

DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV NOVO MESTO
SPLOŠNA BOLNIŠNICA NOVO MESTO
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO NOVO MESTO

NAPAKE V ZDRAVSTVENI NEGI

zbornik prispevkov

5. dnevi Marije Tomšič

Dolenjske Toplice, 24. in 25. januar 2013

Novo mesto, 2013

NAPAKE V ZDRAVSTVENI NEGI
5. dnevi Marije Tomšič

Izdala in založila / Publishers ©

Visoka šola za zdravstvo Novo mesto / School of Health Sciences Novo mesto

Uredila / Editor-in-Chief

Mag. Ana Podhostnik

Recenzirala / Outside Reviewers

Dr. Bojana Filej

Lektorirala / Proofread by

Melanija Frankovič

Tehnična urednika / Technical Editors

Bojan Nose, Brigita Jugovič

Natisnila / Printed

Tiskarna Littera picta, d.o.o.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616-083(082)

614.25(082)

DNEVI Marije Tomšič (5 ; 2013 ; Dolenjske Toplice)

Napake v zdravstveni negi : zbornik prispevkov / 5. dnevi Marije Tomšič,
Dolenjske Toplice, 24. in 25. januar 2013 ; [uredila Ana Podhostnik]. -
Novo mesto : Visoka šola za zdravstvo, 2013

ISBN 978-961-6770-21-7

1. Gl. stv. nasl. 2. Podhostnik, Ana

264907264

VSEBINA

<i>Marija Al Nawas</i> Motivacija zaposlenih za cepljenje proti gripi v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana	7
<i>Marta Blažič, mag.</i> Z dokumentiranjem se preprečijo napake v zdravstveni negi	11
<i>Mira Brodarič, mag.</i> Etični vidik nepravilnosti v zdravstveni negi	15
<i>Metoda Gorenc</i> Ustna nega	22
<i>Darja Grubar</i> Zahtevnost zdravstvene nege v patronažnem varstvu	28
<i>Marinka Jankovič</i> Spremljanje incidentov - pokazatelj kakovosti zdravstvene nege	38
<i>Tamara Jerič Miklič, Miomir Čikič, Katja Željko</i> Roke so ogledalo medicinske sestre	45
<i>Anita Jevšek</i> Pravilna izbira in ustrezna namestitvev hlačnih predlog	53
<i>Nadja Klemenčič</i> Triaža pacientov v urgentni kirurški ambulanti	57
<i>Nastja Knavs</i> Prednosti in slabosti ocenjevanja ogroženosti pacienta za nastanek razjede zaradi pritiska	61
<i>Dr. Radojka Kobentar, Slavica Roljič, Marija Gorše Muhič</i> Pristop k obravnavi strokovnih napak v zdravstveni negi z vidika kompetenc medicinske sestre	66
<i>Marina Kokalj, Nataša Kokalj, mag.</i> Rokovanje z intravenskimi katetri	75
<i>Mateja Košak Gregorič</i> Tudi za povijanje nog je potrebno znanje	85
<i>Urban Kovačič</i> Dejavniki, ki vplivajo na dokumentiranje	89
<i>Alojz Peterle</i> Izkušnje ob množični nesreči opozarjajo	94
<i>Mag. Ana Podhostnik</i> Reakcije študentov ob storjeni strokovni napaki	98

<i>Biserka Simčič</i>	105
Kakovost in varnost pacientov v luči Direktive o čezmejnem zdravstvenem varstvu	
<i>Mojca Simončič</i>	110
Iz šolskih klopi na praktični pouk	
<i>Jožica Turk, Eva Kumelj</i>	114
Napačno rokovanje in zdravstvena nega pacienta s trajnim urinskim katetrom	
<i>Andreja Žurga</i>	118
Pomanjkljivosti pri sprejemu pacientov v enoti kirurškega centralnega sprejema	

Uvodnik

Letošnje strokovno srečanje Dnevi Marije Tomšič je že peto po vrsti. Od prvega se nam zdi, da je preteklo že veliko časa, v resnici pa je hitro minil. Za vse nas, ki srečanje organiziramo, je to obdobje zelo pomembno, saj se je povečala prepoznavnost našega poklica v ožjem in širšem okolju.

Naša druženja so v teh petih letih postala več kot obveznost oz. poklicna nuja. Vse, ki pri njih sodelujemo, povezuje odgovornost za prihodnost zdravstvene nege.

Živimo v času, ko spremembe niso nič novega, so le stalnica v našem vsakdanjem življenju in delu.

Vsak dan, teden in mesec mine hitreje in bolj kompleksno kot kdajkoli do sedaj. Tudi delavci na področju zdravstvene nege se sprememb zavedamo, predvsem pa vemo, da je preteklost učiteljica prihodnosti.

Svoje znanje in izkušnje moramo uporabiti za razvoj zdravstvene nege, kar bomo dosegli samo, če si bomo zastavili prave cilje in poznali poti, po katerih bomo prišli do njih, ne da bi se prepustili naključjem.

Z novim znanjem na področju zdravstvene nege, s pravimi odločitvami, s poklicno odgovornostjo, z večjo kakovostjo in organiziranostjo dela, z večjo motivacijo ter boljšim in pristnejšim odnosom do dela bomo lahko preprečili neželene dogodke ali napake v zdravstveni negi.

V zdravstveni negi na tem področju še ni dorečene enotne terminologije, zato se v praksi srečujemo z različnimi izrazi, kot so: incidenti, nesrečni dogodki in slučaji v zdravstveni negi...

Ministrstvo za zdravje nas opozarja na neljube dogodke in nas usmerja h kvalitetni in varni obravnavi pacienta s čim manj neželenih dogodkov. Vsi zaposleni na področju zdravstvene nege se trudimo, da bi našim pacientom ponudili čim več strokovnega znanja, čim večjo kakovost storitev in varnost izvedbe le-teh. Zavedamo se, da je kakovostna in varna oskrba sestavni del celostne obravnave pacienta, predvsem pa naša prednostna naloga in odgovornost. Le s tako miselnostjo lahko zmanjšamo neželene dogodke ali napake na področju zdravstvene nege in s tem povečamo ugled našega dela ter doseganje vidnega mesta v zdravstvenem sistemu.

Vsem, ki boste z nami tudi letos, želimo prijetno druženje s kolegi in dva strokovno uspešna dneva.

*mag. Jožica Rešetič
predsednica organizacijskega odbora*

Motivacija zaposlenih za cepljenje proti gripi v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana

POVZETEK - Cepljenje proti gripi je eden od pomembnih kazalnikov kakovosti vsake bolnišnice. Zdravstveni delavci so zakonsko in etično odgovorni, da z lastnimi obolenji ne ogrožajo bolnikov, ki se zdravijo v bolnišnici. Zato je motivacija in organizacija cepljenja proti gripi še toliko bolj pomembna, saj je znano, da vsako leto zboli za to boleznijo veliko število zdravstvenih delavcev. Služba za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana si že vrsto let prizadeva za čim večjo precepljenost zaposlenih proti gripi, vendar pa ji doseganje tega cilja otežujeta nezaupanje v kakovost cepiva in strah pred neželenimi učinki po cepljenju.

KLJUČNE BESEDE: bolnišnične okužbe, preprečevanje, gripa, cepljenje

1 Uvod

Zdravstveni delavci so pri opravljanju svojega poklicnega dela zakonsko in etično odgovorni, da svoje delo opravljajo strokovno in da ne prenašajo okužb na bolnike, svojce ali sodelavce (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2011). Vsakdo ima pravico do varstva pred nalezljivimi boleznimi in bolnišničnimi okužbami ter dolžnost varovati svoje in zdravje drugih pred temi boleznimi (Uradni list RS, št. 69/1995). Z zaščitnim cepljenjem proti gripi tako varujejo sebe, da ne zbolijo in s tem preprečijo prenos virusa gripe na občutljive bolnike, svojce ali sodelavce. S precepljenim zdravstvenim osebjem se zmanjšuje možnost komplikacij pri bolnikih, ki so bolj dovzetni, da zbolijo, s tem se izognemo ali poslabšanju njihovega zdravstvenega stanja ali celo njihovi smrti. Dokazano je, da so precepljeni zdravstveni delavci manj odsotni z dela, s tem pa se posledično zviša ekonomska učinkovitost bolnišnic in kakovost dela. Vsaka bolnišnica spremlja različne kazalnike kakovosti in tudi podatek o cepljenju zaposlenih je pomemben kazalnik.

2 Motivacija zaposlenih za cepljenje proti gripi

Da bi za cepljenje proti gripi motivirali čim več zaposlenih, je bilo treba:

- omogočiti brezplačno cepljenje za zaposlene
- organizirati predavanje strokovnjakov iz UKCL in Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije na temo zakaj se cepiti.

- izdelati načrt promocije cepljenja:
 - izbrati moto cepljenja (npr.: »Gripa ne izbira, cepimo se!«),
 - razposlati zdravstveno-vzgojne/promocijske zgibanke,
 - razobesiti promocijske plakate;
- pozivati k cepljenju:
 - z dopisi oddelkom in službam,
 - s pozivi po e-pošti (intranet),
 - z obvestili na spletnih straneh Službe za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb (SPOBO),
 - v internem glasilu UKCL,
 - z lokalnimi promotorji (koordinatorji cepljenja).

3 Organizacija cepljenja proti gripi v UKC Ljubljana

Do leta 2004 je organizacijo cepljenja proti gripi vodil Klinični inštitut medicine dela, prometa in športa (KIMDPŠ) UKCL. Cepljenje je potekalo na polikliniki v njihovih ambulantnih prostorih in na posameznih klinikah, kjer se je pokazal interes zaposlenih po cepljenju. Za zaposlene zdravstvene delavce je bilo takrat cepivo plačljivo. Po letu 2004 se je KIMDPŠ preselil na novo lokacijo, kar je bil najverjetneje eden od pomembnih razlogov za zmanjšanje zanimanja za cepljenje proti gripi. Leta 2005 je organizacijo cepljenja prevzela SPOBO Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana in jo vodi še danes.

Strategija organizacije cepljenja se je pod novim vodstvom SPOBO, zavedajoč se dejstva, da so dejavnosti UKCL razporejene na enaindvajsetih lokacijah v devetnajstih zgradbah, nekoliko spremenila. Glavni cilj je bil izpeljati cepljenje tako, da je v najkrajšem času cepljenih čim več zaposlenih. Cepljenje je potekalo vsak delovni dan v tednu v obdobju enega meseca. V cepilni sezoni 2009/2010 pa je bilo treba zaradi dvojne organizacije cepljenja (proti sezonski in pandemski gripi) zagotoviti drugačno organizacijo cepljenja, saj je bilo treba v najkrajšem času cepiti čim več zaposlenih za obe vrsti gripe. Cepljenje je bilo razdeljeno na dva časovna termina (v prvem cepljenje proti pandemski gripi, v drugem pa proti sezonski).

Pred izvedbo cepljenja v cepilni sezoni 2011/12 smo si želeli olajšati evidentiranje opravljenega cepljenja. V ta namen smo osnovali nov računalniški program IMUNIS, ki nam je omogočal lažjo sledljivost o opravljenem cepljenju ter boljšo statistično preglednost.

Organizacija cepljenja je vsebovala:

- objavo celotne organizacije cepljenja na intranetu UKCL (Služba za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb, 2012),
- enotno stroškovno mesto za izvedbo cepljenja proti sezonski gripi,
- določitev glavnega koordinatorja cepljenja (iz SPOBO),
- določitev pomožnih koordinatorjev za posamezno cepilno mesto (6 oseb),

- določitev cepilnih ekip - zdravnik, medicinska sestra, administrator (za vsako cepilno mesto jih določijo pristojni koordinatorji),
- zbiranje prijav,
- naročilo števila doz cepiva proti gripi na IVZ,
- izobraževanje cepilnih ekip,
- navodila za izvedbo cepljenja,
- urnik cepljenja na šestih cepilnih mestih,
- organiziranje dodatnih terminov glede na interes zaposlenih,
- obvestilo reanimacijski službi o začetku, lokaciji in urniku cepljenja,
- sproten vnos podatkov o opravljenem cepljenju v računalniški program IMUNIS,
- spremljanje in evidentiranje neželenih učinkov cepljenja,
- izdelavo in objavo zaključnega poročila,
- pošiljanje zaključnega poročila na Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana,
- analizo cepilne sezone,
- začetek priprav na novo sezono.

4 Problemi pri motivaciji zaposlenih za cepljenje

Največji problem, ki se je pojavil ob motivaciji za cepljenje proti gripi, je bila velika antipromocija v medijih (intranet, internet, e-pošta, TV, radio, razne revije itd.), ki je potekala vsako leto od začetka do konca cepilne sezone. Kljub neizmernim prizadevanjem ni bilo možno motivirati zaposlenih, da bi se bolje odzvali na cepljenje. V tabeli 1 je prikazan odstotek cepljenih zaposlenih.

Tabela 1: Podatki o cepljenju zaposlenih v UKCL

SEZONA	% CEPLJENIH	OPOMBE
2005/2006	37,8 %	(grozeča epidemija ptičje gripe)
2006/2007	29,8 %	
2007/2008	26,7 %	
2008/2009	23,2 %	
2009/2010	25,2 %	(grozeča epidemija nove gripe)
2009/2010	21,6 %	PANDEMSKA GRIPA
2010/2011	11,9 %	
2011/2012	11,9 %	

Povzamemo lahko, da se proti gripi vsako leto cepi več zdravnikov za razliko od medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov - pri njih število cepljenih precej upada. Prav tako vzori ne vlečejo. Tudi če se cepi celotno strokovno vodstvo UKCL, to ni zagotovilo, da bi bili zaposleni bolj motivirani za cepljenje. Zaradi takšnega stanja smo se odločili, da bomo po oddelkih izpeljali anonimno anketo med zaposlenimi, da bi ugotovili, zakaj zaposleni odklanjajo cepljenje. Podatki nam bodo služili kot izhodišče za novo cepilno sezono.

5 Zaključek

Iz dolgoletnih izkušenj še vedno nismo našli uporabnega recepta, kako dvigniti motivacijo zdravstvenim delavcem, da bi se cepili. Morda nam bo to uspelo s pomočjo ankete, s katero bomo lažje prišli do odgovorov, zakaj se zaposleni ne cepijo, in tako lažje bili bitko za cepljenje. S cepljenjem zaposlenih želimo namreč povečati varnost naših bolnikov, sodelavcev in svojcev, ki prihajajo na obisk v bolnišnico.

LITERATURA

1. Cepljenje proti sezonski gripi (2012). Ljubljana: Univerzitetni klinični center. Pridobljeno 18. 10. 2012, s <http://www.intranet.kclj.si/index.php?m=14&s=2&odd=&t=168>.
2. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Novo mesto. Pridobljeno 18. 10. 2012, s http://www.dmszt-nm.si/media/pdf/kodeks_etike.pdf.
3. Zakon o nalezljivih boleznih (1995). Uradni list Republike Slovenije, št. 69.

Marta Blažič, mag.

Z dokumentiranjem se preprečijo napake v zdravstveni negi

POVZETEK - Pri opazovanju bolnika in njegove celostne obravnave danes ne moremo brez dokumentacije zdravstvene nege. Dokumentacija zdravstvene nege je lahko v papirni ali v elektronski obliki. Elektronska dokumentacija ne pomeni samo prehoda iz papirne oblike, temveč je sistem, ki uporablja računalniško in specializirano programsko opremo. Varna uporaba računalniškega sistema je skupek vseh elementov, ki so vsak posebej izpostavljeni različnim grožnjam in napadom. Medicinske sestre vstopamo v računalniški sistem z geslom, kar spada med proceduralno zaščito. V prispevku je prikazana dokumentacija zdravstvene nege, ki se uporablja v Splošni bolnišnici Novo mesto. V dokumentaciji zdravstvene nege so zbrani in zapisani podatki, ki se dobijo pri bolniku. Obdelava teh podatkov po procesni metodi dela daje informacije, ki so za zdravstveno nego nujno potrebne, da bi se izognili napakam.

KLJUČNE BESEDE: dokumentacija zdravstvene nege, medicinska sestra, računalnik, geslo

1 Uvod

Za zdravstveno nego Pajnkiharjeva (1999) navaja, da se razvija v sodobno, avtonomno stroko znotraj zdravstvenega varstva. Vsako sistematično, strokovno in kakovostno delo je zasnovano na dobri dokumentaciji – to velja tudi za zdravstveno nego, ki se izvaja po procesni metodi dela.

Naka (2006) v svojem članku navaja, da je osnovni namen dokumentiranja zdravstvene nege čim bolj prikazati opravljeno zdravstveno nego bolnika, prikazati njegovo stanje in potek dogodkov v času obravnave. Že Periceva (1997) in Naka (2006) navajata, da je negovalna dokumentacija pomembna za zagotavljanje varne, kakovostne, kontinuirane zdravstvene nege, za raziskovalno delo in kot pravna zaščita izvajalcev zdravstvene nege.

Podatkovni standardi, minimalni nabor podatkov in enotna dokumentacija pa so osnova za elektronsko evidentiranje podatkov v zdravstveni negi (Priatelj, 2005).

Elektronska dokumentacija je sistem, ki uporablja računalniško opremo in specializirano programsko opremo za zbiranje, shranjevanje, obdelavo, razvrščanje, tiskanje in prikazovanje zdravstvenih podatkov o bolniku, ki so potrebni za analizo kliničnih podatkov (Aiken, 2004).

Evidentiranje zdravstvenih storitev v računalnikih je pogosto povezano v mreže, zato morajo biti podatki ustrezno zaščiteni. Ena oblika zaščite je lahko geslo za dostop do aplikacije, ki obdeluje podatke, katerega cilj je identifikacija uporabnikov (Zabukovec in Bohinc, 2001).

2 Dokumentacija zdravstvene nege

Dokumentiranje v zdravstveni negi pomeni zbiranje in zapisovanje vseh podatkov, ki jih medicinska sestra dobi pri bolniku. Obdelava teh podatkov po procesni metodi dela daje informacije, ki so v zdravstveni negi nujno potrebne (Lahe in Železnik, 2000). Medicinske sestre uporabljajo različne sisteme ali oblike, da dokumentirajo zdravstveno nego. Ti sistemi so pomembni za zagotavljanje kakovostne oskrbe, za obvladovanje tveganja, za preprečevanje in zmanjšanje izpostavljenosti sodnim in disciplinskim postopkom, za potrjevanje, zakaj bi bilo potrebno plačilo za opravljeno oskrbo, za zagotavljanje državnih in zveznih zahtev ter zagotavljanje akreditacijskih zahtev (Aiken, 2004).

2.1 Dokumentiranje zdravstvene nege v Splošni bolnišnici Novo mesto

Dobra dokumentacija lahko »reši« medicinsko sestro pri odškodninskih zahtevkih oziroma tožbah zaradi malomarnosti ter v disciplinskih ukrepih in sporih, ki izhajajo iz etičnih dilem. Verodostojnost, ali govori resnico, je bistvenega pomena v zdravstvenem popisu pacienta, kajti vsi izvajalci zdravstvenega varstva, ki skrbijo za določenega pacienta, se pri odločanju o zdravljenju sklicujejo na zapise. Torej je treba pri dokumentiranju uporabiti dejanske, konkretne, opisne in resnične navedbe (Aiken, 2004).

Urejena in berljiva dokumentacija zdravstvene nege je najboljši dokaz, da je bila bolniku nudena najboljša zdravstvena oskrba s strani medicinske sestre. Takšna dokumentacija je uporabna tudi kot pravna zaščita v primeru tožbe. Danes so zahteve uporabnikov zdravstvenih storitev visoke. Od medicinskih sester se pričakuje kakovostno in strokovno opravljeno delo, zato je prva obramba za medicinsko sestro dejanska in popolna dokumentacija.

V Splošni bolnišnici Novo mesto smo po vzorcu Splošne bolnišnice Murska Sobota izdelali dokumentacijo zdravstvene nege. Je samostojen dokument, ločen od zdravstvene dokumentacije, in zajema:

- negovalni list ob sprejemu bolnika,
- načrt zdravstvene nege z vsemi fazami procesa in
- poročilo oziroma posebnosti zdravstvene nege.

Negovalni list ob sprejemu bolnika zajema osnovne bolnikove podatke, datum sprejema, datum premestitve in datum odpusta. Sledi popis stvari, ki jih je bolnik prinesel s seboj, socialni status in ocena bolnikovega stanja. Medicinska sestra opravi

pogovor z bolnikom oziroma po potrebi s svojci, izpolni dokumentacijo in na koncu se vsi podpišejo.

Sledi načrt zdravstvene nege, ki je razdeljen po fazah procesne metode dela. Izhaja iz potreb po življenjskih aktivnostih, ki jih bolnik ne more opravljati samostojno ali pri njih potrebuje našo pomoč. Ugotovijo se problemi oziroma negovalne diagnoze in na tej osnovi se zastavijo cilji. Iz zastavljenih ciljev se naredi načrt in izvajanje zdravstvene nege z vrednotenjem. V načrtu zdravstvene nege je nabor vseh življenjskih aktivnosti. Vsaka življenjska aktivnost ima v naboru negovalne probleme oziroma negovalne diagnoze in cilje. V načrtu zdravstvene nege so ravno tako v naboru vsi postopki oziroma intervencije, ki se izvedejo. Vsak postopek oziroma intervencija ima dodano dogovorjeno kratico, ki se uporabi pri beleženju izvajanja zdravstvene nege. Poleg kratice se obvezno zabeleži tudi čas izvedbe posega oziroma intervencije. Pri vrednotenju se potrdi z besedo, če je cilj dosežen, odstopanja pa se zabeležijo v poročilu oziroma pri posebnostih zdravstvene nege.

Dokumentacija je izdelana za ležalno dobo treh dni. V primeru daljše hospitalizacije se uporabi nadaljevalna dokumentacija, brez negovalnega lista ob sprejemu bolnika. Ob odpustu se dokumentacija zdravstvene nege priloži k zdravstveni dokumentaciji. Medicinske sestre morajo dokumentacijo zdravstvene nege dosledno in natančno izpolnjevati brez nedovoljenih okrajšav, pisati čitljivo in se obvezno podpisati. Slabo izpolnjena, nečitljiva dokumentacija z nedovoljenimi okrajšavami lahko privede do napačne interpretacije, kar se kaže v neodgovornosti medicinske sestre.

2.2 Elektronska dokumentacija zdravstvene nege

Elektronsko beleženje podatkov lahko predstavlja problem pri izvajalcih. Slabo sodelovanje med izvajalci zdravstvenih storitev in službe za informatiko, slaba delovna klima, pomanjkanje računalnikov, neenotna terminologija in strah pred izgubami podatkov vodijo medicinske sestre k nastajanju in shranjevanju papirne oblike dokumentacije. Na tak način se podatki podvajajo.

Prijatelj (2005) navaja, da računalnik ni več visoka postavka v finančnih načrtih, zato informacijska tehnologija danes ni več ovira za zapis o bolniku v elektronski obliki. V razvitih državah so bolnišnice dobro opremljene z računalniki, razviti so informacijski sistemi za podporo zdravstveni negi in uvedena zdravstvena nega na daljavo (telenursing). Z elektronsko dokumentacijo zdravstvene nege bi medicinskim sestram omogočili hiter dostop do informacij, ki jih pri svojem delu potrebujejo in so lahko rezultat načrtovanega dela.

2.3 Uporaba gesel pri uporabi računalnika

Pri uporabi informacijskega sistema imajo podatki, ki se vnašajo, različne vrednosti, zato obstaja tudi nevarnost zlorabe le-teh. Vsak uporabnik vstopa v Bolnišnični integrirani računalniško podprt informacijski sistem (BIRPIS21) s svojim uporabniškim imenom in geslom.

Geslo je skrivno zaporedje znakov (numeričnih ali alfanumeričnih), katerega cilj je identifikacija uporabnikov. Uporabniki se morajo zavedati, da se vnašajo občutljivi podatki, zato se morajo zavedati svoje odgovornosti za njihovo uporabo. Kako je v praksi, je stvar vsakega posameznika, vendar se gesel ne sme posojati ali jih pisati na vidna mesta.

3 Zaključek

Dokumentacija zdravstvene nege je zbirka več dokumentov s področja zdravstvene nege ter omogoča zanesljivost in varnost podatkov. Računalniško podprto dokumentacijo zdravstvene nege medicinske sestre nujno potrebujejo. Tako se zmanjša človeško delo, omogoči manjša poraba energije, materiala in časa ter neposredno zmanjšuje možnost napak v zdravstveni negi.

Profesionalno delovanje medicinske sestre zagotovo pozitivno vpliva na kakovost in varnost zdravstvene nege. V celoti podprta računalniška dokumentacija zdravstvene nege bi bil nov prispevek k razvoju sodobne zdravstvene nege.

LITERATURA

1. Lahe, M., Železnik, D. (1999). Informacijski sistem v zdravstveni negi. V M. Šlajmer Japelj (ur.), *Informatika v zdravstveni negi (17–24)*. Maribor: Visoka zdravstvena šola.
2. Naka, S. (2006). Pomen dokumentacije v zdravstveni negi. V I. Rijavec (ur.), *Dokumentiranje v procesu zdravstvene nege kirurškega bolnika: zbornik predavanj (str. 4-7)*. Ljubljana: Zbornica – Zveza.
3. Pajnkihar, M. (1999). *Teoretične osnove zdravstvene nege*. Maribor: Visoka zdravstvena šola.
4. Peric, H. K. (1997). Dokumentiranje zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 31, 115–26.
5. Prijatelj, V. (2005). Priložnosti in ovire pri elektronskem zbiranju podatkov zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 39, 175–179.
6. Rosemary, J., Mann, C. N. M. (2004). Legal, ethical, and political issues in nursing. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 4, (3), 182–187.
7. Zabukovec, M., Bohinc, M. (2001) Mesto informacijskega sistema v zdravstveni negi. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 35, 56–59.

Etični vidik nepravilnosti v zdravstveni negi

POVZETEK - Zdravstvena nega omogoča sistematičnost, dinamičnost, usmerjenost k pacientu, upoštevanje pacienta kot celovite individualne osebnosti, njegovo aktivno in partnersko vlogo. Poznavanje teorije etike in etičnega odločanja pripomore k razvijanju sposobnosti, ki jih medicinska sestra potrebuje za etično ravnanje ob strokovni napaki v zdravstveni negi. Ugotavlja potrebe pacienta po zdravstveni negi in jih zadovoljuje, dokler je potrebno. V dogovoru in soglasju s pacientom ugotavlja težave in probleme, načrtuje in izvaja intervencije zdravstvene nege ter vrednoti njihovo učinkovitost. Medicinske sestre se pri svojem delu srečujejo s številnimi etičnimi dilemami in vprašanji, pri čemer morajo biti še posebej previdne. Namen prispevka je prikazati pomen etike v zdravstveni negi, ki je osnova medicinskim sestram za etično razmišljanje in odločanje ob dilemah v vsakodnevni praksi ter ugotoviti, kakšno je poznavanje kazenske odgovornosti v zdravstveni negi. V prispevku je prikazana anketa, ki je bila izvedena na spletu, vzorec pa predstavljajo zdravstveni delavci v Sloveniji. Cilj raziskave je bil pridobiti njihovo mnenje o pogostosti strokovnih napak. Za boljšo interpretacijo rezultatov pa smo pregledali, ali so bile na tem področju že narejene kakšne raziskave, ter jih korelacijsko primerjali. V članku so prikazani odgovori anketirancev in interpretacija le-teh.

KLJUČNE BESEDE: strokovne napake, zdravstvena nega, medicinske sestre, etika, odgovornost

1 Uvod

Strokovnost in etika morata biti v zdravstveni negi vedno povezani, saj le tako lahko za pacienta zagotovimo koristno delovanje. Medicinske sestre s širokim strokovnim znanjem zagotavljajo pacientom varno, učinkovito in kakovostno zdravstveno nego. Morajo se zavedati, da svoje delo opravljajo etično, da se držijo lastnih moralnih načel in zakonodaje Republike Slovenije. Poznavanje teorije etike in etičnega odločanja pripomore k razvijanju sposobnosti, ki jih medicinska sestra potrebuje za etično ravnanje ob strokovni napaki v zdravstveni negi (Fošnarič, 2010). Te odločitve pa so v praksi velikokrat povezane s številnimi dilemami.

Zato bi bilo smiselno raziskati in odgovoriti na naslednja vprašanja:

- Kaj je pomembno pri razumevanju poklicne etike?
- Ali menite, da so pacienti seznanjeni s Kodeksom etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov ter s svojimi pravicami?
- Ali je poznavanje kazenske odgovornosti v zdravstveni negi zadovoljivo?

Skratka, cilj prispevka je preučiti, kako pogosto se v zdravstvu kršijo etična načela. Namen preučevanja etike je v tem, da etično ravnanje postaja vedno pomembnejše

tudi v vsakdanjem življenju in v družbi nasploh. Prav zaradi tega je treba preučiti in spoznati to ravnanje, kaj vpliva nanj, kateri dejavniki ga spodbujajo ter kako se to ravnanje lahko izboljša. Na medicinskem področju se razvijajo posebna moralna pravila in etična načela, in sicer kot poklicna etika.

V nadaljevanju bodo predstavljene metodologije, s pomočjo katerih bomo prišli do odgovorov na postavljena vprašanja. Z že znanimi raziskavami pa bomo argumentirali metodološke pristope. Torej bomo s pomočjo že narejenih raziskav odgovorili na raziskovalna vprašanja tega članka.

Etika in etična načela v zdravstveni negi

Ravnanje medicinskih sester in drugih zdravstvenih delavcev je vselej podvrženo natančni kritični presoji drugih ljudi, predvsem zaradi delovanja na področju človekovega zdravja in življenja. Poznavanje in upoštevanje etičnih načel pri delu z ljudmi oblikuje profesionalno etiko medicinskih sester. Etična načela in standardi so vodilo pri poklicnem odločanju in delovanju nasploh.

Stres (1999) navaja, da je predmet etike vse, kar spada v ta okvir (dobro, izročila, norme, vrednote, kreposti, vrline), na ta način pa je etika filozofija morale. Šmitek (2003) pravi, da je etika zlato pravilo, ki določa, da moramo obravnavati drugega tako, kot bi želeli biti obravnavani sami.

Zdravstveno osebje mora v odnosu do pacienta delovati v soglasju s predpisanimi etičnimi načeli. V skladu s kodeksom etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov je medicinska sestra prvenstveno odgovorna pacientu.

Medicinski sestri v klinični praksi in pri etičnem sklepanju ob kompleksnosti znanja, ki ga potrebuje za izvajanje zdravstvene nege, pomaga refleksija, neprestano zavedanje same sebe kot medicinske sestre med interakcijo z drugimi (Fairchild, 2010).

Mohar (1997) navaja, da se zdravstveno osebje pri vsakodnevnem delu srečuje s situacijami in primeri, ki jih mora presojati s pravnega in moralno-etičnega vidika. Zdravstvena nega je moralna in etična disciplina, katere cilj in namen je dobro počutje drugih (Vuga, 1996).

Vrednote v zdravstveni negi

Vrednote so osebni vidiki in osnove družbenega in etičnega življenja, vse naše moralne in etične odločitve temeljijo na njih. Lahko se izražajo na treh ravneh (Tschudin, 2004):

- kot prepričanja,
- kot stališča in
- kot vrednote same.

Prepričanje sloni bolj na zvestobi kot na dejstvu. Eno glavnih prepričanj v zdravstveni negi je, da se bo ob učinkoviti zdravstveni negi zdravstveno stanje bolnikov izboljšalo. Stališča so precej trajni občutki, ki so običajno sestavljeni iz različnih

prepričanj. Nekatera stališča, značilna za zdravstveno nego, se izražajo v načinu izvajanja zdravstvene nege.

Biti koristen drugim krepi občutek lastne vrednosti, krepi medosebne odnose in širi čustveno in razumsko obzorje. Podobo medicinske sestre oblikujeta predvsem njena osebna podoba in posebne poklicne lastnosti. Osebno podobo sestavljajo njene temeljne človeške lastnosti, kot so človekoljubnost, optimizem, spoštljivost in strpnost. Pri njenem strokovnem delu s pacienti pa izstopajo predvsem njene poklicne lastnosti, kot so: strokovna usposobljenost, prijaznost, razumevanje, strpnost in zaupljivost.

Etična načela iz Kodeksa medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije

Za medicinske sestre je pri izvajanju vseh aktivnosti zdravstvene nege zelo pomembno upoštevanje najpomembnejših splošnih etičnih načel. Najpogostejša etična načela, ki vodijo profesionalno vedenje v zdravstveni negi, so:

- dobronamernost, korist (omiliti trpljenje, večja skrb za zdravje),
- pravičnost (dostopnost do storitev),
- avtonomija (svobodna izbira, informiranost),
- resnicoljubnost (dolžnost izvedeti resnico) in
- zvestoba (zaupanje medicinske sestre in bolnika).

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije vsebuje pravila in predpise o etičnem delovanju, vrednote v zdravstveni negi ter opis temeljnih nalog medicinskih sester, ki temeljijo na spoštovanju človekovih pravic. Sestavljen je iz štirih področij, ki so razdeljena v devet temeljnih načel, ta pa imajo napisane standarde ravnanja in vedenja ter omejitve. Kodeks pomaga medicinski sestri pri oblikovanju etičnih vrednot, predvsem pa ji predstavlja podlago za etično presojo, saj ji olajša odločanje pri njenem delu, posebej takrat, ko se znajde v dilemi. V kodeksu je zapisano, da je upoštevanje določb kodeksa obvezno za vsako medicinsko sestro in člane tima zdravstvene nege.

Menim, da je poznavanje kodeksa pomembno, predvsem pa obvezno tudi za dijake in študente zdravstvene nege, saj morajo pri praktičnem delu, ki poteka ob pacientu, upoštevati njegova načela. Mislim, da je to čas, ko si v času izobraževanja oziroma študija oblikujejo lastna moralna stališča do poklica in dela, za katerega so se odločili. Pomembno je, da zdravstveni delavci dobro poznajo etična načela, kot primer pa navajamo načelo avtonomije. Bohinc (2001) meni, da je avtonomija osebna svoboda pacienta, da se v procesu zdravstvene nege sam odloči glede na osebne vrednote in prepričanja.

Tudi Cijan (1999) poudarja, da Ustava Republike Slovenije kot temeljni in izhodiščni pravni akt in vir prava predstavlja osnovo za urejanje na vseh pravnih področjih in tudi v zdravstvu.

Dejavniki, ki privedejo do strokovne napake

Medicinska sestra pri svojem delu izve za podatke, ki so pogosto zasebne narave, zato jih mora varovati kot poklicno skrivnost. K temu jo zavezujejo različni predpisi, in sicer Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Zakon o zdravstveni dejavnosti, Zakon o pacientovih pravicah ter Kazenski zakonik. Medicinske sestre se pogosto bojijo izpostavljenosti v primeru strokovne napake, zato neželenih dogodkov velikokrat ne prijavijo, tako da ostanejo prikriti in brez možnosti, da bi se lahko preprečilo ponovno strokovno napako.

Pri analizi strokovne napake se osredotočimo na sistem in procese, kjer je do dogodka prišlo, in ne na posamezne zdravstvene delavce, ki so bili prisotni pri neželenem dogodku (Robida, 2004). Medicinska sestra izvaja aktivnosti zdravstvene nege pogosto pod pritiskom pomanjkanja časa in ob nezadostnih podatkih o dejanskem zdravstvenem stanju pacienta. Zgodi se, da je oprema za izvajanje zdravstvene nege pomanjkljiva in pogosto zastarela.

Odstopanja pri aktivnostih zdravstvene nege lahko razdelimo na tiste, ki nastanejo zaradi osebnih psihofizičnih lastnosti medicinske sestre, in na tiste, ki so posledica njenega odločanja. Zdravstvena nega je procesna oblika dela, kjer je zelo pomembna dobra profesionalna komunikacija. Pretok informacij med člani negovalnega tima mora biti dosleden in natančno zapisan. Vsak nezabeležen podatek je lahko vzrok ali povod za strokovno napako.

Odgovornost medicinske sestre v primeru strokovne napake

Odgovornost medicinskih sester je lahko kazenska in tudi poklicna, najširša pa je moralna odgovornost. Kraljič (2006) pravi, da obstajajo pravila, ki jih lahko na eni strani predpiše zakon, na drugi strani pa imamo določene osebnostne lastnosti, ki naj bi jih imela medicinska sestra, a jih ni mogoče predpisati z zakonom.

Poznamo različne odgovornosti medicinskih sester:

- osebna (moralna) odgovornost, ki je najširša odgovornost,
- poklicno deontološka odgovornost, ki je posledica etičnih pravil, zapisanih v Kodeksu,
- odškodninska odgovornost, ki jo sodišče za povzročeno škodo ugotavlja v pravnem postopku in
- disciplinska odgovornost, ki se izreče v primeru kršitev dolžnosti in delovnih obveznosti.

V primeru strokovne napake je medicinska sestra lahko tudi kazensko odgovorna, kar pomeni, da mora sprejeti posledice svojega ravnanja oziroma mora sprejeti sankcije. Člani negovalnega tima so pogosto slabo seznanjeni s kazensko odgovornostjo, kar nakazuje potrebo po dodatnem izobraževanju s področja kazenskega prava.

2 Metodologija

Za odgovor na raziskovalno vprašanje je najbolj primerna induktivna metoda. Z nje-no pomočjo lahko pridemo do spoznanja o potrebnih karakteristikah, ki jih potrebuje posameznik pri razumevanju pojma poklicna etika. Vendar smo za boljšo zanesljivi-vost interpretacije odgovorov še dodatno uporabili metodo anketiranja, kjer smo za mnenje povprašali zdravstveno osebje.

Najprej smo raziskali obstoječo zakonodajo s tega področja in ugotovili, kakšne prave-vice imajo pacienti in katere so obveznosti zdravstvenih delavcev.

Z anketnim vprašalnikom smo ugotavljali, ali je uporaba poklicne etike nujna za zdravstveno osebje in ali so sodelujoči seznanjeni s kazensko odgovornostjo v pri-meru strokovnih napak. Preučevali smo tudi odgovore na vprašanja, kako so zdra-vstveni delavci zadovoljni z etičnimi odnosi, kje so najpogostejši vzroki za nastanek strokovnih napak, ali so strokovne napake prijavljene in kolikšna je seznanjenost s kazensko odgovornostjo v primeru strokovne napake.

Podatki so zbrani z metodo anketiranja, kjer je za interpretacijo podatkov upora-bljena deskriptivna metoda (metoda opisovanja). Anketa je bila anonimna. Anketni vprašalnik je sestavljalo devet vprašanj. Poslali smo ga 100 zdravstvenim delavcem, odgovorilo jih je 85.

Cilj raziskave je bil pridobiti mnenje zdravstvenega osebja o strokovnih napakah pri njihovem delu ter izvedeti, kako pogoste so le-te in ali so seznanjeni tudi s kazensko odgovornostjo.

3 Rezultati

Anketiranih je bilo 46 (54 %) žensk in 39 (46 %) moških. Največ jih je bilo starih med 31 in 50 let, in sicer 38 (45 %). 29 (34 %) jih je bilo starih med 51 in 70 let, 18 (21 %) pa med 20 in 30 let. Približno enak del anketiranih, in sicer 29 (34 %), jih je imelo srednješolsko izobrazbo, 26 (31 %) višjo in 24 (28 %) visoko izobrazbo. Samo 6 (7 %) jih je imelo specializacijo oziroma magisterij.

Ugotovili smo, da je 43 (51 %) zadovoljnih z delom, ki ga opravlja, in skoraj enako število, 42 (49 %), s svojim delom ni zadovoljnih.

