

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

**KAKOVOST ZDRAVSTVENIH  
STORITEV**  
zbornik prispevkov

**8. dnevi Marije Tomšič**

Dolenjske Toplice, 21. in 22. januar 2016

Novo mesto, 2016

# KAKOVOST ZDRAVSTVENIH STORITEV

8. dnevi Marije Tomšič

*Izdala in založila / Publisher ©*

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

*Recenzirala / Outside Reviewer*

*Dr. Ljiljana Leskovic*

*Lektorirala / Proofread by*

Melanija Frankovič

*Tehnična urednika / Technical Editors*

Bojan Nose, Brigita Jugovič

*Natisnila / Printed by*

Tiskarna Cicero Begunje, d. o. o.

*Naklada / Circulation*

200

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

614.2:005.336.3(082)

DNEVI Marije Tomšič (8 ; 2016 ; Dolenjske Toplice)

Kakovost zdravstvenih storitev : zbornik prispevkov / 8. dnevi Marije Tomšič, Dolenjske Toplice, 21. in 22. januar 2016. - Novo mesto : Fakulteta za zdravstvene vede, 2016

ISBN 978-961-93575-8-3

1. Gl. stv. nasl.

282993152

# VSEBINA

<i>Dragana Duvnjak, Vesna Zupančič</i> Kakovost rehabilitacije starejših po zlomu kolka	7
<i>Ljubica Fiškuš, Tanja Lupieri, Draženka Topolovec, Matej Fiškuš</i> Emocionalna inteligencija i liderstvo	15
<i>Dr. Danijela Furlan</i> Vpliv predanalitskih dejavnikov na kakovost laboratorijskih rezultatov	21
<i>Mag. Marta Kavšek</i> Management kakovosti dolgotrajne oskrbe	28
<i>Breda Kojc, Alenka Poštrak</i> Uvajanje študentov v kakovostno izvajanje zdravstvenih storitev	37
<i>Dr. Ljiljana Leskovic, dr. Vladka Lešer</i> Kazalniki kakovosti v zdravstveni negi	42
<i>Gordana Lokajner, Đurđa Sima</i> Komunikacija znotraj tima zdravstvene in babiške nege – predaja službe kot ključni dejavnik varne nege	48
<i>Marjetka Matoh</i> Načrt za množične nesreče v Splošni bolnišnici Novo mesto v luči zagotavljanja kakovostne zdravstvene storitve	54
<i>Katja Pezdirc, Andreja Draginc</i> Kakovostna obravnava pacienta s pljučnico	64
<i>Mag. Brigita Putar</i> V zdravstveni dokumentaciji se kaže odsev kakovosti izvajanja zdravstvenih storitev	71
<i>Mag. Jožica Rešetič</i> Kakovost je tudi izobraževanje zaposlenih v zavodu	79
<i>Danica Simčič</i> Urejali smo arhiv	91
<i>Ana Zagorc, Sandra Blagojević Štemberger, Helena Švajger</i> Ali mora danes po operaciji še boleti?	96
<i>Vesna Zupančič</i> Temeljne misli filozofov za kakovost zdravstvenih storitev	103
<i>Helena Žulič</i> Prehranska obravnava pacientov v dializnem centru Novo mesto	113



## **Predgovor**

*V današnjem svetu smo priča nenehnim spremembam v gospodarstvu in ostalih družbenih panogah. Tempo življenja v razvitih družbah je vse hitrejši in zahtevnejši. To velja tako za človeka kot za posamezne organizacije.*

*Qualitas (lat.) pomeni dobra lastnost. O kakovosti govorimo od kar obstaja človeštvo. Skozi zgodovinski razvoj človeštva se je razvijala tudi kakovost. Iz zapisov je razvidno, da se je že okrog leta 1930 začelo gibanje za kakovost, katerega cilj ni bil ugotavljanje, temveč zagotavljanje kakovosti. Beseda kakovost je vedno bolj prisotna, ker želimo izdelati čim več, s čim manj truda in čim kvalitetnejše. Skratka z izdelkom ali storitvijo morajo biti vsi zadovoljni. Kvaliteta izdelkov ali storitev je vse bolj odločilen faktor, ki vpliva na dobro gospodarjenje in ime organizacije. Organizacije so danes v neprestanem spreminjanju in prilagajanju zahtevam trga. Če hočejo biti organizacije uspešne, morajo spreminjati in prilagajati vse svoje aktivnosti, ki so povezane s kvalitetnim in varnim izvajanjem izdelkov ali storitev. Izključiti morajo vse moteče faktorje in dvigati strokovni nivo zaposlenih, tako da so zainteresirani za svoje delo, ki ga opravljajo. Vsakdo mora v skladu s cilji organizacijske enote, kateri pripada, prispevati svoj maksimum, in slediti ciljem organizacije. Da je delo v javnem zavodu kakovostno, mora biti racionalno organizirano.*

*Vsaka celina, država, regija in organizacija ima svoj nivo razvitosti – standarda, ki je najpomembnejši pri določanju potreb ljudi in njihovih želja ter ciljev. Mednarodni STANDARD ISO 9001:2000 spodbuja uveljavljanje procesnega pristopa pri razvijanju, izvajanju in izboljševanju učinkovitosti sistema vodenja kakovosti z namenom, da bi se z izpolnjevanjem zahtev uporabnikov (pacientov) povečalo njihovo zadovoljstvo. Izvajalci zdravstvenih storitev morajo v svojo organizacijo vpeljati sistem kakovosti in ga nato vzdrževati, da je primerljiv z zastavljenimi mednarodnimi standardi. To pa lahko dosežejo samo s sprejemom zakonov in predpisov, ki veljajo v naši državi.*

*Pri zaposlenih v javnem zavodu je prvi faktor skrb za strokovnost zaposlenih, drugi pa kakovost, ki je v javnem zavodu tudi zelo pomembna za kvalitetno in varno izvajanje storitev. Kakovost v javnem zavodu predstavlja izpolnjevanje zahtev in pričakovanj uporabnikov. Tako kot gospodarske družbe tudi zdravstvo potrebuje sistem vodenja, ker je potrebno sodelovanje številnih različnih zdravstvenih strokovnjakov (diagnostika in zdravljenje, zdravstvena nega, medicinski laboratoriji, zdravstvena administracija ...). Obstajajo pa posebnosti, ki so tipične za zdravstvo, in sicer je to vključevanje pacienta in njegovih svojcev v sistem obravnave.*

*Največji cilj v zdravstveni negi je kakovost, za katero si nenehno prizadevamo, a to je delo, ki ni nikoli končano. Na področju zdravstvene nege ga bomo uskladili s standardom ISO 9001. Standardi ISO 9001 zahtevajo procesni pristop, ki vključuje tudi določitev meril za komponente procesov. Zahteve ISO 9001 predpisujejo, da se mora politika organizacije za posamezno področje odražati v usmeritvah in ciljnih organizacije.*

*Začetke kakovosti v zdravstveni negi je postavila Florence Nightingale pred 100 leti z opredelitvijo področij, ki morajo biti izvajana na sistematičen način. V današnjem času je postalo znanje o kakovostni, strokovni, varni, varčni in stroškovno sprejemljivi zdravstveni negi zelo pomembno.*

*Kakovostna zdravstvena nega mora biti predvsem kakovostna in varna, ne sme škodovati pacientom, preprečevati mora preležanine in padce, biti mora usklajena s standardi in smernicami, obdana z visoko strokovnostjo vseh zaposlenih na področju zdravstvene nege, brez napačnih terapij in brez zamenjav pacientov, brez prenosa okužb, paziti je potrebno na higieno rok, upoštevati pohvale/pritožbe, torej mora biti učinkovita.*

*Ključni koraki pri sistemu vzpostavitve vodenja kakovosti v zdravstveni negi pa so seznanjanje vseh zaposlenih z vsemi procesi dela, uvajanje sistema reševanja in obvladovanja ukrepov. Za kakovostno in učinkovito delo na področju zdravstvene nege je zelo pomemben dejavnik motivacija. Zato je za večjo kakovost potrebno vzpostaviti močno motivacijo vseh zaposlenih na področju zdravstvene nege. Motivirani zaposleni so bolj produktivni, pripravljeni sodelovati, sprejemati spremembe in dosegajo višjo kakovost dela. Vsekakor pa aktivnosti za zagotavljanje kakovosti ne smejo ostati posamične. V vseh aktivnostih je glavni pacient in njegovo zadovoljstvo. Zavedati se moramo, da je motivacija že vsaka sprememba, ki jo lahko pokažemo (rezultati) in dober sloves organizacije. Orodje za uspešno vodenje procesov in doseganje ciljev v organizaciji so tudi klinične poti. Klinične poti so koristne za paciente, svojce in zaposlene. Izboljšujejo varnost pacientov in kakovost zdravstvene obravnave, olajšajo pridobivanje pacientove privolitve o načinu zdravljenja in njegovega sodelovanja, krepijo komunikacijo med pacientom in zdravnikom ter zdravstvenim timom in tako zmanjšujejo konflikte.*

*Zaposleni na področju zdravstvene nege v organizacijah vsak dan ugotavljajo, da za svoje delo s pacienti in njihovimi svojci potrebujejo tudi stalno izobraževanje z različnih področij svojega dela. Danes sta zdravstvena nega in medicina tesno povezani področji, zato morajo vsi zaposleni na področju zdravstvene nege obvladati medsebojne odnose, motivacijo, komunikacijo in konflikte ter biti konstruktiven del tima. Kakovostno delo je mogoče le ob dobrih odnosih med zdravstvenimi delavci s poudarkom prav na timskem delu. Samo s poznavanjem naštetih elementov in vrednotami, ki prevladujejo med zaposlenimi na področju zdravstvene nege, lahko dosežemo kakovostno in varno zdravstveno nego, s tem pa tudi nadgrajujemo javni zavod s poslovno odličnostjo.*

*Na koncu vsem vam, ki ste se odločili, da z nami preživite dva čudovita dneva v Dolenjskih Toplicah, iskrena hvala. S svojim novim znanjem boste pripomogli k strokovnemu dvigu zdravstvene nege na svojem delovnem področju.*

*mag. Jožica Rešetič,  
predsednica organizacijskega odbora*

# Kakovost rehabilitacije starejših po zlomu kolka

*POVZETEK - Z naraščanjem števila starejše populacije sorazmerno narašča tudi število poškodb pri starejših zaradi padcev. Pogosto gre za zlom kolka, katerega posledice so lahko ireverzibilne. Kakovostna rehabilitacija starejšega preprečuje sekundarne posledice in pripomore k povrnitvi stanja pred poškodbo. Pri tem je pomembna vloga izvajalcev zdravstvene nege. V študiji primera rehabilitacije dveh starejših pacientov po zlomu kolka je bila uporabljena kvalitativna metodologija: intervjuvanje dveh pacientov in sodelujočih izvajalcev zdravstvene nege ter analiza vsebine pripadajoče zdravstvenonegovalne dokumentacije. Za izvedbo raziskave so bila pridobljena ustrezna soglasja. Najpogostejše intervencije rehabilitacijske zdravstvene nege so povezane z življenjsko aktivnostjo gibanja in vzdrževanja ustreznega položaja. Sodelovanje svojcev močno vpliva na uspeh obravnave v rehabilitacijskem procesu. Med pomembne dejavnike za povrnitev funkcionalne neodvisnosti starejšega po zlomu kolka se uvrščajo znanje izvajalcev rehabilitacije in njihovo medsebojno sodelovanje ter partnerski odnos s pacientom in svojci. Vrednotenje skupno zastavljenih ciljev rehabilitacije omogoča spremljanje napredka starejšega pacienta v času obravnave in doseganje cilja - povrnitve gibalne samostojnosti.*

*KLJUČNE BESEDE: starejši, zlom kolka, rehabilitacija, zdravstvena nega, sodelovanje, samostojnost*

## 1 Uvod

Zaradi staranja prebivalstva postajajo poškodbe starejših javnozdravstveni problem, saj so drage za zdravstveni sistem, imajo običajno resne posledice in vodijo v ireverzibilno slabljenje funkcije, institucionalizacijo in smrt. V prihodnosti lahko pričakujemo, da se bo problem poškodb, še posebno zaradi padcev, povečeval zaradi naraščanja deleža starih ljudi v populaciji (Rok Simon, 2013). Padec poleg poškodb pri starejših vpliva tudi na njihovo neodvisno življenje in sekundarno mobilnost. Strah pred ponovnim padcem povzroči opuščanje aktivnosti in posledično socialno izolacijo. Približno 50 % starejših po padcu ne more vstati, ne samo zaradi poškodbe ampak tudi zaradi upada splošne kondicije (Tomšič, 2011). Kakovostna rehabilitacijska obravnava igra pomembno vlogo pri okrepitvi splošne kondicije in povrnitvi v stanje pred poškodbo.

Zlom kolka pri starejših ljudeh predstavlja hudo poškodbo, saj pomembno vpliva na kakovost njihovega življenja in poveča stopnjo umrljivosti. Ljudem se življenje po zlomu kolka bistveno spremeni. S tem, ko se jim zmanjša sposobnost za hojo in sposobnost za opravljanje vsakodnevnih aktivnosti, postanejo bolj odvisni od dru-

gih oseb. Izredno pomembno je, da so starejši po zlomu kolka vključeni v celostno rehabilitacijsko obravnavo (Strniša, 2012), žal pa je ta v slovenskem zdravstvenem sistemu omogočena le 30 % starejših pacientov po zlomu kolka (Komadina, Senekovič, Dolenc, Andoljšek, Grabljevec, Veninšek, Preželj in Kocjan, 2012).

## **2 Vloga izvajalcev zdravstvene nege pri rehabilitacijski obravnavi**

Rehabilitacijska zdravstvena nega se razlikuje od zdravstvene nege na ostalih področjih zdravstva. Izvajalci zdravstvene nege v rehabilitaciji se osredotočajo na prepoznavanje, kaj lahko starostnik naredi sam, da poveča svoj potencial za doseganje optimalne kakovosti življenja (Burke in Doody, 2012). V procesu rehabilitacije morajo znati presoditi, koliko pomoči pacient dejansko potrebuje. Pomembno je, da znajo aktivirati tiste sposobnosti pacienta, ki so mu ostale.

Vloga izvajalcev zdravstvene nege pri rehabilitaciji je usmerjena predvsem v funkcioniranje pacienta, da bi dosegel čim večjo samostojnost. Za doseg tega cilja izvajalci rehabilitacijske zdravstvene nege uporabljajo holistični pristop, ki temelji na konceptualnem teoretičnem modelu Virginie Henderson po teoriji osnovnih življenjskih aktivnosti in teoriji samooskrbe Dorothee E. Orem (Karan, 2014). Pri rehabilitaciji starejših ljudi po zlomu kolka izvajalec zdravstvene nege na negovalnem oddelku po oceni stopnje samooskrbe največkrat uporablja podporni vzgojno-izobraževalni sistem zdravstvene nege. Pozornost je treba nameniti predvsem treningu dnevnih aktivnosti, preprečevanju razjed zaradi pritiska in kontraktur, skrbi za izločanje in odvajanje, kontroli vitalnih funkcij, skrbi za ortopedske pripomočke in zdravstvenovzgojnemu delu s pacientom in svojci (Štefančič, 2003).

Med pomembne dejavnike, ki vplivajo na kakovost rehabilitacije starejših po zlomu kolka, sodita tudi zdravstvenovzgojno delo in vključevanje svojcev v program rehabilitacije. Komadina in drugi (2012) menijo, da pri tem igrajo pomembno vlogo prav izvajalci zdravstvene nege, ki že ob njegovem sprejemu s pacientom načrtujejo njegovo življenje po odpustu. Zdravstveno vzgojo moramo toliko prilagoditi vsakega posamezniku, da se lahko zagotovi optimalen uspeh. Zato je treba na odnos med izvajalcem zdravstvene nege in pacientom ter njegovo družino, če želimo dosegati pozitivne rezultate rehabilitacijske zdravstvene nege, gledati kot na partnerstvo. Paciente in člane njegove družine ob tem podpiramo in jih poučujemo o tem, kako lahko iz nastalega stanja preidejo v položaj, kateremu so lahko kos (Burke in Doody, 2012).

Za doseg kakovostne rehabilitacije se moramo zdravstveni delavci zavedati, da ni dovolj le dobra telesna rehabilitacija, ampak sta nujni tudi psihična in socialna rehabilitacija. Le ob uspešni zadovoljitvi vseh osnovnih področij rehabilitacije bo starejši pacient po zaključenem rehabilitacijskem postopku v svojem okolju dosegel optimalno dobro. Psihična rehabilitacija, ki pomeni premagovanje strahu, je



zelo zahtevna. Zdravstveni delavci lahko pri ogledu domačega okolja opozorimo na nevarnosti v okolju, ki predstavljajo možnost ponovnega padca. Z odstranitvijo nevarnosti se zmanjša možnost ponovnih padcev. Občutek varnosti se lahko poveča s pomočjo rdečega gumba za telefon Halo, pomoč! Osnovni cilj rehabilitacije je doseganje najboljšega možnega funkcioniranja starejšega bolnika v domačem okolju (Pentek, 2003).

### 3 Namen, cilj in raziskovalna vprašanja

Namen raziskave je bil prepoznati in opisati vlogo izvajalcev zdravstvene nege pri doseganju kakovostne rehabilitacijske obravnave starejšega pacienta po zlomu kolka. Cilj raziskave je bil ugotoviti najpogostejše intervencije zdravstvene nege ter raziskati ostale dejavnike, ki vplivajo na samostojnost in funkcionalno neodvisnost pacienta v procesu rehabilitacije. Ob tem smo si zastavili naslednja raziskovalna vprašanja:

- Katere so najpogostejše intervencije izvajalcev zdravstvene nege pri rehabilitaciji starejšega pacienta po zlomu kolka?
- Kako je starejši pacient motiviran za sodelovanje pri rehabilitaciji in s tem za čim prejšnjo povrnitev funkcionalne neodvisnosti?
- Kako lahko svojci pripomorejo k učinkovitejši rehabilitaciji in s tem k čim prejšnji povrnitvi bolnikovega trenutnega stanja v stanje pred poškodbo?
- Kateri dejavniki vplivajo na samostojnost starejšega in povrnitev funkcionalne neodvisnosti pri rehabilitaciji po zlomu kolka?

### 4 Metode

Uporabili smo deskriptivno metodo dela. V študiji dveh primerov rehabilitacije starejših pacientov po zlomu kolka je bila uporabljena kvalitativna metodologija. Za zbiranje podatkov so bile izdelane predloge za polstrukturiran intervju s pacientoma in s sodelujočima izvajalcema zdravstvene nege ter za analizo vsebine zdravstvenonegovalne dokumentacije obeh pacientov. Vzorčenje je bilo namensko. Prvi sklop vprašanj za polstrukturirani intervju svojcev in izvajalcev zdravstvene nege se je nanašal na demografske podatke, v drugem pa so bila vprašanja usmerjena na pacientovo okrevanje po zlomu kolka, na njegovo funkcionalno odvisnost oz. neodvisnost od izvajalcev zdravstvene nege ter tudi na njihovo vlogo in vlogo svojcev pri rehabilitaciji. Vse zbrane podatke smo kvalitativno analizirali in pripravili kratek opis primerov ter določili kode, s pomočjo katerih smo izoblikovali tri podkategorije in glavno kategorijo. Podatki so predstavljeni opisno in v tabeli, tako da identiteta sodelujočih ni prepoznavna. Za izvedbo raziskave so bila pridobljena ustrezna soglasja.

## 5 Rezultati

Kot rezultat raziskave najprej predstavljamo zgoščeni opis obravnave dveh pacientov, ki smo jih namensko vključili v študijo primera. Poudarek je na prikazu nakananih vzročno posledičnih povezav med »stanjem/delovanjem« in doseženim ciljem rehabilitacije. Predstavljene so tudi prepoznane kode v kvalitativni analizi zbrane vsebine in njihova sinteza v podkategorije in kategorijo.

### 5.1 Kratek opis primerov

Intervjuvani sta bili dve pacientki, ki sta utrpeli zlom kolka. Pri obeh je bila poškodba posledica padca. Obravnavani sta bili na travmatološkem oddelku, kjer sta bili deležni kratke priprave na operativni poseg, izvedbe operativnega posega in standardnega zdravljenja v bolnišnici po operativnem posegu. Pooperativni poseg v bolnišnici je potekal brez hujših zapletov. Po končanem zdravljenju v bolnišnici sta bili obe pacientki z namenom izboljšanja funkcionalnega statusa premeščeni na negovalni oddelek (sekundarna raven zdravstvenega varstva) v nadaljnjo obravnavo v sklopu rehabilitacije.

Obe pacientki sta stari nad osemdeset let, vdovi, že vrsto let upokojeni. Prva pacientka živi sama v hiši in je bila pred poškodbo sposobna skrbeti zase. Ima hčerko, s katero sta v tesnih stikih. Druga živi v hiši s sinovo družino, s katero se tudi dobro razumejo. Skozi analizo vsebine polstrukturiranega intervjuja obeh pacientk smo ugotovili, da obstaja med obema razlika predvsem v psihičnem stanju, ki močno vpliva na potek zdravljenja. Pacientka, ki se je na novonastale življenjske spremembe lažje prilagodila, je v procesu rehabilitacije aktivneje sodelovala in hitreje napredovala. Pomembna razlika, za katero se kaže, da dodatno vpliva na napredek pridobivanja samostojnosti, je obremenjevanje operirane noge. Hitreje namreč napredujejo pacienti, ki lahko operirano nogo obremenjujejo.

Intervjuvana izvajalca zdravstvene nege, ki sta sodelovala pri rehabilitacijski obravnavi pacientk po zlomu kolka od prihoda v intenzivno rehabilitacijsko obravnavo do odpusta domov, sta bila seznanjena z namenom in ciljem raziskave. Ugotovili smo, da poznata svojo vlogo in vlogo ostalih izvajalcev rehabilitacijske oskrbe starostnika po operativnem zdravljenju zloma kolka. Sodelovanje izvajalcev zdravstvene obravnave, aktivna vloga pacienta pri rehabilitaciji ter sodelovanje svojcev pripomorejo k hitrejšemu doseganju samostojnosti starejše osebe po zlomu kolka. Oba menita, da se rehabilitacija pacienta ne konča z odhodom domov, temveč je treba za povrnitev v funkcionalno stanje kot pred poškodbo v domačem okolju nadaljevati s priučenimi vajami in treningom hoje. Menita, da zdravstvenovzgojno delo s pacientom in njegovimi svojci pripomore k uspešnejši rehabilitacijski obravnavi.

Pregled medicinske dokumentacije, ki je nastala pri obravnavi obeh primerov, pokaže, da starejši, ki je po zlomu kolka vključen v zgodnjo rehabilitacijo, potrebuje za povrnitev v stanje pred poškodbo najmanj tritedensko obravnavo. Zaradi prisotnosti

bolečin in vpliva protibolečinskih zdravil ter spremljajočih bolezenskih stanj je sodelovanje pacienta v obravnavi upočasnjeno. Razvidno je tudi, da je obravnava npr. pri pacientki, ki operirane noge ni smela obremenjevati, napredovala slabše kot pri pacientki, ki je operirani ud lahko obremenila. Možnost obremenjevanja operirane uda pomeni pri starejšem pacientu boljšo prognozo za hitrejše doseganje takega funkcionalnega statusa kot pred poškodbo.

## 5.2 Predstavitev rezultatov kodiranja zbranih podatkov

Na podlagi kvalitativne analize zbranih podatkov smo določili kode, ki smo jih smiselno združili v tri podkategorije: ovire pri doseganju povrnitve samostojnosti, vloga izvajalcev zdravstvene nege, vloga izvajalcev zdravstvene nege pri povrnitvi samostojnosti. S tem smo prišli do glavne kategorije, ki definira kakovostno zdravstveno obravnavo za povrnitev pacientove samostojnosti za kakovost življenja starejšega po zlomu kolka: kakovostna zdravstvena obravnava za povrnitev samostojnosti in kakovost življenja.

Ovire pri doseganju povrnitve samostojnosti starejših po zlomu kolka so: *padec na ravnih tleh, predhodni padci, zdrs po stopnicah, poškodba, splošna telesna utrujenost, nihanje krvnega tlaka, zadihanost, fizična oslabeledost, omejena gibljivost operirane noge, prisotnost bolečine, nepravilni vzorec hoje, spremljajoče bolezni, fizična oslabeledost organizma starostnika, apatičnost in izguba zanimanja pacienta za sodelovanje v zdravstveni obravnavi, vpliv zdravil proti bolečinam na psihofizično sposobnost pacienta, prilagajanje pacienta na novonastale življenjske spremembe, pacientovo zavračanje pomoči druge osebe, pomanjkanje informacij o zdravstvenem stanju pacienta in nadaljnjem zdravljenju, strah pred prihodnostjo, strah pred obremenitvijo svojcev, strah pred ponovnim padcem, pacientova nezmožnost samostojnega gibanja.*

Vloga izvajalcev zdravstvene nege pri rehabilitaciji starejših po zlomu kolka je prepoznana v različnih situacijah: *povrnitev pacientovega stanja pred poškodbo, pomoč pacientu pri vseh življenjskih aktivnostih, zmanjšanje bolečin, boljše sodelovanje pacienta, hitrejše okrevanje, usmerjanje pacienta k izboljšanju samooskrbe, spodbujanje in učenje pacienta k izvajanju programa rehabilitacije, strpnost in potrpežljivost izvajalcev, pomoč svojcem in sodelovanje s svojci, medsebojno sodelovanje izvajalcev zdravstvene oskrbe v timu, vztrajnost izvajalcev pri podajanju navodil, zdravstveno vzgojno delo, učenje pacientov o uporabi medicinsko tehničnih pripomočkov, zagotavljanje varnosti pacientu, uporaba pripomočkov, večja samostojnost, boljša motivacija, usmerjanje in učenje pacientov k doseganju povrnitve samostojnosti, spodbujanje pacientov k samostojnem izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti, več pozornosti zdravstvenih delavcev na psihičnem področju, načrtovanje in izvajanje procesa zdravstvene nege pri vseh 14 življenjskih aktivnostih po Virginii Handerson, predaja službe, medsebojno sodelovanje izvajalcev zdravstvene oskrbe v timu, dokumentiranje opažanj in napredka, ugotavljanje potreb pacienta po zdravstveni negi, načrtovanje in izvajanje zdravstvene nege ter vrednotenje in dokumen-*

*tiranje, medsebojno sodelovanje izvajalci - pacient – svojci, poučevanje svojcev o nudenju pomoči pacientu, 24-urna zdravstvena oskrba, komunikacija in sodelovanje v zdravstvenem timu.*

Na podlagi vseh zbranih podatkov je tako moč povzeti, da celovita rehabilitacijska obravnava temelji na kakovostni zdravstveni obravnavi za doseganje povrnitve samostojnosti in kakovosti življenja starostnika po zlomu kolka.

## 6 Razprava in zaključek

Temeljne ugotovitve po raziskavi:

- Najpogostejše intervencije zdravstvene nege so povezane s pridobivanjem pacientovega sodelovanja pri opravljanju osnovnih življenjskih aktivnosti. Spodbujanje, učenje in pravilno usmerjanje pacienta k samostojnosti so ključne naloge izvajalcev zdravstvene nege v rehabilitacijski zdravstveni negi.
- Vzpostavitev partnerskega odnosa in vključevanje pacienta v oblikovanje načrta zdravstvene nege s posredovanjem informacij za soglasje na razumljiv in sprejemljiv način vpliva na pacientovo sodelovanje pri vsakodnevnih aktivnostih izvajalcev zdravstvene nege; za izboljšanje njegove samostojnosti v vsakdanjem življenju.
- Na motiviranost pacientov po zlomu kolka vpliva strah pred prihodnostjo, odvisnostjo od drugih in ponovnim padcem. S predstavitvijo rehabilitacijske obravnave in postopkov za pridobivanje samostojnosti na njemu razumljiv način pripomoremo k zmanjšanju strahu. Dobro počutje pacienta je motivacija za sodelovanje v rehabilitacijski obravnavi. K boljši motiviranosti pacienta za sodelovanje pri rehabilitaciji vpliva tudi sodelovanje svojcev.
- Zdravstvena vzgoja svojcev pripomore k izboljšanju kakovostne zdravstvene oskrbe starostnika na rehabilitaciji po zlomu kolka. Pomembno je, da jim prikažemo čim bolj realno sliko pacientovega stanja in napredka. Če so svojci aktivno vključeni v obravnavo, se to odraža na psihosocialnem področju pacienta. Žal pa opazamo tudi, da še vedno veliko svojcev kaže premalo interesa za vključevanje v rehabilitacijsko obravnavo zaradi pomanjkanja časa. Problem predstavljajo tudi svojci, predvsem so to zakonski partnerji, ki preveč naredijo za pacienta.
- Izvajalci zdravstvene nege predstavljajo v širšem rehabilitacijskem timu pomemben člen, ki zagotavlja 24-urno individualno obravnavo pacienta. Dobra medsebojna komunikacija in vrednotenje zastavljenih ciljev omogoča v zdravstvenem timu spremljanje napredka v času obravnave.
- Nenadna izguba samostojnosti in prilagajanje na novo okolje močno vpliva na pacientovo psihično stanje. Težave na psihičnem in socialnem področju se pojavljajo prepogosto in so največkrat zapostavljene.

Hribarjeva (2014) povezuje najbolj pogoste intervencije zdravstvene nege pri starejšem po zlomu kolka z gibanjem in ustrezno lego, med katere prišteva nadzorovanje

in pomoč pri samostojnem obračanju v postelji, presedanje iz bolniške postelje na invalidski voziček in obratno, učenje hoje s uporabo pomagal pri hoji ter obremenjevanje poškodovane noge. Pečjak (2007) opisuje selektivno vedenje starostnikov, ki si izbirajo cilje, za katere menijo, da jih lahko dosežejo v bližnji prihodnosti, pokaže pa tudi vlogo družine, ki starejšim ljudem predstavlja glavni vir energije in moči, kot motivacijo za okrevanje.

Svojci težko sprejmejo dejstvo, da nekdo, ki je še do nedavnega sam skrbel zase, tega ne zmore več. Zato je potrebna čim prejšnja odzivnost svojcev, da si poiščejo potrebno pomoč. Običajno se v ta namen svojci povezujejo z osebnim zdravnikom, patronažno in socialno službo (Urbančič, 2011). Marnova (2003) meni, da bi z oživitvijo programov dela patronažne fizioterapije in delovne terapije na domu starejšega lahko izboljšali njegovo funkcionalno sposobnost in zmanjšali nevarnost ponovnih padcev.

Starejši ljudje po zlomu kolka doživijo nenadno spremembo na fizičnem, psihičnem in socialnem področju. S tem se zelo težko spoprijemajo. Kakovost rehabilitacije se odraža v uspešnosti premagovanja ovir, nastalih v času okrevanja. Vloga izvajalcev zdravstvene oskrbe zajema celostno obravnavo pacienta po teoretičnem modelu Virginie Henderson in Dorotee Orem. Za starejšega človeka po zlomu kolka predstavlja povrnitev v stanje pred poškodbo ključni in edini cilj. Za doseganje njihovega cilja potrebujejo izvajalci zdravstvene obravnave veliko znanja, volje, medsebojnega sodelovanja in zaupanja. Spodbujanje, učenje in pravilno usmerjanje pacienta k samostojnosti je prvinska naloga rehabilitacijske zdravstvene nege. Najpogostejše in najtežje ovire za sodelovanje pacienta v rehabilitacijski obravnavi sta strah in brezvoljnost. Sodelovanje svojcev tudi močno vpliva na uspeh ali neuspeh obravnave. Pacientu pomeni družina oporo in spodbudo pri prilagajanju na spremenjeni način življenja. Še posebej je to izrazito v domačem okolju - po končanem zdravljenju v instituciji. Izvajalci zdravstvene nege lahko ob sodelovanju s svojci in pacientom veliko pripomorejo h kakovostnejšemu življenju le-tega po vrnitvi v domače okolje.

## LITERATURA

1. Burke, K. O. in Doody, O. (2012). Nurses' perceptions of their role in rehabilitation of the older person. Pridobljeno 20. 11. 2015, s <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2011479310&site=ehost-live>.
2. Hribar, K. (2014). Rehabilitacijska zdravstvena nega pacientov po zlomu kolka. V T. Erjavec in K. Karan (ur.), Rehabilitacijska zdravstvena nega (str. 99-110). Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije.
3. Karan, K. (2014). Rehabilitacijska zdravstvena nega. V T. Erjavec in K. Karan (ur.), Rehabilitacijska zdravstvena nega (str. 9-16). Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije.
4. Komadina, R., Senekovič, V., Dolenc, I., Andoljšek, M., Grabljevec, K., Veninšek idr. (2012). Priporočila za zdravljenje zloma kolka v Sloveniji. Zdravniški vestnik 81 (3), 183-192.

5. Marn-Vukadinović, D. (2003). Rehabilitacija starostnikov po zlomu kolka. V D. Marn-Vukadinović (ur.), *Obravnavna starostnika po osteoporoznem zlomu* (str. 43-50). Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo.
6. Pečjak, V. in Pečjak, M. (2007). *Psihologija staranja*. Bled: Samozaložba.
7. Pentek, M. (2003). Rehabilitacija starejšega bolnika domačem okolju. V Č. Marinček (ur.), *Rehabilitacijska medicina v starosti* (str. 191-198). Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo.
8. Rok Simon, M. (2006). Poškodbe starejših ljudi zaradi padcev v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja. Pridobljeno 10. 11. 2015 s, <http://img.ivz.si/janez/1924-4817.pdf>.
9. Štefančič, M. (2003). *Osnove fizikalne medicine in rehabilitacije gibalnega sistema*. Ljubljana: DZS.
10. Strniša, N. (2012). Izid rehabilitacije pri poškodovancih po zlomu kolka, premeščenih iz Splošne bolnišnice Celje in Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana na negovalni oddelek Termane Laško. *Rehabilitacija*, 1, 11- 18.
11. Tomšič, M. (2011). Zakaj starejši padejo in kako padce preprečiti. V D. Rugelj in F. Sevšek (ur.), *Aktivno in zdravo staranje* (str. 107-114). Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
12. Urbančič, D. (2011). Kaj potrebujejo svojci pri oskrbi starejšega. V M. Mencelj (ur.), *Bolezni in sindromi v starosti* 5 (str. 9-14). Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije.

# Emocionalna inteligencija i liderstvo

*POVZETEK - Pojava emocionalne inteligencije u devedesetim godinama 20. stoljeća izazvala je priličan broj kontroverzi u znanstvenoj javnosti, a to se dogodilo zbog spajanja dvaju naizgled isključivih psihologijskih pojmova – inteligencije i emocija. Istraživanja su pokazala da je vođenje emotivni proces i da je uspjeh vođe uvelike određen emocionalnom inteligencijom, mnogo više nego kognitivnom. O emocionalnim sposobnostima će ovisiti kako će se pojedinac nositi s frustracijama, kako će kontrolirati loša raspoloženja i kakav će biti u interakciji s drugima. Dokaz tome je i činjenica da 67 % vještina koje se smatraju potrebnim za uspješnost u poslu zasniva na emocionalnim kompetencijama (Goleman, 1998). Važno je naglasiti da emocionalna inteligencija ne jamči sama po sebi uspjeh u životu. Ona je tek platforma za razvijanje emocionalnih kompetencija, ovladavanje kojima omogućuje ostvarivanje izvanrednih rezultata u poslu. Kako bismo adekvatno ispitali odnos emocionalne inteligencije i vodstva, primijenili smo upitnik kojim se ispituju emocionalne kompetencije kod medicinskih sestara koje rade na rukovodnim pozicijama i upitnik zadovoljstva rukovođenjem kod svih ostalih profila medicinskih sestara. Korišten je prigodan uzorak na 13 odjela: u Općoj bolnici Varaždin, Kliničkoj bolnici „Sv. Duh“ u Zagrebu i KBC Rijeka. Statističkom analizom rezultata utvrdili smo značajnu pozitivnu povezanost između emocionalnih kompetencija i zadovoljstva rukovođenjem. Rezultati su uspoređeni sa sličnim istraživanjima i navedene su praktične implikacije ovih rezultata.*

*KLJUČNE RIJEČI: emocionalna inteligencija, rukovođenje*

## 1 Uvod

Emocionalna inteligencija (EI) kao pojam privlači pažnju psihologa, ali i ostalih stručnjaka i profesija koje proučavaju ponašanje ljudi. Pojam je u literaturi poznat više od 20 godina i ukorijenio se u komunikaciju kao sposobnost uočavanja i razumijevanja emocija, izražavanja emocija te regulacije i upravljanja emocijama. Emocije su oduvijek promatrane kao „višak“ u poslovnom okruženju jer, prema mišljenju nekih autora, onemogućuju racionalno razmišljanje i otežavaju kvalitetan rad. Međutim, brojna istraživanja tvrde upravo suprotno - emocije, ako se njima pravilno upravlja, mogu čak pospješiti racionalno razmišljanje, omogućiti ispravno donošenje odluka i usmjeriti pojedinca na odgovarajuće ponašanje. Sve intenzivnije promjene u javnom zdravstvu u RH, uzrokovane procesom sanacija bolnica, stvaraju potrebu za vođama s vizijom koji će znati uspostaviti emocionalnu vezu sa sljedbenicima i motivirati ih na stalno dostizanje viših ciljeva usprkos ograničenim resursima. Na osnovi istraživanja o vještinama koje rezultiraju poslovnom izvrsnošću, Goleman (1998) je zaključio da se čak 67 % vještina koje se smatraju potrebnim za uspješnost u poslu zasniva na emocionalnim sposobnostima. Iste je godine McClelland pokrenuo istraživanje kako bi identificirao osobine po kojima se vrhunski menadžeri razlikuju od prosječnih.

Ispitivanje provedeno unutar 30 različitih kompanija pokazalo je da su ovo osobine koje izdvajaju najbolje menadžere od prosječnih: želja za postignućem, razvijanje drugih, adaptabilnost, utjecaj, samopouzdanje i vodstvo. Kao jedina kognitivna osobina izdvojena je sposobnost analitičkoga razmišljanja (McClelland, 1998). Ukratko, mogli bismo reći da emocionalne kompetencije imaju veću važnost od sposobnosti obrade informacija, pamćenja, zaključivanja itd. EI sadržajno je najbliža konceptima kristalizirane inteligencije, što znači da se razvija s iskustvom pojedinca. Te su spoznaje poslužile kao osnova za mnoge programe razvoja emocionalnih sposobnosti i vještina za različite skupine ljudi koji se kreiraju diljem svijeta. Isplativnost ulaganja u razvoj EI očituje se u nalazima istraživanja koja EI dovode u vezu s pozitivnim raspoloženjem, otvorenosti za nova iskustva, osjetljivosti za probleme drugih i sposobosti preuzimanja perspektive drugih osoba. Sukladno tome možemo zaključiti da EI ne treba doživljavati kao „konkurenciju“ akademskoj ili općoj inteligenciji, već o njoj treba razmišljati kao o pomoći pri ostvarivanju najboljeg mogućeg ishoda za svakog pojedinca, a to je sretan i ispunjen život, kako u poslovnom tako i u privatnom okruženju.

## **2 Liderstvo**

Ovaj pojam možemo slobodno prevesti kao (ruko)vođenje i opisati kao aktivnosti planiranja, organiziranja, vođenja i kontrole poslovnih procesa. Rukovođenjem se daju upute izvršiteljima kako izvršiti određene radne zadatke, a pritom se ostvaruju predviđeni ciljevi, odnosno poslovni rezultati u određenom vremenskom razdoblju. Rukovođenje ima dva oblika, odnosno stila, a tu su: transakcijski i transformacijski stil (Bass, 1990). Transakcijski vođa predstavlja klasičan, racionalni tip vođe, usmjeren na učinkovito izvršavanje zadataka, na ostvarivanje kratkoročnih ciljeva organizacije kontroliranjem i naređivanjem, a pritom je pretežno usmjeren na materijalne oblike poticanja. Za razliku od njega, transformacijski vođa je emotivan tip, prilagođeniji suvremenim uvjetima poslovanja, usmjeren na organizacijsku viziju i postavljene ciljeva, a to ostvaruje motiviranjem svojih suradnika i sinergijskim djelovanjem svih članova tima (npr. odjela). U praksi se pokazalo da je transformacijski stil vođenja dugoročno mnogo uspješniji od transakcijskog upravo zbog prevladavajuće emocionalne komponente sadržane u tome stilu vođenja kojom se stvaraju čvrste veze među vođom i suradnicima. S pravom se pitate koje osobine transformacijski vođa mora posjedovati. Nemoguće je zamisliti djelotvorno vođenje bez posjedovanja osobnih emocionalnih kompetencija, posebno samopouzdanja i samokontrole, pouzdanosti i savjesnosti vođe. Dodatak tome su vođine inicijative i želje za promjenama, empatija tj. razumijevanje stajališta pojedinca, a sve to je pretpostavka za dobivanje nekih „nusprodukata“ transformacijskog vođenja - uspješne komunikacije i razvijanje suradnika.



## 3 Metoda

### 3.1 Ispitanici

Korišten je prigodan uzorak na 13 odjela: u Općoj bolnici Varaždin, Kliničkoj bolnici „Sv. Duh“ u Zagrebu i KBC Rijeka. Ukupno je sudjelovalo 13 glavnih sestara i 147 srednjih sestara. Prosjek dobi glavnih sestara prikazan je u Tabeli 1 i iznosi 49 godina, a prosjek godina iskustva na rukovodećoj poziciji je 15 godina.

Tabela 1: Dob i iskustvo za glavne sestre (N=13)

	<i>Min</i>	<i>Maks</i>	<i>Prosjek</i>
Dob	30	61	48,85
Iskustvo (Koliko godina ste na rukovodećoj poziciji?)	1	39	15,38

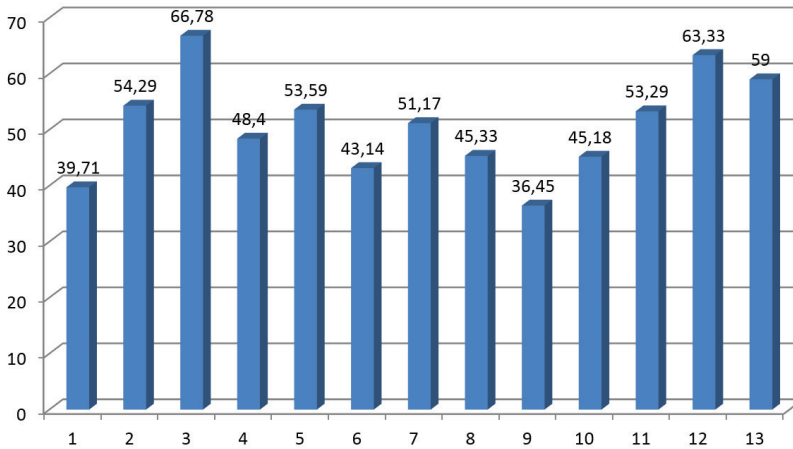
### 3.2 Pribor i postupak

Kako bismo adekvatno ispitali odnos emocionalne inteligencije i vodstva, na glavnim sestrama primijenili smo upitnik kojim se ispituju emocionalne kompetencije i upitnik zadovoljstva rukovođenjem kojeg su popunjavale srednje sestre. Upitnik emocionalnih kompetencija (UEK-45) sastoji se od 45 tvrdnji na koje se odgovara jednim od 5 ponuđenih odgovora (1 - uopće NE, 2 - uglavnom NE, 3 - kako kada, 4 - uglavnom DA i 5 - u potpunosti DA). Ove tvrdnje ispituju 3 emocionalne kompetencije, a to su: sposobnosti uočavanja i razumijevanja emocija (još se naziva i „emocionalna osjetljivost“), sposobnosti izražavanja i imenovanja emocija i sposobnosti regulacije i upravljanja emocijama. Upitnikom zadovoljstva rukovođenjem nastojali smo kod srednjih sestara ispitati koju bi ocjenu (od 1 do 5) dale svojim nadređenim (glavnim) sestrama na nekim od ovih domena rukovođenja: planiranju i organizaciji posla, rješavanju problema, razjašnjavanju uloga i ciljeva, informiranju, motiviranju i inspiriranju, u savjetovanju, rješavanju sukoba i unapređivanju timskog rada itd.

