni dejavniki, poškodbe in bolezni (Behetić, 2013). Najpogostejši vzroki za slepoto in slabovidnost so pri starejših starostna degeneracija rumene pege, glavkom, diabetična retinopatija, siva mrena, zamotnitev roženice, pri mlajših ljudeh pa prirojene anomalije in poškodbe.

Starostna degeneracija rumene pege je v razvitem svetu glavni vzrok izgube vida pri osebah, starih nad 50 let. Pri suhi obliki se vid postopoma slabša, pri vlažni pride do izgube centralnega vida že v nekaj tednih. Prizadet je centralni vid (oseba ne more več brati, ne vidi obrazov ljudi, moteno je gibanje ipd.).

Glavkom je tudi očesno obolenje, ki običajno napreduje počasi in sprva brez opaznih simptomov. Šele ob napredovanju bolezni prizadeti opisuje znižano kontrastno občutljivost, slabše prilagajanje na temo, zoženje vidnega polja in slabšanje vidne ostrine. Prevalenca glavkoma v svetovni populaciji je približno 2 %.

Diabetična retinopatija je najpogostejši kronični zaplet sladkorne bolezni in najpogostejši vzrok slepote med aktivnim prebivalstvom, kot tudi pomemben vzrok slepote med starostniki (Kocur, 2002). Približno 2 % vseh oseb s sladkorno boleznijo oslepi.

Siva mrena ali katarakta, kot imenujemo skaljeno očesno lečo, je v manj razvitem svetu še vedno med vodilnimi vzroki slepote.

Izguba vida lahko nastopi tudi nenadno. Vzroki so številni. Izguba vida lahko nastane kot posledica raznih padcev, topih udarcev, kemičnih poškodb, neustrezne uporabe vsakodnevnih predmetov, uporabe pirotehničnih sredstev... Do nenadne delne ali popolne izgube vida lahko pride tudi zaradi nevroloških stanj ali sistemskih obolenj (npr. možganska kap, multipla skleroza, itd.).

## 2.2 Posledice izgube vida

Izguba vida, ki je ireverzibilnega značaja, je za pacienta travmatično doživetje. Ne gre le za telesno, temveč tudi za duševno in eksistenčno izgubo, ki postavi pod vprašaj posameznikovo identiteto in sistem vrednot. Spmembe, s katerimi se posameznik, ki je izgubil vid, sooča, prinašajo s sabo veliko negativnih izkušenj, notranjo bolečino in tesnobno. Notranja stiska se kaže tudi na ravni posameznikovega vedenja.

Reakcije, ki se pojavijo ob izgubi vida, bi bile morda v drugih situacijah pojmovane kot patološke, vendar v tem primeru posamezniku omogočijo izhod iz krizne situacije. Treba je razumeti, da so faze, skozi katere gre posameznik, potrebne, saj na osnovi teh pacient lažje sprejme način življenja, ki ga narekuje izguba vida. Najpogostejše faze pri soočanju z izgubo vida, ki potekajo individualno, so zanikanje, vrednotenje sprememb, bitka z občutki samostojnosti in odvisnosti, obvladanje predsodkov (Duh, 2013).

Izguba vida spremeni posameznikovo življenje. Pacient se mora soočiti z neznano situacijo, v njej zaživeti in se naučiti, kako svoje dosedanje potrebe zadovoljevati na drugačen način. Ta drugačnost lahko ogrozi posameznikovo samozavest, kar se običajno kaže z umikom iz vsakdanjega aktivnega življenja v svoj pasivni svet. Način izgube vida prinaša s sabo specifične čustvene reakcije. Za nenadno izgubo vida sta značilna velik šok in izrazitejša depresija, medtem ko pri postopni izgubi vida običajno ni tako izrazite čustvene krize.

Odziv pacienta na vidno senzorno disfunkcijo je odvisen tudi od življenjskega obdobja. Pri osebah srednjih let se po izgubi vida pojavi strah glede ohranitve zaposlitve in finančne neodvisnosti. Največ težav imajo osebe, ki so nenadoma oslepele, zlasti starejši ljudje. Ti so sprva povsem nebogljeni, pa tudi svojci ne vedo, kako bi jim pomagali (Gračner, 2003).

Starejši posamezniki se poleg izgube vida soočajo z zmanjšanimi motoričnimi (npr. slabša vzdržljivost, gibljivost), kognitivnimi in senzornimi sposobnostmi. Tako jim učenje novih vzorcev delovanja predstavlja izrazit napor. Ostareli posamezniki se pogosto soočajo z izgubo svojih bližnjih (še posebej partnerjev in prijateljev), kar dodatno otežuje prilagajanje na izgubo vida. Različne raziskave kažejo, da se ženske lažje prilagodijo izgubi vida kot moški, čeprav ženske navzven kažejo intenzivnejše čustvene reakcije.

Pomembno vlogo ima tudi inteligentnost in socialni status posameznika. Proces prilagajanja na izgubo vida zahteva prepoznavanje in reševanje problema, iskanje alternativ ipd. Od posameznikove osebnosti je prav tako odvisno sprejemanje izgube

vida. Introvertirane osebe se ponavadi umaknejo in zaprejo vase. Pri njih se pogosteje pojavi depresija in pesimistično videnje sebe in svojega življenja. Ekstravertirani ljudje so bolj družabni in bolj optimistično gledajo na sebe in sveta okoli sebe. Posameznikova življenjska filozofija in njegove osnovne vrednote sooblikujejo način prilagoditve na izgubo vida.

Slepota ali slabovidnost se v funkcioniranju posameznika odraža kot komunikacijska, informacijska in gibalna oviranost, s tem pa predvsem kot socialna izolacija.

### *2.3 Pristop k slepemu ali slabovidnemu pacientu*

Medicinske sestre se v procesu zdravstvene nege vsakodnevno srečujejo s slabovidnimi in slepimi pacienti. Osebe z izgubo vida mora medicinska sestra obravnavati individualno, saj je vpliv izgube vida na posameznika odvisen od njegovih osebnostnih značilnosti, starosti, kognitivnih sposobnosti idr. Individualna obravnava jim omogoča, da sprejmejo svojo novo vlogo. Celostna obravnava pacienta narekuje poznavanje ne le teoretičnih osnov patologije bolezni, temveč tudi poznavanje psihosocialnih lastnosti ljudi, ki se prilagajajo na življenje z izgubo vida.

V proces zdravstvene nege morajo biti slepi ali slabovidni pacienti vključeni aktivno in enakopravno. V akutni fazi spoprijemanja z vidno disfunkcijo so cilji zdravstvene nege usmerjeni v to, da v začetku pacient sprejme tujo pomoč, nato pa sprejme svojo novo vlogo in postane neodvisen. Vloga medicinske sestre v tem obdobju je pomembna, saj pacientu nudi podporo v obliki pogovorov, edukacije in motivacije (Behetić, 2013). Medicinska sestra v tem procesu pomaga bolniku/varovancu premagati stanje odvisnosti, ki jo povzroči slepota, in doseči samostojnost (Slabe, 1999). Zdravstvena nega, ki jo nudimo slepemu ali slabovidnemu, je odvisna od potreb in sposobnosti posameznika.

Le ob poznavanju mehanizmov prilagajanja na izgubo vida, slepoto ali slabovidnost in z visoko stopnjo empatije lahko medicinska sestra v procesu zdravstvene nege načrtuje in izvaja aktivnosti zdravstvene nege, ki bodo pacientu v oporo in pomoč. Zavedati se moramo, da lahko medicinska sestra naredi več škode kot koristi, če želi slepi/slabovidni osebi pomagati, a za to nima dovolj znanja in izkušenj. Neustrezen pristop lahko pomeni neprijetno izkušnjo tako za videčo osebo kot za slepega pacienta. Slednji lahko izraža nezaupanje, zavračanje pomoči in nesodelovanje v procesu zdravstvene nege. Nič nenavadnega ni, če se medicinska sestra ob slepem pacientu počuti neprijetno ali negotovo. Slednje je moč odpraviti z dodatnim izobraževanjem na področju komunikacije s slepimi pacienti.

Obvladovanje komunikacijskega procesa ima lahko v zdravstveni negi pacienta z izgubo vida številne prednosti, kot so zmanjšanje stresa, zaupanje, aktivna vloga pacienta, varna obravnava... Pacient pričakuje od medicinske sestre razumevanje, sočutje, pozornost, prijaznost, čas, pomoč ter ozdravitev. Medicinska sestra pa od pacienta pričakuje sodelovanje, spoštovanje, jasne odgovore, izpolnjevanje navodil, potrpežljivost, poslušnost itd. (Flajs, 2005).

## 2.4 Načela uspešnega komuniciranja s slepimi

S poznavanjem osnovnih načel komunikacije s slepimi in slabovidnimi ljudmi in s pristopom k slepemu kot človek k človeku, lahko zgradimo temelje kakovostne komunikacije. Pomembno je, da medicinska sestra ve, ali vstopa v komunikacijski proces z osebo, ki je že dalj časa slepa/slabovidna ali se ta še sooča z novonastalo situacijo.

Pri zdravstveni negi ima medicinska sestra v primerjavi s slepim ali slabovidnim pacientom senzorno prednost, zato naj prva pristopi k tej osebi in ne k morebitnemu njenemu spremljevalcu. Pristopi mirno, pozdravi in s toplo barvo glasu vpraša: »Ali potrebujete pomoč?« ali »Kako vam lahko pomagam?« Predstavi se z imenom in nazivom. Če slepa oseba zavrne ponujeno pomoč, je to treba spoštovati. Če pomoč sprejme, uporabimo metodo dotika. Medicinska sestra se postavi ob bok slepi osebi in ji ponudi roko - laketa, ramo ali zapestje, da se pacient oprime.

Slepa oseba je vedno korak za vodečo osebo - medicinsko sestro in se giblje v skladu z njenim ritmom. Slepe osebe se ne potiska ali vleče v želeni smeri premika, saj pacient izgubi občutek varnosti in postane nezaupljiv. Na spreminjanje smeri premikanja in morebitne ovire na poti medicinska sestra slepega opozori in se obrne prva, saj ji le tako slepi lahko sledi in se izogne nevarni oviri. Slepim in slabovidnim bi veliko pomagalo, če bi bili bolnišnični prostori urejeni s taktilnimi, reliefnimi talnimi in zidnimi oznakami, po možnosti tudi zvočnimi in če bi določene izpostavljene točke bile označene (npr. z Braillovo pisavo, izbočenimi oznakami).

Kadar ima slepi ohranjen sluh, je medicinska sestra tista, ki mu z razumljivo besedno komunikacijo omogoči »učinkovito« vključevanje v okolje. Sporočila medicinske sestre morajo biti čim bolj točna in nedvoumna. Pacientu opiše prostor, sobo, ambulanto, dogajanje v prostoru (Slabe, 1999). Seznanen ga s talnimi površinami in morebitnimi ovirami.

V prostoru (npr. bolniški sobi) je treba povedati in pokazati, kje je zid, kje so vrata in okna, kje stoji omara, postelja in klicna naprava. Za slepega je pomembno, da so predmeti v prostoru postavljeni vedno na istem mestu. Če niso, pa ga moramo seznaniti s spremembami in mu tako omogočiti, da je čim bolj neodvisen in samostojen. Nikoli ga ne pustimo samega sredi prostora. Kadar zapuščamo prostor, slepo ali slabovidno osebo na to opozorimo, in prav tako, ko se vrnemo nazaj.

Komunikacija s slepim/slabovidnim pacientom poteka enako kot pri pacientih brez vidne disfunkcije, upoštevajoč splošna načela komunikacije s slepimi. Komunikacija mora potekati mirno, spontano in odkrito, tako kot v komunikaciji z videčim pacientom. Smiselno se je izogibati izražanju z gestami in kretnjami in želeno raje ponazorimo v besedah. V komunikaciji se lahko uporabljajo besede: vidite, preberite, pogledjte. Ker slepi svojega razumevanja običajno ne potrdi s svojo mimiko (ni očesnega stika), medicinska sestra preveri, ali je pacient razumel njeno sporočilo. Uporabimo usmerjena vprašanja: »Ste razumeli?«, »Ste slišali?«, »Ali veste ...?«.