Na vprašanje, ali ste seznanjeni s svojo kazensko odgovornostjo, je presenetljivo, in sicer kar 39 (46 %) odgovorilo da ne, 46 (54 %) pa je odgovorilo, da pozna svojo kazensko odgovornost v primeru etične kršitve oziroma strokovne napake.

51 (60 %) anketiranih je na vprašanje, ali so kdaj storili strokovno napako oziroma kršili etična načela, odgovorilo, da ne. 26 (31 %) je na to vprašanje odgovorilo, da se ne spomni, in samo 8 (9 %) jih je odgovorilo pritrdilno.

77 (91 %) anketiranih za strokovno napako oziroma kršitev etičnih načel ni odgovarjalo, saj je tudi niso storili, 8 od vseh anketiranih (9 %) pa je zanjo odgovarjalo.

Na vprašanje, kateri so najpogostejši vzroki za nastanek strokovne napake, so zdravstveni delavci odgovorili: 31 (37 %) jih meni, da je glavni vzrok strokovnih napak utrujenost oziroma preveč dela, 29 (34 %) jih misli, da je vzrok pomanjkanje dodatnega strokovnega izobraževanja, 25 (29 %) pa, da je vzrok neizkušnost.

Na vprašanje, ali menite, da je zdravstveno osebje zaradi kršitev pri svojem delu in neupoštevanju etičnih načel vedno in pravično sankcionirano, so zdravstveni delavci odgovorili: 46 (54 %) jih meni, da je zdravstveno osebje vedno in pravično sankcionirano zaradi svojih kršitev, 32 (38 %) jih misli, da niso kršitelji vedno in pravično sankcionirani, 7 (8 %) pa jih ne ve, ali so kršitelji vedno in pravično sankcionirani.

4 Razprava

Iz rezultatov ankete je razvidno, da anketirani, natančneje zdravstveno osebje, še ni dovolj seznanjeno s svojo kazensko odgovornostjo, iz česar lahko sklepamo, da se kazenski odgovornosti v zdravstveni negi namenja premalo pozornosti. Kot pomemben individualni faktor pri nastanku strokovnih napak v zdravstveni negi anketirani navajajo utrujenost, kar je zelo zaskrbljujoče. Vsakega pacienta se namreč mora sprejeti kot enkratno osebo in ne kot le številko. Ponuditi mu nasmeh, zaupanje, gledamo ga v oči. Na vsa njegova vprašanja se odgovarja jasno, pacient mora zaupati zaposlenim, pri tem pa mora zdravstveni delavec predvsem upoštevati etična načela. Pomembno je tudi, da v situacijah, ko nekdo izzove zaposlenega, ta ostane miren in se ne da spraviti iz ravnotežja.

Zaposleni so vse bolj pripravljeni na izboljšave, predvsem kar se tiče etičnosti. V preteklosti ni bilo veliko kontrole nad zaposlenimi, zato je bilo težko odkriti neetično ravnanje. Ugotavljamo, da so pacienti dandanes vse bolj občutljivi na kršitev njihovih pravic, zato so tudi pripravljeni te kršitve prijaviti, kar se v preteklosti ni pogosto dogajalo in so bile prijave zelo redke.

5 Sklep

Pri človekovem odločanju ni točno določenih razmejitev med področji, saj področji morale ali etike posegata na področje zakona in tudi na področje proste izbire. Menim, da ljudje pri svojih odločitvah ne sledijo le svojim željam in ciljem, pač pa tudi splošno sprejetim vrednotam in načelom.

LITERATURA

1. Bohinc, M. (2001). Filozofija zdravstvene nege in profesionalna etika. Gradivo za študij in za interno uporabo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani. Visoka šola za zdravstvo.
2. Cijan, R. (1999). Osnove zdravstvene zakonodaje. Maribor: Visoka zdravstvena šola.
3. Fairchild, R. M. (2010). Practical ethical theory for nurses responding to complexity in care. USA: *Nursing Ethics*, 17(3).
4. Fošnarič, L. (2010). Etični in kazenski vidik strokovnih napak v zdravstveni negi. Magistrsko delo. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
5. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (1994). Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije.
6. Kraljič, S. (2006). Pravna vprašanja v delu medicinskih sester. V J. Reberšek Gorišek et al. (ur.), *Medicina in pravo: sodne dileme*. Maribor: Pravna fakulteta.
7. Mohar, P. (1997). Temelji medicinske etike in deontologije. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo.
8. Prebil, A., Mohar, P., Fink, A. (2011). *Etika in zakonodaja v zdravstvu*. Ljubljana: Grafenauer.
9. Stres, A. (1999). *Etika in filozofija narave*. Ljubljana: Družina.
10. Šmitek, J. (2003). Uporabnost teorij etike v zdravstveni negi. V *Zdravstvena nega v luči etike*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
11. Tschudin, V. (2004). *Etika v zdravstveni negi. Razmerja skrbi*. Ljubljana: Educy.
12. Vuga, S. (1996). *Zdravstvena nega in profesionalna etika*. V L. Toplak (ur.), *Profesionalna etika pri delu z ljudmi*. Maribor: Inštitut Antona Trstenjaka za psihologijo, logoterapijo in antropohigieno.

Ustna nega

POVZETEK - Medicinska sestra se vsakodnevno srečuje z boleznijo, trpljenjem, duševnimi stiskami in različnimi potrebami pacientov. Je samostojna strokovna delavka, odgovorna za izvajanje zdravstvene nege in jo tudi sama izvaja. Namen prispevka je poudariti pomen ustne nege, razširiti pogled na potrebe pacienta, posredovati pridobljeno znanje in izkušnje ter ohraniti stik med medicinsko sestro in pacientom. V procesu zdravstvene nege je ustna nega zelo pomembna, zato je treba upoštevati standarde postopkov, protokole in standardne ukrepe za preprečevanje okužb. Z dobro izvajano in načrtovano ustno nego omogočamo pacientu boljše psihofizično počutje, izboljšamo prehranjevanje ter preprečimo okužbe in jih zmanjšamo, če so te že nastale. Medicinska sestra mora poznati videz zdrave ustne votline, da lahko opazi spremembe in pravilno oceni zdravstveno stanje le-te ter pravočasno in pravilno ukrepa. Zdravstveno nego ustne votline izvaja glede na potrebe pacienta (Stele, 2008).

KLJUČNE BESEDE: usta, ustna nega, zdravstvena nega, aspiracija

1 Uvod

Pomemben del osebne higiene pri pacientu je ustna nega. Nezadovoljiva nega ustne votline vpliva na zdravstveno stanje pacienta in je lahko vir okužbe, nastanejo razjede zaradi pritiska pri pacientih, ki so intubirani, poškodbe sluznice in zob, obloge na jeziku in sluznici, obstaja možnost aspiracije tekočine, neprijeten vonj, posledično pa slab okus in slabši apetit. Naloga medicinske sestre je, da zna dobro opazovati, je poučena, zna oceniti stanje in tudi ukrepati. Ustna nega se izvaja po določenem standardu večkrat na dan (Ivanuša, 2008).

2 Ustna nega

Ustna nega je zelo zahteven proces v zdravstveni negi. V ustni votlini so lahko prisotne številne spremembe, zato so pacienti v celoti odvisni od negovalnega osebja. Pri zdravemu človeku zadostuje redna ustna higiena, pri pacientu pa izvajamo ustno nego glede na oceno njegovega celotnega zdravstvenega stanja in oceno stanja njegove ustne votline. Usta lahko opravljajo normalno funkcijo le, če so zdrava. Dоследno moramo oceniti, načrtovati in izvajati ustno nego pri pacientih z oslABLJENIM imunskim sistemom (pacienti, ki prejemajo kemoterapijo), pri intubiranih pacientih in pri pacientih z moteno zavestjo. Zato je pomembno, da poznamo vrsto terapije in njene stranske učinke.

2.1 Ocena stanja ustne votline

Vsak postopek je lahko pravilno izveden le s pomočjo ocene stanja pacienta. Na podlagi ocene se medicinska sestra odloči, kako bo izvedla postopek in katere pripomočke bo potrebovala. Ocena stanja zajema pregled in oceno celotne ustne votline.

Zdrava ustna votlina naj izgleda tako: ustnice naj bodo vlažne, gladke in rožnate, jezik rožnat, vlažen z vidnimi papilami, sluznica celotne ustne votline (lični deli, trdo in mehko nebo, področje pod jezikom) mora biti vlažna in rožnata, ravno tako naj bodo vlažne in rožnate dlesni, tudi pod protezo, če jo pacient seveda ima. Pomemben je tudi videz sline. Zdrava slina je tekoča in vodena. Pozornost usmerimo na količino, gostoto in lepljivost, posebno pa še na zmanjšano količino ali celo popolno odsotnost.

Vse spremembe (obloge, ulceracije, rdečine, razjede, razpoke, mehurje ...) je treba pravilno oskrbeti ter s pravilno načrtovano in pravilno izvajano ustno nego uspešno sanirati.

2.2 Načrtovanje ustne nege

Ko načrtujemo postopek ustne nege, moramo poleg ocene ustne votline poznati pacientovo mentalno stanje, njegov prehranski status in tudi njegove medicinske diagnoze. Pomemben del pri načrtovanju nege ustne votline je sodelovanje pacienta z medicinsko sestro. Potek dela s pacientom je vedno individualen.

Načrtovanje in priprava pripomočkov za ustno nego neintubiranega pacienta

Za načrtovanje ustne nege pri neintubiranem pacientu se medicinska sestra odloči glede na pacientovo zdravstveno stanje in njegovo zmožnost sodelovanja. Če je pacient delno pokreten in bo lahko sam opravil ustno nego, je medicinska sestra samo njegov asistent. Če je pacient nepokreten, pa bo nego ustne votline v celoti izvedla medicinska sestra. Že pri sprejemu pacienta se moramo prepričati ali ima pacient zobno protezo, ki jo odstranjuje, ali mostiček.

Pred začetkom izvajanja posega pacientu razložimo potek dela. Treba je poskrbeti, da bo imel pacient vlažno in nepoškodovano ustno sluznico.

Priprava pripomočkov je različna glede na postopek izvajanja ustne nege: set za ustno nego (pean, ustni tamponi: 13 tamponov ali čistilne gobice), loparček, ledvička, kozarec tople vode s slamico, zobna ščetka in pasta, zaščita za pacienta, papirnata brisača, staničevina, rokavice za enkratno uporabo.

Načrtovanje in priprava pripomočkov za ustno nego intubiranega pacienta

Po oceni pacientovega stanja in njegove ustne votline, se medicinska sestra odloči za način izvedbe ustne nege in katere pripomočke bo potrebovala. V naši enoti intenziv-

ne terapije na internem oddelku so hospitalizirani predvsem pacienti, ki so septični, nezavestni, umetno uspravani, intubirani ter mehansko ventilirani.

Namen in cilj ustne nege je, da bo imel pacient čisto in oskrbljeno ustno votlino. S tem bomo preprečili obolelost in poškodbe ustne votline ter zatekanje vsebine v sapnik oziroma pljuča. Na ta način bomo posredno preprečili tudi aspiracijsko pljučnico.

Aspiracija vsebine iz ust, nosu, žrela in sapnika je tehnika čiščenja dihalne poti, ki je potrebna za vzdrževanje proste dihalne poti. Pri pacientih, ki so intubirani in mehansko ventilirani, poskrbi za prehodne in čiste dihalne poti medicinska sestra. To naredi s tehniko zaprte aspiracije skozi tubus, in tehniko odprte aspiracije skozi ustno in nosno votlino. Za aspiracijo uporabljamo tanke plastične ali silikonizirane atravmatske katetre.

Pred izvedbo ustne nege si pripravimo pripomočke: set za ustno nego (pean, ustni tamponi ali čistilne gobice), loparček, zloženci, medzobni tampon, trak za fiksacijo tubusa, aspirator in aspiracijski katetri, mazilo za ustnice, zaščitna podloga ali brisača, kamiličen čaj, ustna voda, antiseptična peroralna raztopina (klorheksidin), rokavice za enkratno uporabo, brizgalka (20 ml), slušalke, koš za smeti.

2.3 Izvedba ustne nege

Pri pacientih, ki so imunsko kompromitirani in življenjsko ogroženi, nekateri priporočajo dnevne, nekateri pa štiriurne intervale izvajanja ustne nege. V študijah ni pojasnjeno, katera naj bi bila najbolj učinkovita pogostnost.

Pred pričetkom izvajanja posega pacientu razložimo postopek dela, ne glede na njegovo stanje. Ustno nego izvajamo po vsakem obroku in pred spanjem. Vmes jo lahko nadomestimo s pogostejšim vlaženjem ust. Pripravimo si pripomočke, razkužimo roke in si nadenemo zaščitni plašč, masko in rokavice.

Izvedba ustne nege pri neintubiranem pacientu

Obstaja več različnih načinov izvedbe ustne nege, zato se medicinska sestra pri oceni stanja ustne votline pacienta in ocene splošnega stanja pacienta odloči za način izvedbe in katere pripomočke bo uporabila za izvedbo.

Izvedba ustne nege pri pomičnem pacientu - sede

Pacientu najprej razložimo, kaj bomo delali, nato ga namestimo v udoben sedeč položaj. Aktivnost izvede pacient sam. Medicinska sestra pripravi vse potrebne pripomočke (kozarec s toplo vodo, zobno ščetko, zobno pasto, ledvičko, papirnate brisače in zaščito za pacienta), nato pacienta ustrezno zaščitimo s podlogo ali brisačo, na servirno mizico mu položimo ledvičko, nato si pacient splahne ustno votlino, na ščetko stisnemo približno 1 centimeter zobne paste in mu jo ponudimo. Ščetkanje naj traja približno od 5-7 minut. Po ščetkanju zob si spere ustno votlino, uredimo pacienta, pospravimo material, si umijemo ter razkužimo roke (Novak idr., 2000, str. 87).

Izvedba ustne nege pri nepomičnem pacientu - leže

Nepomičnemu pacientu ustno nego v celoti opravi medicinska sestra. Za sodelovanje pa prosi pacienta, če je to le mogoče. Medicinska sestra si pripravi vse potrebne pripomočke (kozarec tople vode s slamico, zobno ščetko in pasto ali pa čistilne gobice, ledvičko, rokavice za enkratno uporabo, zaščitno masko, papirnate brisače ter zaščito za pacienta). Pacientu povemo, kaj bomo delali, ga namestimo v udoben položaj in ga zaščitimo. Če je pacient pri polni zavesti in ima ohranjen požiralni refleks, si splahne ustno votlino, nato izpljune v ledvičko, ki je obložena s papirnato brisačo in je primaknjena tesno ob ustni kot. Nato po znanem postopku ščetkamo zobe (grizno ploskev čistimo od zadaj naprej z manjšimi gibi, najprej zgornje zobe in nato še spodnje, notranjo površino zob čistimo od zadaj proti sredini), pacient si spere ustno votlino. Uredimo pacienta, pospravimo pripomočke ter si umijemo in razkužimo roke (Novak idr., 2000, str. 88).

Umivanje zobne proteze

Ob sprejemu v bolnišnico preverimo, ali ima pacient zobno protezo in to tudi ustrezno dokumentiramo. Zobno protezo je treba očistiti po vsakem obroku (najmanj trikrat dnevno). Pripravimo si pripomočke (zobno ščetko in pasto, posodico za zobno protezo, ki mora biti neprozorna in ustrezno označena s pacientovim imenom in priimkom, rokavice za enkratno uporabo, papirnate brisače in kozarec tople vode). Pacient vzame zobno protezo iz ust (če le more) in jo odloži v označeno posodico z vodo, pripravimo si zobno ščetko in zobno pasto, nadenemo si rokavice, umijemo pokrovček posode, zobno protezo krepko očistimo s ščetko in pasto, nato jo odložimo na pokrovček, umijemo posodico, jo napolnimo s hladno vodo, očiščeno protezo vložimo v posodico. Pacientu ponudimo vodo, da si splakne ustno votlino pred vstavitvijo zobne proteze. Uredimo pacienta, pospravimo pripomočke ter si umijemo in razkužimo roke (Ivanuša in Železnik, 2008, str. 127).

Izvedba ustne nege pri intubiranem pacientu

Pacienta namestimo v ustrezen položaj in zagotovimo zasebnost. Če je pacient zbujen, ga prosimo za sodelovanje v mejah njegovih zmožnosti. Namestimo zaščitno podlogo ali brisačo. Dobra ustna nega se prične z aspiracijo. Najprej aspiriramo iz ust in žrela, zamenjamo aspiracijsko cevko ter aspiriramo še iz nosu. Nazadnje aspiriramo iz tubusa. Pri nas uporabljamo zaprti sistem aspiracije, tubus navlažimo z dva do tri mililitre fiziološke raztopine, da aspiracijska cevka lažje drsi po tubusu. Preverimo tesnilni balonček (cuff) z brizgalko in slušalkami, s tem preprečimo izpad tubusa ali celo poškodbo sluznice sapnika. Odvežemo fiksacijski trak in odstranimo ustni tampon. Z roko držimo tubus, da zadržimo globino, ki jo je ob intubaciji določil zdravnik. Z drugo roko primemo pean (prijemalko) s tamponom ali čistilno gobico, namočeno v tekočino, ki smo si jo prej pripravili. Temeljito očistimo celotno ustno votlino in sproti ocenimo stanje ustne votline. Tubus premaknemo ob drugi ustni kot, kot je bil fiksiran prej ter tubus fiksiramo z ustnim tamponom in fiksacijskim trakom.

Trak speljemo okoli glave nad ali pod ušesi in ga zavežemo ob strani tako, da je viden. Vso tekočino, ki se je med posegom nabrala v ustni votlini, aspiriramo in ponovno preverimo tesnilni balonček. Pacientu namažemo ustnice, povemo mu, da smo končali z delom. Uredimo pacienta, okolico, pospravimo preostale pripomočke ter si umijemo in razkužimo roke.

2.4 Zapleti pri izvajanju ustne nege

Ustna nega od medicinske sestre zahteva natančnost in znanje. Poznati mora morebitne zaplete ter pravilno ukrepati, če do njih pride.

Zapleti pri izvajanju ustne nege pri neintubiranem pacientu

Zapleti pri neintubiranem pacientu so naslednji:

- aspiracija tekočine, ki jo uporabljamo pri ustni negi,
- poškodba dlesni, ustnic, sluznice, zobovja in proteze,
- krvavitve (pacienti na antikoagulantni terapiji, kemoterapiji ...).

Zapleti pri izvajanju ustne nege pri intubiranem pacientu

Zapleti pri intubiranem pacientu so naslednji:

- pojavijo se lahko razjede zaradi pritiska v ustnem kotu, na ustnicah, na vratu in ušesih, zato je pomembna menjava položaja tubusa in fiksacijskega traku,
- pri aspiraciji lahko pride do padca kisika v krvi, tahikardije, povišanega krvnega pritiska, zato naj aspiracija ne traja več kot deset sekund in naj se izvaja takrat, ko je to res potrebno in ne kot rutinski poseg,
- če je fiksacija tubusa prerahla in se tubus premika, pride lahko do poškodbe sluznice sapnika, tubus lahko zdrsne pregloboko ali pa celo izpade,
- pretesna fiksacija pa lahko zoža prehodnost tubusa, s tem povzroči slabšo predihanost pljuč in ob aspiraciji ne bi bil mogoč prehod skozi tubus z aspiracijskim katetrom.

3 Zaključek

S pravilno oceno pacientove ustne sluznice in uporabo zdravilnih raztopin, pripravkov in zdravil, ki so v uporabi, lahko ublažimo najhujše oblike vnetnih stanj ter preprečimo razvoj bakterijskih okužb. Preventivni ukrepi s skrbnim izvajanjem ustne nege ter z večkratnim vlaženjem ustne sluznice preprečijo obolenost ustne votline, če pa je ustna votlina že prizadeta, stanje izboljšajo in poskrbijo za hitrejšo regeneracijo tkiv ter za pacientovo boljše počutje.

Prispevek opozarja, kako pomemben del zdravstvene nege je ustna nega, čeprav je velikokrat premalo poudarjena ali celo spregledana. Pomislimo pa, kako se počuti

pacient, ki si sam ne more pomagati in poskrbeti za svojo ustno nego ter je popolnoma odvisen od zdravstvenega osebja!

LITERATURA

1. Ivanuša, A., Železnik, D. (2008). Standardi aktivnosti zdravstvene nege - 2. izdaja. Maribor: Univerza v Mariboru.
2. Novak, H., Rozman, M., Klasinc, M., Pernat, S. (2000). Zdravstvena nega. Maribor: Založba, d. d.
3. Stele, M. (2008). Posebnosti zdravstvene nege ustne votline pri bolniku s traheostomo pred, med in po radioterapiji. V Menjava trahealnih kanil (str. 82-96). Ljubljana: Univerzitetni klinični center, Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo.

Zahtevnost zdravstvene nege v patronažnem varstvu

POVZETEK - Patronažne medicinske sestre pri delu s pacienti usmerjajo etika, lastna moralna načela in zakonodaja Republike Slovenije. Odgovornost patronažnih medicinskih sester je lahko tako kazenska kakor tudi poklicna, vendar pa je njihova moralna odgovornost najširša. Obstajajo namreč pravila, ki jih lahko na eni strani predpiše zakon, medtem ko imamo na drugi strani določene osebnostne lastnosti, ki naj bi jih imela patronažna medicinska sestra, a jih ni mogoče predpisati z zakonom. S tem so mišljene predvsem moralne kvalitete. V prispevku je predstavljeno delo patronažnih medicinskih sester; možnosti strokovnih napak v patronažni zdravstveni negi, predstavljeni so vzroki strokovnih napak in njihovo zaznavanje v delovnem okolju. Z raziskavo smo ugotavljali poznavanje možnosti in vzroke strokovnih napak med patronažnimi medicinskimi sestrami, ter poznavanje kazenske odgovornosti v zdravstveni negi. Ugotovljamo, da se strokovne napake v zdravstveni negi dogajajo tudi v Sloveniji in da se jim posveča premalo pozornosti, o njih se premalo govori, zato zdravstveni delavci nimajo izkušenj za izboljšanje prakse zdravstvene nege.

KLJUČNE BESEDE: odgovornost, patronaža, medicinske sestre

1 Uvod

Napake v zdravstvu nastopajo kot produkt človeških značilnosti posameznika. Z njimi se srečujemo vsakodnevno, v tujini in tudi pri nas. Ob ugotovitvi napake, še posebej kadar je ta povzročila hudo škodo ali smrt, se ljudje nagibajo k obsojanju posameznika znotraj stroke. To se pogosto zgodi v obliki medijskega linča, kadar napake nekoga stanejo življenja, prej pa jih nihče ne omenja in jih raje skrije, kot prizna. Zdravstveni delavci se bojijo izgube svojih delovnih mest, pacienti pa slabše oskrbe, do katere bi izpostavitve napake lahko pripeljala. Dejanja posameznikov, tako zdravstvenih delavcev kot pacientov sklepajo neprekinjen krog vedenja, ki ne služi poslanstvu stroke, da bi oskrbo za paciente naredila bolj varno in manj škodljivo. S prikrivanjem napak zdravstveni delavci preprečujejo vzpostavitev delovnega okolja, v katerem ob občutku varnosti in zaupanja timsko sodelujejo vsi strokovnjaki s področja, da bi zagotovili sebi rast in strokovni razvoj ter pacientom tisto, kar najbolj potrebujejo: kakovost, varnost in zaupanje v tiste, ki zanje skrbijo.

2 Patronažno zdravstveno varstvo

Patronažno zdravstveno varstvo je definirano kot posebna oblika zdravstvenega varstva, ki opravlja aktivno zdravstveno in socialno varovanje posameznika, družine in skupnosti. Ti so zaradi svojih bioloških lastnosti, določenih obolenj in ko niso navajeni na novo okolje, občutljivi za škodljive vplive iz okolja. Patronažno varstvo je organizirano kot samostojna služba osnovnega zdravstvenega varstva v zdravstvenih domovih (Železnik, Horvat, Panikvar Žlahtič, Filej in Vidmar, 2011). Geč (2007) navaja, da patronažno zdravstveno varstvo svojo funkcijo zagotavlja z nekaterimi pomembnimi vplivi, kot so manjšanje obolevnosti prebivalstva, zmanjšanje umrljivosti, zmanjšanje invalidnosti, načrtovanje družine, zajetje varovancev v dispanzerjih in ambulantah, zagotavljanje protiepidemioloških ukrepov, zagotavljanje pogojev za zdravljenje in zdravstveno nego pacienta, zagotavljanje zdravstveno-socialnih in ekonomskih pogojev.

Patronažno varstvo v lokalni skupnosti in v družini tako deluje na petih nivojih zdravstvenega varstva (Šušteršič, Horvat, Cibic, Peternelj in Brložnik, 2006): ohranjanje in krepitev zdravja, preprečevanje obolenj, odkrivanje obolenj, zdravljenje obolenj, rehabilitacija po poškodbah in boleznih.

2.1 Patronažna medicinska sestra

Po Šušteršiču idr. (2006) je patronažna medicinska sestra izvajalka storitev na vseh področjih patronažnega varstva, istočasno deluje in koordinira delo tudi s službami na sekundarnem in terciarnem nivoju zdravstvene dejavnosti ter z drugimi nezdravstvenimi službami in organizacijami. Svetuje o zdravem načinu življenja in obnašanja ter opozarja na rizične faktorje, ki lahko ogrozijo zdravje. Posameznikom in družinam pomaga na njihovih domovih, da se soočijo z boleznijo, kronično nezmožnostjo in s stresom. Ocenjuje, kdaj in kaj sta sposobna posameznik ali družina storiti zase in česa ne. Medicinska sestra v patronažnem varstvu je koordinatorka vseh oblik pomoči na domu in je vez med posameznikom in njegovim osebnim zdravnikom. Komunikacija patronažne medicinske sestre s pacientom mora biti dvostranska, odnos partnerski, navodila pa razumljiva, podkrepljena po možnosti še s pisnim gradivom. Paciente seznanijo z naslednjimi obiski ter jim pusti telefonsko številko, da jo po potrebi tudi pokličejo.

Šušteršič idr. (2006) še navajajo, da je patronažna medicinska sestra član negovalnega in zdravstvenega tima, deluje na vseh ravneh zdravstvene vzgoje: primarnem, sekundarnem in terciarnem ter promovira zdravje pri posamezniku, družini in lokalni skupnosti. Njene naloge pa so:

- celovita obravnava pacienta, družine oz. skupnosti s fizičnega, psihičnega in socialnega vidika;
- ugotavlja in preučuje socialne, ekonomske in druge razmere, ki vplivajo na zdravje v družini,

- pomaga odstranjevati zdravju škodljive vplive zaradi varovanja in utrjevanja zdravja, odkriva in preprečuje bolezni;
- opravlja zdravstveno prosveto in vzgojo;
- opravlja zdravstveno nego na domu;
- spremlja potek zdravljenja in okrevanja na domu ter sodeluje pri rehabilitaciji pacientov.

Patronažna medicinska sestra načrtuje delo dnevno, mesečno ali letno, zato mora poznati teren, kjer deluje. Poznati mora tudi delovne normative. Delo načrtuje na osnovi (Železnik idr., 2011):

- števila bioloških oz. rizičnih skupin prebivalstva: otrok (novorojenček, dojenček, majhen in predšolski otrok, šolar in mladostnik), žensk (nosečnice, otročnice, ženske v fertilnem in postmenopavzalnem obdobju), invalidov, starostnikov, pacientov;
- socialno-medicinskih kazalcev zdravstvenega stanja na določenem območju: posnetek stanja na terenu (v občini, regiji), vitalna statistika (rojstva, umrljivost, mrtvorojenost), zdravstvena statistika (zbolevnost, travmatizem, absentizem), demografska statistika (število prebivalcev, struktura po starosti in spolu);
- higiensko-epidemioloških posebnosti območja: registrirani higienski problemi (pitna voda, smog, dispozicija odpadnih voda), epidemične bolezni (ušivost, garje, nalezljivo vnetje jeter), sporadične bolezni;
- značilnosti krajevnih področij (urbane, geografske, gospodarske, kulturne);
- izkušenj iz prejšnjih let.

Šušteršič idr. (2006) pravijo, da so v praksi patronažnega varstva v ospredju zdrav ali bolan/poškodovan posameznik, njegova družina ali skupnost. Obravnavani so v okolju, kjer bivajo, se učijo, igrajo in delajo. Ne glede na to, ali je uporabnik zdravstvene nege posameznik, družina ali skupnost, se uporablja enoten metodološki pristop, to je procesna metoda dela.

2.2 Zdravstvena nega v patronažnem varstvu

Patronažna zdravstvena nega je integralni del primarne zdravstvene nege in s tem primarnega zdravstvenega varstva. Izvaja se na pacientovem domu, v zdravstvenem domu, v lokalni skupnosti in na terenu. Je specialno področje zdravstvene nege, ki se ukvarja s posamezniki, družinami in lokalno skupnostjo v vseh obdobjih zdravja in bolezni (Šušteršič idr., 2006).

2.3 Področja patronažne zdravstvene nege

- Zdravstveno-socialna obravnava posameznika, družine in skupnosti je polivalentna patronažna dejavnost oz. zdravstveno-socialna obravnava posameznika, družine in lokalne skupnosti, ki predstavlja izvajanje splošnih, specialnih in individualnih nalog patronažne obravnave pacientov od nosečnice, otročnice, novorojenčka, dojenčka, malega otroka, kroničnega pacienta, pacienta z zdravstveno nego na domu do starostnika, družine in lokalne skupnosti. Vse te naloge so

- preventivne in jih izvajajo višje oz. diplomirane medicinske sestre, po možnosti specialistke patronažne zdravstvene nege (Šušteršič idr., 2006).
- Zdravstvena nega otročnice in novorojenčka na domu zajema izvajanje vseh nalog polivalentne patronaže in izvajanje splošnih, specifičnih ter individualnih nalog patronažne zdravstvene nege nosečnice, otročnice in novorojenčka. Vse te naloge so preventivne in jih izvaja višja oz. diplomirana medicinska sestra, po možnosti specialistka patronažne zdravstvene nege (Šušteršič idr., 2006).
 - Zdravstvena nega pacienta na domu zajema izvajanje vseh nalog polivalentne patronaže in izvajanje splošnih, specifičnih ter individualnih nalog patronažne zdravstvene nege pacientov na domu. Ta dejavnost je kurativna in zanjo potrebujemo delovni nalog. Delovni nalog izstavi zdravnik za vse negovalne intervencije, postopke in posege v zdravstveni negi (Fištravec, 2007).

Preventivno patronažno varstvo

Preventivno patronažno varstvo obsega (Železnik idr., 2011):

- šest patronažnih obiskov pri novorojenčku in dojenčku v prvem letu ter dva dodatna obiska pri slepih in invalidnih materah;
- patronažni obisk pri otroku v drugem in tretjem letu starosti;
- dva patronažna obiska na leto pri slabovidnih in slepih z dodatnimi motnjami v starosti od 5 let do 25 let, če so v domači oskrbi;
- patronažni obisk pri nosečnici;
- dva patronažna obiska zavarovane osebe, stare nad 25 let (bolniki, ki imajo aktivno tuberkulozo, bolniki, ki imajo mišično in živčno bolezen, paraplegiki in tetraplegiki, bolniki, ki imajo multiplo sklerozo, cerebralno paralizo, osebe z motnjami v razvoju, invalidi, bolniki, ki imajo kronične bolezni, osebe, stare nad 65 let);
- programirano zdravstveno vzgojo v družini, lokalni skupnosti in v skupinah.

Med preventivne zdravstvenovzgojne skupine sodijo skupine za samopomoč, klubi in društva, zdravstvenovzgojna predavanja, delo z majhno skupino ter individualna zdravstvena vzgoja.

Kurativno patronažno varstvo

Kurativno patronažno varstvo predstavlja zdravstveno nego pacienta na domu, ki jo na podlagi delovnega naloga s strani osebnega zdravnika, zdravnika ambulantno specialistične dejavnosti ali bolnišničnega zdravnika izvajajo izvajalci dejavnosti patronažnega varstva (Šušteršič idr., 2006). Število kurativnih patronažnih obiskov in trajanje zdravstvene nege je odvisno od zdravstvenega stanja pacienta in njegovih socialno-ekonomskih zmožnosti. Na tem področju mora diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu pridobiti še višjo stopnjo samostojnosti pri odločanju o potrebnih aktivnostih zdravstvene nege in njihovem trajanju izvajanja.

3 Strokovna napaka v zdravstveni negi

Kaj je napaka v zdravstveni negi? V Slovarju slovenskega knjižnega jezika je napaka nekaj, kar ni v skladu z določenim pravilom ali določeno normo. Na splošno lahko napako definiramo kot dejanje, ki je spodletelo. Končalo se je v nasprotju s tistim, kar smo v načrtovanju tega dejanja želeli doseči (napaka izvršitve) ali pa smo uporabili napačen načrt (napaka pri načrtovanju) (Robida, 2006).

Govorimo lahko o napaki izvedbe, ki se zgodi kot rezultat izvedbe dejanja (napačni odmerki, dajanje zdravil ob napačnem času...) in o napaki opustitve, ki se zgodi, ker dejanje ni bilo izvedeno (opustitev odmerka zdravila). Njihovi učinki so hitri in takoj opazni, nanje vplivajo številni človeški dejavniki.

V kategorizaciji napak v zdravstveni negi po Bennerju so strokovne napake v zdravstveni negi:

- pomanjkanje skrbnosti (npr. spregledan predvidljiv zaplet, npr. pooperativna krvavitve),
- pomanjkanje zastopanja s strani pacientovega zaupnika (npr. nezavzemanje za najboljši interes pacienta, neugovarjanje zdravnikovim neprimernim navodilom),
- neprimerna presoja (npr. neprepoznavanje pacientovih znakov in simptomov),
- napačna terapija (npr. napačna zdravila, napačna dostava, napačna količina, itd),
- pomanjkanje intervencije na zahtevo pacienta (npr. neuspeh pri spremljanju znakov hipovolemičnega šoka),
- pomanjkanje preventive (npr. neuspeh pri preprečevanju okužb),
- izpuščeno ali narobe razumljeno naročilo zdravnika ali izvajalca oskrbe (npr. izvajanje neprimernega oziroma narobe razumljenega naročila, ki vodi do napačne intervencije),
- napake v dokumentaciji (npr. zapisovanje postopkov pred dokončanjem, napaka pri branju podatkov) (Fošnarič, 2010).

Prav tako pa se napake kategorizirajo preko kognitivnega razmišljanja.

- Napake na osnovi izkušenj vključujejo avtomatsko ravnanje, ko se rutina prekine in pride do »spodrseljaja«.
- Napake na osnovi pravil vsebujejo odločitve, ki so sprejete z uporabo napačnega pravila odločanja.
- Napake na osnovi znanja so bolj zapletene in zahtevajo sposobnost kritičnega mišljenja. Napake so posledica pomanjkanja znanja ali zaradi nepopolne ali nepravilne ocene problema (Fošnarič, 2010).

3.1 Dejavniki, ki privedejo do strokovne napake

Medicinske sestre se pogosto bojijo izpostavljenosti in diskriminacije v primeru strokovne napake, zato neželenih dogodkov velikokrat ne prijavijo, tako da ti ostanejo prikriti in s tem brez možnosti analitičnega iskanja vzrokov, ki bi lahko preprečili ponovno strokovno napako.

Človeški dejavnik pri strokovnih napakah

Delo medicinske sestre je pogosto povezano z odločanjem med različnimi možnostmi, da pacientu nudi učinkovito in varno zdravstveno nego. Aktivnosti zdravstvene nege pogosto izvaja pod pritiskom pomanjkanja časa in ob nezadostnih podatkih o dejanskem zdravstvenem stanju pacienta. Oprema za izvajanje aktivnosti zdravstvene nege je pomanjkljiva in pogosto zastarela. Vpliv na odstopanja pri aktivnosti zdravstvene nege bi lahko razdelili na tiste, ki nastanejo zaradi osebnih lastnosti medicinske sestre, predvsem psihofizičnih, in tiste, ki so posledica njenega odločanja (Fošnarič, 2010).

Odločanje v zdravstveni negi je procesno in povezano z velikim številom informacij, ki se nanašajo bodisi na pacienta ali sodelavce. Odločanje lahko poteka intuitivno, analitično ali rutinsko. Utrujenost, preobremenjenost, neizkušenost, napačna interpretacija navodil, tesnoba, strah, depresivnost, frustracije... pomembno vplivajo na odločitve medicinske sestre. Prav tako pa vsi ti duševni procesi vodijo do »prezasedenosti« miselnih procesov, kar odvrta pozornost in prispeva k pogostejšim odstopanjem v zdravstveni negi.

Organizacijski dejavniki strokovnih napak

Medicinske sestre delujejo v organizacijah, ki so zelo kompleksne in prav kompleksnost predstavlja enega največjih virov napak. Kaže se v velikem številu zaposlenih, oddelkov in služb, ki zdravijo in skrbijo za posameznega pacienta. V današnjem času se za zdravljenje in izvajanje aktivnosti zdravstvene nege uporablja zahtevna in sodobna tehnologija. Za opravljanje določenih postopkov je potrebna visoka usposobljenost. Prisotne pa so ovire v komuniciranju med poklicnimi, pa tudi med socialnimi skupinami. Varnosti in odkrivanju izjemnih dogodkov se v marsikateri zdravstveni ustanovi ne posveča posebne pozornosti (Fošnarič, 2010).

Zdravstvena nega je kontinuirana in procesna oblika dela, kjer je najpomembnejša dobra profesionalna komunikacija. Pretok informacij med člani negovalnega tima mora biti dosleden in natančno zapisan. Dokumentacija zdravstvene nege je osnova za sistematično, strokovno in učinkovito delo medicinskih sester. Vsak nezabeležen podatek v dokumentacijo zdravstvene nege pa je lahko vzrok ali povod za strokovno napako (Fošnarič, 2010).

Med sistemske in organizacijske dejavnike strokovnih napak v zdravstveni negi pa lahko štejemo tudi:

- pomanjkanje dodatnega izobraževanja,
- preveč dela, kar predstavlja veliko stresno obremenitev,
- konflikte v negovalnem timu,
- pomanjkanje podpore tima,
- nejasno določitev odgovornosti,
- slabo dokumentacijo in njeno kontrolo,
- pomanjkanje kadra.

4 Odgovornost medicinske sestre

Odgovornost pomeni odgovarjati za lastno delovanje, obnašanje in zadolžitve. Izvajanje zadolžitve pa se mora oceniti. Šele po jasnem razumevanju, kakšne zadolžitve imamo in kako jih izvajamo, sledijo pozitivne in negativne posledice (Robida, 2010).

Ob poklicnem delu se vsaki medicinski sestri postavlja v ospredje vprašanje, povezano z odgovornostjo: do kod, koliko, za kaj, kako odgovarja za svoje delo? Medicinska sestra je odgovorna na več ravneh, in sicer do pacientov, svojih sodelavcev, delodajalcev, svoje stroke, do širše družbe, predvsem pa mora biti odgovorna do same sebe (Černoga, 2006). Z vidika Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije je medicinska sestra odgovorna pred svojo vestjo, pacientom in družbo (Kodeks etike, 2006). Za svoje delo prevzema etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost, kot je zapisano v 55. členu ZZDej. Pojem odgovornosti lahko razdelimo na osebni vidik (biti odgovoren) in na pravni vidik (kazenska odgovornost) (Černoga, 2006).

5 Raziskava

5.1 Cilji raziskave

Z raziskavo želimo ugotoviti poznavanje možnosti in vzrokov strokovnih napak med patronažnimi medicinskimi sestrami ter poznavanje kazenske odgovornosti v zdravstveni negi.