## 4 Rezultati i rasprava

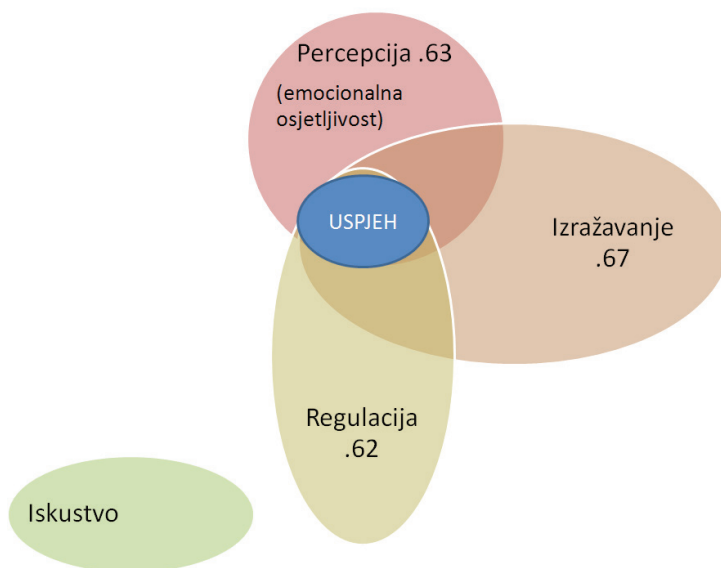
Uspješnost rukovođenja smo izračunali kao prosjek rezultata na upitniku kojeg su popunjavale srednje sestre. Raspodjela prosjeka rezultata prikazana je na Grafu 1. Važno je spomenuti da je ukupan prosjek 50,7 što je vrlo dobra ocjena, uzmemo li u obzir da se upitnik uspješnosti rukovođenja sastojao od ukupno 14 pitanja na koja se odgovara od ocjenom od 1 do 5. Prosječna ocjena koju su dobile glavne sestre iz našeg uzorka je 3,62 ( $50,7/14=3,62$ ).

Graf 1: Prosjek rezultata na upitniku uspješnosti rukovođenja po odjelima



Statističkom analizom nastojali smo utvrditi povezanost između komponenata emocionalne kompetentnosti, iskustva u poslovima rukovođenja i uspješnosti rukovođenja. Dobivena je vrlo visoka pozitivna povezanost između sve 3 komponente emocionalne kompetentnosti, pri čemu je najviša povezanost uspješnosti rukovođenja s emocionalnom osjetljivošću, odnosno percepcijom emocija (0,74). Značajna je povezanost i između uspješnosti rukovođenja i izražavanja emocija (0,68), odnosno regulacije emocija (0,65). Drugim riječima, glavne sestre koje uočavaju emotivna stanja drugih sestara, a uz to i same ponekad primjereno izražavaju emocije, uspješnije su u rukovođenju prema procjenama svojih podređenih. Nadalje, iskustvo je također značajno povezano s uspješnosti rukovođenja (0,62) što djeluje kao logičan slijed događaja s obzirom da znanje i iskustvo doprinosi lakšem snalaženju u poslovnom kontekstu. Međutim, izuzmemo li iskustvo iz modela, svejedno dobivamo značajne povezanosti između emocionalnih kompetentnosti i uspješnosti rukovođenja (Shema 1). Ispostavlja se da iskustvo ne igra presudnu ulogu u uspješnosti rukovođenja, već da emocionalne kompetentnosti odnosno stil rukovođenja značajno doprinosi koliko će nas naši podređeni doživljavati uspješnima.

*Shema 1: Model povezanosti uspješnosti rukovođenja i emocionalnih kompetencija uz izuzeće iskustva*



## 5 Zaključak

Nakon provedenog istraživanja moramo biti oprezni u donošenju zaključaka jer je korišten prigodan uzorak koji je dosta skroman (samo 13 odjela). Međutim, dobiveni rezultati idu u prilog teorijama i modelima koji transformacijski stil rukovođenja preferiraju u odnosu na transakcijski iz razloga što je učinkovitiji u uslužnim djelatnostima gdje je naglasak na stvaranju pozitivne atmosfere među djelatnicima, odnosno stvaranju sinergije i ugodne organizacijske klime. Praktične implikacije ovog istraživanja idu u smjeru da je nedvojbeno isplati li se ulagati u razvoj emocionalnih kompetencija rukovoditelja jer, kao što je već navedeno u uvodnom dijelu, EI se dovodi u pozitivnu vezu s pozitivnim raspoloženjem, otvorenosti za nova iskustva, osjetljivosti za probleme drugih i sposobosti preuzimanja perspektive drugih osoba. I na kraju zahvaljujemo svima koji su sudjelovali u provedenom istraživanju i nadamo se budućoj suradnji s odjelima OB Varaždin, KBC-a Rijeka i KB „Sveti Duh“ iz Zagreba.

## LITERATURA

1. Bass, B. M. (1990). From transactional to transformational leadership: leading to share the vision. U R. M. Winter, Steers, L. W. Porter in G. A. Bigley (ur.), *Motivation and Leadership at Work* (str. 1-9). Boston: McGraw-Hill.

2. Goleman, D. (1998). What makes a leader? *Harvard Business Review*, 76 (6), 92-102.
3. McClelland, D. C. (1998). Identifying competencies with behavioural-event interviews. *Psychological Science*, 9 (5), 331-340.

# Vpliv predanalitskih dejavnikov na kakovost laboratorijskih rezultatov

*POVZETEK* - Laboratorijski testi so zelo občutljiv indikator, ki odražajo zdravstveno stanje bolnika. Na laboratorijske preiskave lahko vplivajo številni faktorji, ki se ne nanašajo na bolezen, lahko pa vplivajo na fiziološke funkcije posameznih organov ali pa lahko interferirajo z analitičnimi metodami določanja. Zdravniki pričakujejo od zahtevanih/naročenih preiskav kakovostno laboratorijsko informacijo, ki bo omogočila pravilno klinično odločitev. Odgovornost za točnost in pravočasnost posredovanja rezultatov laboratorijskih preiskav je na splošno domena laboratorija, vendar se številne napake lahko pojavijo v predanalitski ali poanalitski fazi. Kar 2/3 vseh dejavnikov izhaja iz predanalitske faze. Zelo težko je predpisati učinkovite metode za nadzor in sledenje tem dejavnikom, kajti številni so izven tradicionalnih laboratorijskih področij in le usklajeno delovanje vseh sodelujočih lahko vzdržuje visoko kakovost uslug. Poznavanje in upoštevanje virov napak v predanalitski fazi ter vlaganje navora za njihovo zmanjšanje je ključ do kakovostnega in pravnega laboratorijskega izvida, ki nam pomaga pri celostni obravnavi bolnika.

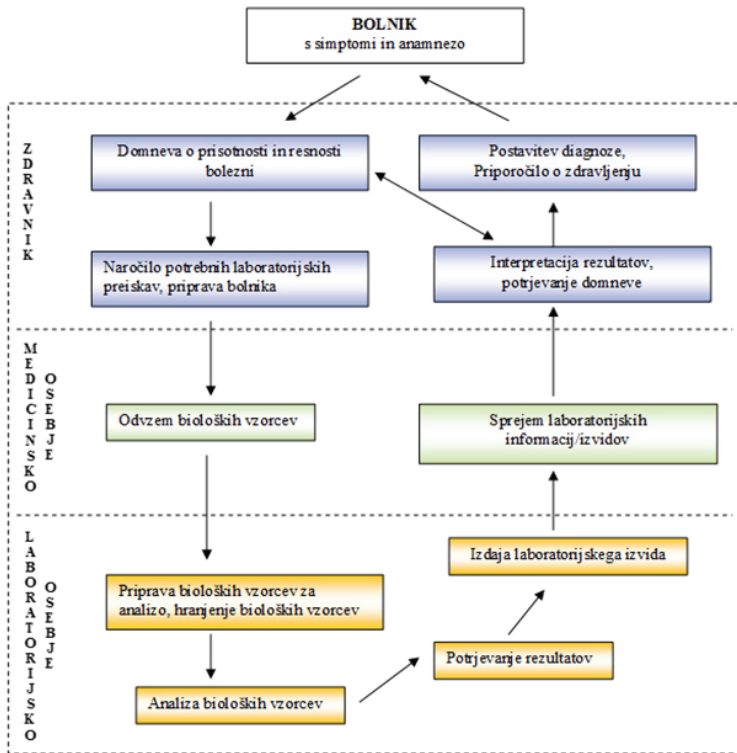
*KLJUČNE BESEDE*: laboratoriji, preiskave, predanalitski dejavniki, kronobiologija, biosistemi, poanalitska faza

## 1 Uvod

Laboratorijski testi so zelo občutljiv indikator, ki odražajo zdravstveno stanje bolnika. Na laboratorijske preiskave lahko vplivajo številni faktorji, ki se ne nanašajo na bolezen, npr. določena zdravila, ki imajo vpliv na fiziološke funkcije posameznih organov ali pa lahko interferirajo z analitičnimi metodami določanja (Guder, Narayanam, Wisser in Zawata, 1996).

Klinične odločitve zdravnikov, ki temeljijo na laboratorijskih izvidih, so odvisne od številnih dejavnikov, ki so vključeni v t. i. testni krog (shema 1). Testni krog se začne in konča pri bolniku, ki predstavlja medicinski problem in mu je treba postaviti pravilno diagnozo bolezni in predpisati ustrezno zdravljenje (Holmes, 2002). Zdravniki pričakujejo od zahtevanih/naročenih preiskav kakovostno laboratorijsko informacijo, ki bo omogočila pravilno klinično odločitev. V idealnih okoliščinah med sodelujočimi v testnem krogu ni nesporazumov in napak, ki bi se nanašale na interpretacijo laboratorijskih rezultatov, vendar takih okoliščin v praksi ni. Viri napak, ki lahko vplivajo na vrednotenje rezultatov, se lahko pojavijo kjer koli v testnem krogu (Holmes, 2002).

Shema 1: Testni krog. Pravilnost laboratorijskih rezultatov je odvisna od kompleksnosti akcij in interakcij vseh vpletenih dejavnikov



Vir: Holmes, E. W. (2002). The interpretation of laboratory tests. In K. D. McClatchey (ed.), Clinical laboratory medicine (str. 97-121). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

## 2 Teoretični del

Odgovornost za točnost in pravočasnost posredovanja rezultatov laboratorijskih preiskav je na splošno domena laboratorija, vendar se številne napake lahko pojavijo v pred- ali poanalitski fazi. Pomembno je, da celoten sistem razumemo kot zaporedje postopkov, od katerih je vsak lahko potencialni vir napak. Tabela 1 prikazuje zaporedje postopkov, ki se odvijajo od zdravnikovega naročila laboratorijskih preiskav do interpretacije rezultatov laboratorijskih analiz (Guder, Narayanam, Wisser, in Zawata, 1996; Westgard, J. O. in Klee, G. G., 1994). Kar 2/3 vseh dejavnikov izhaja iz predanalitske faze.

Tabela 1: Zaporedje postopkov v sistemu od bolnika do rezultata in viri napak

Faza	Postopek	Napake
Predanalitska faza (57 % porabljenega časa)	Naročilo laboratorijskih preiskav	Nepravilna izbira preiskave, napačna identifikacija (ID) bolnika
	Odvzem in zbiranje bioloških vzorcev	Nepravilna izbira epruvet ali antikoagulanta, nepravilna ID bolnika, neprimeren volumen, napačen vzorec, odvzem ob napačnem času, nepravilen transport
Analitska faza (25 % porabljenega časa)	Analitske meritve	Nekalibriran analizator, zamenjava vzorca, prisotnost interferenc (hemoliza, lipemija)
Poanalitska faza (18 % porabljenega časa)	Sporočanje rezultatov	Napačna ID bolnika, nepravočasnost, napake pri prepisu v primeru izpada informacijskega sistema
	Interpretacija rezultatov	Spregledane interference, nedostopnost predhodnih podatkov za primerjavo

## 2.1 Glavni predanalitski dejavniki, ki jih je mogoče obvladovati

Čas odvzema (Guder, Narayanam, Wisser in Zawata, 1996)

Pomembna pravila, ki določajo čas odvzema:

- odvzem naj se vrši med 7. in 9. uro zjutraj (če je le mogoče)
- priporočljivo je, da mine 12 ur od zadnjega obroka do odvzema
- odvzem naj bi bil izvršen pred diagnostičnimi ali terapevtskimi postopki
- za določanje koncentracije zdravil, mora biti kri odvzeta pred aplikacijo oziroma ob določenih časovnih intervalih (vedno je treba navesti točno uro odvzema)

Dogajanje v biosistemih poteka ritmično, kar pomeni, da ima neko dogajanje (npr. nek metabolni proces) maksimum in minimum dogajanja (npr. koncentracija metabolita) in da se to ponavlja v določenih časovnih intervalih (Moore-Ede, Sulzman, in Fuller, 1982). To dogajanje v biosistemih, ki so funkcije časovnih ciklusov, obravnava veda, ki jo imenujemo kronobiologija, periodične oscilacije pa imenujemo biološki ritmi (Moore-Ede, Sulzman, in Fuller, 1982).

Glede na trajanje periode delimo biološke ritme na:

- ultradiane: perioda je krajša kot en dan
- cirkadiane: perioda je približno (circa) en dan (ti so najpomembnejši v klinični biokemiji)
- infradiane: perioda je daljša kot en dan

Vpliv diagnostičnih in terapevtskih postopkov (Guder, Narayanam, Wisser in Zawata, 1996)

Nekateri diagnostični in terapevtski postopki lahko vplivajo na rezultate laboratorijskih preiskav in jih moramo pri vrednotenju upoštevati: operacije, infuzije, transfuzije, punkcije, biopsije, masaža telesa, endoskopije, dializa, fizikalni stres (ergometrija), funkcijski testi (obremenitveni test z glukozo-OGTT), imunoscintigrafija, zdravila, mentalni stres.

*Odvzem med infuzijo* (Guder, Narayanam, Wisser in Zawata, 1996)

Kontaminacija laboratorijskih vzorcev z infuzijsko raztopino je najpogostejša predanalitska napaka v bolnišnicah. Vzorec krvi se mora vzeti iz nasprotne roke. Pomemben je tudi čas odvzema po prenehanju infuzije. Priporočljivo je tudi, da je laboratorij obveščen o tipu infuzije in času odvzema. Če je vzorec odvzet iz intravenskega ali intraarterialnega infuzijskega katetra, je treba kanilo sprati z izotonično raztopino enakega volumna, kot je volumen katetra. Prvih 5 ml krvi je neuporabnih za laboratorijske analize. Še posebej je problematičen odvzem vzorca za koagulacijske teste (PČ, PTČ). Velja priporočilo, da se zavrže kri, ki ustreza 2-kratnemu volumnu katetra.

*Odvzem leže ali v pokončnem položaju* (Guder, Narayanam, Wisser in Zawata, 1996)

Dobro je znano, da položaj telesa vpliva na koncentracijo sestavin v krvi. Pokončen položaj namreč poveča pritisk v spodnje okončine, to povzroči premik vode iz žil v intersticijski prostor, s tem pa se spremeni volumen plazme (za približno 12 %). Sprememba tega volumna vodi do koncentracijskih sprememb makromolekul, proteinsko vezanih majhnih molekul in spremenjenega števila celic.

*Plazma ali serum* (Guder, Narayanam, Wisser in Zawata, 1996)

Pri odvzemu z antikoagulantom je treba odvzeto kri takoj premešati (5–10-krat), stresanje pa je prepovedano. Če se za analizo potrebuje serum, moramo počakati 30 minut, da se kri strdi oziroma nastane fibrin. Le tako je centrifugiranje uspešno, v nasprotnem primeru nastanejo težave s post-koagulacijo in neželenimi zapleti pri delu na analizatorju.

*Aditivi in barvne kode* (Guder, Narayanam, Wisser in Zawata, 1996)

Kadar analiziramo polno kri, plazmo ali krvne celice, moramo kri odvzeti z antikoagulantnim sredstvom, da se ne strdi. Ta sredstva lahko spremenijo volumen plazme, poleg tega pa z njimi lahko spremenimo koncentracijo že prisotnih snovi (npr. ionov kalija, natrija, amonijaka) ali vnesemo tuje snovi (heparin, EDTA, oksalate, citrate). Izbira pravilnega antikoagulanta je zelo pomembna, ker ima vsak od njih svojo vlogo.

*HEPARIN* = pospešuje inhibicijo faktorja Xa z antitrombinom III

*EDTA* = veže kalcij v kompleks

*CITRAT* = se kelatira s kalcijem

*FLUORID* = inhibira encim enolazo na glikolitični poti in tako preprečuje razgradnjo glukoze



*JODOACETAT* = je tudi glikolitični inhibitor, ki inhibira gliceraldehid-3-P dehidrogenazo

*Vpliv časa in temperature med transportom* (Guder, Narayanam, Wisser in Zawata, 1996)

Čas, porabljen za transport, je normalno kratek in ne predstavlja problema, če je laboratorij blizu. Vseeno pa čas od odvzema do centrifugiranja *ne sme biti daljši od ene ure*. Transport mora biti »nežen«, da se izognemo hemolizi.

*Shranjevanje vzorcev v laboratoriju* (Guder, Narayanam, Wisser in Zawata, 1996)

Pomembni vzroki, ki vplivajo na kakovost vzorcev, in s tem tudi na rezultate preiskav, so: metabolizem, ki se odvija v celicah, izhlapevanje vzorca, kemične reakcije, mikrobiološka razgradnja, osmotski pritisk, vpliv svetlobe, difuzija plinov. Ti procesi lahko potekajo tudi pri pravilno shranjenih vzorcih, zato analize določenih preiskav naslednji dan niso točne.

## 2.2 Glavni predanalitski dejavniki, ki so specifični za vsakega preiskovanca

Poznamo tudi dejavnike, na katere ne moremo ali lahko samo delno vplivamo in so preiskovancu lastni; to so biološki viri variabilnosti in interference (in vivo/in vitro), ki spremenijo koncentracijo ali aktivnost merjenega analita (Thomas, 1998).

Vpliv starosti, spola (predvsem pri hormonih, delno pa tudi pri biokemijskih in hematoloških testih), rase, nosečnosti (hormonske spremembe v času nosečnosti pogosto vplivajo tudi spremembe v koncentracijah številnih analitov) (Guder, Narayanam, Wisser in Zawata, 1996; Furlan, 2006).

Vpliv prehrane (sestava hrane in čas od zadnjega obroka do odvzema sta ključna za pravi rezultat) in stradanja (kratkotrajno stradanje (40-48 ur) lahko privede do metabolne acidoze z znižanim pH in bikarbonatom ter do zvišanja organskih kislin), fizične aktivnosti, nadmorske višine (Guder, Narayanam, Wisser in Zawata, 1996; Furlan, 2006).

Vpliv kofeina, kajenja (obseg sprememb koncentracij določenih analitov je odvisen od količine in vrste cigaret ter tehnike kajenja), alkohola in drog (Guder, Narayanam, Wisser in Zawata, 1996; Furlan, 2006).

## 2.3 Pregled endogenih in eksogenih interferenc po posameznih skupinah preiskav, ki izvirajo iz predanalitske faze

### Hemostaza

Razmerje med citratom in krvjo mora biti 1 : 9. Če razmerje naraste (premalo odvzete krvi), je učinkovita koncentracija antikoagulantna previsoka, kar ima za posledico porast parcialnega tromboplastinskega časa (PTČ) in drugih osnovnih koagulacijskih testov. Hemolizirana plazma ni uporabna, ker obstaja verjetnost aktivacije koagulacijskih faktorjev (Guder, Narayanam, Wisser in Zawata, 1996; Furlan, 2006).

### *Hematološke preiskave*

Prevelika koncentracija EDTA (premalo krvi) vpliva predvsem na morfologijo nevtrofilcev, kar se vidi iz razmaza. Vsi hematološki števci in kontrole, ki se dnevno uporabljajo za preverjanje točnosti analizatorjev, so naravnane na to razmerje, zato je pomemben pravilen odvzem (Guder, Narayanam, Wisser in Zawata, 1996; Furlan, 2006).

### *Klinična biokemija*

Pogosto je opazen predanalitski vpliv pri merjenju elektrolitov, če kri ni pravočasno centrifugirana (neustrezen čas transporta). V polni krvi se odvijajo že prej omenjeni metabolični procesi: celice izgubljajo kalij in na njihovo mesto prihaja natrij iz ekstracelularnega prostora. Če uhaja CO<sub>2</sub> iz vzorca krvi, celice izgubljajo bikarbonat, ki ga nadomešča klorid iz okoliške plazme. Vse to pa vodi do napačnih rezultatov (Guder, Narayanam, Wisser in Zawata, 1996; Furlan, 2006).

### *Hormoni*

Upoštevati je treba dejstvo, da imajo nekateri hormoni dnevni (kortizol) in mesečni (LH, FSH) ritem, zato moramo temu ustrezno prilagoditi odvzem (Guder, Narayanam, Wisser in Zawata, 1996; Furlan, 2006).

### *Plini v krvi*

Metabolizem v celicah po odvzemu še vedno poteka – glikoliza v eritrocitih, kjer se tvori laktat, ki spremeni pH, bikarbonat in BE (v smeri metabolne acidoze), porablja kisika v levkocitih in trombocitih pa zniža pO<sub>2</sub> in zviša pCO<sub>2</sub> (Guder, Narayanam, Wisser in Zawata, 1996; Furlan, 2006).

### *Zdravila (TDM)*

Zelo pomemben je čas odvzema in je odvisen od vrste zdravila oziroma njegove razpolovne dobe. *Vzorec ne sme biti odvzet iz roke, v katero je bilo zdravilo injicirano.* Pri določanju nekaterih zdravil (npr. digoksin) lahko dobimo lažno višje rezultate, zaradi endogenih interferenc (snovi, ki so po sestavi podobne digoksinu – steroidi, lipidi) (Guder, Narayanam, Wisser in Zawata, 1996; Furlan, 2006).

### *Vpliv lipemije*

Motnost seruma različnih intenzivnosti je predvsem posledica visoke koncentracije trigliceridov in drugih lipoproteinskih delcev (hilomikroni, VLDL). V takšnih serumih je tudi manj vode, zato so nižje koncentracije vodotopnih komponent, kot so elektroliti in nekateri metaboliti. Tudi vrednosti samih lipidov so vprašljive zaradi njihove nehomogene porazdeljenosti (Guder, Narayanam, Wisser in Zawata, 1996; Furlan, 2006).

### *Vpliv hemolize*

Veliko sestavin je v celicah v mnogo višjih koncentracijah kot v plazmi, zato je razumljivo, da hemoliza močno vpliva na verodostojnost rezultatov. Ponovni odvzem je potreben tudi zato, da izključimo hemolizo in vivo. Ker nosi laboratorij polno od-

govornost za posredovanje pravih rezultatov, so potrebni strogi ukrepi oziroma dosledno zavračanje hemoliziranih vzorcev (Guder, Narayanam, Wisser in Zawata, 1996; Furlan, 2006).

### 3 Zaključek

Zelo težko je predpisati učinkovite metode za nadzor in sledenje predanalitskih dejavnikov, kajti številni so izven tradicionalnih laboratorijskih področij in le usklajeno delovanje vseh sodelujočih lahko vzdržuje visoko kakovost uslug. Še tako dobro obvladovana analitska faza z uporabo znanstveno preizkušenih metod in s sodelovanjem v zunanji (mednarodni) oceni kakovosti laboratorija, ne more zagotoviti verodostojnega rezultata, če ne poznamo in upoštevamo virov napak v predanalitski fazi. Vlaganje navora za njihovo zmanjšanje je ključ do kakovostnega, pravih in zaupanja vrednega laboratorijskega izvida, ki je zdravnikom v pomoč pri celostni obravnavi bolnika.

### LITERATURA

1. Furlan, D. (2006). Vzorci - od bolnika do laboratorija: vpliv predanalitskih dejavnikov na kakovost laboratorijskih rezultatov. Novo mesto: Splošna bolnišnica.
2. Guder, W. G., Narayanam, S., Wisser, H. in Zawata, B. (1996). Samples: from the patient to the laboratory. Darmstadt: GIT VERLAG.
3. Holmes, E. W. (2002). The interpretation of laboratory tests. In K. D. McClatchey (ed.), Clinical Laboratory medicine (str. 97-121). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
4. Moore-Ede, M. C., Sulzman, F. M. in Fuller, C. A. (1982). The clocks that time us. Cambridge: Harvard University Press.
5. Thomas, L. (1998). Clinical laboratory results. In L. Thomas (ed.), Clinical Laboratory Diagnostics. Use and Assessment of Clinical Laboratory Results, (str. 1453-1463). Frankfurt: TH Books.
6. Westgard, J. O. in Klee, G. G. (1994). Quality management: control of preanalytical variables: dissecting the laboratory system into multiple discrete processes. In C. A. Burtis in E. R. Ashwood (ed.), Tietz Textbook of Clinical Chemistry, 2nd ed. (str. 548-592). Philadelphia: WB Saunders.

# Management kakovosti dolgotrajne oskrbe

*POVZETEK* - Namen prispevka je predstaviti kakovost storitev z vidika potencialnih uporabnikov saj bodo imeli le ti drugačne želje in potrebe po kakovosti in naboru storitev kot sedanji uporabniki/stanovalci. V ta namen je bil razvit vprašalnik, ki je vseboval 4 sklope vprašanj: splošni del, sklop oskrbe, sklop zdravstvene nege in sklop dodatnih storitev. Anketirani so trditve ocenjevali s pomočjo petstopenjske lestvice. Anketa je bila izvedena leta 2010 in je vključila 233 oseb, od tega 126 stanovalcev treh različnih domov v Sloveniji ter 107 potencialnih bodočih uporabnikov storitev. Pomembni rezultati so predstavljeni v prispevku. Smernice kakovosti storitev smo oblikovali na podlagi dobljenih rezultatov raziskave in evropskih modelov dolgotrajne oskrbe. Predlagamo, da bi se upoštevali predvsem naslednji dejavniki: dostojanstvo, zasebnost, strokovnost, individualnost, prijaznost, odzivi na pritožbe, samooskrba in organizacija lastnega časa. Nadalje predlagamo, da se oskrba izvaja v manjših skupinah: stanovanjska ali gospodinjstva skupnost, vasi za stare, skupnosti za starejše izven institucij. Vodstva DSO-jev morajo razumeti, da bodoči uporabniki od domov starejših občanov pričakujejo, da bodo povezani in vraščeni z okoljem in bodo nudili uporabnikom možnosti za kakovostno bivanje in vsestransko delovanje.

*KLJUČNE BESEDE*: kakovost storitve, dolgotrajna oskrba, dom starejših občanov, smernice kakovosti, bodoči uporabnik

## 1 Uvod

Dolgotrajno oskrbo (DO) mednarodne institucije (OECD, Eurostat, WHO) v enotni definiciji opredeljujejo kot niz storitev, ki jih potrebujejo ljudje z zmanjšano stopnjo funkcionalne zmožnosti (fizične ali kognitivne) in ki so posledično v daljšem časovnem obdobju odvisni od pomoči pri izvajanju temeljnih in / ali podpornih dnevnih opravil. Temeljna dnevna opravila (ADL) oz. storitve osnovne oskrbe se pogosto zagotavljajo v kombinaciji z osnovnimi zdravstvenimi storitvami, kot so zdravstvena nega, zdravstvena preventiva, rehabilitacija ter paliativna oskrba. Podporna dnevna opravila (IADL) oz. storitve podporne oskrbe so povezane predvsem s pomočjo v gospodinjstvu (UMAR, 2014 cit. po Colombo in drugi, 2011, str. 11-12).

Temeljno vprašanje je torej, kako zagotoviti in organizirati takšen sistem dolgotrajne oskrbe, da bo finančno vzdržen in učinkovit ter bo obenem zadovoljil potrebe po oskrbi starajočega prebivalstva, ki mu padajo funkcionalne zmožnosti.

Storitve, ki jih je potrebno izvajati v okviru DO, se delijo na osnovne, socialne in storitve zdravstvene nege. Osnovne storitve vključujejo bivanje, organiziranje prehrane, tehnična oskrba in prevoz. Temeljne dnevne aktivnosti zdravstvene nege vključujejo kopanje, oblačenje, hranjenje, položaji v postelji in vstajanje iz nje, gibanje, uporabo

stranišča in intervencije po naročilu zdravnika, kot je previjanje ran, protibolečinska terapija, delitev zdravil, spremljanje vitalnih funkcij in drugo. Podporna dnevna opravila (IADL) so predvsem priprava hrane, pranje perila, prevozi in čiščenje.

V Sloveniji dolgotrajna oskrba še ni sistemsko urejena, pač pa se zagotavlja v okviru različnih zakonodaj oz. preko ločenih sistemov socialne varnosti. Zakon, ki bo urejal to področje, je v pripravi že vrsto let, zadnji osnutek zakona pa bo v javni razpravi letos. Poleg tega, da je za področje nujna vsebinska ureditev (sprejetje zakona), pa igra pomembno vlogo tudi statistično oz. podatkovno spremljanje omenjenega področja. Kaže se namreč velika potreba po organiziranem, usklajenem in sistematičnem zbiranju tovrstnih podatkov, saj gre za področje, ki zahteva enovit pristop. Podatki so čedalje bolj pomembni tudi na mednarodni ravni, saj omogočajo primerjave različnih sistemov dolgotrajne oskrbe, med drugim pa predstavljajo tudi vhodni podatek za dolgoročne projekcije javnih izdatkov, povezanih s staranjem prebivalstva, ki so pomembni za oceno javnofinančne vzdržnosti države (UMAR, 2014).

## 2 Teoretična izhodišča

Pregledali smo, kako kakovost dolgotrajne oskrbe spremljajo druge države članice Evropske unije in države članice OECD. Primerjali smo rezultate lastnih raziskav z rezultati drugih avtorjev ter vsebinami dokumentov Evropske unije in OECD.

Metodologijo za določanje splošnih elementov za oblikovanje cen socialno varstvenih storitev ob današnjih organizacijskih in grajenih možnostih opredeljuje Pravilnik o metodologiji za oblikovanje cen socialnovarstvenih storitev (Pravilnik o spremembah in dopolnitvah, Pravilnika o metodologiji za oblikovanje cen socialnovarstvenih storitev).

Stroški storitve, ki se upoštevajo kot elementi za oblikovanje cen so stroški dela, stroški materiala in storitev, stroški amortizacije, stroški investicijskega vzdrževanja, stroški financiranja.

Cena storitve institucionalnega varstva se določi na oskrbni dan. Storitve se za uporabnike izvaja v trajanju 24 ur dnevno (celodnevno institucionalno varstvo), krajši čas od 24 ur in sicer v primeru dodatne vključitve upravičenca v drugo socialno varstveno storitev (storitev zaposlitvene rehabilitacije ali zaposlitev), 8 ur dnevno ali krajši čas (dnevno varstvo).

Glavni instrumenti za urejanje kakovosti DO v institucionalnih okoljih so licence, akreditacije in standardi izvajanja DO. Skoraj vse države OECD zahtevajo od institucij DO dovoljenje za opravljanje storitev DO. Akreditacija je proces ocenjevanja, ki ocenjuje kakovost oskrbe in storitev. Namen akreditacije je spodbujati kakovost in varnost skozi kombinacijo skladnosti in kakovosti, ki lahko dosežejo trajno izboljševanje kakovosti izvajanja storitev DO. Postopek akreditacije običajno vključuje

samooceno ponudnikov DO, pregledovanje standardov, določenih s strani akreditacijskega organa, in spremljanje in skladnost izvajanja DO s takimi standardi.

Standardi kakovosti so notranji mehanizmi zagotavljanja kakovosti in merjenje kakovosti na organizacijski ravni. Znani sistemi managementa kakovosti vključujejo EFQM, ISO 9001 - 2015, Qualicert, E-Qalin, AFNOR, Balanced Score Card. Total Quality Management in Poslovno Odličnost opisujeta Marolt in Gomišček, (2005).

Ključni cilji v socialnih in zdravstvenih storitvah so:

- Povečati kakovost oskrbe in pomoči za stanovalce / stranke;
- Povečati zadovoljstvo zaposlenih;
- Spodbujanje dostojnega staranja v družbi in socialne vključenosti za vse ljudi s potrebami po zdravstveni negi in oskrbi;
- Olajšati oceno, meritev in izboljšanje uspešnosti (strukturo, procese in kakovost rezultatov);
- Upravljanje kakovosti z izvedbo usposabljanja za izboljšanje konkurenčnosti, osebne odgovornosti, učinkovitosti in sposobnosti za delo na lastno odgovornost;
- Povečati strokovno delo in privlačnost delodajalca;
- Spodbujati pozitivno podobo za celotno področje zdravstva in socialnega varstva (OECD, 2014).

Kazalniki kakovosti dolgotrajne oskrbe so na splošno manj razviti kot sistem merjenja kakovosti v zdravstvu. V sistemu kazalnikov kakovosti oskrbe je pomembno, da so podatki, na katerih temeljijo kazalniki, veljavni, zanesljivi, primerljivi, nepristranski in ustrezni. Pri merjenju kakovosti življenja uporabnikov je razlikovanje med subjektivnimi mnenji in objektivno oceno pogosto težko določiti in okrog posebnih kazalnikov ni soglasja za uporabo. Zaradi tega se merjenje kakovosti na področju dolgotrajne oskrbe sooča s precejšnjimi težavami. Pri DO smo odvisni od subjektivnih občutkov uporabnikov DO, pri čemer so težave uporabnikov degenerativne narave in vključujejo kombinacije različnih medicinskih, socialnih in stanovanjskih rešitev, pri čemer je težko določiti pričakovani rezultat ali določiti merila za izboljšanje rezultata.

### 3 Metoda

Namen raziskave je analizirati kakovost storitev z vidika potencialnih uporabnikov saj bodo imeli le ti drugačne želje in potrebe po kakovosti in naboru storitev kot sedanji uporabniki/stanovalci. Na podlagi rezultatov tujih raziskav in pregledane literature smo izdelali vprašalnik, ki je vseboval 4 sklope vprašanj: splošni del, sklop oskrbe, sklop zdravstvene nege in sklop dodatnih storitev.

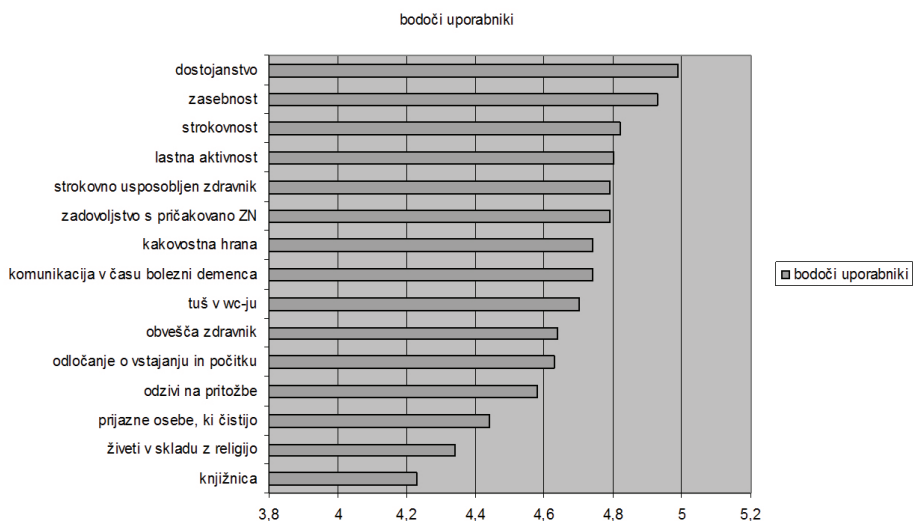
Ankete smo izvedli v treh slovenskih domovih v letu 2010 (Kavšek, 2012). Anketirali smo stanovalce domov, svojce in bodoče uporabnike. Anketirani so trditve ocenjevali s pomočjo petstopenjske lestvice. Anketa je bila izvedena leta 2010 in je vključila 233 oseb, od tega 126 stanovalcev treh različnih domov v Sloveniji ter 107

potencialnih bodočih uporabnikov storitev. Na podlagi prejetih rezultatov smo potrebe primerjali med skupinami anketirancev. Najbolj nas je zanimal nabor potreb, ki jih bodoči uporabniki dolgotrajne oskrbe želijo. Za obdelavo podatkov je bila uporabljena deskriptivna statistična metoda s pomočjo računalniških programskih paketov EXCEL, SPSS. Smernice kakovosti storitev smo oblikovali na podlagi dobljenih rezultatov raziskave in evropskih modelov dolgotrajne oskrbe.

Rezultati naše raziskave kažejo, da si starostniki želijo predvsem, da bi se upoštevali naslednji dejavniki: dostojanstvo, zasebnost, strokovnost, individualnost, prijaznost oskrbovalcev, odzivnost na pritožbe, pravica do samooskrbe in možnost organizacije lastnega časa. Rezultati še kažejo, da uporabniki storitev DO želijo, da se oskrba izvaja v manjših skupinah, da se razširi ponudba storitev nege na domu in da se razvijejo skupnosti za upokojence s primernim naborom storitev v domačih krajih, kjer so upokojenci živeli v svoji aktivni dobi življenja. Koristniki DO želijo, da so jim storitve oskrbe in bivališča dostopna v domačih krajih in se jim ni potrebno seliti daleč od mesta, kjer so živeli.

Iz raziskave sledi, da si starostniki želijo predvsem dostojanstva, zasebnosti, strokovnega osebja in omogočanje lastnih aktivnosti. Zdravnik naj bo strokoven in naj obvešča o zdravstvenem stanju. S pričakovano zdravstveno nego so zadovoljni. Želijo primerno komunikacijo v času bolezni in pravilno, spoštljivo obravnavo pri bolezni demenca. Želijo si sobe s tušem, želijo da bi se lahko odločali o času vstajanja in počitka. Pričakujejo odzive na pritožbe. Živeti želijo v skladu z religijo. Pomembno jim je, da bi imeli v domu knjižnico (glej graf 1).

Graf 1: Pomembnost posameznih značilnosti oskrbe

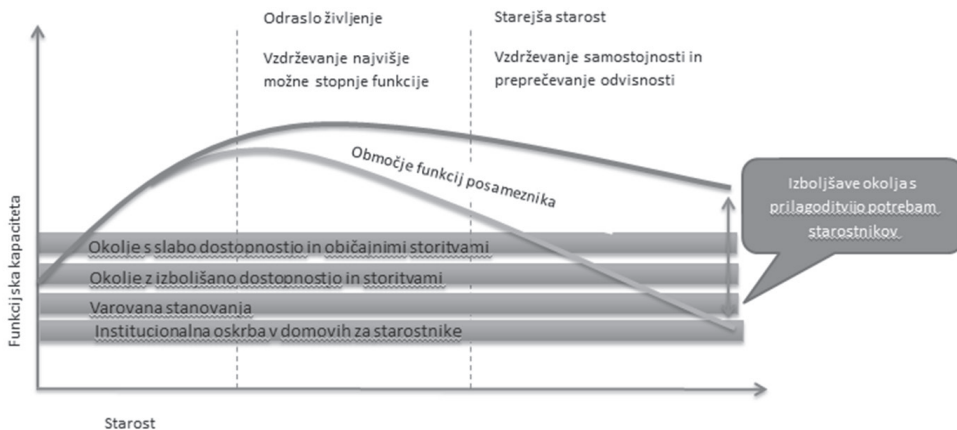


Zagotavljanje primerne bivališča je ena od pomembnih potreb starostnikov, ki jo prepuščamo skrbi oskrbovanca samega in se za ta vidik premalo zmenimo. V naslednjih desetletjih bo potrebno kar tretjino hiš in stanovanj transformirati v domove, ki bodo starostnikom bolj prijazni in bodo bolj ustrezali njihovim potrebam. Kot navaja Bogataj se bodo obnove stanovanj in selitve odvijale v dveh smereh: v segregacijo starostnikov (naselja za upokojence), kar je pričakovati v njihovi visoki starosti, in v smer izgradnje univerzalnih stanovanj z dobro grajeno dostopnostjo tudi za starejše in visoko tehnično opremo za starostnike s posebnimi potrebami ter drugimi spremljajočimi objekti (Bogataj, 2013, str.115).

Sposobnost samooskrbe starostnikov se meri z Lestvico LOSS, ki so jo leta 1994 razvili na Nizozemskem kot instrument za oceno potreb in načrtovanje oskrbe za uporabnike domov za starejše in se uporablja po vsem svetu v različnih (zdravstvenih) okoljih (oskrba v skupnosti, oskrba na domu, institucionalna oskrba). Lestvica je bila že prevedena v slovenski jezik, Kavšek (2006) jo je testirala v treh domovih za starejše. Pod okriljem Skupnosti socialnih zavodov Slovenije je bilo v letu 2012 opravljeno testiranje orodja v vseh domovih za starejše, v letu 2014 pa še testiranje na območju Celja, in sicer v domovih za starejše, v oskrbovanih stanovanjih, v dnevnih centrih, v okviru pomoči na domu in patronažnega varstva (IRSSV, 2014).

Točkovanje po LOSS sestavlja 15 kazalnikov. Pri ocenjevanju kazalnikov vrednotimo na lestvici od 1 (samostojen) do 5 (odvisen), v Sloveniji v obratnem vrstnem redu kot ostalih državah, kar je smiselno ponovno preučiti. Pri oceni potreb uporabnik lahko torej prejme med 15 (popolnoma samostojen od oskrbe) do 75 točk (popolnoma odvisen).

Graf 2: Gibanje nivoja funkcionalnih zmožnosti oseb od rojstva do pozne starosti





Graf 2 ponazarja, da se funkcionalne zmožnosti tako fizične aktivnosti kot kognitivne večajo v otroštvu, vrh dosežejo v zgodnji odrasli dobi in sčasoma upadejo. Samostojnost posameznika pa ni odvisna samo od njegovih fizičnih in kognitivnih zmožnosti, ampak tudi od okolja. Stopnja upadanja je v veliki meri odvisna in povezana z načinom življenja, kot tudi zunanji socialnimi, okoljskimi in gospodarskimi dejavniki. Od posameznika in družbenega angažiranja je odvisno kakšna je dinamika upadanja funkcionalnih zmožnosti in ali je lahko pojav reverzibilen pri vsaki starosti, ali lahko prag odvisnosti premaknemo daleč v prihodnost. Ker je aktivno staranje vseživljenjski proces, pa je starosti prijazno mesto prijazno ne samo starostnikom, ampak tudi ostalim generacijam. Tako na primer stavbe in ulice brez ovir spodbujajo mobilnost in neodvisnost invalidov, mladih kot tudi starih. Družine doživljajo manj stresa, če imajo njihovi starejši člani podporo skupnosti, ustrezno prilagojeno grajeno okolje in zdravstvene storitve, ki jih potrebujejo.

S starostjo pa upadajo tudi kognitivne sposobnosti. Najbolj izrazito se kaže povečanje števila starostnikov z boleznijo demenca. Vsak človek z demenco mora imeti naslednje pravice:

- do pravočasne diagnoze,
- do kakovostne obravnave po postavljeni diagnozi,
- do individualne, koordinirane in kakovostne obravnave ves čas bolezni,
- do enakopravnega dostopa do zdravljenja in terapevtskih ukrepov,
- do spoštovanja v skupnosti (Glasgowska deklaracija)( <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Glasgow-Declaration-2014>).

Kot je razvidno tudi iz grafa 2, je sposobnost samooskrbe odvisna od starosti, dinamike upadanja funkcionalnih zmožnosti in grajenega okolja, ki je starostniku na voljo, je vanj vpet in v njem prebiva. Prikazali smo, kako je mogoče LOSS lestvico povezati tudi s prilagodljivostjo grajenega okolja, kjer starostniki dlje časa ohranjajo samostojnost, kar si po rezultatih raziskave želijo še najbolj.

## 4 Razprava in zaključek

Slovenija in njene lokalne skupnosti nimajo izvedene celovite kvantitativne raziskave, kaj si bodoči uporabniki dolgotrajne oskrbe želijo. Kakovost dolgotrajne oskrbe se bo zagotovila za uporabnike takrat, ko se bomo s storitvami približali željam uporabnikov, seveda v okviru finančnih zmožnosti. Brez kategorizacije ne moremo načrtovati kadrovske, prostorske in finančne prenovne in ne moremo planirati števila uporabnikov v posamezni kategoriji oskrbe. Potrebno je določiti mnogo bolj natančne normative in standarde dolgotrajne oskrbe in bolje povezati javno z zasebno iniciativo, pri tem pa vključiti v planiranje tiste, ki jim je sistem namenjen, v največji možni meri.

Bistvo vsega sistema je zadovoljstvo uporabnikov, zaposlenih in plačnikov-davkoplačevalcev. Njihove potrebe naj bodo usklajene, realizacije želene, dosežen kompromis.

Pri pregledu tujih modelov prihajamo do zaključka, da se lahko Slovenija zgleduje po sistemih Avstrije, Španije in ostalih držav, do neke mere tudi po ZDA, ki imajo že vrsto let prečiščene zakone DO in jih nenehno izboljšujejo. Smernice in merila kakovosti nam postavlja Evropska unija in so v nekaterih delih zavezujoči tudi za nas. Problemi, ki se pojavijo pri merjenju kakovosti DO so subjektivne in objektivne narave, saj se meri kakovost življenja starih ljudi.

Odvisnost s starostjo narašča in delež starega prebivalstva, predvsem zelo starega (80+) se podvaja in se bo kmalu potrojil. Upadajo ne samo fizične sposobnosti, ampak v visoki starosti so v upadanju kognitivne sposobnosti. Po podatkih ZDA vsak tretji starostnik umre z boleznijo demenca. Samooskrba starostnika je močno odvisna od grajenega okolja, v katerem živi, in lahko zanj predstavlja nižje stroške oskrbe.