Posamezne aktivnosti zdravstvene nege, ki bodo izvedene pri pacientu, mora medicinska sestra natančno, razumljivo, nedvoumno opisati (npr. pri aplikaciji intramuskularne injekcije se pacientu pove: »Kožo vam bom očistila s tamponom, prepojenim z alkoholom, sedaj vas bom zbadla...«).

Kadar mora slepa oseba v času zdravstvene obravnave podpisati kakršen koli dokument, mu ga medicinska sestra prebere, nato pomakne pacientov kazalec leve roke na točko, kjer se pacient podpiše.

Komunikacija s slepimi in slabovidnimi pacienti je specifična, zahteva dodatno znanje in veliko mero potrpljenja, spoštovanja in sočutja. Da bi bila komunikacija v zdravstveni negi učinkovita, moramo upoštevati dejstvo, da je vsak človek individuum.

### 3 Zaključek

Slepota ali izguba vida je oblika invalidnosti, ki pri ljudeh še vedno vzbuja strah in negotovost. Slepoto simbolizirajo črna očala in bela palica ter na žalost prepričanje, da slepi potrebujejo pomoč na vsakem koraku. S spremembo stališč in odnosa do teh oseb se olajša njihovo vključevanje v družbo. Dovolj usposobljena medicinska sestra lahko pacienta pripelje do spoznanja, da izguba vida ni pomanjkanje nečesa, temveč predvsem drugačno občutenje sveta. Vloga medicinske sestre je, da obravnava pacienta z izgubo vida vzpodbudno in razumevajoče, pa vendar ne preveč zaščitniško, saj se bo le tako slepi svoje sposobnosti delovanja lahko razvijal in kreпил na telesnem, duševnem, socialnem in eksistenčnem področju.

Že Virginija Henderson je poudarila, da je za kakovostno izvajanje zdravstvene nege pomembna sposobnost medicinske sestre, da se vživi v bolnika, mu pomaga pri samostojnosti in zagotovi razumevajoče humano okolje. Ta sposobnost vodi tudi do učinkovite komunikacije s slepim ali slabovidnim pacientom. Medicinske sestre morajo pri obravnavi pacientov z izgubo vida razumeti, da različni odzivi pacientov na izgubo vida niso patološki, temveč so sestavni del soočanja z nastalo situacijo. Posamezniku je treba dovoliti in mu pomagati, da preboli izgubo. Nikakor se ne sme dovoliti, da bi slepa oseba bolečino, ki nastane zaradi izgube, zaznala kot sramoto.

Ob koncu se porodi vprašanje, ali je ovira pri obravnavi pacienta z izgubo vida res omejitev, ali je večja prepreka neznanje ali morda celo sprenevedanje. Pridobivanje znanja s področja dela s slepimi in slabovidnimi je nujno potrebno. To znanje je treba vključiti v bazični učni proces medicinskih sester, v delovnem okolju pa poskrbeti za nadgradnjo in nenehno usposabljanje. Le tako bo vzpostavljen most med videčimi in nevidečimi. Ker izobraževanja na tem področju ni ali je zelo redko, so zdravstveni delavci v svojem delovnem okolju pri srečanju s slepimi pogosto prepuščeni lastni bolj ali manj posrečeni iznajdljivosti in izkustvenemu učenju ob reflektiranju lastnih napak in uspehov. Rešitev ali premostitev ovir v komunikacijskih zankah s slepo/slabovidno osebo lahko odpravi zadostna informiranost in izobraževanje zdravstvenega



osebja ter laične populacije. Saj je »edina tema neznanje«, kot je pred mnogimi leti zapisal W. Shakespeare.

## LITERATURA

1. Behetić, Đ., Duh, Đ. (2013). Pristupi i zbrinjavanje bolesnika s poremećajima vida i bolestima oka. Zagreb: KBC »Sestre milosrdnice«.
2. Flajs, N. (2005). Učinkovito komuniciranje in reševanje konfliktov. Maribor: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Maribor.
3. Gardašević, I., Kosec, D. (2005). Slabovidnost. Zdravniški vestnik, 71, str. 669-73.
4. Gračner, B. (2003). Posebnosti nege očesnega pacienta. V: Gračner, B., Pahor, D. (ur.) Oftalmologija. Maribor: Visoka zdravstvena šola, str. 155-58.
5. Gračner, B. (2003). Socialna oftalmologija. V: Gračner, B., Pahor, D. (ur.) Oftalmologija. Maribor: Visoka zdravstvena šola, str. 161-62.
6. Hafnar, M. (2014). Osebe z okvaro vida ter načela komunikacije s slepimi in slabovidnimi. Pridobljeno dne 15. 11. 2014 s svetovnega spleta [http:// www.lung.si/dodatki/03\\_MIRJANA\\_HAFNAR\\_razumevanje\\_slepote\\_.pdf](http://www.lung.si/dodatki/03_MIRJANA_HAFNAR_razumevanje_slepote_.pdf).
7. Kocur, I., Resnikoff, Š. (2002). Visual impairment and blindness in Europe and their prevention. British Journal of Ophthalmology, str. 716-22.
8. Nenadić, K., Horvačić, L. (2013). Kako pomoći slijepoj osobi da bude samostalna? Zagreb: Hrvatski savez slijepih.
9. Slabe, D., Hafnar, M. (1999) Medicinska sestra v komunikaciji s slepim bolnikom/ varovancem. Obzornik zdravstvene nege, 33, str. 243-9.
10. Stergar, A. (2003). Kakovost življenja slepih in slabovidnih oseb. V: Zbornik predavanj oftalmološke sekcije. Maribor: ZZMSZT.
11. Sterle, A. T., Vidovič-Valentinčič, N. (2002). Kako s fizioterapijo dosežemo boljše počutje slepega in slabovidnega. Zdravniški vestnik. Ljubljana, 71, str. 155-56.

Zlata Rebolj, Robert Sotler, mag.

# Zakon o pacientovih pravicah in omejitve v zdravstveni negi

*POVZETEK - V prispevku bomo predstavili Zakon o pacientovih pravicah v luči omejitev, s katerimi se srečujejo pacienti in izvajalci pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe pacientov. Zakon o pacientovih pravicah, sprejet leta 2008, določa pravice, ki jih imajo pacienti pri kakršni koli zdravstveni obravnavi. Malo je zakonov, ki so tako pomembni za velik del prebivalstva. Je instrument, ki dodatno zagotavlja kakovostno, varno in strokovno obravnavo, med drugim je lahko uporaben kot pomoč javnim zavodom pri zagotavljanju obravnave pacientov v zdravstvenem in socialnem varstvu. Varčevalni ukrepi Vlade Republike Slovenije imajo neposredni učinek na zagotavljanje pacientovih pravic. Še tako obsežne omejitve finančnih sredstev, ki jih vlada namenja za zdravstvo, pa ne smejo biti razlog za neprimerno vedenje in komuniciranje zdravstvenih delavcev in sodelavcev s pacienti. Osvetlili bomo nekatere primere kršitev pacientovih pravic, ki jih je obravnavala zastopnica (zastopnik) pacientovih pravic za področje Dolenjske, Bele krajine in tudi Posavja.*

*KLJUČNE BESEDE: pacientove pravice, omejitve, varna obravnava, dolžnosti*

## 1 Uvod

Stanje zdravja je naša največja dobrina, vendar se tega v fazi zdravja še vedno pre malo zavedamo. Varovanje zdravja je za vsakega posameznika zavezujoče, saj družba s svojim sistemom in zdravstveno službo samo pomaga posamezniku pri pridobivanju in ohranjanju zdravja. Zdravje je temeljna človekova pravica, ki je v današnjem času še vedno pogosto kršena. Kršitve so prisotne povsod in niso le domena manj in nerazvitih predelov sveta, kjer so le pogostejše. Tako se tovrstne kršitve dogajajo tudi pri nas, čeprav si zelo želimo stati ob boku razvitih družb.

Do nedavnega smo imeli solidno organizirano zdravstveno varstvo na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju. Trenutna in načrtovana organiziranost zdravstvene dejavnosti pa je vse manj pregledna in prijazna pacientu. V sistemu, kjer se močno prepleta javno zdravstvo, koncesionarji in privatni izvajalci, ne moremo govoriti o popolni enakosti in dostopnosti storitev za vse paciente. Zdravstvena zavarovalnica beleži tudi nekaj primerov, ko je koncesionar za isto storitev zaračunal pacientu in zavarovalnici. Vedno pogosteje se sliši, da bi morali v temelju spremeniti parametre poslovanja zdravstvenih ustanov, če želimo zagotoviti zdrav zdravstveni sistem. Zdravstvene ustanove bi morale biti spodbujene, da vložijo več truda, inovativnosti in energije v pridobivanje bolnikov. Pacienti bi v praksi spremembe hitro opazno občutili (Ihan, 2014).

Pri zdravljenju in diagnostiki se lahko pojavijo neljubi dogodki, ki jim rečemo iatrogeni (gr. iater, zdravnik) zapleti. Zapleti so se vedno dogajali, pa če smo še tako vestni in strokovni pri svojem delu. To vsekakor meče slabo luč na vse zdravnike, zdravstvene delavce in ves zdravstveni sistem. Za slab odnos javnosti do našega dela smo zdravstveni delavci včasih krivi sami. Predvsem napake in varnostni zapleti so tisti, ki bi jih morali priznati, se o njih pogovarjati in se pacientu tudi opravičiti.

Zdravniki, medicinske sestre (tehniki, zdravstveniki) in vsi ostali zdravstveni delavci, ki sodelujejo pri zdravljenju in oskrbi pacienta, naj bi bili ljudje z visokimi etičnimi in moralnimi normami. Žal se razmere v državi, ki so milo rečeno zmedene, naklonjene ljudem, ki ne ljubijo resnice, ne priznavajo pravne države in sodišč, ne spoštujejo nikogar razen sebe, ne priznavajo drugače mislečih, ki jim je blizu samo kapital, največkrat privatni, prenašajo tudi v odnose pacient - zdravstveni delavci. Zaradi takšnih razmer je pomen Zakona o pacientovih pravicah (v nadaljevanju ZPacP) in delovanje zastopnika pacientovih pravic (v nadaljevanju zastopnik) zelo pomembno.

Naloga zastopnika ni samo zastopanje pacientov in vlaganje zahtev v imenu pacientov, ki jim je bila domnevno kršena pravica. Je lahko tudi pomoč zdravstveno-socialnim ustanovam in izvajalcem zdravstvenih storitev (v nadaljevanju izvajalcem) pri oblikovanju načel in pravil za zagotavljanje kakovostne ter varne zdravstvene in socialne oskrbe pacientov. Zastopnik ne bo nikoli odrekel pomoči izvajalcem v okviru svojih pristojnosti, ki jih ima. Delovanje zastopnikov zagotavlja država, ureja Ministrstvo za zdravje in je v celoti brezplačno za pacienta (Zakon o pacientovih pravicah, 2008).

Pacientove pravice so bile do neke mere že določene v 47. členu Zakona o zdravstveni dejavnosti (v nadaljevanju ZZDej), Uradni list RS, št. 26/92.

ZPacP, Uradni list RS, št. 15/2008, upošteva zlasti naslednja načela: spoštovanje vsakogar kot človeka in spoštovanje njegovih moralnih, kulturnih, verskih, filozofskih in drugih osebnih prepričanj, spoštovanje telesne in duševne celovitosti ter varnosti, varstvo največje zdravstvene koristi za pacienta, zlasti otroka, spoštovanje zasebnosti, spoštovanje samostojnosti pri odločanju o zdravljenju in spoštovanje osebnosti in dostojanstva tako, da nihče ni socialno zaznamovan zaradi svojega zdravstvenega stanja in vzrokov, posledic ter okoliščin tega stanja ali zdravstvene oskrbe, ki jo je bil zaradi tega deležen (Zakon, 2008).

## 2 Pacientove pravice in njihove kršitve

Preučitev primerov, ki jih je obravnaval zastopnik, pokaže, da so pogosto kršene naslednje pravice:

- do enakopravnega dostopa do zdravstvene oskrbe in zagotavljanja preventivnih storitev,
- do proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev,

- do primerne, kakovostne in varne zdravstvene storitve,
- do spoštovanja pacientovega časa,
- do obveščenosti in sodelovanja,
- do drugega mnenja,
- do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo,
- do varstva zasebnosti in varstva osebnih podatkov.