5.2 Metoda

Uporabili smo kvantitativno metodo dela. Kot instrument smo uporabili anketni vprašalnik, ki je vseboval 8 vprašanj. Uporabili smo neslučajni vzorec. Razdelili smo 38 anketnih vprašalnikov med patronažne medicinske sestre dolenske regije. Vrnjenih smo dobili 38 anketnih vprašalnikov, kar predstavlja 100-odstotno realizacijo vzorca. Za obdelavo podatkov smo uporabili Microsoft Office Excel. Za izvedbo raziskave smo pridobili soglasje raziskovalnega okolja.

5.3 Rezultati

V raziskavi je sodelovalo 38 (100 %) žensk. Največ je bilo anketirank, 14 (36,8 %), z delovno dobo 10-20 let, najmanj, 1 (2,7 %), pa ima delovno dobo do 10 let.

Na anketirane patronažne medicinske sestre pri njihovem delu kar v 84,2 % vpliva stres, 80 % vseh patronažnih medicinskih sester pa pri svojem delu doživlja travmo, ki prav tako vpliva na njihovo delo. 65 % vseh anketirank je pri svojem delu pogosto preobremenjenih, 57,9 % anketirank pa meni, da je možnost strokovnih napak pri njihovem delu velika. Da zdravnik ne daje dovolj jasnih navodil za njihovo delo, jih

meni 55,3 %. Delo patronažnih medicinskih sester je zelo odgovorno in kar 94,7 % anketirank misli tako. Velik odstotek vseh vprašanih meni, da ima za opravljanje svojega dela dovolj strokovnega znanja, da imajo na voljo dovolj izobraževanja za strokovno rast in da imajo za opravljanje svojega dela na razpolago dovolj kvalitativnih materialov. Nobena od anketiranih patronažnih medicinskih sester še ni naredila strokovne napake, za katero bi odgovarjala nadrejenim.

Zanimala nas je tudi usposobljenost anketiranih patronažnih medicinskih sester. Stopnjo usposobljenosti za delo z dojenčki, starostniki in rizičnimi pacienti so na petstopenjski Likertovi lestvici ocenile s $PV=4,1$. Možnost strokovnih napak so anketiranke ocenile s $PV=3,1$. Svoje praktično znanje anketiranke ocenjujejo s $PV=4,2$, medtem ko strokovno znanje ocenjujejo s $PV=4,0$.

Po mnenju patronažnih medicinskih sester so individualni vzroki strokovnih napak v 92,1 % neizkušenosť, v 94,7 % napačna interpretacija navodil, v 52,6 % utrujenost in v 44,7 % alkoholizem. Medtem so po mnenju anketirank sistemski in timski vzroki strokovnih napak predvsem v 86,8 % preveč dela, v 81,6 % pomanjkanje dodatnega izobraževanja, v 68,4 % pomanjkanje kadra in v 47,4 % anketiranke menijo, da so vzroki za strokovne napake tudi pomanjkanje podpore tima.

42,1 % vseh anketiranih patronažnih medicinskih sester je seznanjenih z vsebinami Kazenskega zakonika RS (KZ-1), ki se nanašajo na njihovo strokovno delo, prav tako je 38,8 % vprašanih seznanjenih s sankcijami kaznivih dejanj v praksi zdravstvene nege in polovica vseh anketirank meni, da je zdravstvena nega v Sloveniji v okviru zakonskih in pravnih norm dobro urejena.

Prijavljanje strokovnih napak v patronažni negi je zadovoljivo, saj se 81,6 % anketiranih zaveda, kdaj je treba strokovno napako prijaviti z obrazcem za prijavo. 94,7 % vseh vprašanih prepozna strokovne napake pri svojem delu. Da pa nekatere strokovne napake niso prijavljene, ker se patronažne medicinske sestre bojijo reakcije svojega nadrejenega, meni 73,7 % anketirank. Prav tako 60,5 % vprašanih misli, da nekatere strokovne napake niso prijavljene, ker se bojijo reakcije svojih sodelavk. 15,8 % pa je tistih anketirank, ki so opustile prijavo strokovne napake, ker so se bale disciplinskega ukrepa ali celo izgube službe.

6 Razprava

Zdravstvena nega kot stroka pomembno vpliva na zagotavljanje kakovostne in varne zdravstvene oskrbe. Primerna je tista zdravstvena oskrba, ki upošteva pacientove konkretne zdravstvene potrebe in tudi zmožnosti zdravstvenega sistema v Sloveniji. Kakovostna zdravstvena oskrba zagotavlja takšne izide zdravljenja, ki so primerljivi s standardi in najboljšimi izkušnjami ter upošteva temeljna načela kakovosti. Varna zdravstvena oskrba pa je tista, ki preprečuje škodo za pacienta, zlasti zdravstveno škodo. Strokovnim napakam v zdravstveni negi namenimo premalo pozornosti, o

njih se ne pogovarjamo, jih ne analiziramo in tako nimamo dragocenih izkušenj za izboljšanje lastnega dela v zdravstveni negi.

Z raziskavo smo ugotovili, da se strokovne napake ZN dogajajo tudi v Sloveniji. Anketirane patronažne medicinske sestre so navajale, kako ocenjujejo kakovost svojega dela in ocenile, kakšna je njihova usposobljenost za delo. Raziskava je pokazala, kateri so vzroki strokovnih napak med patronažnimi medicinskimi sestrami, saj so anketiranke navedle neizkušenos, napačno interpretacijo navodil, medtem ko so za sistemske in timske vzroke kot vzroke možnih strokovnih napak anketiranke navedle preveč dela, ki predstavlja veliko stresno obremenitev, ter pomanjkanje dodatnega izobraževanja in pomanjkanje kadra. Zdravstvena nega v Sloveniji se sooča ne le s pomanjkanjem medicinskih sester, ampak tudi z neopredeljenostjo zdravstvene nege v okviru zakonskih norm. Pridobljeni rezultati raziskave nakazujejo potrebo po natančni analizi prenosa informacij med člani negovalnega tima, saj kar pol vseh anketiranih patronažnih medicinskih sester meni, da jim zdravnik ne daje dovolj jasnih navodil za opravljanje njihovega dela. Raziskava je pokazala tudi, da je zdravstvena nega v Sloveniji v okviru zakonskih in pravnih norm slabo urejena in da medicinske sestre slabo poznajo svojo kazensko odgovornost. Selinšek (2007) pojasnjuje, da teoretični pojem kazenske odgovornosti izhaja iz splošnega pojma odgovornosti, kot dolžnost sprejeti sankcije oziroma prevzemati posledice za svoje ravnanje. Poznavanje strokovnih napak anketirank pri pri njihovem delu je kar zadovoljivo, medtem pa se odgovornost patronažnih medicinskih sester kaže tudi v prijavljanju strokovnih napak, saj večina meni, da strokovne napake v ZN niso prijavljene, ker se patronažne medicinske sestre bojijo reakcij nadrejenih in sodelavk. Raziskava je pokazala, da je v našem prostoru še vedno močno prisotna kultura obtoževanja posameznika v primeru strokovnih napak, ne pa kultura sistemskega pristopa, ki bi poiskala osnovni vzrok za napake in tako pripomogla k izboljšanju dela v zdravstveni negi.

7 Zaključek

Strokovnim napakam v zdravstveni negi posvečamo premalo pozornosti, o njih se premalo pogovarjamo, zato pa nimamo izkušenj, ki bi prispevale k izboljšanju dela v zdravstveni negi. Vemo, da se zdravstveni delavci vsakodnevno soočamo s težko nalogo prevzemanja skrbi za druge ljudi, nemalokrat smo ravno mi tisti, ki odločamo o njihovi usodi. Naše ravnanje med zdravljenjem (strokovnost, obzirnost, natančnost in drugo) lahko zapečati pacientovo usodo. Trenutek nepazljivosti ali nezbranosti lahko pusti posledice, do katerih ne bi prišlo, če bi svoje delo opravljali z vso dolžno skrbnostjo in odgovornostjo. Vsi zdravstveni delavci smo poučeni in naravnani k sledenju predpisom stroke, upoštevanju predpisov, kodeksov in zakonov v času našega šolanja. Velikokrat pa se zgodi, da z vstopom na delovno mesto naše delo postane rutina. Posege začnemo opravljati hitreje, površno in manj kakovostno. Pozabimo na nove smernice, delujemo na principu tistega, kar smo osvojili skozi šolanje. Postajamo utrujeni in nezainteresirani zaradi prevelikega obsega dela, prevelikega

števila pacientov ter dolgega in neusmiljenega delovnika, ki ga s težavo vsak dan prebrodimo. Večina napak se lahko prepreči z vestnim opravljanjem poklica in po ljudskem načelu ravnaj z drugim tako, kot bi sam želel, da drugi ravna s teboj. Vsak od nas pa si zagotovo želi najboljšega zdravnika, ki nam bo postavil diagnozo, in najboljšo medicinsko sestro, ki bo skrbela za nas.

LITERATURA

1. Černoga, A. (2006). Profesionalna in etična odgovornost medicinske sestre. Ljubljana: Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo.
2. Fištravec, B. (2007). Patronažna zdravstvena nega bolnika na domu. V T. Geč (ur.), Patronažna zdravstvena nega – včeraj, danes, jutri (str. 93-99). Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego.
3. Fošnarič, L. (2010). Etični in kazenski vidik strokovnih napak v zdravstveni negi. Magistrsko delo. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
4. Geč, T. (2007). Patronažna zdravstvena nega – včeraj, danes, jutri. V T. Geč (ur.), Patronažna zdravstvena nega – včeraj, danes, jutri (str. 52-57). Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego.
5. Kersnik, J. (2010). Kakovost v zdravstvu. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine.
6. Robida, A. (2006). Raziskovanje, izobraževanje in razvoj v psihiatrični zdravstveni negi. Pravice bolnikov in zaposlenih. V V. Čuk (ur.), Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti in varnosti v zdravstvu (str. 14-20). Maribor: Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji. Oddelek za psihiatrijo.
7. Robida, A. (2010). Učimo se varnosti od najboljših - prikaz dobrih praks. Zbornik predavanj. 3. dnevi Angele Boškin. V Z. Kramar in A. Kraigher (ur.), Kako priti do večje varnosti pacientov (str. 46-54). Gozd Martuljek: Splošna bolnišnica Jesenice.
8. Selinšek, L. (2007). Kazensko pravo. Splošni del in osnove posebnega dela. Ljubljana: GV Založba.
9. Šušteršič, O., Horvat, M., Cibic, D., Peternelj, A., Brložnik, M. (2006). Novosti – izkušnje – pobude: Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega – nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. Obzornik zdravstvene nege, 40(4), 247-252.
10. Železnik, D., Horvat, M., Panikvar Žlahtič, K., Filej, B., Vidmar, I. idr. (2011). Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Spremljanje incidentov - pokazatelj kakovosti zdravstvene nege

POVZETEK - Varnost uporabnikov zdravstvene nege je zelo pomembna za njeno kakovost. Varnostni zapleti/napake nastanejo, ker se ljudje motimo in zaradi pomanjkljivosti v delovnem procesu. O napakah v zdravstvu govorimo kot o neželenih dogodkih, ki so nepričakovani, nenačrtovani, ki bi lahko ali so povzročili škodo uporabniku storitev zdravstvene dejavnosti. Je odstopanje od pričakovanega načina izvedbe. V Domu starejših občanov Črnomelj se zavedamo pomena varne zdravstvene nege in oskrbe stanovalcev. Zdravstvena nega in oskrba sta del celostne obravnave posameznika, zasnovani pa sta na sodobnih elementih zdravstvene nege in po procesni metodi dela delujeta holistično. Storitve zdravstvene nege se izvajajo po standardih zdravstvene nege in delovnih navodilih. Zelo pomembno je osveščanje in izobraževanje zaposlenih v zdravstveno-negovalni enoti o varni zdravstveni negi in oskrbi ter spodbujanje k prepoznavanju in sporočanju neželenih dogodkov in s tem k izboljševanju kakovosti zdravstvene nege. Pri spremljanju kakovosti zdravstvene nege nam pomagajo kazalniki njene kakovosti (število nastalih razjed zaradi pritiska, število prenosov bolnišničnih okužb, število incidentov). Glede na visoko stopnjo ogroženosti za nastanek razjede zaradi pritiska in za možnost padca stanovalcev ugotavljamo, da izvajamo kakovostno zdravstveno nego, saj je število neželenih dogodkov majhno.

KLJUČNE BESEDE: neželeni dogodki, stanovalci, kazalniki, kakovost, zdravstvena nega

1 Uvod

Varnost pacientov je prednostna naloga v Evropski uniji, h kateri se je s podpisom Luksemburške deklaracije o varnosti pacientov zavezala tudi Slovenija. Varnost zdravstvene obravnave je temeljna človekova pravica in mora biti dostopna vsakemu posamezniku, ki uporablja storitve v zdravstvenem sistemu. Robida idr. (2006) navajajo, da je varnost pacientov dejansko zmanjševanje varnostnih zapletov pri pacientih med diagnostičnimi postopki, zdravljenjem, zaščito in rehabilitacijo ter izogibanje, preprečevanje ali popravljanje varnostnih zapletov.

Varnost in kakovost oskrbe se pospešuje z izboljševanjem kakovosti zdravstvene storitve in je povezana z organizacijsko kulturo, z izobraževanjem, usposabljanjem in s spremembo obnašanja (Ministrstvo za zdravje, 2006).

Robida idr. (2006) ugotavljajo, da visoko kakovost in varno zdravstveno obravnavo lahko dosežemo le, če postaneta neločljiv del vsakdanje rutinske zdravstvene prakse. Kakovost in varnost v zdravstvu se dogaja v stiku med pacientom in zdravstvenim timom ali posameznim zdravstvenim strokovnjakom. Za delovanje celovitega in

nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti je odgovorno vodstvo zdravstvenih ustanov.

Da je spremljanje neželenih dogodkov v zdravstveni negi pomemben del zagotavljanja varnosti in kakovosti v zdravstvenih ustanovah, se strinja Kobanova (2006). Čuk (2008) dodaja, da s spremljanjem, evidentiranjem in poročanjem o neželenih dogodkih omogočamo učenje in iskanje novih možnosti za izboljšanje, zlasti za preventivne akcije v bodoče.

Dom starejših občanov Črnomelj nudi svojim stanovalcem varno in udobno bivanje že od začetka svojega delovanja. Vizija in poslanstvo zaposlenih, da svojim varovancem zagotovijo boljšo kakovost življenja, boljše pogoje bivanja in kakovostne storitve, sta zahtevala vedno nove izboljšave, nove pristope. Za doseganje kakovostne obravnave in storitev ter nadaljnji razvoj kakovosti, so v uporabi različna orodja (ISO 90001:2008, E-qualin, BSC - uravnotežen sistem kazalnikov). Na osnovi izpolnjevanja zahtev teh standardov lahko dosežemo mednarodno sprejeta načela kakovostne zdravstvene oskrbe: uspešnost, varnost, pravočasnost, učinkovitost, enakost in osredotočenost na pacienta.

2 Neželeni dogodki

Terminologija v zvezi s pojavom neželenih dogodkov v slovenski zdravstveni negi ni dorečena, zato se v praksi srečujemo z različnimi izrazi, kot so: incident v zdravstveni negi, incident pri pacientu, napake, tveganja, nesrečni slučajji, nesrečni dogodki, poškodbe, neugodni ali neljubi dogodki v zdravstveni negi. Če želimo pojasniti neželen dogodek v zdravstveni negi, bi lahko rekli, da je to vsak nepričakovan dogodek, ki je ali bi lahko povzročil pacientu škodo v času zdravstvene oskrbe oz. zdravstvene nege in ni posledica narave pacientove bolezni (Koban, 2006). Pogosto se v vsakdanji praksi za neželen dogodek v zdravstveni negi napačno uporabljata pojma napaka ali strokovna napaka, kar povzroči napačno tolmačenje pojava neželenega dogodka, obtoževanje posameznikov in neustrezno reševanje vzrokov ter preprečevanje ponovnega pojava neželenega dogodka (Robida, 2004).

Pri zdravstveni napaki gre za neželen dogodek, ki vedno ne vodi do škode za pacienta, vendar ga je vselej treba raziskati zaradi ugotovitve morebitne odgovornosti udeležencev dogodka in pomanjkljivosti v procesu zdravstvene oskrbe, navaja Robida (2009).

3 Kakovost v Domu starejših občanov Črnomelj

Dom starejših občanov Črnomelj je javni zavod, ki je bil ustanovljen za zagotavljanje socialnovarstvenih in zdravstvenih storitev, namenjenih starejšim ljudem in mlajšim osebam, ki niso sposobne za delo in potrebujejo pomoč pri opravljanju osnovnih

življenjskih funkcij. Dejavnost doma je usmerjena na odjemalce, ki so občutljivi in ranljivi, velikokrat v celoti odvisni od zaposlenih. Potrebujejo visokokakovostne storitve z najvišjo mero občutljivosti za njihove potrebe in želje ter največjo stopnjo obzira do njihovega stanja. Značilnost delovanja se imenuje »k odjemalcu usmerjen sistem«. Delovanje in poslovanje doma temelji na uvedbi sistema vodenja kakovosti, skladno s standardom ISO 9001:2008 in na modelu E-Qalin. S tem je zagotovljeno vodenje kakovosti po evropskih normah za doseganje zelenih rezultatov, ki odjemalcem zagotavlja najvišjo stopnjo kakovosti storitev. Uporabljajo se tudi BBC - sistem uravnoveženih kazalnikov, ki je menedžersko orodje za izboljšanje rezultatov poslovanja. Sistem vodenja kakovosti lahko razumemo kot nabor orodij, ki vodstvu organizacije pomaga pri vodenju in organiziranju dela.

Kazalniki kakovosti zdravstvene nege

V Domu starejših občanov Črnomelj se spremlja kakovost zdravstvene nege prek kazalnikov kakovosti. Merjenje rezultatov dela je nujno za njegovo vrednotenje, omogoča prepoznavanje dobrih izkušenj in priložnosti za izboljšave. Z meritvami lahko spremljamo tudi učinkovitost ukrepov, namenjenih doseganju boljših rezultatov. Kazalnike spremljamo in periodično ocenjujemo ter načrtujemo ukrepe.

Kazalniki kakovosti zdravstvene nege v DSO Črnomelj:

- število razjed zaradi pritiska,
- število prenosa bolnišničnih okužb,
- število incidentov (padci).

3.1 Spremljanje razjed zaradi pritiska

Odstotek nepomičnih in zelo bolnih stanovalcev, ki zahtevajo najvišjo stopnjo zdravstvene nege in intenzivno zdravljenje v DSO Črnomelj je velik. Pogost spremljevalec tako težkih bolnikov so bile tudi razjede zaradi pritiska (RZP), katerih število se lahko s kakovostnim izvajanjem zdravstvene nege bistveno zmanjša. Od leta 2004 se kot eden od kazalnikov kakovostne zdravstvene nege spremlja število nastalih RZP v ustanovi. Ob sprejemu stanovanca se v sklopu negovalne anamneze ugotovi stopnja ogroženosti za RZP po shemi Waterlow. V negovalnem načrtu se določi cilj, da bo stanovalec brez RZP, in določijo se aktivnosti, s katerimi bo ta cilj dosežen. Sprotno se vse aktivnosti in opažanja beležijo, vrednotijo in glede na rezultate načrtujejo nadaljnje intervencije.

3.2 Spremljanje prenosa bolnišničnih okužb

V DSO Črnomelj:

- spremljamo stanovalce, kolonizirane z MRSA, ESBL,
- evidentiramo nalezljive bolezni,
- evidentiramo simptome, ki nakazujejo na možnost infekcije (bruhanje, driske, temperaturna stanja).

Ukrepi, ki se izvajajo za preprečitev prenosa okužbe, so predvideni v programu preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb (POB) in v načrtu ravnanja z odpadki. Za epidemiološko spremljanje pojava nalezljivih bolezni je pristojna odgovorna medicinska sestra za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb. Cilj spremljanja je zgodnje odkrivanje obolelih in klicenoscev ter preprečevanje epidemij.

3.3 Spremljanje števila incidentov

Neželeni dogodki/incidenti so predstavljeni v navodilu za obveščanje o incidentu, kjer so tudi navodila za aktivnosti osebja ob incidentu. Pomembno je, da je vsak incident dokumentiran na predpisan obrazec, iz katerega lahko ugotovimo okoliščine incidenta in posledice. Analiza incidentov omogoča vpogled v potrebne izboljšave, s katerimi bi število incidentov zmanjšali. Incidenti, ki se vodijo v DSO Črnomelj: padec, terapija, opeklina, oprema, osebna lastnina, ostalo.

Neželeni dogodki se vodijo in analizirajo od leta 2007. Analiza podatkov je pokazala, da so padci varovancev tisti incidenti, ki se najpogosteje zgodijo. Približno 30 % starejših od 65 let, ki živijo v svojem običajnem, družinskem krogu, pade vsaj enkrat letno. Posledica padcev so zlomi, najpogosteje zlomi kolkov, zlomi spodnjih okončin, možganske poškodbe. Starostniki so zaradi padcev hospitalizirani petkrat pogosteje kot zaradi drugih poškodb. Komur se zgodi padec, ima dva - do trikrat večjo možnost, da se padec v istem letu še ponovi. Padci so eden od najbolj pogostih in pomembnih problemov, s katerimi se soočajo starejše osebe. Je pa padce možno preprečiti z obravnavanjem dejavnikov, ki povečujejo nevarnost padca starostnika (Senior plus, 2012). Zato v DSO Črnomelj že ob sprejemu naredimo oceno tveganja za padec (slika 1) in glede na dobljene rezultate načrtujemo preventivne ukrepe/aktivnosti za preprečevanje padcev (slika 2). Glede na stopnjo tveganja za padce morajo izvajalci zdravstvene nege in oskrbe izvesti načrtovane aktivnosti. Njihov namen je preprečiti padec ali zmanjšati njegove posledice. Za to so odgovorni vsi, ki izvajajo neposredne aktivnosti pri posamezniku.

Slika 1: Obrazec ocene tveganja za padeč pri odraslem

OCENA TVEGANJA ZA PADEC PRI ODRASLEM				
Ime in priimek: _____				
Datum rojstva: _____				
Padeč v anamnezi v zadnjem letu	DA	10	NE	0
Spremljajoče medicinske diagnoze	DA	10	NE	0
Uporaba pripomočkov za gibanje	Na invalidskem vozičku	1	Nima pripomočkov	0
	Bergle, palica, hodulja	5	Leži v postelji	0
	Pri hoji se oprjemlje pohištvu	10		
Starost	65 let in več	5	Do 64 let	0
Infuzija, želodčna sonda, kisikova terapija	DA	5	Ne	0
Gibanje in ravnotežje	Delno pokreten, stabilen	1	Nepokreten	0
	Delno pokreten, slaboten	3	Nepokreten	0
	Vrtoglavica	5	Stalno ležanje	0
DUŠEVNO STANJE	Delno orientiran	3	Orientiran	0
	Neorientiran, zmeden	5	Sediran	0
	Precejšnje lastne zmožnosti	3		
	Pozablja omejitve	3		
ZDRAVILA	Antihpertenzivi	1		
	Antidepresivi	1		
	Antidiabetiki	1		
	Anesteziki	1		
	Diuretik	1		
	Citostatik	1		
	Uspavala in pomirjevala	1		
	Analgetiki, narkotiki =	1		
	Kortikosteroidi, aminoglikozidi	1		
MOTNJE VIDA IN SLUHA	Da, uravnava s korekcijo	3	Ne	0
	DA, brez korekcije	5		
Skupno št. točk				
NIZKO TVEGANJE		SREDNJE TVEGANJE		VISOKO TVEGANJE
0 -15 točk		16 -30 točk		Nad 31 točk

Vir: DSO Črnomelj.

Slika 2: Aktivnosti za preprečevanje padcev

<p>NIZKO TVEGANJE 0-15 točk (NTV)</p> <p>Pravilno delovanje opreme (vozičkov, stikal ...) Ob ugotovitvi nepravilnega delovanja je treba to na recepciji zabeležiti v zvezek okvar. Za posredovanje ugotovitev so odgovorni vsi zaposleni.</p> <p>Varno fizično okolje (suha tla, vidne oznake za nevarnost).</p> <p>Morebitne ovire odstraniti oziroma umakniti, da se stanovalec varno giblje.</p> <p>Višina postelje naravnana na višino optimalnega vstajanja.</p> <p>Primerna obutev in obleka (obutev, ki objame in fiksira gleženj).</p> <p>Klicna oprema na dosegu roke.</p> <p>Poučevanje in zdravstvena vzgoja stanovalca in svojcev (ob sprejemu in izpostavitvi problema zdravstvenega tehnika in diplomirane medicinske sestre).</p>
<p>SREDNJE TVEGANJE 16-30 točk (STV)</p> <p>Varovalna ograjica (nemirni, dementni, debeli, kadar sam želijo).</p> <p>Zmedenemu stanovalcu pomagamo pri orientaciji v prostoru in času.</p> <p>Vzpostavljen urnik izločanja in odvajanja.</p> <p>Na vozičku dobro nameščen in fiksiran.</p> <p>Če je možno, uporaba ščitnikov za kolke.</p>
<p>VISOKO TVEGANJE ZA PADEC 31 točk (VTV)</p> <p>Najnižja možna višina postelje.</p> <p>Spremljanje stanovalca na stranišče in v kopalnico.</p> <p>Transport opravljata dve osebi.</p> <p>Pogosto opazovanje.</p> <p>Fiksacija (samo, če so drugi ukrepi neuspešni) - ODREDI ZDRAVNIK.</p>

Vir: DSO Črnomelj.

V letu 2011 je bilo v DSO sprejetih 64 stanovalcev, pri katerih je bila ugotovljeno visoko tveganje za padec (75 %). Večina padcev se zgodi brez prisotnosti zdravstvenonegovalnega osebja, kar je zelo pomembno, saj nam to kaže na dobro in pazljivo izvajanje zdravstvene nege in oskrbe.

Od 195 stanovalcev DSO Črnomelj v letu 2011 jih je bilo 113 (58 %) uvrščeno v visoko tveganje za padec, 60 (31 %) v srednje in 22 (11 %) v nizko stopnjo tveganja za padec. Pridobljeni podatki nam kažejo, da je število padcev glede na visoko tveganje precej nizko.

Je pa razviden trend naraščanja padcev, na kar nedvomno vpliva zdravstveno stanje stanovalcev, še posebej pri dementnih starostnikih, saj ima 20 stanovalcev od 24, ki so v letu 2011 padli, diagnozo demenca. 17 stanovalcev z demenco je imelo visoko tveganje za padec in 3 srednje. Večina starostnikov z demenco ima spremljajoče diagnoze, slabotno in moteno hojo ter zmedenost, kar jih seveda uvršča v visoko stopnjo tveganja za padec.

4 Zaključek

Starostniki spadajo v skupino z visokim tveganjem za padce, pri dementnem starostniku pa je verjetnost padca še toliko večja. Na število padcev še dodatno vplivajo tudi stranski učinki zdravil. V DSO Črnomelj iz leta v leto narašča število starostnikov z demenco, s tem tudi možnost večjega števila incidentov in posledic le-teh. Zato je pomembno redno spremljanje in analiziranje incidentov ter načrtovanje ukrepov za zagotavljanje in izboljšanje kakovosti zdravstvene nege ter s tem varnega in kakovostnega bivanja uporabnikov naših storitev. Za doseg v viziji, poslanstvu in strategiji doma zastavljenih ciljev je pomembno osveščanje in izobraževanje zdravstvenonegovalnega osebja o pomembnosti preventivne dejavnosti za zaščito pred incidenti.

LITERATURA

1. Čuk, V. (2008). Zasnova obvladovanja neželenih dogodkov v procesu zdravstvene nege v psihiatričnih bolnišnicah. Pridobljeno 2. 11. 2012, s <http://diplome.fov.uni-mb.si/mag/13107Cuk.pdf>.
2. Kersnik, J. (2002). Opredelitev in oblike zdravstvenih napak. V J. Kersnik (ur.) Zdravstvene napake. Pridobljeno, s <http://www.drmed-mb.org/zborniki/zbornapake/napake.htm>.
3. Koban, B. (2006). Neželeni dogodki v zdravstveni negi in njihov vpliv na kakovost dela. V V. Čuk, (ur.), Raziskovanje, izobraževanje in razvoj v psihiatrični zdravstveni negi (str. 21–32). Maribor: Zbornica zdravstvene in babiške nege.
4. Letno poročilo Doma starejših občanov za leto 2011 (2012).
5. Poslovnik vodenja kakovosti doma starejših občanov Črnomelj (2011).

6. Robida, A. (2009). Pot do odlične zdravstvene prakse. Ljubljana: Planet GV.
7. Robida, A., Simčič, B., Poldrugovac, M. in Ivanuša, M. (2010). Konceptualni okvir za mednarodno klasifikacijo za varnost pacientov. Pridobljeno 30. 11. 2011, s http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789616523486_slv.pdf.
8. Robida, A., Yazbeck, A., M., Kociper, B., Mate, T. in Marušič, D. (2006). Nacionalne smernice za razvoj kakovosti v zdravstvu. Pridobljeno 21. 11. 2012, s http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost/Nacionalne_usmeritve_za_razvoj_kakovosti_v_zdravstvu.pdf.
9. Senior plus. (2012). Težave starostnikov - padci. Senior plus. Pridobljeno 29. 11. 2012, s <http://www.seniorplus.si/index.php?link=tezave-starostnikov>.

Roke so ogledalo medicinske sestre

POVZETEK - Čiste roke so ključni dejavnik bolnišnične higiene. Človeška koža je naseljena z mikroorganizmi. Poleg običajno naseljenih bakterij pri delu na roke nanesimo mikroorganizme iz okolice in z bolnika. Bolnišnice se srečujejo z naraščajočim problemom odpornih mikroorganizmov, ki se lahko ob pomanjkljivi higieni rok hitro razširijo in povzročajo stroške. Higiena rok predstavlja enega najpomembnejših ukrepov za preprečevanje širjenja odpornih bakterij v zdravstvenih ustanovah. Pod tem pojmom razumemo sklop naslednjih postopkov: umivanje in razkuževanje rok, nega kože rok, pravilna uporaba medicinskih rokavic ter tehnika nedotikanja. Zaposleni v zdravstvu pri svojem delu uporabljajo različne tehnike in sredstva, namenjena higieni rok (umivanje, razkuževanje). Izbira le-teh je odvisna od narave dela in možnosti kontaminacije. Za zaščito rok štejemo tudi uporabo medicinskih rokavic, ki jih ločimo glede na material in po namenu uporabe.

KLJUČNE BESEDE: higiena rok, uporaba rokavic, pravilno izvajane postopkov

1 Uvod

Roke so naše najpomembnejše orodje, ki je pri delu vedno potrebno ne glede na pripomočke. Roke pa predstavljajo določeno nevarnost. Zato je treba upoštevati ukrepe, da se zmanjšajo možnosti za prenos rezistentnih bolnišničnih okužb. Osnovni postopki, ki pri tem pomagajo, so pravilno izvajanje higienskega umivanja rok, razkuževanje rok in pravilna uporaba zaščitnih rokavic ter ostalih zaščitnih sredstev (maske, pokrivala, predpasniki, očala ...).

2 Pravilno umivanje rok

Cilj higienskega umivanja rok je odstranitev vidne umazanije in mikroorganizmov s kože rok in preprečevanje prenosa mikroorganizmov, ki se nahajajo na rokah zaposlenih v zdravstvu. Najpogosteje spregledani oziroma izpuščeni predeli rok pri higienskem umivanju so konice prstov, palec in predel med prsti. Za učinkovito in pravilno umivanje rok moramo postopek ozavestiti in pravilno izvesti, da s higienskimi umivanjem resnično zajamemo vse predele rok. Le tako bo naše umivanje učinkovito (tabela 1). Postopek naj traja minimalno 1 do 2 minuti in se izvaja skladno s predpisi Komisije za obvladovanje toksičnih okužb (KOB).

Tabela 1: Umivanje rok

IZVEDBA	OBRAZLOŽITEV
1. Pregledamo kožo rok, če je nepoškodovana.	Zaposleni s poškodovano kožo rok in obnohtja ne smejo delati ob pacientu. Odprte poškodbe zadržujejo mikroorganizme, lahko okužimo bolnika ali sebe.
2. Z rok odstranimo nakit (zapestnice, uro, prstane). Nohti morajo biti kratki in nelakirani.	Omogočimo dostop mila na vse dele rok. Nakit lahko zadržuje umazanijo in mikroorganizme. Umazanija pod nohti zadržuje mikroorganizme; dolgi nohti lahko poškodujejo pacientovo kožo, poškodovani lak med delom odpada.
3. Stopimo pred umivalnik v taki razdalji, da se ga z rokami in z delovno obleko ne dotikamo. Če se s čistimi rokami dotaknemo umivalnika ali pipe, moramo postopek ponoviti.	Notranjost umivalnika je kontaminirano področje. Umivalnik se ne čisti po vsakem umivanju in se zato uvršča med nečisto opremo.
4. Odpremo pipo in nastavimo primerno temperaturo vode (najboljša je enoročna pipa, ki se jo odpre s komolcem ali zapestjem). Pazimo, da curek vode ni premočan.	Pri premočnem curku vode se kapljice odbijajo iz umivalnika - možnost kontaminacije delovne obleke in okolice.
5. Roke omočimo z mlačno vodo. Z enim do dvakratnim pritiskom s komolcem na dozator naneseemo na roke odmerek tekočega mila.	Mlačna voda najmanj škodi koži rok (vroča voda odstrani zaščitno plast kože). Standardna količina mila je od 0,5 do 1 ml.
6. Roke 5 do 10-krat podrgnemo po naslednjem vrstnem redu: <ul style="list-style-type: none"> • notranji strani dlani druga ob drugo, • konice prstov (blazinice in nohte) krožno ob dlan (levo in desno), • krožno palec leve roke, • krožno palec desne roke, • razprte prste obeh rok med seboj, • hrbtišče desne roke, • krožno zapestje (levo in desno), • po potrebi laket do komolca (obojestransko). 	Zagotovimo odstranitev prehodne in del stalne mikrobnne populacije s kože in z obnohtja.
7. Speremo milnico od konic prstov navzdol proti komolcu.	
8. Roki po umivanju dobro osušimo s papirnato brisačo, brišemo od prstov proti komolcem.	Na suhih rokah se bakterije počasneje razmnožujejo. Električni sušilci za roke so neprimerni za zdravstvene ustanove, ker je potrebno dalj časa, da se roke osušijo kot pri običajnem brisanju, zadržujejo mikroorganizme in jih razpršujejo v okolico.
9. S papirnato brisačo ali s komolcem zapremo pretok vode.	Preprečimo ponovno kontaminacijo rok; pipe nikakor ne zapiramo z umitimi rokami.
10. Po potrebi na roke naneseemo alkoholno razkužilo za roke.	Zagotovimo znižanje koncentracije mikroorganizmov. Roke morajo biti suhe, ker se zaradi morebitnega ostanka vode na koži spremeni koncentracija uporabljenega alkohola.
11. Po delu ali pred daljšim odmorom na osušene dele kože naneseemo in vtremo kremo ali losjon za nego kože rok.	Ščitimo kožo, da se preveč ne izsuši, nanašanje kreme med delom lahko moti učinek razkuževanja.

Vir: Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege, str. 109–112.

2.1 Kdaj si umivamo roke:

- ob prihodu in odhodu z dela, da odstranimo umazanijo in prehodno floro iz drugega okolja in obratno,
- po uporabi robca, pri kihanju, kašljanju, da preprečimo prenos povzročiteljev okužb dihal in nosne votline,
- pred opravi s hrano in po njej,
- pred in po uporabi stranišč, da preprečimo fekalno-oralni prenos,
- pred delom s pacientom z oslabilim imunskim sistemom,
- vedno po kontaktu s telesnimi tekočinami in izločki pacienta,
- po uporabi pudranih rokavic,
- pred aseptičnimi posegi, da pripravimo roke na razkuževanje.

2.2 Kaj potrebujemo pri umivanju rok:

- dovolj velik umivalnik; pipo s hladno in toplo vodo, po možnosti pipo, ki omogoča odpiranje s komolcem ali zapetjem,
- tekoče milo v dozatorju,
- papirnate brisače za enkratno uporabo v zaprtem sistemu,
- koš za odpadke,
- alkoholno razkužilo in /ali negovalno kremo ali losjon.

3 Pravilno razkuževanje rok

Higiensko razkuževanje (dezinfekcija) rok predstavlja enega najpomembnejših in najbolj učinkovitih preventivnih ukrepov za preprečitev okužb. Razkuževanje rok z alkoholnimi pripravki za vtiranje se je danes uveljavilo v vseh medicinskih vejah. Je učinkovitejše, hitrejšo in manj škodljivo za kožo kot vse druge tehnike in sredstva. Uporaba je enostavna in povsod izvedljiva.

Glavni cilj higienskega razkuževanja rok je iz okolice privzete klice (prehodna flora) čim hitreje narediti neškodljive za bolnike, zdravnike in osebe zdravstvene nege.

Če nanašamo razkužilo na vlažne roke, je manj učinkovito zaradi znižane koncentracije alkohola in roke izsuši, prav tako razkužila na rokah nikoli ne brišemo, ker bi z brisanjem zmanjšali učinek razkuževanja! Higiensko razkuževanje rok med delom nadomesti umivanje, če roke niso bile vidno onesnažene.

Za razkuževanje rok zaradi preprečevanja prenosa okužb potrebujemo najmanj 3ml alkoholnega razkužila za roke.

Področja, ki jih pri postopku higienskega razkuževanja rok najpogosteje pomanjkljivo razkužimo in jim moramo nameniti več pozornosti, so:

- palci,
- konice prstov,
- prostori med prsti in področju okoli nohtov.

Da se izognemo najpogostejšim napakam, priporočamo, da se pri higieni rok razkuževanju uporablja standardna metoda vtiranja, ki je v skladu z evropskimi normami.

Nujno razkuževanje rok je potrebno:

- pred in po stiku z vsakim bolnikom ali njegovimi telesnimi izločki,
- pred namestitvijo zaščitnih rokavic in po odstranitvi le-teh,
- pred invazivnimi ali aseptičnimi posegi (punkcije, menjave obveze),
- med nego kontaminiranih in čistih predelov telesa pri istem bolniku,
- pred stikom z urinskim ali žilnim katetrom, infuzijskim sistemom,
- po delu z bolniki v izolaciji,
- po nameščanju maske, dotikanju las in obraza,
- pred delom s pacienti z oslabelim imunskim sistemom,
- pri postopkih aspiracije dihalnih poti.

Tabela 2: Primerjava med umivanjem in razkuževanjem rok

	<i>Umivanje</i>	<i>Razkuževanje</i>
čistilni učinek	dober	slab
zniževanje števila bakterij	2–3 log	4–5 log
uničevanje bakterij	počasno	hitro
kontaminacija okolice	možna	je ni
umivalnik, voda	potrebno	ni potrebno
brisanje z brisačo	potrebno	ni potrebno
poškodba kože	možne	manj pogoste
higienska učinkovitost	primerna	visoka
potreben čas za izvedbo	več kot 1 do 2 minuti	do 30 sekund

Vir: Bolnišnična higiena, str. 107.

3.2 Tehnika razkuževanja

Standardna metoda higienskega razkuževanja rok poteka po naslednjih korakih.

Razkužilo nanesemo na čiste, suhe roke (3 ml), sicer lahko pride do razredčenja alkohola in izgube njegove učinkovitosti.