Predlagali smo organizacijo novih stanovanjskih skupnosti starostnikov, kot so vasi za starostnike in podobne organiziranosti lastnikov in najemnikov stanovanj, ki so prilagojena potrebam starejših, na podlagi prepoznavanja aktivnosti, ki bi jih starejši še zmogli v prilagojenem okolju, in pokazali kako lahko starostnik ostaja v skupnosti zelo dolgo ob minimalni pomoči izvajalcev dolgotrajne oskrbe.

V pričujočem članku želimo izpostaviti potrebe po tehničnih podlagah za organizacijo sistema kakovosti storitev z vidika uporabnikov, izvajalcev storitev in nadzornikov, da bodo potrebe uporabnikov zadovoljene, da bodo izvajalci storitev imeli primerne delavne pogoje in bo nadzornikom omogočen nadzor nad skladnostjo izvajanja storitev dolgotrajne oskrbe s standardi kakovosti. Sistem kakovosti pa mora predvidevati tudi spremembe sistema kakovosti, saj se potrebe po kakovosti in naboru storitev od generacije do generacije spreminjajo, zato je dinamični vidik še kako potreben.

Priložnost, ki je po našem mnenju še sploh nismo obdelali, je zagotavljanje primerne grajenega okolja, ki bo most med domom, kakršnega je imel posameznik kot starš v večji družini in institucionalnim varstvom v domovih za starostnike. Stanovanjske skupnosti starostnikov so oblika okolja, ki je v slovenskem prostoru še ni, v tujini pa je to ena izmed boljših ponujenih oblik bivanja za upokojence na prilagojenem domu, kamor se eksterno vključujejo izvajalci storitev.

Temeljno vprašanje je torej, kako zagotoviti in organizirati takšen sistem dolgotrajne oskrbe, da bo finančno vzdržen in učinkovit ter bo obenem zadovoljil potrebe po oskrbi starajočega prebivalstva, ki mu padajo funkcionalne zmožnosti in ki ga je vedno več.

Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije so skupaj s Sindikatом zdravstvenih delavcev Slovenije na

temelju raziskave o potrebah po novih kadrovskih normativih izdali Modro knjigo standardov in normativov v zdravstveni in babiški negi in oskrbi (2013). To študijo bi veljalo resno obravnavati tudi z vidika ustreznega pokrivanja stroškov človeških virov v dolgotrajni oskrbi in normative izostriti tudi glede na prostorske možnosti starostnikov in njihovo razpršenost v prostoru. Za kakovostno dolgotrajno oskrbo v Sloveniji je potrebno poskrbeti za primerno obremenjenost in vrednotenje dela v tej dejavnosti.

Ob sistemski ureditvi področja dolgotrajne oskrbe se je bistveno dogovoriti, kakšen nivo storitev naj krije zavarovanje za dolgotrajno oskrbo, temu primerno in na prostorske danosti vezano določiti standarde za posamezne kategorije oskrbe in izračunati realno ceno za oskrbni dan po posamezni kategoriji. Na temelju teh kalkulacij je potrebno podatke povezati s projekcijo demografskih gibanj, razviti demografske tabele mnogoterih pojemanj (Bogataj et al., 2015) in izvesti aktuarski izračun prispevnih stopenj za osnovni standard in za nadstandarde v primeru dopolnilnega oziroma dodatnega zavarovanja.

## LITERATURA

1. A voluntary european quality framework for social services. The Social Protection Committee SPC/2010/10/8 final.
2. Beatriz – Rodriguez, M., Martinez – Andres, M., Cervera – Monteagudo, B., Notario – Pacheco, B. in Martinez – Vizcaino, V. (2013). Perception of quality of care among residents of public nursing-homes in Spain: a grounded theory study. BMC Geriatrics.
3. Bogataj, D. (2013). Vlagaj v svoj dom, da boš dolgo živel in ti bo dobro na zemlji. Nova Gorica: MEDIFAS.
4. Bogataj, D., Ros-McDonnell, D. in Bogataj, M. (2015). Reverse mortgage schemes financing urban dynamics using the multiple decrement approach. V J. A. Londoño (ur.), Actuarial sciences and quantitative finance: Springer proceedings in mathematics & statistics. vol. 135, 27-47.
5. Evropski okvir kakovosti storitev dolgotrajne oskrbe. Načela in smernice za dobro počutje in dostojanstvo starejših, potrebnih oskrbe in podpore. WEDO. Pridobljeno, s <http://www.wedo-partnership.eu..>
6. Pridobljeno 19. 6. 2015, s <https://www.google.si/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=loss%20lestvica>.
7. Ivanuša, I. in Železnik, D. (2008). Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Univerza Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
8. Izvedbeni dokument o načinu plačevanja stroškov v Domu starejših Črnomelj. Pridobljeno 1. 9. 2015, s <https://www.google.si/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=loss%20lestvica>.
9. Kavšek, M. (2006). Smernice kategorizacije za izboljšanje kakovosti zdravstvene nege in oskrbe v domovih starejših občanov (Diplomsko delo). Pridobljeno 19. 6. 2015, s <http://dkum.ukm.si/Dokument.php?id=5914>.

10. Kavšek, M. (2012). Razvoj smernic kakovosti storitev dolgotrajne oskrbe starejših (Magistrska naloga). Univerza v Mariboru: Fakulteta za organizacijske vede Kranj.
11. Kavšek, M. (2012). Service quality of nursing and care in homes for elderly people. 31 International Conference on Organizational Science Development, Quality. Innovation. Future. Book of abstract, p. 75.
12. Marolt, J. in Gomišček, B. (2005). Management kakovosti. Univerza v Mariboru. Fakulteta za organizacijske vede: Moderna organizacija.
13. MERILA 2010 PREDLOGI SSZS. Pridobljeno 30. 8. 2015, s <https://zdrzz.si/files/MERILA%202010%20PREDLOGI%20SSZS.doc>.
14. Modra knjiga standardov in normativov v zdravstveni in babiški negi ter oskrbi (2013). Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego.
15. Nagode, M., Lebar, L. in Kovač, N. (2014). Pregled izvajanja socialne oskrbe na domu po evropskih državah s poudarkom na ocenjevanju potreb uporabnikov. Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo. Pridobljeno, s [http://www.irssv.si/upload2/PND%20-%20mednarodni%20pregled%20in%20ocenjevanje%20potreb\\_koncno%20porocilo.pdf](http://www.irssv.si/upload2/PND%20-%20mednarodni%20pregled%20in%20ocenjevanje%20potreb_koncno%20porocilo.pdf).
16. Občasnik ZZZS AKTI & NAVODILA št. 1/2.DEL // 4. 4. 2014 Pridobljeno 1. 9. 2015, s [http://www.zzss.si/zzss/info/egradiva.nsf/0/c34071103519b84cc1257cb00036e7e3/\\$FILE/ZZSS%20Ob%20C4%20Dasnik%20Akti%20&%20Navodila%20C5%A1t.%201\\_2.%20del\\_4.4.2014.pdf](http://www.zzss.si/zzss/info/egradiva.nsf/0/c34071103519b84cc1257cb00036e7e3/$FILE/ZZSS%20Ob%20C4%20Dasnik%20Akti%20&%20Navodila%20C5%A1t.%201_2.%20del_4.4.2014.pdf).
17. OECD/European Commission (2013), A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. Pridobljeno, s <http://dx.doi.org/10.1787/9789264194564-en>.
18. Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi. (2008). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
19. Pravilnik o metodologiji za oblikovanje cen socialno varstvenih storitev. Uradni list Republike Slovenije, št. 87/06, 127/06, 8/07, 51/08, 5/09 in 6/12
20. Pravilnik o postopkih pri uveljavljanju pravice do institucionalnega varstvo. Uradni list Republike Slovenije, št. 38/04, 23/06, 42/07 in 4/14.
21. Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (2010). Uradni list Republike Slovenije, št. 45.
22. Ros McDonnell, L. (ur.), Bogataj, D. (ur.), Kavšek, M. (ur.) (2015). Dolgotrajna oskrba: izzivi in priložnosti: oskrbovalni in bivalni vidiki, (MEORL, serijska št. 19). Šempeter pri Gorici: Medifas; Ljubljana: Skupnost socialnih zavodov Slovenije.
23. Rupel-Prevolnik, V. in Ogorevc, M. (2010). Long-term care system in Slovenia. Enepri research report No. 87; Institute for economic, contribution to wp 1 of the ancien project, junij.
24. Spominčica. (2015). Glasilo Slovenskega združenja za pomoč pri demenci. Pridobljeno, s <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Glasgow-Declaration-2014>.
25. Urad za makroekonomske analize in razvoj (2014). Dolgotrajna oskrba - uporaba mednarodne definicije v Sloveniji Delovni zvezek št. 2. Ljubljana.

# Uvajanje študentov v kakovostno izvajanje zdravstvenih storitev

*POVZETEK - Vključevanje študentov zdravstvene nege v klinično okolje predstavlja temelj priprave študentov za kakovostno izvajanje zdravstvenih storitev po končanem izobraževanju. Na tem mestu ima v izobraževanju pomembno vlogo partnerski odnos med fakultetami in kliničnim okoljem, v katerem poteka klinična praksa. Tako se krepi vloga visokošolskih sodelavcev – mentorjev v izobraževanju bodočih diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov, ki s svojim vzorom, znanjem in izkušnjami pomembno vplivajo na kakovost dela bodočih sodelavcev. Le ti bodo kasneje v svoji profesionalni karieri z jasno določenimi odgovornostmi stremeli k razvoju in uporabi dobrih izkušenj, usmerjenih v kakovostno in varno obravnavo pacientov.*

*KLJUČNE BESEDE: študenti, zdravstvena nega, diplomirana medicinska sestra, zdravstvene storitve, mentor, kakovost*

## 1 Uvod

Univerzitetni klinični center (UKC) Maribor je ustanova, ki zagotavlja zdravstveno varstvo na sekundarni in terciarni ravni, hkrati pa predstavlja tudi učno bazo, ki usposablja študente medicine, zdravstvene nege (v nadaljevanju ZN) in sorodnih ved.

UKC Maribor sodeluje s Fakulteto za zdravstvene vede (FZV) Univerze v Mariboru že od leta 1993. Na FZV že leta skrbno negujejo partnerstvo z učnimi bazami, v katerih študentje opravljajo klinično prakso. Bodoče diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki lahko številne kompetence kakovostno pridobivajo le v kliničnem okolju, ki temelji na tesni povezanosti teoretičnega in praktičnega izobraževanja.

## 2 Sodelovanje med UKC Maribor in FZV

UKC Maribor je pri Ministrstvu za zdravje akreditirana učna baza in izpolnjuje predpisane zakonske pogoje za izvajanje kliničnih vaj študentov FZV.

Zakonski pogoji so navedeni v Pravilniku o pogojih, ki jih mora izpolnjevati zavod za izvajanje praktičnega pouka dijakov zdravstvenih šol in študentov visokošolskih zavodov:

1. V okviru strokovne dejavnosti mora imeti organizirano strokovno enoto.
2. Imeti mora najmanj tri strokovne sodelavce, usposobljene za pedagoško delo, z izobrazbo v skladu z zahtevami programa posameznih usmeritev in smeri izobraževanja.
3. Strokovne enote morajo imeti v času izvajanja praktičnega pouka najmanj 10 strokovnih primerov s področja, ki je predmet praktičnega izobraževanja in usposabljanja dijakov in študentov.
4. Strokovne enote morajo biti primerno opremljene.
5. Strokovne enote morajo za zagotavljanje varnega dela biti opremljene v skladu s predpisi s področja varstva pri delu (Uradni list RS, 103/2005).

Študentje FZV se v proces ZN vključujejo v okviru dejavnosti Službe ZN UKC Maribor, ki bdi nad izvajanjem kliničnih vaj na vseh strokovnih področjih.

V okviru svoje pedagoške dejavnosti fakulteta sledi evropskim direktivam (77/453/EGS in 89/595/EGS, 77/453 EEC in 98/595/EEC, direktiva 2013/55/EU EVROP-SKEGA PARLAMENTA) (Pajnkihar, 2015, str. 20), ki narekujejo, da poteka šolanje v obliki nadzorovanega usposabljanja ob delu, kot del ekipe v neposrednem stiku z zdravimi ali bolnimi posamezniki, bodisi v bolnišnicah ali drugih zdravstvenih ustanovah ali v skupnosti (Železnik, 2007).

### 3 Pomen kliničnih vaj za študente

Izobraževanje na področju zdravstvene nege doživlja zadnja leta velike spremembe. Potrebe po kakovostni klinični praksi in tovrstno oblikovanje novih vlog zaposlenih medicinskih sester so del verige sprememb, vendar pomemben člen v praktičnem usposabljanju študentov zdravstvene nege (Ramšak, 2007).

Poudarek kliničnih vaj je v individualni in celostni obravnavi pacientov na osnovi znanstvenih dokazov (Pajnkihar, 2015, str. 20).

Na Oddelku za očne bolezni študentje FZV spoznajo in se vključujejo v kontinuirano ZN, ki je usmerjena v zadovoljevanje potreb in prepoznavanje značilnosti oftalmoloških pacientov. Seznanijo se z delom negovalnega tima in se aktivno vključujejo vanj, sodelujejo pri izvajanju negovalnih intervencij in pridobivajo izkušnje pri izvajanju diagnostično terapevtskega programa, ki je značilen za oftalmološko klinično okolje. Tako se usposabljaajo za kritično presojo teoretičnih izhodišč obstoječe prakse ZN. V času izvajanja kliničnega usposabljanja razvijajo moralno etične odnose do pacientov. Vzгляд študentom dajejo klinični mentorji, kar pomembno vpliva na začetek oblikovanja poklicne samopodobe bodočih diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov.

## 4 Izvajanje kliničnih vaj na Oddelku za očne bolezni UKC Maribor

Očesni oddelek predstavlja klinično okolje, kjer študentje dobijo vpogled v realnost ZN oftalmološkega pacienta. Klinično okolje daje študentom možnosti in priložnosti za nabiranje izkušenj, znanja, sposobnosti in predstavlja realno okolje bodočega poklicnega delovanja (Elliot, 2002). Na začetku kliničnih vaj šolski koordinator na uvodnem seminarju študente seznani z organizacijo in potekom kliničnih vaj, z obveznostmi v tem času, s podobo in z urejenostjo študenta, s šolsko negovalno dokumentacijo, z osnovnimi podatki o učni bazi, z navodili in s standardi ZN intervencij, ki veljajo na področju ZN.

Na oddelku sprejme študente strokovna vodja zdravstvene nege ali njena namestnica, ki jih seznani:

- s prostorsko celovitostjo oddelka in člani zdravstvenega in negovalnega tima,
- z organizacijo dela na oddelku in delom zdravstvenega in negovalnega tima,
- z osnovnimi obolenji, ki jih zdravijo na oddelku,
- z načinom vključevanja v delo negovalnega in zdravstvenega tima,
- z negovalnimi pripomočki in ostalim materialom negovalne službe,
- z načinom povezovanja z drugimi oddelki in ambulantami,
- z ukrepi varstva pri delu in zaščitnimi sredstvi na oddelku.

Študentje v sklopu kliničnih vaj na Oddelku za očne bolezni ob prisotnosti kliničnega mentorja popolnoma ali delno samostojno izvajajo medicinsko tehnične posege v obravnavi očesnega pacienta, od namestitve očesne obveze, obkladkov in zaščite za oko, določanja vidne ostrine in barvnega vida, stereoskopskega vida in merjenja škilnega kota, opazovanja in evidentiranja stanja zenic, do sodelovanja pri odvzemu materiala za mikrobiološke preiskave. V okviru kliničnih vaj se seznanijo s pogostejšimi obolenji, poškodbami v okulistici in terapevtsko, negovalno in operativno oskrbo teh stanj.

Študentje se pod vodstvom mentorja vključujejo v:

- pogovor s pacientom o njegovem zdravstvenem stanju, ko je medicinska diagnoza pacientu že znana,
- izvajanje administrativnega dela ob sprejemu, premestitvi in odpustu pacienta,
- urejanje dokumentacije ZN, medicinske in ostale dokumentacije,
- obveščanje in naročanje pacienta na preglede,
- pripravo hospitalnih in ambulantnih pacientov na funkcionalne in diagnostične preiskave, ki se opravljajo v sklopu oddelka,
- izvajanje kategorizacije bolnikov po zahtevnosti ZN in sodelovanje pri predaji službe.

## 5 Metoda dela na kliničnih vajah

Študent v času kliničnih vaj spozna in uporablja medicinsko in negovalno dokumentacijo. V času kliničnih vaj je študentu dodeljen pacient, ki ga študent s pomočjo učne negovalne dokumentacije obravnava po procesni metodi dela in v skladu s sprejeto klinično potjo. Pacient sodelovanje v izobraževalnem procesu potrdi s pisno izjavo. Študent ob tem spozna protokol varnosti in kakovosti zdravstvene obravnave pacientov. Sreča se s kliničnimi potmi, varnostnimi vizitami, varnostnimi zapleti, neželenimi dogodki in drugimi instituti s področja kakovosti in varnosti.

Mentor v učni bazi teoretično in praktično usposobljenost študentov na kliničnem usposabljanju ocenjuje na podlagi upoštevanja etičnih načel, medosebnih odnosov, komunikacijskih spretnosti, izvajanja ZN po procesni metodi dela, pripravljenosti za sodelovanje ter izvedbi posegov in postopkov ZN.

## 6 Vloga mentorja v učni bazi

Mentorji v učni bazi so vključeni v dva sočasno potekajoča procesa: vzgojno-izobraževalni proces ter v proces ZN in zdravljenja.

Mentor študentom svetuje, omogoča učenje, organizira delo in spodbuja, da postajajo samostojnejši. Omogoča učinkovito in koristno evalvacijo in je osebno vzor samostojnega učenja na osnovi reševanja negovalnih problemov. Povezuje se s koordinatorjem šole, sodeluje pri izbiri študije primera, nudi pomoč pri uporabi in izpopolnjevanju negovalne dokumentacije, ocenjuje teoretično in praktično usposobljenost študenta, pripravlja seminarje s posameznih področij, vrednoti klinične vaje, postavlja vprašanja, ki vodijo h kritičnem razmišljanju in študentom nudi možnost, da sami prevzamejo odgovornost za svoje delo (Izvedbeni načrt kliničnih vaj 2006/07).

Služba ZN v UKC Maribor je izdala standard z naslovom Opredelitev kliničnega mentorja študentom zdravstvene in babiške nege. Ta določa, da mentor v klinični praksi ZN predstavlja ključnega nosilca pri izvajanju kliničnega usposabljanja študentov ZN v učnem zavodu. Mentor je razmišljajoč praktik, strokovnjak in učitelj, ki je odgovoren za ustvarjanje učnih možnosti, v katerih študent kritično išče priložnosti za učenje ter ustvarjalno razvija svoje profesionalno delo. Na podlagi lastnih pedagoških izkušenj razširja in pogloblja svoje teoretično znanje. Sposoben je vzpostaviti odnos s študentom, zmožen pa je tudi transformirati znanje in pridobljene praktične izkušnje osebi, ki jo usposablja in izobražuje.

Mentor v klinični praksi je diplomirana medicinska sestra oz. diplomiran zdravstvenik ali diplomirana babica oz. diplomiran babičar, ki deluje v klinični praksi ZN na posameznem strokovnem področju najmanj pet let, dokazuje neprekinjeno skrb za strokovno izpopolnjevanje in ima dokazano strokovno pedagoško in praktično znanje.



## 7 Zaključek

Kakovostno izvajanje kliničnih vaj je za študente ZN zelo pomembno, saj le-ti po končanem šolanju začnejo samostojno in odgovorno opravljati delo diplomirane medicinske sestre. Prenašanje znanja in spretnosti preko pozitivne podobe, ki predstavlja študentu vzgled, osebo, s katero se poistoveti, je še vedno najuspešnejša in najučinkovitejša oblika izobraževanja. Tako se ne prenašajo le znanje in spretnosti, temveč tudi specifične vrednote našega poklica. Študenti tako v kliničnem okolju stopajo na pot izvajanja kakovostne zdravstvene nege, ki je rezultat timskega dela in za paciente predstavlja varnost, pravočasno zdravstveno oskrbo, učinkovitost in enakost v obravnavi, kar vsaka zdravstvena ustanova izkazuje s kazalniki kakovosti.

## LITERATURA

1. Klinične vaje (2015). V M. Pajnkihar (ur.), Informacije o študiju 2015/2016 (str. 20). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
2. Pravilnik o pogojih, ki jih mora izpolnjevati zavod za izvajanje praktičnega pouka dijakov zdravstvenih šol in študentov visokošolskih zavodov za podelitev naziva učni zavod (2005). Uradni list Republike Slovenije, št. 103.
3. Ramšak Pajk, J. (2007). Pomen mentorstva in praktičnega usposabljanja v izobraževanju za zdravstveno nego. Obzornik zdravstvene nege, 41, (2-3), 71-77.
4. Železnik, D. (2007). Sprehod skozi izobraževanje medicinskih sester na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Mariboru. V K. Pirš (ur.), D. Železnik (ur.) in B. Koban (ur.), 60 let v besedah, slikah, spominih in pogledih v prihodnost (str. 93 – 97). Maribor: Jubilejni zbornik Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor.

## Kazalniki kakovosti v zdravstveni negi

*POVZETEK - Prispevek obravnava kazalnike kakovosti in njihovo spremljanje za področje zdravstvene nege. Kakovost zdravstvene nege temelji na filozofiji, ki odgovarja na problemska vprašanja s katerimi se srečujejo izvajalci zdravstvene nege. Prispevek predstavlja pregled domače in tuje literature. Da bi proučili pojav, smo analizirali objave s tega področja v obdobju 2010-2015. Zajeli smo objave v bazi WOS (Web of Science) in jih analizirali z vidika števila sodelujočih držav ter kriterijev kakovosti. Število objav narašča na vsebinah spremljanja kazalcev kakovosti zdravstvene nege tako v slovenskem kot v evropskem prostoru. V obdobju od 2010 do 2015 največ objav na področju spremljanja okužb povezanih z zdravstvom (4316), sledijo prispevki s področja ran zaradi pritiska (405) in na tretjem mestu so objave o padcih pacientov (168). Pri objavah nismo opazili trenda padanja ali naraščanja objav.*

*KLJUČNE BESEDE: zdravstvena nega, kakovost, kazalci kakovosti*

### 1 Uvod

Varna zdravstvena oskrba je tista, ki preprečuje nastanek škode za pacienta v zvezi z zdravljenjem. Zagotavljanje pacientove varnosti v bolnišnici skrajša ležalno dobo, zmanjša stroške zdravljenja, preprečuje neprijetnosti, ki so povezane s sodnimi zapleti in preprečuje morebitne delovne poškodbe osebja. Varno okolje pacienta vzpodbuja, da so hitreje samostojni pri lastni oskrbi (Železnik in Ivanuša, 2002). Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika kot ključno bolnikovo pravico v državah Evropske unije opredeljuje dostop do visoko kakovostne zdravstvene storitve. Kakovostna zdravstvena storitev je tista storitev, ki je uspešna, varna, učinkovita, pravočasna, enaka za vse bolnike in osredotočena na bolnike (Žvab et al., 2006). Za zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi se uporabljajo zunanje in notranje metode. Bistvena razlika je v tem, da je pri zunanem zagotavljanju kakovosti ta zagotovljena od zunaj (zunanji strokovnjaki, institucije), zagotavljanje kakovosti znotraj zdravstvenih ustanov pa je naloga izvajalcev zdravstvene nege, ki jo samostojno načrtujejo in izvajajo ter so zanjo odgovorni. Interno zagotavljanje kakovosti zdravstvene nege se lahko izvaja bodisi centralno ali decentralizirano (Hajdinjak in Meglič, 2001).

Zdravstveno varstvo je kompleksna dejavnost, ki poteka aktivno, neprekinjeno, 24 ur dnevno, vse dni v letu. Razvoj znanosti je pripeljala do zapletenih sklopov aktivnosti na področjih diagnostike, zdravljenja, zdravstvene in babiške nege, preprečevanja bolezni, krepitve zdravja ter na ostalih področjih obravnave pacienta. Zato se, kljub vedno večji uspešnosti zdravljenja, povečuje tveganje za napake, ki prinesejo

tako škodo za zdravje pacienta kot tudi nezadovoljivo izrabo virov. Z razvojem zdravstvene tehnologije zaostaja razvoj organizacije zdravstvenih sistemov in procesov ter pomembnih podpornih veščin dela, kot so: komunikacija, timsko delo, urejenost zdravstvene dokumentacije, izobraževanje, strokovno izpopolnjevanje in usposabljanje osebja ter zadostno število kadra. Poleg zagotavljanja kakovosti so v državah EU kot prednostno nalogo opredelili tudi nenehno izboljševanje kakovosti. Zato si tudi v Sloveniji prizadevamo upoštevati mednarodno in evropsko sprejeta načela kakovosti ter širše cilje, ki imajo večji vpliv na celotno družbo. Ta so: uspešnost, varnost, pravočasnost, učinkovitost, enakopravnost in osredotočenje na pacienta. (Strategija 2010-2015).

Razvoj sistema celovite kakovosti je široko področje in mora imeti razvit dober strokovni nadzor pred morebitnim nestrokovnim izvajanjem zdravstvene nege. V stroki zdravstvene nege to pomeni imeti izdelane in poenotene strokovne standarde in klinične poti. V praksi to pomeni uporabno in računalniško podprto negovalno dokumentacijo, uporabo kategorizacije ter dobro kulturo komuniciranja in obnašanje v odnosu s pacienti in sodelavci.

Osnova v kakovosti zdravstvene nege je torej tudi tisto, kar odgovarja na vrsto vprašanj, s katerimi se ob vsakodnevnem delu srečujejo izvajalci storitev zdravstvene nege. Sem pripisujemo številna vprašanja, ki se nanašajo na profesijo zdravstvene nege, njene cilje, odnose med izvajalci zdravstvene nege in pacienti, na management v zdravstveni negi, na sodelovanje v timih in na izobraževanje kadrov v zdravstveni negi (Horvat, 2007).

## 2 Kazalniki kakovosti

Kazalniki kakovosti so statistične ali druge merljive enote, ki kažejo na kakovost zdravstvene oskrbe, torej prikazujejo posredno ali neposredno uspešnost delovanja sistema, ustanove, oddelka, tima ali posameznega zdravstvenega strokovnjaka pri izboljšanju zdravja ciljne populacije (Rems, 2008).

S kazalniki kakovosti se lahko prikaže kakovost in strokovnost opravljenih aktivnosti zdravstvene nege, predvsem tistih aktivnosti, ki jih medicinske sestre izvajamo vsak dan in temeljijo na dokazljivosti oziroma preverljivosti (Vrankar, 2008).

Izhodišča za kakovost v zdravstvu in kazalce, ki naj jih bolnišnice spremljajo, je postavilo Ministrstvo za zdravje in so:

- število padcev s postelje na 1000 oskrbovalnih dni,
- število preležanin, nastalih v bolnišnici, na 1000 hospitaliziranih bolnikov,
- čakalna doba za računalniško tomografijo,
- čakanje na odpust: dnevi, ko bolniki, ki so končali zdravljenje v akutni bolnišnici, čakajo na odpust,
- delež nenačrtovanega sprejema v isto bolnišnico v 7 dneh po odpustu zaradi iste ali pa podobne diagnoze,

□ bolnišnične okužbe (Robida, 2004).

Namen prispevka je bil preučiti raziskovanje kazalcev kakovosti v zdravstveni negi, in sicer na področju: padcev, razjed zaradi pritiska in bolnišničnih okužb s pomočjo analize objav v zbirki Web of Science.

### 3 Metode

Narejena je bila analiza objav s področja kazalnikov kakovosti. Objave smo iskali s pomočjo servisa Web of Science (v nadaljevanju WoS). Iskanje je bilo omejeno na zbirko Web of Science Core Collection in sicer smo iskali izvirne in pregledne znanstvene članke. Uporabili smo tri kombinacije ključnih besed: »pressure sore\*« (rane zaradi pritiska), »nosocomial infection\*« (okužbe povezane z zdravstvom) in »patient falls« (padci pacientov). Objave smo iskali za obdobje od 2010 do 2015. Za nadaljnjo analizo je bilo uporabljeno orodje »Analyze Results«. Rezultate smo analizirali glede na število objav v posameznih letih (2010 do 2015) in države (Countries/Territories). Podatke smo pridobili januarja 2016. Pravilnost podatkov v zbirki nismo preverjali, zato dopuščamo možnost napak.

Dobljene rezultate smo analizirali z deskriptivno statistiko. Za posamezno leto in za navedeno obdobje smo izračunali: skupno število objav; skupno število držav po posameznih kontinentih; skupno število objav na posamezni kontinent (Evropa – dežele Združenega kraljestva Velike Britanije in Severne Irske so v zbirki indeksirane ločeno, Severna Amerika – zajeti so podatki za Združene države Amerike in Kanado, Južna Amerika – zajeti so podatki za države Južne Amerike in države Srednje Amerike, Afrika, Avstralija – zajeti so podatki za Avstralijo in Oceanijo, Azija – zajeti so podatki vseh azijskih držav in držav Bližnjega Vzhoda). Kadar je več soavtorjev, lahko ti prihajajo iz različnih držav, zato število objav glede na države večje kot število objav.

### 4 Rezultati

V obdobju od 2010 do 2015 je največ objav na področju spremljanja okužb povezanih z zdravstvom (4316), sledijo prispevki s področja ran zaradi pritiska (405) in na tretjem mestu so objave o padcih pacientov (168). Pri objavah nismo opazili trenda padanja ali naraščanja objav.

V raziskovalnem obdobju so sodelovali pri objavah ran zaradi pritiska avtorji iz 53 držav, objave na področju okužb povezanih z zdravstvom so publicirali avtorji iz 126 držav in padce pacientov so objavili avtorji 26 držav. Največ objav pri spremljanju kazalnika kakovosti ran zaradi pritiska (RZP) so objavili avtorji iz Evropa 209 (51,6 %), prevladujejo avtorji iz EU (47,2 %). Sledijo avtorji z objavami iz Azije,

Severne Amerike (28,1), prevladujejo avtorji iz ZDA od tega ZDA (24,0 %) Južna Amerika (2,0 %). Nekaj več objav ima Azija in sicer (30,4).

Pri kazalniku kakovosti okužbe povezane z zdravstvom (OPZ) je bilo 4316 objav avtorjev iz 126 držav. Največ so objavljali avtorji iz Evrope 2173 (50,3 %) od tega EU 1916 (44,4 %). Iz Slovenije objav avtorjev 11 (0,3 %), Severna Amerika 1133 (26,3 %), od tega ZDA 960 (22,2 %), Južne Amerike 486 (11,3 %). Sledijo Azije 1470 (34,1 %), Kitajska 225 (5,2 %), Afrika 185 (4,2 %) in Avstralija in Oceanija 148 (3,4 %).

Skupno število objav avtorjev, ki se nanašajo na kazalnik kakovosti (PP) je sodelovalo avtorjev iz 26 držav. Največ objav je bilo s strani avtorjev iz Severne Amerike 125 (74,7 %), od tega ZDA 119 (70,8 %), Južna Amerika 1 (0,6 %), Azija 22 (13,1 %), Kitajska 4 (2,4 %), Afrika 1 (0,6 %), Avstralija in Oceanija 11 (6,5 %). Sledijo Evropa 31 (18,5 %), od tega EU 27 (16,1 %), Slovenija 0 (0,0 %).

## 5 Diskusija

V prispevku smo proučili spremljanje kazalnikov kakovosti v zdravstveni negi in sicer RZP, OPZ in PP, na osnovi analize objav s tega področja za obdobje 2010-2015. Zajeli smo objave v bazi WOS (Web of Science) in jih predstavili z vidika števil objav ter števila objav glede na državo od koder prihaja (so)avtor. Največ objav zasledimo pri kazalniku kakovosti OPZ in sicer v primerjavi z ostalima kazalnikoma kakovosti raziskovanja tudi za 8,5-krat več. V vseh letih je bilo največ prispevkov iz Evrope in sicer pri kazalniku OPZ. Po število objav sledijo prispevki iz Azije, ZDA, Južna Amerika, Kitajska, Afrika, Avstralija in Oceanija.

Število objav v raziskovalnem obdobju glede na posamezne kazalnike kakovosti se močno razlikuje. Izstopa kazalnik OPZ, kjer je objav tudi do 8,5-krat več kot pri kazalniku RZP in PP. Najmanj objav je s področja PP, kar je posledica dejstva odškodnin, sodnih procesov, trajnih zdravstvenih posledic in ne poročanja zaposlenih.

Delež objav s kazalnikoma kakovosti zdravstvene nege RZP, OPZ in PP so v slovenskem prostoru tako minimalne, da lahko govorimo o odsotnosti raziskovanja na tem področju. Po drugi strani lahko sklepamo, da smo kakovost kot sistem prepozno prepoznali kot orodje za zagotavljanje varnosti pacienta in zadovoljstva zaposlenih. Z uvedbo Nacionalne strategije kakovost v zdravstvu se je v Sloveniji začel premik ozaveščanja in uvajanja posameznih ukrepov in načel v zdravstvu.

Največ objav naših strokovnjakov beležimo na področju okužb strani mikrobiologov. Največ prispevkov je bilo na področju prenosa bolnišničnih okužb s prenosom ravnanjem z bolniškim perilom ter higieno prostora. Avtorji ugotavljajo, da je poleg oseb pomembna tudi vloga okolja in bolnišničnega perila lahko prispeva k širjenju bolnišničnih okužb (Fijan, Turk, in Rozman, 2014; Rozman, Fijan, Turk, in Mlakar, 2013). Ugotovili so, da je možno ob ustreznem pranju perila mikroorganizem

preživeti na perilu tudi več tednov, če ni bila uspešna dezinfekcija. Opozarjajo na bolj poostreni nadzor nad ravnanjem s bolnišničnim perilom in higieno okolja. V študiji ki sta jo opravili Rudolf, Cupar, Kozar, in Stjepanović, (2015), je pokazala, da je preprečevanje razjed zaradi pritiska možno zagotoviti tudi z ustreznimi oblačili. Študija je bila izvedena pri invalidnih osebah paraplegikih, ki večji delež dneva sedijo na invalidskem vozičku. Hansen, Schwab, Asensio, in dr. (2010), so poročali o podatkih evropske študije v kateri je sodelovala tudi Slovenija na področju razširjenosti MRSA. Ugotovili so, da je trend upadanja okužb z MRSA. Ugotovljeno je, da obstaja razpoložljivost ob posteljne dezinfekcije rok, ki je bila večja v intenzivnih enotah v primerjavi kirurških oddelkov. V raziskavi je bilo zajetih 526 intenzivnih enot in 223 kirurških oddelkov.

## 6 Zaključek

Raziskovanje v zdravstveni negi se je pričelo v obdobju delovanja Florence Nightingale in sicer, z izdajo prve publikacije *Notes of Nursing* (1859) v kateri so podani opisi ugotovitev o pomembnosti faktorjev okolja, ki podpirajo in pospešujejo fizično in psihično dobro počutje pacienta. Toda večina študij v tem obdobju je bila osredotočena na izobraževanje medicinskih sester, kar je vzpodbudilo razvoj novih izobraževalnih programov v zdravstveni negi. Klinično usmerjenih raziskav v tem obdobju ni bilo. Leta 1960 so predstavnice managementa zdravstvene nege pokazale zaskrbljenost zaradi pomanjkanja raziskav v sami klinični praksi, kar je predstavljalo dobro vzpodbudo za razvoj kliničnega raziskovanja. Po letu 1960 so začele izhajati prve revije v katerih so bili predstavljeni rezultati različnih raziskav.

Raziskovanje je ustvarjanje možnosti za razumevanje, ugotavljanje in vrednotenje aktivnosti, ki jih opravljajo medicinske sestre. Raziskovanje je torej potrebno zato, da bogati strokovno znanje in spodbuja kritično razmišljanje o lastni strokovni praksi. Z analizo objav s področja kategorij kazalnikov kakovosti smo v prispevku pridobili realne podatke, ki kažejo na odsotnost objav na tem raziskovalnem področju zdravstvene nege. S tem lahko sklepam, da se strinjate predstavniki zdravstvene stroke nujnosti in pomembnosti raziskovanja na področju kazalnikov kakovosti v zdravstveni negi.

## LITERATURA

1. Board on International Health, Institute of Medicine. (1997). *America's vital interest in global health: Protecting our people, enhancing our economy, and advancing our international interests*. Washington, DC: National Academy Press. Pridobljeno 1. 1. 2016, s [http://www.nap.edu/openbook.php?record\\_id=5717&page=2](http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=5717&page=2).
2. Fijan, S., Turk, S. S. in Rozman, U. (2014). Comparison of methods for detection of four common nosocomial pathogens on hospital textiles. *Zdrav var*, 53 (1), str. 17-25.

3. Hajdinjak, A. in Meglič, R. (2001). Pomen standardov v sodobni zdravstveni negi. *Obzor Zdr N.*, 35 (1-2), 32.
4. Hansen, S., Schwab, F., Asensio, A., Carsauw, H., Hezko, P., Klavs, I., idr. (2010). Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) in Europe: which infection control measures are taken? *Infection*, 38 (3), 159-164.
5. Horvat, M. (2007). Zdravstvena in babiška nega v primarnem zdravstvenem varstvu v nenehnem spreminjanju – Smo še »prijatelji varovancev«? (str. 113-124). Zbornik predavanj ob 80 letnici delovanja medicinskih sester v ljubljanski regiji, Ljubljana. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.
6. Pavcnik-Arnol, M. (2013). The risk of central line-associated bloodstream infections with different types of central vascular catheters in a multidisciplinary neonatal and pediatric intensive care unit. *Signa vitae*, 8 (1), 15-20.
7. Rabuza, U., Sostar-Turk., S. in Fijan, S. (2012). Efficiency of four sampling methods used to detect two common nosocomial pathogens on textiles. *Textile Research Journal*, 82 (20), 2099-2105.
8. Rems, M. (2008). Kam nas usmerjajo kazalniki kakovosti? Dejstvo za kakovost: 2. strokovni seminar. Zbornik predavanj Dnevi Angele Boškin.
9. Robida, A. (2004). Kakovost v zdravstvu. Priročnik za samoocenjevanje- notranjo presojo. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
10. Rozman, U., Fijan, S; Turk., S. S. in Mlakar, V. (2013). Real-time polymerase chain reaction for quantitative assessment of common pathogens associated with healthcare-acquired infections on hospital textiles. *Textile research journal*, 83 (19), 2032-2041.
11. Rudolf, A., Cupar, A., Kozar, T., in Stjepanovic, Z. (2015). Regarding the Virtual Prototyping of Garments for Paraplegics. *Fibers and Polymers*, 16 (6 ), 1177-1192.
12. Sekavčnik, T.(2002). Razvijanje standardov in kriterijev kakovosti zdravstvene nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije.
13. Simčič, B. (2010). Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010 – 2015). Pridobljeno 4. 1. 2016, s [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/nacionalna\\_strategija\\_kakov\\_in\\_varn\\_2010-2015/Nacionalna\\_strategija\\_kakovosti\\_in\\_varnosti\\_v\\_zdravstvu\\_2010-2015.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/nacionalna_strategija_kakov_in_varn_2010-2015/Nacionalna_strategija_kakovosti_in_varnosti_v_zdravstvu_2010-2015.pdf).
14. Stubljar, D., Kopitar, A. N., Groselj-Grenc, M., Suhadolc, K., Fabjan., T., in Skvarc, M. (2015). Diagnostic Accuracy of Presepsin (sCD14-ST) for Prediction of Bacterial Infection in Cerebrospinal Fluid Samples from Children with Suspected Bacterial Meningitis or Ventriculitis. *Journal of Clinical Microbiology*, 53 (4), 1239-1244.
15. Vrankar, K. (2008). Spremljani kazalniki kakovosti na oddelku za intenzivno terapijo in nego Dejstvo za kakovost. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice.
16. Železnik, D. in Antonija, I.(2002) Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
17. Žvab, N., Kramar, Z. in Rajgelj, D. (2006). Varnost pacienta-zagotovimo jo. V M. Rebernik- Milič (ed.), *Zagotovimo varnost pacienta. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije- Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

# Komunikacija znotraj tima zdravstvene in babiške nege – predaja službe kot ključni dejavnik varne nege

*POVZETEK - Predaja službe je temeljni proces zdravstvene in babiške nege, ki s svojo vsebino in strukturo medicinskim sestram in babicam omogoča, da pri svojem delu komunicirajo med seboj o pomembnih vidikih pacientovega zdravstvenega stanja, načrta zdravljenja in potreb po zdravstveni in babiški negi. Kakovostna in natančna predaja službe omogoča izvajanje varne ter strokovne nege. Namen članka je ugotoviti elemente in priporočena uporabljena orodja za oblikovanje kakovostne predaje službe. Narejen je bil pregled literature v podatkovnih bazah ScienceDirect in CINAHL. Obdobje zajetja literature je bilo od leta 2010 do 2014. Ključne besede pri iskanju literature so bile: predaja službe, komunikacija, tim ter zdravstvena in babiška nega. Na podlagi analiziranih člankov smo na koncu izbrali 57 relevantnih, ki so se vsi nanašali na vlogo in pomen predaje službe kot dejavnika varne in kakovostne nege na vseh ravneh zdravstvene oskrbe. Predaje službe se razlikujejo po strukturi, vsebini in metodi, njihov skupni imenovalec pa je, da si medicinske sestre in babice same oblikujejo in vzpostavijo sistem predaje, ki zagotavlja prenos pomembnih podatkov o pacientu, kar jim omogoča varno in visoko kakovostno zdravstveno in babiško nego.*

*KLJUČNE BESEDE: orodja predaje službe, kakovost, medicinska sestra, babica*

## 1 Uvod

Predaja službe v zdravstveni in babiški negi je osnova klinične prakse ter jo medicinske sestre in babice izvajajo večkrat dnevno (Sherman et al., 2013). Je temeljni del komunikacije v timu, ki zagotavlja kakovostno zdravstveno in babiško nego (Kasinathan et al., 2012). Hkrati kakovostni in natančni podatki o pacientu v klinični praksi omogočajo neprekinjeno in kakovostno ter varno zdravstveno in babiško nego (Johnson et al., 2013).

Zabeleženi podatki o razvoju predaje zdravstvene in babiške nege segajo še v 80. leta preteklega stoletja, ko naj bi se predaje oblikovale po medicinskem modelu predaje pacientov. Nadzorna medicinska sestra je dobila ustno poročilo nočne medicinske sestre in je na osnovi podatkov z jutranje zdravniške vizite oblikovala ustna naročila, navodila ter usmeritve za izvajanje zdravstvene nege medicinskim sestram, ki so prišle v jutranjo izmeno (Kerr et al., 2011).

Poglobljeno znanstveno raziskovanje in objavljanje strokovnih ter znanstvenih prispevkov s področja predaje službe v zdravstveni in babiški negi sega v leto 1969.



Večina avtorjev je svoj trud usmerjala v dokazovanje praktičnih koristi predaje službe, opisovanje zaslug številnih metod in orodij predaje, pozitivne percepcije v smislu učinkovitosti in uspešnosti predaje, njihove točnosti, pomembnosti, celovitosti, varnosti in dostopnosti (Kitson et al., 2013). Prav tako različni avtorji poudarjajo pomembnost predaje službe kot dela poklicnega rituala, povezovanja in krepite pripadnosti v ožjem timu, učenja novozaposlenih medicinskih sester in krepite sodelovanja med medicinskimi sestrami, babcami, pacienti in njihovimi svojci (Evans et al., 2012).

## **2 Namen in cilj**

Namen članka je ugotoviti elemente in priporočena uporabljena orodja za oblikovanje kakovostne in varne predaje službe. Cilj članka je informirati strokovnjake, menedžerje in zaposlene v zdravstveni in babiški negi o standardizirani obliki, uporabi in vrednotenju predaje službe ter jih ob tem spodbuditi k razvoju in uvedbi poenotene le-te v slovenskem okolju.

## **3 Metode dela**

V prispevku smo uporabili sistematični pregled literature, ki je vključeval iskanje v mednarodnih bazah podatkov in izbor primernih člankov po določenih kriterijih izbora. Obdobje pregleda literature je trajalo od januarja 2014 do septembra 2014. Uporabili smo bazi podatkov v ScienceDirectu in CINAHLU za tujo literaturo. Pri iskanju literature smo se omejili na angleški jezik, zajeto pa je bilo obdobje objav od leta 2009 do leta 2014. Ključne besede, ki smo jih uporabili: predaja službe, komunikacija, tim, zdravstvena in babiška nega. Besede smo prevedli v angleški jezik: handover, communication, team, nursing and midwifery care. Po pregledu in oceni zadetkov smo izbrali 55 relevantnih člankov.