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

Primer, ki ga je obravnaval zastopnik govori o kršitvi pravice do dostopa do zdravstvene oskrbe in zagotavljanja preventivnih storitev v 6. čl. ZPacP druga alineja, ki določa, da ima pacient pravico do nujne medicinske pomoči, ki je ni mogoče kakor koli pogojevati, še zlasti ne s plačilom ali napotnico.

Babice in dedki so dobrodošla pomoč pri varstvu vnukov v času šolskih počitnic. Veselje zaradi druženja z vnuki pa se lahko spremeni v hudo skrb, žalost in celo jezo. Prvošolec, ki je preživel počitnice pri starih starših, je zbolel. Imel je visoko vročino že tretji dan, zelo slabo se je počutil, bolela ga je glava.

Babica se je odločila vnuka odpeljati v nedeljo v urgentno ambulanto zdravstvenega doma, ker njeno zdravljenje po treh dneh ni izboljšalo vnukovega zdravstvenega stanja.

Sprejela ju je mlada zdravnica, ki je nedavno pričela z delom. Malega pacienta ni pregledala, od vrat je presodila, da otrok ne potrebuje njene pomoči. Babico je napotila k otrokovemu izbranemu pediatru, ki je oddaljen sto kilometrov od kraja, kjer je otrok preživel počitnice.

Svojo odločitev je utemeljila z dejstvom, da ne morejo obračunati storitve. Babica je vnuka odpeljala k njegovemu izbranemu pediatru v sto kilometrov oddaljeni kraj. Proti večeru sta se domov vrnila z navodili za nadaljnje zdravljenje, ki sta jih dobila od izbranega pediatra. Po napornem dnevu, ki sta ga z vnukom preživela na poti, se je babica spraševala, ali je zdravnica ravnala pravilno.

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

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

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

## 2.2 Pravica do proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev in pravica do spoštovanja pacientovega časa

9. člen ZPacP v prvi alineji govori, da ima pacient pravico do proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev, ki mu bo zaupal svoje zdravljenje.

14. člen ZPacP natančno določa pravico do spoštovanja pacientovega časa. Člen govori tudi o čakalnih časih in čakalnih dobah, kakor tudi o nujnosti zdravstvenih storitev.

Pacienti upravičeno pričakujejo, da bo izvajalec zdravstvenih storitev vložil ves trud v to, da bo pacient čim prej obravnavan. Prav pravočasnost je eden od elementov kakovostne zdravstvene storitve (Balažic, 2009).

Obe navedeni pravici najpogosteje kršijo zdravniki ortodonti, zobozdravniki in specialisti različnih strok. Razlogov za kršenje teh pravic je veliko, od pomanjkanja sredstev, nepravilno ovrednotenih dejavnosti do premajhnega števila izvajalcev. Nekatere razloge bi se dalo s primernimi organizacijskimi prijemi hitro odpraviti ali vsaj zmanjšati.

## 2.3 Pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe, 11. čl., ZPacP

Primerna zdravstvena oskrba je tista, ki je skladna s pacientovimi potrebami ter zmožnostmi zdravstvenega sistema v Republiki Sloveniji. Kakovostna zdravstvena oskrba je tista, ki dosledno dosega izide zdravljenja, ki so primerljivi s standardi ali najboljšimi izkušnjami, ob upoštevanju temeljnih načel kakovosti, kot so uspešnost, varnost, pravočasnost, kontinuiteta, učinkovitost, enakopravnost in osredotočenje na pacienta. Varna zdravstvena oskrba je tista, ki preprečuje škodo za pacienta v zvezi z zdravljenjem in v zvezi z okoliščinami fizične varnosti bivanja ali zadrževanja pri izvajalcu zdravstvenih storitev (Zakon o pacientovih pravicah, 2008).

Pacientka je bila operirana zaradi karcinoma rodir. Med operacijo je prišlo do zapleta zaradi obsežne krvavitve, tako da je moral posredovati žilni kirurg. Pacientka je med operacijo izgubila približno deset litrov krvi, ki so ji jo nadomeščali s transfuzijo. Kljub hudim zapletom med operacijo je pacientka ob skrbnem zdravljenju in negi bolnišnico zapustila po štirinajstih dneh. Že v bolnišnici je opazila, da je z njeno desno nogo nekaj narobe. Pri hoji ni mogla dvigniti stopala, zato je imela hude težave pri rehabilitaciji. Edina, ki je že v intenzivni terapiji opazila, da je z desno nogo pacientke nekaj narobe, je bila fizioterapevtka, ki je svoje opažanje vestno zapisala v dokument fizioterapije. V drugih dokumentih, odpustnici iz EIT in odpustnici iz bolnišnice, ni bilo zapisano, da ima iatrogeno poškodbo živca desne noge. Težava z desno nogo je bila posledica medoperativne poškodbe živca. Razlag za poškodbo živca je več. Živec je bil lahko poškodovan zaradi preparacije tkiv med operacijo pri odstranitvi maternice in jajčnikov, med ustavljanjem masivne krvavitve (kar je vedno zelo dramatično), zaradi pritiska zdravnika asistenta na nogo pacientke ali zaradi dolgotrajnega pritiska pacientkine noge na trdo podlago operacijske mize (ginekolo-

ški položaj). Ker so med operacijo reševali pacientkino življenje, niso bili pozorni na možne vzporedne nevarnosti, ki so pripeljale do poškodbe živca. Pacientka je invalidsko upokojena kljub srednjim letom, ker zaradi posledic operacije in povzročene dodatne škode ni bila več sposobna opravljati poklica.

Pacientka se je obrnila po pomoč zastopnika pacientovih pravic, ki je vložil zahtevo za prvo obravnavo zaradi kršitve pacientovih pravic. V zahtevi je poleg drugih ukrepov predlagal tudi izredni strokovni nadzor za področje zdravljenja. Izvajalec je ugodil zahtevi in opravil izredni strokovni nadzor. Ugotovil je, da je bila pacientkina dokumentacija vodena pomanjkljivo in uvedel korektivni ukrep natančnega vodenja pacientove dokumentacije. S strokovnim nadzorom so tudi ugotovili, da je poškodba živca nastala v času operativnega posega. Navedli so možnosti nastanka poškodbe in preverili postopke za preprečitev takih zapletov. Zdravnik operater se je pacientki opravičil. Izvajalec je z ugotovitvami strokovnega nadzora pacientki omogočil lažjo pot do primerne odškodnine.

Poleg kršitve pravice o primerni, kakovostni in varni zdravstveni oskrbi je bila pacientki kršena še pravica do obveščenosti in sodelovanja, 20. čl. ZPacP (obveščenost in pojasnilna dolžnost).

Treba pa je poudariti, da je pacientka zelo hvaležna vsem, da so jo ohranili pri življenju in da je vse ostale postopke v času zdravljenja zelo pohvalila.

V naši kulturi vedno iščemo med posamezniki krivca za povzročeno škodo, ki je posledica zdravstvene napake ali varnostnega zapleta. Zdravstveni delavci ne hodijo na delo, da bi namerno škodovali pacientom. Res pa je, da jih včasih sistem sili v kršenje pravil, ki lahko pripeljejo do zdravstvenih napak.

#### *2.4 Pravica do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo, 41. čl. ZPacP*

Pravico do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo izvajalci pogosto kršijo zaradi nepoznavanja ZPacP in zaradi mnenja, ki je še vedno zelo razširjeno, da pacient tako ali tako ne ve kaj početi s podatki, ki so v njegovi zdravstveni dokumentaciji.

Pacient ima pravico do neoviranega dostopa in seznanitve z zdravstveno dokumentacijo, ki se nanaša nanj. Izvajalec mora pacientu omogočiti dostop do zdravstvene dokumentacije takoj ali v petih delovnih dneh od vložitve ustne ali pisne zahteve. Izvajalec mora pacientu zagotoviti fotokopiranje ali drug način reprodukcije njegove zdravstvene dokumentacije, kar se mu lahko zaračuna le po Pravilniku o zaračunavanju stroškov pri izvrševanju pravice posameznika do seznanitve z lastnimi osebnimi podatki (Zakon o pacientovih pravicah, 2008).

#### *2.5 Pravica do drugega mnenja, 40. čl. ZPacP.*

Pravica do drugega mnenja je že v ZPacP poimenovana kot »gola« pravica. Pacient, ki dvomi v pravilno odločitev zdravljenja ali poteka zdravljenja si želi pridobiti drugo mnenje izven inštitucije, kjer se trenutno zdravi. Slovenija je majhna država

in ravno zaradi njene majhnosti je drugo mnenje lahko vprašljivo, še posebno, če je zahtevano pri istem izvajalcu. Pridobitev drugega mnenja pri drugem izvajalcu pa je za pacienta samoplačniška (Zakon o pacientovih pravicah, 2008).

Splošna bolnišnica ima zaposlene štiri strokovnjake za določeno strokovno področje. Pri pacientovem zdravljenju so sodelovali trije. Drugo mnenje lahko izda samo strokovnjak, ki ni sodeloval pri zdravljenju, ga je pa pacient večkrat videval na oddelku pri pogovorih z ostalimi tremi, zato zagotovo ne bo pomirjen in ne bo verjel v pravilnost odločitve.

## *2.6 Pravica do varstva zasebnosti in varstva osebnih podatkov, 43. čl., ZPacP*

Izvajalci zdravstvenih storitev morajo pri vsakokratni zdravstveni oskrbi spoštovati pacientovo zasebnost, zlasti njegova moralna, kulturna, verska, filozofska in druga osebna prepričanja, ob upoštevanju medicinske doktrine.

Pacientu se omogoči, da so pri medicinskem posegu navzoči le zdravstveni delavci oziroma zdravstveni sodelavci, ki opravljajo medicinski poseg. Osebe, katerih navzočnost je potrebna za potrebe zdravstvenega izobraževanja, so lahko navzoče le s predhodno privolitvijo pacienta. Ta ima pravico zahtevati izvedbo drugih primernih in razumnih ukrepov za varstvo svoje zasebnosti pri zdravstveni oskrbi (Zakon o pacientovih pravicah, 2008)..

Mlad moški, opogumljen s pravšnjo mero alkohola, je s prijatelji obiskal javno hišo nekje v tujini. Po streznitvi in vrnitvi v domači log, ga je popadel nepremagljiv strah, da se je morda okužil z AIDS-om, čeprav je uporabil zaščito. Obiskal je osebno zdravnico, s katero se je želel pogovoriti o svoji težavi. Zelo težko je to zaupal zdravnici tudi zato, ker je bil v ambulanti prisoten še moški v uniformi. Zdravnica ga je na hitro vprašala o splošnih podatkih in ga hotela odsloviti, da mu nič ni. Morda je pacient nekoliko nerodno prosil za napotnico, da bi opravil laboratorijsko preiskavo, ki bi izključila okužbo s spolno boleznijo. Zdravnica ga je grobo zavrnila, da ni v Mercatorju, da bi si lahko izbiral preglede. S povišanim glasom ga je pospremila iz ambulante. Pacient je bil prizadet in ponižan zaradi načina, kako ga je zdravnica obravnavala. Poleg tega se je neprimerno obnašala vpricho tretje osebe.

Pacient je poiskal pomoč pri zastopniku. Temu je zaupal svojo zgodbo in strahove, ki jih ima. Zastopnik je pacienta poslušal in mu svetoval obisk izvajalcev, ki opravljajo brezplačne preglede brez napotnice, kadar obstoja sum za spolno prenosljivo bolezen. Pacient je bil po pogovoru pomirjen in zadovoljen. Našel pa je tudi opravičilo za neprimerno ravnanje zdravnice. Rekel je, da je verjetno imela slab dan.

Pacientu je bila kršena pravica do zasebnosti, pravica do obveščeniosti in sodelovanja, pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe. Poleg navedenih kršitev pa je najhujše dejstvo, da se je zdravnica neprimerno obnašala.