Tabela 3: Razkuževanje rok

IZVEDABA	OBRAZLOŽITEV
1. Ob prihodu na delo z rok odstranimo nakit.	Omogočimo dostop razkužila na vse dele rok.
2. Na suhe roke nanesemo 3ml alkoholnega razkužila (2 odmerka z dozatorjem).	Nanašanje razkužila na vlažne roke je manj učinkovito zaradi znižanja koncentracije alkohola.
3. Z drgnjenjem kože po vrstnem redu vtiramo alkoholno razkužilo v kožo: <ul style="list-style-type: none"> • drgnemo notranji strani dlani drugo ob drugo, • konice prstov (blazinice in nohte) krožno vtremo v sosednji dlani, • krožno podrgnemo palec leve roke, • krožno podrgnemo palec desne roke, • podrgnemo razprte prste obeh rok med seboj, • podrgnemo hrbtno stran leve roke, • odrgnemo hrbtno stran desne roke. 	
4. Vsak gib izvedemo vsaj 5-krat. Postopek traja približno pol minute oziroma tako dolgo, da alkohol izhlapi.	Ob vtiranju in izhlapevanju alkohola dosežemo razkuževalni učinek.

Vir: Teoretične in praktične osnove zdravstvena nega, str. 112–114.

4 Pravilna uporaba rokavic

Zaščitne gumene rokavice so uvedli v medicino že pred več kot 100 leti, da bi zaščitili osebe pred okuženimi ranami ali zaščitili kirurške rane pred okužbo z rokami osebja. Higiena rok je ključnega pomena za zagotavljanje kakovostnih zdravstvenih storitev. Obsega

več pomembnih postopkov, ki zagotavljajo varnost za bolnike in za zdravstvene delavce, če jih pri delu dosledno upoštevamo. Številne študije v svetu so pokazale, da je neupoštevanje doktrine higiene rok pri vsakdanjem delu neposredno povezano z bolnišničnimi okužbami in prenosi večkratno odpornih mikroorganizmov med bolniki. Zaščitne rokavice so le eno od zaščitnih sredstev, ki so nam pri vsakdanjem delu na razpolago. Pomembno je, da poznamo postopke njihove pravilne uporabe in da se zavedamo posledic, če tega ne upoštevamo. Rokavice nosimo le najnujnejši in najkrajši čas, ki je predviden za določen postopek. Sterilne ali nesterilne rokavice uporabljamo le za en postopek pri posameznem bolniku in le za enega bolnika. Po končanem postopku rokavice takoj odvržemo v odlagalno posodo.

Pred uporabo in po uporabi medicinskih rokavic roke razkužimo, če je potrebno, tudi umijemo. Roke moramo umiti tudi, če uporabljamo pudrane rokavice. Umivanje in razkuževanje rokavic je strokovna napaka, ker omogoča širjenje okužbe nase, na druge bolnike in na okolje, olajša pa tudi prodiranje mikroorganizmov skozi rokavice na kožo rok.

4.1 Vrste rokavic

Glede na material ločimo rokavice iz naravnega lateksa in rokavice iz sintetičnih materialov (nitril, vinil, neopren, stiren). Po namenu uporabe pa jih ločimo na zaščitne rokavice in sterilne rokavice.

Pri izbiri rokavic smo pozorni na to, da se dobro prilegajo rokam. Ne smejo biti premajhne, ker se lahko strgajo, in ne prevelike, ker to ovira izvedbo intervencije zdravstvene nege. Sterilne rokavice so različnih velikosti; kirurške rokavice so od velikosti 6 do 9, sterilne rokavice pa velikosti: XS, S, M, L, XL. Izbiramo lahko med parom rokavic (leva, desna) ali posamično rokavico. Izbiramo kakovostne rokavice, ki ne povzročajo alergij (nizka raven alergenih beljakovin in kemikalij). Veliko pacientov in zdravstvenih delavcev je preobčutljivih na naravni lateks. Beljakovine slednjega vstopajo v telo preko kože, sluznic in dihal. Najenostavnejši, najučinkovitejši in najcenejši ukrep je preventiva, kar pomeni izbiro kakovostnih rokavic brez posipa, z nizko vsebnostjo proteinov in kemikalij. V tem primeru uporabljamo rokavice iz sintetičnih materialov (nitril, vinil, neopren, stiren). Rokavica mora biti udobna za nošenje, ustrezno neprepustna in mora omogočiti občutek za dotik.

Sterilne rokavice

Sterilne kirurške rokavice se uporabljajo v kirurgiji pri operacijah in pri drugih invazivnih posegih, kjer želimo preprečiti vnos mikroorganizmov v sterilne votline in tkiva. Če je operacija dolgotrajna, je treba rokavice enkrat ali večkrat zamenjati. Vedno jih takoj zamenjamo, če se raztrgajo, prebodejo, onesnažijo s krvjo ali bolnikovimi izločki.

Sterilne preiskovalne rokavice se uporabljajo pri nekaterih kratkotrajnih invazivnih posegih, kjer obstaja nevarnost vnosa mikroorganizmov v telo.

Nesterilne, vendar čiste preiskovalne rokavice uporabljamo pri nekaterih negovalnih in diagnostičnih postopkih v predelih normalne mikrobne populacije (na primer rektalni pregled anogenitalna nega, ustna nega, delo v zobozdravstvu) in pri vseh postopkih, kjer pričakujemo onesnaženje s krvjo in izločki bolnika ali stik s sluznicami.

Natikanje sterilnih rokavic

Zdravstveni delavec mora imeti nepoškodovane roke oz. mora vse ranice, ki rosijo, ureznine in ostale poškodbe kože pred natikanjem rokavic zavarovati z neprepustno prevezo (tabela 4).

Pripomočki:

- sterilne rokavice ustrezne velikosti (2 para),
- razkužilo za roke,
- razkužilo za delovno površino,
- koš za odpadke.

Tabela 4: Natikanje sterilnih rokavic

IZVEDBA	OBRAZLOŽITEV
1. Umijemo in razkužimo roke	Preprečimo možnost prenosa infektov.
2. Pripravimo pripomočke	Na čisto in razkuženo površino v bližini mesta izvajanja intervencije si pripravimo vse potrebne pripomočke.
3. Odpremo zaščitni ovoj rokavic	Odpremo in razgrnemo zunanji ovitek sterilnih rokavic, nato razgrnemo notranji ovoj. Dotikamo se samo robov ovitka.
4. Preverimo položaj rokavic	Rokavice so lahko označene (L, D) že na notranjem ovitku ali pa je oznaka na zapestnem zavihku (5 cm) rokavice.
5. Nataknejo rokavice na vodilno roko	Vedno najprej nataknejo rokavice na vodilno roko; s palcem in prstoma nevodilne roke primemo rokavico za rob zapestnega zavihka, previdno vstavimo vodilno roko v rokavico, pri čemer pazimo, da je dlan obrnjena proti telesu; zavihke rokavice povlečemo od zapestja navzgor; pazimo, da se dotikamo samo notranje strani rokavice.
6. Natikanje rokavice na nevodilno roko	S štirimi sklenjenimi prsti orokavičene vodilne roke sežemo pod zapestni zavihke druge rokavice. Pri tem pazimo, da je palec iztegnjen in odmaknjen od ostalih prstov. Rokavico previdno navlečemo na drugo roko in zapestni zavihke povlečemo preko zapestja. Pozorni smo, da rokavice natikamo odmaknjeno od ostalega telesa.
7. Popravimo prileganje in morebitno neustrezno natikanje rokavic na prste	
8. Na rokah imamo nameščene sterilne rokavice	

Vir: Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege, str. 116–119.

Tabela 5: Snemanje rokavic

IZVEDBA	OBRAZLOŽITEV
1. Snamemo rokavice z nevodilne roke	Z orokavičeno vodilno roko primemo zapestni predel rokavice nevodilne roke in ga odmaknemo od kože ter previdno povlečemo navzdol preko prstov tako, da se notranji del rokavice obrne navzven. Sneto rokavico zadržimo v vodilni roki, pazimo, da se z golo roko ne dotikamo zunanjega dela rokavice.
2. Snemanje rokavice z vodilne roke	S palcem neorokavičene roke sežemo za rokavico v predelu zapestja druge roke in povlečemo rokavico tako, da je notranja stran obrnjena navzven. Povlečemo jo preko dlani in prstov, v kateri imamo slečeno rokavico nevodilne roke. S tem preprečimo kontaminacijo.
3. Obe rokavici zavržemo	Rokavice so za enkratno uporabo in jih po uporabi zavržemo v koš za odpadke.
4. Razkužimo si roke	Preprečimo možnost prenosa infekta.

Vir: Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege, str. 120–121.

Ko imamo rokavice pravilno nameščene na rokah, se ne smemo dotikati obraza, las, kljuk, telefona itd. Po opravljenem delu si je treba vedno razkužiti roke. Rokavice so lahko prepustne zaradi tovarniške napake in slabe kakovosti materiala. Kakovostne rokavice varujejo pred onesnaženjem s krvjo in izločki bolnika in zmanjšajo količino

mikroorganizmov, ki bi lahko prodrli skozi roke. Če rokavice uporabljamo pravilno, varujejo osebe in bolnike ter tudi predmete pred okužbo.

Natikanje nesterilnih rokavic

Rokavice, ki niso pakirane posamezno, jemljemo iz škatle previdno, da posamezne rokavice ne onesnažimo. Preden jih vzamemo in nadenemo, roke umijemo in osušimo, če je to potrebno, roke razkužimo. Po delu na enem področju istega bolnika rokavice snamemo, odvržemo v koš za odpadke in si razkužimo roke. Po potrebi jih tudi umijemo.

5 Zaključek

Higiena rok je ključna za zagotavljanje kvalitetnih zdravstvenih storitev. Številne študije v svetu so pokazale, da je neupoštevanje doktrine higijene rok pri vsakdanjem delu neposredno povezano z bolnišničnimi okužbami in prenosi večkratno odpornih mikroorganizmov med bolniki. Zato je potrebno pravilno izvajanje umivanja in razkuževanja rok ter pravilna in smotrna uporaba zaščitnih sredstev. Strokovna napaka je uporaba rokavic pri več bolnikih, pa tudi hoja okoli z orokavičenimi rokami, prijemanje kljuk, telefona itd. Nesmotrna uporaba rokavic daje le občutek lažne varnosti, ne preprečuje pa širjenja okužb.

LITERATURA

1. Dragaš, A. Z., Škerl, M. (2004). Higiena in obvladovanje okužb. Ljubljana: Založba ZRC.
2. Gubina, M., Dolinšek, M., Škerl, M. (2002). Bolnišnična higiena. Ljubljana: Littera picta d. o. o.
3. Jaklič, I. (2009). Uporaba ali zloraba zaščitnih rokavic. 1. dnevi Marije Tomšič – Primer dobre prakse (str. 93–95). Novo mesto: Splošna bolnišnica Novo mesto v sodelovanju z Društvom medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Novo mesto in Visoko šolo za zdravstvo v Novem mestu.
4. Kaučič, B. M. (2010). Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege. V Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege. Jesenice: Založba Pivec.
5. Romih, K., Veber, Mežik, M. (2010). Rokavice. V Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege (str. 116). Jesenice: Založba Pivec.

Pravilna izbira in ustrezna namestitvev hlačnih predlog

POVZETEK - Namen prispevka ni predstavitev hlačnih predlog ter posteljnih podlog, temveč opozoriti na najpogostejše napake, ki nastajajo v procesu zdravstvene nege pri njihovi uporabi. Narava bolezni mnogokrat ne dopušča, da se bolnik po sprejemu v bolnišnico neomejeno giblje in izvaja osnovno življenjsko aktivnost (izločanje in odvajanje) sam, zato je naloga negovalnega osebja, da bolnika vzpodbuja pri uporabi nočne posode in sobnega stranišča ter mu pri tem zagotovi intimnost. Uporaba hlačnih predlog, zlasti pri starejših bolnikih, lahko povzroči inkontinenco, tudi pri tistih, ki so pred prihodom v bolnišnico še lahko, vsaj delno, kontrolirali izločanje urina, zato previdnost pri njihovi uporabi ni odveč. Pogosto imajo bolniki nameščeno hlačno predlogo, čeprav imajo vstavljen urinski kateter in blato odvajajo po stomi. Taka namestitvev lahko bolniku povzroči veliko nepotrebnih sprememb na koži. Poleg hlačnih predlog uporabljamo tudi posteljne podloge, ki pa velikokrat ne služijo svojemu namenu, saj je le ta pomečkana in z neprepustno stranjo prilepljena na kožo bolnika. Tovrstnih napak si vsekakor ne smemo dovoliti, če naj bi bila medicinska sestra oseba, ki zagotavlja bolniku kakovostno zdravstveno nego.

KLJUČNE BESEDE: napaka, posteljne podloge, hlačne predloge, zdravstvena nega

1 Uvod

Naloge zdravstvene nege so krepitev in ohranjanje zdravja ter pomoč bolnikom, da so neodvisni pri opravljanju osnovnih življenjskih aktivnosti. Medicinska sestra kot nosilka dejavnosti zdravstvene nege in strokovnjakinja za celostno obravnavo pacienta se mora truditi, da pacientu zagotovi pogoje za čim večjo samostojnost.

Poznamo definicijo zdravstvene nege, vemo, kaj je cilj zdravstvene nege in kakšna je vloga medicinske sestre, vendar v praksi pogosto pozabljamo na vse to.

Ob vsakodnevnih obremenitvah in kroničnem pomanjkanju kadra, s čimer se spopada domala že vsak oddelek bolnišnice, pogosto zmanjka časa, da bi medicinska sestra bolnika obravnavala individualno ter s potrpežljivostjo in vztrajnostjo bolniku pomagala do samostojnega izvajanja osnovnih življenjskih aktivnosti.

2 Kontinenca in inkontinenca urina

Ker je namen prispevka predstaviti pravilno izbiro in namestitev hlačnih predlog ter opozoriti na napake, ki se v praksi najpogosteje dogajajo, v nadaljevanju pogledimo pojma kontinenca in inkontinenca ter njuni definiciji.

2.1 Kontinenca urina

Kontinenca urina je sposobnost kontroliranja potrebe po uriniranju. V praksi je kontinentni bolnik v primerjavi z inkontinentnim tisti (Klemenc, 1995), ki:

- se zaveda potrebe po uriniranju,
- spozna primerno mesto za uriniranje,
- doseže primerno mesto za uriniranje,
- zadrži izločanje, dokler ne doseže primerne mesta,
- urinira, ko doseže primerno mesto.

2.2 Inkotinenca urina

Urinska inkontinenca je nehotno uhajanje urina, ki se lahko pojavi v kateri koli starostni skupini. Po definiciji International Continence Society (ICS) je urinska inkontinenca stanje, kjer nenamerno uhajanje seča predstavlja socialni in higienski problem, ki ga lahko objektivno dokažemo.

Urinska inkontinenca je lahko posledica:

- okužbe,
- pojava stranskih učinkov nekaterih zdravil (hipnotiki, sedativi, nevroleptiki),
- slabše gibljivosti,
- zmedenosti,
- sprememb v možganih,
- sprememb v sečnem mehurju ali sečnici,
- bolezni živcev, ki oživčujejo sečni mehur.

Urinska inkontinenca ni zgolj medicinski problem, ki vodi v uporabo predlog in hlačnih predlog, na kar večina ljudi pomisli ob pojmu inkontinenca, temveč je problem večplasten, saj lahko vodi v telesne in psihične posledice in ne nazadnje lahko za človeka predstavlja ekonomski problem, saj potrebuje za obvladovanje inkontinence kar nekaj pripomočkov, ki niso poceni.

2.3. Pripomočki pri inkontinenci

Nepogrešljiva pomoč inkontinentnemu bolniku so medicinsko-tehnični pripomočki. Najpogosteje uporabljeni so:

- predloge (vložki) za moške in ženske, za lahko do srednje težko inkontinenco urina,
- hlačne predloge za težko inkontinenco urina in/ali blata,

- hlačke za srednjo in težko inkontinenco urina, uporabljajo se pri pokretnih bolnikih in se oblečejo kot spodnje perilo,
- posteljne podloge, ki so namenjene za zaščito vzmetnic in posteljnega perila.

Vsi inkontinenčni pripomočki so na voljo tudi v prosti prodaji. Če je bolnik po kriterijih zdravstvene zavarovalnice upravičen do njihove uporabe, pa bolniku vse pripomočke predpiše osebni zdravnik na naročilnico.

2.4. Inkontinenčni pripomočki v praksi

Narava bolezni mnogokrat ne dopušča, da bi po sprejemu v bolnišnico bolnik smel vstajati, hoditi oz. se nemoteno gibati, zato je prisiljen, da opravlja osnovno življenjsko aktivnost (odvajanje in izločanje) v postelji. Nezmožnost in nesamostojnost pri izločanju in odvajanju, pri večini bolnikov povzroča občutek sramu in neprijetnosti. Medicinska sestra je tista, ki mora bolniku omogočiti vsaj minimalno zasebnost pri odvajanju in izločanju ter bolnika spodbujati, da uporablja nočno posodo. Bolniki pogosto v strahu, da ne »umažejo postelje«, ne želijo uporabljati nočne posode in želijo, da se jim namesti hlačna predloga, kar pa lahko pripelje do inkontinence tudi pri tistih bolnikih, ki so pred prihodom v bolnišnico še lahko kontrolirali izločanje urina. S tem, ko jim namestimo hlačno predlogo, jim hkrati odvzamemo skrb, da samostojno nadzorujejo izločanje. Starejši bolniki v bolnišnici pogosto postanejo nepomični, postanejo pa tudi inkontinentni. Čeprav je na tržišču velika izbira pripomočkov za inkontinenco, se na oddelkih bolnišnic najpogosteje uporabljajo hlačne predloge in posteljne podloge. Pozabljamo, da obstajajo različne velikosti hlačnih predlog in nameščamo enake velikosti ne glede na konstitucijo bolnika in stopnjo inkontinence. Da imamo na voljo tudi predloge, tako za moške kot ženske, se spomnimo, ko nas na to opozorijo bolniki ali njihovi svojci.

V praksi lahko opazimo, da imajo bolniki nameščeno hlačno predlogo, čeprav imajo vstavljen urinski kateter in blato odvajajo po stomi. Z nepravilno uporabo in nepravilno namestitvijo lahko bolniku povzročimo nepotrebne spremembe na koži, ki so za bolnika neprijetne, hkrati pa mu lahko podaljšajo zdravljenje.

Poleg hlačnih predlog uporabljamo tudi posteljne podloge, ki pa velikokrat ne služijo svojemu pravemu namenu. Predloge se kombinirajo s hlačno predlogo, pri bolnikih, ki se samostojno obračajo, je posteljna podloga pomečkana in z neprepustno stranjo prilepljena na kožo bolnika. Takih napak si vsekakor ne smemo privoščiti, če naj bi bila medicinska sestra oseba, ki pomaga bolniku in ga spodbuja za samostojno opravljanje vseh življenjskih aktivnosti.

2.5. Kako izbrati ustrezen inkontinenčni pripomoček?

Izbira pripomočka za inkontinenco v bolnišničnem okolju (razen ko ima bolnik vstavljen urinski kateter) je prepuščena znanju in izkušnjam medicinske sestre.

Stopnja in vrsta inkontinence mora biti najpomembnejši kriterij pri izbiri pripomočka, ki ga bomo uporabili pri posameznem bolniku. Poleg stopnje inkontinence

moramo paziti tudi na velikost pripomočka in na njegovo pravilno namestitvev. Ne glede na to, katero vrsto pripomočka uporabljamo, pazimo, da je za bolnika čim bolj udobna in ne pozabimo, da ni potrebna samo redna menjava inkontinenčnih pripomočkov, nujna je tudi redna anogenitalna nega.

3 Zaključek

Človek, ki ima težave z inkontinenco, se srečuje s strahom in pogosto tudi s sramom. Svojo težavo pogosto zanika. Potrudimo se, da težavo bolnika opazimo, ji prisluhnemo in bolniku jasno povejmo, da razumemo njihove težave in se potrudimo, da jim z nameščanjem hlačnih predlog ne odvzamemo še tisto malo dostojanstva, ki jim ga je poleg bolezni še ostalo.

LITERATURA

1. Klemenc, D. (1995). Urinska inkontinenca. *Vita*, 5 (13-5).

Triaža pacientov v urgentni kirurški ambulanti

POVZETEK - Triaža pomeni razvrščanje pacientov glede na stopnjo nujnosti obravnave in oskrbe, nikakor pa ne pomeni odklonitev pacienta. Je stalen proces, ki se pojavlja v delu in obravnavi pacientov. Je zelo odgovorno in strokovno zahtevno delo. Triaža ob sprejemu pacientov temelji na določitvi klinične prizadetosti pacientov in določitvi stopnje nujnosti. Za preprečitev napak v zdravstveni negi pri triaži mora biti medicinska sestra strokovno usposobljena, imeti mora sposobnost opazovanja, sposobnost ocenitve situacije pri čemer ji pomagajo izobrazba in delovne izkušnje. Izvajanje triaže je možno samo ob pacientu. Medicinska sestra, ki triažira mora pacienta videti, stopiti do njega in njegovih svojcev, če so prisotni. Zbrati mora čim več informacij o pacientovem zdravstvenem stanju, da čim prej oceni trenutno stopnjo nujnosti in prepreči morebitne zaplete.

KLJUČNE BESEDE: triažni sistemi, medicinske sestre, kompetence, izobraževanje.

1 Uvod

Beseda triaža izhaja iz francoske besede »trier«, kar pomeni razvrstitev. Triaža je bistvenega pomena za časovno ustrezno zdravstveno obravnavo pacientov. Pri triažiranju gre za zelo težko in zahtevno nalogo, za katero nikakor ne zadošča pridobljeno znanje samo v zdravstvenih šolah. Potrebno je dodatno specifično znanje o triažiranju, izkušnje, poleg tega pa še pogum, odgovornost, hitra odločnost in avtoriteta posameznika. Triaža je začetek diagnostične in terapevtske obravnave pacientov in ne le bežen pogled v polno čakalnico. Izvajati jo mora teoretično in praktično usposobljena oseba, ki tudi prevzame odgovornost. Je dinamičen proces, kjer se lahko pri čakajočih pacientih zdravstveno stanje v trenutku spremeni, prav tako pa je treba vključevati nove paciente.

Določitev stopnje nujnosti ali triaža je zelo zahtevno in odgovorno delo, katerega naj bi opravljale izkušene medicinske sestre v sodelovanju z zdravnikom. Vendar pa zaradi kadrovskih omejitev to ni vedno možno. V Sloveniji so kompetence medicinske sestre za triažo utemeljene s tem, da v triažni oceni medicinska sestra določa le prioriteto obravnave pacienta.

2 Triažni sistemi

Triažni sistemi so številni in imajo natančno izdelane protokole. Najbolj znani so avstralski, kanadski in manchesterski triažni sistem. Elementi triažnih sistemov so

triažna lestvica, kriteriji za razvrščanje v kategorije, dokumentacija in sistem vrednotenja triožnega procesa (Zimmerman, McNair, 2006).

Manchesterski triožni sistem je bil razvit v Angliji in je sprejet kot nacionalna triožna shema. Uporablja se v številnih evropskih državah in tudi na posameznih oddelkih v Kanadi, Avstraliji in na Japonskem. V tem sistemu so določene barve skupin, poimenovanje in definiran idealni najdaljši čas do zdravniške obravnave (tabela 1) (Cotič Anderle, 2007).

Tabela 1: Manchesterski triožni sistem

ŠTEVILKA	BARVA	SPREJEM	ČAS DO OBRAVNAVE
1	rdeča	takojšnji	0 min.
2	oranžna	zelo urgentni	10 min.
3	rumena	urgentni	60 min.
4	zelena	standardni	120 min.
5	modra	neurgentni	240 min.

Vir: Mackway et al., 2006.

V Slovenji so se začeli izvajati nekajdnevni tečajji triožne po manchesterskem triožnem sistemu. Namenjeni so medicinskim sestram z vsaj nekajletnimi izkušnjami pri oskrbi urgentnih pacientov (Cotič Anderle, Brvar, 2011).

3 Triaža v urgentni kirurški ambulanti

V urgentni kirurški ambulanti Splošne bolnišnice Novo mesto še nimamo izdelanega manchesterskega triožnega sistema. Vendar z znanjem in izkušnjami to zahtevno delo opravljamo natančno in odgovorno.

V sprejemni pisarni našega oddelka delajo zdravstvene administratorke in medicinske sestre, ki paciente sprejmejo, se z njimi in njihovimi svojci, če so prisotni, pogovorijo, in ocenijo stopnjo nujnosti obravnave.

Pri triožni je pomembno prepoznati problem, prepoznamo pa ga s pridobivanjem informacij. Osnova so pacientovo trenutno zdravstveno stanje in simptomi, ki jih mora medicinska sestra prepoznati. Splošni kriteriji za prepoznavo ogroženosti pacienta so:

- življenje ogrožujoče stanje,
- krvavitev,
- bolečina,
- stanje zavesti,
- temperatura,
- dolžina trajanja težav (akutno, kronično).

Kadar je pacient življenjsko ogrožen ali težje poškodovan, ga medicinska sestra v sprejemni pisarni takoj preda v urgentno ambulanto in opozori na nujnost primera. V ambulanti izvajajo triožno zdravnik in medicinske sestre na podlagi prispelih naporov, kjer zdravnik določi vrstni red.

Za lažjo ugotovitev stanja pacienta si pomagamo z lestvico MEWS (modified early warning system), kjer se pacientu izmerijo vitalne funkcije in se na podlagi seštetihih točk ugotovi ogroženost pacienta.

Tabela 2: Prepoznavna ogroženega bolnika
MEWS (Modified early warning system)

RR	v mm Hg		TT	°C	
PULZ	št. / min.		Frekvenca dihanja	št/min.	
SATURACIJA KISIKA	SpO2 %		Bolečina po	VAS(1-10)	
PREPOZNAVA OGROŽENEGA BOLNIKA (MEWS)- SEŠTEVEK TOČK :					

	3	2	1	0	1	2	3
Pulz/min		<40	41-50	51-100	101-110	111-130	>130
Sistolni krvni tlak (mmHg)	<70	71-80	81-100	101-199		>200	
Frekvenca dihanja/min		<8		9 – 14	15 - 20	21- 29	>30
Telesna temp. (°C)		<35	35,1-36,5	36,6-37,4	>37,5		
Zavest (CŽS)				A	V	P	U
Bolečina	huda	zmerna	blaga				
SPO2	<85	>85	>90	>94			

Trauma alertness scale = podobna kot GCS

A = Alert (buden)

V = Verbal (odziv na klic)

P = Pain (odziv na bolečino)

U = Unresponsive (neodziven)

Seštevek točk: _____.

Pri seštevku točk ≥ 4 obvestiti odgovornega zdravnika! Odgovorni zdravnik pokliče anesteziologa, če ne more stabilizirati pacienta.

Pri delu pa sta pomembna dobra komunikacija in timsko delo. Komunikacija omogoča uspešno in kakovostno delovanje. Pri delu so najpomembnejši medsebojni odnosi, usklajenost ter odnosi do pacientov in njihovih svojcev. Pri medosebnih odnosih morajo biti zdravstveni delavci prilagodljivi, empatični, morajo znati poslušati, se znati odzivati z besedno in nebesedno komunikacijo.

Komunikacija je dinamičen proces izmeničnega sporočanja in sprejemanja. Je eno izmed pomembnih področij človekovega vedenja in zato tudi bistveni element nudenja zdravstvene oskrbe.

Najpomembnejše je timsko delo. Tim sestavljajo ljudje različnih profilov. So usposobljeni, usklajeni in organizirani. Timsko delo zahteva strokovnost, medsebojno spoštovanje, poznavanje mej kompetentnosti, odgovornosti in dobre komunikacije.

4 Zaključek

Oskrbo pacientov bo izboljšalo boljše razumevanje, prepoznavanje in spremljanje zdravstvenih napak ter odprava vzrokov za njihov nastanek. Izobraževanja in izboljšave v zdravstvenem sistemu vodijo do najboljše oskrbe pacientov. Le-tem moramo zagotoviti najboljšo možno zdravstveno oskrbo z najvišjo stopnjo kakovosti.

LITERATURA

1. Cotič Anderle, M. (2007). Triaža na urgentnem oddelku bolnišnice. V D. Štromajer, Cotič, A. M., Mahnič, S. et al. Zbornik predavanj 1. kongresa sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci (str. 49-52). Terme Čatež: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci.
2. Cotič Anderle, M., Brvar, M. (2011) Poročilo s trodnevnega tečaja triaže ob sprejemu pacienta na urgentno enoto. Pridobljeno dne 11. 09. 2012 s <http://www.urgenca.org/index.php?mact=News,cntnt01,print,0&cntnt01articleid=77&cntnt01showtemplate=false&cntnt01returnid=1>.
3. Gričar, M. (2007). Pomen triaže v urgentni medicini. V D. Štromajer, A. M. Cotič, S. Mahnič, et al. Zbornik predavanj 1. kongresa sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci (str. 47- 48). Terme Čatež: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci.
4. Gričar, M. (2007). Timsko delo v urgenci. V D. Štromajer, A. M. Cotič, S. Mahnič, et al.. Zbornik predavanj 1. kongresa sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci (str. 17-18). Terme Čatež: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci.
5. Mrak, Z. (2007). Odnosi do bolnikov. V D. Štromajer, A. M. Cotič, S. Mahnič et al. Zbornik predavanj 1. kongresa sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci (19-23). Terme Čatež: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci.
6. Vranešević, T. (2007). Vloga medicinske sestre pri triaži pacientov v ambulanti NMP. V D. Štromajer, A. M. Cotič, S. Mahnič, et al., Zbornik predavanj 1. kongresa sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci (str. 53-55). Terme Čatež: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci.
7. Zafošnik, U., Božovič, N. (2012). Nadzor pacienta na urgenci. V V. Bračko, et al., Zbornik predavanj: Urgentni pacient-celostna oskrba (str. 101-103). Terme Čatež: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci.

Prednosti in slabosti ocenjevanja ogroženosti pacienta za nastanek razjede zaradi pritiska

POVZETEK - Razjeda, ki je nastala zaradi pritiska je lokalizirana poškodba na koži in/ozroma podkožnem tkivu, običajno preko kostne prominence, kot posledica pritiska, oziroma pritiska v kombinaciji z deformacijo (European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009). Preprečevanje razjede zaradi pritiska predstavlja za stroko zdravstvene nege velik izziv. Prvi korak pri preventivi razjede zaradi pritiska je zavedanje, da je razjeda zaradi pritiska problem, ki močno vpliva na kakovost bolnikovega življenja. Pojavnost razjede zaradi pritiska (v nadaljevanju RZP) je ključni kazalec zdravstvene nege. Za ugotavljanje ogroženosti za RZP v slovenskem in evropskem območju je zelo pogosto uporabljena lestvica Waterlow, ki sodi med najbolj razumljiva orodja in jo uporabljamo tudi v Splošni bolnišnici Novo mesto (SBNM). Kljub prednosti uporabe lestvice pa se pojavljajo tudi slabosti, ki so izražene predvsem ob uporabi hospitalnega informacijskega sistema za izračun ogroženosti za RZP, saj zdravstvenemu osebju vzame veliko časa. Zaradi tega pa so velikokrat oškodovani bolniki, ker osebje ne more posvetiti dovolj časa vsakemu posebej.

KLJUČNE BESEDE: razjede, pritisk, shema Waterlow, ogroženost, kazalniki kakovosti.

1 Uvod

Z ocenjevanjem ogroženosti pacientov za nastanek RZP zagotavljamo kakovostno zdravstveno nego, saj na ta način določimo paciente z večjim tveganjem za nastanek RZP. Ocenjevanje ogroženosti je pomemben preventivni ukrep v preprečevanju RZP. Individualni pristop in pridobitev bolnika za sodelovanje pa sta ključ za uspeh v vsakem timu.

1.1. Spremljanje RZP v SB NM

Komisija za kakovost in varnost pacientov v SB NM je od leta 2000 do leta 2011 spremljala razvoj in potek ocenjevanja ogroženosti pacientov za RZP. Letno poročilo vključuje naslednje podatke:

- leta 2000:
 - izdelan prvi obrazec oskrbe RZP,
 - evidenca pojava RZP v SB;
- februar 2001:
 - izdelan standard preventive RZP,
 - izdelan protokol preventive RZP (ocenjevanje pri pacientih 2., 3. in 4. kategorije ZN);

- april 2001:
 - izvajanje pilotne študije ocenjevanja ogroženosti za RZP po Nortonovi shemi,
 - izobraževanje kadra na pilotnih oddelkih – na kirurškem (travmatološki odsek), internem in nevrološkem oddelku;
- maj 2001:
 - ugotovitve pilotne študije: na osnutek standarda preprečevanja RZP je bila posredovana pripomba, da je ocenjevanje ogroženosti po Nortonovi shemi za bolnike morda presplošno, saj ocena ne zajema nekaterih bolezni, dodatne ogroženosti in nevroloških okvar. Predlagala je ocenjevanje po shemi Waterlow, ki je sicer bolj obsežna, a tudi bolj natančna,
 - izdelava nove dokumentacije, prirejene za ocenjevanje po shemi Waterlow,
 - izobraževanja kadra na pilotnih oddelkih;
- september 2001:
 - začetek pilotne študije z ocenjevanjem ogroženosti po shemi Waterlow na istih oddelkih,
 - pisno poročanje o pojavu RZP delovni skupini za kakovost v zdravstveni negi (ZN);
- 2002 do 2004:
 - ocenjevanje ogroženosti na vseh oddelkih SB NM za paciente 3. in 4. kategorije ZN,
 - razen na otroškem oddelku,
 - pisno poročanje o pojavu RZP;
- maj 2005:
 - ocenjevanje ogroženosti poteka »ročno« na izdelanih obrazcih,
 - informacijske podpore ni,
 - protokol spremljanja razjed nadzoruje delovna skupina,
 - ogroženost za RZP pri bolnikih ocenjujemo po shemi Waterlow,
 - izdelava načrta preprečevanja RZP,
 - oceno ogroženosti delamo v prvih 24-ih urah po sprejemu v bolnišnico pri bolnikih, ki smo jih glede na njihovo stanje razporedili v tretjo ali četrto kategorijo zahtevnosti zdravstvene nege,
 - sodelovanje s SB Jesenice in KOPA Golnik pri izdelavi informacijske podpore za spremljanje razjed,
 - oblikovanje standarda za preprečevanje razjede zaradi pritiska in poslabšanja razjede zaradi pritiska z upoštevanjem najnovejših smernic,
 - predstavitev standarda na internem izobraževanju medicinskim sestram na oddelkih;
- 2006–2008:
 - nadaljevanje ocenjevanja ogroženosti,
 - testiranje in dopolnjevanje informacijskega programa za RZP,
 - evidenca RZP v informacijskem sistemu (samo stopnje RZP in podatki, ali je bil z RZP sprejet, ali je nastala v bolnišnici);

- 2009:
 - začetek ocenjevanja ogroženosti v informacijskem sistemu,
 - dopolnjevanje programa, ki je nepregleden, analize niso točne, pojavlja se podvajanje podatkov in pacientov,
 - dopolnitev programa za spremljanje RZP z vnašanjem oskrbe rane;
- 2010-2011:
 - testiranje programa za oskrbo rane,
 - dopolnjevanje in prilagajanje programa,
 - evidentiranje RZP samo računalniško, brez pisnih obrazcev.

2 Ocenjevanje ogroženosti bolnika pred nastankom razjede zaradi pritiska

Bolnike ocenjujemo, da bi spoznali stopnjo njihove ogroženosti. Ocenjevanje tveganja je dinamičen proces, saj se bolnikovo stanje spreminja. Vsakič, ko se zgodi kakršna koli sprememba, je treba oceno ponoviti. Frekvenca ocenjevanja se spreminja glede na potrebe.

Ocena tveganja naj zajema:

- oceno stanja kože,
- oceno bolnikovega splošnega stanja,
- anamnezo psihofizičnega stanja bolnika,
- izračun tveganja.

Obstajajo številne sheme, po katerih lahko ocenimo stopnjo ogroženosti bolnika. Prilagojene so za različne skupine bolnikov. Takoj ko ocenimo, da je bolnik ogrožen za nastanek razjede zaradi pritiska, sestavimo preventivni program zdravstvene nege, da bi jo preprečili (Mertelj, Kramar, 2010).

Shem za ocenjevanje stopnje ogroženosti bolnika je več, saj se bolniki med seboj razlikujejo in s tem se razlikujejo med seboj tudi te sheme, saj so prilagojene za različne skupine bolnikov (2).

Tudi v SB NM se bolniki med seboj razlikujejo, zato menimo, da bi bilo dobro premisliti o uvedbi dodatnih lestvic v naš informacijski sistem, na primer:

- za paciente, ki so sprejeti po klinični poti in zapustijo bolnišnico od prvega do tretjega dne:
 - Bradenova shema (vključuje senzorično zaznavanje, vlažnost, aktivnost, pomičnost, prehrano, trenje in strižne sile) ali
 - Douglasova shema (ocenjujemo stanje prehranjenosti bolnika, aktivnost, inkontinenco, bolečino, stanje kože in psihično počutje, pa tudi posebne dejavnike, kot so sladkorna bolezen, dispneja, jemanje zdravil, kot so citostatiki in steroidi);

- ocenjevanje tveganja za nastanek RZP na oddelku intenzivne medicine (OIM) in enoti intenzivne terapije (EIT):
 - lestvica Cubbin in Jackson (ocenjujemo starost, težo, stanje kože, psihično stanje, mobilnost, prehrano, dihanje, inkontinenco, higieno in hemodinamsko stanje) (Borlawsky, 2004).

3 Kazalnik kakovosti

Kazalnik je merilno orodje, ki kaže na izide obravnave bolnikov in drugih uporabnikov in ga uporabljamo kot vodilo za spremljanje, ocenjevanje in izboljševanje kakovosti obravnave bolnikov, kliničnih storitev, podpornih dejavnosti in delovanja zavoda (Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA) A Guide to the Development and Use of Performance Indicators, 1996).

3.1. Število RZP v letu 2012, nastalih v bolnišnici, na 1000 hospitaliziranih bolnikov

Kot splošna bolnišnica, ki izvaja zdravstvene storitve na sekundarni ravni, moramo nenehno izboljševati kakovost zdravstvene obravnave in varnosti za bolnike. Namen kazalnikov kakovosti je izboljševanje uspešnosti delovanja na področju, ki ga meri kazalnik. Podatke, ki jih je spremljala vodja službe delovne enote III s pomočjo našega hospitalnega informacijskega sistema, so prikazani v obliki kazalca kakovosti.

Definicija: število preležanin, dobljenih v bolnišnici, na 1000 hospitaliziranih bolnikov.

Vir podatkov: hospitalni informacijski sistem.

Števec: število preležanin, pomnoženo s 1000.

Imenovalec: število vseh hospitaliziranih bolnikov.

Vrsta kazalnika: raven izvajalca zdravstvenih storitev (bolnišnica).

Število RZP od januarja do marca 2012:

- od januarja do marca 2012 je bilo v bolnišnico sprejetih 5615 pacientov, 206 jih je v bolnišnici ostalo še iz leta 2011; skupaj je bilo hospitaliziranih 5821 pacientov;
- skupno število pacientov, ki so v obdobju od januarja do marca 2012 v bolnišnici pridobili RZP, je 18, kazalnik 3,0.