## **4 Rezultati**

V nadaljevanju so predstavljeni rezultati pregleda kvantitativnih in kvalitativnih raziskav. Predaja pacienta, predaja službe ali poročilo ob izmenah so sopomenke za zbirko podatkov o pacientu, njegovem preteklem in sedanjem zdravstvenem stanju, načrtu zdravljenja in zdravstvene nege ter načrtu odpusta. Predaja službe mora biti jasna, natančna, verodostojna, pravočasna in hitra. Pri prenosu se lahko zgodi, da pomembne podatke izpustimo, napačno predamo ali si jih razlagamo, kar lahko povzroči hude strokovne zaplete, napake ali celo smrt pacienta (Dowding, 2001). Sistem prenosa podatkov o pacientu je najbolj ranljiv in izpostavljen napakam in

tako prispeva k sedemdesetim odstotkom varnostnih zapletov v zdravstvu (IJC, 2010).

Z dokazi podprta priporočila za najboljšo prakso predaje službe vključujejo »iz oči v oči« (face to face) ustno predajo ob pacientovi prisotnosti; obsega načrt zdravljenja in zdravstvene nege ter zdravstveno stanje pacienta, spremlja pa jo tudi standardizirana dokumentacija (Boat in Spaeth, 2013).

V literaturi so navedena različna orodja za predajo službe, ki se med seboj razlikujejo predvsem glede na področje, kjer so jih razvili, testirali in preverili avtorji. Najpogosteje je uporabljeno orodje s kratico »SBAR«, ki obsega naslednje elemente predaje pacienta: S (ang.: Situation), kjer je pomembno prepoznavanje akterjev v predaji službe, medicinska sestra se predstavi pacientu, ga seznani s potekom predaje ob postelji; B (ang.: Background) predstavi razlog pacientovega sprejema ter izpostavi pomembno zdravstveno zgodovino pacienta. V naslednjem koraku A (ang.: Assessment) se predstavijo vrednosti vitalnih funkcij, vzorci, ki kažejo na poslabšanje stanja, klinično stanje pacienta ter zaskrbljujoči znaki in simptomi. Korak R (ang.: Recommendation) predstavlja priporočila glede na pacientove potrebe, specifične v času, priporočila, predloge in jasno definirana pričakovanja (Chaboyer et al., 2010).

V urgentni medicini in zdravstveni negi je najpogostejše orodje izpeljano iz orodja »SBAR«: potrebam pacientov, ki se jim lahko stanje hitreje spreminja, so dodani še dodatni koraki (ISBAN-PLAN-CHECK-ACT). To so: N (ang.: Nursing care needs) – potrebe po zdravstveni negi; PLAN – kakšen je načrt ter izredne situacije; CHECK (ang.) – preverjanje terapevtskega lista, vitalnih funkcij, tekočinske bilance; ter zadnji korak ACT (ang.), ki vključuje klic na pomoč nadzorne medicinske sestre in zdravnika ob poslabšanju stanja pacienta (Dawson et al., 2013; Klim et al., 2013).

Orodje »ICCCO« zajema osnovne informacije in omogoča izbiranje prednostnih podatkov, če je seveda to potrebno. Kratica »ICCCO« opisuje naslednje korake predaje službe: identifikacija pacienta in kliničnih tveganj, klinična zgodovina pacientovega stanja, trenutno klinično stanje pacienta, načrt zdravstvene nege z zelenimi izidi ter cilji zdravljenja in predvsem zdravstvene nege (Johnson et al., 2013).

## 5 Razprava

Uvajanje standardiziranega pristopa komunikacije pri predaji službe je ključni del vseh priporočil mednarodne komisije za varnost ter mednarodnih akreditacijskih komisij. Tradicionalne predaje služb so bile nestrukturirane, nedosledne s ponavljajočimi se podatki, pomanjkljive v smislu pomembnih informacij, ki so bile predane med medicinskimi sestrami, navajane so bile subjektivne ocene, ki so jih spremljale sodbe in etiketiranje pacientov (Laws in Amato, 2010). Zaradi neprimerne ali pomanjkljive predaje službe so bili opuščeni posamezni ukrepi ali postopki v zdravstveni in babiški negi, posledično pa tudi informacije pri navajanju ob naslednji izmeni, ki so se lahko izgubile. Zato je bila priprava pacienta na odpust pogosto neustrezna,

pacienti pa ponovno sprejeti z nerešenimi težavami, ki bi se jim z ustrezno predajo službe lahko izognili ali jih preprečili (Thomas et al., 2013).

Da bi se izognili nevarnostim, povezanim z neustrezno predajo službe, je nujno izpostaviti negativne dejavnike, ki vplivajo na kakovost predaje. To so: pomanjkljivo znanje o dvosmerni komunikaciji (s strani dajalca in prejemnika informacij), o kulturi, v kateri nastaja predaja službe, premalo časa, namenjenega predaji službe, število medicinskih sester ali babic v eni izmeni, pa tudi dejavniki, povezani s stanjem in samim pacientom, standardiziranost predaje službe, oprema, človeški in okoljski dejavniki ter izobraževanje (Bost, 2010). Za stalno ocenjevanje, vrednotenje in preverjanje zanesljivosti standardiziranih predaj službe sta nujna stalno preverjanje in evalvacija z izdelanimi orodji (Tucker in Fox, 2014).

Razvoj tehnologije omogoča shranjevanje velike količine podatkov v kratkem času, zato je elektronska negovalna in babiška dokumentacija nov korak, ki so ga v večini razvitega sveta že naredili. Elektronsko vodenje negovalne dokumentacije pri predaji službe je standardizirano orodje, ki ga medicinske sestre in babice še naprej razvijajo in nadgrajujejo pri svojem delu. Podatki, shranjeni v elektronski obliki, pa niso v pomoč samo medicinskim sestram in babicam pri vsakodnevnem delu, temveč so tudi zelo dober pripomoček pri raziskavah in izobraževanju v zdravstveni in babiški negi (Johnson et al., 2011).

Zadovoljstvo medicinskih sester in babic pri vsakdanjem delu, visoka stopnja zadovoljstva pacientov in njihovih svojcev, varna in profesionalna zdravstvena in babiška nega so posledica ustrezno oblikovane, vodene in redno evalvirane negovalne dokumentacije ter standardizirane predaje službe ob postelji pacienta. Pacienti in njihovi svojci dajejo taki predaji službe medicinskih sester in babic visoko prednost, saj imajo občutek, da lahko sodelujejo pri zdravstveni oskrbi in tako aktivno prispevajo k izidom zdravljenja ter zdravstvene in babiške nege (Ford et al., 2014; Kerr et al., 2013a).

Za preprečitev pomanjkljivega in nedoslednega poročila izmene tima zdravstvene in babiške nege smo predajo službe izpostavili kot predmet preučevanja v mnogih zdravstvenih in socialnih zavodih po Sloveniji. Ugotovitve v klinični praksi so pokazale, da potrebujemo strukturo predaje, kar navsezadnje izčrpno potrjujejo pregledana literatura in ugotovitve v pričujočem prispevku. Za doseganje uspešne predaje podatkov o pacientu z namenom ohranjanja dosežene uspešne obravnave in doseganja izboljšanja zdravstvenega stanja smo v prizadevanju za uvedbo strukturiranega načina predaje službe s primerno pisno in informacijsko podporo v osrednjem zdravstvenem zavodu v Sloveniji postavili protokol predaje službe zdravstvene in babiške nege. Protokol poleg postavljene strukture zavezuje k ozaveščanju in dosledni uporabi dokumentov ter beleženju podatkov.

## 6 Sklep

Predaja službe je trenutek in dogodek, ko se srečajo člani tima zdravstvene in babiške nege; je kritični čas, ko »stara ekipa« odhaja in nastopa »nova ekipa«, kar lahko za »nove« predstavlja množico podatkov, za »stare« pa nevarnost, da kaj pozabijo ali morda spregledajo. Zato lahko s toliko več odgovornosti, znanja in ozaveščenja, da predaja službe predstavlja resno delovno nalogo, premagamo ovire pri predaji, izpolnimo naša strokovna pričakovanja in dosežemo načrtovane rezultate.

V različnih kliničnih okoljih različno izpostavljamo posamezne podatke, saj predaja službe zdravstvene in babiške nege nedvomno odseva stanje pacienta in s tem v zvezi neizogibno tudi zdravstveno-negovalne postopke. Ker je vezana na relativno kratke časovne intervale, je predvsem povezana z dogodki, ki se zgodijo od pričetka do konca izmene. Kontinuiteto zdravstvene in babiške nege omogoča le strukturirana in celovita predaja po predpisanih segmentih. Časovna omejitev predaje, vstop v krog informacij nove delovne izmene in zaključek stare izmene dajejo tem informacijam verodostojnost in uporabnost le skozi ponujene pisne oblike.

## LITERATURA

1. Boat, A. C. in Spaeth, J. P. (2013). Handoff checklists improve the reliability of patient handoffs in the operating room and postanesthesia care unit. *Paediatr Anaesth*, 23 (7), 647–654.
2. Bost, N., Crilly, J., Wallis, M., Patterson, E. in Chaboyer, W. (2010). Clinical handover of patients arriving by ambulance to the emergency department - a literature review. *Int Emerg Nurs*, 18 (4), 210–220.
3. Bradley, S. in Mott, S. (2014). Adopting a patient-centred approach: an investigation into the introduction of bedside handover to three rural hospitals. *J Clin Nurs*, 23 (13-14), 1927–1936.
4. Dawson, S., King, L. in Grantham, H. (2013). Review article: Improving the hospital clinical handover between paramedics and emergency department staff in the deteriorating patient. *Emerg Med Australas*, 25 (5), 393–405.
5. De Marinis, M. G., Piredda, M., Pascarella, M. C., Vincenzi, B., Spiga, F., Tartaglini et al. (2010). 'If it is not recorded, it has not been done!?' consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *J Clin Nurs.*, 19 (11-12), 1544–1552.
6. Dowding, D. (2001). Examining the effects that manipulating information given in the change of shift report has on nurses' care planning ability. *J Adv Nurs.*, 33 (6), 836–846.
7. Evans, D., Grunawalt, J., McClish, D., Wood, W. in Friese, C. R. (2012). Bedside shift-to-shift nursing report: implementation and outcomes. *Medsurg Nurs.*, 21 (5), 281–284.
8. Flemming, D. in Hübner, U. (2013). How to improve change of shift handovers and collaborative grounding and what role does the electronic patient record system play? Results of a systematic literature review. *Int J Med Inform.*, 82 (7), 580–592.
9. Friesen, M. A., Herbst, A., Turner, J. W., Speroni, K. G. in Robinson, J. (2013). Developing a patient-centered ISHAPED handoff with patient/family and parent advisory councils. *J Nurs Care Qual.*, 28 (3), 208–216.

10. Halm, M. A. (2013). Nursing handoffs: ensuring safe passage for patients. *Am J Crit Care.*, 22 (2), 158–162.
11. Hesselink, G., Schoonhoven, L., Barach, P., Spijker, A., Gademan, P., Kalkman, C., et al. (2012). Improving patient handovers from hospital to primary care: a systematic review. *Ann Intern Med.*, 18 (6), 417–428.
12. Johnson, M., Jefferies, D. in Nicholls, D. (2011). Exploring the structure and organization of information within nursing clinical handovers. *Int J Nurs Pract.*, 18 (5), 462–470.
13. Johnson, M., Jefferies, D. in Nicholls, D. (2012). Developing a minimum data set for electronic nursing handover. *J Clin Nurs.*, 21 (3–4), 331–343.
14. Kitson, A. L., Muntlin Athlin, Å., Elliott, J. in Cant, M. L. (2014). What's my line? A narrative review and synthesis of the literature on Registered Nurses' communication behaviours between shifts. *J Adv Nurs.*, 70 (6), 1228–1242.
15. Klee, K., Latta, L., Davis-Kirsch, S. in Pecchia, M. (2012). Using continuous process improvement methodology to standardize nursing handoff communication. *J Pediatr Nurs.*, 27 (2), 168–173.
16. Laws, D. in Amato, S. (2010). Incorporating bedside reporting into change-of-shift report. *Rehabil Nurs.*, 35 (2), 70–74.
17. Lu, S., Kerr, D. in McKinlay, L. (2014). Bedside nursing handover: Patient's opinions. *Int J Nurs Pract.*, 20 (4), 233–242.
18. McMurray, A., Chaboyer, W., Wallis, M. in Fetherston, C. (2010). Implementing bedside handover: strategies for change management. *J Clin Nurs.*, 19 (17-18), 2580–2589.
19. Milby, A., Böhmer, A., Gerbershagen, M. U., Joppich, R. and Wappler, F. (2014). Quality of post-operative patient handover in the post-anaesthesia care unit: a prospective analysis. *Acta Anaesthesiol Scand.*, 58 (2), 192–197.
20. Millar, R. in Sands, N. (2013). 'He did what? Well, that wasn't handed over!' Communicating risk in mental health. *J Psychiatr Ment Health Nurs.*, 20 (4), 345–354.
21. Nagpal, K., Abboudi, M., Manchanda, C., Vats, A., Sevdalis, N., Bicknell, C., Vincent, C. in Moorthy, K. (2013). Improving postoperative handover: a prospective observational study. *Am J Surg.*, 206 (4), 494–501.
22. Sherman, J., Sand-Jecklin, K. in Johnson, J. (2013). Investigating bedside nursing report: a synthesis of the literature. *Medsurg Nurs.*, 22 (5), 308–312.
23. Street, M., Eustace, P., Livingston, P. M., Craike, M. J., Kent, B. in Patterson, D. (2011). Communication at the bedside to enhance patient care: A survey of nurses' experience and perspective of handover. *Int J Nurs Pract.*, 17 (2), 133–140.
24. Thomas, M. J., Schultz, T. J., Hannaford, N. in Runciman, W. B. (2013). Failures in transition: learning from incidents relating to clinical handover in acute care. *J Health Qual.*, 35 (3), 49–56.
25. Tobiano, G., Chaboyer, W. in McMurray, A. (2013). Family members' perceptions of the nursing bedside handover. *J Clin Nurs.*, 22 (1–2), 192–200.
26. Tucker, A. in Fox, P. (2014). Evaluating nursing handover: the REED model. *Nurs Stand.*, 28 (20), 44–8.
27. Welsh, C. A., Flanagan, M. E. in Ebright, P. (2010). Barriers and facilitators to nursing handoffs: Recommendations for redesign. *Nurs Outlook.*, 58 (3), 148–154.

# Načrt za množične nesreče v Splošni bolnišnici Novo mesto v luči zagotavljanja kakovostne zdravstvene storitve

*POVZETEK* - V prispevku je predstavljen bolnišnični načrt za množične nesreče v luči kakovostne zdravstvene storitve, ki jo lahko nudimo slehernemu udeležencu oz. poškodovancu od prejema informacije o nesreči do zaključka dogodka. Cilj reševanja v primeru množičnih nesreč je zagotoviti celovito kakovostno obravnavo vseh sprejetih ponesrečencev v bolnišnico in v optimalnem času obvladati situacijo po vodilu »Storiti čim več za čim večje število ponesrečencev v optimalnem času (angl. »Doing the most for the most in the optimal time«). Za doseg takega cilja je potrebna priprava načrta reševanja za primer množičnih nesreč, ki temelji na analizi razpoložljivih kapacitet in celotne situacije v bolnišnici. Najpomembnejše je, da je z njim seznanjen vsak zaposleni, ki ga mora voditi visoka stopnja zavesti, morale in etike, saj se mora odzvati na klic, kadar je poklican. Načrt mora biti usklajen s smernicami, ki jih je izdalo Ministrstvo za zdravje, prilagojen mora biti ukrepanju bolnišnic in vedno predmet preverjanja učinkovitih smernic in znanja zaposlenih, ker le učinkovita organizacija dela zagotavlja pogoje, v katerih lahko s celovito oskrbo ponesrečencev povečujemo možnost preživetja, zmanjšujemo psihično in fizično trpljenje ponesrečencev in njihovih svojcev ter vseh državljanov. Za dobro prakso se je do sedaj izkazalo, da kakovostno pripravljen načrt in informiranje sodelavcev ter vsakoletna vključenost v vaje reševanja v množičnih nesrečah prinesejo dodano vrednost vsem v bolnišnici in tako vplivajo na večjo možnost preživetja poškodovancev.

*KLJUČNE BESEDE*: množične nesreče, načrtovanje, kakovost, zdravstvena oskrba

## 1 Uvod

Visok tehnološki in ekonomski razvoj, intenzivni promet, vedno večje socialne razlike, razlike med revnimi in bogatimi državami kot posledica razvoja in globalizacije v svetu, povzročajo politične napetosti, ki lahko vodijo v oborožene spopade in teroristične akcije, ki smo jim priča danes in tukaj. Ekonomske razmere so, kot paradoks razvoja, vedno bolj zaostrene, zato obstaja večja verjetnost za množične nesreče.

Vsakodnevno se v svetu zgodi vsaj ena množična nesreča, kar pomeni, da smo vsak dan, ko se množična nesreča ne zgodi, bliže množični nesreči (Fink, 2006). To je dogodek, ki presega običajne zmogljivosti zdravstvenega sistema. Takrat z običajnimi viri in načinom dela ne moremo oskrbeti večjega števila poškodovancev (World Health Organization, 2007). To je torej dogodek, ko so razpoložljivi viri nezadostni

za tako veliko potrebo po medicinski oskrbi (Lennquist, 2012). Če o množičnih nesrečah ne razmišljamo, se nanje ne pripravljamo in nas, ko se zgodijo, presenetijo nepripravljene. Tako so žrtve množične nesreče prizadete zaradi samega dogodka, potem pa še zaradi neustreznega ukrepanja tistih, ki bi morali biti pripravljene, pa niso (Mohor, 2009).

Enote nujne medicinske pomoči morajo predvideti lastne zmožnosti pri reševanju množičnih nesreč, zato je prav, da so jasno določene razlike med običajno, večjo in množično nesrečo, ker se lahko na tak način bolje pripravijo in ustrezno ukrepajo (Fink, 2008a, povz. po Fink, 2003).

Množične nesreče so vedno kompleksen dogodek. Kadar se zgodijo, javnost pričakuje najboljše možno obvladovanje situacije.

Uspešnost delovanja zdravstva ob množični nesreči je odvisna od učinkovitih priprav na takšen dogodek, kar vključuje (Bern, 2006; Phillips in Knebel, 2007):

- načrtovanje (so)delovanja in preventivno delovanje;
- zagotavljanje pripravljenosti (zagotavljanje zmogljivosti – zaposlovanje, opremljanje in organiziranje);
- izobraževanje in usposabljanje;
- financiranje;
- odziv in ukrepanje ob množičnih nesrečah ter
- okrevanje in analiza ukrepanja.

V bolnišnici se izvede načrt za ukrepanje ob množični nesreči, pri čemer se nje-nemu obsegu prilagodita organizacija in delovanje bolnišnice. Odziv in nadaljnje ukrepanje zdravstva ob množični nesreči mora biti v skladu z veljavnim načrtom za množične nesreče. Zaključku ukrepanja (deaktivacija načrta) sledi faza okrevanja, ki sestoji iz logističnega in psihološkega okrevanja, ter faza analiziranja izvedenih ukrepov in njihove uspešnosti (Bern, 2006). Vsaka množična nesreča prekine običajno rutinsko prakso in delovanje zdravstvenega sistema ter zahteva posebno organizacijo, ki pa jo določa sama vrsta nesreče (Gila et al., 2011).

Zahteve po vedno večji učinkovitosti vseh sistemov, tudi zdravstvenega, narekujejo večjo obremenjenost celotnega zdravstvenega sistema in zmanjšanje funkcionalnih rezerv, tako v strokovnem osebju kot v opremi, na nevarno nizko raven, vendar je naš cilj kljub vsemu kakovostna zdravstvena oskrba.

Zagotavljanje kakovosti je stalni proces, ki zahteva stalno izboljševanje intervencij zdravstvene nege, je sistematično opisovanje, merjenje in spreminjanje (Izvajanje ukrepov za izboljšanje kakovosti, 2007-2015), zato je tudi načrt za reševanje v množičnih nesrečah predmet stalnega raziskovanja, spreminjanja, izboljševanja, dopolnjevanja, preverjanja, načrtovanja, merjenja, primerjanja z drugimi, spremljanja najnovejših smernic, ki veljajo za množične nesreče. Kakovost storitev ne more biti prepuščena naključju, temveč mora biti rezultat skrbnega načrtovanja, skladne izvedbe, stalnega nadzora in izvajanja ukrepov, s katerimi odpravljamo napake ali

celo preprečujemo njihov nastanek. Pri nenehnem izboljševanju kakovosti mora sodelovati vsak zaposleni.

## 2 Teoretični okvir pri oblikovanju načrta za množične nesreče

Vsaka množična nesreča je unikatna, zato standardizacija načrtov za množične nesreče za vse organizacije v državi ni mogoča. Potrebna sta prilagajanje in individualno načrtovanje (Stein, 2008). Službo nujne medicinske pomoči urejajo Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči, Zakon o zdravstveni dejavnosti, Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ter Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja.

V naši bolnišnici je uveljavljen sistemski pristop k zagotavljanju kakovosti in varnosti v zdravstvu z metodo sistema vodenja kakovosti ISO (angl. International Organization of Standardization) in modelom poslovne odličnosti.

Splošna bolnišnica Novo mesto ima tudi certifikat Komisije za akreditacijo zdravstvenih zavodov, ki je sprejela sklep, da morajo vse zdravstvene ustanove, skladno z mednarodnimi zdravstvenimi standardi za akreditacijo DNV International Accreditation Standard (DIAS), svoje načrte za pripravljenost na množične nesreče preverjati vsaj dvakrat letno, da se morajo vaje izvesti v celoti, vključno s triažo in razporejanjem pacientov. Osebe, ki je usposobljeno za delo v izrednih razmerah, mora biti v službi 24 ur na dan in treba pa je imeti tudi načrt ukrepanja v izrednih razmerah (DNV standard, 2013). S tem zdravstvene ustanove zagotavljajo izobraževanje in usposabljanje zaposlenih (Dujic in Simčič, 2013).

Zagotovljeno mora biti obveščanje zaposlenih o množični nesreči in številu potrebnega dodatnega osebja ter o časovnih parametrih trajanja izrednega stanja. Triažni sistem naj bi bil usklajen s triažnim sistemom, ki ga uporablja predbolnišnična nujna medicinska pomoč.

Določen mora biti rezervni triažni prostor za primer prezasedenosti oddelka bolnišnice za nujno medicinsko pomoč. Ta prostor mora biti osvetljen, ogrevan in izoliran od okolice.

Načrt komuniciranja z javnostjo mora omogočiti nadzorovan dostop novinarjev do informacij o delu v bolnišnici ob množični nesreči. Zagotavljati je treba psihološko pomoč udeležencem množične nesreče in vsem izvajalcem ukrepov ob množični nesreči. Sistem za ohranjanje dokaznega materiala mora vsebovati natančna navodila za ustrezno ravnanje s tem materialom in pripomočke za ustrezno hrambo. Zagotovljene morajo biti rezervne zaloge medicinske opreme, sanitetnega potrošnega materiala in zdravil (Chafee in Oster, 2006), ki morajo biti uskladiščene v bolnišnici v količini, določeni z načrtom, in z možnostjo stalnega dostopa.

McCann (2009) v opisu življenjskega cikla, ki vsebuje pet faz priprav na množične nesreče, v četrti fazi opisuje, kako pomembno je vključevanje vaj za množične nesreče,



reče, ker omogočajo organizacijam, da njihovi zaposleni ohranjajo ustrezno usposobljenost in s tem krepijo obstoječe zmogljivosti. Lahko se objektivno ocenijo vrzeli in pomanjkljivosti v načrtih in postopkih za reševanje pred resnično množično nesrečo. Vaje pomagajo pojasniti vloge in odgovornost različnih subjektov, izboljšajo usklajevanje in medresorsko komunikacijo, določijo potrebne vire in nudijo priložnost za izboljšave. V opisu zadnje faze življenjskega cikla priprav na množične nesreče poudarja vrednotenje in izboljševanje. V tej fazi organizacije zbirajo izkušnje, razvijajo načrte za izboljšanje in spremljanje korektivnih ukrepov za odpravo vrzeli in pomanjkljivosti, ugotovljenih pri vajah ali resničnih dogodkih.

Ker so običajno v vajo vključene vse enote zaščite in reševanja, se ugotavlja tudi medsebojna usklajenost in izboljšave se implementirajo v vse načrte reševanja. Lennquist (2012) je dejal, da so za natančno upravljanje in delovanje v težkih situacijah potrebne dodatne veščine.

V letu 2011 se je v Sloveniji pojavila novost pri izobraževanju, in sicer tečaj MRMI (Medical Response to Major Incidents). Tečaj je večdnevni in temelji na delavnicah (simulacijah) o ukrepanju sistema nujne medicinske pomoči ob množičnih nesrečah. Udeleženci tečaja so tečaj ocenili kot izredno dober, zaradi česar udeležbo priporočajo vsem, ki v našem prostoru kakor koli delujejo v sistemu nujne medicinske pomoči.

Omenjeni tečaj se od takrat naprej izvaja enkrat letno (Fink, 2011).

### **3 Predstavitev načrta za množične nesreče v Splošni bolnišnici Novo mesto**

Načrt za množične nesreče (Matoh in Per, 2015) vsebuje vse faze od prejema in zapisa obvestila o množični nesreči do zaključka množične nesreče oz. do preklica, kadar gre samo za vajo.

#### *3.1 Obvestilo bolnišnici o množični nesreči*

Točka obveščanja o množični nesreči, kamor bolnišnica sprejme obvestilo iz centra za obveščanje (tel.: 112) ali iz nujne medicinske pomoči (NMP), je v kirurški urgentni ambulanti na telefonski številki 07/ 39-16-411 (rezerviran rdeči telefon za nujne klice), kjer sprejme klic diplomirana medicinska sestra ali zdravnik v urgentni kirurški ambulanti.

Če sprejme klic receptor, ga mora v primeru množične nesreče prevezati na telefonsko številko 07/ 39-16- 411, v primeru zastрупitev pa v internistično urgentno ambulanto na telefonsko številko 07/39-16-504 ali 07/39-16-505.

### 3.2 Vsebina sprejetega klica o množični nesreči:

Vsi telefonsko prejeti podatki o množični nesreči se zapišejo v obrazec »Zapis vsebine klica o množični nesreči«:

1. čas sprejema klica
2. kdo kliče
3. ali je napovedana množična nesreča
4. ocenjeno/pričakovano število poškodovanih
5. kaj se je zgodilo (mehanizem nesreče in vrsta škodljivosti)
6. kdaj se je nesreča zgodila (čas) in kje je bila nesreča (lokacija)
7. kdaj je predviden čas prihoda prvih poškodovancev, kakšen je predviden transport

### 3.3 Alarmiranje/obveščanje znotraj bolnišnice

Oseba, ki sprejme obvestilo/klic o množični nesreči, takoj pokliče in obvesti:

- v rednem delovnem času – predstojnika kirurškega oddelka,
- v času dežurstva – prvega dežurnega kirurga,
- v rednem času - predstojnika anestezije,
- v času dežurstva – dežurnega anesteziologa,
- strokovno direktorico, poslovno direktorico in pomočnico direktorice za zdravstveno nego.

### 3.4 Aktivacija bolnišnice

Prvi dežurni kirurg v bolnišnici preko telefona obvesti dežurne zdravnike in vodstvo bolnišnice, ki so dosegljivi na klic, da se je zgodila nesreča, zaradi katere mora aktivirati načrt ukrepov splošne bolnišnice Novo mesto v primeru množične nesreče.

Dežurni zdravniki v bolnišnici so poleg kirurgov in anesteziologov tudi internista, ginekolog, nevrolog, pediater, v pripravljenosti sta radiolog in otorinolaringolog.

Prisotni dežurni zdravniki se skupaj odločijo, da bo bolnišnica aktivirala svojo dejavnost iz mirnodobne v eno od treh stopenj alarma. Odločitev o stopnji alarma sprejmejo glede na vsebino sporočila od regijskega dispečerskega centra (RDC) in glede na trenutno situacijo v bolnišnici (razpoložljive ekipe zaposlenih, število mest na kirurški urgenci, število prostih respiratorjev, število prostih postelj itd). Če dežurni zdravniki niso takoj dosegljivi, se prvi dežurni kirurg sam odloči o razglasitvi določene stopnje alarma.

### 3.5 Vrste alarmov

Zeleni alarm (angl. stand by) se razglasi v primeru nesreče, ko v trenutku sprejema informacije še ni znano, kako intenzivno bo bolnišnica sodelovala pri reševanju ponesrečencev in ali bodo ponesrečenci sploh prišli v to bolnišnico. Pri zelenem alarmu se aktivira bolnišnična vodstvena skupina (BVS)/(angl. Hospital Command group), ki zbere informacije o ključnih funkcijah v bolnišnici v danem trenutku (kapacitete,

število razpoložljivih kirurških ekip, število prostih respiratorjev, zasedenost postelj v intenzivni terapiji in na oddelkih), poročajo o svojih kapacitetah republiškem dispečerskemu centru (RDC) in preverijo, kolikšen del elektivne kirurgije bi bilo možno v danem trenutku prekiniti. Zeleni alarm pomeni majhno obremenitev in majhen strošek za bolnišnico, pomembno pa poveča pripravljenost na možen sprejem poškodovancev. Glede na nezahtevnost organizacije se priporoča odločitev za zeleni alarm z zelo širokimi in ohlapnimi indikacijami.

Rumeni alarm (delna mobilizacija) se uporabi, kadar je potrjeno, da bo bolnišnica sprejela poškodovance, vendar v omejenem številu, tako da ne bo potrebna popolna mobilizacija in ni potrebna popolna zaustavitev elektivnega dela. Pomeni vse ukrepe zelenega alarma in odstop od načrtovanih, vendar še ne pričetih operacij. Bolnišnična vodstvena skupina mobilizira svojo podporno – logistično skupino. Rumeni alarm po priporočilih ESTES (angl. The European Society for Trauma and Emergency Surgery) zadošča za reševanje večine večjih nesreč v mirnem času v regionalni bolnišnici.

Rdeči alarm (popolna mobilizacija) se aktivira, kadar je potrjeno, da bo bolnišnica v kratkem času sprejela veliko število poškodovancev, kar bo zahtevalo popolno zasedbo vseh bolnišničnih kapacitet. Pomeni enako kot rumeni alarm in avtomatsko alarmiranje vseh razpoložljivih ekip na področju urgence in kirurgije glede na pripravljene plan.

### *3.6 Poročilo/raport dispečerju o prostih kapacitetah bolnišnice znotraj 15 minut*

Splošna bolnišnica Novo mesto mora, ko je alarmirana, znotraj 15 minut po prejetem obvestilu dati poročilo RDC-ju o prostih kapacitetah v:

- urgentni ambulantni;
- prostih operacijskih dvoranah;
- posteljah v intenzivnih terapijah in prostih respiratorjih.

Poročilo o številu prostih običajnih postelj je manj pomembno. Na podlagi zbranih informacij bo »dispečer« odločil o smeri primarne distribucije poškodovancev v našo bolnišnico in po potrebi v ostale bolnišnice.

### *3.7 Bolnišnična vodstvena skupina*

Ob sprejemu alarma začasno vodstvo tvorijo člani tisti hip navzoče bolnišnične ekipe – najmanj prvi dežurni kirurg in dežurni anesteziolog. Člani začasnega vodstva v 15 minutah po sprejemu obvestila o množični nesreči zasedejo svoja mesta v posebnem prostoru bolnišnice, ki je namenjen vodenju zavoda med ustreznim alarmom. Pri svojem delu sledijo napotkom, napisanim na njihovih akcijskih karticah. Bolnišnična vodstvena skupina v 15 minutah vzpostavi povratno komunikacijo z dispečerjem. S prihodom predstojnika kirurške službe, predstojnice anesteziološke službe in direktorice ter strokovne direktorice bolnišnice se formira bolnišnična vodstvena skupina, ki se ob razglasitvi rumenega/rdečega alarma odloči o obveščanju zaposlenih o množični nesreči in številu potrebnega dodatnega osebja.

Bolnišnična vodstvena skupina mora biti osredotočena na organizacijo oskrbe tako poškodovancev iz množične nesreče kot na oskrbo ostalih pacientov, ki se že zdravijo v bolnišnici ali potrebujejo bolnišnično zdravljenje zaradi akutne bolezni/poškodbe (krizno vodenje).

### *3.8 Podporna logistična skupina*

V stopnji razglašene rumenega ali rdečega alarma bolnišnična vodstvena skupina potrebuje svojo podporno logistično skupino, ki jo sestavljajo: tajnica uprave, glavna medicinska sestra bolnišnice, vodja bolnišnične administracije, vodja tehničnih služb v bolnišnici, vodja službe varnosti in zaščite, vodja informatike, vodja transporta in komunikacij v bolnišnici, koordinator psihosocialne podpore izvajalcev in vodja bolnišnične prehrane. Logistična podporna skupina se popolni v minutah po sklicu rumenega ali rdečega alarma. Njeno formiranje nadzoruje in vodi tajnica uprave. Glavna medicinska sestra bolnišnice vodi medicinske ekipe. Vsi predstavniki morajo imeti priponke z jasno definiranimi funkcijami.

### *3.9 Receptor – fizično varovanje: sprostitelj dovozne poti, nadzor nad vhodi in izhodi*

Receptor preveri in poskrbi za prosto dovozno pot za reševalna vozila pred glavnim vhodom v kirurško stavbo in za vse ostale omogoči peš dostop.

Pripravi proste ležeče vozičke za notranji prevoz poškodovancev in sprostí hodnik pred urgentno kirurško ambulanto za nemoten pretok poškodovancev.

Obvesti, odslovi in začasno prepove gibanje obiskovalcev v prostorih bolnišnice in na območju bolnišnice ter pokliče varnostno službo (GVS) in policijo za pomoč pri urejanju proste dovozne poti, prometnega režima ter fizično varovanje.

### *3.10 Obvestilo dispečerja o številu poškodovancev*

Dispečer sporoča število poškodovancev po triažnih kategorijah bolnišnični vodstveni skupini, ki koordinira delo navznoter in navzven.

### *3.11 Organizacija in izvajanje triaže ob sprejemu poškodovancev v bolnišnico (rezervni triažni prostor)*

Rezervni triažni prostor je zaradi predvidene prezasedenosti kirurške urgentne ambulante organiziran v avli kirurške stavbe bolnišnice.

Vodja bolnišnične vodstvene skupine določi triažno ekipo, ki razvršča poškodovance po sistemu triaže SORT v več kategorij.

*Rdeča kategorija* – prva prioriteta, največja nujnost

Poškodovance z največjo stopnjo nujnosti, ki so življenjsko ogroženi zaradi hipoksije ali šoka in jih s pravočasno in pravilno oskrbo lahko rešimo, takoj premestimo v

prostor za reanimacijo. Ti poškodovanci imajo problem: »A« (angl. airway) - dihalna pot, »B« (angl. breathing) - dihanje, »C« (angl. circulation) - krvni obtok.

Primeri poškodb so:

- obstrukcija dihalnih poti, huda respiratorna insuficienca,
- hujše poškodbe prsnega koša (po principu Advanced Trauma Life Support (ATLS): ATOMIC (A = airway problem, T = tenzijski pneumotoraks, O = odprti pneumotoraks, M = masivni hemotoraks, I = nestabilni prsni koš s kontuzijami pljuč, C = srčna tamponada),
- obsežne krvavitve, najtežja šokovna stanja.

*Rumena kategorija* – druga prioriteta

Nujni poškodovanci, ki rabijo zgodnjo strokovno oskrbo, čakajo v rumeni coni triažnega mesta in nato gredo čim hitreje na oskrbo v kirurško ambulanto. Njihove poškodbe lahko ogrozijo življenje, vendar je trenutno dihanje zadovoljivo in niso šokirani. Gre za (primeri):

- poškodbe notranjih organov,
- odprte poškodbe lobanje, možganov in hrbtnega mozga,
- politravmatizirane osebe s stabilnimi vitalnimi funkcijami,
- potencialno življenjsko ogrožajoče poškodbe prsnega koša,
- poškodbe trebuha, poškodbe uro-genitalnega trakta,
- opekline obraza in dihalnih poti, ki prvenstveno ne ovirajo dihanja, vendar se lahko razvije inhalacijska poškodba oz. obstrukcija dihalne poti,
- odprte zlome, odprte poškodbe sklepov,
- perforativne poškodbe oči, rane mehkih tkiv, ki zahtevajo debridement,
- poškodbe udov za amputacije, nevarnost za razvoj kompartment sindroma,
- nereponibilne in nestabilne izpahe,
- ishemični sindrom,
- opekline tretje stopnje do 30 % opečene telesne površine, podhladitev.

*Zelena kategorija*

Tretja prioriteta je odložena oskrba pacientov, ki potrebujejo minimalno oskrbo, pacienti čakajo v zeleni coni triažnega mesta. To so lokalizirane poškodbe brez hudih sistemskih učinkov, poškodovanci lahko počakajo na oskrbo ali prevoz nekaj ur.

Primeri teh poškodb so: nekomplcirani zlomi, reponirani izpahi, manjše rane mehkih tkiv, udarci in zvini, opekline druge stopnje do 15 % opečene površine telesa itd.

*Črna kategorija* – mrtvi

Mrtve se odpelje na patološki oddelek.

Nadaljnja obravnava poškodovancev se izvaja po sistemu ATLS. Izvajajo jo vnaprej sestavljene reanimacijske ekipe, vsaka v svojem prostoru.

Po obravnavi in opravljeni diagnostiki poškodovance transportiramo glede na potrebno nadaljnjo obravnavo na ustrezni oddelek: centralni operacijski blok (COB), enoto intenzivne terapije (EIT), enoto intenzivne nege (EIN), kirurške odseke itd.

### *3.12 Komuniciranje z javnostjo, s svojci*

Za komuniciranje z mediji je določen in ustrezno označen prostor, prav tako je določen in označen prostor za svojce ponesrečenih. Z mediji in s svojci ponesrečenih komunicira vodstvena bolnišnična skupina.

### *3.13 Zagotavljanje psihološke pomoči*

Psihološko pomoč in podporo udeležencem množične nesreče, izvajalcem ukrepov ter svojcem ponesrečenih ob množični nesreči nudijo člani logistične podporne skupine (psiholog, psihiater, socialna delavka, duhovnik itd).

### *3.14 Sistem za ohranjanje dokaznega materiala*

Vsi zaposleni smo odgovorni za shranjevanje, popis in varovanje poškodovančeve lastnine ter njegovih osebnih podatkov. Osebne stvari se shranjujejo, skupaj s popisom na ustreznem obrazcu.

### *3.15 Rezervne zaloge*

V primeru rdečega alarma je treba aktivirati bolnišnične rezervne zaloge (sterilizacija, lekarna, kuhinja itd).

### *3.16 Ustavitev aktivnosti (pristojnosti) – prenehanje izrednih razmer*

Preklic alarma: preklic ali znižanje stopnje alarma lahko stori le aktivirana bolnišnična vodstvena skupina.

## **4 Razprava in zaključek**

Ministrstvo za zdravje je že leta 2006 zapisalo, da kakovost zdravstvene obravnave predstavlja nenehni napor vseh, ki delajo v zdravstvu, prav tako pa tudi pacientov in njihovih svojcev, raziskovalcev, plačnikov, načrtovalcev in ljudi v izobraževalnem sistemu, da uvedejo spremembe, ki bodo pripeljale do boljših zdravstvenih izidov za paciente, uspešnejšega delovanja sistema in boljšega razvoja strokovnjakov.

Za uspešnost izvedbe načrta ob resnični množični nesreči ali samo ob vaji je nujno, da ta načrt poznamo, da poznamo svojo vlogo in naloge, da se zavedamo naše dolžnosti odziva na klic, da znamo kritično pristopiti k analizi in na podlagi kritike izboljšati delovanje.

Za boljše ozaveščanje in poznavanje nalog v okviru Načrta za množične nesreče smo v bolnišnici pripravili zloženko, na kateri je na kratko povzet celoten potek dela in nalog posameznikov, in aplikacijo, ki jo je možno naložiti na pametni telefon in računalnik.

Za dobro prakso se je do sedaj izkazalo, da dobro pripravljen načrt in informiranje sodelavcev ter vsakoletna vključenost v vaje reševanja pri množičnih nesrečah, prinesejo dodano vrednost vsem v bolnišnici in tako vplivajo na večjo možnost preživetja poškodovancev in manjšo globalno posledico množične nesreče za celotno družbo.

## LITERATURA

1. Bern, A. I. (2006). Role of emergency medicine in disaster management. V G. R. Ciottone (Ed.), *Disaster Medicine* (str. 26-33). Philadelphia: Mosby Elsevier.
2. Chaffe, M. W. and Oster, N. S. (2006). The role of hospitals in disaster. V G. R. Ciottone (Ed.), *Disaster medicine* (str. 34-43). Philadelphia: Mosby Elsevier.
3. DNV. (maj 2013). International Accreditation Requirements. Pridobljeno 6. 12. 2015, s [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/akreditacije/DNV-DS-HC102\\_Hospital\\_Standard\\_Guidelines\\_and\\_Guidance](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/akreditacije/DNV-DS-HC102_Hospital_Standard_Guidelines_and_Guidance).
4. Dujić, D. in Simčič, B. (2013). Smernice za delovanje sistema nujne medicinske pomoči ob množičnih nesrečah. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
5. Fink, A. (2008). Delovanje zdravstva ob množičnih nesrečah. *Ujma*, 22, 222–232.
6. Fink, A. (2008a). Kako izdelamo načrt za večje nesreče. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino.
7. Fink, A. (2011). MRMI - delavnica. V A. Posavec (ur.), *Zdravila v rokah reševalcev* (str. 205-10). Velenje, Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija reševalcev v zdravstvu.
8. Gila, H., Hanna, A., Liora, U. in Yeal, E. (2011). Management of mass casualty events: the Israeli experience. *Journal of Neurosurgery*, 43 (2), 211–219.
9. Izvajanje ukrepov za izboljšanje kakovosti. (2007-2015). Pridobljeno 10. 12 2015, s <http://www.zdravstvena.info/vsnj/zdravstvena-nega-in-kakovost/>.
10. Lennquist, S. (2012). Medical response to major incidents and disaster: a practical guide for all medical staff. Berlin: Springer.
11. Lubi, T. (brez datuma). Pridobljeno 6. 12 2015, s [http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres\\_zbn\\_7/pdf/132B.pdf](http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/132B.pdf).
12. Matoh, M. in Per, P. (2015). Načrt za množične nesreče. *Verzija 2/1*, Splošna bolnišnica Novo mesto.
13. McCann, D. (2009). Preparing for the worst: a disaster medicine for health care. *Journal of Legal Medicine*, str. 329–348.
14. Mohor, M. (2009). (Ne)pripravljenost predbolnišničnega sistema nujne medicinske pomoči v Sloveniji na velike nesreče. Ig, Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija reševalcev v zdravstvu.
15. Phillips, J. S. in Knebel, A. (2007). Mass medical care with scarce resources: a community planning guide. Pridobljeno 1. 12. 2015, s <http://www.ahrq.gov/research/mce/mceguide.pdf>.
16. Stein, L. (2008). Mass Casualty triage. *Okla Nurse* 53 (2), 18–9.
17. World health organization. (2007). Mass casualty management systems: strategies and guidelines for building health sector capacity. Pridobljeno 1. 12. 2015, s [http://www.who.int/hac/techguidance/MCM\\_guidelines\\_inside\\_final.pdf](http://www.who.int/hac/techguidance/MCM_guidelines_inside_final.pdf).

# Kakovostna obravnava pacienta s pljučnico

*POVZETEK - Ker so okužbe spodnjih dihal, predvsem pljuč, pomemben javnozdravstveni problem in eden petih najpogostejših vzrokov smrti, moramo pacienta s pljučnico obravnavati kot individualno in celovito osebnost ter pri tem v bolnišnici razviti različne pristope, ki vključujejo smernice, klinične poti, spremljanje kazalnikov kakovosti in posebne ukrepe za dvig kakovosti. Namen prispevka je opozoriti na pomen uporabe klinične poti pri obravnavi pacienta s pljučnico v bolnišnici, saj je z njeno uporabo obravnava bolj kakovostna in varna.*

*KLJUČNE BESEDE: pacienti, kakovost, pljučnica*

## 1 Uvod

Zaradi vse bolj osveščene javnosti je v družbi kakovost s strani uporabnikov vedno bolj zaželeno, s strani plačnikov pričakovana in zahtevana, z vidika stroke pa nujna. V razmerah konkurenčnosti je dobro in kakovostno delo edino in najboljše zagotovilo za obstoj in razvoj vsake dejavnosti oziroma organizacije in njene prepoznavnosti (Koban, 2003, v Magerl, 2010). Primerno uveden in vzdrževan pristop menedžmenta kakovosti omogoča, da organizacija na učinkovit in uspešen način obvladuje široko področje kakovosti na ravni celotne organizacije. Izredno pomembno je, da kakovost ves čas obvladujemo, torej vodimo, merimo, nadziramo, nadgrajujemo, primerjamo in izboljšujemo (Gomišček, 2006). Zaposleni v zdravstvu morajo pri vsakodnevem delu prepoznati možnosti za izboljševanje kakovosti in varnosti v zdravstveni obravnavi, pri tem pa tudi aktivno sodelovati z namenom zagotavljanja ravni zdravstvene oskrbe, pri kateri ne bo prihajalo do nepotrebnih smrti ali škode za zdravje zaradi napak, izidi zdravstvene obravnave pa bodo skladni s standardi ali najboljšimi praksami (Simčič, 2013).