### 3 Zaključek

Na prvi pogled je možno sklepati, da ZPacP in omejitve v zdravstveni negi nimajo kaj dosti skupnega. Ravno nasprotno. Več kot je omejitev v zdravstveni negi, več je kršitev pacientovih pravic, ki jih določa ZPacP. Omejitve se običajno odražajo v številu izvajalcev zdravstvene nege, količini in kakovosti pripomočkov za zdravstveno nego. Splošno znano je dejstvo, da vodstva zdravstvenih zavodov vidijo ključne prihranke pri zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi. Manjše število izvajalcev lahko vodi v neprimerno, nekakovostno zdravstveno oskrbo in nego, ki se lahko odraža v vse bolj težavnem zagotavljanju varnosti. Pri zdravstveni obravnavi je pomemben dejavnik zaupanje in obveščenost pacienta. Če bo pacient ustrezno seznanjen s potekom zdravstvene obravnave, z vsemi možnostmi in odkloni pri njej ter če se bo strinjal s predlaganim zdravljenjem, bo uspeh zdravljenja boljši in hitrejši. Tako bomo imeli zadovoljnega pacienta in nižje stroške zdravljenja. Ob tem, da se prebivalstvo stara, da je vedno več tehnološko zelo zahtevnih posegov in postopkov v diagnostiki in pri zdravljenju, bodo vodstva izvajalcev morala razumeti, da ni možno varčevati pri številu izvajalcev zdravstvene nege.

Pomemben dejavnik pri zdravstveni obravnavi je tudi primerna komunikacija med pacientom in izvajalci zdravstvenih storitev. Vendar ni možno iskati opravičil, iz zgoraj navedenega, za neustrezno komunikacijo. S pacientom moramo primerno komunicirati ne glede na naše kadrovske in finančne omejitve.

Iz medijev lahko izvemo, da je lahko nekdo v javnem sektorju opravil del storitev iz naslova zdravstvenega zavarovanja v službenem času in brez posledic nadaljuje isto obravnavo pacienta v svoji samoplačniški ambulanti, če je ta pripravljen odpreti svojo denarnico. Včasih pacient niti ne ve, kaj mu dejansko pripada »brezplačno« in kaj mora od tega plačati iz svojega žepa. Nekateri zobozdravstveni izvajalci paciente namerno zavajajo, da je njihova zobnoprostetična storitev celo cenejša, kot pa bi bila, če bi se vsaj delno krila iz naslova zdravstvenega zavarovanja.

Za doseganje ciljev celostne obravnave pacienta pri zdravljenju in zdravstveni oskrbi je zelo pomembno širiti vedenje o pacientovih pravicah in dolžnostih. Splošno poznavanje ZPacP je lahko dobra iztočnica za vse, ki so vključeni v zdravstveno obravnavo in želijo biti ob tem zadovoljni.

### LITERATURA

1. Balažic, J., Korošec, D., Ivanc, B. in sod. (2009). Zakon o pacientovih pravicah s komentarjem. Ljubljana: GV založba.
2. Ihan, A. (2014). Nepreslišano. Dnevnik, 64, št. 252, str. 15.
3. Zakon o pacientovih pravicah (2008). Uradni list Republike Slovenije št. 15.



## Socialni transferji in zdravstvena nega

*POVZETEK - Pogoja, da Slovenija lahko deluje kot socialna država, sta usklajen gospodarski in socialni razvoj. Vse spremembe, ki so se zgodile po osamosvojitvi, so v ospredje postavile drugačne vrednote, kot so npr. uspešnost, dobiček in kapital. Če hoče biti država socialna, pa mora poskrbeti, da svojim državljanom zagotavlja tudi socialno varnost in jih seznanja s pravicami ter postopki za njihovo pridobivanje. Vrsta in obseg socialnih transferjev iz proračuna Republike Slovenije sta za nepoznavalce dokaj nepregledni in nerazumljivi. Zato se bomo v prispevku usmerili na socialne transferje, s katerimi se delavci na področju zdravstvene nege vsak dan srečujemo pri svojem delu. Namen in cilj našega prispevka je predstavitev socialnih transferjev v zdravstvenih zavodih, s poudarkom na njihovem pomenu in vplivu na organizacijo ter potek dela pri delavcih s področja zdravstvene nege. V prispevku bomo pojasnili tudi vlogo kadrovske službe v zdravstvenem zavodu pri priznavanju posameznih pravic upravičencev do socialnih transferjev.*

*KLJUČNE BESEDE: socialni transferji, zdravstveni zavodi, zdravstvena nega*

### 1 Uvod

Današnje poslovno okolje zahteva od zavoda/organizacije, da se hitro prilagodi spremembam v družbenem okolju in da sledi razvojnim usmeritvam. Te vse spremembe in globalizacija, spodbujajo vodilne delavce k iskanju različnih oblik organizacije v zavodu/organizaciji, ki naj bi zagotavljale optimalno poslovanje, hitro odzivnost in učinkovitost ter uspešno sledile spremembam v družbenem okolju (Andrejčič, 1994, v Šimnovec, 2010).

Socialni transferji (Mavrič, 2004) so v dostopni literaturi zelo slabo opisani in podatki so zelo razpršeni. Največ je o socialnih transferjih napisanega na spletni strani Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve ter Centrov za socialno delo. Temeljni pogoj za delovanje Slovenije kot socialne države je usklajen gospodarski in socialni razvoj. Gre za ukrepe, ki zagotavljajo socialno varnost posameznika. Naša država (Tominšek, Kopinšek, 2009) mora urediti obvezno zdravstveno, pokojninsko, invalidsko in ostala zavarovanja, hkrati pa mora varovati družino, materinstvo, očetovstvo, otroke in mladino. Da država lahko zagotavlja materialne in socialne pravice, mora posameznik prispevati sredstva v obliki davkov, prispevkov in drugih dajatev. Za vse zaposlene na področju zdravstva/zdravstvene nege je pomembno, da poznajo svoje pravice na področju socialne varnosti in postopke za pridobitev socialnih transferjev. Naša država beleži v zadnjih letih proračunski primanjkljaj, ki ga bo treba postopoma zniževati. Najti moramo ravnovesje med reformnimi ukrepi, ki se vežejo na javno porabo, in socialnimi transferji (Šega, 2007).

## 2 Delo

Delo je neločljivo povezano s človeštvom že od vsega začetka njegove zgodovine (Šimnovec, 2010). Delitev dela pri ljudeh se je začela že, ko so ti živeli še v votlinah, pozneje pa se je delo začelo načrtno razvijati s Sumerci, Egipčani, Grki, Rimljani... Vsako človeško dejavnost, ki s pomočjo pridobljenih dobrin zadovoljuje materialne ali duhovne potrebe posameznika ali skupnosti, imenujemo delo (Šimnovec, 2010).

Simon in Renata Muha (2008, po Sobodin, 1997) menita, da je delo zavestna, namenska usmerjena telesna in duševna aktivnost, ki jo človek opravlja po vnaprej pripravljenem načrtu in vodi k zastavljenemu cilju. Savičić (2008) meni, da ljudje večino svojega časa preživimo v službi, zato se skozi delo izraža in oblikuje tudi naša osebnost, percepcija in obnašanje. V življenju posameznikov igra delo pomembno vlogo tudi v družbi, saj se vsaka sprememba v naravi dela odraža tudi v kulturnih spremembah. Različni avtorji (Konjuo-Mrčela, Haralambos...), različno definirajo delo, kar vpliva tudi na razumevanje le-tega pri posamezniku. Delo je človekova dejavnost, s katero si ta zagotavlja ekonomske razmere za življenje. Človek lahko opravlja delo kot posameznik, neodvisno od drugih, lahko pa se vključuje v organiziran delovni proces v različnih vrstah delovnih organizacij (Vodovnik, 2009).

Danes si želimo predvsem fleksibilne oblike dela, vendar pa so te izredno naklonjene zavodu/organizaciji, niso pa prijazne do delavcev. Vodovnik (2009) govori, da je delo ustavno zavarovano, podobno kot so zavarovane druge najpomembnejše dobrine, npr. človekove svoboščine in pravice, lastnina in drugo. Svetlik, Glazer, Kajzer, Trbanc (2002) poudarjajo, da so z določitvijo časa za delo delavcem odmerjene številne pravice, ki izhajajo iz dela, lahko pa tudi iz te pravice delavci samostojno uravnavajo potek svojih drugih življenjskih dejavnosti.

## 3 Socialni transferji

Republika Slovenija je po ustavi socialna država, ki je sprejela definicijo socialne varnosti kot pravico posameznika, da je zavarovan za naslednja tveganja: za primer bolezni, nezaposlenosti, starosti, poškodbe pri delu, invalidnosti, materinstva, preživljanja otrok in dajatve družinskim članom po smrti osebe, ki je preživljala družino, in pravice, ki so v Sloveniji urejene z Zakonom o socialnem varstvu (Mavrič, 2004). Ureditev delovnopravnega položaja javnih uslužbencev (Vodovnik, 2009) je glavna vez med sistemom delovnega prava in upravnega prava. Sistemi socialne varnosti so med državami članicami EU tako različni, da bi bilo zelo težko doseči soglasje o harmonizaciji predpisov. Države članice so se zato odločile za usklajevanje sistemov prek neposrednega izvajanja odredb, ki postavljajo za to določena pravila (Ambrožič, 2011).

Cerar (2013) pravi, da se pravo na eni strani kaže kot omejujoč in prisiljujoč sklop zapovedi in prepovedi, ki zavezujejo delavce v zdravstveni dejavnosti, po drugi strani pa prav takšne zapovedi in prepovedi zdravstvenim delavcem postavljajo pravno dopustni okvir njihovega delovanja, ki zagotavlja tudi varstvo s pravicami opredeljenih dobrin zaposlenih.

Šega (2007) meni, da ima Slovenija razmeroma dobro razvite glavne sisteme socialne varnosti: socialno, zdravstveno in pokojninsko zavarovanje ter javno izobraževanje. Ni pa vzpostavila pravega ravnovesja med ekonomijo in socialo: zadovoljuje se z ekonomskimi ukrepi v obliki socialnih transferjev in politik, ki le blažijo socialna trenja. Avtorica pravi, da so politika, ekonomija in sociala vse manj povezane.

Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti zagotavlja v okviru finančnega načrta približno 13-14 % vseh izdatkov za socialno zaščito. Pravico do socialnih transferjev določa zakon in jo ima posameznik, ki hkrati izpolnjuje tudi druge pogoje, ki jih določajo predpisi (Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o socialno varstvenih prejemkih, 2011).

Starševsko varstvo se nanaša na pravice staršev ob rojstvu otroka, ki so oz. so bili v določenem času v delovnem razmerju. Starševsko varstvo ureja:

- porodniški dopust,
- očetovski dopust,
- dopust za nego in varstvo otroka,
- posvojiteljski dopust,
- porodniško nadomestilo,
- očetovsko nadomestilo,
- nadomestilo za nego in varstvo otroka,
- posvojiteljsko nadomestilo,
- pravica do krajšega delovnega časa.

## 4 Socialni transferji, bolnišnica in zdravstvena nega

Bolniški stalež (BS) ali začasna odsotnost z dela zaradi bolezni, poškodb pri delu ali zunaj dela, nege ali spremstva bolnega družinskega člana oziroma izolacije je pomemben kazalec zdravstvenega stanja delavcev. V socialno medicinskih analizah uporabljajo podatke o zaključenih primerih bolniškega staleža v opazovanem letu, izgubljeni dnevi pa so koledarski dnevi. Pri izračunu indeksov se upoštevajo vsi dnevi za eno odsotnost z dela. Zaključen primer bolniškega staleža je primer, ki je zaključen z diagnozo, razlogom in plačnikom.

Raziskave kažejo, da bolniške odsotnosti niso samo posledica fizičnih bolezni. Vse pogostejši vzroki za bolniške odsotnosti so stres na delovnem mestu, nizka motivacija in stimulacija, neustrezna usposobljenost za delo, nevdružni odnosi v kolektivu in način življenja.

#### *4.1 Metodologija izdelave analize bolniškega staleža v Splošni bolnišnici*

##### *Novo mesto*

Analiza bolniškega staleža v Splošni bolnišnici Novo mesto je sestavljena iz dveh delov:

- v prvem delu je prikazana struktura vseh primerov zadržanosti od dela po razlogih v SB NM v obdobju od leta 2006 do 2013,
- v drugem delu je prikazana primerjava indeksov bolniškega staleža v SB NM z bolniškim staležem v Sloveniji, regiji Novo mesto in s panogo zdravstva za obdobje od leta 2006 do 2012.

#### *4.2 Rezultati primerov zadržanosti od dela po razlogu v Splošni bolnišnici*

##### *Novo mesto*

Ker se za poklic medicinske sestre še vedno odločajo večinoma ženske, se v bolnišnici srečujemo z večjo odsotnostjo z dela, in sicer zaradi porodniških dopustov, socialnih transferjev in bolniškega staleža za nego bolnega otroka.