Število RZP od aprila do junija 2012:

- od aprila do junija 2012 je bilo v bolnišnico sprejetih 5674 pacientov, 321 jih je v bolnišnici ostalo še iz meseca marca; skupaj je bilo hospitaliziranih 5995 pacientov;
- skupno število pacientov, ki so v obdobju od aprila do junija 2012 v bolnišnici pridobili RZP, je 24,0, kazalnik 4,0.

Število RZP od julija do septembra 2012:

- od julija do septembra 2012 je bilo v bolnišnico sprejetih 4908 pacientov, 288 jih je v bolnišnici ostalo iz junija 2012: skupaj je bilo hospitaliziranih 5196 pacientov;
- skupno število pacientov, ki so v tem obdobju v bolnišnici pridobili RZP, je 9, kazalnik 1,7.

4 Zaključek

Ocenjevanje ogroženosti pacientov za nastanek RZP znatno pripomore h kvalitetnejši zdravstveni negi.

Menimo, da bi delo medicinskim sestram zelo olajšal boljši hospitalni informacijski sistem, ki bi imel svojo bazo podatkov in omogočal povezavo z drugimi dokumenti in informacijskimi sistemi, po katerih bi bilo možno enostavno iskati zelene podatke. Prav tako je informacijski sistem v SB Novo mesto prepočasen in velikokrat zataji ravno v nepravem času. Zato vse več časa zapravimo za delo z računalnikom, ob tem pa se pozablja na bolnika, za katerega je vse premalo časa in zaradi katerega smo mi, zdravstveni delavci, pravzaprav tam.

LITERATURA

1. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Treatment of pressure ulcers: quick reference guide (2009). Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel.
2. Mertelj, O., Kramar, Z. (2010). Razjeda zaradi pritiska ali poškodba kože zaradi vlažnosti. V T. Štemberger Kolnik, V. Vilar, S. Majcen Dvoršak (ur.). Komplikacije kroničnih in akutnih ran (137-146). Ptuj: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, Društvo za oskrbo ran Slovenije.
3. Borlawsky, T. Pressure ulcer risk assessment model. Columbia University, Department of Biomedical Informatics. Pridobljeno 18. 11. 2012, s http://scholar.google.si/scholar?q=Borlawsky%2C+T.+Pressure+Ulcer+Risk+Assessment+Model&btnG=&hl=sl&as_sdt=0&as_vis=1.
4. Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA) A guide to the development and use of performance indicators (1996). Ottawa.

Pristop k obravnavi strokovnih napak v zdravstveni negi z vidika kompetenc medicinske sestre

POVZETEK - Pričujoči prispevek obravnava področje kakovosti in varnosti pacientov ter razčlenja pomen strokovnih napak v zdravstveni negi, ki je neločljivo integriran v sistem zdravstvene obravnave. Glavnino kulture varnosti in tveganj v zdravstveni negi predstavljajo prav strokovne napake pri postopkih v procesu zdravstvene nege. Pri Evropskem centru za preventivo in kontrolo bolezni (European Centre for Disease Preventive and Control; ECDC) zato opozarjajo na dejstvo, da v Evropski uniji kar 8 do 12 % pacientov utrpi v bolnišnici resne poškodbe, 5 % pacientov pa prizadenejo bolnišnične infekcije, zaradi katerih umre kar 37 000 oseb. Evropski Urad za varnost pacientov je oblikoval smernice in priporočila za preventivo in redukcijo škodljivih tveganj v zdravstvu (Special issue of healthcare, 2009), ki so del širšega diskurza, v katerega je vpet tudi ta prispevek, ki obravnava učenje na lastnih primerih iz neposredne klinične prakse s pomočjo kritičnega razmišljanja o dejanjih pri delu s pacienti, s ciljem prepoznavanja, analize in kulture reševanja strokovnih napak v zdravstveni negi.

KLJUČNE BESEDE: varnost, strokovne napake, kompetence

1 Uvod

Zdravstvena nega zajema obsežno področje delovanja in aktivnosti medicinskih sester, ki izhajajo iz kompetenc, odgovornosti in organizacijskih dejavnikov v procesu zdravstvene obravnave pacientov. Medicinske sestre zato pri svojem delu delujejo v neodvisni in soodvisni vlogi, skrbijo za varnost pacienta, družine in širše družbe. V uradnem dokumentu Poklicne kompetence in aktivnosti v zdravstveni in babiški negi, so določene naloge medicinskih sester v diagnostično terapevtskih postopkih, pri spremljanju izidov in učinkov intervencij, zagotavljanju najvišje kakovosti obravnave ter dokumentiranju procesov zdravstvene nege.

2 Definiranje strokovne napake

Termin strokovna napaka v zdravstveni negi je pod okriljem medicine in zdravstva razumljen zelo divergentno, tako da še nimamo oblikovane enotne definicije, ki bi se navezovala le na zdravstveno nego.

Tako je »nevarno ravnanje« v zdravstvu tisto, ki zadeva neenotnost v načrtovanju ali izvajanju in je razumljeno kot strokovna napaka oziroma gre za »napako izvršitve« ali »napako v načrtovanju« (Kostopolou, Delaney, 2007; Robida, 2004). Zaradi le-teh napak načrtovane aktivnosti ne dosežejo zelenega cilja, ampak izzovejo dodatni telesni, duševni ali socialni problem pacientov, kar bistveno zviša stroške obravnave.

Strokovne napake (ang.: medical error) so definirane kot vsako ravnanje, kjer se opustitev znanstveno podprtih standardov stroke izkaže kot nepravilnost ali napaka (Holzer, 2006; Castle, Engberg, Liu 2007; Gottbacher, 2005; Robida, 2004). Ob tem se Reason (2000) osredotoča na dva ključna pristopa k problematiki. Prvi na eni strani vključuje osebo oziroma človeka, ki povzroča napake zaradi pozabljivosti, neznanja, nemotiviranosti, lahkomišelnosti ali strahu. Na drugi strani pa so pogoji dela, s katerimi avtor poskuša sistemsko razviti varnost in vedenjske vzorce zaposlenih v zvezi z neželenimi izidi in kulturo varnosti. Tako avtor možnost tveganj za napake opisuje kot sistem »švicarskega sira«, kjer vsako luknjo v rezini sira primerja s prikrito, še neaktivno sistemsko napako, rezine pa predstavljajo zaščitni dejavnik (Reason, 2005). Kritični pogled na prakso zdravstvene nege kaže, da smo pri napakah pogosto enosmerno fiksirani nanje tako, da logična povezanost sistema pogosto odpove. Poleg tega pa je kultura pristopa k reševanju napak v zdravstveni negi šele na začetku poti, zato bi kazalo preučiti primere dobre prakse.

Aktivne napake se nanašajo na izvajanje aktivnosti zdravstvene nege (razdeljevanje terapije), in sicer: nevarno ravnanje (unsafe acts) v smislu strokovnih napak (errors), zmot (mistakes), spodrsljajev (slipes) in izpadov (lapses) (Reason, 2000). Skrite ali latentne napake so sistemsko definirane znotraj organizacije, procesov in zaposlenih ter vplivajo na neustrezne odločitve.

Reason (2005) svojerazmišljanje še pogloblja ter razkriva napake, temelječe na znanju, standardih in neustreznih spretnostih. Torej, da imajo napake različna izhodišča glede na strokovno področje, povzročeno škodo in posledice za pacienta (Holzer, 2006; Castle, Engberg, Liu 2007; Gottbacher, 2005; Robida, 2004). Slednja izhodišča razširjajo polje napak, in sicer strokovna napaka (ang.: medical errors), neželen dogodek (ang.: adverse event), kritični dogodek (ang.: critical incident), kolateralna škoda (ang.: near miss), napake pri zdravilih (ang.: medication error), neželeno delovanje zdravil (ang.: adverse drug reaction) in škodljivo delovanje zdravil (ang.: adverse drug event).

Širše gledano taksonomijo napak na prvi stopnji tvori področje kognitivnih funkcij ter na drugi stopnji posredni notranji in zunanji dejavniki (Kostopolou, Delaney, 2007) (tabela 1).

Tabela 1: Taksonomija prve in druge stopnje napak - kognitivni in neposredni vzroki napak/aktivnosti

<i>STOPNJA 1</i>				
Spoznavno področje/zaznavanje	Ocena razmer in izbor odgovora	Spomin	Odziv in izvedba	
napaka mehanizma/pričakovanja selektivna pozornost	pomanjkanje pozornosti	motnje/zmedenost	napačne predpostavke/pričakovanja	kognitivna pristranskost/predsodki
<i>STOPNJA 2</i>				
neposredni notranji vzroki/budnost, utrujenost	površen/prehiter pristop k delu	pomanjkanje znanja	nefleksibilno izvajanje postopkov	stres, preobremenjenost
neposredni zunanji vzroki /npr.pomanjkanje informacij/nekorektna, nejasna, neberljiva informacija	iztočnice podobnosti/bližina, vzorec podobnosti	prekinjanje nalog	pretečen rok uporabe zdravil, cepiv, zastarela oprema, okvare	

Vir: Kostopolou, Delaney, 2007.

Vrste napak so raziskovali v letalstvu pri projektu LOSA (Line Operation Safety Audit) z opazovanjem posadke in procesov na 3500 letih ter ugotovili v povprečju dve nevarni situaciji in dve napaki (tabela 2).

Tabela 2: Opazovane vrste napak v projektu LOSA

<i>Napaka /zadeva</i>	<i>Razlaga</i>	<i>Delež v napak</i>
Prekršek	Pomanjkljivo sledenje postopkom, npr. izpolnjevanje ček list na osnovi spomina	
Postopek	Sledenje postopkom z napačnim izvajanjem, npr. vnos napačne vrednosti	55%
Komunikacija	Pomanjkljivo ali napačno posredovanje informacij, tudi nerazumevanje, npr. predaja službe	
Strokovna usposobljenost	Napake zaradi neznanja ali nesposobnosti, npr. pomanjkljivega treninga (izkušeni)	5%
Odločanje	Odločanje, ki brez potrebe povečuje potencialno tveganje	7%

Vir: Hochreutener, 2005.

2.1 Vzroki in preprečevanje napak

Vzroke za strokovne napake v zdravstveni negi vidimo na vseh ravneh: pri pacientu, v poklicni dejavnosti, zaradi individualnih dejavnikov izvajalcev aktivnosti, dejavnikov v timu, pri organizaciji in vodenju zdravstvene nege ter v instituciji (Kramar, 2011; Reasons, 1997, 2004, 2005; Robida, 2006; Kohn idr. 2000; Rohe, Neu, Tomaszek, 2008; Kostopolou, Delaney, 2007).

Avtorja Kostopolou in Delaney sta za namene raziskave pregledala 78 relevantnih poročil o varnosti pacientov ter poročata, da je 21 študij poročalo o neželenih dogodkih, 50 jih je obravnavalo strokovno napako, v 13-ih od 71-ih poročil opisuje resne posledice, vključujoč tudi eno smrt. Resna potencialna nevarnost za paciente je zaznana v 59-ih od 78-ih poročil, 20 poročil od 78-ih opozarja na administrativno

napako, 47 od 78-ih poročil je vsebovalo dovolj informacij za zaznavanje ocene situacije in ustreznega odziva nanje. Ocena je bila vključena v 21-ih primerih od 47-ih poročil in je bila pogosto vezana za zelo resne potencialne posledice. Prišla sta do zaključka, da je najpogostejši faktor, ki je botroval resnemu tveganju za napake v zdravstveni obravnavi, organizacija dela, ki je vključevala prekomerne zahteve po delovnih nalogah ter razdrobljenost dela (Kostopolou in Delaney, 2007). Ob tem opozarjata, da sta identifikacija ocene situacije in izbor odzivov pomembna kognitivna domena, ki je vključena v primeru varnosti pacientov. K oceni situacije je treba dodati vplivne dejavnike, kot so visoko zahtevne naloge, vezane na delovne obremenitve in časovni pritisk, fragmentacijo dela, pomanjkanje in nedostopnost informacij, pa tudi nepravilne informacije.

Pogostim napakam v zdravstveni negi botruje tudi nepoznavanje nalog, opreme in procesov ter nejasna ali neustrezna pravila. Nekateri klinični oddelki so na osnovi analize napak tega tipa razvili sistem podpore. Zavedamo se, da ima fragmentacija dela dobre učinke na pridobivanje časa in izkoriščanje resursov, vendar izpostavlja celoten sistem potencialnim nevarnostim za napake, zvišuje tveganje (Thomeczek, 2006). V obsežni raziskavi Evropske komisije, Medicinske napake (2005), državljani potrjujejo strah pred napakami v 40 %, v 23 % so vprašani imeli osebne izkušnje z medicinsko napako, kar kaže, da je problem napak v zdravstvu dokaj aktualen in kliče po reševanju. Vsak drugi Evropejec meni, da v njegovi državi obstaja možnost napake v zdravstvu in da bi morala biti zagotovljena kakovost in varnost pri obravnavi v zdravstvu (Medizinische Fehler, 2005).

3 Obravnava napak v zdravstveni negi

Zdravstvena nega je interdisciplinarna veda, ki zajema samostojno dejavnost, kamor sodijo diagnostika, načrtovanje, organizacija, izvajanje in kontrola vseh aktivnosti in intervencij zdravstvene nege. Soodvisna dejavnost vključuje izvajanje in vodenje diagnostično-terapevtskih postopkov, kar sodi med kompetence medicinskih sester (Železnik idr., 2008). Izhajajoč iz povedanega, napake v zdravstveni negi vedno zahtevajo kompetence, bodisi da so te presežene ali da se izkazujejo kot strokovne napake pri izvajanju in organizaciji zdravstvene nege na preventivnem in na diagnostično-terapevtskem področju. Kadar do strokovne napake pride, ima organizacija različne ukrepe, od disciplinskih do pravnih sredstev. Znano je, da tudi v najboljših organizacijah prihaja do napak, ker se nekje vedno »najdejo« skrite luknje. Reason (2000) je upošteval model človeka ter njegovo odgovornost za ravnanje kjerkoli.

Strokovnjaki svetujejo, naj se v institucijah, ki delajo z ljudmi, razvija kultura varnosti, brez obsojanja in kaznovanja. Napaka naj bi pomenila priložnost za učenje, saj takšen pristop zmanjša možnost ponovitve. V raziskavi so spraševali medicinske sestre in zdravnike, katere komponente bi nujno zvišale varnost in učinkovitost, 2/3 vseh vprašanih je odgovorilo, da je to komunikacija. Kultura reševanja napak v or-

ganizaciji pomeni različen pristop k obravnavi napak, ki temelji na površinski ravni, reaktivni kulturi krivde, na sistemski analizi ter proaktivni kulturi varnosti brez predsodkov do napake ali storilca.

Strokovnjaki za človeške vire so razvili koncepte varnosti, ker ljudje, ki konstantno delajo v stresnih okoliščinah, lahko pričakujejo napake. Razvili so sistem Crew Resource Management (CRM), program urjenja, kar posadko v pilotski kabini utrjuje za večje napore. Poudarek je ne le na preprečevanju posameznih napak, temveč na spremembi sistema, kjer se udeleženci urijo v zgodnjem prepoznavanju in ustreznem reagiranju, da bi zmanjšali negativne učinke napak. Principe ustreznih aktivnosti so avtorji združili v petih točkah, in sicer:

- poenostavljanje postopkov (zmanjševanje zapletenosti);
- optimizacija tekočih informacij in komunikacije;
- smiselno vgrajevanje mehanizmov avtomatizacije;
- definiranje meja (nevarnih postopkov);
- zmanjševanje neželenih učinkov s spremembami.

Razvijanje občutka kulture varnosti v zdravstveni negi pomeni, da se vsaka medicinska sestra poskuša vživeti v življenje pacienta, tudi ko pride do napake. Učinkovitost sistema opisuje Reason (2000) ter združuje štiri komponente:

- ustrezen sistem obveščanja;
- ustrezne reakcije na prejeto prijavo;
- fleksibilnost;
- sposobnost učenja iz napak.

Kakšna je praksa, kadar do napak pride, pa pogosto velja, da se človek zavestno in svobodno odloča med varnimi in nevarnimi postopki, torej sam povzroča napake. Tako da je obsodba ali kazen za storjeno napako vedno individualna. Pomembno je, da je pri tem osebna kazen razumljena kot čustveno razbremenjujoča, kot del sistemskih ukrepov ter kulture dela ob napaki. Zanimivo je, da se ob storjeni napaki v zdravstveni negi premalo govori in se ne predvideva možnost napak. Tako zatrjuje več kot 50% vprašanih v intenzivni negi. Pomembno je, da se ob napaki sproži alarmni sistem, tako da je ponovitev izključena. Strokovnjaki opozarjajo, da v zdravstvu in zdravstveni negi moramo računati na negativno znanje, ki zajema: nekaj, česar ni (v nasprotju z nečim, kar je), kako nekaj ne funkcioniira (v nasprotju s tem, kako funkcioniira) in zakaj je nekaj narobe (v nasprotju s tem, kako je pravilno). V procesu poučevanja je treba prikazati negativno znanje, tako da se razmišlja in ustvarja pozitivno mnenje o rešitvah. Napake potem predstavljajo izhodišče za učenje preventivnega ravnanja in načina (kulture) reševanja težav.

Obsežna študija primerjave zdravstvenih sistemov ZDA, Anglije, Avstralije, Danske in Kanade, avtorjev Hochreutener, Conen (2005) je pokazala, da:

- 3-17 % hospitaliziranih pacientov doživi neželeni dogodek, ki bi ga lahko preprečili,
- 5-13 % pacientov doživi življenjsko nevaren neželeni dogodek, čeprav se visok delež dogodkov lahko prepreči;

Neželeni dogodki povzročajo poleg pacientovega trpljenja tudi višje stroške obravnave, in sicer okoli 4000-8000 EUR po osebi, kamor je treba prišteti še stroške zavarovanja odgovornosti in odškodnin, ki so se povišale tudi za desetkrat.

Sistematična analiza izidov zdravstvene nege, kvalificiranih kot strokovna napaka, pomeni niz korakov: identifikacijo izidov aktivnosti, izbor sodelavcev v timu, nabor informacij, kronološki zapis poteka procesa, tvegano ravnanje in učinke, součinkovanje drugih dejavnikov s ciljem razvoja priporočil za spremembo standardnega načrta (Rohe idr., 2008, Simčič, 2011, Reason, 2005; Hanke, 2006).

4 Primer iz prakse

Razdeljevanje terapije pacientom pred terapevtskim odhodom na vikend je opravila študentka zdravstvene nege, ki je bila na klinični praksi. Pacientom je razdelila že pripravljeno terapijo, tistim, ki so odhajali v četrtek, in tudi tistim, ki naj bi odhajali čez vikend domov v petek. Pacient B. M. je v petek zjutraj prišel po navodila za svojo terapijo, ki je ni bilo, saj so že vsi pacienti prejeli terapijo dan prej in po navedbah študentke tudi gospod B. M. Terapije ni imel pripravljene, ker naj bi jo prejel že v četrtek, kar je pacient prepričljivo zanikal. Zdravstveni tehnik, medicinska sestra in študentka so opazili strokovno napako, jo nemudoma prijavili zdravniku in analizirali sistem razdeljevanja zdravil pred odhodom domov.

Kako je torej v tem primeru do napake prišlo?

Priprava zdravil za terapevtski izhod čez vikend poteka dan pred odhodom, po tem ko zdravnik na viziti predvidi pozitiven učinek izhoda na izid zdravljenja. Vsi prijavljeni pacienti so vpisani v posebni evidenčni knjigi za določen datum, zraven vsakega priimka pacienta je podpis oddelčnega zdravnika s pisnim dovoljenjem ali prepovedjo. Pacient pred odhodom prejme dovolilnico za izhod domov s podpisom zdravnika. Zdravila prejme pacient na isti dan tik pred odhodom, torej ne dan pred odhodom kot v tem primeru. Pisna evidenca, sprotna kontrola terapije po temperaturnem listu in kontrola štirih oči pri razdeljevanju zdravil je izpuščena. Določena je oseba, ki je zadolžena za razdeljevanje terapije, vendar je študentka želela pomagati oz. je težko pojasnila razlog. Ustna komunikacija pri razdeljevanju zdravil poteka v zelo »prometnem« prostoru v jutranjem času, običajno za vse paciente. Hkratna prisotnost več pacientov povečuje pritisk na zaposlene pri deljenju terapije, tako da hitenje ob tej aktivnosti povečuje možnost napak.

Kako je do napake prišlo? Kakšne so bile neposredne okoliščine? Kje je bila vrzel v razdeljevanju? Kje so zdravila končala, če jih pacient ni prejel?

4.1 Priporočila za prakso

Priporočila strokovnjakov temeljijo na raziskavah v kliničnem okolju, kjer so posledice napak v procesih in izidih lahko katastrofalne. Zato se dejavnost zdravstva

lahko primerja z letalstvom, tehnologijo in informatiko. Zdravstveni menedžment mora preprečevati in odpravljati napake, razvijati orodja za zmanjševanje le-teh ter poročati o varnostnih postopkih, kot so: kultura varnosti za paciente v sistemu, upravljanje s tveganji in učenje na neželenih dogodkih (Güntert, 2006). Investiranje v varnost pacientov potencialno povečuje prihranke celotnih stroškov. V Luksemburški deklaraciji (2005) o varnosti pacientov priporočajo aktivnosti, kot so prepoznavanje in analiza varnostnih zapletov, sodelovanje s sodelavci v timu, razvijanje rešitev in evalvacija, uveljavljanje znanja ter ravnanje, spodbujanje kulture varnosti in konstruktivnega učenja na napakah ter spodbujanje projektov, raziskovanja in izobraževanja.

Medicinske sestre moramo narediti veliko več na krepitevi samozavedanja o kompetentnosti in odgovornosti za vse aktivnosti in intervencije v zdravstveni negi. Vloga izobraževalnega sistema, ki je usklajen z evropskimi standardi, mora temeljiti na poučevanju varnostne kulture ter učenju »negativnega znanja« tudi na primerih iz prakse. V svoji karieri se srečujemo z nenehnimi spremembami ob uvajanju novih standardov kakovosti in varnosti, kar zahteva vseživljenjsko učenje. Drugi nadvse pomemben dejavnik, kjer moramo narediti več, pa zadeva komunikacijo s pacienti, svojci, sodelavci, s samim seboj, z nadrejenimi, s podrejenimi, med enotami in drugimi v sistemu. Tu gre vsekakor še za premostitev hierarhičnih preprek, ki bi preprečevale kritično mišljenje, konstruktivne dialoge in razvoj.

Cilj kulture varnosti je torej jasen vpogled v razloge, zakaj je do napake prišlo, in ne kaznovanje storilca. Pogosto sicer opazamo, da so reakcije zaposlenih ob manjših napakah: prikrievanje in molčanje, izključenost javnosti ter obravnava za zaprtimi vrati. Napake imajo na splošno sicer negativno konotacijo, zato razpravljanje o njih predstavlja tabu temo, ob opiranju na poklicno molčečnost, položaj ter pravico do nerazkrivanja. Same organizacije tako lahko napake prikrijejo, na drugi strani pa tudi varujejo podatke osebe v primerih prvotne zmotne ali krive obtožbe. Obravnava strokovnih napak v praksi naj zato vsekakor poteka na interni ravni, zelo diskretno, popolnoma zaupno, v odsotnosti kakršnekoli javnosti. Zakaj je tako? Vprašanje ima več odgovorov, a se v glavnem nanaša na prisoten strah pred kaznijo ter zagotovo manjšo možnost kariernega razvoja pri morebitni krivi obdolžitvi.

5 Zaključek

Pacienti in drugi subjekti v sistemu zdravstva imajo pravico do kakovostne in varne obravnave. V zadnjih letih v našem prostoru poudarjamo pomen varnosti, uveljavljamo dobre izkušnje in razvijamo orodja za nadzor varnosti. Akreditirane ustanove zato po mednarodnih standardih izboljšujejo prakso, kjer k odličnosti storitev sodi kultura varnosti z nično toleranco do napak. Ob tem ne smemo zamolčati, da smo medicinske sestre na tem področju uspešno sledile evropskim smernicam, tako da smo na dobri poti h kakovostni oskrbi in profesionalnem odnosu znotraj timov.

LITERATURA

1. Castle, G. N., Engberg, J., Liu, D. (2007). Have nursing home compare quality measure scores changed over time in response to competition? *Qual Saf Health Care*, 16(3), 185-191.
2. Gottbacher, R. (2005). Entwicklung einer Fehlerkultur auf Intensivstationen. Abschlußarbeit im Rahmen der SAB Intensivpflege an der Salzburger Landesklinik. Salzburg: DGKB.
3. Güntert, B. (2006). Konzepte und Ansätze des Risikomanagements in Gesundheitseinrichtungen. V K. Zapoczky (ur.), *Gesundheitsqualität als Aufgabe* (str. 125-151). Linz: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
4. Hanke, E. (2006). Patientsicherheit – eine vordringende Herausforderung für alle Health Professionals. V K. Zapoczky (ur.), *Gesundheitsqualität als Aufgabe* (str. 70-80). Linz: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
5. Hochreutener, M. A., Conen, D. (2005). Was bedeuten Risiken im Gesundheitswesen. V E. Holzer, C. Thomeczek, E. Hauke, idr. (ur.), *Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen*. Wien: Facultas Verlag.
6. Holzer, E. (2006). Klassisches Risikomanagement. V K. Zapoczky (ur.), *Gesundheitsqualität als Aufgabe* (str. 84-101). Linz: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
7. Kohn, T. L., Corrigan, M. J., Donaldson, S. M. (ur.). *To Err Is Human: Building a Safer Health System* (Free Executive Summary) Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Pridobljeno 26. 9. 2012, s <http://www.nap.edu/catalog/9728.html>.
8. Kostopolou, O., Delaney, B. (2007). Confidential reporting of patient safety events in primary care: results a multilevel classification of cognitive and system factors. *Qual Saf Health Care*, 16(2), 95-100.
9. Kramar, Z. (2011). Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v R Sloveniji. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(3), 169-171.
10. Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika (2005). *Varnost bolnika – zagotovimo si jo*. *Zdravstveni vestnik*, 74, 413-14.
11. *Medizinische Fehler. Evrobarometer Spezial* (2006). Europäische Kommission.
12. Reason, J. (2000). Human error: models and management. *British Medical Journal*, 320, 768-770.
13. Reason, J. (2005). Safety in the operating theatre – Part 2: Human error and organisational failure. *Qual Saf Health Care*, 14, 56–61.
14. Reasons, J. *Achieving a safe culture: theory and practice*. Pridobljeno 26. 9. 2012, s <http://www.shef.ac.uk/~mcn/6810/reading/reason-1998-safety-culture.pdf>.
15. Robida, A. (2004). Opozorilni nevarni dogodki. *Zdravstveni vestnik*, 73, 681-7
16. Robida, A. (2006). *Uvajanje izboljšav kakovosti v bolnišnice*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
17. Rohe, J., Neu, J., Thomeczek, Ch. (2008). Falsche Zugang zum konzentrierte Kaliumchlorid Infusion verwendet. V B. Neller (ur.), *Aus Fehler lernen*. Bonn: Aktionbündnis Patientsicherheit.
18. Simčič, B. (2011). *Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010 – 2015)*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

19. Special issue of healthcare. Healthy ageing and the future of public healthcare system. Directorate-General for Research Socio-economic Sciences and Humanities(2009). Pridobljeno 20. 10. 2012, s http://ec.europa.eu/research/social-sciences/pdf/efmn-special-issue-on-healthcare_en.pdf.
20. Thomeczek, Ch.(2006). Ist der Vergleich von Luftfahrt und Gesundheitswesen im Risikomanagement angebracht? V K. Zapoczky (ur.). Gesundheitsqualität als Aufgabe (107-124). Linz: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
21. Železnik, D., Brložnik, M., Buček Hajdarevič, I. idr. (2008). Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih združenj medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Rokovanje z intravenskimi katetri

POVZETEK - Intravenski katetri so danes postali nujno potrebni pripomočki sodobne zdravstvene nege. Okužbe intravenskih katetrov pa so nevaren, včasih celo usoden zaplet pri zdravljenju kritično bolnih. Pogostost okužb, povezanih z žilnimi pristopi, je odvisna od številnih dejavnikov tveganja. Okužba lahko nastane zaradi kontaminacije zunanosti katetra s kožno floro pacienta, kontaminacije svetline katetra v povezavi s kontaminirano raztopino ali kontaminiranjem dovodov oziroma priključkov ter kontaminacijo priključkov s kožno floro zdravstvenih delavcev. Zdravljenje zapletov zaradi okužbe intravenskih katetrov močno podaljša dobo hospitalizacije in s tem povečuje stroške. Namen članka je opozoriti medicinske sestre na zaplete, ki jih je mogoče s kakovostno zdravstveno nego in oskrbo preprečiti ali omejiti. Raziskave potrjujejo, da usposobljenost medicinskih sester pri rokovanju z intravenskimi katetri kot tudi primerna kadrovska zasedenost dokazano znižata število okužb. Izobraževanje medicinskih sester in redni nadzor nad izvajanjem ukrepov za preprečevanje okužb je ključnega pomena za izboljšanje kakovosti rokovanja z intravenskimi katetri.

KLJUČNE BESEDE: intravenski katetri, dejavniki tveganja, okužbe, zdravstvena nega

1 Uvod

Uporaba žilnih katetrov je postala rutinski postopek v zdravljenju pacientov. To je invazivni postopek, ki poveča možnost okužb, kar se kaže kot lokalno vnetje ali sistemska sepsa. Intravenske katetre imajo pacienti vstavljene v diagnostične in terapevtske namene. Kot navaja Eggimann (2004), se bolnišnične okužbe, povezane z intravenskimi katetri, pojavijo v 10 do 20 % hospitaliziranih pacientov. Dejavniki tveganja za okužbo krvi v povezavi z intravenskimi katetri so odvisni tudi od ravnanja zaposlenih v zdravstveni negi:

- higiena rok,
- napake pri aseptičnih postopkih vstavitve intravenskega katetra,
- okoliščine vstavitve intravenskega katetra,
- optimalna izbira mesta vstavitve intravenskega katetra,
- napake pri aseptičnih postopkih preveza vbodnega mesta intravenskega katetra,
- trajanje vstavitve intravenskega katetra,
- število rokovanj z intravenskim katetrom,
- pravilna in dosledna menjava infuzijskih sistemov, brezigelnih konektov,
- dnevna ocena potrebnosti intravenskega katetra in odstranitve nepotrebnih,
- neustrezna kadrovska zasedba.

Število okužb se zmanjša, če je osebje, ki intravenske katetre uvaja in dela z njimi, poučeno o pravilnem rokovanju z njimi in postopkih za preprečevanju okužb.

2 Periferni in centralni venski katetri

Vstopna mesta intravenskih katetrov so lahko periferna ali centralna.

2.1 Periferni venski katetri

Z izrazom »periferna venska pot« poimenujemo vstavljanje različnih plastičnih igel ali katetrov v vene, običajno na roki. Namen periferne venske poti je neprekinjeno ali ponavljajoče se dajanje intravenske ali infuzijske terapije. Vensko pot vzpostavimo tudi pred zahtevnejšimi diagnostično terapevtskimi posegi, kjer pričakujemo možnost nujnega medikamentoznega ukrepanja.

Venska kanila je tanka, votla plastična cevka, ki jo s pomočjo vodilne kovinske injekcijske igle vstavimo v veno. Po vstavitvi v veno vodilno kovinsko iglo izvlečemo. Med infuzijskim sistemom in i.v. (intravensko) kanilo namestimo še brezigelni konekt, ki onemogoča iztekanje tekočin iz kanile in omogoča lažje preveze i.v. kanil.

I.v. kanilo običajno namestimo na roko, in sicer čim nižje na hrbtnišče roke. Vene v komolčnem pregibu poskušamo ohraniti za morebiten flebokateter oziroma debelejšo i.v. kanilo (Šmitek in Krist, 2008, str. 64).

2.2 Centralni venski katetri

Centralni venski katetri (CVK) so posebna oblika žilnega dostopa. Vstavlja se v centralno veno (veno cavo superior) skozi veno subclavijo ali veno jugularis (centralni venski dostop) ter skozi veno basilico ali veno cephalico (periferni venski dostop). V določenih primerih zdravnik lahko vstavi venski kateter tudi v femoralno veno. CVK se zlasti pri kritično bolnih pogosto uporabljajo v diagnostične in terapevtske namene. Uporabljamo jih pri dolgotrajnejši infuzijski terapiji ali parenteralni prehrani za aplikacijo visoko osmotskih raztopin ali raztopin, ki močno dražijo vene, za stalen ali občasen nadzor centralnega venskega pritiska, za odvzem krvi, v šoku, ko punkcija perifernih ven ni mogoča.

Pristop do vene mora biti tak, da omogoča varno vstavitvev, pacienta pa ne ovira pri gibanju. Najenostavnejši je pristop skozi kubitalno veno. Vstavitvev CVK skozi veno subklavijo omogoča večjo gibljivost pacienta in lažjo zdravstveno nego kot pri CVK v notranji jugularni veni, vendar je pogostost zapletov večja. Femoralni pristop močno zmanjša gibljivost pacienta, pa tudi uspešno oskrbo, saj je zaradi bližine perineja povečana možnost okužbe vbodnega mesta (Šmitek in Krist, 2008, str. 78).

2.3 Zapleti v zvezi z intravenskimi katetri

Zaplete intravenskih katetrov ločimo glede na čas nastanka.

Zgodnji zapleti, ki nastanejo ob uvajanju ali neposredno po uvajanju intravenskih katetrov:

- nezmožnost vstavitve intravenskega katetra (pogostejši zaplet pri perifernem pristopu), vstavev v arterijo, pnevmotoraks, hematotoraks, zračna embolija.

Kasnejši, pozni zapleti:

- flebitis,
- premik konice intravenskega katetra ob nasilnem prebrizgavanju ali nenadnem povečanju tlaka v prsnem košu zaradi kašljanja, napenjanja,
- podkožni infiltrati,
- bolečina v področju uporabljenih ven,
- zamašitev intravenskega katetra,
- zatekanje tekočine ob vbodnem mestu,
- občasna prekinitev pretoka infuzijske raztopine ali počasen pretok v zvezi s položajem roke,
- oborine,
- zapleti v zvezi z lepilnim materialom,
- nevarnost embolije zaradi odlomljenega dela intravenskega katetra,
- strdek v ali ob intravenskem katetru (Šmitek in Krist, 2008).

Flebitis

Flebitis je akutno vnetje notranje plasti žilne stene, ki je neposredno povezano s prisotnostjo vstavljenega intravenskega katetra. Vnetje žilne stene je najpogostejši zaplet infuzijske terapije, saj ga opažamo pri 20 do 80 % pacientov, ki imajo vzpostavljeno periferno vensko pot. Vzroki so lahko mehanske, kemične ali bakterijske narave. Pacient toži o bolečini nad vstavljeno kanilo, prizadeti predel je na otip toplejši od okolice. Žilna stena vnete vene postane zadebeljena, na otip trda, pretok tekočine skozi njo je zmanjšan, lahko tudi povsem prekinjen. Pojavita se oteklina ali rdečina, ki se širita ob poteku vene. Vneta vena ni primerna za ponovno vstavljanje kanile, zato venske kanile najprej nameščamo čim bolj distalno, da ostane proksimalni del vene uporaben za morebitne kasnejše namestitve i.v. kanile.

Področje okrog vstavljenih i.v. kanil oziroma intravenskega katetra opazujemo:

- ob vsakokratni aplikaciji zdravila v enkratnem odmerku,
- kadar preverjamo pretok infuzijske tekočine,
- če se pretok infuzijske tekočine upočasni ali preneha,
- ob menjavi steklenice/vrečke infuzijske raztopine.

Kadar sta prisotna vsaj dva znaka vnetja (bolečina, rdečina, oteklina), je intravenski kateter treba odstraniti in ga prestaviti na drugo roko. Zaplet zabeležimo v dokumentacijo zdravstvene nege (ZN) in v računalnik, opazujemo mesto flebitisa in menjavamo obkladke. V naši praksi uporabljamo hladne obkladke s fiziološko raztopino in ledene obkladke (Šmitek in Krist, 2008, str. 67).

Podkožni infiltrati

Nastanejo ob iztekanju infuzijske raztopine v podkožje zaradi nepazljive vstavitve ali premika intravenskega katetra iz lumna vene. Pri tem pride do iztekanja infuzijske raztopine ob žili – paravenozno. Pacient toži o bolečini in pritisku okrog vstavljenega intravenskega katetra. Predel je na pogled otečen, na otip trši in hladen, brez znakov vnetja. Pretok infuzije se lahko ustavi, lahko pa v podkožje izteče tudi velika količina infuzije.

Intravenski kateter odstranimo in namestimo novega na drugo mesto. Mesto predhodnega vboda opazujemo vsake 4 ure do resorpcije raztopine. Večja previdnost je potrebna pri posameznih učinkovinah ali zdravilih, za katere vemo, da ob paravenozni aplikaciji povzročajo poškodbe, tudi nekroze tkiva (Šmitek in Krist, 2008, str. 68).

Bolečina v področju uporabljene vene

Pacienti lahko v področju uporabljene vene občutijo draženje, pekočo bolečino ali celo neobvladljivo bolečino brez lokalnih znakov vnetja. Vzročna dejavnika sta individualna občutljivost žilne stene in dražeča ali hipertonična raztopina, ki jo vnašamo. Če je možno, pretok raztopine čim bolj zmanjšamo, da zmanjšamo vpliv kemičnega delovanja na žilno steno. Zdravila, ki jih dajemo, redčimo po navodilih proizvajalca. Ob dajanju posameznih odmerkov zdravil sproti ugotavljamo lokalne odzive na vnesene raztopine (Šmitek in Krist, 2008, str. 69).

Zamašitev intravenskega katetra

Je pogost zaplet, ki zahteva zamenjavo intravenskega katetra. Do tega pride zaradi prekinitve pretoka infuzijske tekočine in povratka krvi v kanilo (Šmitek in Krist, 2008, str. 69).

Zatekanje tekočine ob mestu vboda

Je lahko znak, da je pretok skozi uporabljeno veno oviran (slaba prehodnost vene, flebitis) ali da je intravenski kateter vstavljen že dlje časa, kar pripomore k slabši tesnitvi tkiva okoli katetra. Ukrep je odstranitev intravenskega katetra in vstavitve na drugo okončino (Šmitek in Krist, 2008, str. 69).

Občasna prekinitev pretoka infuzijske raztopine ali počasen pretok v zvezi s položajem roke

Ta se pojavi, ko se na vrh intravenskega katetra po vstavitvi prisloni žilna stena. Vzrok je kot med žilno steno in iztočno svetlino katetra, ki nastane ob venskih zavojih ali razcepiščih. Ukrepi pri prekinjanju pretoka:

- ugotovimo, v katerem položaju roke je pretok najboljši,
- roko podložimo s svitkom ali opornico, da jo zadržimo v ustreznem položaju,
- odlepimo obliž in poskušamo najti najustreznejši položaj intravenskega katetra, ki omogoča pretok, nalepimo nov obliž,

- če potrebujemo venski pristop dlje časa, intravenski kateter zamenjamo, ker je popolna negibnost in držanje roke v prisilnem položaju za pacienta zelo neprijetno (Šmitek in Krist, 2008, str. 70).

Oborine

Oborine so posledica različnih zdravil ali raztopin, ki so slabo združljive ali napačno raztopljene.

Zapleti v zvezi z lepilnim materialom

Zapleti so povezani z alergičnim odzivom pacientove kože na lepilo in se kažejo kot rdečina - dermatitis, lahko tudi kot izpuščaj pod in ob lepilnem materialu. Pacient nima bolečin, zatrdline ali rdečine v poteku vene, lahko pa je prisotno srbenje prizadete kože (Šmitek in Krist, 2008, str. 70).