Zagotavljanje in izboljševanje varnosti zdravstvene oskrbe pomeni preprečevanje varnostnih zapletov in ustrezno ravnanje, ko do njih pride. Pomembno je ukrepanje za zmanjševanje posledic in vzpostavljanje sistemskih rešitev za preprečevanje ponovitev neželenih dogodkov (Kramar, 2013).

Temelj za presojo kakovosti obravnave (in posledično varnosti) so standardi kakovosti in varnosti, ki določajo, kaj natančno je treba storiti, da dosežemo pričakovano kakovost zdravstvene obravnave (Simčič, 2013). Klinična pot je orodje, ki zdravstvenemu timu omogoča racionalno in na znanstvenih dokazih utemeljeno obravnavo pacienta, spremljanje opravljenega dela in kazalnikov kakovosti, natančnejše dokumentiranje in lažjo notranjo presojo zdravstvene prakse (Simčič in Marušič,



2009). Kazalniki kakovosti so nepogrešljivo orodje za nenehno izboljševanje kakovosti (Simčič, 2013).

Namen prispevka je opozoriti na pomen uporabe klinične poti pri obravnavi pacienta s pljučnico v bolnišnici, saj tako obravnava bolj kakovostna in varna.

## 2 Pljučnica

Bolezni dihal so na prvem mestu med bolezenskimi vzroki za obisk bolnikov v osnovnem zdravstvu (Vodopivec Jamšek, 2007). Tipične okužbe spodnjih dihal imajo določene lastnosti, med katerimi sta najpogostejši akutni značaj (trajanje manj kot 21 dni) in kašelj kot glavni simptom. Prisotni so lahko še drugi simptomi, kot so na primer izmeček, sopenje, neprijetni občutek ali bolečina v prsnem košu (Klemen, 2010).

Med okužbe spodnjih dihal sodijo akutni bronhitis, pljučnica in nekateri primeri akutnega poslabšanja kronične obstruktivne pljučne bolezni (KOPB) (Holm idr., 2007). Pljučnica je vnetje pljučnega parenhima zaradi okužb z mikroorganizmi (Eržen, 2005). Zunajbolnišnična pljučnica (ZBP) je akutna okužba pljuč, ki nastane pri osebi z normalno obrambno sposobnostjo v njenem bivalnem ali delovnem okolju. Med ZBP sodijo tudi pljučnice, ki jih ugotovimo prva dva dneva bivanja v bolnišnici (Mušič idr., 2006). V Sloveniji so okužbe spodnji dihal, predvsem pljučnice, eden od petih najpogostejših vzrokov smrti. Visoka obolevnost in število bolnišničnih obravnav uvrščata pljučnico med pomembne javnozdravstvene probleme (Sočan, 2007).

ZBP je pogosta akutna infekcijska bolezen. Po orientacijskih podatkih zdravimo v slovenskih bolnišnicah približno 20 % vseh primerov pljučnice, kar je enak delež kot v drugih državah (Mušič, Tomič, Kecelj, Košnik, Eržen idr., 2005). Večina bolnikov je obravnavanih ambulantno, saj je le pri približno petini potreben sprejem v bolnišnico (Vodopivec Jamšek, 2007). Pljučnica je pomemben vzrok smrti, saj je smrtnost v bolnišnici zdravljenih bolnikov z ZBP okrog 10 % ali več, bolnikov z ZBP in s pridruženimi kroničnimi boleznimi ter starostnikov pa znatno večja (Mušič idr., 2010).

Razvoj antibiotičnega zdravljenja je bistveno zmanjšal zaplete in smrt zaradi pljučnice predvsem pri majhnih otrocih razvitega sveta. Epidemiologija pljučnice iz domačega okolja se je spremenila. Z dolgoživostjo populacije se je povečal delež prebivalstva s kroničnimi boleznimi, pri katerih so pljučnice pogostejše in težje. Zaradi sodobnega zdravljenja je vse več imunsko oslabljenih oseb, pri katerih je zdravljenje pljučnice bolj zahtevno. Ob antibiotičnem pritisku, ki ga nenehno izvajamo, se pojavljajo spremenjene bakterije (npr. CA-MRSA) (Sočan, 2007).

### 3 Izboljševanje kakovosti obravnave bolnikov z zunajbolnišnično pljučnico

V literaturi lahko zasledimo več različnih definicij kakovosti. Najpogosteje je omejena kot stopnja ali vrsta poklicne odličnosti v zdravstveni oskrbi ali pa kot opravljanje pravih stvari na pravi način. Nam najbližja oznaka kakovosti v zdravstvu je definicija Inštituta za medicino v Združenih državah Amerike, da je »kakovostna zdravstvena oskrba tista, ki posameznikom in prebivalstvu zagotovi izide zdravljenja skladno s trenutnim strokovnim znanjem« (Robida, 2006).

Nenehno izboljševanje kakovosti vsakdanje zdravstvene prakse in varna zdravstvena obravnava sta odgovornost vsakogar, ki dela v zdravstvu. Vsaka poklicna skupina razume kakovost nekoliko drugače, predvsem z vidika lastnega dela in tradicije svojega poklica. Najpomembnejši (a pogosto zapostavljen) udeleženec zdravstvenega varstva pa je pacient. Tudi ta si kakovost predstavlja drugače kot medicinska sestra, zdravstveni tehnik, zdravnik, direktor bolnišnice, plačnik ali načrtovalec zdravstvenega varstva. Za pacienta je najpomembnejši izid zdravljenja, zato je morda še najbolj sprejemljiva definicija, da kakovostna zdravstvena obravnava posameznikom in prebivalstvu zagotovi take izide zdravljenja, ki so skladni s trenutnim strokovnim znanjem (Kramar, 2007).

Zdravstvo mora biti osredotočeno na pacienta, zato moramo vzpostaviti celovit sistem nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti pacientov, spodbujati kulturo kakovosti in varnosti ter partnerski odnos s pacienti in drugimi uporabniki. Za doseganje boljše kakovosti obravnave in večje varnosti pacientov je potrebno medpoklicno sodelovanje in timsko delo. Od izvajalcev se zato zahteva naslednje (Maze in Plank, 2012):

- uvajanje nacionalnih in mednarodnih kliničnih smernic,
- oblikovanje in uporabo kliničnih poti,
- oblikovanje standardov, protokolov, algoritmov in navodil, ki temeljijo na z dokazi podprti zdravstveni praksi,
- merjenje kazalnikov uspešnosti delovanja, kakovosti in varnosti,
- uvedbo sistemov, ki bodo zagotavljali obvladovanje možnih tveganj in njihovih posledic; sistemi poročanja morajo zagotoviti zaupnost, neodvisnost od postopkov pritožb pacientov, disciplinskih in sodnih postopkov ter biti osredotočeni na učenje, ki vodi k izvajanju korektivnih in preventivnih ukrepov,
- izobraževanje s področja kakovosti znotraj zdravstvenih organizacij.

Vsi izvajalci zdravstvene dejavnosti morajo vzpostaviti strukture za spremljanje in nadzor izboljševanja kakovosti in varnosti, struktura pa naj bi bila določena v notranjih organizacijskih aktih zavodov. V sistemu financiranja zdravstvene dejavnosti je treba zagotoviti potrebna finančna sredstva za izboljševanje sistema kakovosti in dvig varnosti pri obravnavi pacientov (Maze in Plank, 2012).

V zadnjem času se ob vedno večji strokovni zapletenosti, zahtevnosti bolnikov in javnosti ter omejenih virih v zdravstvo uvajajo sistemi vodenja kakovosti. Tudi pri obravnavi bolnikov z ZBP marsikje po svetu spremljajo kakovost obravnave s kazalniki, procese obravnave s pomočjo smernic in kliničnih poti ter uvajajo različne druge ukrepe izboljševanja kakovosti. Čeprav so sistemi vodenja kakovosti tudi pri bolnikih z ZBP še v razvoju in še ni povsem dorečeno, katere kazalnike je smiselno spremljati in kaj je za dobre izide treba izboljšati, predvsem v ZDA že uvajajo plačevanje bolnišnic glede na kakovost, izkazano z določenimi kazalniki (Beović, 2007).

Na področju izboljševanja kakovosti obravnave bolnikov z ZBP se razvijajo tako pri nas kot drugod po svetu različni pristopi, ki vključujejo smernice, klinične poti, spremljanje kazalnikov kakovosti in posebne ukrepe za izboljševanje kakovosti. Nobeden med njimi ni povsem uspešen in učinkovit. Številni avtorji navajajo potrebo po novih raziskavah, ki bi z večjo gotovostjo utemeljile mesto omenjenih metod. Malo je verjetno, da bomo imeli kdaj odgovore na vprašanja o tem, kaj je res smiselno in koristno uporabljati. Pomanjkanje usposobljenih strokovnjakov, in s tem časa, v katerem bi se ukvarjali s postopki izboljševanja kakovosti, je v svetu, še posebej pa v majhni skupnosti, kot je slovenska, precejšnje. Zato moramo biti pri izbiri metod in ukrepov še posebej previdni. Ob tem moramo paziti, da po nepotrebem ne povečujemo administrativnega dela, ampak so vsi ukrepi skrbno premišljeni in usmerjeni h končnemu cilju: izboljšanju kakovosti in (glede izrabe javnega denarja) tudi učinkovitosti zdravljenja. V Sloveniji se moramo zato odločiti za ozek nabor skrbno premišljenih, dokazano uspešnih in izvedljivih ukrepov, ki nam bodo omogočali vrtenje tako imenovanega Demingovega kroga PDCA (načrtuj, naredi, preveri, ukrepaj; angl. plan, do, check, act) (Beović, 2007).

## **4 Klinična pot za obravnavo pacienta z zunajbolnišnično pljučnico**

Klinična pot je standardiziran proces zdravljenja, s pomočjo katerega so celotnemu zdravstvenemu timu postavljena jasna izhodišča za kakovostno in varno obravnavo, saj le-ta temeljijo na znanstveno potrjenih dokazih dobre prakse. Pojavljajo se v različnih oblikah, vse od klasičnih enostavnih preglednih list, pa vse do kompleksnih podatkovno zahtevnih naborov dokumentacije (dokumentacijskih brošur), ki lahko v celoti nadomestijo klasično zdravstveno dokumentacijo. Ne glede na obliko je bistvena njihova skupna značilnost, ki mora biti usmerjena v beleženje odklonov od pričakovanega, dogovorjenega, standardiziranega ravnanja, v analiziranje odklonov in iskanje izboljšav (Pikec, 2010).

Zdravnike in medicinske sestre pri obravnavi vodi klinična pot. S pomočjo le-te, kot navaja Šavora (2013), lahko preprečujejo nepotrebne zamude, storitve so izvedene po vnaprej določenem protokolu, izvedene so samo vse potrebne storitve (v celoti ali samo posamezne potrebne faze), ne prihaja do pozabljanja, saj so vodila napisana in

preverljiva v vsakem trenutku, z njimi je seznanjen tudi pacient, zato ne prihaja do nejasnosti in dodatne zamude časa, delo tima je učinkovitejše in bolj usklajeno. Pri posameznih aktivnostih se lahko medicinske sestre ali zdravniki odločijo, da bodo ravnali neskladno s klinično potjo, vendar morajo tak odmik utemeljiti oziroma pojasniti, sicer se to lahko šteje kot nevestno ravnanje, oz. kot neizvedba neke aktivnosti ali drugačna izvedba predvidene aktivnosti.

Klinična pot obravnava tipično vrsto pacientov s precej ožjo skupino stanj in primernih posegov. Večinoma gre za paciente z enim zdravstvenim stanjem in zdravljenjem, povezano z njim. Klinično pot moramo na osnovi prakse in preverjanj stalno posodablјati in dopolnjevati. Služi nam kot pripomoček za seznanjanje pacientov in njihovo vključevanje v proces obravnave - je tudi vodilo k timskeemu delu in izboljšanju komuniciranja, in je kot taka pripomoček za ugotavljanje odklonov in izidov zdravljenja (kazalnikov izidov) ter spremljanje drugih kazalnikov kakovosti (Yazbeck in Robida, 2006).

Temeljna izhodišča pri uvajanju kliničnih poti so (Yazbeck in Robida, 2006):

- pri sestavi lahko sodelujejo vsi vključeni akterji, torej tako izvajalci storitev kot tudi uporabniki in njihovi svojci,
- omogoča lažje kodiranje diagnoz in postopkov; izid je bolj transparenten in primerljiv (SPP – sistem skupine primerljivih primerov),
- nadomesti rutinsko dokumentacijo in omogoča dobro sledljivost v času celotnega poteka zdravstvene obravnave,
- pomaga pri upravljanju in nadzoru stroškov na enoto storitve, v okviru enote ali oddelka,
- lahko služi za orodje pri pogajanjih z zavarovalnicami,
- je pripomoček pri notranji in zunanji presoji,
- služi kot vodilo v procesu izobraževanja (uvajanje novo zaposlenih, pripravnikov),
- je učinkovit pripomoček v primeru nadomeščanja ali novega zaposlovanja ...

S klinično potjo želimo standardizirati obravnavo bolnika z ZBP, kar pomeni, da je obravnava kakovstna in varna. Obrazec klinične poti uporabljamo od sprejema do odpusta bolnika iz bolnišnice. Negovalni del skupne obravnave izpolnjuje medicinska sestra, diagnostični in terapevtski del pa zdravnik. Posebno pozorni smo na oceno resnosti pljučnice, pravočasno uvedbo antibiotičnega zdravljenja, izbiro antibiotika v skladu s smernicami in utemeljitev ob odstopanju od njih. Utemeljiti moramo podaljšano parenteralno zdravljenje in spremljati smrtnost zaradi ZBP v posamezni ustanovi. Odmiki v ravnanju zdravnika in vzroki za odmike so zabeleženi in predstavljajo podatke za potrebne spremembe in dopolnitve klinične poti. H kakovostni obravnavi ZBP neizogibno spada tudi upoštevanje vsestranske varnosti zdravljenja z antibiotiki. Najbolj kakovostno pa bomo ravnali, če bomo ZBP, kolikor je mogoče, preprečevali, pri že razviti pljučnici pa imejmo pred očmi bolnika v celoti in ne opazujmo le dogajanja med bakterijami in antibiotikom (Mušič idr., 2010).

## 5 Smernice za zdravljenje zunajbolnišnične pljučnice

Med pomembnimi ukrepi za izboljševanje kakovosti obravnave ZBP nedvomno sodijo smernice. Te služijo kakovostnejši obravnavi in stroškovni učinkovitosti, na področju okužb pa so posebej pomembne tudi pri preprečevanju bakterijske odpornosti. V zadnjih dvajsetih letih je bilo v svetu objavljenih mnogo različnih smernic za zdravljenje ZBP, ki se v današnjem času pogosteje obnavljajo in ob tem upoštevajo nova spoznanja na področju zdravljenja kot tudi nove epidemiološke razmere, ki jih narekuje spreminjajoča se bakterijska odpornost proti antibiotikom. V zadnjem času se je pri oblikovanju smernic močno povečalo upoštevanje znanstvenih dokazov, trditve v smernicah so pogosto opremljene s podatki o njihovi utemeljenosti. Vsekakor pa imajo smernice veliko dobrih lastnosti, kot so (Beović, 2007):

- preprostost,
- izvedljivost,
- prilagodljivost (možna lastna klinična presoja),
- dokazano izboljšujejo obravnavo,
- namenjene so kakovostnejši obravnavi,
- niso namenjene zmanjševanju stroškov,
- se ne uporabljajo za sodni pregon ali disciplinske ukrepe.

Smernice za obravnavo ZBP naj bodo nacionalne in ne mednarodne. Njihovo oblikovanje na nacionalni ravni je pomembno zaradi upoštevanja lokalnih epidemioloških razmer, pa tudi strinjanje zdravnikov z njimi je na ta način večje. Ob tem je treba posebej paziti, da najrazličnejše smernice, ki jih pišejo različna strokovna telesa, ne povečajo zmede zaradi preobilice informacij in s tem ne odvrnejo zdravnikov od njihove uporabe (Beović, 2007).

## 6 Zaključek

Kot navaja Beović (2007), lahko kakovost obravnave pacientov s pljučnico spremljamo s pomočjo smernic in kliničnih poti ter uvajamo različne ukrepe za kakovostnejšo obravnavo, čeprav so sistemi vodenja kakovosti tudi pri pacientih z ZBP še v razvoju. Kljub naraščajoči kakovosti smernic in njihovi splošni razširjenosti jih zdravniki še vedno ne upoštevajo dovolj pogosto. Med vzroki za slabo upoštevanje smernic navajajo pomanjkanje znanja/poznavanja smernic, nestrinjanje z njimi oziroma nezaupanje/pomanjkanje samozaupanja med zdravniki in tradicijo, ki jim onemogoča, da bi prenehali z ustaljenim načinom dela (Beović, 2007). Pri obravnavi pacienta s pljučnico je treba uporabljati smernice in klinično pot, saj so DERNIČ, KOROŠEC in STOPAR (2005) ugotovili, da klinična pot pomembno vpliva na izid zdravljenja ZBP, z njeno uporabo pa imajo boljši nadzor nad zdravljenjem. Tudi medicinske sestre morajo vsakodnevno upoštevati klinično pot, saj so tako celotnemu zdravstvenemu timu postavljena jasna izhodišča za kakovostno in varno obravnavo pacienta.

## LITERATURA

1. Beovič, B. (2007). Vzpostavitev sistema za primerjavo kakovostne obravnave zunajbolnišnične pljučnice. Golnik: Bolnišnica Golnik.
2. Eržen, R. (2005). Pljučnice. V A. Kocjančič, D. Štajer in F. Mrevlje (ur.), *Interna medicina* (str. 354–60). Ljubljana: Založba Littera Picta.
3. Gomišček, B. (2006). Pristopi managementa kakovosti, plače v konkurenčnem okolju/ XXI. Kranj: Društvo za vrednotenje dela, organizacijski in kadrovski razvoj.
4. Holm, A., Pedersen, S. S., Nexoe, J., Obel, N., Nielsen, L. P. in Pedersen, C. (2007). Procalcitonin versus C-reactive protein for predicting pneumonia in adults with lower respiratory tract infection in primary care. *British Journal of General Practice*, 57, 555–560.
5. Klemen, M. (2010). Kakovost zdravljenja bolnikov z infekcijskimi boleznimi dihal (Raziskovalna naloga). Maribor: Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino.
6. Koban, B. (2006). Neželeni dogodki v zdravstveni negi in njihov vpliv na kakovost dela. Raziskovanje, izobraževanje in razvoj v psihiatrični zdravstveni negi. Zbornik prispevkov. Maribor: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji.
7. Kramar, Z. (2013). Kakovost, vodenje in varnost v zdravstveni negi: kaj lahko pokažemo v klinični praksi. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
8. Magerl, J. (2010). Ocena kakovosti obravnave z vidika stanovalcev v Domu starejših občanov Tezno. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
9. Maze, H. in Plank, D. (2012). Zdravstvena nega in raziskovanje: skripta predavanj za študijsko leto 2012/2013. Celje: Visoka zdravstvena šola Celje.
10. Mušič, E., Tomič, V., Kecelj, P., Košnik, M., Eržen, R., Beovič, B. idr. (2005). Usmeritve za obravnavo zunajbolnišnične pljučnice (ZBP) odraslih. *Zdravstveni vestnik*, 2 (47), 745–752.
11. Mušič, E., Osolnik, K., Tomič, V., Eržen, R., Košnik, M., Beovič, B. idr. (2010). Priporočila za obravnavo zunajbolnišnične pljučnice odraslih: prenovljena in dopolnjena izdaja. *Zdravstveni vestnik*, 3 (79), 245–264.
12. Robida, A. (2006). Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
13. Simčič, B. (2013). Kakovost in varnost sistema zdravstvenega varstva: pogled Ministrstva za zdravje, 6. šola za klinične mentorje. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
14. Sočan, M. (2007). Epidemiologija pljučnic iz domačega okolja v letu 2005. V E. Mušič in M. Košnik (ur.), *Zunajbolnišnične pljučnice: analiza slovenskih smernic*. Golnik: Bolnišnica Golnik.
15. Švora, M. (2013). Klinične poti kot orodje nadzora in preverjanja kakovosti zdravstvenih storitev (Magistrsko delo). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
16. Yazbeck, A. M. in Robida, A. (2006). Metodološka priporočila za oblikovanje in uvajanje kliničnih poti. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
17. Vodopivec Jamšek, V. (2007). Novosti v ambulantni diagnostiki in zdravljenju ZBP: zbornik zunajbolnišnične pljučnice. Golnik: Bolnišnica Golnik, oddelek za pljučne bolezni in alergijo.

## V zdravstveni dokumentaciji se kaže odsev kakovosti izvajanja zdravstvenih storitev

*POVZETEK - Prispevek predstavlja pomembno vlogo in veliko odgovornost izvajalcev zdravstvene dejavnosti pri pravilnem izpolnjevanju zdravstvene dokumentacije. Zdravstvena dokumentacija je pomemben dejavnik pri sporazumevanju med zdravniki in medicinskim osebjem primarne, sekundarne in terciarne ravni. V uvodu je predstavljena zdravstvena dokumentacija, vrste dokumentov, rokovanje in nadzor dokumentacije, shranjevanje dokumentacije. Opisani so dokumenti, ki se pojavljajo med bolnišnično obravnavo in jih zdravstveni delavci ter sodelavci izpolnjujejo. Za primerjavo navajamo podatke o pravilnosti oziroma nepravilnosti izpolnjevanja zdravstvene dokumentacije v tujini in pojavnosti napak ob nepravilnem evidentiranju. Jedro prispevka je osredotočeno na izpolnjevanje Temperaturnega lista (TL) z veliko podatki in izvajalci, ki ga izpolnjujejo. Temperaturni list je del zdravstvenega zapisa o pacientu, v katerem so podatki o uporabi zdravil pri njem. V nadaljevanju je predstavljamo, kaj mora vsebovati TL in kako izvajamo nadzor nad pravilnostjo vnosov v TL. V zaključku pa izpostavljam pomen pravilnega vpisovanja podatkov v zdravstveno dokumentacijo in s tem dviga kakovosti dela in večje varnosti bolnišnične obravnave za hospitalizirane in ostale paciente v Bolnišnici Topolšica.*

*KLJUČNE BESEDE: zdravstvena dokumentacija, temperaturni list, kakovost*

### 1 Zdravstvena dokumentacija

Zdravstvena dokumentacija (medical/health record) vključuje vse pisne dokumente, računalniške elektronske informacije, radiološke filme, posnetke, laboratorijske rezultate, video, avdio posnetke in druge oblike informacij, ki se nanašajo na zdravstveno stanje pacienta (Rupel, Simčič in Turk, 2014).

Zdravstvena dokumentacija je besedna zveza, ki se največkrat pojavlja v pravno-etičnih dokumentih.

Zdravstvena dokumentacija je pomemben dejavnik pri sporazumevanju med zdravniki in medicinskim osebjem na primarni, sekundarni in terciarni ravni (Evans, Berry in Smith, 2006). Pri rokovanju z medicinsko dokumentacijo so pomembni tudi zdravnikovi sodelavci, saj neredko vplivajo na časovno uvrstitev kliničnega problema.

Prav bi bilo, da se k spremembam na področju zdravstvene dokumentacije dejavno vključijo tudi zdravstveni tehniki in administratorji. Dober dokument, ki bi moral vsebovati vse podatke o demografskih značilnostih bolnika, o delovnem okolju, kliničnih ugotovitvah, laboratorijskih in drugih diagnostičnih preiskavah, zapletih pri prejšnjih obravnavah, alergičnih odzivih, zdravilih in življenjskem slogu, obenem

pa bi zagotavljal še obračunavanje storitev, je v papirni obliki težko izvedljiv. Skoraj vsako leto se del letnih poročil varuha človekovih pravic nanaša prav na rokovanje z zdravstveno dokumentacijo (Lapanja in Mohar, 2006).

Zakon o pacientovih pravicah v prvem odstavku 41. člena govori o načinu seznanitve bolnika z zdravstveno dokumentacijo.

Mednarodni akreditacijski standard (DIAS) v poglavju Vodenje zdravstvene dokumentacije v točki SR.1 pravi, da mora bolnišnica razviti proces in zahteve po pripravi in vodenju popolne in točne zdravstvene dokumentacije za vsakega pacienta ter izvajati ustrezno politiko in postopke za obravnavanje kršitev glede zdravstvene dokumentacije. V zahtevi standarda SR.2 pa navaja, da mora bolnišnica zahtevati, da se medicinsko osebje redno sestaja, revidira in analizira zdravstveno dokumentacijo pacientov, da bi zagotovilo ustrezno in kakovostno oskrbo (povzeto po Standard DNV za bolnišnice, 2013).

## 2 Pravilno izpolnjevanje zdravstvene dokumentacije

Vsako sistematično, strokovno in kakovostno delo je zasnovano na dobri dokumentaciji. Dobro in natančno izpolnjena dokumentacija zagotavlja kontinuiteto, odraža profesionalnost in je osnova za vrednotenje zdravstvene dejavnosti (medicine, zdravstvene nege ...). Usposobljeno zdravstveno osebje zagotavlja podporo pri obvladovanju tveganj v zvezi s pomanjkljivimi in neskladnimi zapisi v zdravstveno dokumentacijo. Usposobljeni strokovni delavci in sodelavci zagotavljajo natančno in strokovno izpolnjeno zdravstveno dokumentacijo, ker znajo nedoslednosti in napake identificirati. Možne napake v zdravstveni dokumentaciji so naslednje:

- napačen pacient/napačna vsebina,
- napačno ime naročnika,
- napačni datumi pregledov, postopkov, pošiljanja,
- nepravilni postopki/posegi,
- napake pri odmerjanju zdravil,
- desno/levo, moški/ženska – nedoslednosti,
- medicinska protislovja.

Med slabosti našega zdravstvenega sistema sodi tudi neenotna dokumentacija, zaradi česar je komunikacija med zdravniki na drugih ravneh otežena, postopki obravnave pacientov pa so manj pregledni in tudi bolj zamudni, kot bi ob enotni in urejeni dokumentaciji lahko bili. Pri tem ne gre zgolj za obrazce, ki spremljajo pacienta, ampak za vsebino in obseg sporočila, ki naj bi ga pacient prinesel k specialistu in od specialista k osebnemu zdravniku (Poredoš, 2005). Poročilo, ki ga je novembra leta 2006 izdalo kanadsko Ministrstvo za zdravje za provinco Ontario, poudarja, da vodenje ustreznih evidenc izboljša klinične izvide pacientov, ko le-ti zapustijo bolnišnico. Približno 20 odstotkov pacientov ima po odpustu neželene dogodke, ki se nanašajo na učinke zdravil, okužb in postopkovnih zapletov. Mnoge od teh težav



so posledica zapoznelih ali nepopolnih informacij, danih odgovornim osebam, ki skrbijo za zdravje pacienta po odpustu. Poročilo ministrstva tudi v študiji iz leta 2003 navaja, da so pacienti, ki imajo nepopolne oziroma slabe zapise v zdravstveni dokumentaciji v povprečju 1,2 ure dalj časa na urgencah (Heibutzki, 2015).

Zdravstveni dokument je izvorni zapis, ki je bil prejet v bolnišnico ali je nastal pri obravnavi pacienta v bolnišnici, in je pomemben za načrtovanje in izvajanje zdravstvenih obravnav, pregledov, zdravstvene nege .... Prav ustrezno izpolnjena zdravstvena dokumentacija (prinešena ali tista, ki nastaja v procesu obravnave) je predpogoj za uspešno zdravljenje pacienta. Potter in Perry (2010) ugotavljata, da morajo biti zapisi v zdravstveno dokumentacijo verodostojni, kar izvajalec potrdi s podpisom (parafo).

### *2.1 Pomen ustreznega izpolnjevanja zdravstvene dokumentacije*

Zdravstvena dokumentacija je neprecenljivega pomena za zdravljenje pacienta, spremljanje bolezni, okrevanje, strokovni nadzor in znanstveno-raziskovalno delo. Med osnovno pacientovo dokumentacijo sodi kartica zdravstvenega zavarovanja in zdravstveni karton s pripadajočo zdravstveno dokumentacijo, vključno z dokumentacijo zdravstvene nege.

Uspešen izid zdravljenja se začne z dobro dokumentacijo, prepoznavanjem sprememb in ukrepi, ki tem spremembam sledijo (Cooper in Buist, 2008).

Slehernega zdravnika vodi pri njegovem delu želja, da bi izboljšal rezultate zdravljenja. Temeljni cilj vsakega zdravstvenega sistema pa je maksimalno izboljšanje kakovosti zdravljenja ob čim racionalnejši in čim bolj ekonomični izrabi razpoložljivih materialnih, prostorskih in kadrovskih zmogljivosti.

Temeljna pogoja za strokovni nadzor kakovosti zdravljenja sta popolna zdravstvena-dokumentacija in pravočasno zbiranje informacij. Žal je v vsakdanji praksi izpolnitev teh pogojev prej izjema kot pravilo.

Za učinkovit strokovni nadzor nad kakovostjo zdravljenja posameznik in zdravstveni sistem potrebujeta standardizirane informacije o tem, kaj je bilo narejeno in kako (na primer zdravljenje, izvidi preiskav, zapleti zdravljenja, operacije, napredovanje bolezni, smrt).

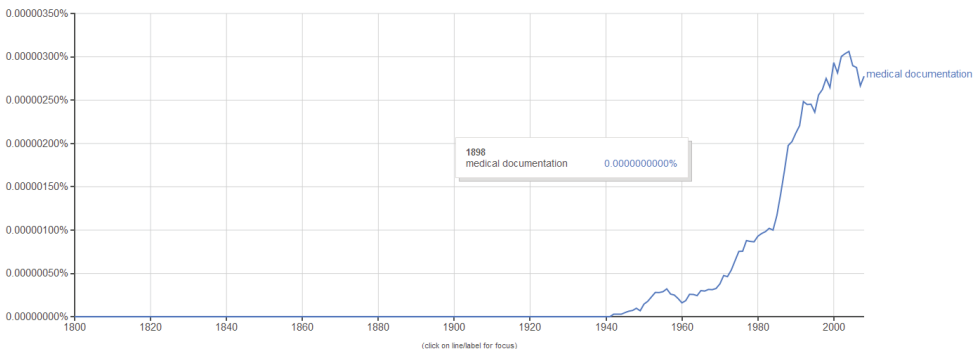
S temi informacijami lahko rezultate svojega dela primerjamo z rezultati dela drugih posameznikov, inštitucij oziroma zdravstvenih sistemov in ugotovimo, koliko smo bili strokovno in poslovno (ne)uspešni.

Poleg že omenjene strokovne in poslovne ravni obstaja tudi tretja raven ocenjevanja uspeha, ki je enako pomembna: to je znanstvena raven, ki predstavlja temelj za razvoj novih metod zdravljenja. Uporabnih in standardiziranih informacij ne potrebujemo samo za oceno uspešnosti zdravljenja in poslovanja v preteklem obdobju, ampak tudi za načrtovanje. Enako velja tudi za znanstvene raziskave (Edhemović, 2007).

Vzorno urejena zdravstvena dokumentacija je v interesu zdravnika in tudi pacienta. Zapisovanje vseh pomembnih informacij o zdravljenju pacienta pomaga zdravniku nadzirati, kaj je že bilo narejeno, in zmanjšuje verjetnost napake pri zdravljenju. Posvečanje večje pozornosti detajlom prav tako zmanjšuje verjetnost, da bi se pacient vračal na dodatno zdravljenje. Ta proces prav tako zahteva visoko stopnjo samo-evalvacije, kar je zelo pomembno pri širjenju dobrih iskušenj kot tudi pri strokovnem razvoju zdravnika (Heibutzki, 2015). Oceniti razširjenost uporabe termina zdravstvena oziroma medicinska dokumentacija je možno z novim orodjem Google Books Ngram Viewer. Ta nam pove, v koliko odstotkih med vsemi uporabljenimi besedami se je obravnavana beseda pojavljala v posameznem letu v bazi 18 milijonov knjig, ki jih je Google digitaliziral v svojo bazo.

Na grafu 1 je prikaz pogostosti pojavljanja posameznih standardov.

*Graf 1:* Pogostost pojava besedne zveze zdravstvena dokumentacija (medicinska dokumentacija)



Iz grafa 1 je razvidno, da se je zanimanje in pisanje o zdravstveni dokumentaciji v svetu v zadnjih 30 letih izredno povečalo.

Zdravstvena dokumentacija služi:

- komuniciranju (komunikacija med člani zdravstvenega tima in med posameznimi oddelki v času hospitalizacije);
- spremljanju kakovosti (zagotavljanje kontinuirane in kakovostne zdravstvene oskrbe; naj bi bila kazalec postopkov zdravljenja in lahko služi kot kazalnik kakovosti);
- nadzoru (na osnovi zdravstvene dokumentacije se izvajajo notranje presoje kakovosti, strokovni nadzori, vizite);
- pravno-etični in odškodninski presoji (odškodninska odgovornost, ki se v postopku sklicuje na dokumentacijo zdravstvene oskrbe);
- kot osnova raziskovanju za razvoj dokumentiranja.

Rezultati raziskav so lahko osnova razvoju novih pristopov in povečujejo strokovno znanje, zdravstvena dokumentacija pa je tudi likvidnostno-obračunski element.

## 2.2 Kaj vse je treba vnesti v zdravstveno dokumentacijo?

Kateri podatki se vnašajo v zdravstveno dokumentacijo, je mnogo let v zdravstvenih ustanovah dogovorjeno ali zapisano. Sistem vnašanja podatkov v zdravstveno dokumentacijo pa se je v večini zdravstvenih ustanov izboljšal z vzpostavitvijo sistema kakovosti, naj bo to certifikata kakovosti ali s pridobitvijo mednarodnega akreditacijskega standarda kakovosti. Kajti standardi kakovosti zahtevajo obvladovanje vodenja dokumentov, kamor sodi tudi zdravstvena dokumentacija.

V Bolnišnici Topolšica, ki deluje od leta 1919, so predhodne generacije zdravnikov, medicinskih sester in ostalih zdravstvenih sodelavcev vpisovale podatke v zdravstveno dokumentacijo, vendar zapisov, standardov, ki bi določali, kaj je treba vnesti in kdo vnaša podatke, ni v arhivu. Obstajajo pa zapisi sestankov, strokovnih svetov in obvestila, ki govorijo o ustreznem/pravilnem vnašanju in zapisovanju v zdravstvene dokumente. V devetdesetih letih se najdejo navodila in standardi, vendar v njih ni videti, da bi pokrivali vse dokumente zdravstvene dokumentacije v bolnišnici.

Velik korak pri določanju vnosov v zdravstveno dokumentacijo je bil narejen v bolnišnici Topolšica, ko smo po triletnem uvajanju sistema kakovosti pridobili standard ISO in v tem času opravili tudi predakreditacijsko presojo po standardu DIAS.

V začetku leta 2014 smo izdali Pravilnik o podpisovanju in žigovanju dokumentov v BT, ki se nanaša na zdravstveno in poslovno dokumentacijo. Vsebina pravilnika ima naslednja poglavja: vrste podpisov, vrsta žiga, podpisovanje in žigovanje zdravstvenih dokumentov. V pravilniku so nanizani vsi obrazci, ki jih izpolnjujemo v bolnišnici.

Primeri iz Pravilnika o žigovanju in podpisovanju dokumentov:

*Odpustno pismo*, začasno odpustno pismo, odpustno pismo z enote intenzivne terapije (decursus) podpiše sobni zdravnik oziroma lečeči zdravnik (naveden na odpustnem pismu). S svojim podpisom potrdi, da je odpustno pismo prebral in pregledal in je odgovoren za njegovo vsebino. Opazovanje bolnika med transfuzijo podpiše sobni zdravnik oziroma lečeči zdravnik / dežurni zdravnik in diplomirana medicinska sestra. S svojima podpisoma potrdita zapise za pacienta med prejemanjem transfuzije.

*Protokol za perkutano traheotomijo* podpiše sobni zdravnik oziroma lečeči zdravnik/dežurni zdravnik. S svojim podpisom potrdi, da je bila pri pacientu opravljena perkutana traheotomija. (povzeto po PR o žigovanju in podpisovanju dokumentov, junij 2014).

## 2.3 Kako smo v BT definirali, kaj vse je treba vnesti v zdravstveno dokumentacijo?

Po sprejetju ustreznih pravilnikov in navodil za delo smo z notranjimi presojami preverili in še vedno preverjamo, kako zdravstveni delavci v praksi zagotavljajo ustre-

zne in pravilne vnose v zdravstveno dokumentacijo. Zdravstvena dokumentacija je v BT večinoma še v fizični obliki, elektronsko se overja le majhen delež zdravstvene dokumentacije.

Pri notranji presoji smo opozorili na vnose v zdravstveno dokumentacijo, ki morajo biti popolni, čitljivi, datirani, overjeni s strani osebe, ki je odgovorna za zagotavljanje ali ocenjevanje zagotovljene oskrbe. Overovitev naj vključuje inicialke. Vsa napotila morajo biti datirana in overjena s strani zdravnika, ki jih je predpisal.

Največ pomanjkljivosti smo našli pri obrazcu Temperaturni list. Vnosi so bili nepodpisani, brez datuma in ure ter ponekod tudi nečitljivi. Na presoji smo ugotovili, da obstaja navodilo, kako zapisovati in ustrezno vnašati podatke v temperaturni list, vendar se izvajalci tega v popolnosti niso držali.

Presojevalci so s presojanji ugotovili še dodatno pomanjkljivost, in sicer, da je obrazec Temperaturni list potreben posodobitve, ker ima v rubrikah premalo prostora za vse zahteve.

Posodobljen temperaturni list spada pod bolnišnično obravnavo in je označen z OB BOLOP7501 38 ter vsebuje 35 zahtev za vpis. Navajam nekaj pomembnejših zapisov: med drugim so obvezni zapisi o alergiji; rubrika ne sme ostati prazna, tudi če je pacient nima, saj to lahko pomeni, da jo je zdravnik pozabil zapisati, decursus – s tem dokažemo, da je bil pacient dnevno pregledan, terapija v pravilni rubriki ( i. v., s. c., i. m., per os, ter ura predpisa in podpis zdravnika, ki je predpisal terapijo), kisik - je eno od pomembnejših zdravil pri pljučnih pacientih in predpis kisika je nujen, če pacient nima predpisanega kisika, se označi, da pacient kisika ne prejema. Izvajalec zdravstvene nege (medicinska sestra) pa mora obvezno vnesti podatke o bolniku in ob sprejemu izmeriti vse navedene vitalne funkcije (RR, pulz, saturacijo, frekvenco dihanja ...) (povzeto po ON predpisovanje terapije, 2014).

### **3 Zagotavljanje nadzora, da so vnosi v zdravstveno dokumentacijo ustrezni**

V Bolnišnici Topolšica želimo, da se uvedene novosti v procesih intenzivneje nadzorujejo, zato izvajamo nenapovedane nadzore enkrat mesečno in pregledujemo pravilnost izpolnjevanja zdravstvene dokumentacije, posebno pozornost pa namenjamo nadzoru temperaturnega lista. Pregledovanje in nadzorovanje temperaturnega lista se izvaja tudi na jutranjih raportih za vse sprejete paciente, na glavnih vizitah in na notranjih strokovnih nadzorih.

V nenapovedane nadzore so enkrat mesečno vključeni tudi strokovna vodja bolnišnice, pomočnica zdravstvene nege in predstavnik vodstva za kakovost.

Prvi nadzori nad vnosi v zdravstveno dokumentacijo so se pričeli izvajati v maju 2015.

Za nadzor smo pripravili obrazec, ki smo ga poimenovali Evidenčni list nadzora z zdravili povezanih problemov.

Izpostavljeni in nadzorovani so naslednji problemi:

*Predpisovanje zdravil:*

- ni podpisa zdravnika
- ni navedena ura podpisa
- nečitljiv predpis
- ni odmerka
- ni odmernega intervala
- pri predpisu p. p. ni največjega odmerka
- ni navedena farmacevtska oblika zdravila
- telefonsko naročilo ni podpisano

*Dajanje zdravil:*

- nejasna evidenca zdravil
- ni podpisa medicinske sestre
- nečitljiv predpis
- pacient ni dobil predpisanega zdravila.

V obrazec je treba zapisati nadzorovano enoto, dan, število pregledanih temperaturnih listov, število neskladij in delež neskladij. Mogoča je primerjava neskladij med enotami v bolnišnici.

V mesecu maju, ko smo izvedli nadzor, smo ugotavljali, da je v 20 pregledanih temperaturnih listih tudi do 40 % neskladij. Ta so se odražala predvsem v tem, da ni bilo podpisa zdravnika in navedene ure pri predpisovanju terapije.

Zaznano je bilo neskladje pri predpisovanju terapije, in sicer je bila terapija za i.v. napisana v rubriki, kjer je predviden zapis terapije za per os. Nečitljivega zapisa nadzor ni zasledil.

V kasnejših mesečnih nadzorih je delež neskladij padal, vendar jih je še vedno nekaj (cca 5 %) na 20 temperaturnih listih, kjer poleg podpisa zdravnika manjka ura.

## 4 Razprava in zaključek

Z nadzorom nad izpolnjevanjem zdravstvene dokumentacije smo z danimi ukrepi izboljšali kakovost vnosov in zapisov v zdravstveno dokumentacijo. Nadzor bomo nadaljevali z mesečnim pregledom zapisov v temperaturne liste in negovalno dokumentacijo, ker se zavedamo, da je nadaljevanje nadzora koristno, saj kaže dobre rezultate in odseva kakovost storitev. Prepričani smo, da smo s tem načinom dela verjetno že preprečili tudi kakšen (skorajšnji) neželeni dogodek.

Smiselna bi bila primerjava med bolnišnicami in seveda jasne usmeritve z Ministrstva za zdravje (MZ), ki bi nam pomagale pri nadzorih, saj je trenutno tako, da se urejenost zdravstvene dokumentacije lahko tudi poslabša, če se bolnišnica odloči, da

se akreditira po drugem standardu, ki je glede popolnosti zdravstvene dokumentacije manj zahteven.

Jasne usmeritve MZ bi se lahko nanašale predvsem na standardiziranje zdravstvene dokumentacije za vsak tip zapisa (anamneza, status, dekurzus, odpust, izvid rentgenologa, zapis zdravstvene nege in drugo). Zapis naj bi bil vnaprej določen oziroma naj bi temeljil na predvidenem modelu obrazca.

Vsem bolnišnicam in tudi celotnemu zdravstvenemu sistemu bi veliko olajšanje pomenilo elektronsko vnašanje podatkov in s tem tudi elektronski zapisi, ob tem pa bo treba zagotoviti, da bo elektronska zdravstvena dokumentacija delovala učinkovito. Vsi podatki v zdravstveni dokumentaciji (popis bolezni, ambulantna kartoteka ...) bi morali biti v obliki, ki je za računalnik »razumljiva«. Takrat bodo zapisi v zdravstveno dokumentacijo kakovostni, odsev kakovosti zapisov pa bo prepoznan v izvedenih storitvah.

## LITERATURA

1. Edhemović, I. (2007). Informatizacija medicinske dokumentacije: nujen pogoj za kontrolo kakovosti, 142-143.
2. Evans, S. M., Berry, J. G. in Smith, B. J. (2006). Odnos in ovire poročanja o pomembnih dogodkih: skupna študija bolnišnica. *Kvalifikacije Saf Health Care*, 15, 39–43.
3. Heibutzki, R. (2015). Importance-medical.documetation. Pridobljeno 20. 9. 2015, s <http://work.chron.com/importance-medical-documentation-6966.html>.
4. Lapanja, A. in Mohar, M. (2006). Neželeni dogodki v psihiatrični zdravstveni negi in strategija za zmanjšanje ponovnega nastopa neželenega dogodka. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
5. Milch, C. E., Salem, D. N, Pauker, S. G, Lundquist, T. G., Kumar, S. in Chen, J. (2006). Voluntary electronic reporting of medical errors and adverse events. *J Gen Intern Med*, 21, 165–170.
6. Morse, J. M. (1997). Preventing patient falls. London, Thousand Oaks: Sage.
7. Poredoš, P. (2005). Enovit sistem zdravstvenega varstva. Maribor: 142. skupščina SZD.
8. Potter, P. A. in Perry, A. G. (2010). Canadian fundamentals of nursing. Toronto: Elsevier Canada.
9. Predpisovanje terapije (2014). Organizacijsko navodilo. Topolšica: Bolnišnica Topolšica.
10. Prevolnik Rupel, V., Simčič, B. in Turk, E. (2014). Terminološki slovar izrazov v sistemu zdravstvenega varstva. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
11. Robida, A. (2002). Opozorilni nevarni dogodki, 39-47. Standard DNV za bolnišnice (2013), 56–59.