Zdravstveni poklic je naporen, večino delovne dobe je treba delati v turnusu, pri delu je zelo veliko fizičnih in tudi psihičnih obremenitev, ki na zaposlenih skozi čas puščajo posledice. Do nedavnega teh sprememb nismo zaznali v taki meri, saj so se večinoma prej upokojili, s podaljševanjem delovne dobe, in s tem tudi povišanjem starostne dobe, pa se kažejo težave zlasti pri starejših kolegicah/kolegih, ki obolevajo za različnimi kroničnimi boleznimi, ki so pogosto posledica težkega, naporenega in odgovornega dela. Žal se to breme prenaša na zdravo jedro zaposlenih. To so zaposleni v 40. letu starosti, ki pokrivajo vse procese dela v dnevu, tednu, mesecu in letu. Zaradi večjih obremenitev lahko sčasoma tudi pri njih pričakujemo podobne zdravstvene težave kot pri starejših, saj so obremenitve zdravega jedra res velike. Posledično se nam povečuje število invalidov, kar predstavlja veliko težavo v organizaciji dela, saj imajo invalidi večinoma omejitve pri dvigovanju bremen, kar je v zdravstveni negi stalno prisotno.

Zaradi vseh naštetih razlogov se v bolnišnici srečujemo s težavami, ki se kažejo v pomanjkanju negovalnega osebja na posameznih oddelkih.

V nadaljevanju predstavljamo tabelarični prikaz strukture primerov zadržanosti od dela po razlogu v Splošni bolnišnici Novo mesto.

Tabela 1: Bolezni v breme delodajalca/ZZZS/nega-sprememstvo

	Bolezni v breme delodajalca				Bolezni v breme ZZZS				Nega - spremstvo			
	Št. prim.	%	Dnevi	%	Št. prim.	%	Dnevi	%	Št. prim.	%	Dnevi	%
2006	408	57,46	8.416,80	32,10	90	12,68	3.740,52	14,26	84	11,83	887,46	3,38
2007	555	63,87	9.502,85	31,43	115	13,23	6.523,65	21,58	95	10,93	1.067,67	3,53
2008	528	61,97	9.331,42	29,92	122	14,32	6.712,30	21,52	96	11,27	1.041,95	3,34
2009	409	54,83	9.656,50	30,03	85	11,39	5.180,35	16,11	134	17,96	1.588,3	4,94
2010	418	55,96	9.742,95	28,16	98	13,12	7.331,45	21,19	110	14,73	1.368,5	3,96
2011	458	57,61	12.186,16	29,31	90	11,32	7.203,70	17,33	121	15,22	1.540,70	3,71
2012	424	53,20	10.325,76	27,10	121	15,18	8.374,80	21,98	150	18,82	1.202,432	3,16
2013	507	53,26	7.536,39	29,27	223	23,42	6.401,75	24,86	134	14,08	1.294,50	5,03

Vir: Splošna bolnišnica Novo mesto 2006 – 2013.

Tabela 2: Nesreče pri delu do 30 dni/nad 30 dni/porodniška

	Nesreča pri delu do 30 dni				Nesreče pri delu nad 30 dni				Porodniška			
	Št. prim.	%	Dnevi	%	Št. prim.	%	Dnevi	%	Št. prim.	%	Dnevi	%
2006	22	3,10	497,28	1,90	4	0,56	55,44	0,21	102	14,37	12.626,88	48,15
2007	28	3,22	729,75	2,41	4	0,46	145,60	0,48	72	8,29	12.266,80	40,57
2008	19	2,23	630,00	2,02	5	0,59	89,60	0,29	82	9,62	13.384,00	42,91
2009	21	2,82	513,80	1,60	3	0,40	49,00	0,15	94	12,60	15.173,20	47,18
2010	29	3,88	774,90	2,24	7	0,94	272,30	0,79	85	11,38	15.110,20	43,67
2011	19	2,39	702,80	1,69	5	0,63	832,30	2,00	102	12,83	19.111,40	45,97
2012	6	0,75	702,80	1,84	4	0,50	832,30	2,18	92	11,54	16.660,00	43,73
2013	11	1,16	212,50	0,83	0	0,00	0,00	0,00	77	8,09	10.306,50	40,02

Vir: Splošna bolnišnica Novo mesto 2006 – 2013.

Tabela 3: Skupaj - bolezni v breme delodajalca/ZZZS/nega-sprememstvo in nesreče pri delu do 30 dni/nad 30 dni/porodniška

	Skupaj			
	Št. prim.	%	Dnevi	%
2006	710	100,00	26.224,38	100,00
2007	869	100,00	30.236,32	100,00
2008	852	100,00	31.189,27	100,00
2009	746	100,00	32.161,15	100,00
2010	747	100,00	34.600,30	100,00
2011	795	100,00	41.577,06	100,00
2012	797	100,00	38.098,09	100,00
2013	952	100,00	25.751,64	100,00

Vir: Splošna bolnišnica Novo mesto 2006 – 2013.

Tabela 4: Tabelarni prikaz indeksov bolniškega staleža

	Št. zap.	Št. prim.	Dnevi	% BS	IO	IF	IR
2006	939	710	26.224,38	7,65	27,93	75,61	36,94
2007	971	869	30.236,32	8,53	31,14	89,50	34,79
2008	1000	852	31.189,27	8,55	31,19	85,20	36,61
2009	1000	746	32.161,15	8,81	32,16	74,60	43,11
2010	1007	747	34.600,30	9,41	34,36	74,18	46,32
2011	1007	795	41.577,06	11,31	41,29	78,95	52,30
2012	1004	797	38.098,09	10,40	37,95	79,38	47,80
2013	1028	952	25.751,64	6,86	25,05	92,61	27,05
Povprečje:		788,00	33.440,94	9,24	33,72	79,63	42,55

Vir: Splošna bolnišnica Novo mesto 2006 – 2013.

Tabela 5: Tabelarni prikaz primerjave indeksov bolniškega staleža v SB NM z indeksi bolniškega staleža v Sloveniji/zdravstveni enoti Novo mesto/in zdravstvu v Sloveniji

					IO				IF				IR			
	SLO	NM	Zdrav.	SB NM	SLO	NM	Zdrav.	SB NM	SLO	NM	Zdrav.	SB NM	SLO	NM	Zdrav.	SB NM
2006	4,20	4,35	4,90	3,97	15,30	15,90	17,90	14,48	81,90	89,90	100,60	64,75	18,70	17,70	17,80	22,36
2007	4,40	4,70	5,30	5,07	16,10	17,20	19,50	18,51	89,90	92,60	112,60	82,08	17,70	18,50	17,30	22,55
2008	4,30	4,20	5,00	4,88	15,50	15,10	18,40	17,81	82,70	81,20	100,90	77,00	18,80	18,60	18,20	23,12
2009	4,19	4,19	4,30	4,65	15,26	15,30	15,80	16,99	84,99	82,58	95,10	65,20	17,95	18,53	16,60	26,06
2010	4,10	4,22	4,60	5,30	14,90	15,40	16,90	19,35	85,00	81,90	111,00	65,74	17,60	18,80	15,20	29,44
2011	4,10	4,30	4,60	6,11	14,80	15,80	16,90	22,31	86,50	82,50	113,90	68,82	17,10	19,20	14,80	32,42
2012	4,20	3,90	4,60	5,49	15,40	14,30	16,60	20,04	90,40	82,10	118,70	70,62	17,10	17,40	14,00	28,38
2013	NP	NP	NP	4,12	NP	NP	NP	15,02	NP	NP	NP	85,12	NP	NP	NP	17,65

Vir: Splošna bolnišnica Novo mesto 2006 – 2013.

## 5 Razprava

Septembra 2006 je v bolnišnici prišlo do uvajanja novega računalniškega programa in s tem do drugačne obdelave podatkov. Zato so bili za to leto dosegljivi podatki od septembra dalje. Da bi bili rezultati primerljivi s statističnimi podatki IVZ za leto 2006, so bili vsi bolnišnični podatki pomnoženi s faktorjem 2,4. Pri izdelavi strukture primerov zadržanosti od dela po razlogu v Splošni bolnišnici Novo mesto je bil upoštevan tudi porodniški stalež, medtem ko je bil pri primerjavi z drugimi indeksi bolniškega staleža izvzet, ker ga IVZ ne upošteva. Zato se indeksi bolniškega staleža v Splošni bolnišnici Novo mesto v prvem in drugem delu razlikujejo.

Bolnišnični podatki niso natančno primerljivi s podatki, ki jih zbira IVZ. Na osebnih dohodkih se zbirajo podatki o izgubljenih delovnih urah. Da bi se iz teh podatkov

dobilo približno število koledarskih dni, je bilo število delovnih ur deljeno z osem in pomnoženo s faktorjem 1,4. Iz podatkov na osebnih dohodkih se ne da natančno določiti števila primerov, zato je primerjava zgolj okvirna. Vzrok za odstopanje leta 2011 v nezgodah pri delu nad 30 dni je razviden iz Poročila o delu službe VZD in PV za leto 2011. Pri zbiranju in obdelavi prikazanih podatkov se dopušča možnost subjektivne napake, saj je bilo treba večino podatkov urediti ročno.

Neizogibno je razmišljanje o vplivu socialnih transferjev in ekonomije na zdravstveno nego. Požun in Iliev (2013) govorita, da naša sedanost in prihodnost ni odvisna samo od naših sposobnosti, ampak tudi od tega, kako ekonomske sile, ki so zunaj našega vpliva in nadzora, vplivajo na nas.

Iz predstavljenih tabel je razvidno, da v Splošni bolnišnici Novo mesto odsotnost zaposlenih med leti 2006 in 2013 raste.

Rezultati (tabela 1) kažejo, da so v porastu bolniške odsotnosti v breme delodajalca za približno 30 %, v breme ZZZS približno 25 % in odsotnosti zaradi nege/spremstva 5 %.

Nesreče pri delu (tabela 2) so se leta 2013 v primerjavi z letom 2006 zmanjšale za polovico pri odsotnostih do 30 dni, odsotnosti nad 30 dni pa v letu 2013 nismo beležili. Zniževanje nesreč gre pripisati tudi izobraževanju na področju varstva pri delu, ki ga redno izvaja Služba za varnost pri delu.

Primerjava podatkov o odsotnosti zaradi bolniškega staleža s slovenskim povprečjem kaže, da se je med zaposlenimi v Splošni bolnišnici Novo mesto zaradi bolniške odsotnosti odstotek zvišal za skoraj 2 % in presega odstotek odsotnosti zaradi bolniškega staleža Zdravstvene enote Novo mesto (tabela 5).

Če hočemo ta problem rešiti in urediti v zadovoljstvo vseh vpletenih strani, moramo k problemu pristopiti celostno in s pomočjo kadrovske službe.

Ker smo ugotovili višane odstotka odsotnosti, ki je posledica bolniškega staleža med zaposlenimi v splošni bolnišnici Novo mesto, smo pristopili k projektu »Z znanjem do zdravja zaposlenih« v okviru ZZZS po dogovoru s Konfederacijo sindikatov javnega sektorja. Projekt promocije zdravja se izvaja in se bo nadaljeval glede na zastavljene cilje.

Skupina za zdravje je oblikovala cilj promocije zdravja med zaposlenimi, ki ga je razvrstila po področjih:

- usposabljanje in razvoj veščin zaposlenih,
- obveščanje in izobraževanje zaposlenih za zdravo delo,
- podporno okolje za zdravo delo,
- razvoj politik, pravilnikov, sistemske ureditve.

Rezultate uspešnosti tega projekta bomo lahko ugotavljali šele čez nekaj let.

Avtorji govorijo, da se prihodnost ne prerokuje, ampak kadruje. Od kadrovanja večeraj imamo rezultate danes in od kadrovanja danes bomo imeli rezultate jutri. Ljudje

so tisti, ki kreirajo razvoj in delovna mesta (Drobnič, 2009). Od tega, kako kakovostno delajo zaposleni v zavodu, je odvisna naša prihodnost.