Nevarnost embolije zaradi odlomljenega dela venske kanile

Venska kanila, ki jo vstavimo v kubitarno veno, bi se lahko ob intenzivnem pacientovem premikanju roke prelomila (v praksi vidimo »prepognjene« kanile, ko jih odstranimo). Zato i.v. kanil, če je le možno, ne vstavljamo v kubitalne vene, če pa že, paciente opozorimo na ustrezen položaj okončine in mirovanje, da se izognemo zapletom. Drugo nevarnost, da delček kanile ostane v veni, predstavlja premikanje vodilne kovinske igle med uvajanjem kanile. Ko iglo izvlečemo, je ne smemo več vstavljati nazaj v kanilo, ker lahko z ostro konico »odrežemo« delček plastične kanile, ki ostane v veni in sčasoma zaradi ustvarjanja tromba zamaši veno ali potuje po veni do srca in se zagozdi v kakšni manjši veni ter lahko povzroči različne zaplete (Šmitek in Krist, 2008, str. 70).

Strdek v ali ob intravenskem katetru

Strdek v ali ob intravenskem katetru predstavlja tri možne zaplete.

1. Fibrinske obloge, ki nastanejo kot posledica draženja žilne stene. Telo kateter prepozna kot tujek. Pri stiku katetra z notranjo žilno steno pride do drobnih poškodb, na katere se telo odzove z ustvarjanjem fibrina, ki prekrije zunanost katetra. Omogoča enostranski prehod – kateter lahko prebrizgamo, aspiracija krvi pa ni možna.
2. Strdek v svetlini katetra – je v 98 % vzrok zamašitve katetra, ki je lahko delna ali popolna. Nastane zaradi počasnega pretoka infuzijske tekočine, prekinitev rednega pretoka, neustreznega prebrizgavanja, visokega venskega tlaka.
3. Strdek v veni okrog katetra ali venska tromboza – nastane zaradi poškodb notranje plasti žilne stene pri vstavljanju venskega katetra, draženja notranje plasti žilne stene zaradi premikanja venskega katetra, vrste infuzijske raztopine – nizek ali visok ph, hiperosmolarnost; pospešeno strjevanje krvi.
4. Pri intravenskih katetrih, ki zapolnijo več kot polovico svetline vene, je večja možnost nastanka tromboze (Šmitek in Krist, 2008, str. 87).

2.4 Ukrepi medicinske sestre za preprečevanje okužb intravenskih katetrov

Medicinske sestre moramo upoštevati nekaj splošnih načel preprečevanja okužb v zvezi žilnimi katetri. Najpomembnejša ukrepa sta upoštevanje priporočil za higieno rok in uporaba aseptične tehnike med vstavitvijo in oskrbo intravenskih katetrov. Ostali preventivni ukrepi vključujejo:

- optimalno izbiro vbodnega mesta,
- spremljanje vbodnega mesta (krvavitve, zatekanje, znaki začetnega vnetja – rdečina, oteklina, eksudat, bolečina, prisotnost razvite okužbe z gnojnim izcedkom iz vstopnega mesta),
- menjavo infuzijskih sistemov in brezigelnih konektov,
- prehodnost intravenskega katetra (pravilen potek, mehanične ovire – prepognjenost, položaj roke),
- zagotavljanje pretočnosti intravenskega katetra (hitrost pretoka, možnost odvzema krvi),
- ugotavljanje brezhibnosti oziroma poškodb intravenskega katetra (zatekanje ob priključkih, počen venski kateter),
- prednostno izbiro katetra z eno svetlino,
- izbiro najmanjšega možnega števila priključkov in mrtvih rokavov,
- dnevno preverjanje potreb po intravenskem katetru.

Preveza intravenskih katetrov

Namen preveze vbodnega mesta intravenskih katetrov je nadzor vbodnega mesta in njegove okolice, preprečevanje izpada intravenskega katetra in preprečitev okužb.

Preveza vbodnega mesta

Priprava vključuje pripravo pacienta, pripravo izvajalca, pripravo prostora in materiala.

Pomembno je, da:

- pacientu na razumljiv način razložimo postopek in ga namestimo v ustrezen položaj,
- pridobimo pacientovo privolitvev in sodelovanje,
- poskrbimo za pacientovo zasebnost,
- poskrbimo za primerno razsvetljava,
- postopek opravimo aseptično,
- se pri odstranitvi stare preveze dotikamo samo robov preveze, s tehniko rahlega raztezanja odstranimo prevezo v smeri poteka vbodnega mesta,
- najmanj dvakrat krožno obrišemo kožo od vbodnega mesta navzven (razkuženo področje mora biti večje od sterilne preveze),
- enkrat ali večkrat prebrišemo kateter od vbodnega mesta proti zunanemu delu, vsakič z novim tamponom,
- vsakič počakamo, da se razkužilo posuši,
- odstranimo obloge (kri) in zmanjšamo možnost okužbe,

- na dobro osušeno kožo namestimo nov obliž, kateter po potrebi pričvrstimo s sterilnim lepilnim trakom,
- datum preveze zabeležimo v medicinsko in negovalno dokumentacijo,
- prevezo CVK izvajamo na 7 dni (uporaba BIOPATCH-a, CHG obliža) oziroma po potrebi prej,
- prevezo i.v. kanil in CVK izvajamo na 48 ur (brez BIOPATCH-a, CHG obliža) oziroma po potrebi prej.

Uporaba sodobnih zaščitnih blazinic

Zaščitna penasta blazinica (obliž Bio-patch) je hidrofilna poliuretanska vpojna pena, ki je prepojena s klorheksidin glukonatom (CHG). CHG v peni zavira rast in razmnoževanje bakterij ter do 60 % zmanjša možnost okužbe krvi, povezane s CVK (Crawford idr., 2004, str. 672). Namesti se okoli vbodnega mesta CVK na dobro osušeno kožo. Modro obarvana stran je na vrhu, belo obarvana stran blazinice vsebuje CGH in mora biti v stiku s kožo pacienta. Ima antibakterijsko delovanje do 7 dni. Zamenjamo jo, kadar je krvava ali premočena. Potrebuje sterilno sekundarno oblogo.

Sodobni transparentni obliži za prekrivanje vbodnega mesta CVK so integrirani s protimikrobno blazinico iz gela, ki vsebuje CHG. Blazinica iz gela zagotavlja večje območje s protimikrobno aktivnostjo, CHG difundira pod CVK in onemogoča rast bakterij na koži. Nameščen lahko ostane do sedem dni.

Timsit in sodelavci (2009, str. 1231) navajajo, da je bilo v randomizirani kontrolirani študiji dokazano, da uporaba impregrirane blazinice s CHG zniža katetrške okužbe z 1,3 na 0,4 na 1000 katetrskih dni.

Menjava infuzijskih sistemov in brezigelnih konektov

Medicinske sestre imamo največjo odgovornost za uporabo infuzijskih sistemov in brezigelnih konektov ob strogem upoštevanju aseptične metode dela. Največji problem imamo z zagotavljanjem sterilnosti pri »pretikanju« infuzijskih sistemov oziroma ob uporabi brezigelnih konektov in menjavi le-teh.

Menjava infuzijskih sistemov

Infuzijske sisteme menjamo na 72 ur, ker je po 72 urah nevarnost okužbe le-teh povečana. Sisteme, po katerih teče kri in krvni pripravki, zavržemo neposredno po uporabi. Infuzijske sisteme, po katerih dovajamo pacientu maščobne kisline in aminokisline, menjamo na 24 ur.

Menjava brezigelnih konektov

Brezigelni konekti ščitijo pacienta pred intravaskularno kolonizacijo konice in spojke katetra. Bauza s sodelavci je v prospektivni randomizirani študiji (2003, str. 286) dokazal, da je občutno manj okužb katetrov, kadar se uporablja brezigelni zaprt sistem s konektorji Clave.

Pred vsakim dostopom konekt razkužimo z alkoholnim razkužilom in počakamo, da se razkužilo posuši, nato apliciramo zdravilo. Po aplikaciji zdravila prebrizgamo svetlino intravenskega katetra, konektor pa ponovno prebrišemo z razkužilom. Konekt je lahko na dostopu nastavljen do 7 dni. Deluje v obe smeri, lahko injiciramo ali aspiriramo preko konekta. Pri uporabi petelinčka, najprej namestimo na venski dostop petelinček, nanj pa konekt.

Pri menjavi brezigelnega konekta najprej z zložencem, prepojenim z razkužilom prebrišemo konekt, nato odstranimo brezigelni konekt. S tamponi, prepojenimi z razkužilom, krožno razkužimo svetlino intravenskega katetra. Ko se razkužilo posuši, namestimo konekt, ki je prebrizgan s fiziološko raztopino. Z 10 ml brizgo, napolnjeno s fiziološko raztopino, preverimo delovanje lumnov (vračanje krvi po krakih) in nato priključimo nove infuzijske sisteme. Na konekte ne dajemo zamaškov. Konekt zelene barve oziroma nepovratni konekt ima zamašek.

Optimalna izbira vbodnega mesta

Mesto vstavitve katetra lahko predstavlja dejavnik tveganja za kasnejše katetrске okužbe zaradi lokalne naravne bakterijske flore in tveganja za tromboflebitis. Randomizirana študija je pokazala višjo incidenco kolonizacije pri femoralnih CVK, medtem ko je ta bila pri jugularnih in subklavijskih pristopih nižja (Frasca idr., 2010, str. 226).

Dnevno preverjanje potreb po intravenskem katetru

Dnevno preverjanje potreb po intravenskih katetrih preprečuje nepotrebno število katetrskih dni. Pogosto se zgodi, da zdravstveno osebje ne pomisli, da bi ga odstranilo. Polderman in Girbes (2001, str. 21) ugotavljata, da v primeru, ko je CVK vstavljen manj kot 3 dni, tveganja za okužbo praktično ni. Če je ta vstavljen 3 do 7 dni, se tveganje za okužbo poveča za 3 do 5 %. Pri vstavitvi, daljši od 7 dni, pa se tveganje za okužbo kumulativno poveča na 5 do 10 %.

Dokumentacija opravljenega posega

Na temperaturni list je treba zabeležiti mesto, dan ter globino vstavitve CVK, ob prevezah zabeležimo stanje katetra in vbodnega mesta. Za CVK imamo izdelan protokol spremljanja prevezov CVK.

V program Birpis 21 vnesemo datum in uro vstavitve intravenskega katetra, priimek diplomirane medicinske sestre/zdravnika, ki je vstavil(a) intravenski kateter, datum in uro odstranitve intravenskega katetra ter zaplet.

2.5 Izobraževanje diplomiranih medicinskih sester o rokovanju z intravenskimi katetri

Pri dvigovanju kakovosti v zdravstveni negi je zelo pomembna vloga vsakega zaposlenega in predvsem ustanove, ki lahko s pravilnim načinom dela in vodenjem

usmerja in vzpodbuja zaposlene, da bodo svoje delo opravljali na najboljši možen način. Proces stalnega izboljševanja kakovosti rokovanja z intravenskimi katetri je postopek, ki se konča z izidom, ki je dober, neugoden ali pa nekje vmes.

Medicinska sestra ima zelo odgovorno delo in v okviru svojih pristojnosti samostojno načrtuje izvedbo in izvede postopek, ga dokumentira, zdravniku ustno poroča o pričakovanih izidih in zaznanih nepričakovanih zapletih.

Nadzor nad okužbami intravenskih katetrov in nad izvajanjem ukrepov za preprečevanje okužb intravenskih katetrov je bistven za varnost naših pacientov. Število okužb intravenskih katetrov lahko zmanjšamo:

- z rednim izpopolnjevanjem zdravstvenih delavcev na področju uvajanja katetrov in potrebnih ukrepov za preprečevanje okužb,
- s posebno usposobljenimi timi,
- s primerno kadrovsko zasedenostjo,
- z rednim nadzorom nad izvajanjem ukrepov za preprečevanje okužb.

Znanje o preprečevanju bolnišničnih okužb v zvezi z intravenskimi katetri je nujno. Potrebno je zaradi pacienta samega, saj lahko okužba ogroža njegovo življenje in podaljša bolnišnično zdravljenje. Prav tako pa je znanje s tega področja potrebno za zdravstvene delavce, saj edino tako lahko svoje delo opravljajo strokovno, odgovorno in v korist pacienta. Medicinske sestre z izobraževanjem pridobivajo novo potrebno znanje in izkušnje, začnejo spreminjati svoje dotedanje navade in stališča. Odziv medicinskih sester je lahko pozitiven oziroma negativen, če se le-teh sprememb bojijo.

Vsaka sprememba oziroma ugotovitev odklonov od zastavljenih standardov zdravstvene nege glede rokovanja z intravenskimi katetri zahteva dodatno izobraževanje. To pa je treba načrtovati na podlagi ugotovitev sedanje uspešnosti našega dela. Pri načrtovanju izobraževanja moramo upoštevati naše možnosti za izboljšave, oziroma upoštevati ovire, ki nam onemogočajo redno izpopolnjevanje, kot so:

- pomanjkanje časa,
- stroški izobraževanja,
- oddaljenost izobraževalne institucije.

Zaradi ovir se potreba po izobraževanju največkrat pojavi v situacijah, ko je problem že nastal in bi ga z izobraževanjem radi odpravili. Glede na navedeno imajo prednost interna strokovna izobraževanja.

Številni dejavniki ovirajo napredek izboljšav pri rokovanju z intravenskimi katetri:

- kadrovski (pomanjkanje kadra, pomanjkanje znanja, pomanjkljivo informiranje diplomiranih medicinskih sester, neugodna struktura kadra),
- organizacijska klima (odpor medicinskih sester do dokumentiranja, timsko delo in motivacija za delo na področju izboljšav v ZN, pomanjkanje avtonomije stroke),
- pomanjkljiv klinično informacijski sistem in tehnologija,
- nedefiniranost spremljanja kakovosti rokovanja z intravenskimi katetri.

V Splošni bolnišnici Novo mesto smo izvedli izobraževanje medicinskih sester o rokovanju z intravenskimi katetri. Pri načrtovanju izobraževanja nismo odgovorili na vprašanje, kako bomo vedeli, da so cilji doseženi. Posebno pozornost moramo usmeriti v vrednotenje učinkovitosti izobraževanja. Cilj je dosežen, ko medicinska sestra poleg pridobivanja novega znanja in izkušenj začne spreminjati svoje dotedanje navade in stališča. V ta namen bo treba uvesti stalen nadzor nad rokovanjem z intravenskimi katetri in preverjanje statistike okužb. V Splošni bolnišnici Novo mesto bo treba spremljati, ali medicinske sestre z novim znanjem rešujejo probleme, ki so predstavljali izhodišče za načrtovanje izobraževanja. Hkrati bomo morali iskati ovire, ki nam preprečujejo kakovostno oskrbo intravenskih katetrov. Izdelani standardi pa bodo dosegli svoj namen tudi ob zadostnem številu medicinskih sester, ki skrbijo za paciente z vstavljenimi intravenskimi katetri.

3 Zaključek

Zaradi omejenega spremljanja rokovanja z intravenskimi katetri je izboljšanje kakovosti težko objektivno dokazati. Strokovno podlago za kakovostno delo predstavljajo standardi zdravstvene nege, ki definirajo in predstavljajo ZN, njeno kakovost, kompetence in odgovornost. Ti omogočajo objektivne kriterije za oceno opravljenega dela ob nadzoru in kontroli.

LITERATURA

1. Bauza, E., Munoz, P. (2003). A needless closed system device (CLAVE) protects from intravascular catheter tip and hib colonization: a prospective randomized study. *Journal of Hospital Infection*, 54(4), 279-87.
2. Crawford, A. G., Fuhr, J. P., Rao, B. (2004). Cost-benefit analysis of chlorhexidine gluconate dressing in the prevention of catheter-related bloodstream infections. *The Journal of Infection Control and Hospital Epidemiology*, 12(3), 668-74.
3. Eggimann, P. (2004). Catheter-related infections. *Microbes and infection*.
4. Frasca, D., Dahyot-Fizelier, C., Mimos, O. (2010). Prevention of central venous catheter-related infection in the intensive care unit. V J. L. Vincent, *Yearbook of Intensive Care and Emergency Medicine* (str. 223-34). Berlin: Springer-Verlag.
5. Polderman, K. H., Girbes, A. R. J. (2002). Central venous catheter use. *Intensive Care Medicine*, 28, 1-28.
6. Šmitek, J., Krist, A. (2008). *Venski pristopi, odvzem krvi in dajanje zdravil*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center.
7. Timsit, J. F., Schwebel, C., Bonadma, L. (2009). Chlorhexidine-impregnated sponges and less frequent dressing changes for prevention of catheter-related infections in critically ill adults: a randomized controlled trial. *JAMA*, 301, 1231-41.

Tudi za povijanje nog je potrebno znanje

POVZETEK - Kompresija je izvajanje pritiskov na spodnji ud s kompresijskimi pripomočki, da bi povečali venski in/ali limfni pretok in zmanjšali edem uda. Zdravnik specialist uvede in določi stopnjo kompresije. Naloga medicinske sestre pa je, da bolnika in svojce nauči pravilnega povijanja nog. V tem prispevku bodo prikazane najpogostejše napake, ki se pojavljajo pri povijanju nog z elastičnimi povoji. Medicinske sestre želimo seznaniti z nepravilnostmi, ki se žal prevelikokrat pojavljajo ter predstavljajo potencialno nevarnost za bolnika. Treba je odpraviti napake in zagotoviti bolj kakovostno in varno oskrbo bolnikov.

KLJUČNE BESEDE: kompresijsko povijanje, medicinske sestre, elastični povoji

1 Uvod

Če želimo kompresijsko zdravljenje pravilno izvajati, moramo poleg razumevanja mehanizma zunanje kompresije in poznavanja različnih materialov, ki jih uporabljamo v ta namen, vedeti tudi, kdaj bolnika lahko zdravimo na tak način in kdaj ne. Kot pogoj za kompresijsko zdravljenje morajo imeti bolniki normalno arterijsko prekrvavitev in senzibiliteto na spodnjih okončinah, primerno iztisno moč srca, ohranjeno mišično črpalko in čim boljšo okretnost (Fludernik, 2010).

2 Namen kompresijskega povijanja

Pri bolniku uporabljamo kompresijsko povijanje nog za (Kecelj-Leskovec, 2009):

- zmanjšanje premera površinskih ven,
- izboljšanje delovanja okvarjenih venskih zaklopk,
- povečanje učinka mišične črpalke,
- izboljšanje mikrocirkulacije,
- preprečevanje nastanka krvnih strdkov.

2.1 Kompresijsko povijanje pri krčnih žilah

Krčne žile so vijugaste, modrikaste in nabrekle površinske vene, ki nastanejo zaradi povečanega znotraj-žilnega pritiska in izgube opore žilne stene. Največkrat nastanejo zaradi oslabelosti venske stene, slabega tesnjenja zaklopk in povišanega krvnega tlaka v venah (Kecelj-Leskovec, 2009).

Dejavniki tveganja za nastanek krčnih žil

Pri bolnikih so najpogostejši dejavniki za nastanek krčnih žil (Kecelj-Leskovec, 2009):

- družinske (dedne) predispozicije,
- izguba elastičnosti žil pri starejših,
- premalo gibanja v prostem času,
- čezmerna telesna teža,
- dolgotrajno stanje ali sedenje,
- tesna oblačila,
- nošenje čevljev z visoko peto,
- jemanje hormonov,
- nosečnost,
- spol,
- starost.

Najbolje, da se napotimo k svojem zdravniku, ko začutimo katerega od naštetih simptomov, zlasti utrujene, težke noge ali če se pojavijo otekline. Ta nas pošlje k (Kecelj-Leskovec, 2009):

- dermatologu,
- flebologu,
- angiologu,
- žilnemu kirurgu.

Zdravnik specialist uvede in določi stopnjo kompresije. Kompresijo izvajamo z elastičnim povojem ali nogavicami. V bolnišnici se največkrat srečujemo s kompresijo z elastičnimi povoji. Le-ti se uporabljajo za bolnike po operaciji krčnih žil, zdravljenju ulkusa venskega tipa, po sklerozaciji varic, globoki venski trombozi... (Kecelj-Leskovec, 2009).

3 Vrste kompresijskih materialov

Kompresijsko terapijo izvajamo z dolgoelastičnimi ali kratkoelastičnimi povoji. Elastičnost povojev se določa glede na to, za koliko svoje dolžine se lahko raztegnejo. Med seboj se razlikujejo po tem, kdaj izvajajo kompresijo.

Dolgoelastični povoji izvajajo kompresijo tako ob gibanju, kot ob mirovanju, zato z njimi bolniki ne smejo počivati več kot pol ure, saj je s tem motena arterijska prekrvavitev. Bolniki si jih lahko namestijo sami, vedno zjutraj, preden vstanejo iz postelje. Pritiski pod povoji so največji okrog gležnjev, potem pa proti kolenu postopno upadejo. S povitimi nogami naj bolniki čim več hodijo. Povoje snamejo zvečer oziroma če čez dan počivajo več kot pol ure. Ko povoji izgubijo elastičnost, jih zavržejo (približno 14 dni). Pred uporabo novega elastičnega povoja (industrijsko pakiranje) moramo le-tega predhodno previti (navodila proizvajalca).

Kratkoelastični povoji vzdržujejo kompresijo le med gibanjem, zato so lahko nameščeni tudi ko počivamo. Na spodnjem udu so lahko nameščeni tudi na sedem dni, če ni prej potrebna preveza rane. Poznamo več načinov povijanja, ki so zahtevnejši, zato jih lahko namesti za-to usposobljeno medicinsko osebje (Fludernik, 2010).

Medicinske kompresijske nogavice. Pomembna je pravilno določena kompresija, katero predpiše zdravnik specialist za žilna obolenja. Le-ta določi kompresijsko stopnjo in dolžino nogavice. Medicinske kompresijske nogavice morajo biti na voljo v različnih dolžinah. Izmero nogavice opravi usposobljena medicinska sestra ali farmacevtski tehnik.

4 Potek povijanja

Pri povijanju nog moramo upoštevati vrstni red postopkov povijanja nog. Ti so (Kobal Straus, 2009):

- bolnik leži na postelji,
- s povijanjem začnemo od prstov (prsti so prosti in niso poviti), nog navzgor, pri tem pazimo, da peto dobro povijemo,
- pritisk povoja mora biti največji na stopalu in okoli gležnjev in se enakomerno zmanjšuje proti kolenu,
- povijamo krožno, tako da prekrijemo 2/3 povoja ,
- povijamo primerno tesno (pretesno ali preohlapno povijanje je neučinkovito in potencialno nevarno),
- bolnika vprašamo po počutju,
- opazujemo barvo prstov in nohtov na nogi (modrikavost),
- elastični povoj snamemo šele, ko se bolnik uleže na posteljo.

5 Kontraindikacije za povijanje nog

Medicinska sestra mora poznati bolezenska stanja, pri katerih se ne uporablja kompresijsko zdravljenje. Ta stanja so (Kecelj-Leskovec, 2009):

- periferna arterijska okluzivna bolezen z gleženjskim indeksom manj kot 0,5,
- atrofične spremembe pri diabetičnem stopalu,
- dekompenzirano srčno popuščanje
- kontaktna alergija za kompresijske materiale,
- progresivna sistemska skleroza z atrofijami kože,
- maligni tumorji okončin,
- motena senzibiliteta okončin,
- ležeči, nepokretni bolniki (izjemoma dovoljena nizka kompresija).

6 Najpogostejše napake pri kompresijskem povijanju nog

Vloga medicinske sestre je zelo pomembna, saj izvaja zdravstveno-vzgojno delo in educira bolnika ter njegove svojce. Bolnika mora naučiti pravilnega povijanja nog in ga opozoriti na nepravilnosti, ki jih žal prevelikokrat vidimo (Kobal Straus, 2009):

- ne povijemo dobro pete,
- pretesno povijanje (prsti na nogi pomodrijo),
- preohlapno povijanje (povoj se odvijuje),
- neenakomerno povita noga.

7 Zaključek

Kompresijsko zdravljenje je nujno pri zdravljenju venskega in limfnega popuščanja, po operaciji krčnih žil, po sklerozaciji varic in globoki venski trombozi. Pravilne indikacije zmanjšajo simptome in izboljšajo klinično sliko. Če to ni doseženo, kompresija ni pravilno izvedena ali pa je diagnoza napačna. Zato moramo medicinske sestre poznati postopke pravilnega kompresijskega povijanja nog, saj le takrat lahko zagotovimo kakovostno in predvsem varno oskrbo bolnikov.

LITERATURA

1. Fludernik, B. (2010). Diagnostika in postopki pri krčnih žilah. Pridobljeno 10.11.2012, s <http://www.venolek.si/flebo.htm>.
2. Kecelj-Leskovec, N. (2009). Kompresijsko zdravljenje. V V. Vilar (ur.), Razjede na nogah. Kranjska Gora: Društvo za oskrbo ran Slovenije.
3. Kobal Straus, K. (2009). Pomoč in oskrba. Pridobljeno 8. 11. 2012, s <http://www.najblog.com/media/5991/20090324-Pomo%C4%8D%20in%20oskrba-prakti%C4%8Dni%20del.pdf>.

Dejavniki, ki vplivajo na dokumentiranje

POVZETEK - V prispevku so predstavljeni dejavniki, ki vplivajo na dokumentiranje, in teh ni malo. Na kratko je predstavljena tudi zdravstvena dokumentacija, njena sestava in na koncu tudi komunikacija, ki je običajno glavni vzrok za napake v dokumentiranju. Nekateri dejavniki, ki vplivajo na dokumentacijo, se pojavljajo pogosteje, nekateri redkeje, dejstvo pa je, da na pravilno oziroma nepravilno dokumentiranje največkrat vpliva komunikacija oziroma slaba komunikacija. V vseh poklicih je dokumentacija pomembna, v zdravstvu pa še toliko bolj, saj je od nepravilnega dokumentiranja in zmotne interpretacije dokumentirane vsebine odvisno pacientovo zdravje in življenje. Zaradi napake v zdravstveni dokumentaciji lahko pacient izgubi velik del svojega zdravja, normalne telesne funkcije, vse skupaj pa lahko privede tudi do izgube pacientovega življenja. V prispevku je navedenih nekaj najpogostejših dejavnikov, ki privedejo do napačnega dokumentiranja, le-te poskušamo čim bolj približati zaposlenim v zdravstvu, da bi jih prepoznali in se jim čim bolj izogibali in s tem zagotovili le najboljše za paciente in tudi zase.

KLJUČNE BESEDE: dokumentiranje, informacije, komunikacija, zdravstvena nega

1 Uvod

Zdravstvena dokumentacija je zelo pomembna. Dokumentacija mora biti popolna, natančna in dostopna pristojnim uporabnikom. Varnost pacienta je najpomembnejša in dokumentacija ohranja ta vidik zdravstvene nege. Informacija je zelo pomembna za opravljanje kakovostne zdravstvene nege, toda ta informacija mora biti podprta z doslednim in pravilnim dokumentiranjem, da lahko delamo v dobro pacientov.

2 Zdravstvena dokumentacija

Zdravstvena dokumentacija je eden izmed najpomembnejših podpornih stebrov pri zdravljenju nekega pacienta. Urejena zdravstvena dokumentacija je zelo pomembna za zdravljenje pacienta, za spremljanje bolezni, za ukrepanje, ko se pacient po letih odsotnosti vrača k svojemu zdravniku in tudi za različne primere strokovnih nadzorov ali za dokazovanje ustreznosti ali neustreznosti diagnostičnih in ukrepov zdravljenja pred sodiščem takrat, ko zdravstvenemu osebju očita napačno ravnanje.

Gre za sistem pisnega zbiranja, urejanja, prenašanja in uporabe podatkov (Kohek in Vogrinčič, 2004).

Pravilno in učinkovito dokumentiranje zdravstvene nege je eden izmed ključnih problemov zdravstvene nege kot temeljne sestavine celotnega zdravstvenega varstva. Ustreznost dokumentiranja se nanaša na obvladovanje ogromnega števila zahtevnih informacij, s katerimi se medicinska sestra srečuje pri zdravstveni negi, to je pri načrtovanju, izvajanju in vrednotenju zdravstvene nege. Dokumentiranje lahko uporabimo kot pripomoček pri ocenjevanju zdravstvenega stanja pacienta, pri odločanju o negovalnih diagnozah in intervencijah ter pri ocenjevanju rezultatov zdravstvene nege. Je zbirka podatkov o pacientu in o njegovem zdravstvenem stanju, ki jih pri svojem delu beležijo člani zdravstvenega tima (Hajdinjak in Meglič, 2006).

Namen dokumentacije je, da nam bo dosegljiva, ko jo bomo potrebovali, zato je dokumentiranje izvedenih del in postopkov, ki jih opravimo pri pacientu, izjemno pomembno. Dokumentiranje je pomemben element sodobne zdravstvene nege, ker omogoča preglednost in avtonomnost zdravstvene nege ter individualizacijo in prilagajanje posameznemu pacientu. Tako imamo dobre pogoje za usklajeno zdravstveno nego in olajšano komunikacijo med člani delovnega tima. Dosledno dokumentiranje omogoča tudi vrednotenje opravljenega dela. Redno in dosledno dokumentiranje pa zagotavlja tudi neprekinjenost in omogoča povezovanje z drugimi zdravstvenimi službami. Poznamo več vrst dokumentiranja, to je ročno dokumentiranje (zapisovanje na list, obrazce, temperaturni list ...) ali pa računalniško dokumentiranje (vnašanje podatkov v računalniški program, ki je zasnovan za potrebe zdravstva) (Hajdinjak in Meglič, 2006).

Zapis dokumentacije mora biti kratek in jedrnat ter pravilen (zapisano naj bo samo najpomembnejše, ker vse ostalo pomeni veliko izgubo časa za zapisovalca in tudi za uporabnika dokumentacije). Dokumentirati moramo razumljivo in čitljivo (zapisano mora biti tako, da bo vsak uporabnik dokumentacije razumel vsebino brez pojasnjevanja in možne napačne interpretacije napisanega). Pri zapisovanju moramo uporabljati strokovno izrazje. Izredno pomembna pa je tudi objektivnost dokumentiranja, brez subjektivnih razlag (Hajdinjak in Meglič, 2006).

Zaradi vse več zahtevnejših intervencij pri pacientu je pomembno natančno beleženje vseh opravljenih postopkov in posegov. Razvoj dokumentacije v zdravstveni negi je v nekaj letih doživel izjemen napredek. Še nekaj deset let nazaj je zdravstvena nega poznala samo ustno poročanje, ki pa seveda nikakor ni popolno. Danes so se normativi in standardi spremenili in zahtevajo izredno sistematičen in strokovni pristop. To pa seveda zahteva veliko časa in predvsem natančno obdelavo podatkov. Uspešna dokumentacija je najpomembnejša sestavina procesne metode dela (ocenjevanje pacientovega zdravstvenega stanja) in je osnova za postavitve negovalnih diagnoz in načrtovanja zdravstvene nege. Odraža profesionalnost in sodobno zdravstveno nego (Kohek, in Vogrinčič, 2004).

Dobro dokumentiranje vsebuje:

- razumljive, natančne ugotovitve,
- objektivnost podatkov,
- naveden točen vir podatkov,

- strokovno terminologijo,
- verodostojnost podatkov potrdimo s podpisom,
- prilagojenost dokumentacije glede na potrebe pacienta (Kohek in Vogrinčič, 2004).

Do napak v zdravstveni dokumentaciji lahko pride zaradi mnogih dejavnikov:

- slaba komunikacija - običajno najpogostejši vzrok (vzrok so lahko tudi zunanji dejavniki, kot so hrup, ropotanje, govorjenje več ljudi hkrati),
- napačni podatki o pacientu,
- zamenjava pacientove dokumentacije z dokumentacijo drugega pacienta,
- slaba organizacija dela,
- izpad elektrike (zrušenje računalniškega sistema),
- nepoznavanje pravih postopkov dokumentiranja,
- kadar storjenih postopkov sploh ne dokumentiramo.

V bolnišnici je prisotno tudi računalniško dokumentiranje, ki pa ima dobre in slabe lastnosti oziroma prednosti in pomanjkljivosti (Kohek in Vogrinčič, 2004).

Prednosti računalniškega dokumentiranja:

- hitrejše zbiranje podatkov,
- lažje shranjevanje podatkov,
- hitrejša in natančnejša obdelava podatkov,
- hitrejša in natančnejša obdelava povratnih informacij,
- manjša poraba človeške energije,
- prihranek materiala (npr. papirja),
- prihranek časa,
- lažji in hitrejši dostop do določenih informacij,
- lažje razumevanje obdelanih podatkov,
- boljša kakovost,
- nižja cena.

Pomanjkljivosti računalniškega dokumentiranja:

- ni povratne informacije,
- individualizem,
- izključenost iz informacijske mreže,
- računalniška nepismenost.

Dokumentiranje tako predstavlja komunikacijo - prenos in ohranitev informacij. Dobra in učinkovita dokumentacija predstavlja kvalitetno komunikacijo, ki je najpomembnejši člen dokumentiranja, koordinacijo, nadzor, pravno zaščito in vrednotenje (Kohek in Vogrinčič, 2004).

3 Komunikacija

Še vedno pa je na vrhu nepravilnega dokumentiranja kot najpogostejši dejavnik slaba komunikacija. Za dober komunikacijski odnos sta na prvem mestu zaupanje in medsebojno spoštovanje, seveda pa na kakovost komunikacije vplivajo številni dejavniki. Ena izmed največjih napak pa je pomanjkljiva dokumentacija, ki tudi najprej privede do sporov. V zdravstveni dejavnosti potekajo raznovrstne komunikacijske poti in odnosi. Dobra pojasnilna dolžnost je bistveni del komunikacijskega odnosa, je pa obenem tudi težka naloga. Slabo izvajanje pojasnilne dolžnosti v postopku zdravljenja pomeni slab komunikacijski odnos. Pogosto je razlog slabega informiranja pomanjkanje časa, kar pa seveda ne sme biti izgovor za storjeno napako. Ukvarjati se je treba tudi z organiziranostjo v zdravstvu (Rijavec, Flis, Planinšec, Kraljič et al., 2010).

V bolnišnici je medicinska sestra pogosto prva oseba, ki stopi v kontakt s pacientom, zato je prav, da se zna pravilno odzvati in tudi pozorno poslušati, saj je lahko že od samega začetka vir informacije napačen, če medicinska sestra ali pacient ne vzpostavi pravega odnosa. Število pacientov in njihovo zanimanje iz dneva v dan rastejo, s čimer se večajo tudi možnosti nesporazumov in motenj pri pretoku informacij, ki so potrebne za zdravstveno dokumentacijo. Ključni vzrok je zagotovo neučinkovita komunikacija zaposlenih in pacientov. Pri komunikaciji ne smemo pozabiti na to, da lahko sogovorniki drugače zaznajo naše sporočilo, zato je treba skrbno izbrati izgovorjene besede, način sporočanja in rečeno podpreti še z nebesedno govorico. Vpliv na komunikacijo predstavlja preobilica delovnih obveznosti, stresni delovni pogoji in tudi obseg delovnih izkušenj. Temelj uspešne komunikacije je uporaba pravilne komunikacije, na primer asertivnost (Žlak, Žlak, Saje, M., 2012).

4 Zaključek

Dokumentacijo lahko oziroma moramo uporabiti kot delovno orodje. Poveča lahko varnost pacientov in medicinskih sester ter vpliva na kakovost zdravstvene nege. Gre za pomemben vidik vsebinske podpore delu. Poleg papirne oblike dokumentacije je pomembno razvijati tudi računalniško podprte rešitve, navsezadnje imamo v današnji družbi večino vseh dokumentov shranjenih računalniško po različnih državnih ustanovah. Cilj zaposlenih v zdravstvu je vsekakor upoštevanje najboljših vidikov dobrega, pravilnega in uspešnega dokumentiranja, saj se s takim načinom dela izognemo konfliktom, stresu, nejevolji in so s končnim dobrim rezultatom zadovoljni pacienti, ker je bilo za njih dobro poskrbljeno, in tudi zaposleni, saj so uspešno opravili svoje delo.

LITERATURA

1. Hajdinjak, G., Meglič, R. (2006). *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo.
2. Kohek, M., Vogrinčič, L. (2004). Dokumentiranje postopkov v zdravstveni negi. V I. Buček Hajdarević (ur.), *Zagotavljanje kontinuitete zdravstvene nege* (str. 46-49). Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov za anesteziologijo, intenzivno nego in terapijo ter transfuziologijo.
3. Rijavec, V., Flis, V., Planinšec, V., Kraljič, S. et al., (2010). *Medicina in pravo*. Maribor: Pravna fakulteta Univerze v Mariboru, Zdravniško društvo Maribor.
4. Žlak, M., Žlak, P., Saje, M. (2012). Odgovornost delavcev v zdravstveni administraciji in medicinskih sester pri pravilnem komuniciranju s pacienti. V M. Berkopec (ur.), *Odgovornost v zdravstveni negi* (str. 93-106). Ljubljana: Splošna bolnišnica Novo mesto v sodelovanju z Društvom medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Novo mesto, Visoka šola za zdravstvo v Novem mestu.

Izkušnje ob množični nesreči opozarjajo

POVZETEK - Pri vsakem delu pride do napak in ne glede na to, kako se trudimo, težko preprečimo vse napake. Od nas se pričakuje, da svoje delo opravimo dobro, strokovno in če se le da brez napak. Vendar ni vedno tako, ni vsak dan tak kot iz knjige, marsikateri dan je nepredvidljiv in nikoli ne vemo, kaj nas čaka. Incidenca množičnih nesreč v Sloveniji se povečuje, razlogi za to so: večja aktivnost nas vseh, tempo na delu, delovne norme, preobremenjenost. Zato se delajo napake in s tem tudi nesreče, občasno tudi množične. Ravno pri teh smo vsi najbolj podhranjeni z znanjem in najmanj izkušeni.

KLJUČNE BESEDE: napake, množične nesreče, protokoli

1 Uvod

V urgentni kirurški ambulanti novomeške bolnišnice statistično gledano ni veliko množičnih nesreč, zato nam tudi primanjkuje izkušenj na tem področju. V preteklosti je bilo tu večje število množičnih nesreč predvsem z bivše hitre ceste H1. Glede na naše skope izkušnje želim izpostaviti napake ob množičnih nesrečah.

2 Napake ob množičnih nesrečah

Množična nesreča je definirana kot dogodek, ki presega zmogljivosti ustaljenega dela zdravstvene organizacije in njenega sistema. V točnem določenem trenutku ne moremo z obstoječimi viri in načinom dela oskrbeti velikega števila poškodovancev (World Health Organization, 2007).

Vsaka bolnišnica ima oz. naj bi imela napisan protokol o tem, kako ukrepati ob množičnih nesrečah, njihov namen je, da se izvajajo naloge v takem vrstnem redu, kot so napisane v njem, in da vsak ve, kaj je njegovo delo, in da delo poteka nemoteno in usklajeno. Pri množičnih nesrečah je najbolj pomembna vnaprej pripravljena naloga zdravstvene organizacije, le-ta pa mora biti rezultat timskega dela zaposlenih v tej organizaciji. Pomembno je, da vsak zaposleni v organizaciji pozna svoje naloge in opis del, ki jih mora opraviti kot del celote. Ko pride do množične nesreče, tako vsak ve, kje je njegovo mesto in katere so njegove naloge.