# Kakovost je tudi izobraževanje zaposlenih v zavodu

*POVZETEK - Danes so na trgu konkurenčni tisti zavodi, ki imajo svoje zaposlene dovolj usposobljene. V Splošni bolnišnici Novo mesto se zavedamo, da je znanje naših zaposlenih na področju zdravstvene nege pomembna konkurenčna prednost pred drugimi slovenskimi zavodi. Zato na področju zdravstvene nege na različne načine gradimo prenos znanja. Prednost dajemo notranjemu prenosu znanja, ker menimo, da smo na tak način cenejši in bolj dosegljivi večini zaposlenih na tem področju. Spodbujamo tudi prenos znanja med različnimi generacijami zaposlenih, saj je med temi vsak dan več starejših sodelavcev z obilico znanja in izkušenj, na drugi strani pa prihajajo mlajši sodelavci z novimi pristopi in znanjem ter drugačnim pogledom na zavod/organizacijo. Tako lahko povečamo kakovost in varnost obravnave uporabnikov naših storitev. Namen prispevka je s primerjalno študijo ugotoviti, kako se na področju zdravstvene nege izobražujemo v Splošni bolnišnici Novo mesto. Cilj pa je predlagati izboljšave, na katere nas bo opozorila študija, in sicer v zadovoljstvo vseh zaposlenih na področju zdravstvene nege in tudi uporabnikov naših storitev.*

*KLJUČNE BESEDE: zdravstvena nega, izobraževanje, kakovost*

## 1 Uvod

Danes smo priča hitremu spreminjanju sveta na vseh področjih našega delovanja. Konkurenca na trgu postaja v času globalizacije vedno močnejša, in sicer tako v gospodarstvu kot v drugih javnih sferah. To so povzročile velike tehnološke, ekonomske, kulturne, družbene in politične spremembe. V ostrem boju s tekmeci odločajo malenkosti, zato je za uspeh organizacije v takih razmerah zelo pomembna izobraženost in usposobljenost zaposlenih. Vsa prizadevanja nematerialnega spodbujanja h kakovostnemu delu morajo biti usmerjena v približevanje človeka delu, ki ga opravlja. Izobraževanje in usposabljanje zaposlenih v organizaciji sta dva procesa, ki morata stalno potekati. Skela Savič (2015) meni, da je treba v Sloveniji določiti kratkoročne in dolgoročne potrebe po izobraževanju v zdravstveni negi, spremeniti politiko in kompetence na ravni srednješolskega izobraževanja ter za visokošolsko raven pripraviti smernice, ki bodo podlaga za izdelavo kazalnikov kakovosti tako za visokošolski zavod, NAKVIS, resorna ministrstva in zdravstvene zavode. Menimo, da je danes samo izobražen kader lahko kos vsem večjim in novim zahtevam pacientov in njihovih svojcev. Uspešna je le tista organizacija (zavod), ki se zaveda, da so zaposleni njen največji kapital. Zato mora organizacija upoštevati interese ter pripravljenost za izobraževanje in usposabljanje vsakega zaposlenega. Torej je smiselno

v ta kapital vlagati, tako kot se vlaga v razvoj novih aparatov, delovne opreme, prostorov ... Izobraževanje in usposabljanje zaposlenih sta vsekakor dva nujna procesa v vsaki organizaciji.

Namen članka je predstaviti pomen izobraževanja zaposlenih na področju zdravstvene nege v Splošni bolnišnici Novo mesto v upanju, da ugotovimo, kje dejansko smo in kaj moramo narediti, da bi bili na tem področju še boljši. Cilj članka je s pomočjo izbranih podatkov izdelati štiriletno primerjalno študijo izobraževanja na področju zdravstvene nege. Na osnovi teoretičnega znanja in rezultatov primerjalne študije bomo v nadaljevanju članka predstavili priporočila za izboljšanje izobraževanja na posameznih področjih našega dela. Predvsem pa bi radi ugotovili, kje je možno usposabljanje in izobraževanje dvigniti na še višjo raven in s tem povečati kakovost ter varnost naših storitev za paciente in njihove svojce. V Splošni bolnišnici Novo mesto se zavedamo, da gresta izobraževanje in kakovost z roko v roki.

## 2 Kakovost

Qualitas (lat) pomeni dobra lastnost. O kakovosti govorimo, odkar obstaja človeštvo. Skozi zgodovinski razvoj se je razvijala tudi kakovost. Največji cilj v zdravstveni negi je kakovost, za katero si nenehno prizadevamo, a se zavedamo, da to delo ni nikoli končano. Za uspeh v današnjem hitro spreminjajočem se poslovnem okolju se morajo zaposleni v organizacijah ves čas učiti, deliti svoje znanje in ga uporabljati pri delu (Kramar, 2010, po Dimovski et al., 2005). Za dolgoročno uspešne organizacije v zdravstvu je značilno prav nenehno in skrbno učenje. Brez stalnega učenja te ne bi preživele vseh sprememb v okolju in nepredvidenih dogodkov v njih samih. Ti dogodki so za razvoj zelo pomembni. Strokovno izobraženi in usposobljeni zaposleni so temeljni dejavnik razvoja, kakovosti in varnosti ter uspešnosti vsake organizacije, ne glede na njeno dejavnost. Jereb (1998) govori, da je zato razumljivo, da organizacije v svetu in pri nas posvečajo izobraževanju zaposlenih vedno večjo pozornost. Medicinske sestre so največja poklicna skupina zdravstvenih strokovnjakov in so največ časa s pacienti, zato lahko največ prispevajo h kakovosti in varnosti njihove obravnave. Robida (2014) meni, naj bi izobraževanje zaposlenih prispevalo k večji prilagodljivosti in notranji mobilnosti zaposlenih, k večji produktivnosti in kakovostnejšemu delu, večji gospodarnosti in boljši organizaciji dela, pa tudi k večji kreativnosti in inovativnosti kadrov. Kadivec (1998) meni, da bo zdravstvena nega kakovostna, če bo orientirana k pacientu, v reševanje njegovih problemov in usmerjena v nenehno izboljševanje kakovosti s stalnim in načrtnim izobraževanjem njenih izvajalcev.



### 3 Izobraževanje

Učenje in izobraževanje sta danes ključna dejavnika za osebni razvoj posameznika in za uspešen razvoj družbe (Jug Došler in Skubic, 2012). Lužnik, Brlogar in Avberšek – Lužnik (2015) menijo, da je izobraževanje zaposlenih učinkovito orodje za preprečevanje napak, katerih povzročitelji so zaposleni.

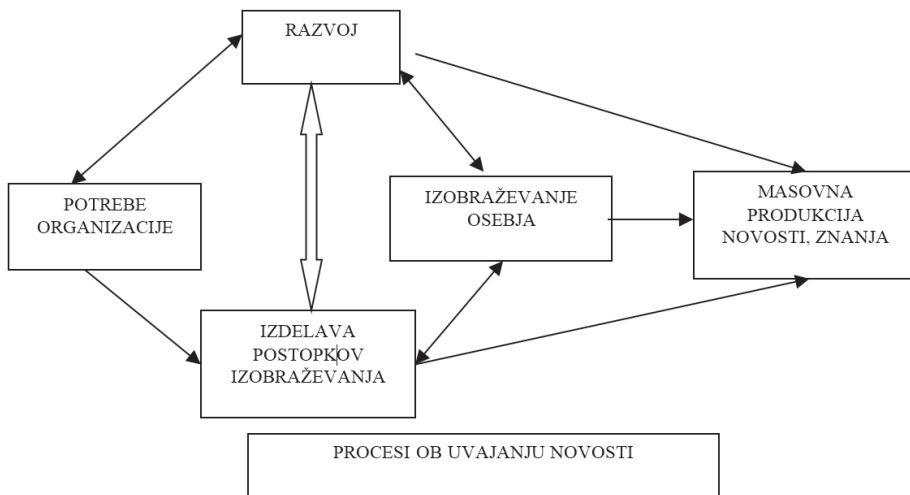
Izobraževanje je slovenski izraz za dejavnost, s katero povečujemo znanje, tako kognitivno kot konativno ter obvladovanje veščin. Običajno ob izobraževanju mislimo na dejavnost povečevanja znanja kot na tradicionalno šolsko obliko izobraževanja otrok in mladostnikov. Od uveljavitve paradigme vseživljenjskega izobraževanja se izobraževanje pojmuje kot osnovna dejavnost pridobivanja znanja. Izobraževanje se lahko odvija kot samoizobraževanje, kot formalno ali neformalno izobraževanje, kot izobraževanje otrok, mladostnikov in odraslih. Tradicionalna, šolska, formalna oziroma frontalna oblika izobraževanja zajema poučevanje učitelja in učenje učenca, pri čemer je vedno rezultat novo znanje, razvitost sposobnosti oziroma obvladovanje veščin. Izobraževanje vedno nastopa v paru z vzgojo, pri čemer dosega tudi manj otipljive, a celo pomembnejše cilje: dobre presoje, pravičnost in modrost. Z izobraževanjem se najpogosteje, čeprav ne izključno, ukvarjajo različne šole (Izobraževanje, 2015).

Ferjan (1999) meni, da je izobraževanje dolgotrajni in načrtni proces razvijanja posameznikovega znanja, spretnosti in navad, ki poteka v šolah, drugih izobraževalnih ustanovah, pa tudi zunaj njih. Pomeni torej načrtno in sistematično pridobivanje novega znanja (Kramar, 2010) z različnimi oblikami izobraževanja (dokvalifikacija, prekvalifikacija, nadaljevanje šolanja ali študija, obisk krajših ali daljših seminarjev, delavnic, samoizobraževanje s pomočjo knjig in revij, nenehno sledenje novostim v stroki). Vukovič in Miglič (2006) izobraževanje delita na dve skupini:

- formalno izobraževanje: izobraževanje za pridobitev javno priznane stopnje izobrazbe ali usposobljenosti;
- neformalno izobraževanje: izobraževanje za poklicno delo ali za neke splošne potrebe.

Učenje je vsaka sprememba v vedenju, informiranosti, znanju, razumevanju, stališčih, spretnostih ali zmožnostih, ki je trajna in ki je ne moremo pripisati fizični rasti ali razvoju podedovanih vedenjskih vzorcev (Učenje, 2015). Možina et al. (2002) menijo, da je učenje vsaka oblika dejavnosti, s katero dosežemo ustrezne spremembe pri delu in vedenju pri sebi oziroma pri sodelavcih. Učenje v širšem pomenu zajema tudi izobraževanje in usposabljanje zaposlenih. Gre za duševni proces, ki nam omogoča pridobivanje novega znanja, ki bo pri našem delu uporabno. Pomagalo nam bo bolje razumeti sebe, svet in uporabnike naših storitev. Zaposleni se s stalnim učenjem nenehno spreminjamo, odkrivamo nove poti za doseganje zastavljenih ciljev. Pod vplivom učenja se spreminja naše delovanje, vedenje, čutenje in mišljenje. Učenje je zapleten proces, ki zajema različne vrste umskih in telesnih dejavnosti.

Slika 1: Procesi ob uvajanju novosti



*Vir:* Možina, S. et al. (2015). Management kadrovskih virov. Ljubljana: FDV; lastni vir. *Izpopolnjevanje* je proces dopolnjevanja, spreminjanja in sistemiziranja že pridobljenega znanja, spretnosti, sposobnosti in navad. Izhaja iz nujnosti, da sicer ustrezno usposobljeni posamezniki zaradi nenehnega razvoja posameznih dejavnosti ves čas posodablajo in izpopolnjujejo svoje znanje, pridobivajo nove spretnosti in spreminjajo navade. Izpopolnjevanje omogoča zaposlenim, da vso svojo delovno dobo osvežujejo, dopolnjujejo, širijo in poglobljajo znanje in spretnosti, ki jih potrebujejo pri delu (Kramar, 2010, po Vukovič in Miglič, 2006).

Znanje je skupek urejenih informacij, ki privedejo do razumevanja. O odkritju (spoznanju) govorimo, kadar na podlagi znanja ugotovimo, kakšen je vpliv posameznih informacij na rešitev zadanega problema. Znanje se lahko definira tudi kot potencialno uporabna informacija (Znanje, 2015). V nadaljevanju avtorji navajajo, da je na prvi pogled jasen pomen besede znanje, v resnici pa ga je težko splošno veljavno definirati. Znanje organizaciji (zavodu) zagotavlja možnost hitrega odzivanja na spremembe in zahteve uporabnikov naših storitev ter na njeno uspešnost. Najbolj pogoste pojave oblike izobraževanja, ki jih za organizacije izvajajo samo zunanje institucije, so (Ferjan, 1999):

- usposabljanje osebja za izvajanje internih oblik izobraževanja,
- učenje tujih jezikov,
- izobraževanje za uporabo računalniških programov.

## 4 Pomen izobraževanja v Splošni bolnišnici Novo mesto

Skela Savič (2015) trdi, da nacionalnih smernic in standardov za področje izobraževanja v zdravstveni negi, ki bi bili nadgradnja Direktiv na tem področju, v Sloveniji ni, prav tako v zadnjih desetih letih ni definiranih potreb po izobraževanju v zdravstveni negi. Čukljek, Smrekar, Ledinski Fičko in Konjevoda (2015) ugotavljajo, da se je v zadnjih letih zaradi varnosti delovnega mesta zdravstvena nega na Hrvaškem ohranila na seznamu zaželenih poklicev. Težko rečemo, da to velja tudi za Slovenijo.

V Splošni bolnišnici Novo mesto menimo, da je poslovna uspešnost organizacije (zavoda) najbolj odvisna od zaposlenih, zato bomo samo s stalnim izobraževanjem zaposlenih dosegli, da so vsi seznanjeni s poslanstvom in vizijo bolnišnice, z vrednotami ter s cilji, ki jih želimo doseči. O tem, kako dosegati zastavljene cilje, zaposlene učimo na različnih izobraževanjih, in sicer s pomočjo internih učiteljev (zdravnikov, medicinskih sester ...) in tudi z zunanji izvjalci. Spodbujamo predvsem izmenjavo znanja in izkušenj med zaposlenimi: da znanje posameznika ne bi ostalo samo njegovo, smo poskrbeli s prenosom znanja s starejših na mlajše, izkušenih na manj izkušene, zaposlenih na novince.

Vodje posameznih oddelkov in organizacijskih enot na sestankih ali z individualnimi razgovori z zaposlenimi pridobijo informacije o njihovih željah, usmeritvah, interesnih področjih in potrebah po dodatnem usposabljanju oz. izobraževanju. Vodstvo nato skupaj z neposrednimi vodji usklajuje izražene potrebe in jih oblikuje v načrtih in planih razvoja in usposabljanja za potrebe zavoda. Bolnišnica pomaga tudi tistim delavcem, ki se izobražujejo za pridobitev višje strokovne izobrazbe, pa čeprav ta ni v interesu zavoda.

Vsako leto služba za zdravstveno nego pripravi predlog izobraževanja za naslednje leto z izobraževalnimi vsebinami. Vsak zaposleni posameznik na področju zdravstvene nege ima možnost, da si poišče izobraževanje v okviru načrtovanega izobraževanja DMSBZT Novo mesto, preko ostalih društev in strokovnih sekcij ter v okviru načrtovanega internega izobraževanja v bolnišnici in s tem najde nekaj primernege zase.

### *4.1 Notranje in zunanje izobraževanje za zaposlene na področju zdravstvene nege*

Medicinska sestra je kot nosilka zdravstvene nege v bolnišnici samostojna pri opravljanju svojega dela, vendar le v okviru svojih poklicnih kompetenc, zato se mora stalno izobraževati in usposablјati.

Vodstvo bolnišnice pri sprejemanju letnega načrta izobraževanja, usposabljanja in strokovnega izpopolnjevanja upošteva zahteve predpisov in potrebe delovnih procesov v bolnišnici, pri čemer pa zaposleni znanje, pridobljeno prek najrazličnejših oblik usposabljanja, vključujejo v delovni proces (Presoja Splošna bolnišnica Novo mesto, 2009). Vodstvo bolnišnice podpira strokovno izpopolnjevanje zaposlenih na področju zdravstvene nege, poudarja pomen strokovnega znanja za kakovostno

opravljanje dela, prav tako pa tudi moralne in etične kvalitete pri odnosu s pacienti, zato v skladu s planom izobraževanja ter s finančnim načrtom v zavodu organizira izobraževanje ali pa svoje delavce pošilja na izobraževanje, ki ga organizirajo zunanje institucije. Delavcem je omogočeno aktivno sodelovanje na različnih strokovnih srečanjih, simpozijih in kongresih, ker se vodstvo zaveda, da to pomeni promocijo znanja in praktičnih izkušenj tudi izven organizacije.

Ker se bolnišnica ukvarja z nudenjem negovalnih uslug pacientom, imajo zaposleni na tem področju vsakodnevno stike z njimi. Zato je pomembno, da vsi poznajo prednosti dobrega komuniciranja. Veliko izobraževanja je namenjenega prav temu področju.

Prvič se novo zaposleni z obveznimi temami izobraževanja seznanijo na uvajalnem seminarju, ki ga vodi diplomirana medicinska sestra Zdenka Seničar. Na tem seminarju jim predstavi vizijo, strategijo, poslanstvo in cilje bolnišnice ter organizacijsko kulturo. Dobijo vpogled v osnovne informacije o bolnišnici, seznanijo se z zahtevami in pričakovanji delovnega okolja in tako se jim olajša vključitev v delovno okolje. Vsak novi delavec mora opraviti uvajalni seminar iz varstva pri delu in protipožarnega varstva.

Ker je konkurenčna prednost bolnišnice najbolj odvisna od znanja zaposlenih, se v bolnišnici trudijo, da je potrebno znanje dosegljivo večini zaposlenih na področju zdravstvene nege. S pridobivanjem dodatnega funkcionalnega znanja se izboljšuje kakovost dela, varnost in osebni razvoj zaposlenih, hkrati pa se povečuje njihov občutek pripadnosti zavodu.

To pa lahko dosežemo tudi z notranjim izobraževanjem in s svojimi učitelji (zdravniki, medicinskimi sestrami ...), saj bi bilo v nasprotnem primeru pridobivanje znanja precej drago in nedosegljivo za večino zaposlenih. Notranje učitelje bolnišnica usposablja na različnih izobraževanjih, kongresih, seminarjih, simpozijih in delavnicah izven ustanove. Tam jih naučijo, kako pripraviti izobraževalno gradivo, kako izpeljati usposabljanje in katere so najboljše izobraževalne metode in tehnike za poslušalce. Pridobljeno znanje zaposleni implementirajo v vsakodnevno delo v bolnišnici ter ga preko internega izobraževanja na svojih oddelkih ali odsekih prenašajo na ostale sodelavke/sodelavce. Vodstvo bolnišnice si prizadeva, da na letnem nivoju doseže oz. preseže število udeležencev in število izobraževalnih ur za poklicne skupine na področju zdravstvene nege.

Mlajše zaposlene spodbujajo k formalnemu izobraževanju na Fakulteti za zdravstvene vede v Novem mestu in na drugih visokih šolah. Kadar je to v skladu s načrtovanim zaposlovanjem in načrtom izobraževanja v bolnišnici, le-ta krije stroške šolnine in plačane odsotnosti. Ti mlajši zaposleni še nimajo veliko delovnih izkušenj, kažejo pa velik potencial za prevzem ključnih delovnih mest v prihodnosti.

V bolnišnici poteka izobraževanje in usposabljanje delavcev na področju zdravstvene nege za opravljanje pripravništva na podlagi podeljenega pooblastila Ministrstva za zdravje. Bolnišnica je učna baza za dijake srednje zdravstvene šole in študente

visokih zdravstvenih šol in fakultet in je na podlagi odločbe Ministrstva za zdravje pooblaščen, da se v njej opravljajo strokovni izpiti za pripravnike s srednjo stopnjo strokovne izobrazbe. Bolnišnica že vrsto let omogoča obvezno delovno prakso študentom različnih šol in fakultet. Število udeležencev iz leta v leto narašča, zato stremimo k temu, da se vsako leto omogoči vsem kandidatom opravljanje obvezne delovne prakse.

Vodstvo in zaposleni so odgovorni za stalno izobraževanje, motivacijo in razvoj, zato morajo identificirati potrebe po izobraževanju in napredovanju. Mentorstvo je najboljša in nepogrešljiva oblika izobraževanja zaposlenih v bolnišnici. Predstavlja dolgotrajnejši proces medsebojnih stikov med mentorjem in novim delavcem oziroma študentom in dijakom. Ta dejavnost je v bolnišnici še posebej široko razvita in vključuje mentorstvo pripravnikom, študentom, dijakom, novim delavcem in že zaposlenim, ki se usposabljaajo za nova dela in naloge na področju zdravstvene nege. Na tem področju je mentorstvo pomembna in odgovorna naloga, zato tudi nagrajevanje za opravljeno delo predstavlja zaposlenim priznanje in dodatno motivacijo. Strinjamo se s Pahorjem (1998), ki pravi, da je pričakovana vloga ljudi v delovnem procesu fleksibilnost, avtonomnost in usposobljenost za sodelovanje, čemur se prilagaja tudi izobraževanje zaposlenih na področju zdravstvene nege.

## 5 Predstavitev primerjalne študije

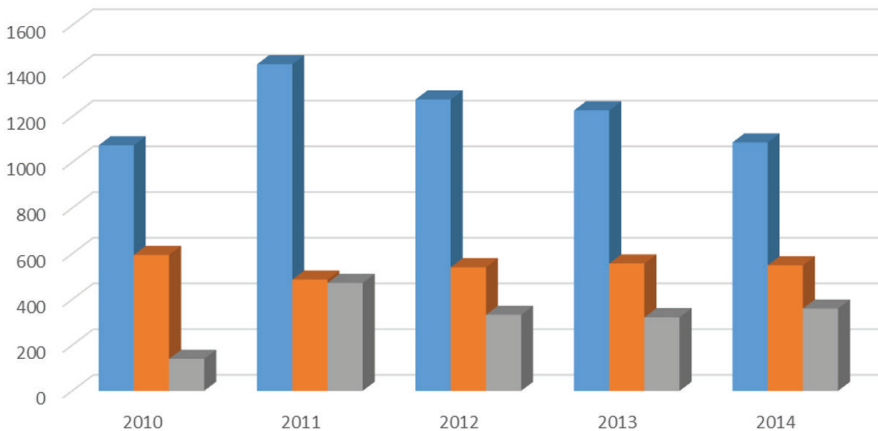
Florjančič in Paape (2002) menita, da živimo v času, ko se vsak dan srečujemo s številnimi spremembami. Priče smo pomembnim dosežkom v znanosti, šolstvu, tehniki in na ostalih področjih človekovega delovanja. Moramo zavedati, menita, da vse poti vodijo naprej - tistega, ki danes dela tako kot včeraj, jutri ne bo več. V nadaljevanju je prikazana primerjalna študija izobraževanja zaposlenih skozi štiriletno obdobje v Splošni bolnišnici Novo mesto. Osnovni namen te študije je pridobiti čim več podatkov o izobraževanju zaposlenih v Splošni bolnišnici Novo mesto, s poudarkom na zdravstveni negi. Hkrati pa je naš namen tudi pridobiti podatke in argumente, ki bodo koristili pri odločanju in ukrepanju za izboljšanje izobraževanja zaposlenih na tem področju. Le dobro izobraženi zaposleni bodo s svojim znanjem pripomogli k povečanju zadovoljstva pacientov in njihovih svojcev, predvsem pa bodo vplivali na izboljšanje organizacije dela v Splošni bolnišnici Novo mesto. Pri analizi predmeta preučevanja je uporabljena teoretična raziskovalna metoda in metoda vsebinske analize relevantnih virov.

Tabela 1: Število dni strokovnega izobraževanja za vse zaposlene v bolnišnici

	2010	2011	2012	2013	2014
Zdravniki	1074	1429	1275	1227	1087
Zdrav. nega	595	487	541	557	549
Nezdrav. delavci	140	472	333	322	360
Skupaj	1809	2388	2149	2106	1996

Vir: Splošna bolnišnica Novo mesto, 2014.

Graf 1: Število dni izobraževanja za vse zaposlene



Vir: Splošna bolnišnica Novo mesto, 2014.

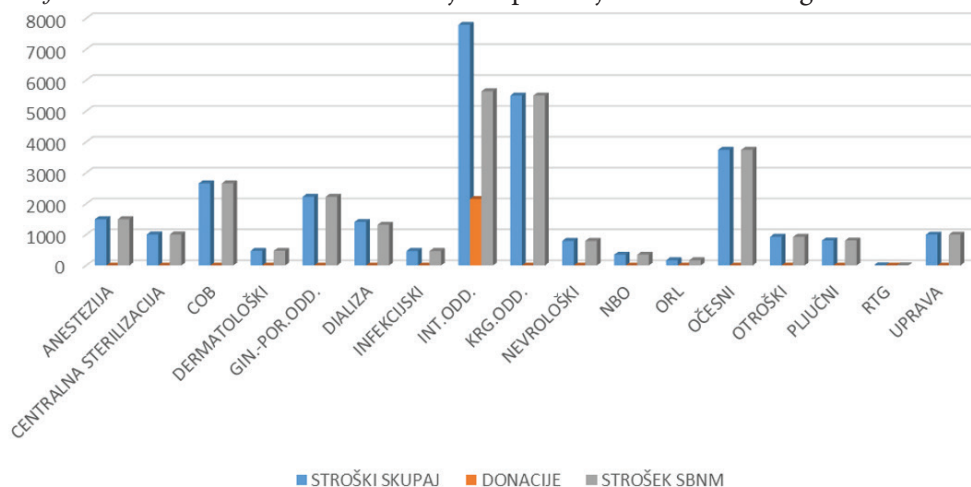
Tabela 2: Prikaz izobraževanja na področju zdravstvene nege

Oddelek	Št. dni	Aktivna u.	Stroški skupaj	Donacije	Strošek SBNM
Anestezija	30	0	1498,3	0	1498,3
Centralna sterilizacija	14	3	1005,65	0	1005,65
COB	47	8	2659,54	0	2659,54
Dermatološki	14	0	474,31	0	474,31
Gin.-por. odd.	31	2	2225,02	0	2225,02
Dializa	34	2	1409,3	0	1319,3
Infekcijski	9	2	469,99	0	469,99
Int.odd.	122	8	7792,7	2150,91	5641,79
Krg.odd.	124	6	5504	0	5504
Nevrološki	15	3	798,43	0	798,43
NBO	4	0	350,7	0	350,7
ORL	7	0	169,84	0	169,84
Očesni	57	11	3745,53	0	3745,53
Otroški	8	0	928,4	0	928,4

Pljučni	9	0	807,8	0	807,8
RTG	2	0	5,72	0	5,72
Uprava	22	8	1000,89	0	1000,89
	549	53	30846,12	2150,91	28605,21

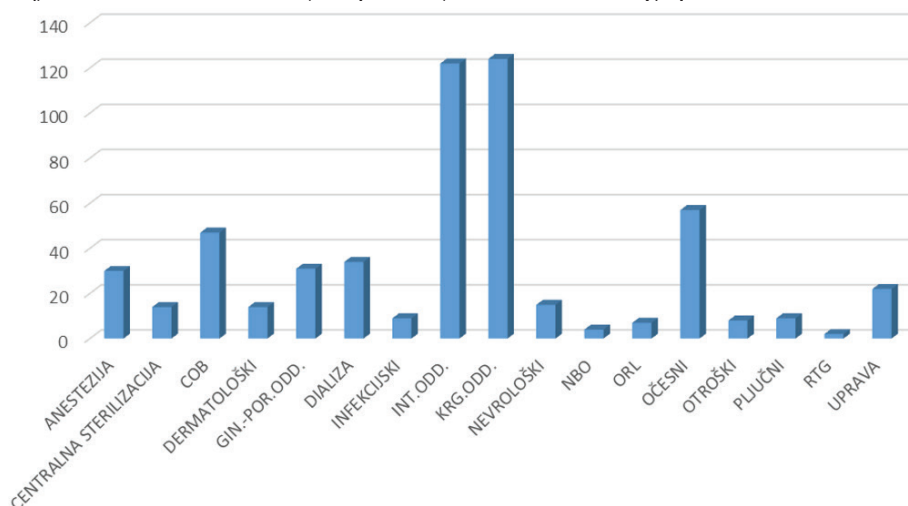
Vir: Splošna bolnišnica Novo mesto, 2014.

Graf 2: Prikaz stroškov za izobraževanje na področju zdravstvene nege



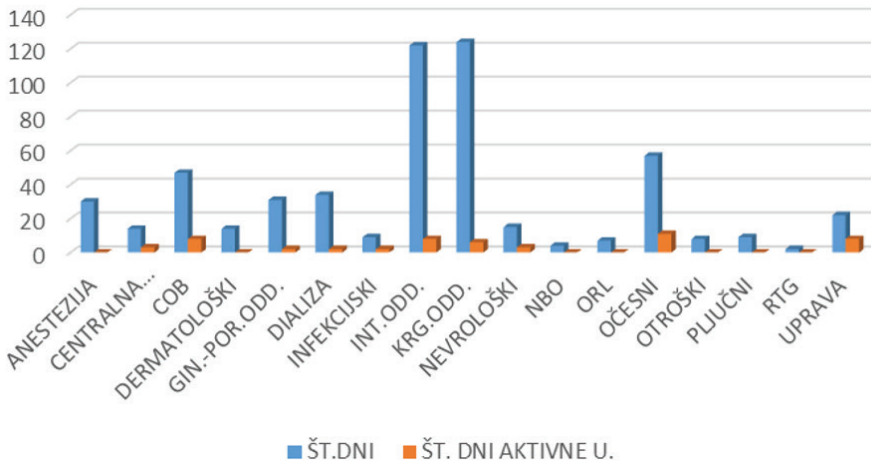
Vir: Splošna bolnišnica Novo mesto, 2014.

Graf 3: Število izobraževanj na področju zdravstvene nege po oddelkih



Vir: Splošna bolnišnica Novo mesto, 2014.

Graf 4: Število dni in število dni aktivne udeležbe zdravstvene nege



Vir: Splošna bolnišnica Novo mesto, 2014.

Na podlagi primerjalne analize izobraževanja zaposlenih v Splošni bolnišnici Novo mesto med posameznimi leti je razvidno, da se je število izobraževanj pri zdravstvenih od leta 2011 do leta 2014 zmanjšalo. Število izobraževanj pri zdravstveni negi se je leta 2011 zmanjšalo in se ponovno malo povečalo naslednje leto. Leta 2013 in 2014 pa je bilo število izobraževanj identično. Iz grafa 2 je razvidno, da so stroški za izobraževanje na področju zdravstvene nege največji na internem oddelku, sledi pa jim kirurški oddelek. Največ donacij za izobraževanje na področju zdravstvene nege ima interni oddelek, ostali oddelki pa zelo malo. Iz grafa 4 je razvidno, da imajo največ dni odsotnosti zaradi izobraževanja zaposleni na področju zdravstvene nege na internem in kirurškem oddelku. To je bilo mogoče tudi pričakovati, ker sta ta dva oddelka največja v bolnišnici. Na teh dveh oddelkih je namreč največ zaposlenih v zdravstveni negi. Od manjših oddelkov izstopa očni oddelek, ki je tretji v bolnišnici po izobraževanju negovalnega kadra. Ker bolnišnica stremi k temu, da zaposleni na področju zdravstvene nege aktivno sodelujejo tudi izven nje na kongresih, simpozijih ali predavanjih, je ta številka ponovno največja na internem in kirurškem oddelku. Zelo se jima približujeta očni oddelek in COB.

## 6 Razprava

Zgodovinski razvoj je pokazal, da je zdravstvena nega poklic, ki se hitro in stalno razvija. Kakor se razvija poklic, se morajo za zagotavljanje kakovosti in varnosti pacientov in njihovih svojcev izobraževati in razvijati tudi njeni izvajalci (medicinske sestre). Prav njihova izobrazba je ena ključnih dejavnikov razvoja in napredka stroke. Hoyer (2004) pravi, da je znanje predpogoj za razvoj kakovosti in varnosti v zdravstveni negi. Zdravstvena nega kot stroka se izredno hitro razvija, zato je per-



manentno izobraževanje izredno pomembno. V zdravstveni dejavnosti so potrebno znanje in veščine za opravljanje dela na vseh poklicnih ravneh zelo specifični in se strokovno stalno dopolnjujejo in poglobljajo, skladno z razvojem medicine in zdravstvene nege ter vseh drugih ved, ki obravnavajo človeka kot celoto (Kobal Straus, 2007, po Može, 2005). V nadaljevanju meni, da izobraževanje ne prispeva le k večji kakovosti poklica, ampak tudi k večji motivaciji in boljši samopodobi zaposlenih, obenem pa tudi k možnosti napredovanja in ne nazadnje primernemu plačilu za opravljeno delo. Zaposleni v zdravstveni negi lahko znanje pridobijo v različnih oblikah formalnega in neformalnega izobraževanja. Iz predstavljenih podatkov o neformalnem izobraževanju v tabelah in grafih smo ugotovili, da se medicinske sestre v Splošni bolnišnici Novo mesto na ta način izobražujejo na kongresih, simpozijih, v strokovnih sekcijah in društvih ter na različnih delavnicah. Pri izobraževanju sodelujejo tako pasivno kot aktivno. Medicinskim sestram v bolnišnici pomeni neformalno izobraževanje nadgradnjo znanja s področja zdravstvene nege, večjo suverenost pri delu in prepoznavnost poklica v širši javnosti ter družbi. Podatki kažejo, da se število dni izobraževanja v bolnišnici v zadnjih štirih letih ni bistveno spremenilo. Menimo, da se za izobraževanje medicinske sestre najpogosteje odločajo zaradi lastne želje po novem znanju in želje po svojem prispevku k napredku stroke. K temu pa pripomore tudi delovno okolje in nadrejeni, ki prepoznajo potrebo po izobraževanju zaposlenih. Poudarjamo, da izobražena medicinska sestra vpliva s svojim znanjem na napredek in kakovost zdravstvene nege, osebno uspešnost in tudi na večjo zadovoljstvo pacientov in njihovih svojcev.

## 7 Zaključek

Konkurenčnost na trgu je danes močno povezana z usposobljenostjo zaposlenih v organizaciji. To velja tudi za zaposlene na področju zdravstvene nege. Rastoča konkurenca in vedno večje zahteve in pričakovanja uporabnikov naših storitev silijo organizacijo k nenehnemu izboljševanju uspešnosti in učinkovitosti tudi na področju zdravstvene nege.

Pravica do izobraževanja je temeljna človekova pravica vseh zaposlenih, tudi na področju zdravstvene nege, zato mora Splošna bolnišnica Novo mesto zagotoviti ustrezno izobraževanje in usposabljanje vsem izvajalcev zdravstvene nege glede na naloge, ki jih opravljajo. Vemo, da so potrebe po izobraženih zaposlenih tudi v naši bolnišnici velike, možnosti za izobraževanje pa so omejene. S stalnim izobraževanjem delavci na področju zdravstvene nege zagotavljajo, ohranjajo in izboljšujejo kakovost oskrbe pacienta. Menimo, da je ključni dejavnik razvoja in napredka zagotovo stalno in ustrezno izobraževanje.

## LITERATURA

1. Čukljek, S. et al. (2015). Razlike u percepciji sestriinstva između studenata sestriinstva i zaposlenih medicinskih sestara. *Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti*, 1 (1), 35–42.
2. Ferjan, M. (1999). Organizacija izobraževanja. Kranj: Moderna organizacija, 10, 67–70.
3. Florjančič, J. in Paape, B. (2000). Organizacija in management. Kranj: Moderna organizacija.
4. Hoyer, S. (2004). Pomen permanentnega izobraževanja v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 38 (2), 113–116.
5. Jereb, J. (1998). Teoretične osnove izobraževanja. Kranj: Moderna organizacija.
6. Jug Došler, A. in Skubic, M. (2012). Analiza prakse izobraževanja v šolah za bodoče starše. *Obzornik zdravstvene nege*, 46 (4), 281–288.
7. Kobal Straus, K. (2007). Izobraževanje kot določilo konvencije 149, mednarodna organizacija dela v povezavi z domačo zakonodajo. Ljubljana: Obzornik zdravstvene nege.
8. Kramar, H. (2010). Izobraževanje zaposlenih kot konkurenčna prednost podjetja. Koper – Celje – Škofja Loka: Zbornik 7. festivala raziskovanja ekonomije in managementa.
9. Lužnik, U. et al. (2015). Neprekinjeno strokovno izobraževanje laboratorijskih delavcev – model za zagotavljanje varnega laboratorijskega testiranja. 8. Dnevi Angele Boškin. Jesenice: Antus.
10. Možina, S. et al. (2015). Management kadrovskih virov. Ljubljana: FDV.
11. Pahor, M. (1998). Razlogi za prehod izobraževanja za zdravstveno nego na univerzitetno raven in njegove značilnosti. Ljubljana: Obzornik zdravstvene nege, 32 (1–2), 5–19.
12. Presoja Splošna bolnišnica Novo mesto (2009).
13. Robida, A. (2014). Odnos in znanje kliničnih mentorjev zdravstvene nege o varnosti pacientov. *Obzornik zdravstvene nege*, 48 (3), 220–226.
14. Skela Savič, B. (2015). Izobraževanje v postopku pridobivanja LT. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.
15. Skela Savič, B. (2015). Smernice za izobraževanje v zdravstveni negi za program prve stopnje Zdravstvena nega (VS): rezultati prve Delfi iteracije. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.
16. Vukovič, G. in Miglič, G. (2006). Metode usposabljanja kadrov. Kranj: Moderna organizacija.

# Urejali smo arhiv

*POVZETEK - V prispevku je opisano urejanje zdravstvene dokumentacije v že obstoječem arhivu Očesne ambulante in Očesnega oddelka Splošne bolnišnice Novo mesto. Zdravstvena dokumentacija je katero koli izvirno ali reproducirano dokumentarno gradivo, ne glede na obliko zapisa (pisano, risano, tiskano, fotografirano ...) in vsebuje podatke o pacientu, njegovem zdravstvenem stanju oziroma zdravljenju. Poleg arhivske vrednosti ima hramba zdravstvene dokumentacije zlasti velik pomen za zdravljenje (spremljanje zdravstvenega stanja, zdravstvene oskrbe, podlaga za odločanje ...) in služi kot dokaz oziroma gradivo v raznih pravnih postopkih (upravni, pritožbeni, sodni postopki ...).*

*KLJUČNE BESEDE: arhivi, natančnost, zdravstveni kartoni*

## 1 Uvod

Arhiviranje dokumentacije je poslovno zahtevna in odgovorna naloga. To velja tako za klasično kot za elektronsko arhiviranje poslovne dokumentacije. Arhiviranje mora biti izvedeno profesionalno in mora zadostiti tako poslovnim kot zakonskim zahtevam. Poleg kvalitete organiziranja in varnosti arhiviranja, je treba zadostiti zakonskim zahtevam o rokih trajanja arhiviranja za posamezno vrsto poslovne dokumentacije.

Brez dokumentiranja in arhiviranja ni možen procesni metodološki pristop. Dokumentirajo in shranjujejo se podatki za potrebe obravnave očesnega pacienta v Splošni bolnišnici Novo mesto. Podatki so vse zapisane informacije, dostopne na očesnem oddelku (Hajdinjak in Meglič, 2012, str. 45).

Namen shranjevanja dokumentacije je splošen pregled na planirano in izvedeno zdravstveno obravnavo. Namen tega pa je zagotavljanje kvalitetne in kontinuirane zdravstvene nege med zdravstveno obravnavo posameznika (Kroell in Birthe-Garde, 2005).

Ker zdravstveni podatki spadajo med osebne podatke, še natančneje - med občutljive osebne podatke, je za razumevanje obravnavane tematike najprej potrebno seznanjanje s področjem varstva osebnih podatkov in doslednim varovanjem zdravstvene dokumentacije.

Vse delavce v zdravstvu (v Sloveniji in tudi drugod po svetu) k poklicni molčečnosti zavezujejo številne listine, kodeksi, prisege iz najrazličnejših obdobij družbenega in človeškega razvoja in tiste, ki so nastale pod različnimi religioznimi vplivi. V vseh

pa se pojavlja zahteva po diskreciji brez pridržkov in izjem o vsem, kar je zdravnik izvedel o bolniku in njegovi bližnji okolici.

Vse zdravstvene delavce na področju Republike Slovenije k poklicni molčečnosti zavezuje Kodeks medicinske deontologije Slovenije.

## 2 Osební zdravstveni podatki

Za definicijo, kaj je zdravstveni podatek, in za razumevanje, kaj pomeni obdelava tovrstnih podatkov, je najprej treba razjasniti, kaj sploh pomeni osebni podatek. Po Zakonu o varstvu osebnih podatkov (Uradni list RS, št. 86/2004, 5. 8. 2004), v nadaljevanju ZVOP-1, je osebni podatek katerikoli podatek, ki se nanaša na posameznika, ne glede na obliko, v kateri je izražen. Pri tem je s posameznikom mišljeno, da je posameznik vsaka določena ali določljiva fizična oseba, če se jo lahko neposredno ali posredno identificira, predvsem s sklicevanjem na identifikacijsko številko, enega ali več dejavnikov, značilnih za njeno fizično, fiziološko, duševno, ekonomsko, kulturno ali družbeno identiteto, pri čemer način identifikacije ne povzroča velikih stroškov, nesorazmerno velikega napora ali ne zahteva veliko časa.

Nadalje je pomembno razumevanje, kaj pomeni obdelava osebnih podatkov, in sicer po ZVOP-1 pomeni obdelava osebnih podatkov kakršno koli delovanje ali niz delovanj, ki se izvaja v zvezi z osebnimi podatki, ki so avtomatizirano obdelani ali ki so pri ročni obdelavi del zbirke ali so namenjeni vključitvi v zbirko osebnih podatkov, zlasti zbiranje, pridobivanje, vpis, urejanje, shranjevanje, prilagajanje ali spreminjanje, priklicanje, vpogled, uporaba, razkritje s prenosom, sporočanje, širjenje ali drugo dajanje na razpolago, razvrstitev ali povezovanje, blokiranje, anonimiziranje, izbris ali uničenje; obdelava je lahko ročna ali avtomatizirana. Zbirka osebnih podatkov pa je glede na določilo šeste točke 6. člena ZVOP-1 vsak strukturiran niz podatkov, ki vsebuje vsaj en osebni podatek, dostopen na podlagi meril, ki omogočajo uporabo ali združevanje podatkov, ne glede na to, ali je niz centraliziran, decentraliziran ali razpršen na funkcionalni ali geografski podlagi; strukturiran niz podatkov je niz podatkov, ki je organiziran na tak način, da določi ali omogoči določljivost posameznika.

Skozi leta se je v arhivu Očesne ambulante in oddelka Splošne bolnišnice Novo mesto nabralo veliko zdravstvenih kartonov, tako da se nekaterih predalov dobesedno ni dalo zapreti. Sistematičnega urejanja kartonov naših pacientov smo se lotili leta 2007 in ga v več etapah nadaljevali vse do 2015.

Arhiv Očesne ambulante in oddelka SBNM je zelo obsežen - vsebuje štiri predalčne in dvopredalne omare, skupno okrog 120 predalov. Če upoštevamo, da je v vsakem predalu približno 250 kartonov, pridemo do visokega števila vseh kartonov. Urejeni so po barvah, in sicer so kartoni za ženske roza, za moške pa modre barve. Govora je bilo o poenotenju, vendar je vsaj zaenkrat delo s kartoni, ločenimi po spolih, lažje.

Tako se je skozi leta v arhivu Očesne ambulante in oddelka nabralo veliko število zdravstvenih kartonov. Ti so bili še do nedavnega več let dodatno še v omarah na hodniku nasproti Očesne ambulante v kleti SBNM, zaklenjeni s ključavnico. Ves čas pa je treba biti zelo pozoren tudi na prometni režim v veznem hodniku.

### 3 Sistematično urejanje arhiva

Leta 2007 smo se lotili dela in najprej združili dvojnike. Do tega, da je nekdo imel dva kartona, je prišlo iz več razlogov. Vsakič, kadar je pacient prišel na obisk, smo ga vprašali, ali se prvič zdravi pri nas – velikokrat se še sam ni spomnil, zato smo nastavili nov karton. Veliko ljudi zamenja priimek, npr. ob poroki, nekateri to radi počnejo iz drugih razlogov, tak pojav je najbolj številen pri romski populaciji. Izločili smo tiste z nepopolnimi podatki, kadar je na primer karton vseboval zgolj ime in priimek. Ravno tako smo iz kartonov izločili stare napotnice, da bi zmanjšali obseg. Ko je arhiv začel nastajati, se je namreč vse pisalo na roke in ni bilo nalepk z vsemi podatki. Sedaj je urejanje ravno zato in zaradi podpore informacijskega sistema veliko lažje.