In kako skrbimo za zaposlene v bolnišnici? Vprašanje je zanimivo, odgovor pa zelo težak. Dobre kadrovske politike v bolnišnici še nimamo, se pa trudimo, da bi tudi ta sistem uredili in da bi kadrovska služba prevzela svojo pomembno vlogo pri zaposlovanju, prerazporejanju in organizaciji dela zaposlenih na področju zdravstvene nege.

## 6 Zaključek

Danes predstavlja velik problem omejevanje zaposlovanja. Zakon za uravnoteženje javnih financ omejuje zaposlovanje, kar je velika težava, saj moramo zagotoviti 24-urno oskrbo pacientov, zakon pa to zanemarja in enači vse veje javne uprave. To ni samo problem naše bolnišnice, ampak vseh bolnišnic v Sloveniji. Upamo, da bodo k temu problemu sistematično pristopile ustrezne službe, ki se ukvarjajo z varnostjo in kakovostjo obravnave pacientov v bolnišnicah. Prav kadrovska služba je bila v preteklosti po večini definicij tista, ki je skrbela za zaposlene. Njena vloga se je skozi leta močno spreminjala; od personalne službe, ki je zbirala podatke in je imela operativno administrativno vlogo, pa do svetovalne službe, kakršno mora imeti danes in kar je eden osnovnih pogojev za razvoj sodobne družbe. Kadrovska služba postaja strateški partner organizacij, pomaga optimalno izkoristiti nevidni kapital zaposlenih. Skrb za razvoj ljudi, njihovo delovanje in socialni položaj pomeni skrb za razvoj zaposlenih. Zavedati se moramo, da živimo v času sprememb, nenehne konkurence, kar je močno zaznamovalo ravnanje s človeškimi viri.

Zaradi zaostrene ekonomske situacije pa bo treba v prihodnosti razmišljati o še bolj gospodarni porabi sredstev, kar pomeni določeno korekturo socialne politike in vseh socialnih transferjev v prihodnjih letih. V razmislek bi dodala misli avtorjev, ki govorijo, da se v ZDA viša delež delovno aktivnih prebivalcev, starih med 65 in 74 let, izekonomskih razlogov in zaradi nižjih socialnih transferjev. Pri nas še ni tako, najstarejši delovno aktivni so kmetje, vendar se sistem hitro spreminja tudi v naši državi. Američani pri 58, 62 ali 65-ih letih niti približno ne razmišljajo o pokoju, o tem vse manj razmišljajo tudi pri 68 ali 70-ih letih. Delež delovno aktivnih se pri njih namreč iz leta v leto zvišuje, zato nekatere projekcije kažejo, da bo leta 2022 tam delovno aktivnih kar 31,9 odstotka oseb, starih med 65 in 74 let. In kaj bo pri nas?

## LITERATURA

1. Amrožič, B. (2011). Poslovodno računovodstvo. Ljubljana: VŠR.
2. Cerar, M. (2013). Nekaj misli o pomenu pravne in etične odgovornosti v zdravstvu. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.



3. Delo v nevladnih organizacijah – od poslanstva... - CNVOS. Pridobljeno dne 10. 11. 2014 s svetovnega spleta: [http://www.cnvos.si/.../Delo\\_v\\_nevladnih\\_organizacijah\\_od\\_poslanstva\\_do\\_k](http://www.cnvos.si/.../Delo_v_nevladnih_organizacijah_od_poslanstva_do_k).
4. Drobnič, R. (2009). Slovenski trg dela danes in jutri. Ljubljana: Planet GV.
5. Interni vir: Dokumenti Splošne bolnišnice Novo mesto (2014).
6. Mavrič, J. (2004). Socialni transferji v Sloveniji s poudarkom na socialnih transferjih s področja »Vojne zakonodaje«. Diplomsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta.
7. Muha, S., Muha, R. (2008). Projekt: Munus 2, Evropski socialni sklad EU in Ministrstvo za šolstvo in šport.
8. Požun, P., Iliev, T. (2013). Ekonomsko okolje zdravstvene in babiške nege. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.
9. Prejemki. Pridobljeno dne 1. 11. 2014 s svetovnega spleta: <http://csd-slovenija.org/sl/center/center-za-socialno-delo/see.page/prejemki>.
10. Savičič, B. (2008). Organizacija dela : Primer slovenske železnice d.o.o.. Diplomsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede Ljubljana.
11. Socialni transferji. Pridobljeno dne 10. 11. 2014 s svetovnega spleta: <http://www.csd-litija.si/vsebina>.
12. Svetlik, I., Glazer, J., Kajzer, A., in Trbanc, M. (2002). Politika zaposlovanja. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
13. Šega, S. (2007). Pomen socialnih transferjev v fiskalni politiki. Diplomsko delo. Maribor: Ekonomsko-poslovna fakulteta.
14. Šimovec, Š. (2010). Organiziranost timskega dela v organizaciji. Diplomsko delo. Koper: Univerza na primorskem, Fakulteta za management Koper.
15. Tominšek, K., Kopinšek, J. (2009). Analiza socialnih transferjev v Sloveniji. Raziskovalna naloga. Celje: Poslovno komercialna šola Celje.
16. Uporaba IKT pri Poslovanju in organiziranju. Pridobljeno dne 10. 11. 2014 s svetovnega spleta: [http://www.mizs.gov.si/.../MUNUS2\\_134UporabaIKTpriPoslovanju\\_Organizir](http://www.mizs.gov.si/.../MUNUS2_134UporabaIKTpriPoslovanju_Organizir).
17. Vodovnik, Z. (2009). Poglavlja iz delovnega in socialnega prava. Študijsko gradivo. Nova Gorica: Evropska pravna fakulteta.
18. Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o socialo varstvenih prejemkih (2011). Uradni list Republike Slovenije št. 40.

# Odnos med izvajalci zdravstvene nege in svojci starejše osebe

*POVZETEK - Demenca ne prizadene le starejše osebe, ampak tudi svojce, saj se zaradi nje spremenijo medsebojni odnosi. V raziskavi je bilo z namenom zmanjševanja nesoglasij med izvajalci zdravstvene nege in svojci starejše osebe na varovanem oddelku socialnovarstvenega zavoda preučevano, ali so se svojci pripravljani vključevati v zdravstveno nego in oskrbo svojih bližnjih, kako zaposleni vplivajo na njihovo vključevanje in kaj je treba spremeniti v obstoječem sistemu. V okviru študije primera je bilo izvedeno anketiranje izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe ter svojcev stanovalcev z demenco na varovanem oddelku zasebnega socialnovarstvenega zavoda. Svojci stanovalcev so v povprečju bolj zadovoljni z dosedanjim sistemom njihovega vključevanja v zdravstveno nego kot izvajalci. Svojci imajo občutek, da zaposlenih njihovo aktivno vključevanje ne moti, medtem ko nekateri zaposleni dojemajo svojce kot moteče. Na podlagi ugotovitev so predstavljene smernice za zmanjševanje nesoglasij med izvajalci zdravstvene nege in oskrbe ter svojci oseb z demenco na varovanem oddelku socialnovarstvenega zavoda.*

*KLJUČNE BESEDE: svojci, zdravstvena nega, starostniki, demenca, varovani oddelki*

## 1 Uvod

Demenca je bolezen, ki mnogokrat najmočneje poseže v normalno staranje človeka. Je posledica več kot sto, po nekaterih virih celo več kot dvesto različnih bolezni, vendar spada velika večina vseh primerov le v štiri najpogostejše oblike demenc: Alzheimerjevo, demenco Lewyjevih telesc in demenco pri Parkinsonovi bolezni ter vaskularne in frontotemporalne demence (Kogoj, 2009). Za demenco je značilen upad spoznavnih (kognitivnih) sposobnosti, predvsem spominskih, ki se sprva nanaša le na pomnjenje in priklic davnih dogodkov. Poleg motenj spomina se kaže tudi osiromašeno mišljenje, zmanjšana sposobnost orientacije, razumevanja, računskih zmožnosti, učnih sposobnosti, govornega izražanja in presoje. Upad omenjenih spoznavnih sposobnosti prizadene dnevne dejavnosti in opazno zmanjša sposobnost za obvladovanje čustev, socialnega vedenja in motivacije. Demenca se praviloma začne neopazno in postopoma napreduje, v manj značilnih primerih pa je začetek nenaden, s kasnejšimi novimi upadi v zagonih ali tudi brez njih. Zgodnje odkrivanje bolezni je zelo pomembno, saj pripomore k učinkovitejšemu soočanju obolele osebe s simptomi bolezni ter izboljšanju kakovosti življenja. Spremembe lahko opazijo pacienti sami, predvsem pa njihovi svojci.

Potrebe po zdravstveni negi in oskrbi praviloma naraščajo s starostjo, ob pojavu demence pa se potreba po nadzoru in pomoči eksponentno poveča. Namen izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe v socialnovarstvenem zavodu je tako maksimalno zadovoljevanje potreb osebe z depresijo po nadzoru in pomoči, ko tega svojci ne morejo več zagotoviti. Institucionalno varstvo je lahko le začasna oblika, če gre za proces rehabilitacije ali npr. sezonsko bivanje, vendar pa za večino oseb z demenco predstavlja doživljenjsko obliko namestitve (Bogdan, 2009). Sama nastanitev osebe v varovani oddelek je običajno zelo velik stres ne samo za osebe same temveč tudi za njihove svojce. Vključevanje svojcev v proces integracije osebe z demenco v varovani oddelek je tako dober blažilec krize za oba deležnika, zelo pomemben pa je tudi za izvajalce zdravstvene nege. Na ta način so doseženi pozitivni učinki na svojce, saj se tako izboljša pretok informacij, večje je zaupanje do osebja, vzpostavi se pristnejši odnos z osebjem in sodelovanje z njim (izdelava biografije, ureditev okolja dementne osebe) glede domačnosti, pomoči pri selitvah, spremstva, pogostih obiskov – tudi doma, psihične razbremenitve in razgrajevanja negativnih čustev. Ta način sodelovanja pa nima samo pozitivnih učinkov na svojce, temveč tudi na stanovalce, ker ohranja njihovo dostojanstvo, jim nudi varnost, dobro počutje, ohranitev čim večje samostojnosti v vseh življenjskih aktivnostih. Nudi jim možnost socializacije, samospoštovanja, večje čustvene odzivnosti in živahnosti, humorja, zmanjševanja potrebe po vračanju v preteklost, zmanjševanja nemira in manj terapije. Izvajalci s takim načinom dela dobro spoznajo stanovalca, prepoznavajo vzroke vedenja, možno je učinkovitejše ravnanje, občutijo večje zadovoljstvo pri delu, kar vodi tudi v manjše izgorevanje (Kompore, 2010).

Za kakovostno in varno obravnavo starejših oseb z demenco med svojci ter izvajalci zdravstvene nege in oskrbe ne sme biti nesoglasij. Da bi dosegli izboljšavo na tem področju, je treba preučiti, na kakšen način in v katere življenjske aktivnosti se pri zdravstveni negi in oskrbi oseb z demenco dejansko vključujejo svojci in kako njihovo vključevanje ocenjujejo oz. doživljajo izvajalci zdravstvene nege.

## **2 Obravnava oseb z demenco v socialnovarstvenih zavodih**

V socialnovarstvenih zavodih za starejše so se uveljavili različni modeli obravnave za stanovalce z demenco: integrirana oblika, kjer stanovalci z demenco živijo skupaj z ostalimi stanovalci, delno specializirana oblika, kjer so stanovalci z demenco nastanjeni skupaj z ostalimi, obravnava pa poteka ločeno v skupinah, ter specializirana oblika, kjer nastanitev in obravnava stanovalcev z demenco poteka ločeno v prostorsko in funkcionalno zaokroženih enotah - gospodinjskih skupnostih, oddelkih s povečano pozornostjo ali varovanih oddelkih (Sunko, 2006).