Vsaka bolnišnica in njeno delo temelji na integriranem zdravstvenem varstvu in njegovi kontinuiteti. Seveda pa se je treba v izrednih razmerah veliko prilagajati, ravno

pri tem pa nam pomaga dober protokol. Prav zato, ker se vsaka organizacija sama po sebi razlikuje, tudi množična nesreča, ne moremo imeti vsi enakega protokola, ampak sebi prilagojenega. Način oskrbe poškodovancev pri množičnih nesrečah je drugačen kot pri oskrbi poškodovancev pri normalnem delu, tam se osredotočamo na vsakega pacienta posebej, pri množičnih nesrečah pa želimo oskrbeti celotno populacijo udeleženo v nesreči (Stein, 2008).

Najpogostejše napake, ki se nam pojavljajo pri delu, so prav gotovo pomanjkanje podatkov s terena (mehanizem poškodbe, vrste poškodb, čas prihoda, posebnosti nesreče ...) slaba komunikacija (sprejem klica s terena in prenos informacij naprej do pristojnih oseb, komunikacija med osebjem v ambulanti), neuskkljenost timov znotraj ustanove (obveščanje pristojnih oseb, služb glede množičnih nesreč), nepopolna dokumentacija o množični nesreči (protokol). Slaba novica je, da veliko organizacij nima svojih protokolov za množične nesreče ali pa imajo zastarele in niso posodobljeni. Ti zastareli protokoli so ob množičnih nesrečah običajno neuporabni oziroma neučinkoviti (McCann, 2009).

Najpomembneje, da se znamo odzvati na množično nesrečo, je pripravljenost nanjo v bolnišnicah in celotnem okolju, skupnosti. Množična nesreča je nikoli dokončan proces, moramo ga poznati in razumeti ter poznati vse štiri njegove faze (Fink, 2008):

- načrtovanje in preventivno delovanje,
- zagotavljanje pripravljenosti,
- odziv in ukrepanje,
- okrevanje in analiziranje ukrepanja.

Pri prvi fazi je treba ugotoviti in analizirati tveganje za množične nesreče z vsemi tveganji. Načrtovanje mora biti fleksibilno glede na regijo, geografske značilnosti, učinkovitost in zanesljivost zaposlenih v organizaciji. Poleg načrtovanja v prvi fazi je pomembno tudi preventivno delovanje, tukaj pride do pomena politika, javnost in zasebni sektor. Cilj preventivnega delovanja je preprečiti nastanek množične nesreče, zmanjšati število zapletov, žrtev in materialne škode (McCann, 2009).

Najpomembnejša faza pripravljenosti je predvidevanje množičnih nesreč in strateško načrtovanje ocene tveganja za množično nesrečo. Za dobro pripravljenost na množične nesreče je pomembno usposabljanje in izobraževanje na vseh nivojih organizacije. Dobra pripravljenost na množične nesreče je velik izziv za večino bolnišnic, ampak to je osnova za zamenjavo ali posodobitev starih protokolov za učinkovito ukrepanje pri množičnih nesrečah (Ginter, 2007).

Samo protokol pa ni dovolj. Treba ga je pravilno sestaviti in potem nadgrajevati s kontinuiranim usposabljanjem ter zagotoviti vestno skrbništvo nad protokolom. Odziv organizacije mora biti ob množični nesreči v skladu s trenutno veljavnim protokolom. Sam načrt je samo iluzija, če zaposleni v organizaciji niso seznanjeni z njim. Če zaposleni niso seznanjeni z načrtom, predstavljajo grožnjo za primanjkljaj osebja pri zagotavljanju uspešne oskrbe poškodovancev pri množičnih nesrečah. Redno usposabljanje je nujno za sledenje aktualnemu protokolu in pravilen odziv zaposlenih v organizaciji (Fink, 2008).

Protokol nikoli ne zagotavlja pripravljenosti na množične nesreče, protokol je iluzija pripravljenosti, dokler ni združen z usposabljanjem vseh vključenih v protokol. Običajno se po izdelavi in sprejetju protokola pravo delo šele začne, kajti tukaj ni delo nikoli končano, ker so v okolju vedno prisotne spremembe, najpogosteje zamenjava osebja, pa tudi ljudje pozabljajo tisto, česar ne delajo redno. Protokol mora biti izvedljiv v vseh štirih fazah (Fink, 2008).

Velik problem predstavlja pomanjkljiva opremljenost bolnišnic s pomembnimi rezervami (medicinsko sanitetni material, majhno število respiratorjev, oprema za poškodovane otroke, imobilizacijska oprema ...). Pomembno je tudi število zaposlenih, ki po aktivaciji dejansko pridejo v organizacijo, kajti tudi če smo dobro usposobljeni in založeni z rezervami, nam to nič ne pomaga, če ne bomo uspeli zagotoviti prihoda dodatnega kadra (World health organization, 2007).

3 Delovanje bolnišnic med množičnimi nesrečami

Ljudje zaupajo bolnišnicam in pričakujejo, da bo njihova bližnja bolnišnica obvladala množično nesrečo. Ni vedno tako, kajti množične nesreče se zgodijo ob najslabšem možnem času (Fink, 2006).

V našem okolju ni veljavnih smernic v zdravstvu, zato bi verjetno ob množični nesreči bilo večino poškodovanih prepeljanih v najbližjo bolnišnico, tako bi posledično preobremenili lokalno bolnišnico, le-ta pa ne bi mogla pravočasno in kakovostno oskrbeti vseh poškodovanih. Ko se zgodi množična nesreča, poleg reševalne službe pripeljejo poškodovance v bolnišnice tudi civilisti in ostale službe, le-ti pa vedno izberejo najbližjo bolnišnico, ta pa se zato ne more primerno odzvati zaradi prezasedenosti, preobremenjenosti. V takih primerih je zelo pomembno imeti dober informacijski sistem, ki bo povezal vse službe, vključene v množično nesrečo, in obveščal o posteljnih kapacitetah bolnišnic. S tem bi preprečili preobremenjenost bližnje bolnišnice in pravočasno obvestili službe na terenu ter jih preusmerili v druge bolnišnice.

Ko pride do množične nesreče, je treba takoj ukrepati. Aktivirati moramo bolnišnični protokol za množične nesreče in delovati v skladu z njim. Zagotoviti je treba dovolj kadra in potrebnega materiala, oceniti moramo potrebne ukrepe, uporabljati osebno varovalno opremo, organizirati in izvajati triažo, zagotoviti nemoten pretok poškodovancev v urgentnih ambulantah in zagotoviti retriažo.

Običajno se pri teh uvodnih točkah zalomi že pri drugi točki protokola, ko moramo zagotoviti oz. aktivirati dovolj zdravstvenih delavcev. Skozi protokol nas pelje vodja, le-ta je pod hudim stresom, ker mora vse naloge, ki jih narekuje načrt, postaviti v resnično dogajanje, mora organizirati, koordinirati, pa tudi nadzirati delo med nesrečo. To pa se lahko doseže z dobrim začetnim ukrepanjem, z znanjem, dobro organizacijo in usklajenim delom vseh vključenih služb v bolnišnici in izven nje. Treba je zagotoviti sanitetna in materialna sredstva, spremeniti običajni režim dela, obvestiti odgovorne osebe za primer nesreče, zaustaviti programske operacije, sprostiti komu-

nikacijske poti, sodelovati s službami na terenu, predvideti proste posteljne enote, obvestiti bližnje bolnišnice in medije (Fink, 2008).

4 Zaključek

Posebnost množičnih nesreč je ta, da ni preobremenitev nevarna samo za male bolnišnice, ampak tudi za večje, ki imajo ogromno posteljnih kapacitet. Je pa žalostno to, da običajno bolnišnice precenijo svojo sposobnost glede pripravljenosti na množično nesrečo, glede prostora, materialnih virov, medicinske opreme ... Ko se zgodi množična nesreča, nastane kaos, temu primerno je potem tudi število žrtev zaradi neustrezne in pomanjkljive pripravljenosti ter slabega ukrepanja. Veliko osebja v bolnišnici ni seznanjenih s protokolom za množično nesrečo, prav tako bi bila potrebna vaja vseh zaposlenih za ukrepanje ob množični nesreči, pa tudi nenehno izobraževanje in usposabljanje v kriznih situacijah, kot je množična nesreča. Največ lahko naredimo sami, če smo dobro pripravljeni na množično nesrečo, kajti takrat nam bo ves trud poplačan.

LITERATURA

1. Fink, A. (2008). Delovanje zdravstva ob množičnih nesrečah. Ljubljana: UJMA.
2. Ginter, P. M., Duncan, W. J. in Abdolrasulnia, M. (2007). Hospital strategic preparedness planning: The new imperative. Alabama: Prehospital Disaster MED.
3. McCann, D. G. C. (2009). Preparing for the worst disaster medicine primer for health care. Kansas: Journal of Legal Medicine.
4. Stein, L. (2008). Mass casualty triage. Oklahoma: Okla Nurse.
5. World health organisation. (2007). Mass casualty management systems – Strategys and guide lines for buiIding health sector capacity. Pridobljeno 14. 11. 2012, s http://www.who.int/hac/techguidance/MCM_guidelines_inside_final.pdf.

Reakcije študentov ob storjeni strokovni napaki

POVZETEK- Vsakemu delavcu, ne glede na to, kje dela, se kdaj zgodi, da naredi napako. To opaziti, priznati in popraviti pa je nekaj drugega. V zdravstveni negi je to lahko mejnik med življenjem in smrtjo pacienta. Vrednote predstavljajo stvari, ki so za nas pomembne v osebnem življenju in pri delu. Dve vrednoti ob tem sta odgovornost in poštenost, s čimer lahko opišemo priznanje ob narejeni strokovni napaki. Vsakega študenta vzgajamo v poštenega delavca, ki bo obvladal vse postopke in posege zdravstvene nege ter se zavedal možnosti nastanka napake v vsakem trenutku. Zamolčanje strokovne napake lahko povzroči več škode kot sama napaka. Zato mora biti zagotovljeno tolikšno zaupanje med sodelavci, da lahko vsak najde osebo, ki mu bo svetovala in pomagala. Zeleno je, da se informacija o storjeni napaki sporoči odgovorni medicinski sestri takoj, ko je ugotovljena. Hitro ukrepanje lahko zmanjša ali eliminira možne posledice. Za to potrebujemo znanje in organizacijske sposobnosti, ki naj bi jih imele vodje in odgovorne medicinske sestre.

KLJUČNE BESEDE: strokovne napake, študenti, odgovornost, vrednote, zdravstvena nega

1 Uvod

Vsi delamo napake, saj smo vendar ljudje. Napake so sestavni del vsakega dela. Med nami ni človeka, ki ne bi naredil kakšne napake. In če sprejmemo to dejstvo, lahko razvijemo dobro in učinkovito delovno okolje in odgovornost. To je tudi mentalni predpogoj za gradnjo samozaupanja in učinkovitega ukrepanja ob storjeni napaki. Ta vrlina pa se na žalost ne da izključiti ali preprosto spet vključiti. Potrebno je veliko truda in zaupanja, da to stanje dosežemo. Krepitev dobrih medosebnih odnosov, temelječih na zaupanju, je predpogoj, da bo vsak posameznik ob storjeni napaki le-to tudi priznal in ustrezno ukrepal. Torej, želimo si, da storjeno napako preprosto priznamo, brez izgovora. Takšno ravnanje odraža odgovornost in zrelost posameznika. Z odgovornim ravnanjem smo na dobri poti do uspeha, varnosti na delovnem mestu in spoštovanja sodelavcev (Fošnarič, Pajnikihar, Kraljič, 2010). Kot začasno zdravilo za odkritost, pa je lahko zelo učinkovit tudi kanček humorja, ki ga uporabimo pri tem. Deluje sproščujoče in zmanjša stres.

V članku bomo predstavili delo in odgovornost študentov v kliničnem okolju in njihove reakcije na storjene napake ter napake sošolcev in delavcev v zdravstveni negi. Med študijem dajemo študentom tudi navodila, kako ravnati ob storjeni napaki. Ne označimo je kot kriminalno dejanje temveč kot splet nepredvidenih okoliščin, ki zahteva timsko obravnavo, da se napake ne ponavljajo.

2 Kompetence medicinskih sester

Kompetence predstavljajo nabor znanja in veščin za uresničevanje zastavljenih ciljev in pomenijo prednosti pri izpolnjevanju poslanstva našega dela. Kompetence posameznika za opravljanje določenega dela pa so: znanje, sposobnost, motivi, lastna samopodoba in vrednote.

Kompetence lahko razumemo kot sposobnosti in zmožnosti, ki so potrebne, da medicinske sestre uspešno in učinkovito opravijo določeno delo ali vlogo. Poleg zmogljivosti, sposobnosti, spretnosti in znanja zajemajo kompetence tudi motiviranost za neko nalogo, osebni stil in psihološki odnos do samega sebe.

Pri kompetencah je pomembno predvsem, da se osredotočamo na vedenje in ne na razlike v znanju, sposobnostih in osebnosti posameznika. Kompetence se neposredno povezujejo z dejavniki učinkovitosti in uspešnosti pri delu (Erjavšek, 2012).

Kadar se ukvarjamo s kompetencami, moramo upoštevati, da se merijo in obravnavajo glede na specifično delovno nalogo v določenem zdravstvenem zavodu, da pomenijo izkazovanje določenega vedenja, ki je opazno navzven, in da je kompetenca, ki je potrebna za določeno nalogo, povezana z večjo učinkovitostjo in uspešnostjo pri delu.

3 Elementi kakovosti zdravstvene nege

Temeljna filozofija zdravstvene nege z vidika kakovosti pravi, da moramo zagotoviti (Lubi, 2009):

- da bo vsak pacient obravnavan tako, da bo čim prej neodvisen pri opravljanju osnovnih življenjskih aktivnosti;
- da bodo maksimalno zadovoljene vse njegove fizične, psihične, socialne in duhovne potrebe;
- da bo obravnavan sistematično in načrtovano po metodi procesa zdravstvene nege;
- da je obravnava kontinuirana, kompleksna in koordinirana;
- da so vse faze dela dokumentirane.
- treba je racionalno in učinkovito razporediti vire in: - zmanjšati rizike za dodatne poškodbe, obolenja ali poslabšanje fiziološkega stanja kot posledice izvajanja zdravstvene nege;
- zagotoviti zadovoljstvo pacienta z zdravstveno nego, povezovanje s svojci, povezovanje med člani negovalnega tima in povezovanje z drugimi strokami ter
- zagotoviti najvišjo možno stopnjo zdravja.

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije (2006) je v Nacionalnih usmeritvah za razvoj kakovosti v zdravstvu pojem kakovost definiralo z naslednjimi kriteriji:

- uspešnost– ali naši posegi izboljšajo zdravstveno stanje pacienta?

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

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:

- strokovne standarde,
- klinične poti,
- v praksi uporabno in računalniško podprto negovalno dokumentacijo,
- verificirane negovalne diagnoze z naših kliničnih področij,
- izdelano kategorizacijo ter
- ustrezno kulturo komuniciranja in obnašanja v odnosu s pacienti in sodelavci.

4 Reakcije delavcev na storjene napake

Ljudje nikoli ne reagiramo direktno na dražljaj, ampak na našo predstavo o dražljaju. Svoje reakcije se ponavadi sploh ne zavedamo, saj je tako hitra.

Kaj narediti, da se razbremenimo ob storjeni napaki?

- Ohranimo pozitivno mišljenje.
- Pomagamo sodelavcu prebroditi psihično stisko.
- Ne jezimo se zaradi napak in jih priznamo z dvignjeno glavo.
- Ne obsojamo sodelavcev, saj se lahko podobno zgodi tudi nam.
- Ne bojimo se.
- Ohranimo zdravo mero humorja brez priokusa cinizma.
- Ostanimo zbrani in pripravljeni na vse.
- Spoštujmo sodelavce.
- Ne podcenjujmo strojenih napak.
- Bodimo spontani.

5 Kaznovanje delavca ob storjeni napaki

Načela učinkovitega izražanja družbene jeze (Kmet, S., 2007) kot reakcije na storjeno napako definiramo kot behavioralnost. Jeza se mora nanašati na vedenje osebe, ki je naredila napako, in ne na osebnost kot celoto.

- Pojavi se problem stigmatizacije (etiketiranja), ko odgovorni delavci namesto zmanjševanja odklonskosti v stigmatiziranem kršitelju povzročijo, da sprejme svojo odklonsko »identiteto«.

- Stereotipizacija (neupravičena posplošitev) pa povzroči, da se negativna ocena človekovega dejanja prenese na negativno oceno osebe same (če je dejanje zlo, je gotovo tudi oseba, ki ga je storila, zla).
- Stigmatizacija in stereotipizacija kršitelju ne dajeta možnosti, da bi sprejel in upošteval sporočilo ‚družbene‘ jeze, saj je že v osnovi označen kot ne vredna ali zla oseba.

»Nenazadnje pa je človek za vse, kar počne, odgovoren sam in se ne more izgovarjati na druge. Ljudje naj bi bolj razmišljali s svojo glavo in se ne bi pustili kar tako voditi od drugih. Če bi bilo več takih ljudi, bi tudi naše skupnosti drugače zaživele, kjerkoli pač že živimo skupaj. Človek, ki zna misliti s svojo glavo, bo znal biti tudi veliko bolj strpen in spoštljiv do drugih kot nekdo, ki samo slepo sledi nekemu,« pravi Metka Klevišar (2011) in nadaljuje: »Če razmišljaš s svojo glavo ni vedno vse tako preprosto. Pogosto je treba tehtati, razmišljati in presojeti in v tišini prisluhniti svojemu notranjemu glasu. Nič čudnega ni, če je med nami toliko nezadovoljnih ljudi.«

Na splošno velja, da bosta bolj kot denar zagotovila obstoj in resnični napredek človeka prav krepost in znanje v medsebojni soodvisnosti, iz katere se rodi modrost (Slomšek v Turnšek, 2012).

6 Empirični del

Med študenti na Visoki šoli za zdravstvo Novo mesto smo anketirali redne in izredne študente drugega in tretjega letnika. Na ankete je odgovorilo 91 študentov (45 študentov drugega letnika in 46 študentov tretjega letnika), 14 moških in 77 žensk, 14 izrednih (15,4 %) in 77 (84,6 %) rednih študentov, ki so bili prisotni na predavanjih v mesecu oktobru 2012.

Anketni vprašalnik je zajemal 17 vprašanj odprtega in zaprtega tipa. Analizo vprašalnika smo opravili s statističnim programom SPSS 19.

6.1 Rezultati

Med anketiranimi študenti jih je 63 (69,3 %) pozitivno odgovorilo na vprašanje, ali so že naredili napako. 28 študentov ali 30,7 % je prepričanih, da še niso naredili napake. Najpogostejša navedena napaka je bila »napačen postopek« (28,3 %), pod čemer razumemo: napačno dajanje zdravila, pozabljeno dajanje zdravil, napačno izvedena aktivnost zdravstvene nege (tabela 1).

Tabela 1: Vrsta storjene napake

	<i>Frequency</i>	<i>Percent</i>	<i>Valid Percent*</i>	<i>Cumulative Percent</i>
<i>Napačno zdravilo</i>	7	7,7	11,7	11,7
<i>Napačen pacient</i>	7	7,7	11,7	23,3
<i>Napačna doza ali čas aplikacije</i>	7	7,7	11,7	35,0
<i>Napačen postopek</i>	17	18,7	28,3	63,3
<i>Opuščen postopek ali poseg</i>	13	14,3	21,7	85,0
<i>Neprimerno obnašanje</i>	9	9,9	15,0	100,0
Skupaj	60	65,9	100,0	
Neodgovorjeno	31	34,1		
Skupaj	91	100,0		

Vir: Lasten, anketa oktober 2012, *procent med odgovori študentov, da so storili napako.

Kako so se študenti počutili ob storjeni napaki, je razvidno iz tabele 2. Kar 46 (71,9 %) študentov je imelo občutek krivde. Občutek sramu je navedlo 13 študentov (20,3 %).

Tabela 2: Kako so se študenti počutili ob storjeni napaki

	<i>Frequency</i>	<i>Percent</i>	<i>Valid Percent</i>	<i>Cumulative Percent</i>
<i>Občutek krivde</i>	46	50,5	71,9	71,9
<i>Občutek sramu</i>	13	14,3	20,3	92,2
<i>Najraje bi bil-a kje drugje</i>	3	3,3	4,7	96,9
<i>Samo, da me ne vidijo</i>	2	2,2	3,1	100,0
Skupaj	64	70,3	100,0	
Neodgovorjeno	27	29,7		
Skupaj	91	100,0		

Vir: Lasten, anketa, oktober 2012.

Kako so reagirali ob odkritju napake, ki so jo storili sami ali drugi, prikazuje tabela 3. Največ, 40 (56,3 %) odgovorov je bilo »nič nisem naredil-a«, sledi odgovor »opozoril-a sem na napako« v 20 primerih ali 28,2 %.

Tabela 3: Kako so študenti reagirali ob odkritju napake pri sebi ali drugih udeležencih

	<i>Frequency</i>	<i>Percent</i>	<i>Valid Percent</i>	<i>Cumulative Percent</i>
<i>Opozoril-a sem na napako</i>	20	22,0	28,2	28,2
<i>Popravlil-a sem napako, ne da bi povedal-a</i>	7	7,7	9,9	38,0
<i>Obvestil-a sem mentorico</i>	4	4,4	5,6	43,7
<i>Nič nisem naredil-a</i>	40	44,0	56,3	100,0
Skupaj	71	78,0	100,0	
Neodgovorjeno	20	22,0		
Skupaj	91	100,0		

Vir: Lasten, anketa oktober 2012.

Tabela 4: Korelacija med vrsto napake in vrsto študija (redni in izredni)

		<i>Vrsta študija</i>	<i>Vrsta napake</i>
<i>Spearman's rho</i>	<i>Vrsta študija</i>	Correlation Coefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	,842
		N	91
	<i>Vrsta napake</i>	Correlation Coefficient	-,026
		Sig. (2-tailed)	,842
		N	60

Vir: Lasten, anketa, oktober 2012.

Pri rednih in izrednih študentih smo ugotovili povezavo med vrsto napake in vrsto študija, $r = -0,026$ in $p = 0,842$ (Tabela 4). Izredni študenti se bolj zavedajo odgovornosti ob storjeni napaki. Povezava med tem, kdo je videl napako in kako so se študenti pri tem počutili, je povezana in statistično pomembna, $p = 0,081$. Vrednost Hi^2 testa znaša 14,085 pri stopnji prostosti 15. Pearsonov Hi^2 test $p = 0,519$ $p > 0,05$ pa pomeni, da obstaja povezava med vrsto napake in občutki po storjeni napaki.

7 Zaključek

Nastanek napake ni vedno posledica ravnanja le enega delavca. Je sklop okoliščin, ki pripeljejo do incidenta, v katerem sodeluje veliko udeležencev. Temu na kratko pravimo organizacija dela. Pravilo nekaznovanja storilcev napake pa mora biti vodilo odgovornih zdravstvenih delavcev, da s tem zaščitijo pacienta, delavca in ustanovo. Nekaznovanje pomeni, da delavec ne bo sankcioniran, sramočen, izločen ali kako drugače stigmatiziran. Ne pomeni pa, da primer napake ne bo obravnavan, raziskan in sprejeti ukrepi za preprečitev ponovitve. V obravnavo je vsekakor vključen storilec napake, odgovoren delavec v ustanovi in vsi, ki so posredno sodelovali pri nastanku napake. Študenti, ki so priznali, da so storili napako, so na dobri poti k zavedanju odgovornosti, kaj pomeni varna zdravstvena nega. Njihovi odgovori o tem, kako so bili obravnavani ob priznanju napake, pa nam kažejo, da je v naših učnih ustanovah ustrezno poskrbljeno za obravnavo incidentov. Ob velikem občutku krivde so se študenti počutili osramočeno, ko so storili napako. Star pregovor pravi: kdor ne dela, ne greši. Vsakemu delavcu, ne glede na to, kje dela, se kdaj zgodi, da naredi napako. To opaziti, priznati in popraviti pa je nekaj drugega. V zdravstveni negi je to lahko mejnik med življenjem in smrtjo pacienta. Med odgovori študentov so bili navedeni tudi: napačen postopek, napake pri dajanju zdravil, zamenjava pacienta, opustitev storitve in podobno. Vse od naštetih možnih napak ob določenih situacijah lahko vodijo v veliko škodo za pacienta. Študenti, ki imajo slabo izkušnjo s storjeno napako, so se soočili z dejstvom, da niso nezmotljivi. Večina med njimi je opazila storjeno napako pri sošolcih ali zaposlenih medicinskih sestrah. Zaskrbljujoče pri tem je, da je 56,3 % študentov odgovorilo, da ob tem niso storili ničesar. Pometanje neprijetnosti pod preprogo ne vodi v konstruktivno reševanje problemov. Medsebojno zaupanje v kolektivu pa bi lahko bil prvi korak k varni in kompetentni zdravstveni

negi. Študenti morajo dobiti ustrezno znanje in navodila v toku študija o ravnanju pri storjeni ali opaženi napaki v delovnem procesu. V podkrepitev tega Turnšek (2012) meni, da si moramo želeli in vse storiti, da v akademskih ustanovah moralno vrednotenje in znanstveno raziskovanje napredujeta družno. Samo to pomeni resnično krepitev medsebojnega zaupanja in razvoj akademskega sveta, humanizacijo področja uporabe človekovega znanja, kar v prihodnje zagotavlja več možnosti za uravnotežen in vsestranski ter človeku prijazen razvoj družbe in naravnega okolja.

LITERATURA

1. Erjavšek, B. (2012). Biro praksis. Kaj so kompetence? Pridobljeno 24. 8. 2010, s <http://www.biro-praxis.si/kaj-so-kompetence.html>.
2. Fošnarič, S., Pajnikihar, M., Kraljič, S. (2012). Etični in kazenski vidik strokovnih napak v zdravstveni negi. Pridobljeno 25. 9. 2012, s <http://dkum.uni-mb.si/IzpisGradiva.php?id=17164>.
3. Klevišar, M. (2011). Misliti s svojo glavo. Pridobljeno 25. 9. 2012, s <http://www.druzina.si/ICD/blog.nsf/archive?openview&title=Metka+Klevi%C5%A1ar&type=cat&cat=Metka+Klevi%C5%A1ar>.
4. Kmet, S. (2007). Družine in kako v njih preživeti. Pridobljeno 25. 9. 2012 s http://pravnica.net/static/_u/files/2010/02/1b5884bd6548e7f2555a5afb2ce7af.doc.
5. Lubi, T. (2009). Kakovost v zdravstveni negi = Providing quality in nursing care. V S. Majcen Dvoršak, A. Kvas, B. M. Kaučič (ur.), D. Železnik (ur.), D. Klemenc (ur.), Medicinske sestre in babice - znanje je naša moč (str. 8). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
6. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu (2006). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS.
7. Turnšek, M. (2012). Začetek akademskega leta. Pridobljeno 5. 11. 2012, s <http://www.slomsek.net/UserFiles/File/121010%20Zacetek%20akademskega%20leta.pdf>.

Kakovost in varnost pacientov v luči Direktive o čezmejnem zdravstvenem varstvu

POVZETEK - Zdravstvena obravnava postaja čedalje bolj kompleksna, smernice zdravljenja se v skladu z novimi spoznanji hitro spreminjajo, državljani pričakujejo uspešen, dostopen, varen, prijazen in učinkovit zdravstveni sistem, obenem pa se moramo zavedati, da so razpoložljivi viri omejeni. Razmere v slovenskem zdravstvu že dolgo narekujejo nujno potrebo po spremembah v sistemu zdravstvenega varstva, globalna ekonomska kriza pa nujnost izvedbe teh sprememb le še povečuje. Sistem zdravstvenega varstva mora biti uspešen in zagotavljati zdravstveno oskrbo državljanov ne glede na ekonomske ali politične razmere. Aktualni dogodki so tako izpostavili povezanost usod držav članic Evropske Unije in držav iz širšega Evropskega območja, zato je smiselno in nujno potrebno, da skupaj poiščemo rešitve velikih izzivov v zdravstvu. To so prepoznali tudi organi odločanja Evropske unije v Direktivi o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu z določili, ki se nanašajo na področje kakovosti in varnosti. Pri tem moramo upoštevati posebnosti posameznih držav in regij, obenem pa izkoristiti priložnost medsebojnega učenja, ki ga te razlike ponujajo.

KLJUČNE BESEDE: sistem zdravstvenega varstva, kakovost, varnost, Direktiva

1 Uvod

Direktiva 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu je začela veljati 24. aprila 2011. Njeno obdobje prenosa 30 mesecev se bo končalo 25. oktobra 2013. Do takrat bodo morale države članice, tako tudi Republika Slovenija, sprejeti vse potrebne ukrepe za prenos Direktive v nacionalno zakonodajo. Cilj predloga direktive je, da se uredijo in dopolnijo pravila o pravicah pacientov pri koriščenju zdravstvenega varstva izven države članice zavarovanja, ki izhajajo iz sodne prakse Sodišča EU in opredeljujejo naslednje zahteve:

- Pomagati pacientom pri iskanju zdravstvenega varstva v tujini in pri uveljavljanju povračila stroškov v višini, ki bi jo za enako storitev plačali doma. V Direktivi je pojasnjeno, kako se lahko te pravice uveljavljajo, vključno z omejitvami, ki jih države članice lahko določijo za takšno zdravstveno varstvo v tujini, in ravnijo finančnih sredstev za čezmejno zdravstveno varstvo.
- Zagotoviti kakovostno, varno in učinkovito zdravstveno varstvo.
- Vzpostaviti evropsko sodelovanje med zdravstvenimi sistemi (razvoj evropskih referenčnih mrež, obravnava redkih bolezni, prostovoljna mreža za vrednotenje zdravstvenih tehnologij (HTA) in eZdravja, priznavanje receptov izdanih v drugi državi članici).

2 Razprava

Sprejetje Direktive je velikega pomena za zdravstveno varstvo vseh držav članic EU. Z njo se bodo znotraj EU bolj enotno uredile pravice pacientov pri dostopu do zdravstvene oskrbe (zdravljenja) izven države članice zavarovanja, hkrati pa se bo državam članicam omogočilo, da sprejmejo tiste ukrepe, ki so nujni za zagotavljanje varnega, visokokakovostnega, učinkovitega, dostopnega in finančno stabilnega sistema zdravstvenega varstva.

Direktiva predstavlja pomemben korak k bolj sistematični in preglednejši ureditvi povračil stroškov za zdravstvene storitve v drugi državi članici, k izboljšanju visoke kakovosti zdravstvenih storitev in varnosti bolnikov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva in k spoštovanju pristočnosti držav članic za opredeljevanje pravic na področju zdravstvenega varstva oziroma zavarovanja ter organizacijo in delovanje zdravstvenega sistema. Ne nazadnje, predlog direktive pomembno krepi evropsko sodelovanje na področju zdravstvenega varstva. Direktiva bo nedvomno spodbudila procese uvajanja kakovosti v zdravstvu, saj je eden od razlogov, zaradi katerih se povračilo stroškov lahko zavrne, tudi dvom v kakovost zdravstvenih storitev. Ob tem je potrebno poudariti, da direktiva in njen prenos ne bi smela spodbujati pacientov, da bi se zdravili zunaj države članice zdravstvenega zavarovanja. Jim pa omogoča lažji dostop do zdravljenja v drugi državi, če jim ustreznega zdravljenja ni mogoče zagotoviti doma (npr.: specializirane metode zdravljenja, zdravljenje redkih bolezni), ali če so čakalne dobe predolge.

Če želimo doseči primerljivo raven kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave z drugimi članicami EU, potem moramo vzpostaviti sistem akreditacije zdravstvenih ustanov na podlagi mednarodno priznanih standardov, ki so podlaga za akreditacijo zdravstvenih ustanov. Na Ministrstvu za zdravje se zavedamo pomembnosti tega področja, zato smo pripravili Nacionalni strategijo kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010-2015) in je bila konec leta 2010 tudi sprejeta. Eden izmed strateških ciljev strategije je tudi Razvoj sistematičnega vodenja kakovosti in varnosti, v okviru tega pa vzpostavitev sistema akreditacije zdravstvenih zavodov. Namen strategije je sistemska ureditev aktivnosti za kakovost in varnost zdravstvenih obravnav na podlagi mednarodno priznanih sistemov vodenja kakovosti. Akreditacijo kot način zunanje presoje kakovosti in varnosti zdravstvenih obravnav v Sloveniji je smiselno in potrebno umestiti v širši evropski prostor, predvsem v luči odpiranja trga zdravstvenih storitev in predvidenega prostega pretoka bolnikov.

Direktiva nalaga dolžnost pomoči pacientom, da prejmejo ustrezne informacije preko nacionalnih kontaktnih točk (država članica se sama odloči ali je to ena ali jih je več), da prejmejo informacije glede povračila stroškov (kdaj je potrebna predhodna odobritev in o tem kakšna je raven povračila stroškov (do višine, kot bi oseba prejela to storitev pri domačem izvajalcu)). Nacionalne kontaktne točke se bodo povezovale glede potrebnih informacij tudi z izvajalci. Da bi pacientom omogočili uveljavljanje njihovih pravic v zvezi s čezmejnimi zdravstvenim varstvom, jim nacionalne kontak-

tne točke v državi članici zdravljenja v skladu z zakonodajo te države članice zagotovijo informacije o izvajalcih zdravstvenega varstva, na zahtevo pa tudi informacije o pravici posameznega izvajalca, da opravlja storitve, in o morebitnih omejitvah opravljanja njegovih storitev, informacije iz spodnjega odstavka (čl. 4(2)a), kakor tudi informacije o pravicah pacientov, pritožbenih postopkih in mehanizmih za uveljavljanje pravnih sredstev, prav tako o razpoložljivih pravnih in upravnih možnostih za reševanje sporov, vključno s primeri, ko je v okviru čezmejnega zdravstvenega varstva povzročena škoda.

Direktiva (čl. 4(2)a) določa, da izvajalci zdravstvenih storitev:

- zagotavljajo ustrezne informacije, da posameznim pacientom pomagajo pri sprejemanju ozaveščenih odločitev, vključno o možnostih zdravljenja, o razpoložljivosti, kakovosti in varnosti zdravstvenega varstva, ki ga zagotavljajo v državi članici zdravljenja, in
- da predložijo tudi jasne račune ter jasne informacije o cenah, pa tudi o njihovi odobritvi ali registracijskem statusu izvajalcev zdravstvenega varstva, njihovem zavarovanju ali drugih oblikah osebne ali kolektivne zaščite v zvezi s poklicno odgovornostjo.

Če izvajalci zdravstvenega varstva pacientom s prebivališčem v državi članici zdravljenja že sedaj zagotavljajo ustrezne informacije, ta direktiva izvajalcev zdravstvenega varstva ne obvezuje, da bi morali pacientom iz drugih držav članic zagotavljati obširnejše informacije.

Direktiva poudarja pomen opolnomočenja pacientov oziroma državljanov, predvsem s posredovanjem ključnih informaciji, ki jih potrebujejo za sprejemanje odločitev o zdravljenju. Sprašujemo se, kako lahko paciente informirano glede kakovosti in varnosti v lastnih državah ali ustanovah? Ali zadostuje podatek o akreditaciji posameznega izvajalca ali je potreben prikaz vrste kazalnikov kakovosti? Ob postavljanju teh vprašanj neizbežno naletimo na vprašanje primerjav med državami. Videli bomo, kako je zanesljivost podatkov odvisna od uvedbe rešitev na področju informacijskih tehnologij. Številne države se soočajo z izzivom informatizacije v zdravstvu, v Sloveniji predvsem v okviru projekta eZdravje. Razvoj celovitih rešitev, ki bodo upoštevale potrebe pacientov, posameznega zdravnika in sestre ter nosilcev sistemskih ukrepov, je izjemno kompleksna naloga. Naloga je bila na vrhu prioritet Ministrstva za zdravje v zadnjih dveh letih in tako ostaja tudi danes in v bližnji prihodnosti.

Nova pravila določajo, da so evropski državljani lahko upravičeni do povračila stroškov za zdravstveno varstvo v drugi državi članici, če bi za takšno storitev iz njo povezane stroške dobili povračilo tudi v domači državi. Povračilo je lahko do višine stroškov, ki bi jih sicer povrnila država zdravstvenega zavarovanja, če bi bila storitev zagotovljena na njenem ozemlju, ne da bi prekoračilo dejanske stroške.

Zdravstvena blagajna bo lahko uvedla sistem predhodne odobritve za povračilo stroškov tistih zdravljenj, ki zahtevajo prenočitev v bolnišnici ali uporabo visoko specializirane in drage medicinske opreme. Poslanci in Svet so v predhodnih pogajanjih dosegli, da bodo zavrnitve možne samo z navedbo razlogov s posebnega dodatnega

seznama. Med takšne razloge sodijo na primer tveganja za bolnika ali širšo javnost. Po podatkih s katerimi razpolagamo danes se večina bolnikov sicer želi zdraviti čim bližje domu, saj se trenutno le približno en odstotek zdravstvenih proračunov držav članic porabi za zdravstveno varstvo v tujini.

Izvajalci zdravstvenih storitev bodo morali tudi:

- upoštevati načelo nediskriminacije zaradi nacionalne pripadnosti, ki se uporablja za paciente iz drugih držav članic.
- Zaračunavati enake cene za zdravstveno varstvo, kot jih zaračunajo domačim pacientom s primerljivim zdravstvenim stanjem, ali da zaračunajo ceno v skladu z objektivnimi, nediskriminatornimi merili, če ni primerljive cene za domače paciente.
- Pri potrebnih nadaljnji medicinski oskrbi, zagotoviti enako medicinsko oskrbo, kot če bi bilo zdravstveno varstvo zagotovljeno na njenem ozemlju;
- Zagotoviti pacientom, ki želijo prejemati ali prejmejo čezmejno zdravstveno varstvo, da imajo dostop na daljavo ali vsaj kopijo svoje zdravstvene dokumentacije v skladu z nacionalnimi ukrepi o izvajanju določb Unije o varstvu osebnih podatkov, zlasti direktiv 95/46/ES in 2002/58/ES.

Direktiva tudi določa, da države članice zdravljenja zagotovijo, da so informacije o dovoljenju za opravljanje dejavnosti zdravstvenih delavcev, navedene v nacionalnih ali lokalnih registrih na njihovem ozemlju, na zahtevo na voljo organom drugih držav članic zaradi čezmejnega zdravstvenega varstva glede na določbe te direktive in nacionalne ukrepe. Izmenjava informacij poteka prek informacijskega sistema za notranji trg, vzpostavljenega v skladu z Odločbo Komisije 2008/49/ES z dne 12. decembra 2007 o izvajanju informacijskega sistema za notranji trg (IMI) v zvezi z varstvom osebnih podatkov.

3 Zaključek

Predvidevanja kakšen bo vpliv Direktive o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu na kakovost in varnost v državah članicah so različna. Aktivnosti ministrstva so osredotočena na tematiko prostega pretoka pacientov in njene implikacije za kakovost ter varnost. Predvidevanja o potencialnih posledicah Direktive, ki so vezane na skrb zaradi odhodov pacientov v tujino, so bila in ostajajo tudi v prihodnosti močan pospeševalec naporov za krajšanje čakalnih dob. Največjo nevarnost pa lahko predstavlja posledično prelivanje finančnih sredstev med nacionalnimi zdravstvenimi zavarovalnicami, ki lahko v naslednjih letih dodatno negativno vpliva na finančno vzdržnost slovenskega zdravstvenega sistema. Cilj ministrstva za zdravje je in ostaja zagotavljanje najvišje kakovosti in varnosti sistema zdravstvenega varstva in tako državljanom Slovenije omogočiti kar najbolj varno in kakovostno zdravstveno oskrbo in na ta način ohranjati zaupanje v slovensko zdravstvo.