Leta 2011 smo se po posvetu s pravnico lotili izločanja kartonov tistih pacientov, ki so se pri nas zdravili pred več kot 15 leti. Izločili smo jih veliko, saj so se pri nas zdravili številni iz republik bivše Jugoslavije in vse Slovenije, ki pa se pozneje niso več vračali.

To delo smo opravljali, kadar je bil zmanjšan obseg rednega dela, nekaj tudi ob sobotah, vendar ni bilo vidnega napredka oziroma je bil ta zelo počasen.

Šele 2014, ko se je v sklopu celotne bolnišnice začel urejati arhiv, smo tudi na našem oddelku začeli s sistematičnim in natančnim urejanjem. Zopet smo izločali kartone pacientov, ki jih ni bilo tu že 15 let, in čeprav smo se dela lotili vsi, tako srednje kot diplomirane medicinske sestre, magistri zdravstvene nege, administratorke, nam zaradi časovnih ovir ni uspelo. Zaposlili smo za pomoč še študente in z njihovo pomočjo nam je uspelo. Toda tukaj se zgodba še ni zaključila.

Sledilo je namreč izločanje kartonov umrlih pacientov s pomočjo on-line sistema ZZS. To je potekalo zelo počasi, saj je bilo treba vsakega preveriti preko računalnika. Zato smo morali vse kartone, seveda posamično, preložiti v škatlo, pripeljati do računalnika, preveriti in dostaviti nazaj v predal. Smo se pa na ta način znebili kartonov pacientov, ki niso zavarovani v RS, ker jih sistem ni našel. Prav tako smo lažje združili tiste z drugim priimkom. Izločili smo seveda tudi kartone umrlih in jih vse uredili po letnicah za trajni arhiv. Torej se z izločanjem kartona delo ne konča, saj ga je treba pripraviti oziroma pospraviti tja, kamor spada. Iz enega predala smo tako izločili približno 10-15 kartonov. Tudi pri tem smo sodelovali vsi zaposleni, tudi ob popoldnevih in vikendih, se pa spet ne bi izšlo brez pomoči pridnih študentov.

Končno nam je v septembru 2015 uspelo zaključiti delo. Sedaj so kartoni lepo urejeni po abecedi oziroma po letu rojstva, če je več pacientov z enakim priimkom in imenom.

## 4 Razprava

Lastnik zbirke osebnih zdravstvenih podatkov ni bolnik, čeravno se podatki nanj nanašajo. Bolnik ima pravico fotokopirati vse zdravstvene podatke, ki se nanašajo nanj, originalne zdravstvene dokumentacije pa ne more dobiti v svoje roke, saj so zanj zadolženi zdravniki. Originalna kartoteka bolnika je torej last upravljavca zbirke osebnih podatkov, to pa je zdravnik oziroma zdravstvena ustanova. Za varovanje zdravstvenih podatkov naj bi bil predviden poseben zakon, ki bi urejal to danes vse bolj problematično področje, a ker tega posebnega zakona v Sloveniji še nimamo, se uporablja Zakon o varstvu osebnih podatkov (Uradni list RS, št. 86/04, 5. 8. 2004), ki podatke o zdravstvenem stanju uvršča med občutljive osebne podatke. Tudi v Zakonu o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (Uradni list RS, št. 65/2000, 21. 7. 2000) piše, da se za zbiranje, obdelavo in posredovanje osebnih podatkov, vsebovanih v zbirkah podatkov (sem spadajo torej tudi osebni zdravstveni podatki posameznikov) uporabljajo določbe Zakona o varstvu osebnih podatkov, kolikor s tem zakonom za posamezne primere ni drugače določeno. Institucionalno varstvo osebnih podatkov zagotavljata Državni nadzorni organ za varstvo osebnih podatkov in Varuh človekovih pravic. Torej, položaj nadzornega organa za varstvo osebnih podatkov ima državni nadzorni organ, ki je v Sloveniji informacijski pooblaščenec oziroma Urad informacijskega pooblaščenca, ki je pristojen za inšpekcijski nadzor nad izvajanjem zakona in drugih predpisov, ki urejajo varstvo ali obdelavo osebnih podatkov. Za zunanje sodelovanje in zunanji nadzor na področju varstva osebnih podatkov pa je pristojen še varuh človekovih pravic, ki opravlja svoje naloge na področju varstva osebnih podatkov.

## 5 Zaključek

Ob vsem tem že znanem dejstvu je urejanje arhiva prej zahtevna kot enostavna naloga, saj moramo biti pri ravnanju z osebnimi podatki zelo pozorni, in sicer na podobne priimke, posamezne črke, letnice ipd. Delo je potekalo tudi na višini 1,5 metra, kjer je bil delovni pripomoček lestev. Ugotovili smo, da v arhiv sodijo ljudje, ki so zelo natančni in redoljubni. Zaradi delovanja 4 ambulant je preobremenjenost zaposlenih v očesni ambulanti več kot očitna. Dnevna priprava tudi do 120 kartotek (prav toliko jih je seveda treba vložiti nazaj) zahteva veliko časa. Istočasno vlaganje kartonov pacientov, ki so zaključili obravnavo, tudi vzame veliko delovnega časa, zato je bilo urejanje arhiva nujno.

Stanje v arhivu očesne ambulante bo sčasoma postalo enako kot pred leti, če se ne bo tu zaposlila oseba, ki bo dejansko skrbela izključno za arhiviranje zdravstvene dokumentacije. Medicinske sestre in administratorke v Očesni ambulanti namreč tega ne morejo opravljati poleg svojega rednega dela.

Zaposleni si želimo urejeno in primerno vodeno dokumentacijo, skladno z zavezujočo zakonodajo na tem področju.

## LITERATURA

1. Hajdinjak, G. in Meglič, R. (2012). *Sodobna zdravstvena nega*. 2. dopolnjena izdaja. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.
2. Informacijski pooblaščenec (2005). *Zgodovina urada*. Pridobljeno 11. 12. 2015, s <http://www.ip-rs.si/o-uradu/zgodovina/zgodovina-urada/>.
3. Varuh človekovih pravic (2005). *Osebna izkaznica*. Pridobljeno 11. 12. 2015, s <http://www.varuh-rs.si/index.php?id=15#c1219>.
4. *Zakon o varstvu osebnih podatkov* (2004). Uradni list Republike Slovenije št. 86.
5. *Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva* (2000). Uradni list Republike Slovenije št. 65.
6. *Zdravniška zbornica Slovenije* (2007). *Kodeks medicinske deontologije Slovenije*. Pridobljeno 11. 12. 2015, s <http://www.zdravniskazbornica.si/ozzs.asp?FolderId=386>.

## Ali mora danes po operaciji še boleti?

*POVZETEK - Nadzor in uspešnost lajšanja akutne pooperativne bolečine (APB) je kazalnik kakovosti zdravstvenih storitev. Pooperativna bolečina je ena najbolj neprijetnih izkušenj, ki jih pacient doživi v času hospitalizacije in lahko vodi v pooperativne zaplete. Zato v zadnjem času v Splošni bolnišnici Novo mesto (SB NM) akutni pooperativni bolečini namenjamo vse več pozornosti. V novembru 2014 smo na Oddelku za anesteziologijo, intenzivno terapijo in terapijo bolečine SB NM organizirali službo za lajšanje akutne pooperativne bolečine (SLAPB). V tem sklopu diplomirane medicinske sestre iz anestezije skupaj z anesteziologi, oddelčnimi medicinskimi sestrami in kirurgi opravljamo bolečinske vizite pri pacientih, ki so bili pred tem operirani.*

*KLJUČNE BESEDE: pacienti, akutna pooperativna bolečina, bolečinske vizite*

### 1 Uvod

Dostop do kakovostne zdravstvene storitve je osnovna človekova pravica, ki jo priznavajo in spoštujejo Evropska unija, vse njene institucije in državljani Evrope. V skladu s tem dejstvom imajo pacienti pravico pričakovati, da bo ves trud vložen v zagotovitev njihove varnosti kot uporabnikov vseh zdravstvenih storitev (Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika, 2005).

Ministrstvo za zdravje je leta 2006 v Nacionalnih usmeritvah za razvoj kakovosti v zdravstvu definiralo pojem kakovosti z naslednjimi kriteriji:

*Uspešnost* - Ali naši posegi izboljšujejo zdravstveno stanje pacienta?

*Varnost* - Ali bomo škodili pacientu?

*Učinkovitost* - Ali lahko to storimo ceneje z enakim rezultatom?

*Enakost* - Ali prihaja do razlik na podlagi spola, starosti in socialnega statusa?

Osredotočenje na pacienta - Ali zdravimo pacienta tako, kot bi zdravili lastne otroke ali starše? (Lubi, 2009)

### 2 Bolečina

Bolečina nas spremlja vse življenje. Je kompleksna izkušnja in je pogosto znak, da se v našem telesu dogaja nekaj neobičajnega. Bolečina vpliva na naše življenje, počutje, medosebne odnose ter vpliva na kakovost življenja in poklicno udejstvovanje.



Po definiciji IASP (International Assotiation for the Study of Pain) in American Pain Society je bolečina neprijetna čutna, čustvena izkušnja, ki je lahko posledica aktualne ali potencialne poškodbe tkiva. Po tej definiciji je bolečina pojav, ki je sestavljen iz več elementov in vpliva na človekovo fizično, psihično in socialno funkcioniranje (Ščavničar, 2004).

Bolečina je predvsem subjektivna izkušnja. Za ocenjevanje bolečine nimamo objektivnih meril ali lestvic, temveč bolečino opiše oziroma oceni zgolj bolnik sam. Zato so pacientove ocene edini kazalec prisotnosti, moči in razsežnosti bolečine (Šmitek, 2008).

Poznamo več vrst bolečin. Glede na trajanje bolečino delimo na akutno in kronično. Po izvoru je bolečina lahko nociceptivna ali nevropatska, ki je izredno zahtevna za zdravljenje.

Med akutno bolečino sodi pooperativna bolečina, ki je posledica poškodbe tkiv med operacijo. Pacient jo začuti takoj, ko se prebudi iz narkoze, oziroma ko učinek lokalne ali periferne anestezije popusti. Lahko rečemo, da je akutna pooperativna bolečina pričakovana in da običajno z zacelitvijo tkiv mine. Pooperativna bolečina je ena izmed najbolj neprijetnih izkušenj pacienta v času hospitalizacije, zato se ji v zadnjem času posveča veliko pozornosti. Z zdravljenjem bolečine pričnemo že med operacijo, saj s pravočasnim apliciranjem analgetika med samim operativnim posegom preprečimo močno pooperativno bolečino.

Slabo zdravljena oz. nezdravljena akutna pooperativna bolečina je za pacienta škodljiva in lahko pripelje do komplikacij, kot so pljučnica, atelektaza, globoka venska tromboza, ileus, okužba ran ... Podcenjevanje bolečine vodi v stres pri pacientu in njegovih svojcih. Zapleti podaljšujejo ležalno dobo in zato povzročajo višje stroške zdravljenja.

Vzrokov za močno akutno pooperativno bolečino je več. Krčevski Škvarč (2005) navaja podcenjen odnos zdravnikov in zdravstvenega osebja do nje ter poudarja pomen odnosa nacionalnih organizacij do zdravljenja akutne pooperativne bolečine. Prisoten je strah pred stranskimi učinki analgetikov in pogosto primanjkuje časa za obravnavanje bolečine po operaciji. Poudarja pa tudi pomen informiranosti in aktivne vloge pacienta.

### *2.1 Vloga medicinske sestre pri lajšanju akutne pooperativne bolečine*

Bolečina je osebna izkušnja, zato je z etičnega vidika še vedno primerna definicija bolečine medicinske sestre Margo McCaffery iz leta 1968, ki pravi, da je bolečina prisotna kjer koli in kadar koli posameznik reče, da jo občuti, oz. doživlja, in je tako močna, kot jo ocenjuje. Definicija je za medicinske sestre zavezujoča, kar pomeni, da moramo pacientu vedno verjeti, ko toži, da trpi bolečino, ne glede na to, ali je vzrok bolečine znan (Ščavničar, 2004).

Medicinske sestre pri svojem delu upoštevamo kodeks etike, ki v petem načelu narekuje, da je vse delovanje medicinskih sester usmerjeno v lajšanje bolečin.

Rešetič (2012) poudarja pomen odgovornosti medicinske sestre. Pacienti ob sprejemu in po operaciji še vedno trpijo zaradi bolečine, ker zdravstveni delavci nimamo dovolj znanja in izkušenj ali napačno ocenjujemo njeno intenzivnost. Včasih pa je vzrok tudi pacientova potrpežljivost. Delavci v zdravstveni negi se bistveno premalo zavedamo pomena zdravstvene nege v zvezi z lajšanjem bolečine. Poudarja tudi pomen partnerskega odnosa med medicinsko sestro in pacientom (Rešetič, 2012).

Pri ocenjevanju bolečine lahko uporabljamo različne lestvice, po katerih pacient oceni bolečino. V SB Nm uporabljamo numerično lestvico od 0 do 10.

Stopnje pooperativne bolečine:

- 0 – 1 brez bolečine
- 2 – 3 blaga bolečina
- 4 – 5 zmerna bolečina
- 6 – 8 huda bolečina
- 9 – 10 neznosno huda bolečina

Pomembno je, da pričnemo z lajšanjem bolečine, še preden se le-ta razvije. Pacient mora vedeti, da močno bolečino preprečimo s pravočasnim zdravljenjem.

Naša prizadevanja so usmerjena v pacientovo dobro počutje in udobje, v zagotavljanje samostojnosti pri opravljanju življenjskih aktivnosti ter odstranjevanje vzrokov za bolečino (Šmitek, 2008).

### 3 Bolečinske vizite v Splošni bolnišnici Novo mesto

Težnja po obvladovanju akutni pooperativni bolečini (APB) je na našem oddelku zorela že nekaj let. S tem namenom je bila najprej oblikovana zloženka »Lajšanje pooperativne bolečine«, s katero pacienta pred planiranim operativnim posegom seznanimo z načini lajšanja APB. Leta 2014 je bila organizirana Služba za lajšanje akutne pooperativne bolečine (SLAPB) in oblikovan enoten bolečinski list »Navodila anesteziologa za lajšanje pooperativne bolečine in ostale terapije« ali t. i. bolečinski »rumeni« list. Izvedeno je bilo interno izobraževanje zdravstvenega osebja in v jeseni 2014 smo diplomirane medicinske sestre iz anestezije pričele izvajati bolečinske vizite.

Bolečinske medicinske sestre (BMS) smo diplomirane medicinske sestre z Oddelka za anesteziologijo, intenzivno terapijo in terapijo bolečine, ki sodelujemo v zdravstvenem timu za obvladovanje akutne pooperativne bolečine in predstavljamo vez med anesteziologom, oddelkom, kirurgom in pacientom.

Potrebne kompetence za profesionalno delovanje BMS so vidne ali opazne (znanje, veščine, spretnosti), ki jih razvijamo z izobraževanjem in urjenjem, ter nevidne ali skrite (lastnosti, vedenja, vrednote, prepričanja), ki jih je težje razvijati z izobraževanjem, enostavneje je namreč izbirati »prave ljudi na prava mesta« (Ivanuša Bezjak, 2006, v Svilenkovič, 2014). BMS mora pri svojem delu znati pridobiti bolnikovo

sodelovanje, znati poslušati, slišati in verjeti, se vživeti v vlogo bolnika. Svoje delo mora opravljati strokovno in se zavedati pomena neverbalne komunikacije.

Na našem oddelku bolečinsko vizito izvaja osem diplomiranih medicinskih sester in dva anesteziologa kot koordinatorja SLAPB: asist. Silva Ostojić Kapš, dr. med., spec. anesteziologije, in Darko Janežič, dr. med., spec. anesteziologije.

Vsi sodelujoči v SLAPB stremimo k zagotavljanju nadzorovanega lajšanja APB, urejeni analgetični terapiji in dvigu zadovoljstva naših pacientov. Z bolečinskimi vizitami želimo od pacienta pridobiti čim več povratnih informacij (ali predpisana analgetična terapija zadostuje). Istočasno dobimo tudi vpogled v uspešnost obvladovanja APB pri določenih operativnih posegih. Cilj je zadovoljen bolnik z obvladovano oziroma »ozdravljeno« bolečino.

Bolečinska vizita zajema:

- informiranje o posebnostih glede APB na oddelku,
- izčrpen pogovor s pacientom,
- oceno jakosti bolečine od operacije naprej ter pogostnost merjenja le-te,
- zaporedje prejete analgezije,
- preverjanje jakosti bolečine po danem analgetiku,
- ocenjevanje trenutne jakosti bolečine,
- v sodelovanju s pacientom - ugotavljanje razlogov, zaradi katerih le-ta ni opozoril na svojo bolečino,
- ugotavljanje morebitnih zapletov, stranskih učinkov,
- nadzor nad kontinuirano protibolečinsko analgezijo preko epiduralnega katetra in katetra v rani,
- pridobivanje povratne informacije o popuščanju regionalne anestezije in pravočasnosti danega analgetika,
- ocenjevanje zadovoljstva bolnika glede lajšanja APB.

Lajšanje APB se začne že v prebujevalnici centralnega operacijskega bloka, pred tem pa pacient dobi analgetike že med operativni posegom. V prebujevalnici je toliko časa, dokler njegova kooperativna bolečina ni umirjena (APB ocenjena med 0 in 3).

Bolečinske vizite izvajamo dan po operaciji pri vseh operiranih, kjer APB lajšamo intravensko, preko epiduralnega katetra ali katetra v rani. Zelo pomemben je bolečinski list, ki ga izpolni anesteziolog v operacijski sobi in tako pripravi načrt lajšanja APB.

Bolečinski list omogoča:

1. večjo preglednost in sledljivost dane analgetične terapije,
2. vidnost bolečine z rednim opazovanjem, merjenjem in beleženjem izmerjenih ocen njene jakosti,
3. vpogled v uspešnost zdravljenja in lajšanja APB,
4. jasna navodila oddelčnim medicinskim sestram za lajšanje APB.

Ocenjevanje jakosti bolečine, preverjanje učinkovitosti dane analgezije, dokumentiranje in seznanitev pacientov z možnostjo lajšanja bolečine so intervencije zdravstvene nege, pri katerih BMS samostojno odloča o vrsti in načinu izvedbe. O spremembi ali uvajanju analgetične terapije odloča zdravnik (Šmitek, 2008). BMS o posebnostih poroča anesteziologu, ki po potrebi spremeni ali doda analgezijo.

## 4 Ocena stanja uspešnosti lajšanja akutne pooperativne bolečine (APB)

Od novembra 2014 do decembra 2015 je bilo v okviru SLAPB opravljenih 2620 bolečinskih vizit. Do februarja 2015 smo bolečinske vizite beležili zgolj v protokol. Med tem časom smo v sodelovanju z anesteziologi in s strokovno direktorico oblikovali obrazec »Navodila anesteziologa za lajšanje pooperativne bolečine in ostale terapije«, t. i. bolečinski »rumeni« list.

Na našem oddelku smo analizirali podatke bolečinskih vizit za štiri mesece. Želeli smo preveriti, kako uspešni smo. Podatki, zajeti v tem prispevku, so bili pridobljeni in analizirani iz dvojnikov bolečinskih listov za lažje obvladovanje in urejanje APB. Podatke smo razdelili na dve obdobji: april–maj 2015 (prvo obdobje) in september–oktober 2015 (drugo obdobje). V prvem obdobju je bilo opravljenih 525 bolečinskih vizit. V drugem obdobju pa 686 bolečinskih vizit, kar kaže na povečano potrebo po obvladovanju APB. Opažamo, da je v drugem obdobju pravilno izpolnjenih več bolečinskih listov, kar si lahko razlagamo, da je bil ta način dela dobro sprejet.

Bolečinski list je razdeljen na časovna obdobja štirih ur, znotraj katerih se vpisuje izmerjena ocena jakosti bolečine. Pri analiziranju ocen jakosti bolečine v obeh zajetih obdobjih nas je zanimalo:

- Kakšna je bila ocena jakosti APB pacientov ob bolečinski viziti?
- Katere operacije so najbolj boleče?
- Ali je bila terapija dana v določenih časovnih presledkih ali po potrebi?
- Ali je bila izvedena kontrolna ocena jakosti APB?
- Ali je bila predpisana zadostna analgezija glede na tip operacije?

V prvem obdobju je imelo 18 % pacientov ocenjeno bolečino 4-5, 6–8 pa kar 5 %, kar predstavlja skoraj četrtino pacientov v tem obdobju. APB, ocenjeno z 0–3, je imelo 77 % pacientov, zajetih v tem obdobju. V drugem obdobju je imelo 76 % pacientov oceno 0–3. Od 686 zajetih pacientov z APB je imelo dan po operaciji ocenjeno bolečino 4 in več kar 24 %. Obe obdobji sta prikazali približno enako stanje, ne glede na število pacientov.

Ugotavljamo, da so travmatološke operacije najbolj boleče (operacija petnice, križnih vezi, nadlahti), sledijo jim operacije hemoroidov, abderoplastika in amputacije. Ocenjeno bolečino 0-3 je imelo 77 % operirancev v obeh obdobjih (ureteroskopija, TUR mehurja, operacija krčnih žil, artroskopija kolena, dimeljska kila). Četrtina pacientov v obeh obdobjih ima oceno bolečine 4 in več. Iz podatkov je bilo razvidno,

da so bili analgetiki pogosto dani le po potrebi, ko je bila jakost bolečine že ocenjena na 4 ali več, in ne redno na ure, ali pa je bilo le-teh predpisanih premalo. Opažamo, da je kontrolna ocena jakosti APB po apliciranem analgetiku redka oz. ni zabeležena na bolečinski list, kar onemogoča ocenjevanje uspešnosti lajšanja APB.

Trenutno zbrani podatki so sicer pičli, nekaj na račun v začetku slabo evidentiranih podatkov, nekaj pa na račun nerazumevanja zahtev rumenega lista. Želimo si, da po prepoznavi zelo bolečih operacij in s tem povezane hude APB dosežemo tudi s predpisovanjem analgetične terapije in tehnik anestezije boljše obvladovanje APB.

Za uspešno ocenjevanje jakosti bolečine in hkrati lažje obvladovanje APB moramo stremeti k trem osnovnim smernicam:

- bolečina naj bi bila nižja od 3, nad 5 pa takoj prepoznana,
- čas do aplikacije analgetika kratek,
- kontrolna ocena jakosti bolečine enaka ali manjša od 3.

Obvladovanje bolečine je odraz kvalitetne zdravstvene nege zdravstvene ustanove.

BMS se na vizitah srečujemo pretežno s hvaležnimi pacienti, le malokrat pa tudi z nezadovoljnimi. V izogib takim neželenim dogodkom skušamo skupaj z zdravstvenim osebjem oddelka poiskati rešitve, po potrebi se posvetovati z anesteziologom ter s tem doseči učinkovitejšo in kakovostnejšo zdravstveno nego pacienta z bolečino. Informiran bolnik je pripravljen na bolečino, je motiviran in sodeluje. Povratne informacije nam omogočajo uvajanje novih izboljšav in s tem obvladljivejšo akutno kooperativno bolečino. Na ta način uspešno stremimo k strateškemu cilju naše bolnišnice: »Bolnišnica brez bolečine«.

## 5 Zaključek

Z izvajanjem bolečinskih vizit želimo dvigniti raven zadovoljstva bolnikov in doseči čim kvalitetnejšo zdravstveno oskrbo. Zavedati se moramo, da bolečina kot pomemben dejavnik pri zdravljenju močno vpliva na pacientovo oceno kvalitete zdravstvene oskrbe. Za medicinske sestre pa predstavlja peti vitalni znak, ki si zasluži enakovredno obravnavo kakor opazovanje, spremljanje in dokumentiranje krvnega pritiska, pulza, telesne temperature in dihanja.

## LITERATURA

1. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov (2006). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
2. Krčevski Škvarč, N. (2005). Lajšanje bolečine po operaciji. Medicinski mesečnik.
3. Lubi, T. (2009). Kakovost v zdravstveni negi. Pridobljeno 1. 12. 2015, s [http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres\\_zbn\\_7/pdf/132B.pdf](http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/132B.pdf).

4. Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika (2005). *Zdrav Vestn*, 74, 413-4.
5. Navodilo za lajšanje pooperativne bolečine (2014). Novo mesto: Splošna bolnišnica Novo mesto.
6. Pridobljeno 1. 12. 2015, s [http://www.szd.si/user\\_files/vsebina/Zdravniski\\_Vestnik/vestnik/st5-7-8/413-414.pdf](http://www.szd.si/user_files/vsebina/Zdravniski_Vestnik/vestnik/st5-7-8/413-414.pdf).
7. Rešetič, J. (2012). Odgovornost medicinske sestre pri lajšanju pacientove bolečine na kirurškem oddelku Splošne bolnišnice Novo mesto. V 4. Dnevi Marije Tomšič: Odgovornost v zdravstveni negi, Dolenjske Toplice; 19. in 20. januar 2012, str. 25-31.
8. Svilenkovič, V. (2014). Kompetence bolečinske medicinske sestre. Zbornik predavanj z recenzijo. 2. simpozij z mednarodno udeležbo Z znanjem in sodelovanjem rešujemo življenja (str. 225-229). Rogaška Slatina.
9. Ščavničar, E. (2004). Celostna obravnava pojava bolečine v zdravstveni negi. *Obzor. zdr. n.*, 38 (2), 101-111.
10. Šmitek, J. (2008). Zdravljenje bolečine - epiduralni kateter. V K. Šmitek (ur.), *Venski pristopi, odvzem krvi in dajanje zdravil* (str. 185-206).

# Temeljne misli filozofov za kakovost zdravstvenih storitev

*POVZETEK - Filozofija ali znanost mišljenja temelji na ljubezni do modrosti, do resnice. Modrost, resnicoljubnost in ljubezen izvajalcev zdravstvene nege ter drugih zdravstvenih (so)delavcev do lastnega dela in pacientov niso edini, so pa nujni aduti kakovostne obravnave. Pojavlja se vprašanje, kako so uporabne temeljne misli filozofov pri zagotavljanju kakovosti in varnosti obravnave pacientov ter v odnosu s sodelavci. Uporabljen je bil kvalitativni raziskovalni pristop. Z analizo vsebine relevantnih pisnih virov so bile izbrane temeljne misli znanih filozofov, sledilo je reflektiranje izkušenj iz neposrednega kliničnega okolja in simulirana aplikacija v vsakdanje delovanje izvajalcev zdravstvene nege. Spročilna vrednost izbranih misli filozofov je jasna. Kot afirmacije lahko usmerjajo delovanje izvajalcev zdravstvene nege tudi v odnosu s sodelavci. Zaradi sporočilne jasnosti, ki temelji na spoštovanju drugega, so razumljive tudi pacientom. Kaže, da so za izvajalce zdravstvene nege nekatere temeljne misli filozofov del profesionalne vzgoje za pozornost, odgovornost, kompetentnost in odzivnost. Njihov vpliv na razvoj vesti, motivov, prepričanj, stališč in vrednot izvajalcev zdravstvene nege je možen. Možno jih je razumeti tudi v smislu odgovora na to, kako biti bolj človeški.*

*KLJUČNE BESEDE: filozofija, zdravstvena nega, etika skrbi, kakovost obravnave, profesionalna vzgoja, medsebojni odnosi*

## 1 Teoretična izhodišča

Filozofija ali znanost o mišljenju se je razvila iz mitskega odnosa do sveta najprej pri vzhodnih kulturah in nato pri Grkih, ki so ustvarili temelje celotne evropske filozofije, in temelji na ljubezni do modrosti, do resnice. Grška beseda philosophia je namreč sestavljen niz dveh besed philos in sophos. Philos pomeni ljubezen, pri čemer gre za željo po nečem, sophos pa pomeni modrost, torej za znanje, pridobljeno iz izkušenj (Ayala in Arp, 2010). Modrost, resnicoljubnost in ljubezen izvajalcev zdravstvene nege ter drugih zdravstvenih (so)delavcev do svojega dela in pacientov niso edini, so pa nujni aduti kakovostne obravnave: uspešnosti, varnosti, pravočasnosti, učinkovitosti, enakosti za vse in osredotočenosti na pacienta (Robida, 2006).

Zagotavljanje in izboljševanje kakovosti je dejavnost, ki mora prežemati vse ravni zdravstvenega sistema. Kersnik (2010) meni, da rutinsko delo zdravnika, medicinske sestre ali drugega zaposlenega v zdravstveni službi ne zadošča več. Posamezni pacient se ne srečuje več le z enim, temveč z več izvajalci, in pri tem naleti na kulturo določene ustanove. Zdravstvena ustanova ima zapleteno in prepleteno hierarhično razporeditev, v kateri je treba določiti odgovornost posameznih zaposlenih. Za vse službe mora biti določeno, kdo je odgovoren za dodelitev nalog, kdo za njihovo iz-

vajanje in kdo za odločanje. Odgovornost pri tem ni nič drugega kot neprestano prizadevanje posameznikov ali celotne ustanove za izpolnjevanje poslanstva ustanove. Ob tem pa poudarja tudi, da je izvajalce v zdravstvu »potrebno obvarovati pred usodno izpostavljenostjo odločanja o kakovosti in stroških obravnave ob posameznem pacientu« (Kersnik, 2010, str. 68).

Sporočilna vrednost misli filozofov je vpeta v prizadevanja za kakovostno obravnavo pacientov, predvsem če gre za etično sporočilo. Etika predstavlja teoretsko refleksijo moralnih sodb in moralnih prepričanj. Preučuje delovanje morale in oblikuje trditve, na katerih oblikuje moralne sodbe (Sevenhuijsen, 1998). Smoter etike je uveljavljanje najvišjega dobrega, kar je po Aristotelu (2002) srečnost kot najvišje dobro. Etika se pogosto odvija na mejah sprejemljivosti in ne še sprejemljivega, na ostrih robovih in v »sivi coni«, je orodje, ki prinaša barve »sivi coni« med absolutno prav in absolutno narobe (Tschudin, 2006). V prizadevanjih za kakovostno obravnavo pacientov je takih »sivih con« veliko, definiranje najboljšega ravnanja pa zahtevno. Pojavlja se vprašanje, kako so temeljne misli filozofov uporabne pri zagotavljanju kakovostne obravnave pacientov in v etičnem odnosu s sodelavci.

### *1.1 Filozofi in nekatera njihova sporočila*

Začetek etike kot filozofske discipline pripisujejo Sokratu (470 do 399 pr. n. št.) in Aristotelu (384 do 322 pr. n. št.). Ves Sokratov nauk lahko povzamemo z dvema podobnima propozicijama: »spoznati samega sebe« in »skrbeti zase«. Spoznati samega sebe ne pomeni spoznati svoje ime ali telo, temveč opazovati samega sebe od znotraj in spoznati lastno dušo, pa tudi skrbeti zase ne pomeni samo skrbeti za svoje telo, ampak za lastno dušo. Učiti ljudi, kako naj spoznajo samega sebe in skrbijo zase, je po Sokratu najvišja naloga (Reale, 2002a, str. 252), kar osvetljuje pomen izobraževalcev za poklic znotraj posamezne stroke/profesije/ znanosti. Sokrat je dušo enačil z našo mislečo in delujočo zavestjo, z našim razumom in s sedežem naše misleče in etično delujoče dejavnosti. Krinka neznanja, ki si jo je imel navado nadeti Sokrat, je bilo vselej najučinkovitejše sredstvo za razkrinkavanje korenite nevednosti sogovornikov. Zagovarjal je stališče, da brez dialoga ni filozofije. Zaključek njegovega dialoga je bil: »Vem, da nič ne vem«. Moder človek je po njegovem tisti, ki je pripravljen razmišljati, ko ugotovi, da nečesa ne ve. Poudarja tudi pomen samoobvladovanja in obrazloži, kaj je ironija, skorajda na način, kot jo poznamo danes (Reale, 2002a, str. 294-298).

Platon (427 pr. n. št.-347 pr. n. št.) je bil učenec Sokrata in učitelj Aristotela. Simbol Platonove misli je mit o votlini, ki opozarja na razlike med predstavnostjo in verjetjem. Spraševal se je, kaj lahko loči laž, iluzijo od resnice. Po Platonu spoznavanje ni nič drugega kot spominjanje idealov iz sveta idej. Sprašuje se, »zakaj bi iskali racionalno bistvo v samem svetu, če so s tem težave? Kaj pa, če je svet, ki nam je dostopen preko čutov, le podoba ali kopija nekega drugega sveta, s katerim teh težav ni? Če predpostavimo obstoj takšnega idealnega sveta, ki nam sicer čutno ni dostopen, se mnogo težav razreši« (Reale, 2002b, str. 152). Pri tem ne moremo mimo dej-



stva, da se sprašujemo o ekvivalenci njegove misli s pomenom pričakovanja na eni strani in domišljije, sanjarjenja in zidanja gradov v oblakih na drugi strani različnih deležnikov v zdravstvenem sistemu.

Grški antični filozof Aristotel je dokaz o sprejemljivosti in popolni nesprejemljivosti uporabe misli enega in istega človeka 2500 let kasneje. Aristotel je npr. ženske označil kot manjvredne in podrejene moškemu (»ženska je nepopoln moški, predstavlja odklon od oblike, najbolj idealen potomec je sin, podoben svojemu očetu, moški so tisti, ki vladajo, ženske pa tiste, ki ubogajo, vloga žensk v razmnoževanju je podrejena, ženske so sposobne resničnega mnenja, le moški pa védenja«). Po drugi strani pa časovna dimenzija ni zelo vplivala na pomen klasificiranja znanja v tri kategorije: teoretično, praktično in produktivno znanje. Poudaril je, da je teoretično znanje namenjeno analizi, produktivno znanje oblikovanju idej in praktično znanje nekemu dejanju, praktično znanje omogoča dobro življenje in je pomembno le, če ga uporabimo. Pri tem pa je opozoril: »Naše razpravljanje ne sme biti samo teoretično, kot druge razprave. Saj ne razpravljamo, da bi ugotovili, kaj je vrlina, ampak da bi postali dobri, sicer od naše razprave ne bi imeli nobene koristi. Zato moramo vso svojo pozornost posvetiti dejanjem, predvsem vprašanju, kako je treba dejanja opravljati«. Verjel je, da ljudje dosežemo srečnost le preko krepostne odličnosti. Moralne krepostnosti se ne moremo naučiti - pridobimo jo preko izkušenj. Aristotelova etična teorija dokazuje, da ima politično življenje posameznika manjšo vlogo pri doseganju kreposti kot na primer družbena angažiranost. Majhna družbena srečanja zagotavljajo realizacijo večjih etičnih vrlin: blagohotnosti, resnicoljubnosti in razumnosti« (Aristotel, 2002, str. 1103b2). Pri tem je treba opozoriti še na Aristotelovo razlago v Etiki: »izbira med dvema perspektivama: dobro živeti in dobro uspevati, je izbira med etiko, ki nam skuša pojasniti, kako prenašati družbo, v kateri je pravičen človek križan, in etiko, ki jo zanima, kako ustvariti družbo, v kateri se to ne bo več dogajalo« (MacIntyre, 1993, str. 69). Pri tem pa doda (v Goleman, 1997): »Vsakdo se lahko ujezi - to res ni težko. Toda težko se je ujeziti na pravo osebo, ravno prav, v pravem trenutku, iz pravega razloga in na pravi način« (str. 7). Kar je izjemno realistična misel tudi za današnji čas.

Realizem se je sicer pojavil šele 2000 let kasneje. Znan predstavnik je Descartes (1596-1650) s svojima mislima: »Mislim, torej sem« in »V vse je treba podvomiti«. Vsak dan znova je moč izkusiti, kako je pomembno, da zdravstveni delavci mislimo in tudi da dvomimo - realno dvomimo v korektnost naročenega, v korektnost lastnega dejanja. Metodični dvom je sicer objektivni samo do neke mere, saj je pretiran dvom lahko tudi znak težav v duševnem zdravju (Thompson, 2003, str. 15). Tudi angleški filozof Hobbes (1588-1679) izraža nezaupanje z mislijo »Človek človeku volk«. Znan pa je predvsem po družbeni pogodbi in pojasnilom: »Sporazumi brez meča niso nič drugega kot besede«. Konfliktnost ljudi Hobbes utemeljuje z njihovo racionalnostjo. Razum in govor omogočata ljudem, da se med seboj ne strinjajo glede tega, kaj je dobro za njih, saj si raje »prizadevajo za lastne interese, kot pa da bi skrbeli za dobrobit celotne skupnosti« (Malcolm, 2005, str. 122-128). Sledilo je razsvetljenstvo z Lockom (1632-1704), ki je poudarjal predvsem vlogo izkustva in

spoznanj: »Nič ni v razumu, kar ni bilo prej v čutilih«. Nadalje postaja pomemben utilitarizem z vodilnim načelom delovanja v smeri največje koristi, sreče, ugodja, zadovoljstva, blaginje in dobrega (Kocjan idr., 2004, str. 477). Bentham (1748-1832), ki je videl posameznika kot edino avtoriteto za presojanje osebne sreče. Pri tem je poudarjal, da »Vsakdo šteje za enega, nihče za več kot enega«, kar je možno povezati z načelom enakosti v prizadevanjih za kakovost obravnave. Če zaključimo s sodobnim nemškimi filozofom Kantom (1724-1804), ki na vprašanje, kaj moram delati oziroma kako naj delujem, da bom človek, odgovarja, da je moralno edino tisto dejanje, ki je storjeno iz dolžnosti: »Deluj tako, da bi maksima tvojega delovanja lahko veljala kot načelo splošne zakonodaje« (Kant v Kunzmann idr., 1997, str. 43). Trdil je, da obstajajo etične utemeljitve, ki veljajo za pravilne: posplošeno delovanje (delati je treba na tak način, kakor si želiš, da bi vsak deloval v podobni situaciji), ravnaj s človeškimi bitji tako, kot da so namen oziroma cilj delovanja in ne sredstvo, vsi ljudje morajo biti upoštevani kot ljudje s poudarkom na individualni svobodi. Obrazloži tudi, da obstaja »à priori« znanje, ki ni odvisno od izkušnje. Tudi načela, kot so držati obljubo, govoriti resnico, vedno pomagati drugim, stalno razvijati svoje zmožnosti kot dolg do družbe in odvzem življenja je napačno dejanje, izhajajo iz Kantove teorije (Curtin in Flaherty, 1990; Šmitek, 1998).

### *1.2 Namen, cilji in raziskovalno vprašanje*

Namen raziskave je preveriti uporabnost posameznih misli filozofov v prizadevanjih za kakovost zdravstvene obravnave pacientov. Cilj raziskave je poiskati dokaze o njihovi uporabi v sodobni zdravstveni negi oziroma predstaviti možnosti za njihovo uporabo. Zastavljeno raziskovalno vprašanje je bilo: »Kako uporabne so temeljne misli filozofov pri zagotavljanju kakovosti in varni obravnavi pacientov ter v odnosu s sodelavci?«

## **2 Metoda**

Uporabljen je bil kvalitativni raziskovalni pristop. Z analizo vsebine relevantnih pisnih virov so bile izbrane temeljne misli znanih filozofov, ki bi lahko bile uporabne ali se že uporabljajo v sodobni zdravstveni negi. Sledilo je reflektiranje izkušenj in iskanje dokazov o uporabi izbranih misli pri izvajalcih zdravstvene nege iz neposrednega kliničnega okolja in simulirana aplikacija v njihovo vsakdanje delovanje.

## **3 Rezultati**

Rezultati raziskave so predstavljeni glede na izbrane misli posameznih filozofov opisno in v tabelah, tako s perspektive izvajalcev zdravstvene nege kot s strani pacientov.

»Vem, da nič ne vem« in »Spoznaj samega sebe in skrbi zase!« (Sokrat)

Vem (vedeti) pomeni (1) imeti kaj v zavesti na osnovi zaznav, obveščенosti, učenja, študija, spominjanja, sklepa, odločitve, glede na posledice, odgovornost, (2) imeti v zavesti bistvene značilnosti česa na osnovi lastnih izkušenj, (3) na osnovi podatkov v zavesti, spominu moči, (4) biti sposoben uresničiti kako dejanje (5) znati, poznati, navajati nekaj, kar je gotovo, (5) izraža potrditev, zavedanje (Slovar slovenskega knjižnega jezika, brez datuma, v nadaljevanju b. d.). Presojanje kakovosti pripomore k boljšemu samospoznavanju in sporazumevanju z drugimi. V tabeli 1 so predstavljeni rezultati raziskave o uporabi Sokratovih misli.

Tabela 1: Rezultati raziskave o uporabi Sokratove misli

	<i>Refleksija/dokazi</i>	<i>Simulirana aplikacija</i>
Izvajalci zdravstvene nege	»Najbolj nevarni so tisti, ki mislijo, da vse vedo, saj v resnici, niti tega ne vedo, česa ne vedo.« Objavljena refleksija: »Medicinska sestra sem štiriindvajset ur na dan, zakaj ni dovolj le osem?! Ker medicinske sestre sledimo razvoju stroke, se nenehno izobražujemo, svoje znanje širimo in promoviramo zdrav življenjski slog. Kako lahko to zmoremo? Moj enostavni odgovor je: biti dobra medicinska sestra je kar način življenja« (Lokar, 2012, str. 34).	Kakovost zdravstvene obravnave je dosegljiva s kakovostnimi izvajalci zdravstvene obravnave. Prvi pogoj je, da vedo, da nič ne vedo in so motivirani, da izpolnjujejo dolžnost in odgovornost, da lastno strokovno znanje nenehno izpopolnjujejo ter dopolnjujejo. Aktivno spremljajo novosti na lastnem strokovnem področju, še posebej aktualne na znanstvenih dokazih temelječe izsledke. Spremljajo razvoj humanističnih, družboslovnih in naravoslovnih ved. Kontinuirano si prizadevajo za lastno osebnostno rast (Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi, 2014, 4. načelo).
Pacienti	pravica do informiranega pristanka, realna samopodoba, »Najbolj nevarni so tisti, ki mislijo, da vse vedo, saj v resnici, niti tega ne vedo, česa ne vedo.« upoštevanje stopnje samooskrbe, poslušanje in slišanje ter strokovno ravnanje.	Medicinska sestra lahko namesto pacienta stori samo to, česar ta ne zmore, ne sme ali ne zna. V obdobju neoliberalizma je v ospredju individualizem. Skrb zase ni egoizem, temveč pravica in dolžnost vsakega posameznika. Realna samopresoja in sposobnost samonadzorovanega delovanja sta dragoceni sposobnosti.

*Vir:* Lastni vir, 2015.

»V vsakem od nas je pričakovanje, ki ga imenujemo upanje« (Platon)

V ABC Slovarju sopomenk (b. d.) sta upanje in pričakovanje sopomenki, ki predstavljata dobro možnost, priložnost, verjetnost, domnevo, pa tudi oblubo. V tabeli 2 je predstavljen njun vpliv v situaciji zdravstvenonegovalne obravnave pacienta.

Tabela 2: Rezultati raziskave o uporabi Platonove misli

	<i>Refleksija/dokazi</i>	<i>Simulirana aplikacija</i>
Izvajalci zdravstvene nege	pričakovanje in upanje: boljše plačilo, nagrada za kakovostno delo, napredovanje v višji plačilni razred, ohranitev/sprememba delovnega mesta, boljši medsebojni odnosi, sprememba/ohranitev vodstva, nagrada za kakovostno delo, upoštevanje različnih želja, upoštevanje življenjske situacije: upoštevajo in spoštujejo pravico pacienta do zasebnosti, še posebej, kadar gre za njegovo intimnost, upanje, strah, trpljenje in bolečino (Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi, 2014, 3. načelo).	Pričakovanje in upanje nista časovno neskončni kategoriji. Predmet pričakovanja in upanja mora biti za njuno ohranjanje vsaj v majhnem delu občasno izpolnjen, posledice nezadovoljitve se kažejo v nezadovoljstvu izvajalca zdravstvene nege in sekundarnimi posledicami (izgorelost, absentizem, težave v duševnem zdravju) ter v kakovosti dela na delovnem mestu in v vsakdanjem življenju. Upanje ima pozitiven vpliv na motivacijo za kakovostno delo, izkazovanje pripadnosti delodajalcu in odraz potrpežljivosti in pozitivne osebne naravnosti.
Pacienti	pričakovanje in upanje: ozdravitev ali neboleča smrt, podpora, razumevanje svojcev, kakovostna obravnava, da bo zavarovalnica pokrila stroške zdravljenja, da pripada prevoz z reševalnim vozilom, rehabilitacija v zdravišču. Če pacient mora izbirati in se odločiti, torej misliti - to pomeni, da obstaja, da je živ, da ima upanje in je zaposlen s samim seboj.	Pričakovanje in upanje sta pravica in dolžnost pacientov. Torej kakovost obravnave pacienta pomeni spoštovanje pacientovega pričakovanja in upanja, spodbujanje/ohranjanje le-tega naj temelji na resnici. Občutek odgovornosti pacienta za lastno zdravje in počutje naj bo nežno spodbujen - saj imata pozitivno pričakovanje in upanje pozitiven učinek na zdravje/dobro počutje ter preprečuje pacient(o)centrizem.