V Sloveniji predstavljajo želeni standard gospodinjske skupnosti, ki se uveljavljajo v zadnjih nekaj letih. Obravnava oseb z demenco sicer najpogosteje poteka v oddelkih s povečano pozornostjo ali v verificiranih varovanih oddelkih. Na varovani oddelek

sodijo starejši, ki imajo diagnosticirano demenco s strani specialista psihiatra in njegovo priporočilo za sprejem osebe na varovani oddelek socialnovarstvenega zavoda. Običajno imajo te osebe zelo težko obliko demence, težko se sporazumevajo, so moteče za ostale uporabnike socialnovarstvenega zavoda ali so krajevno tako neorientirane, da bi lahko kam odtavale. Nekatere osebe so tudi agresivne, istočasno pa so lahko še v dobri fizični kondiciji. Zaradi vseh teh stanj potrebujejo 24-urni nadzor in prisotnost usposobljene osebe. S sprejemom na varovani oddelek brez privolitve osebe z demenco ali njenega skrbnika namreč lahko kršimo z ustavo zagotovljene pravice do osebne svobode in do prostovoljnega zdravljenja, zato je to mogoče le ob upoštevanju pravil. Vsaka ustanova, ki izvaja zdravljenje proti volji pacientov, mora imeti za takšno dejavnost primerne prostorske in kadrovske pogoje ter zagotavljati vse potrebne postopke za sodno varstvo pacientovih pravic. Če starejši soglaša z zdravljenjem na varovanem oddelku, postopek sodnega nadzora ni potreben (Čebašek Travnik, 2009).

Proces zdravstvene nege in oskrbe novega stanovalca z demenco mora biti dobro načrtovan. Gre za kontinuirano zdravstveno nego, katere cilj je premagovanje nastalih problemov, ohranjanje in oživljanje stanovalčeve dejavnosti, usmerjanje k samostojnosti in neodvisnosti v vseh štirinajstih osnovnih življenjskih aktivnostih. Za lažje delo z demenčnim stanovalcem potrebujejo izvajalci zdravstvene nege specialno znanje o tem, kaj demenca je, kakšen je njen potek in kakšni so možni zapleti, saj le tako lahko razume ravnanje, vedenje, nemir, vznemirjenost in nespečnost stanovalca (Luskovec, 2009). Zdravstvena nega stanovalca z demenco zahteva natančno opazovanje in ocenjevanje sposobnosti z upoštevanjem individualnih posebnosti posameznika, obravnavanje vseh življenjskih potreb ter načrtovanje oblik pomoči z dejavnim vključevanjem posameznika.

Aktivnosti so usmerjene k ohranjanju, izboljšanju in/ali vzpostavljanju ponovne aktivnosti, ki je usmerjena k večji samostojnosti, neodvisnosti in samoiniciativnosti posameznika. Spodbujanje duševnih in telesnih potencialov v proces zdravstvene nege pa starejši osebi pomaga pri prilagajanju, sprejemanju sprememb ter obvladovanju življenjskega sloga (Kobentar, 2009). Zdravstvena nega stanovalca ne vključuje le zadovoljevanja fizičnih potreb, temveč zahteva tudi razumevanje psiholoških, socioloških, kulturnih in etničnih potreb osebe, ki je živela z izgubo in stisko, pa tudi osebe, ki je živela v dobrih razmerah (Rees, King in Schmitz, 2009). Najbolj poznane metode dela ki sledijo zastavljenim strokovnim smernicam, so pri osebah z demenco metoda validacije, metoda Montessori, kongruentni model in drugi.

V kaosu, ki ga stanovalec ob preselitvi in zaradi procesov staranja ter boleznih doživlja, se vse bolj izgublja povezave z realnim svetom, tako njegova aktivnost postaja vse bolj omejena. Preostale sposobnosti pa se ohranjajo z vsakodnevnimi načrtovanimi in spontanimi dejavnostmi. Dolgočasje, praznina in nestrukturiranost okolja vodijo v nezadovoljstvo, pasivnost in odvisnost, posledica tega pa je prekinitve integracije vtisov, nekoristnost, občutek strahu in nemoči (Kobentar, 2009).

Zakovitost družbe pravi, da naj bi se človeško življenje začelo v družinski skupnosti in se v njej tudi končalo. Družina je v življenju starejšega še posebej pomembna, saj mu daje občutek varnosti. Njegova interakcija je večinoma usmerjena na partnerja in otroke, kajti ti so pomemben potencial za starostnika. Starejši so namreč bolj kot druge generacije občutljivi za medsebojne odnose (Luskovec, 2009). Stanovalcem in svojcem mora biti dana priložnost, da preko nihanja počutja spoznajo zakonitosti vedenja, pri čemer dobijo možnost razumeti zakonitosti novega življenjskega okolja. Šele ko delavci, svojci in stanovalci poenotijo doživljanje sprememb, lahko pride do pozitivnih rezultatov (Ellis, 2010). Ker so stanovalci domov za starejše in njihovi svojci najpogosteje postavljeni v pasivno vlogo, jih je treba vključiti kot enakopravne člane zdravstvenega tima in stanovalcem na ta način zagotoviti sodobnejši pristop k zdravstveni negi in dvig samospoštovanja. V nadaljevanju bomo preverili, kako poteka vključevanje svojcev v zdravstveno nego in oskrbo stanovalcev z demenco.

### 3 Namen, cilji in raziskovalna vprašanja

V raziskavi je bilo z namenom zmanjševanja nesoglasij med izvajalci zdravstvene nege in svojci starejše osebe na varovanem oddelku socialno varstvenega zavoda preučevano, ali so se svojci pripravljene vključevati v zdravstveno nego in oskrbo svojih bližnjih, kako zaposleni vplivajo na njihovo vključevanje ter kaj je treba spremeniti v obstoječem sistemu.

Oblikovanih je bilo pet raziskovalnih vprašanj:

- Kako se svojci vključujejo v aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe na varovanem oddelku?
- V katere aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe se svojci najpogosteje vključujejo?
- Kako zaposleni sprejemajo vključevanje svojcev v zdravstveno nego in oskrbo?
- Ali se pri vključevanju svojcev v zdravstveno nego pojavljajo ovire?
- Kako bi lahko izboljšali sistem sodelovanja s svojci na varovanem oddelku?

Pri tem pa je bilo ključno tudi prepoznavanje razlik v pogledih med svojci in izvajalci zdravstvene nege in oskrbe glede na obravnavano problematiko.

### 4 Metode

V okviru študije primera je bilo izvedeno anketiranje izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe ter svojcev stanovalcev z demenco na varovanem oddelku Doma Janeza Krstnika. To je zasebni katoliški zavod s podeljeno koncesijo za opravljanje socialnovarstvene storitve institucionalnega varstva 65 stanovalcev, starih nad 65 let. Dom je namenjen verujočim in tudi neverujočim. V vzorec so bili na podlagi kvotnega vzorčenja vključeni vsi zaposleni izvajalci zdravstvene nege in oskrbe, ki delajo z

dementnimi osebami na varovanem oddelku, ter svojci stanovalcev z demenco na tem oddelku. Instrumenta sta bila razvita namensko in sta vključevala deset vprašanj različnega tipa. Podatki so bili analizirani kvantitativno. Rezultati so predstavljeni opisno in v tabeli.

## 5 Rezultati

V raziskavi je v skupini svojcev sodelovalo 12 (75 %) žensk in 4 (25 %) moški. Najmlajša (12,50 %) svojca sta stara med 41 in 50 let, 7 (43,75 %) je starih med 51 in 60 let in ravno toliko (43,75 %) starih 61 let ali več. 8 svojcev (50 %) ima univerzitetno izobrazbo, 5 (31,25 %) jih ima srednješolsko ter po 1 oseba (6,25 %) višješolsko, 1 oseba (6,25 %) visokošolsko in 1 oseba (6,25 %) poklicno izobrazbo. Polovica svojcev je upokojenih. 8 (50 %) svojcev je v krvnem sorodstvu (sin ali hči) s stanovalci, 1 (6,25 %) zet oziroma snaha, ostalih 7 (43,75 %) anketirancev pa je v drugačnem odnosu s stanovalcem. 60 % anketiranih svojcev prihaja na obisk vsakodnevno. V skupini zaposlenih je sodelovalo 14 (93,33 %) žensk in 1 (6,67 %) moški. 4 (26,67 %) so stari med 20 in 30 let, 1 (6,67 %) je star med 31 in 40 let, 9 (60 %) jih je starih med 41 in 50 let ter 1 (6,67 %) med 51 in 60 let, starejših od 60 let med anketiranimi zaposlenimi ni bilo. 12 zaposlenih (80 %) ima srednješolsko, 1 (6,67 %) višješolsko in 2 (13,33 %) visokošolsko izobrazbo.

Ob primerjavi opaženih sprememb pri stanovalcih v času bivanja so svojci najpogosteje opazili pozabljivost in nezmožnost osebne higiene, podobno tudi zaposleni. Sledijo opažanje inkontinence, izgubljenosti, tavanja. Največji razkorak med opažanji je bil pri prepoznavanju spremembe razpoloženja in pri nespečnosti. Svojci bistveno bolj opažajo spremembe razpoloženja kot zaposleni. Ti so bolj pozorni na težave s spanjem. Svojci stanovalcev so v povprečju zelo zadovoljni z dosedanjim sistemom vključevanja svojcev v zdravstveno nego, saj je povprečna ocena 9, medtem ko je povprečna ocena zadovoljstva med zaposlenimi 6. Sicer 75 % svojcev stanovalcev nima občutka, da zaposleni ne želijo njihovega vključevanja v zdravstveno nego. 13 % izvajalcev moti vključevanje svojcev, v 53 % jih delno moti, 34 % izvajalcev pa vključevanje svojcev ne moti. 73 % zaposlenih sicer meni, da se svojci samo včasih želijo vključevati v zdravstveno nego in oskrbo, ne vključuje pa se jih samo 7 %.

V Tabeli 1 so prikazani odstotni deleži in rang vključevanja svojcev v dejavnosti po življenjskih aktivnostih, ločeno glede na obravnavani skupini. Ocene svojcev so predstavljene po legendi: 1 - ne želijo, 2 - ob vzpodbudi se nikoli ne vključijo, 3 - ob vzpodbudi se občasno vključujejo, 4 - ob vzpodbudi se redno vključijo, 5 - se nikoli ne vključijo sami, 6 - se občasno vključujejo sami, 7 - se redno sami vključujejo. Ocene izvajalcev so navedene po lestvici: 1 - pomeni, da se v dejavnosti življenjske aktivnosti svojci najpogosteje vključujejo, 14 - se po oceni izvajalcev najredkeje vključujejo.

Tabela 1: Odstotni delež in rang vključevanja svojcev v dejavnosti po življenjskih aktivnostih

%	svojci							izvajalci
	1	2	3	4	5	6	7	
<i>Življenjska aktivnost</i>								Rang
<i>Dihaje in krvni obtok</i>	43	15	14	14	10	14	0	8
<i>Prehranjevanje in pitje</i>	0	0	17	22	0	17	44	4
<i>Izločanje in odvajanje</i>	27	0	27	0	13	33	27	9
<i>Gibanje</i>	0	0	11	22	0	28	39	1
<i>Spanje in počitek</i>	5	0	39	0	22	17	17	11
<i>Oblačenje in slačenje</i>	6	6	35	0	12	41	6	6
<i>Telesna temperatura</i>	0	0	25	0	12	44	19	3
<i>Osebnostna higiena in urejenost</i>	0	0	47	7	0	33	13	7
<i>Varnost</i>	0	0	35	6	0	35	24	2
<i>Komunikacija</i>	0	0	19	19	0	19	43	5
<i>Izražaje verskih čustev</i>	6	0	35	0	0	30	29	12
<i>Delo in ustvarjalna zaposlitev</i>	6	0	56	0	0	38	6	10
<i>Razvedrilo in rekreacija</i>	6	0	47	0	6	35	6	13
<i>Učenje in pridobivanje znanja</i>	6	13	44	0	0	31	6	14

Vir: Anketni vprašalnik 2014.

Svojci navajajo, da se najpogosteje samoiniciativno vključujejo pri življenjski aktivnosti prehranjevanja in pitja (44 %), gibanja (39 %) ter občasno tudi v ostale dejavnosti. Na spodbudo izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe se najpogosteje delno odzivajo. Najvišji odstotni delež občasnega odziva svojcev na spodbudo je dejavnost življenjske aktivnosti - delo in ustvarjalna zaposlitev (55 %), varnost (47 %). Najpogosteje pa se ne želijo vključevati pri dejavnostih, povezanih z dihanjem in krvnim obtokom (masaža telesa, pomoč pri kašljanju) (43 %) in pri aktivnostih, povezanih z izločanjem in odvajanjem (27 %). Izvajalci menijo, da se svojci najpogosteje vključujejo pri življenjski aktivnosti gibanje in varnost, kar se le delno sklada z mnenjem svojcev. Prehranjevanje in pitje so uvrstili na četrto mesto. Zelo nizko so uvrstili tudi pogostost vključevanja svojcev v dejavnost življenjske aktivnosti izražanje verskih čustev, razvedrilo in rekreacija ter učenje in pridobivanje znanja.