LITERATURA

1. Direktiva 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu.
2. Kiauta, M., Poldrugovac, M., Rems, M., Simčič, B. (2010). Nacionalna strategija za kakovost in varnost v zdravstvu (2010-2015). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
3. Model vzpostavitve sistema akreditacije zdravstvenih ustanov v Sloveniji. Ministrstvo za zdravje. Pridobljeno dne 21.12.2012, s [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si /pageuploads/zdravstveno_varstvo/akreditacije/031111_akreditacija.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/zdravstveno_varstvo/akreditacije/031111_akreditacija.pdf)

Iz šolskih klopi na praktični pouk

POVZETEK - Poučevanje zdravstvene nege je zahteven in zanimiv poklic. Ni teorije brez prakse. V prispevku bodo predstavljene vsebine teorije in prakse v zdravstveni negi. Problemski pouk kot nova metoda vnaša v proces izobraževanja novosti za učitelja in za dijaka. Ob izkustvenem učenju se dijak uči iz izkušenj. Zagotavljanje kvalitetnega izvajanja praktičnega pouka v kliničnem okolju pa je ena od glavnih nalog mentorjev praktičnega pouka.

KLJUČNE BESEDE: zdravstvena nega, problemski pouk, učne situacije

1 Uvod

Pri poučevanju zdravstvene nege na Srednji zdravstveni in kemijski šoli Novo mesto povezujemo teoretično in praktično znanje skozi vsa štiri leta izobraževanja. V letih se je sistem izobraževanja spreminjal. Sledile so si preнове izobraževalnih programov, da bi izboljšali pogoje izobraževanja, ustvarjali dobre strokovne delavce. V letošnjem letu bomo prehodili 50 let dolgo pot. Pot ni bila lahka. Ko se ozremo nazaj, lahko s ponosom rečemo, da smo kot šola dober zgled. Mnenja o posredovanju učne snovi in o usposobljenosti naših dijakov so v tem času zelo različna, velikokrat izražena subjektivno. Spreminjale so se vsebine programov, pogoji in načini poučevanja. S časom pa se spreminjajo tudi generacije, njihove želje in navade. Zadnja prenova izobraževanja poudarja kompetenčen pristop, nov način posredovanja učne snovi, v vzgojnoizobraževalnem procesu pa se večja vloga in odgovornost dijaka. Novost preнове programa je tudi praktično izobraževanje pri delodajalcu.

2 Teoretične osnove zdravstvene nege

Medicinska sestra je izvajalka zdravstvene nege, ki je ob bolniku, posamezniku neprekinjeno 24 ur na dan. Narava dela narekuje, da medicinska sestra z njim vzpostavi zaupen profesionalen odnos, pri tem pa upošteva etična in moralna načela ter osnovne človekove pravice. Medicinska sestra se predstavlja s svojo identiteto in tudi s profesionalno samopodobo. Le-ta ustvarja lik medicinske sestre. Ob tem so pomembne osebne človeške lastnosti, čustvena zrelost in humanost. Profesionalnost pri delu se izoblikuje skozi formalno pridobivanje znanja v času šolanja, vseživljenjskega učenja in skozi pridobivanje neformalnega znanja. Pomembno je zavedanje, da bi morala medicinska sestra postaviti interes posameznika pred lasten interes. S

svojim delom, izgledom, vedenjem predstavlja lastno podobo, odnos do poklica, pa tudi lik in odnos do ustanove, ki ji pripada. Medicinska sestra naj s svojim delovanjem pozitivno vpliva na oblikovanje lika medicinske sestre tudi izven delovnega okolja. Poudarek je na strpnih, dobrih medosebnih odnosih, ki so temelj kakovostnega dela na področju zdravstvene nege (Zbornica zdravstvene in babiške nege, 2012).

Pri pouku zdravstvene nege dijaki spoznajo in pridobijo vse potrebno teoretično in praktično znanje o zdravstveni negi in liku medicinske sestre. Poudarja se primeren odnos, komunikacija in pomen strokovnosti pri delu. Zelo je pomembna dobro vodena praksa, ki brez dobre teorije ni strokovna. Pomembna je dobra psihična priprava dijaka, saj le ustrezno strokovno podkovan dijak lahko svoje delo opravlja dobro in s posameznikom vzpostavi primeren odnos zaupanja in sodelovanja. Pri delu medicinska sestra upošteva novosti, trenutno veljavne strokovne standarde in smernice za posamezno strokovno področje.

3 Poslanstvo Srednje zdravstvene in kemijske šole Novo mesto

Na naši šoli bodo dijaki v programih zdravstvena nega, bolničar-negovalec, kemijski in farmacevtski ter kozmetični tehnik pridobili strokovno in splošno znanje, spretnosti in navade, potrebne za samostojno, odgovorno in samozavestno opravljanje poklicnih nalog ali uspešno nadaljevanje izobraževanja. Pomagali jim bomo pri oblikovanju lastne osebnosti in pri spopadanju z življenjskimi preizkušnjami na poti v samostojno življenje (Šolski center Novo mesto, 2012).

Učitelj se pri izvajanju svojega poklica srečuje s pomembnimi vlogami učitelja, vzgojitelja, kritika in svetovalca. Tudi vloga in položaj učitelja se skozi čas spreminjata. Vloga učitelja postaja vse bolj vloga mentorja, ki dijaka usmerja v procesu pridobivanja novega znanja. Pri delu z dijaki učitelju, mentorju pomagajo različne oblike in metode dela. Cilj posredovanja učnih vsebin pa je dobro sprejemanje in reprodukcija znanja na novih področjih. Pri poučevanju se upoštevajo različne oblike zahtevnosti znanja pri posredovanju in tudi pri ocenjevanju znanja.

Danes posredujemo snov v obliki problemskega pouka, preko t. i. učnih situacij. Problemski pouk je ena od metod izkustvenega učenja, pri kateri dijaki z vodeno obliko reševanja pridejo do novega znanja. V primerjavi s klasičnim poukom problemski pouk poudarja aktivnost dijaka, saj dijak problem, ki izhaja iz življenja, sprejme kot lasten problem, ki ga želi rešiti. Dijakom tako olajša razumevanje učne snovi, predstavitev novih vsebin, ki so povezane z reševanjem problema. Učna ura poteka po načrtu, kjer se najprej določi tema, na temo se skupaj zastavijo cilji, ki jih želimo doseči. Mentor in dijak skupaj načrtujeta aktivnosti, ki bodo potekale. Znanje, ki ga dijak pridobi, učitelj oz. mentor skupaj vrednotita ob posameznih fazah učnega procesa. Ob koncu dijaki povzamejo novo pridobljeno znanje, ga predstavijo na primeru in skupaj z mentorjem ovrednotijo glede na v začetku zastavljene učne

cilje. Poudarek je na timskem reševanju problema, ki prispeva k boljši komunikaciji, aktivni vlogi vseh sodelujočih v procesu poučevanja. Ob tem jih navajamo na opazovanje, pomen dokumentiranja, strokovnosti. Zaželeno je tudi medpredmetno povezovanje, ki prispeva k bolj kvalitetni predstavitvi in bolj kompleksnemu reševanju danih problemov (Simončič, 2008).

4 Praktični pouk v programu zdravstvena nega

V vseh novih programih je pomembno praktično izobraževanje. To se izvaja kot praktični pouk v šoli in kot praktično usposabljanje z delom pri delodajalcih. Praktično usposabljanje z delom omogoča predvsem doseganje ciljev s področja poklicne socializacije, razvoja osebnostnih potencialov in poklicnih kompetenc, pomembnih za kakovost dela in obvladovanje celovitih poslovnih procesov. Praktično usposabljanje z delom se izvaja na podlagi sklenjene individualne učne pogodbe med delodajalcem in dijakom oziroma dijakinjo ali kolektivne učne pogodbe med delodajalcem in šolo (Novinec, 2009).

Dijaki imajo v prvih dveh letih praktični pouk v specialnih učilnicah, v tretjem in četrtem letniku pa praktični pouk na oddelkih SB Novo mesto in v Domu starejših občanov Novo mesto. V specialnih učilnicah se dijaki naučijo izvajanja negovalnih intervencij, za katere so kompetentni (Novinec, 2008). Znanje utrjujejo z različnimi metodami dela: demonstracijo, igro vlog, reševanjem primerov, delom z besedilom in drugimi (CPI, 2012). Dijaki znanje in spretnosti, ki so se jih naučili v prvih dveh letih, prenesejo v klinično okolje in jih izpopolnijo. Vključujejo se v realno okolje, kjer se lahko naučene situacije med seboj prepletajo in to od dijaka zahteva veliko strokovnosti, prilagajanja in praktičnih veščin. Pri tem se navajajo na samostojnost pri delu, izboljšujejo komunikacijo, ob tem pa jih spremlja mentor praktičnega pouka. Ključna naloga mentorja je zagotavljati kvalitetno izvajanje zdravstvene nege (Novinec, 2008).

5 Praktično usposabljanje pri delodajalcu (PUD)

Praktično usposabljanje dijaki opravljajo v socialnih in zdravstvenih institucijah. Di-jak se vključuje individualno v delovni proces, pri tem ga spremlja mentor. Mentor je lahko delavec, ki ima najmanj tri leta delovnih izkušenj z isto ali višjo izobrazbo. Šola in zavod skleneta kolektivno pogodbo, kadar se dijak individualno dogovori za izvajanje PUD-a pa se izpolni med dijakom in zavodom individualna pogodba. Pogodba določa pogoje izvajanja PUD-a. Izvajanje PUD-a usklajuje koordinator za izvajanje PUD-a na šoli in koordinator znotraj zavoda. Da je dijak uspešno opravil PUD, je treba oddati vso potrebno dokumentacijo, ki jo pregleda mentor na oddelku

in koordinator PUD-a na šoli. Dijak pri izvajanju PUD-a izvaja individualno delo ob nadzoru mentorja iz kliničnega okolja (Novinec, 2009).

6 Zaključek

Skozi praktično prikazovanje in s teoretično razlago smo poskušali predstaviti pomen izobraževanja medicinskih sester. Poudariti želimo, da ni teorije brez prakse in obratno. Dobra praksa pa je lahko strokovno izvedena le z dobrim praktičnim in teoretičnim znanjem. Ali trenutni sistem izobraževanja to omogoča, je vprašanje, na katerega odgovora ne poznamo. Vemo, da znotraj vsake generacije usposobimo nekaj zelo dobrih dijakov, nekaj dobrih in nekaj dijakov, ki jim poklic zdravstvena nega ni prioriteta na njihovi življenjski poti. Prepričani pa smo, da smo tudi slednjim na njihovi življenjski poti posredovali znanje, ki jim ne bo koristilo na poklicni poti, temveč ga bodo lahko koristno uporabili v življenju. Trudimo se oblikovati strokovne, zanesljive in humane osebnosti, ki se bodo ob delovnih izkušnjah, pridobljenih v času pripravnštva in zaposlitve, še utrdile in bodo pozitivno predstavljale lik medicinske sestre in tudi strokovno zdravstveno nego.

LITERATURA

1. Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Zdravstvena nega (medicinska sestra). Pridobljeno 15. 11. 2012, s http://www.zbornica-zveza.si/zdravstvena_nega.aspx.
2. Informacije o šoli. Šolski center Novo mesto, Srednja zdravstvena in kemijska šola, Pridobljeno 15. 11. 2012, s <http://www.sc-nm.si/szks/>.
3. Center za poklicno delo Slovenije. Učne oblike in metode poučevanja. Pridobljeno 15. 11. 2012, s http://www.cpi.si/files/cpi/userfiles/TrajnostniRazvoj/_Ucne_oblike_in_ucne_metode.pdf.
4. Novinec, V. (2008). Spodbujanje dijakov programa tehnik zdravstvene nege pri praktičnem pouku, Seminar Sekcije medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju. Ljubljana. Pridobljeno, s http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/Problemski_pouk_v_zdravstveni_negi.pdf.
5. Novinec, V. (2009). Praktično usposabljanje pri delodajalcu in vloga mentorja. Seminar za usposabljanje mentorjev PUD-a, DMSBZT Novo mesto.
6. Simončič, M. (2008). Problemski pouk v zdravstveni negi. Seminar Sekcije medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju, Ljubljana. Pridobljeno, s http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/Problemski_pouk_v_zdravstveni_negi.pdf.

Napačno rokovanje in zdravstvena nega pacienta s trajnim urinskim katetrom

POVZETEK - TUK je drenažna cevka. Glede na njegovo zgradbo, obliko in na način uporabe, TUK delimo v tri skupine. Medicinske sestre se moramo zavedati, da je vsak TUK v sečilih potencialna možnost okužbe, četudi smo naredile prav vse, da pacientu zagotovimo najboljšo oskrbo. Napačno rokovanje in zdravstvena nega pacienta s TUK lahko privede do nepopravljivih posledic, kot so okvare ledvic, urosepsa ali pa zgolj lokalno draženje oz. vnetje. Navodila za kateterizacijo mora imeti izdelana vsaka zdravstvena organizacija v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvenem varstvu.

KLJUČNE BESEDE: trajni urinski kateter (TUK), kateterizacija, aseptične metode dela, standardi zdravstvene nege

1 Uvod

Že Egipčani so se ukvarjali z vprašanjem, kako in na kakšen način drenirati sečni mehur ob zastoju urina. Nepredstavljive so bolečine, ki jih povzroča zastoj urina posamezniku, kaj šele muke, ki so jih bili ljudje deležni pred uporabo katetrov.

V sodobni medicini poznamo različne možnosti drenažanja sečil, kot so perkutani nefrostomi, cistostomi, urostomi in TUK. Vsaka od njih je potencialni vir okužbe sečnih poti, zato je treba nameniti veliko pozornosti njihovi negi in pravilnemu rokovanju z njimi. Med različnimi pripomočki, ki jih je na trgu vse več, se moramo odločati za tiste, ki zagotavljajo optimalno varno in enostavno uporabo za strokovno osebje in za paciente, ki živijo s TUK doma, ter za tiste pripomočke, ki so ekonomsko dosegljivi. Veliko časa je treba nameniti tudi zdravstveni vzgoji pacientov, saj lahko le pravilno poučen pacient prepreči marsikatero napako, ni tako prestrašen in se ne izogiba rokovanju s katetrom. Rokovanje s katetri zahteva določeno znanje in vajo, ki pa ju seveda nimajo vsi, zato je potrebna samokritičnost in vedenje, kdaj moramo prositi za pomoč kolege, ki se s katetri srečujejo vsakodnevno.

2 Kaj je urinski kateter?

TUK je drenažna cevka, ki se preko sečnice vstavi v sečnik in omogoča kontrolirano praznjenje le-tega. Sodobni urinski katetri so izdelani iz materialov, ki povzročajo minimalno draženje sluznice, sečnice in sečnika (Ivanuša, Železnik, 2008).

3 Kako izberemo kateter

Glede na njihovo zgradbo, obliko in namen uporabe, TUK izbiramo glede na:

1. zgradbo:

- PVC, drugi plastični katetri, gumijasti (za enkratno uporabo),
- iz lateksa (uporabno 3-4 dni),
- silikonizirani lateks (uporaba do 7 dni),
- silikonski ali teflonski (uporaba 4-6 tednov),
- iz hidrogela (uporaba 2-3 mesece).

2. obliko:

- enokračni (navadni PVC brez balončka za fiksacijo),
- dvokračni (Foleyjevi - različne velikosti),
- trokračni (Foleyjevi - različne velikosti).

3. namen uporabe:

- diagnostični,
- terapevtski.

Pogosto je namen uporabe TUK diagnostični in terapevtski hkrati.

4 Vzroki za vstavev urinskega katetra

Pogosto je indikacija za vstavev urinskega katetra zastoj urina, odvzem urina, merjenje diureze ali za intravezikalno terapijo. Kateterizacija moškega ali ženske je aseptični medicinsko-tehnični postopek, ki se izvaja po naročilu zdravnika. Moške paciente kateterizira zdravnik, ženske pa lahko kateterizira medicinska sestra (Klemenc, 1995).

5 Navodila za kateterizacijo

Navodila za kateterizacijo mora imeti izdelana vsaka zdravstvena organizacija v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvenem varstvu v obliki standardov, ki jih izoblikuje.

V standardih zdravstvene nege pacienta je določeno število izvajalcev (1-2), priprava pacienta (psihična in fizična), priprava izvajalca (psihična in fizična), način izvajanja (aseptična metoda dela), potek dela, negovanje pacienta s TUK, negovanje TUK, skrb za pravilno dreniranje in hidracijo pacienta ter pravilno vrednotenje in dokumentiranje.

6 Dokumentiranje

Zdravnikovo naročilo je dokumentirano na temperaturnem listu pacienta pod datumom vstavitve. V negovalno dokumentacijo pod rubriko »dan vstavitve« navedemo vstavitev, velikost vstavljenega urinskega katetra in nastavitev drenažne vrečke. Drenažna vrečka naj se izprazni vsaj enkrat v osmih urah, njena menjava pa je po potrebi ali vsakih sedem dni. Vsako drenažno vrečko, ki jo uporabljamo, opremimo z datumom nastavitve.

7 Najpogostejše napake pri vstavitvi in negovanju TUK

Napačno rokovanje in zdravstvena nega pacienta s TUK lahko privede do nepopravljivih posledic, kot so okvare ledvic, urosepsa ali pa zgolj do lokalnega draženja ali vnetja. Vse to podaljšuje hospitalizacijo in slabo počutje pacienta, saj živimo v času, ko se ležalne dobe v bolnišnicah intenzivno skrajšujejo. Do napak lahko pride:

- pred vstavitvijo zaradi:
- slaba psihična priprava pacienta (pacientu ne namenimo dovolj časa za pojasnitev vzroka, poteka in okvirnega časovnega obdobja trajanja kateterizacije),
- slaba fizična priprava pacienta (vsi pomični pacienti naj se pred kateterizacijo okopajo in pri umivanju dodatno skrb posvetijo anogenitalnemu predelu; nepomičnega pacienta poizkušamo okopati mi ali pa naredimo posteljno kopel, kjer smo pri anogenitalni negi izdatno pozorni na smer umivanja simfiza-anus),
- slaba psihična priprava izvajalca (izvajalec mora vedeti, da lahko s slabim znanjem in preveliko samozavestjo povzroči pacientu nepopravljivo škodo),
- slaba fizična priprava izvajalca (pravilna in smotrna uporaba zaščitnih sredstev, umivanje in razkuževanje rok),
- materiala, ki mu je potekel rok, ima poškodovano embalažo ali ni bil pravilno shranjen, ne zavržemo,
- nismo poskrbeli za pacientovo intimo in nemoten potek kateterizacije;
- med kateterizacijo zaradi:
- neupoštevanje aseptične metode dela (nepravilno orokavičenje, nepravilno pokrivanje, nepravilno razkuževanje, spuščanje labijev, spuščanje rok pod aseptično polje, neprekinjena kateterizacija, če material ni več sterilen, v sterilno polje vstopa asistent),
- fiksacijski balonček katetra polnimo s fiziološko raztopino namesto s sterilno destilirano vodo in se ne prepričamo o predpisani količini le-te,
- nepravilno namestimo drenažno vrečko in je ne označimo,
- ne preverimo drenaže in se ne prepričamo, da je odtok urina nemoten,
- nepravilna fiksacija, če se zanjo odločimo;
- po kateterizaciji zaradi:

- pacienti pogosto napačno ravnaajo s TUK, ker jih je strah; to je za njih nekaj ne-
navadnega in jih je sram, zato moramo pogosto ponavljati navodila ter jih uspo-
sabljeti za pravilno rokovanje s katetrom, tudi preverjanje pacientovega znanja o
pravilnem rokovanju naj nam ne bo odveč,
- nepravilno prebrizgavanje z zaprtim infuzijskim sistemom ali z brizgo,
- drenažnih vrečk ne menjamo in ne spremljamo datumov vstavitve katetrov.

8 Zaključek

Medicinske sestre se moramo zavedati, da predstavlja vsak TUK v sečilih potencial-
no možnost okužbe, četudi smo naredile prav vse, da pacientu zagotovimo najboljšo
oskrbo. Vstopna mesta za paleto različnih mikroorganizmov so po svetlini ali po
zunanji steni katetra (Klemenc, 1995).

Prav medicinske sestre, ki ob pacientu preživimo največ časa, bi morale toliko bolj
skrbeti za pacientovo naravno izločanje urina. Zato moramo kot zagovornice paci-
entovih koristi dajati pobudo za odstranitev TUK, ko zanj ni več indikacij. Kadar je
TUK vstavljen kot neizogibna rešitev medicinskega problema, pa moramo zagota-
vljati kakovostno, sistemsko in strokovno zdravstveno nego ter individualen pristop
k pacientu (Topler, 2011, splet).

Pacientu, ki bo tudi doma imel vstavljen TUK, moramo ob odpustu zagotoviti na-
tačna pisna navodila za nego in ravnanje s TUK.

LITERATURA

1. Ivanuša, A., Železnik, D. (2008). Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor:
Fakulteta za zdravstvene vede.
2. Klemenc, D. (1995). Urinska inkontinenca. *Obzornik zdravstvene nege*, 29 (1-2), 27-45.
3. Topler, M. (2011). *Zdravstvena nega pacienta z urinskimi drenažami*. SlovenjGradec:
Splošna bolnišnica.

Pomanjkljivosti pri sprejemu pacientov v enoti kirurškega centralnega sprejema

POVZETEK - Na kirurškem oddelku Splošne bolnišnice Novo mesto deluje enota centralnega sprejema pacientov. Tam se sprejmejo vsi pacienti, ki prihajajo na naročen in načrtovan operativni poseg, vsi, ki so predvideni za posege v enodnevni bolnišnici, in otroci, ki prihajajo na načrtovane operativne posege, s to razliko, da se pri otrocih opravi samo administrativni sprejem. Sprejmejo pa se tudi vsi urgentni pacienti, ki so delno ali popolnoma pomični. Opravijo se odvzemi krvi zaposlenim v naši bolnišnici za zdravniške preglede in se jim posname EKG. Zadnje leto pa se opravijo tudi odvzemi krvi pacientom, ki prihajajo na preiskave na radiološki oddelek. V prispevku so predstavljene pomanjkljivosti pri sprejemu pacientov v enoti kirurškega centralnega sprejema. Prikazan je vpliv sprejema na pacientovo zadovoljstvo, zagotavljanje njegove varnosti in zasebnosti. Predstavljena je celotna pot sprejema pacienta v bolnišnico od administrativnega vpisa do namestitve na predviden kirurški odsek. Na poti sprejema pa se pacient srečuje s kar nekaj pomanjkljivostmi, ki so se sicer v preteklih letih poskušale urediti. Logistična pot sprejema se je kar nekajkrat spremenila, enako tudi način dela, še vedno pa nismo uspeli doseči, da bi bil postopek sprejema za paciente čim bolj enostaven in prijazen.

KLJUČNE BESEDE: pomanjkljivosti, pacienti, centralni sprejem, zadovoljstvo pacientov, varnost pacientov

1 Uvod

V uvodu se bomo srečali z nekaterimi definicijami, ki smo jih že vsi pogosto slišali, pa še vedno radi pozabimo nanje in na njihov pomen. Ogleдали si bomo definicijo napake, kakovosti in zdravstvene nege.

V Slovarju slovenskega knjižnega jezika (2000) piše, da je napaka:

- kar ni v skladu z določenim pravilom, določeno normo,
- navadno s prilastkom slaba, nezaželena lastnost, značilnost koga, zlasti v moralnem pogledu,
- dejanje, ravnanje, ki ni v skladu z določenim ciljem.

Ministrstvo za zdravje (2012) pa meni, da je zdravniška oz. zdravstvena napaka nepričakovan, nenačrtovan dogodek, ki bi lahko ali je povzročil škodo bolniku. Je odstopanje od pričakovanega načina izvedbe zdravstvenega ukrepa.

Definicije kakovosti:

Kakovost je možnost, da z učinkovito zdravstveno nego izboljšamo zdravstveno stanje in zadovoljstvo prebivalstva v okviru virov, ki so jih družba in posamezniki pripravljene porabiti za zdravstveno nego (Williamson, 1974).

Kakovost ni nekaj absolutnega, trajnega in enkrat za vselej dosegljivega. Načela kakovosti določajo uporabniki, država, politika in interni dejavniki v samih upravnih organizacijah (Berlogar, 1997).

Definicije zdravstvene nege:

Medicinska sestra pomaga zdravemu ali bolnemu v tistih aktivnostih, ki pripomorejo k ohranitvi zdravja, vrnitvi zdravja ali mirni smrti in bi jih le-ta opravil samostojno, če bi imel za to voljo, moč in znanje. Na tem področju je medicinska sestra ekspert in ima pravico pobude in nadzora (Virginia Henderson, 1957).

Zdravstvena nega je celovita dejavnost, ki se ukvarja s posameznikom, družino in družbeno skupnostjo v njihovih razvejanih funkcijah v času zdravja in boleznih oziroma se giblje iz ene sfere v drugo. Enkratna naloga medicinske sestre je torej, da ugotavlja potrebe in načrtuje zdravstveno nego, ki bo pomagala bolnemu ali zdravemu posamezniku opravljati vse, kar koristi njegovemu zdravju, okrevanju ali mirni smrti. Cilj zdravstvene nege je omogočiti neodvisnost varovanca, če ima za to potrebno moč, voljo in znanje. Svoje naloge mora opravljati tako, da bo varovancu vrnila neodvisnost v najkrajšem možnem času (SZO, 1991).

2 Kako je nastajal in se razvijal centralni sprejem

Septembra leta 2003 so začeli izvajati projekt centralnega sprejema bolnikov, ki prihajajo na načrtovan operativni poseg. Vodja projektnega tima je bila glavna medicinska sestra kirurškega oddelka Marta Gantar v sodelovanju z ostalimi odgovornimi medicinskimi sestrami odsekov. V centralnem sprejemu sta takrat opravljali delo ena srednja medicinska sestra in ena diplomirana medicinska sestra.

Z odprtjem centralnega sprejema so dosegli boljšo kakovost obravnave pacientov za tisto obdobje. Razbremenilo se je delo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov na kirurških odsekih. Za sprejem pacientov sta bila takrat namenjena dva prostora. V prvem so pregledali bolnikovo dokumentacijo in pacienta oskrbeli z vso negovalno dokumentacijo, preverili krvne in ostale specialistične izvide, ki jih je pacient prinesel s seboj. Odvzeli so kri za manjkajoče krvne izvide, izmerili vitalne funkcije. Bolnik je podpisal vsa soglasja, potrebna za operativni poseg. V drugem prostoru pa se je pacient higiensko uredil in oblekel bolnišnično perilo. Nato so pacienta pospremili na odsek. Centralni sprejem je bil takrat načrtovan za pomične paciente, ki pridejo na načrtovan operativni poseg preko sprejemne pisarne in imajo izpolnjen temperaturni list s sprejemno diagnozo in naročenimi diagnostičnimi postopki. Na sprejem so počakali v dnevnem prostoru v prvem nadstropju kirurškega oddelka. Delati se je pričelo, čeprav projekt še ni bil v celoti realiziran, saj je bilo treba izpeljati še projekt

računalniškega naročanja pacientov na operativni poseg in organizacijo sprejemne kirurške ambulante ter preanesteziološke ambulante. Po dokončni realizaciji je sprejem sicer potekal dokaj utečeno, prostori pa so bili zelo razdrobljeni po vsej kirurgiji. Tako se je pacient vpisal pri vходу v čakalno vrsto in odšel v klet v sprejemno ambulanto, kjer ga je pregledal zdravnik in odobril sprejem pacienta. Pacient se je nato vrnil v pritličje, kjer so opravili administrativni sprejem in pacienta usmerili v prvo nadstropje v centralni sprejem, kjer so sprejem opravili po že zgoraj opisanem postopku (odvzem krvi za izvide, izvajanje antropometričnih meritev, merjenje vitalnih funkcij, snemanje EKG-ja in dopplerja - če je bilo naročeno). Slabosti takratne organizacije so bile, da je bil sprejem zelo razdrobljen in so se pacienti izgubljali. Prednost je bila, da je vsakega pacienta obravnaval tudi zdravnik.

Na tak način smo svoje delo bolj ali manj uspešno opravljali do leta 2009, ko so se odločili za reorganizacijo dela. Ugotovili so, da bi bilo smiselno, da se sprejem pacienta čim bolj centralizira in se pacientom poenostavi pot, storitev pa se na čim bolj prijazen način približa uporabniku.

Pacienti naj bi prihajali na sprejem v dopoldanskem času, in sicer med 6.30 in 14.30 in ob nedeljah med 9. in 12. uro dopoldne. Ves postopek sprejema so prostorsko združili in poteka v 1. nadstropju kirurškega oddelka, tako so tudi sprejemno pisarno in sprejemno ambulanto združili z že postavljenimi prostori centralnega sprejema. V že obstoječi enoti je nastala gneča in močno pomanjkanje prostora. Zato so dodali še en prostor, v kateri je bila enota za snemanje EKG-ja in DOPPLER-ja. Tako so speljali ves postopek sprejema pacienta od sprejemne pisarne, sprejemne ambulante, do dela, kjer se pacientu opravi antropometrične meritve, izmeri vitalne funkcije, opravi higienizacija pacienta in se ga preobleče v bolniško perilo, pregleda vso zdravstveno dokumentacijo in odvzame kri za manjkajoče izvide, posname EKG in doppler, če je potrebno, in vse to v samo štirih prostorih. Na novo se nam je pridružila administratorica, ki je prisotna v prvem prostoru centralnega sprejema med 6.30 in 12. uro. Tam se opravi administrativni sprejem pacienta in priloži RTG slike za programske sprejeme, dokumentacijo nam iz arhiva dostavijo en dan prej ambulantne medicinske sestre oz. tisti, ki je zadolžen za arhiv. V primeru nenačrtovanih sprejemov, ki jih ni malo, pa slike poišče administratorica, ki je tisti dan v centralnem sprejemu.

Že takoj smo ugotovili, da nimamo prostora za zdravnika, tako da je sprejemna ambulanta izpadla iz logistične poti sprejema pacienta. S tem, da se je medicinskim sestram, ki so zaposlene v centralnem sprejemu, dalo veliko pisnih in ustnih navodil in seveda pisnih in ustnih pooblastil. Ob upoštevanju teh navodil pogosto ugotovljamo, da velikokrat prekoračimo meje svojih kompetenc in se močno izpostavljamo. Problem nastane takrat, ko pride do težav in ugotovimo, da vsa tista navodila ne veljajo nič, še manj pooblastila, še sploh pa ustna, saj takrat navadno tisti, ki so nas pooblastili, zapadejo v neko obliko »amnezije« in o tem, da so dali kakšna navodila ali pooblastila, ne vedo nič. Na drugi strani pa moramo spet biti pozorni pri upoštevanju navodil, ki nam jih je izstavila anestezijska. Po teh navodilih naj bi vsakega pacienta

videl ali operater ali anesteziist in ko prepogosto koga kličemo, naj pride pogledat pacienta, izbruhnejo v vsej svoji sili ustna pooblastila. In začaran krog je tu!

Tako se v prvem prostoru opravi administrativni sprejem pacienta, ki ga po novem, od 1. 9. 2012, opravlja tudi medicinska sestra, nato pacienta pospremimo v naslednji prostor, kjer se preobleče in stušira, če je to potrebno. Tuširanja, razen v izjemnih primerih, ne prakticiramo, saj pri povprečno 40-ih sprejemih dnevno oz. v dopoldanskem času, to ni izvedljivo. Tam popišemo obleko in njegove stvari v treh izvodih - enega damo v popis, enega pacientu in en izvod se pripne na obešalnik pacientove obleke, saj le-to pride proti koncu delovnega dopoldneva iskat medicinska sestra z odseka, kamor je pacient nameščen. Ko je higiensko urejen in preoblečen v bolniško perilo, pacienta pospremimo v naslednji prostor, kjer pregledamo vso njegovo dokumentacijo, odvezamo kri za manjkajoče laboratorijske izvide, nadzorne kužnine, nastavimo i.v. kanal, posnamemo EKG, na temperaturni list izpišemo vse diagnoze, opravimo antropometrične meritve in izmerimo vitalne funkcije - vse se sproti beleži na temperaturni list. Če je potrebno, pacienta odpeljemo še v naslednji prostor na dopplersko preiskavo ožilja, največkrat pa tam tudi snemamo EKG. Od tu pa medicinska sestra pospremi pacienta do ustreznega odseka in na odseku preda dokumentacijo in pacienta odsečni medicinski sestri. Na RTG obravnave pa pacienta peljejo medicinske sestre z odseka ali (redko) transportna služba.

Pacienti na sprejem čakajo kar v dnevnem prostoru med dvema odsekoma, kjer je najpogosteje preveč ljudi, tako da se ljudje raje odločajo, da čakajo na hodnikih in tako predstavljajo ovire za transport pacientov iz operacijske v EIT in iz odsekov v operacijsko. Kaos! Potreben bi bil prostor, ki bi bil namenjen samo čakanju na sprejem - čakalnica in seveda sanitarije. Sedaj jih ni, tako da paciente pošiljamo kar na najbližja dva odseka, kjer se zopet ustvarja gneča in moti red in delo odseka.

Za sprejem imamo zaposleni dve medicinski sestri, ki delata po štiri ure, in eno diplomirano medicinsko sestro. V enoti, kjer se izvaja dopler in snema EKG, pa sta zaposleni dve medicinski sestri, ki delata po štiri ure, in ena, ki opravlja delo osem ur. Veliko je bolniških odsotnosti, saj so pogosto preveč obremenjene in ne zdržijo hitrega tempa sprejemov. Od nas zahtevajo, da prvo uro obratovanja sprejmemo tako pediatrične paciente, paciente za enodnevno obravnavo in paciente, ki bodo operirani isti dan, in to je navadno okoli 20 pacientov. Delamo po svojih najboljših močeh, pa še vedno ne moremo ustreči vsem na vseh koncih, seveda je tempo tudi drugje tak, da nihče ni pripravljen čakati več kot dve minuti. Medicinske sestre delamo pod pritiskom, češ da smo prepočasne in da ne delamo nič, kar predstavlja velik psihični pritisk in stres in to vodi tudi v bolniške staleže. Dopoldne smo določili ure za sprejem pacientov, ki so operirani naslednji dan, in vsaj malo razbremenili jutranjo konic, ki pa še vedno ostaja. Ob štiridesetih in več sprejemih pa se pogosto vprašamo, kje je kakovost obravnave, na kakšen način zagotavljamo varnost pacienta, njegovo dostojanstvo, kolikokrat v dopoldnevu kršimo pravico do varovanja osebnih podatkov pacienta, saj imamo pogosto v enem prostoru nagnetenih več ljudi in opravljamo več stvari hkrati, samo da pacienta sprejmemo čim prej in ga pospremimo na odsek,

od koder pa navadno gre takoj v centralni operacijski blok. Tako število pacientov sprejmemo največkrat do 12. ure.

V ponedeljek, torek in sredo po 12. uri imamo čas, namenjen kliničnem potem, ki jih je treba pripraviti za vsakega pacienta glede na diagnozo in z vsemi pacienti, ki so obravnavani po klinični poti, tudi opraviti prvi telefonski pogovor. Za telefonski pogovor imamo pripravljen obrazec, ji ga je treba izpolniti. Vsak pogovor, da ga opravimo kakovostno, traja med 20 do 30 minut. Tedensko imamo po klinični poti obravnavnih med 20 in 30 pacientov.

Ugotovljamo, da imamo premalo časa, premalo zaposlenih in premalo prostorov, da bi svoje delo opravljali dobro in kar najbolj prijazno do pacienta. Pri času ne moremo iskati rezerv, saj je osem ur lahko samo osem ur. Pri kadrovskih težavah naš menedžment meni, da nas je že tako preveč, saj gledajo samo število medicinskih sester na razporedu in pogosto oz. vedno pozabijo ali pa spregledajo, da jih več kot polovica opravlja samo polovični delovni čas. Pri prostorski ureditvi pa se tudi zaenkrat ne kaže kakšna ustrezna oz. ugodna rešitev.

Ker pa ne sprejemamo samo pacientov za načrtovane posege, ampak tudi vse urgentne paciente, ki so pomični, pa pogosto prihaja tudi do nenadnih slabosti, omedlevic in za te paciente sploh nimamo primerne čakalnega prostora, čeprav imamo navodila, da imajo prednost pred vsemi ostalimi. Žal pa ne moremo vedno takoj izprazniti prostorov in morajo pogosto počakati na vrsto za sprejem. Ob tem pa, da ne omenjam, da so to ljudje, ki so prizadeti zaradi bolečin in težko čakajo. Vsi bi morali upoštevati prvotni dogovor, da se paciente po urgentni poti sprejme naravnost na odsek in ne preko centralnega sprejema.

Da pridobimo povratno informacijo od varovancev, enkrat letno izvajamo ankete, ki so anonimne. Zanima nas predvsem zadovoljstvo varovancev ob stiku z negovalnim osebjem in njihovi vtisi ter seveda njihovi predlogi za izboljšanje delovanja enote. Prostor, kjer čakajo na sprejem, veliki večini ustreza, moti pa jih bližina balkona, kjer ostali pacienti kadijo, tako da tudi dnevni prostor smrdi po cigaretne dimu, pogrešajo stranišče in več stolov ali klopi. Pri vprašanju, koliko časa so čakali na sprejem, jih je več kot 60 % odgovorilo, da največ 10 minut. Tako lahko rečemo, da smo hitre. Pa se zopet lahko vprašamo, kakšna je kakovost obravnave. Pri vprašanih, ki so se nanašala na način obravnave medicinskih sester, so bili vsi zadovoljni in menijo, da smo medicinske sestre prijazne, razumevajoče, da smo dovolj jasne pri razlagi postopka sprejema. Menijo, da smo dostopne za vprašanja in da imamo spoštljiv odnos.

3 Zaključek

Zaposleni v kirurškem centralnem sprejemu menimo, da so spremembe prostorske ureditve nujno potrebne, prav tako menimo, da je treba zagotoviti prisotnost zdravni-

ka ali anesteziista pri obravnavi sprejetega pacienta, saj bomo le tako lahko zagotovili primerno kakovost dela.

LITERATURA

1. Berlogar, J. (1997). Zdravstvena nega in kakovost. Pridobljeno 06. 11. 2012, s <http://www.zdravstvena.info/vsznj/zdravstvena-nega-in-kakovost/>.
2. Henderson, V. (1957). Zdravstvena nega zapiski 2010. Pridobljeno 06. 11. 2012, s <http://www.zdravstvena.info/vsznj/zdravstvena-nega-zapiski-zdravstvena-nega-zn1-nega/>.
3. Slovar slovenskega knjižnega jezika (2000). Spletna izdaja. Pridobljeno 06. 11. 2012, s http://bos.zrc-sazu.si/cgi/a03.exe?name=sskj_testa&expression=napaka&hs=1.
4. Zdravstvena nega zapiski 2010. Pridobljeno dne 06. 11. 2012, s <http://www.zdravstvena.info/vsznj/zdravstvena-nega-zapiski-zdravstvena-nega-zn1-nega/>.
5. Williamson, J. (1974). Zdravstvena nega in kakovost. Pridobljeno 06. 11. 2012, s <http://www.zdravstvena.info/vsznj/zdravstvena-nega-in-kakovost/>.

SREČANJE SO OMOGOČILI

Generalni sponzor:



Ostali sponzorji:



MM SURGICAL

HARTMANN d.o.o., LJUBLJANA

TOSAMA d.o.o., VIR, DOMŽALE

Z PHARM, MIRA PLEČNIK s.p., LJUBLJANA