*Vir:* Lastni vir, 2015.

»Rad imam prijatelja, a še bolj resnico« in »Vso svojo pozornost posvetiti dejanjem, predvsem vprašanju, kako je treba dejanja opravljati« (Aristotel)

Kako je treba dejanja opravljati, je neposredni nagovor prizadevanju za kakovost. V tabeli 3 je predstavljeno, kako lahko izvajalci zdravstvene nege in pacienti ubesedijo pomen izbranih misli.

Tabela 3: Rezultati raziskave o uporabi Aristotelove misli

	<i>Refleksija/dokazi</i>	<i>Simulirana aplikacija</i>
Izvajalci zdravstvene nege	»V svojem življenjskem mozaiku želim zbrati čim več drobnih trenutkov sreče, delo medicinske sestre mi to omogoča. Samo kadar naredim vse, kar je v moji moči, se v mojem srcu oglasi posebna melodija radosti. Sprejemam dobronamerno izrečeno kritiko, bdim nad svojimi besedami in dejanji. Strinjam se s prijateljem, ki je zapisal, da si sam sebi najpravičnejši sodnik. Ne rabiš ne advokata, ne porote in v razsodbi ni pomote« (Lokar, 2012, str. 34).	Uporabo resnice lahko razumemo v smislu opozarjanja na nepravilnosti v zdravstveni negi. To bi morali sprejeti z odprtimi rokami, saj je 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 (Berkopec, 2015, str. 16).

Pacienti	Kakovostna zdravstvena negovalna obravnava pacientov temelji na 2. načelu Kodeksa etike »Izvajalci zdravstvene nege in oskrbe spoštujejo pravico pacienta do izbire in odločanja«. Pojem kakovost vsak posameznik razume nekoliko drugače (Kersnik, 2010). Svet kakovosti temelji na zadovoljstvu in zadovoljevanju posameznikovih potreb.	Kot pravi Stres (1999), »človek sam izbira cilje svojih dejanj, sam se da privlačiti takšni in drugačni vrednoti, takšnemu ali drugačnemu cilju. Zato ima sposobnost, zmožnost svobodne izbire. Iz svobode pa sledi odgovornost. Pacient je tako za svoja dejanja odgovoren, ker je sam njihov nosilec, začetnik in storilec« (str. 28). Z višjo stopnjo izobrazbe narašča previdnost, razvija se realna samopodoba. pomembno postaja znano, upoštevanje kompetenc samoumevna gotovost.
----------	--	---

*Vir:* Lastni vir, 2015.

Uporaba temeljnih misli filozofov »od Descartesa do Kanta« pri zagotavljanju kakovosti in varnosti obravnave pacientov ter v odnosu s sodelavci je prikazana v tabeli 4.

*Tabela 4:* Rezultati raziskave o uporabi misli nekaterih drugih filozofov

<i>Misel</i>	<i>Refleksija/dokazi/simulirana aplikacija</i>
»Mislím, torej sem!« in »V vse je treba podvomiti!« (Descartes)	Kakovostna zdravstvena negovalna obravnava pacientov temelji na 2. etičnem načelu (Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi, 2014): »Izvajalci zdravstvene nege in oskrbe spoštujejo pravico pacienta do izbire in odločanja«. Kot pravi Stres (1999), »človek sam izbira cilje svojih dejanj, sam se da privlačiti takšni in drugačni vrednoti, takšnemu ali drugačnemu cilju. Zato ima sposobnost, zmožnost svobodne izbire. Iz svobode pa sledi odgovornost. Pacient je tako za svoja dejanja odgovoren, ker je sam njihov nosilec, začetnik in storilec« (str. 28). Če pacient mora izbirati in se odločati, torej misliti - to pomeni, da obstaja, da je živ, da ima upanje in je zaposlen s samim seboj. In ravno aktivacija pacienta je rešitev pred depresijo. Pojavi pa se tudi pri četrtini pacientov s telesno boleznijo (Rakovec Felser, 2009, str. 179).
»Nič ni v razumu, kar ni bilo prej v čutilih.« (Locke).	Zdravstveni delavci v prizadevanjih za kakovostno zdravstveno obravnavo, kljub opažanju in čutenju svoje obremenjenosti, razumsko pristajajo, da delajo več/ preveč. 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 sčasoma puščajo posledice (Rešetič, 2015, str. 108).
»Vsakdo šteje za enega, nihče za več kot enega« (Bentham).	»Dejavniki, kot so rasa, narodnost, veroizpoved, politično prepričanje, socialni položaj, starost, spol, spolna usmerjenost, zdravstveno stanje, invalidnost, ne smejo kakorkoli vplivati na odnos do pacienta« (Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi, 1. načelo). Misel nas spomni na pojav protekcionizma v zdravstvu.
»Človek človeku volk« »Sporazumi brez meča niso nič drugega kot besede« (Hobbes).	Zdravstvena obravnava pacienta predstavlja skupno prizadevanje strokovnjakov različnih zdravstvenih poklicev: izvajalci zdravstvene nege in oskrbe cenijo lastno poklicno pripadnost ter priznavajo in spoštujejo delo svojih sodelavcev (Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi, 8. načelo). Pri tem pa ne moremo mimo medosebnih odnosov in pojava nezdrave tekmovalnosti, samopromocije ...

»Deluj tako, da bi maksima tvojega delovanja lahko veljala kot načelo splošne zakonodaje« (Kant).	Misel velja tudi za izvajalce zdravstvene nege. Če pri delu mislijo, potem so tam za pacienta in udejanjajo elemente etike skrbi: pozornost, odgovornost, kompetentnost, odzivnost, prilagodljivost (Tschudin, 2004). Deluj tako, kot da bi se opis tvojega delovanja pojavil kot glavna novica v dnevnem časopisu naslednjega dne. Deluj tako, kot bi želel, da bi bilo storjeno zate ali za tvoje bližnje, če bi bil v enakem ali podobnem položaju.
---	--

*Vir:* Lastni vir, 2015.

## 4 Razprava

Kaže, da so nekatere temeljne misli filozofov del profesionalne vzgoje izvajalcev zdravstvene nege. Kot afirmacije lahko usmerjajo njihovo delovanje, vplivajo na lažje odločanje in soočanje z različnimi stresnimi okoliščinami, v odnosu s sodelavci. Afirmacija pomeni uveljavitev, utrditev, potrditev (SSKJ, 2005) vodila v delovanju, kar je možno doseči skozi vzgojo v primarni družini, tudi v smislu nezavednega ponotranjenja tradicionalnih družbenih norm ali prepričanj staršev, ki lahko temeljijo tudi na verski/kulturni tradiciji, predvsem pa skozi razvoj poklicne identitete. Oblikovanje identitete je proces iskanja odgovorov na vprašanja: »kdo sem«, »komu pripadam«, »kaj želim doseči«, »kam želim prispeti« (Poljšak Škraban, 2004, str. 19). Da vpliv na emocije za razvoj poklicne identitete ne sme biti pomembnejši od odkrivanja in posredovanja resnice, je opozoril že grški filozof Sokrat (Kroflič, 1997, str. 66). Kakovost zdravstvene obravnave se začne pri resnici in ljubezni do svojega dela, do skrbi za pacienta. Etika skrbi sicer razume skrb kot proces in kot prakso (Pahor, 2003). Na potrebe pacienta moramo gledati v kontekstu njegove osebnosti kot celote, znotraj njegovega družbeno-kulturnega okolja ter njegovih virov (kapitala) za zdravje in kakovost življenja. Brečko (2010) ob tem pojasnjuje, da distinktivnost (različnost obnašanja) in individualnost sodita k najpomembnejšim določilom osebnosti, kar povzroča, da se različni posamezniki različno odzivajo na iste situacije in da se isti posamezniki pogosto odzivajo podobno na različne situacije. Posamezni izvajalec je ključen za zagotavljanje kakovosti, zato se mora vključiti v izboljševanje le-te. K temu ga silijo poklicni, etični in zakonski razlogi. Pri tem pa jim za samonadzorovano integrirano delovanje lahko pomagajo tudi misli filozofov. Zaradi sporočilne jasnosti, ki temelji na spoštovanju drugega, so izbrane razumljive tudi pacientom. Izvajalcem zdravstvene nege lahko pomagajo tako pri zagotavljanju kakovosti odnosov kot pri zdravstvenovzgojnem delovanju in zagotavljanju informiranega sodelovanja pacientov in njihovih svojcev.

## 5 Zaključek

Ciceron (antični rimski filozof) pravi: »Če ne veš ničesar o tem, kaj se je zgodilo pred tvojim rojstvom, boš za vedno ostal otrok«. Zdravstvena nega je kljub svoji starosti mladostnica na poti profesionalizma. Filozofija ima v slovenski zdravstveni

negi že svoje mesto. Je eden izmed njenih temeljnih elementov. Maksima, v kateri so zajeti bistveni elementi slovenske filozofije zdravstvene nege so spoštovanje, varnost, integriteta in počutje (Hajdinjak in Meglič 2012). Na oblikovanje filozofije zdravstvene nege v slovenskem socio-kulturnem okolju med drugim vpliva tudi dejavnik videnja in razumevanja človeka ter njegovih potreb in pravic. V sodobni filozofiji je pogled na človeka holističen, upošteva njegove potrebe, pravice, stališča, vrednote in prepričanja in v tem delu nam lahko pomaga modrost filozofov, katerih misli so kot »evergrini«, ki delujejo. Kaže se, da so nekatere temeljne misli filozofov del profesionalne vzgoje izvajalcev zdravstvene nege za pozornost, odgovornost, kompetentnost in odzivnost – za etiko skrbi (Sevenhuijsen, 2003). Njihov vpliv na razvoj vesti, motivov, prepričanj, stališč in vrednot izvajalcev zdravstvene nege je možen. Možno jih je razumeti tudi v smislu odgovora na to, kako biti bolj človeški, kako delovati kakovostno in kakšen naj bo razvoj filozofije zdravstvene nege. O filozofiji kakovosti kot samostojni znanstveni vedi ni veliko napisanega. Krošelj Naumov je pri predstavitvi filozofije službe zdravstvene nege v Splošni bolnišnici Novo mesto leta 1997 zapisala: »Strokovna filozofija predstavlja vodilo medicinskim sestram pri zagotavljanju kakovostne zdravstvene nege bolnika. Njen cilj je zadovoljstvo bolnika, osebni in profesionalni razvoj medicinskih sester in razvoj stroke« (Urbančič idr., 1997, str. 189). Pri tem pa Filej (2004) opozarja, da edino, kar je stalno v prizadevanjih za kakovost, so spremembe. Pri tem poudarja, da je odvisno od nas samih, ali bomo sposobni sprejeti nove izzive, ki nam jih prinašajo. Pogosta je situacija, ko se človek ne more opreti na nikogar drugega kakor samo nase, se pravi na svojo vest in na svojo odgovorno pamet (Stres, 1999). Svetilka, ki nas osvetljuje in vodi (po vzoru Florence Nightingale), pa so lahko tudi izbrane misli filozofov.

## LITERATURA

1. Aristotel. (2002). *Nikomahova etika*. Ljubljana: Slovenska matica.
2. Ayala, F. J. in Arp, R. (2010). *Contemporary debates in philosophy of biology*, UK: Wiley-Blackwell.
3. Berkopec, M. (2015). Etični uporniki – žvižgači v zdravstveni negi. V L. Leskovic (ur.), *Zdravstvena nega v primežu nesoglasij in omejitev*, str. 12-19. Novo mesto: Fakulteta za zdravstveno vede, Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Novo mesto.
4. Brečko, D. (2010). Formalno in neformalno mreženje: socialne mreže so vaša osebna in organizacijska konkurenčna prednost. V B. M. Kaučič, S. Majcen Dvoršak in N. Vidnar (ur.), *Opolnomočenje managementa zdravstvene nege za uspešno sodelovanje pri upravljanju zdravstvenih zavodov* (str. 38-40). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
5. Curtin, L. in Flaherty, M. J. (1982). *Nursing ethics, theories and pragmatics*. Englewood Cliffs: Prentice Hall International.
6. Filej, B. (2004). Sodobni trendi v zdravstveni negi. V R. Trampuž (ur.), *Kakovost zdravstvene nege: kako jo prenesti v prakso* (str. 5-12). Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.

7. Goleman, D. (1997). Čustvena inteligenca. Ljubljana: Mladinska knjiga.
8. Hajdinjak, G. in Meglič, R. (2012). Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
9. Kersnik, J. (2010). Kakovost v zdravstvu. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine.
10. Kocjan, M., Ovaska, J., Zorec, M. idr. (2004). Življenje Johna Locka. Ljubljana: Mladinska knjiga.
11. Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi (2014). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
12. Kroflič, R. (1997). Avtoriteta v vzgoji. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
13. Kunzmann, P., Burkard, F. P. in Wiedmann, F. (1997). DTV Atlas filozofije. Ljubljana: DZS.
14. Lokar, M. (2012). Medicinska sestra štiriindvajset ur na dan. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto, Splošna bolnišnica Novo mesto, Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.
15. MacIntyre, A. (1993). Kratka zgodovina etike. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
16. Malcolm, N. (2005). What Hobbes really said. *The National Interest*, Fall.
17. Pahor, M. (2003). Skrb v slovenski zdravstveni negi: nekatere ovire za kognitivno, reflektivno in moralno prakso. V S. Sevenhuijsen in A. Švab (ur.), *Labirint skrbi: pomen perspektivne etike skrbi za socialno politiko* (str. 75-86). Ljubljana: Mirovni inštitut.
18. Poljšak Škraban, O. (2004). Obdobje adolescence in razvoj identitete. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
19. Reale, G. (2002a). Zgodovina antične filozofije 1. Ljubljana: Studia humanitatis.
20. Rešetič, J. (2015). Socialni transferji in zdravstvena nega. V L. Leskovic (ur.), *Zdravstvena nega v primežu nesoglasij in omejitev* (str. 105-113). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, Splošna bolnišnica Novo mesto, Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Novo mesto.
21. Rakovec Felser, Z. (2009). Psihologija telesnega bolnika in njegovega okolja. Maribor: Založba Pivec.
22. Robida, A. (2006). Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.



# Prehranska obravnava pacientov v dializnem centru Novo mesto

*POVZETEK - Zdravljenje pacientov zaradi kronične ledvične odpovedi lahko pripomore k zmanjšanju telesne mase, saj nastopi beljakovinska oz. energijska podhranjenost. Podhranjenost vpliva na kakovost življenja, obolevnost in umrljivost. S procesno metodo dela iščemo morebitne kazalnike podhranjenosti. Pri odstopanjih od zelenega stanja ustrezno ukrepamo. Izvajamo antropološke meritve, izračunavamo indeks telesne mase, kontroliramo krvne izvide. Pozorni smo predvsem na vrednost albuminov ter na morebiten padec telesne teže za več kot 10 odstotkov v zadnjih šestih mesecih. Pri vseh pacientih imamo opravljene meritve bioimpedance, s katerimi prav tako ocenjujemo prehranjenost pacienta. V slovenskem prostoru do sedaj nismo imeli enotnih smernic ocenjevanja prehranskega stanja pacientov s KLB. Nefrologi, medicinske sestre s specialnim znanjem s področja prehrane dializnih pacientov ter dietetiki iz slovenskih dializnih centrov so oblikovali skupino za prehrano na državnem nivoju. Novembra 2014 so sprejeli Slovenske smernice za prehransko obravnavo pacientov s KLB. Sprejeli so točkovnik MIS, ki se uporablja kot uradni dokument v našem dializnem centru.*

*KLJUČNE BESEDE: multidisciplinarna obravnava, točkovnik MIS, energijsko-beljakovinska podhranjenost, prehransko svetovanje*

## 1 Uvod

Problem prehrane pacientov s KLB je večplasten. Ti pacienti so dostikrat neješčji, izgubijo voljo do življenja in se premalo gibljejo. Vse to privede do zmanjšanja puste telesne mase in do beljakovinsko-energijske podhranjenosti (Knap, Lavrinec, 2012). Dializna podhranjenost je v številnih primerih posledica neustreznega hranjenja že v predializnem obdobju. V tem obdobju je priporočena omejitev vnosa beljakovin do 0.8g na kg idealne telesne teže. Priporočilo zdrave uravnotežene prehrane pri zdravi populaciji svetuje vnos beljakovin 1g/kg idealne telesne teže. Ta omejitev po eni strani upočasni napredovanje KLB, pomeni »zdravilo«, ki ga lahko dovolimo le pri normalno prehranjenih pacientih. Prehranska terapija je pri KLB enakovredno terapevtsko sredstvo kot drugi načini zdravljenja. Prehranski ukrepi znižujejo uremično toksičnost, zmanjšujejo nevarnost podhranjenosti in upočasnijo napredovanje KLB (Knap, 2014).

Prehransko svetovanje in zdravstvena vzgoja sta izredno pomembna in neločljiva vidika zdravstvene oskrbe pacientov s KLB. S svetovanjem pričnemo v predializnem obdobju in ga nadaljujemo v času dializnega zdravljenja.

## 2 Proteinsko-energijska podhranjenost

Proteinsko-energijska podhranjenost je stanje z zmanjšano zalogo proteinov in drugih energijskih goriv v telesu (maščobe). Kaheksija je najhujša stopnja oz. oblika proteinsko-energijske podhranjenosti. Prognoza kahektičnih pacientov je kljub zdravljenju izredno slaba, zato je treba spoznati zgodnejše oblike podhranjenosti in ustrezno ukrepati (Dovč Dimec, 2011).

Pri pacientih, ki se zdravijo z eno od oblik dialize, opazimo številne vzroke za nastanek beljakovinsko-energijske podhranjenosti:

- slabe prehranjevalne navade in dietni režim,
- spremembe v okušanju hrane,
- moten metabolizem maščob in ogljikovih hidratov,
- motnja v presnovi aminokislin in izguba le-teh med dializiranjem,
- nenormalen hormonski odziv,
- uremična toksičnost in katabolizem,
- energijsko osiromašena hrana, relativno preveč beljakovin v predializnem obdobju in premalo beljakovin v obdobju dialize (Guarnieri, 2006).

Borba proti beljakovinsko-energijski podhranjenosti pri pacientih s KLB predstavlja pravi izziv. Ocena stanja prehranjenosti, odkrivanje podhranjenosti ter prehranska podpora je skupek ukrepov, ki predstavljajo prioriteto v oskrbi teh pacientov.

## 3 Ocena stanja hranjenosti

V Dializnem centru Novo mesto že vrsto let opravljamo redne prehranske preglede s kontrolo prehranskih kazalcev (proteini, albumini v serumu, transferin, holesterol), ki preprečujejo obolenost in umrljivost pacientov zaradi podhranjenosti. Delovali smo po smernicah, ki priporočajo, da je posebna in dodatna prehranska podpora potrebna pri pacientih, ki imajo:

- indeks telesne mase ( BMI ) < 20 kg/ m<sup>2</sup>,
- ki so izgubili več kot 10 odstotkov teže v zadnjih šestih mesecih,
- ki imajo serumske albumine pod 35 g/l (Knap in Lavrinec, 2012).

V slovenskem področju do sedaj nismo imeli enotnih smernic ocenjevanja prehranskega stanja pacientov s KLB. Nefrologi, medicinske sestre s specialnim znanjem s področja prehrane pacientov na dializi ter dietetiki iz slovenskih dializnih centrov so oblikovali skupino za prehransko obravnavo pacientov na državnem nivoju. Novembra 2014 so sprejeli Slovenske smernice za prehransko obravnavo pacientov s KLB. Sprejeli so točkovnik MIS (Malnutrition inflammation score), ki se uporablja kot uradni dokument tudi v našem dializnem centru.

Vprašalnik sestavlja 10 vprašanj zaprtega tipa, ki omogočajo zadovoljivo prehransko presejanje pacientov na dializi. Možnih je 0-30 točk. Prehransko presejanje s

točkovnikom MIS naj bi se izvajalo na šest mesecev. Pri izpolnjevanju vprašalnika veliko pomaga meritev bioimpedance. Najoptimalnejša je meritev bioimpedance ob mesečnih izvidih, ker to omogoča sledenje spremembam, do katerih lahko pride.

5 točk oziroma več kot 5 je potrditev, da je pri pacientu potrebna prehranska obravnava (Slovensko nefrološko društvo, 2015).

V decembru 2014 je sklenjen dogovor za izvedbo poskusne ocene stanja prehranjenosti slovenskih dializnih pacientov s točkovnikom MIS.

Želeli smo ugotoviti:

- Kako bo potekalo prehransko ocenjevanje s pomočjo točkovnikov MIS ?
- Ali so prisotni problemi?
- Ali so ocene (scores) MIS med različnimi bolnišnicami primerljive?

Da bomo vse to lahko ugotovili, smo v vseh dializnih centrih po Sloveniji izračunali povprečno vrednost (score) MIS.

Rezultati klinične raziskave na področju prehranjenosti pacientov v nadomestnem zdravljenju - december 2014

<i>Število dializnih centrov</i>	<i>Število vseh pacientov</i>	<i>Število pacientov v DC Novo mesto</i>	<i>Skupna povprečje MIS-a</i>	<i>Povprečje MIS-a v DC Novo mesto</i>
19	1411	93	4.56	3.87

Najnižja povprečna ocena je bila 2,8. Najvišja pa 8.07. Dializni center Novo mesto se je uvrstil na tretje mesto najboljših povprečnih rezultatov. Vse to nam je bila potrditev, da smo na pravi poti prehranske obravnave naših pacientov.

Glede uporabe in ustreznosti točkovnika MIS je večina sodelujočih menila, da vprašalnik omogoča zadovoljivo prehransko presejanje pacientov. Izpostavili so problem pomanjkanja časa in preobremenjenosti kadra, vendar si medicinske sestre vseeno želijo dodatnega izobraževanja s področja prehrane dializnih pacientov.

## 4 Izpolnjevanje in vrednotenje točkovnika MIS

Za izpolnjevanje in nato vrednotenje točkovnika MIS potrebujemo različne metode za ugotavljanje prehranjenosti. Za samo izpolnjevanje točkovnika potrebujemo 30 minut za pacienta.

### 4.1 Prehranska anamneza

Osnova, da spoznamo pacienta, je temeljita prehranska anamneza. Pogovorimo se o spremembi apetita, morebitnih alergijah ali odporu do določene hrane. Pomanjkljivost prehranjevanja lahko ugotovimo s pomočjo prehranskega dnevnika, ki ga lahko vodi pacient. V dnevnik beleži vrsto zaužite hrane, čas hranjenja, količino zaužite hrane, način priprave in podobno. Pomembno je tudi, da se izključijo bolezni čreves-

ja, ki bi bile lahko vzrok nastanka podhranjenosti. Vsak pacient se mora opazovati in poročati o bolečinah v trebuhu, zaprtju, driski, količini izločenega blata, njegovi barvi, prisotnosti krvi ali sluzi v blatu (Lipičnik, 2011).

Pri izpolnjevanju točkovnika MIS nas zanima število let zdravljenja z dializo in komorbidnost. MCC (Major Comorbid Conditions - večja komorbidna stanja) vključujejo: kronično srčno popuščanje razreda III ali IV, AIDS, huda bolezen koronarnih arterij, resna do huda KOPB, večje nevrološke motnje, melanomi z metastazami ali nedavna kemoterapija (Slovensko nefrološko društvo, 2014).

S prehransko anamnezo ugotovimo:

- kakšno je pacientovo zdravstveno stanje, komorbidnost in število let dialize,
- njegove prehranske navade,
- kakšen je vnos hrane in apetit,
- telesno zmogljivost kot posledico vnosa hrane,
- nihanje telesne teže v zadnjih šestih mesecih,
- poznavanje prehranskih priporočil,
- ali je zmožen in se želi naučiti ustreznega načina prehranjevanja,
- ali mu je družina v pomoč in podporo.

#### 4.2. Telesni - klinični pregled pacienta

Pogosto gre pri podhranjenih pacientih za pomanjkanje določenih vitaminov in mineralov. To se kaže v spremembah na koži, laseh, v ustni votlini in na okončinah (Lipičnik, 2014).

Pri izračunu celovite ocene prehranjenosti nas zanima zmanjšanje maščobnih zalog ali izguba podkožnega maščevja (pod očmi, triceps, biceps, prsi).

Pozorni smo na znake mišične oslabelosti (sence, ključnica, lopatica, rebra, kvadricepsi, kolena, interosialne mišice roke) (Slovensko nefrološko društvo, 2015).

#### 4.3. Antropometrične meritve

Antropometrija je merjenje dimenzij oziroma razsežnosti človeškega telesa.

##### *Merjenje telesne višine*

Najprej vsakemu pacientu izmerimo telesno višino. Uporabimo višinometer. Standardni položaj merjenca pomeni, da je le-ta bos na ravni podlagi, pete so skupaj, prsti rahlo razmaknjeni, kolena so stegnjena, roke sproščeno visijo ob telesu, glava pa je v horizontalnem položaju. Tako nameščenega pacienta izmerimo od podlage - basic do vertixa, najvišje točke na glavi v sagitalni ravnini.

##### *Merjenje telesne mase*

Za merjenje telesne mase oziroma teže uporabljamo tehtnico. Le-ta mora biti na ravni podlagi, opravljeno mora imeti kontrolo točnosti in zanesljivosti. Merjenec stopi na tehtnico bos in čim manj oblečen.

##### *Določitev suhe telesne mase*

Suha telesna masa pomeni predvideno telesno težo pacienta, ki je brez pribitka tekočine.

### *Indeks telesne mase- ITM*

ITM je dokaj enostaven podatek ocene telesne prehranjenosti. Poznati moramo pacientovo telesno višino ter suho telesno težo in jo vstaviti v formulo za izračun ITM. Lahko dobimo napačno prevedbo rezultata, ker metoda vsebuje le dve spremenljivki. Če pogledamo sestavo telesa in določimo delež mišičja in maščevja, zlasti visceralnega, se razmerje med preživetjem in debelostjo spremeni. Visceralno maščevje je direktno povezano s povečanim rizikom smrti (Dovč Dimec, 2011). Ravno zato je kazalec ITM le eden od desetih parametrov točkovnika MIS.

$ITM = \text{telesna masa (kg)}/\text{višina}^2 \text{ (m)}$

Bioimpedančna metoda z aparatom BCM

Aparat BCM- Body Composition Monitor je zdravniku eden od pokazateljev pri ocenjevanju tekočinskega statusa pacienta z bioimpedančno - spektroskopsko meritvijo sestave telesa, s katero lahko določi stopnjo hidracije. Monitor vsebuje referenčna območja zdrave populacije iste starosti in spola, kar omogoča hitro in preprosto interpretacijo rezultatov meritev. Poleg tekočinskega statusa aparat določi tudi prehranjenost pacienta. To je zelo pomemben podatek, saj se pogosto zmanjšanje aktivne telesne celične mase neprepoznavno nadomesti s skladiščenjem vode, pri čemer teža pacienta ostane enaka. Aparat omogoča kontinuirano nadzorovanje strukture telesa in z indeksom LTI (Lean Tissue Index) in FTI (Fat Tissue Index) prikaže objektivno oceno prehranskega statusa. LTI označuje telesno maso brez mase adipoznega tkiva in po možnosti brez odvečne ekstracelularne tekočine. Aparat izračuna LTM na osnovi izmerjenih vrednosti fiziološkega modela. LTM je izražen kot absolutna vrednost in kot relativna vrednost glede na telesno težo.

FTI je kvocient med telesno maščobno maso in višino. Skupaj z LTI je možno oceniti pacientovo prehransko stanje.

Pri pacientih na dializi moramo meritve opraviti pred izvajanjem hemodialize, saj je takrat večja prisotnost tekočine v telesu. Pacientu na peritonealni dializi lahko izmerimo BCM s polno ali prazno trebušno votlino, pri vnosu podatkov pa moramo upoštevati težo ob prazni trebušni votlini.

Vsaka meritev ima tri dele.

1. Vnos pacientovih podatkov. V aparat vnesemo podatke o spolu, telesni teži in višini, krvnem tlaku in starosti pacienta.
2. Izvedba meritve. Med približno 10-sekundnim trajanjem merjenja se pacient ne sme premikati.
3. Prikaz rezultatov meritve. Po uspešnem izračunu se prikažejo rezultati, ki se samodejno shranijo v vstavljeni kartico.

#### 4.4. Laboratorijski kazalci prehranjenosti

Redno spremljanje laboratorijskih preiskav je ključno za določitev prehranjenosti pacientov. Pomembna je koncentracija albuminov v serumu. Albumini nam posredno pokažejo zaloge beljakovin v telesu, ki so osnovni gradnik notranjih organov.

Laboratorijski kazalec podhranjenosti, ki ga še potrebujemo pri izračunu točkovnika MIS, je vrednost serumskega TIBC (total iron - binding capacity). Za njegov izračun potrebujemo vrednost serumskega železa ter % saturiranega transferina.

Celovita ocena podhranjenosti in vnetja (MIS ocena)			
Osebna anamneza:			
1 - Sprememba puste telesne mase ob koncu dialize (celokupna sprememba v preteklih 3-6 mesecih)			
0	1	2	3
Brez izgube puste telesne mase ali brez izgube telesne mase < 0,5 kg	Minimalna izguba telesne mase (od 0,5 kg do 1 kg)	Izguba več kot 1 kg vendar manj kot 5 % telesne mase	Izguba telesne mase > 5 %
2 - Vnos hrane			
0	1	2	3
Dober apetit, brez motenj vnosa hrane	Občasno nezadosten vnos trde hrane	Značilno manjši vnos hrane, le tekoča hrana	Samo nizkokalorična tekočina, stradanje
3 - Gastrointestinalni (GI) simptomi			
0	1	2	3
Brez simptomov, dober apetit	Blagi simptomi, slabši apetit in občasna slabost	Občasno bruhanje in blagi GI simptomi	Pogosti simptomi: driska ali bruhanje ali resna anoreksija
4 - Zmanjšanje telesne zmogljivosti (kot posledica vnosa hrane)			
0	1	2	3
Normalna ali dobra kondicija, dobro počutje	Občasne težave pri osnovnih gibih, pogost občutek utrujenosti	Težave pri opravljanju samostojnih aktivnosti (npr. odhod na stranišče)	Ležeči pacienti ali majhna do ničelna aktivnost
5 - Komorbidnost in število let na dializi			
0	1	2	3
Na dializi manj kot eno leto, sicer zdrav	Dializa 1-4 leta ali blaga komorbidnost (brez MCC*)	Dializa več kot 4 leta ali zmerna komorbidnost (prisoten en parameter MCC*)	Vsako resnejše stanje, različne komorbidnosti (2 ali več parametrov MCC*)
Fizični pregled (po kriterijih SGA):			
6 - Zmanjšanje maščobnih zalog ali izguba podkožnega maščevja (pod očmi, triceps, biceps, prsi)			
0	1	2	3
Normalno (brez sprememb)	Blago	Zmerno	Hudo
7 - Znaki mišične oslabelosti (sence, ključnica, lopatica, rebra, kvadricepsi, kolena, interosealne mišice roke)			
0	1	2	3
Normalno (brez sprememb)	Blago	Zmerno	Hudo

Indeks telesne mase:			
8 - Indeks telesne mase: ITM = telesna masa (kg)/višina <sup>2</sup> (m)			
0	1	2	3
ITM ≥ 20 kg/m <sup>2</sup>	ITM: 18-19,99 kg/m <sup>2</sup>	ITM: 16-17,99 kg/m <sup>2</sup>	ITM < 16 kg/m <sup>2</sup>
Laboratorijski parametri:			
9 - Serumski albumin:			
0	1	2	3
≥ 40 g/L	35-39 g/L	30-34 g/L	< 30 g/L
10 - Serumski TIBC:			
0	1	2	3
≥ 44,75 μmol/L	35,8-44,6 μmol/L	26,8-35,7 μmol/L	< 26,8 μmol/L
Skupna vsota = vsota vseh 10 parametrov (0-30):			
MCC (ang. Major Comorbid Conditions – Večja komorbidnostna stanja) vključujejo: kronično srčno popuščanje razreda III ali IV, AIDS, hudo bolezen koronarnih arterij, resna do huda KOPB, večje nevrološke motnje, melanomi z metastazami ali nedavna kemoterapija.			

Kadar je vsota vseh parametrov točkovnika MIS 5 oziroma več kot 5, prvo fazo procesa zdravstvene nege zaključimo z negovalno diagnozo: moteno prehranjevanje: manj, kot telo potrebuje (Ivanuša, Železnik, 2002).

Skupaj s pacientom postavimo cilje, ki morajo biti realni in dosegljivi.

*Pacientu bo zagotovljen priporočen vnos energije (35 kcal/kg ITM) (EDTNA, 2002).*

Na ta način se bo popravilo stanje podhranjenosti, telesna teža se dvigne zaradi povečanja puste telesne mase oziroma zadosti se potrebam pacienta.

*Pacientu bo zagotovljen priporočen vnos beljakovin (1,0–1,2 g/kg ITT pri pacientih na hemodializi ter 1,0–1,5 g/kg ITT pri pacientih na peritonealni dializi).*

Z upoštevanjem teh priporočil (EDTNA/ERCA, 2002) bomo preprečili slabo prehranjenost. Izgube beljakovin med procesom hemodialize ocenjujejo na približno 10–12 g na eno hemodializo. Pri pacientih, ki se zdravijo s peritonealno dializo, pa se izloči v dializat 8-9 g beljakovin dnevno. Občutek stalne polnosti v trebuhu predstavlja še dodatno tveganje za nastanek podhranjenosti.

Priporočila o relativno visokem beljakovinskem vnosu so si nekoliko v nasprotju s priporočili o omejevanju fosfatov, ki jih ravno beljakovinska živila vsebujejo v veliki količini. Zavedati se moramo, da prav beljakovinski viri pomagajo ohranjati raven serumskih albuminov. Beljakovine, ki jih človek najlažje izrabí, so v živilih živalskega izvora. To so meso, ribe, perutnina, mleko in mlečni izdelki (Lavrincec, 2005).

*Pacient bo imel zadosten vnos vitaminov in mineralov ter bo prejemal vitaminske in mineralne dodatke, če so le-ti potrebni.*

Pomanjkanje apetita, kombinirana stanja in terapevtske omejitve prehrane imajo za posledico manj okusno hrano. To lahko privede do nezadostnega vnosa vitaminov in mineralov. Pacienti zaradi bojazni pred hiperkaliemijo pogosto namakajo živila (sadje in zelenjavo), pri tem pa izgubljajo pomembne vitamine in minerale. Vodotopni vitamini se prav tako odstranjujejo med hemodializo. Temu učinku sicer nasprotuje

zmanjšana izguba z urinom. Izogibanje predvsem sadju in zelenjavi v večji meri, kot je sicer potrebno, ima velikokrat za posledico pomanjkanje življenjsko pomembnih vitaminov in mineralov. Vse to je pokazatelj neustreznega učenja pacientov o pravilni prehrani in njeni pripravi.

*Pacient bo imel urejen nivo serumskih maščob (holesterol in trigliceridi).*

Maščoba izboljša jedem okus. V njej so topni nekateri vitamini (A, D, E, K). Poleg tega je izredni vir energije.

*1 g maščob ima kar 9 kcal energije.*

Pacienti, ki se zdravijo z dializo, imajo večje tveganje za nastanek bolezni srca in ožila. S smotrnim izbiranjem kakovosti in omejevanjem količine maščob lahko krepko pripomoremo k zmanjšanju te nevarnosti. Osnovno pravilo je izogibanje živalskim maščobam in zamenjava živalskih maščob z rastlinskimi. Nujna potrebna sta zmanjšanje telesne teže pri debelih ljudeh in redna telesna dejavnost. Če so ob navedenih ukrepah krvne maščobe še vedno nad priporočenimi vrednostmi, je potrebno zdravljenje z zdravili (Obrovnik, 2010).

*Proces zdravstvene nege (faza izvajanja)*

V dializnem centru Novo mesto pripisujemo velik pomen načrtovanju dializne prehrane ter povezanosti odseka in kuhinje. Redno sodelujemo z bolnišničnim dietetikom. Pacient na dializi je odvisen od bolnišnične prehrane dva- do trikrat tedensko. Okusnost, sočnost in videz hrane so bistveni dejavniki, ki odločajo, ali se bo krožnik v kuhinjo vračal poln ali prazen. Pomembno je, da pacient v času zdravljenja s hemodializo dobi jed, ki zadošča potrebam po energiji in vsebuje dovolj beljakovin visoke biološke vrednosti. Z uporabo različnih zelišč in začimb pa dobi jed polnejši in plemenitejši okus. Vsekakor neprimerno začinjena hrana, ki je istočasno mogoče še manj privlačnega videza, ne prispeva k spodbujanju pacientovega apetita.

Pacientom, ki so ogroženi za nastanek energijsko beljakovinske podhranjenosti, se predpiše energijsko in beljakovinsko krepkejša prehrana. Energijsko lahko pacientovo prehrano obogatimo z dodajanjem živil, bogatih s prečiščenimi ogljikovimi hidrati ter z dodatkom kakovostne maščobe. Posebno pozornost namenjamo prigrizkom, saj moramo običajne prigrizke z večjo vsebnostjo soli, fosfatov ali kalija omejiti ter jih nadomestiti z drugimi bolj primernimi.

Energijsko obogatena hrana:

- kruh namažemo z margarino in marmelado,
- ne omejujemo uporabe kakovostnih rastlinskih olj,
- kruh namažemo z majonezo,
- čežano obogatimo s kislo smetano,
- v juhe, omake dodamo smetano,
- napitke dodatno sladimo.



Pomembno je, da je hrana ponujena v pogostih, vendar manjših obrokih ali celo prigrizkih. V dializnem centru Novo mesto ponudimo pacientom v dopoldanskem času zajtrk in kosilo, v popoldanskem času pa malico in večerjo.

Ko vse preproste tehnike dodajanja energijsko in beljakovinsko bogatejših obrokov ne zadostujejo več, si pomagamo z dodajanjem oralnih prehranskih dopolnil. Pacienti jih dobijo v času dializnega zdravljenja. Že tu jih poučimo, kako naj enteralni pripravek zaužijejo, hkrati pa ugotovimo, ali jim pripravek sploh ustreza. Oralno prehransko dopolnilo dobijo na recept. Priporoča se, da ga zaužijejo tudi na nedializni dan. Govorimo o specialnih visoko kaloričnih formulah, ki vsebujejo nizko vrednost elektrolitov. Pacienti jih dobro sprejemajo, saj imajo pripravki različne okuse. Treba pa jih je poučiti o pravilnem uživanju ter poudariti dejstvo, da je prehranski dodatek tudi zdravilo. Poučimo jih, kako s preprostimi recepti obogatijo pripravek in z njim nadomestijo ali dopolnijo obrok. Prehranske dodatke je namreč brez posebnega truda in z le malo iznajdljivosti možno spremeniti v prave mojstrovine, kot so: puding, kreme, sladoled ...

S pacientom se pogovorimo o prehrani, ki je zanj primerna. Zaželeno je, da se v učenje vključijo tudi svojci, ki so pacientu v veliko pomoč. Vsa navodila, ki jih posredujemo, morajo biti razumljiva, jasna in enostavna, saj imamo večinoma opravka s starejšo populacijo. Na voljo imamo veliko zdravstveno vzgojnega materiala, ki ga ponudimo pacientu. Vsak pacient ima doma preglednico živil, kjer dobi podatek, koliko energije, beljakovin, maščob, kalija, fosfata in natrija se nahaja v njih. Prehransko ogroženim izdelamo individualni jedilnik in ga naučimo njegove uporabe. Pomembno je, da vse dileme poskušamo rešiti skupaj s pacientom in svojci.

Sledi vrednotenje celotnega delovanja, usmerjenega v preprečevanje energijsko-beljakovinske podhranjenosti. Celovito oceno stanja hranjenosti - MIS ponovimo čez 6 mesecev, bioimpedančno meritev pa čez en mesec. Vrednotimo vedno skupaj s pacientom. Želimo si pozitivnih rezultatov. Pomembno je, da je pacient dobro informiran in motiviran za doseg ciljev, ki smo jih zastavili skupaj z njim. Vsakega napredka se veselimo, saj vemo, da smo na pravi poti.

## 5 Zaključek

Pri oceni stanja prehranjenosti je najpomembnejše sodelovanje med zdravniki, medicinskimi sestrami, dietetiki, kuhinjo, svojci in seveda pacienti. Le tako bomo dosegli primerno prehranjenost pacientov in jim s tem omogočili kakovostno življenje, zmanjšali obolevnost in prezgodnjo umrljivost.

## LITERATURA

1. Chamney, P., Moissl, U. in Wabel, P. (2007). Application of the Body Composition Monitor in Clinical Practice.
2. Dovč Dimec, R. (2011). Smernice pri prehrani dializnega bolnika. Prehransko rizični bolnik na dializi. Zbornik Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v nefrologiji, dializi in transplantaciji. Rogaška Slatina.
3. European Guidelines for the Nutritional Care of Adult Renal Patients. EDTNA/ERCA, Oktober 2002.
4. Guarnieri, G., Situlin, R. in Toigo, G. (2006). The Kidney. V M. J. Gibney, M. Elia, O. Ljungqvist in J. Dowsett (eds.), Clinical nutrition (pp. 205–225). Blackwell Publishing.
5. Ivanuša, A. in Železnik, D. (2002). Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor: Studio Linea.
6. Knap, B. in Lavrinec, J. (2012). Prehrana pri kronični ledvični bolezni. Ljubljana: Zveza društev ledvičnih bolnikov Slovenije.
7. Knap, B. (2014). Prehrana pri kronični ledvični bolezni. Bolezen ledvic. Ljubljana.
8. Lavrinec, J. (2005). Načrtovanje prehrane za ledvične bolnike. Priročnik za dnevno rabo. Ljubljana.
9. Lipičnik, S. (2011). Metode za ugotavljanje prehranjenosti dializnih bolnikov. Prehransko rizični bolnik na dializi. Zbornik Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v nefrologiji, dializi in transplantaciji. Rogaška Slatina.
10. Navodila za uporabo. Body Composition Monitor. Fresenius Medical Care, 2010.
11. Obrovnik, M. (2010). Za dobro Ledvic. Zveza društev ledvičnih bolnikov Slovenije, Slovensko zdravniško društvo- Slovensko nefrološko društvo. Ljubljana.
12. Slovensko nefrološko društvo (2015). Zapisnik drugega sestanka Strokovne delovne skupščine za prehrano. Ljubljana.

## SREČANJE SO OMOGOČILI

Generalni sponzor:

**Nalgesin® S**  
ustavi bolečino,  
preden bolečina  
ustavi vas.



**Hitra  
rešitev**

Pri glavobolu, zobobolu,  
menstrualnih bolečinah,  
bolečinah v mišicah  
in sklepih.



Slovenija, 15-2016, RB/KS.



V hitrem ritmu življenja vas bolečina lahko hitro ustavi.  
Zato imejte pri roki Nalgesin S, ki se zaradi posebne učinkovine  
hitreje absorbira, doseže mesto bolečine in jo hitro ustavi.

**Nalgesin® S – hitra rešitev za bolečino.**

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



Nalgesin® S vsebuje natrijev naproksenat.

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

**KRKA**

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

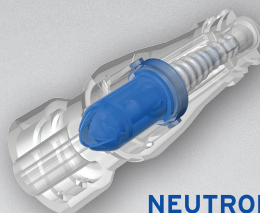
Pred uporabo natančno preberite navodilo!  
O tveganju in neželenih učinkih se posvetujte z zdravnikom ali s farmacevtom.

Ostali sponzorji:

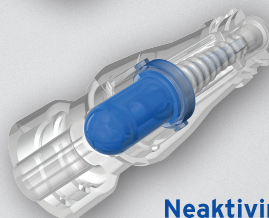
**+PHARMAMED**

INOVACIJE, KI REŠUJEJO ŽIVLJENJA

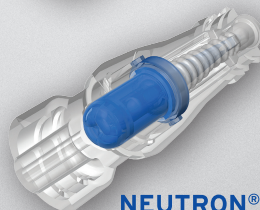
**NEUTRON®**



**NEUTRON® med infuzijo**



**Neaktiviran NEUTRON®**



**NEUTRON® med aspiracijo**

**PRVI IN EDINI BREZIGELNI MEDICINSKI  
PRIPOMOČEK, KI ZMANJŠUJE INCIDENCO  
S KATETROM POVEZANIH OKUŽB IN  
PREPREČUJE POVRATEK KRVI V KATETER**

**icumedical**  
human connections

***Baxter***



**MM SURGICAL**