Zaposleni prednosti vključevanja svojcev vidijo v »boljšem počutju stanovalcev«, »boljšem sodelovanju«, »pomoči zdravstvenonegovalnemu osebju« in »dvigu kakovosti življenja na varovanem oddelku«. Slabosti pa vidijo v smislu: »vplivanja na negovalni proces«, »nevarnosti nestrokovne izvedbe«, »preveč možnosti odločanja o strokovnih zadevah«, »prevelike domačnosti svojcev«, »nekritičnosti do stanja svojcev«, »neuvidevnosti do zaposlenih«, »indirektne kontrole zaposlenih in neupoštevanja navodil«, »sprejemanja odločitev pri ostalih stanovalcih« in »prevelike posesivnosti pri obravnavi njihovega svojca«.

Svojci kot ovire pri vključevanju v zdravstveno nego izpostavljajo: »da ne vedo, kako naj k negi pristopijo«, »da nimajo dovolj znanja o bolezni in da si želijo več izobraževanja na to temo«, »pomanjkanje veščin, nepoznavanje potreb« »pomanjkanje časa«, »bojazen, da bi s svojim vključevanjem razbijali že utečeno rutino za-

poslenih«, »da imajo že tako svoje zdravstvene težave in da zaradi tega ne zmorejo vključevanja v zdravstveno nego«, »nestalen kader, saj se osebje velikokrat menja in se morajo na novo spoznavati«, »premajhno število zaposlenih v zdravstveni negi«. Svojci za vključevanje v zdravstveno nego od zaposlenih v zdravstveni negi pričakujejo: »redno poročanje o zdravstvenem stanju«, »nasvete o pristopu k negovanju svojca«, »pomoč pri vključevanju v zdravstveno nego«, »sočutje in empatijo«.

Zaposleni za razvoj vključevanja svojcev v zdravstveno nego predlagajo »več strokovnih predavanj za svojce«, »srečanja izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe ter svojcev na teme s področja zdravstvene nege«, »redna intervizijska srečanja svojcev, zaposlenih, prostovoljcev in zdravnika«, »različne skupinske terapije ali skupine za samopomoč«, »delavnice, ki bi svojcem pomagale sprejeti dejstva v zvezi s staranjem in medicinsko diagnozo«, »skupne aktivnosti – svojci in stanovalci ter svojci in zaposleni«.

## 6 Razprava

Rezultati so razkrili nekatere pomanjkljivosti pri obravnavi oseb z demenco. Prva je opažanje spreminjanja razpoloženja stanovalca s strani izvajalcev zdravstvene nege. Svojci le-to pogosteje opažajo kot izvajalci zdravstvene nege. Pri tem je možno sklepanje, da premajhno posvečanje vplivu razpoloženja stanovalcev na pojav nesoglasij na oddelku predstavlja oviro za zmanjševanje nesoglasij med obema deležnikoma.

Glede vključevanja svojcev v posamezno življenjsko aktivnost se odgovori zaposlenih in svojcev razlikujejo. Pokazal se je razkorak med pričakovanji svojcev in zaposlenih. Svojci so se pripravljene vključevati v nego in oskrbo svojih bližnjih in so hkrati zadovoljni s sedanjim sistemom vključevanja. Zadovoljstvo zaposlenih pa je nizko. Izpostavljene ovire in prednosti obeh skupin nakazujejo na razkorak zaradi različnosti vlog, hkrati pa so lahko zelo objektivne. Iz obeh perspektiv je lahko ogrožena kakovost in varnost obravnave dementnega stanovalca.

Svojci se najpogosteje vključujejo pri življenjski aktivnosti prehranjevanja in pitja ter gibanja. Ob tem je možno sklepati, da se svojci v te življenjske aktivnosti vključujejo, ker so za te aktivnosti skrbeli že doma. Presenetljivo pa je, da niso v ospredju dejavnosti druženja, saj bi bilo njihovo vključevanje v te dejavnosti bolj pričakovano in bolj logična izbira. Morda je vzrok nezadovoljstva izvajalcev z obstoječim sistemom tudi to pričakovanje, da je vloga svojcev bolj v družabništvu. Svojci so izpostavili kot problem, da jim primanjkuje znanja, informacij. Kaže, da bi si želeli bolj dorečena pravila in predvsem navodila za vključevanje v obravnavo in prenos informacij. Sicer pa obstaja verjetnost, da se 13 % svojcev na take pobude ne bi odzvalo.

Glede navedenih ovir za vključevanje je možno povzeti, da so le-te premostljive. Glede na visoko stopnjo pripravljenosti na sodelovanje s strani svojcev in prepoznanih prednosti pri vključevanju svojcev s strani izvajalcev je smiselno razmisliti o možnostih za izboljšanje zadovoljstva z vključevanjem svojcev v izvajanje zdravstvene nege in oskrbe. Tako so bile za svojce pripravljene smernice za izboljšanje obstoječega sistema njihovega vključevanja v izvajanje zdravstvene nege in oskrbe na varovanem oddelku.



Tabela 2: Usmeritve za vključevanje svojcev v zdravstveno nego

<i>Življenjska aktivnost</i>	<i>Usmeritve</i>
<i>Dihanje in krvni obtok</i>	Dvignite vzglavje, da bo vaš svojec lažje dihal. Prezračite sobo. Masirajte telo vašega svojca z mlekom ali kremo za telo, da izboljšate njegov krvni obtok. Če pri tem opazite nove spremembe na koži, o tem obvestite medicinsko sestro na oddelku. Po predhodnem pogovoru z osebjem pojdite s svojcem na sprehod, po nakupih.
<i>Prehranjevanje in pitje</i>	Povejte, kaj vaš svojec rad je. Svojcu ponudite pijačo (nesladkan sok, čaj). Pomagajte razrezati meso. Pripravite kakšno jed skupaj. Pri tem bodite pozorni na varnost.
<i>Izločanje, odvajanje</i>	Peljite svojca na stranišče ali pokličite osebje za pomoč. O potrebah obvestite osebje. Informirajte osebje o opažanjih. Pogovorite se s svojcem na to temo.
<i>Gibanje in ustrežna lega</i>	Spremenite položaj telesa vašega svojca. Opazujte svojca in obveščajte o spremembah. Pojdita skupaj na sprehod.
<i>Spanje in počitek</i>	Razrahljajte vzglavnik. Zvečer se s svojcem pogovarjajte in mu berite. Prezračite sobo pred spanjem.
<i>Oblačenje in slačenje</i>	Pomagajte izbrati oblačila, ki jih ima vaš svojec rad. Pogovorite se z njim ali si želi drugačna oblačila, si jih želi sam kupiti itd.
<i>Vzdrževanje normalne telesne temperature</i>	Svojca oblecite, če ga zebe, ali slecite, če mu je vroče. Bodite pozorni na temperaturo prostora, v primeru odstopanj opozorite osebje.
<i>Osebna higiena in urejenost</i>	Pomagajte svojcu, da se uredi. Pogovorite se z njim, kaj bi si še želel, o obisku frizerja, si želi biti naličen ...
<i>Izogibanje nevarnostim v okolju</i>	Ob sprehajanju svojca držite za roko. Pred pričetkom dela se posvetujte z osebjem. Ob vstopu v sobo si umijte roke.
<i>Odnosi z ljudmi, izražanje čustev</i>	Pogovarjajte se s svojcem. Dovolite, da izrazi svoja čustva. O spremembi razpoloženja obvestite tudi zaposlene.
<i>Izražanje verskih čustev</i>	Svojca peljite k maši. Pokličite duhovnika v sobo.
<i>Koristno delo</i>	Povejte, kaj svojec rad počne v prostem času. Skupaj se udeležujte delavnice.
<i>Razvedrilo in rekreacija</i>	Svojca peljite na predstavo. Povejte, kaj svojce rad počne v prostem času.
<i>Učenje in pridobivanje znanja</i>	S svojcem se pogovarjajte o boleznih in o aktualnih zadevah v svetu. Če potrebujete dodatne informacije ali pojasnila, se obračajte na osebje.

Vir: Lastni vir, 2013.

## 7 Zaključek

Včasih sta zdravstvena nega in oskrba starejših dementnih oseb temeljili predvsem na zadovoljivosti njihovih splošno prepoznanih potreb glede na posamezne življenjske aktivnosti, danes se osredotoča na njihove individualne potrebe in na implementacijo najnovejšega modela gospodinjskih skupnosti v obravnavo dementnih oseb. Izboljševanje kakovosti in varnosti obravnave teh oseb mora temeljiti na lastni iniciativi izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe ob podpori organizacije, kjer delujejo. Ustanova, v kateri zaposleni deluje in s katero stanovalec sodeluje, je enkratna priložnost za osebno rast. Sodelavci in sostanovalci so drug drugemu dani takšni, kakršni so. Ob njih se vzgajajo, brusijo, izpopolnjujejo in spreobračajo. Spreminjajo pa se tudi stanovalci in njihovi svojci. Vse bolj osveščeni svojci delujejo kot zunanji motivatorji za kakovostno in varno obravnavo dementnih oseb. Težko je sicer zagotoviti uravnoteženost njihovih zahtev, uveljavljanja pravic ter na drugi strani spoštovanja dolžnosti in omejitev, na katere morda trenutno ni mogoče vplivati. Dejstvo pa je, da je skupni imenovalec odnosa med izvajalci zdravstvene nege in oskrbe v organizaciji in svojci prav stanovalec, ki mu pripada le najboljše: dobro počutje. To osebe z demenco občutijo na svoj način, ki ga morajo prepoznati ne samo svojci, temveč tudi izvajalci zdravstvene nege in oskrbe ter vodstvo organizacije. Nesoglasij bo tako zagotovo manj.

## LITERATURA

1. Bogdan, A. (2009). Osamljenost stanovalcev v socialnovarstvenem zavodu. Diplomsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
2. Čebašek Travnik, Z. (2009). Zakonski okviri sprejema na varovani oddelek zdravstvene ali socialne ustanove za starejše ljudi z duševno motnjo. V: Kogoj, A., Strbad, M. (ur.). V korak z demenco – poti in stranpoti. Laško: Psihiatrična klinika Ljubljana, str. 13-20.
3. Ellis, J. M. (2010). Psychological transition into a residential care facility: older people's experiences. *Journal of Advanced Nursing*, št. 66, str. 1159-68.
4. Kobentar, R. (2009). Zdravstvena nega pacienta z demenco. V: Pregelj, P. in Kobentar, R. (ur.). Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, str. 90-98.
5. Kogoj, A. (2009). Najpogostejše oblike demence. V: Mencej, M. (ur.). Bolezni in sindromi v starosti. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije, str. 31-36.
6. Kompare, A. (2010). Koncept dela z osebami z demenco v Domu Janeza Krstnika. Interno gradivo. Neobjavljeno delo.
7. Luskovec, A. (2009). Psihofizične obremenitve zaposlenih na varovanih oddelkih doma upokojencev Kranj. Diplomsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
8. Rees, J., King, L. in Schmitz, K. (2009). Nurses' perceptions of ethical issues in the care of older people. *Nursing Ethics*, 16, str. 436-52.
9. Sunko, B. (2006). Pripombe za predlog zakona o varstvu oseb s težavami v duševnem zdravju. Ljubljana: Skupnost socialnih zavodov Slovenije.

SREČANJE SO OMOGOČILI

Generalni sponzor:

# SE TE NEKAJ LOTEVA?

Pri gripi in prehladu hitro vzemi



proti vročini in  
bolečinam



proti vročini in bolečinam,  
zamašenemu nosu, izcedku  
iz nosu ter suhemu kašlju

[www.krka.si](http://www.krka.si)



*Naša inovativnost in znanje  
za učinkovite in varne  
izdelke vrhunske kakovosti.*

Pred uporabo natančno preberite navodilo!

O tveganju in neželenih učinkih se posvetujte z zdravnikom ali s farmacevtom.

Ostali sponzorji:



**MEDIS D.O.O., Ljubljana**

**SANOLABOR D.O.O., Ljubljana**