



ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE –
ZVEZA STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC
IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE



DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTER,
BABIC & ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV
Maribor

4. Simpozij Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor



Izzivi in priložnosti v zdravstvu:

ZNANJE IN POVEZOVANJE ZA RAZVOJ IN PRIHODNOST

23. september 2022
prostori mariborske Kadetnice na Studencih
(Center vojaških šol, Engelsova ulica 15, Maribor)

ZBORNIK PREDAVANJ



4. Simpozij Društva medicinskih sester, babic
in zdravstvenih tehnikov Maribor

Izzivi in priložnosti v zdravstvu:

ZNANJE IN POVEZOVANJE ZA RAZVOJ IN PRIHODNOST

23. september 2022
prostori mariborske Kadetnice na Studencih
(Center vojaških šol, Engelsova ulica 15, Maribor)

ZBORNIK PREDAVANJ

Izzivi in priložnosti v zdravstvu: ZNANJE IN POVEZOVANJE ZA RAZVOJ IN PRIHODNOST

Izalo in založilo:

Društvo medicinskih sester, babcic in zdravstvenih tehnikov Maribor

Za založnika:

Ksenija Pirš

Urednici:

Ksenija Pirš, mag. Barbara Donik

Strokovna recenzija:

Doc. dr. Mojca Dobnik mag. Barbara Donik, Tamara Lubi, Danijela Pušnik

Programsko - organizacijski odbor:

Ksenija Pirš, Barbara Donik, Danijela Pušnik, Mojca Dobnik, Irena Hödl,
Tamara Lubi, Sabina Finžgar, Lea Roj, Nada Kunstek, Milena Frankič

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Univerzitetna knjižnica Maribor

616-083(082)

001.891:61(082)

DRUŠTVO medicinskih sester, babcic in zdravstvenih tehnikov Maribor.

Ssimpozij (4 ; 2022 ; Maribor)

Izzivi in priložnosti v zdravstvu: Znanje in povezovanje za razvoj in prihodnost : zbornik predavanj / 4. simpozij Društva medicinskih sester, babcic in zdravstvenih tehnikov Maribor, 13. september 2022, Maribor ; [urednici Ksenija Pirš, Barbara Donik]. - Maribor : Društvo medicinskih sester, babcic in zdravstvenih tehnikov, 2022

ISBN 978-961-95937-0-7

1. Pirš, Ksenija

COBISS.SI-ID 121665795

Oblikovanje in tisk:

Barbara Kralj, PRELOM d. o. o.

Kraj, mesec in leto izdaje:

Maribor, september 2022

Naklada:

300 izvodov

Kazalo

- 6** **Zborniku na pot**, Ksenija Pirš, predsednica DMSBZT MARIBOR
- 8** **Pomen vseživljenjskega učenja na področju zdravstvene nege**, Ksenija Pirš
- 14** **Zdrav življenjski slog medicinskih sester in babic**, Danijela Pušnik, mag. Barbara Donik (predstavitev raziskovalnih rezultatov raziskovalnega projekta društva)
- 23** **Ključ za varno obravnavo pacientov**, Tamara Lubi
- 30** **Karierni razvoj vodij v zdravstveni in babiški negi**, Bojana Sečnjak, Izr. prof. dr. Mateja Lorber
- 36** **Bolnišnični model zaposlovanja v zdravstveni negi in izzidi pacientov: pregled literature**, Saša Verdnik, doc. dr. Dominika Vrbnjak, asist. Lucija Gosak, Bine Halec
- 43** **Napredna zdravstvena nega na primarni ravni zdravstvenega varstva: prikaz prakse iz tujine**, Patricija Lunežnik, Izr. prof. dr. Mateja Lorber
- 48** **Usmerjena integrirana oskrba v zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca Maribor: prednosti, slabosti, priložnosti, nevarnosti**, Aleksandra Jančič, Maja Velkovska Šabić
- 55** **Pomanjkanje izvajalcev zdravstvene nege ob izbruhu SARS COV - 2: odziv bolnišnice**, Nataša Radovanović, Bine Halec, Eva Tisaj
- 62** **Pomanjkanje izvajalcev zdravstvene nege v Enoti intenzivne terapije: pomen timskega dela in dobrih medosebnih odnosov**, Bine Halec, Nataša Radovanović, Eva Tisaj
- 68** **Kakovost dokumentiranja v enoti intenzivne nege Oddelka za travmatologijo**, Monika Tacer, doc. dr. Mojca Dobnik
- 74** **Vpliv medosebnih odnosov v zdravstvenem timu na obravnavo nasilnega pacienta**, Tjaša Šarić
- 80** **Profesionalna komunikacija med medicinsko sestro in onkološkim bolnikom**, Mirjana Jančič
- 84** **Prijaznlost - ključ do učinkovite komunikacije in boljših medosebnih odnosov na delovnem mestu**, Rosana Turčin, Eva Ornik, Patricija Šraj, Anamarija Štorek, Sara Rihtarič
- 90** **Prehod stanovalcev iz varovanega oddelka socialno varstvenega zavoda v druge oblike bivanja**, Bogdana Žemva Furlan, Herta Sorta
- 95** **Model zagotavljanja duhovne oskrbe starejših oseb, obolelih za demenco**, doc. dr. Nataša Mlinar Reljić, prof. dr. Blanka Kores Plesničar, asist. Sergej Kmetec, asist. Zvonka Fekonja, prof. dr. (Združeno Kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske) Majda Pajnkihar
- 101** **Doživljjanje in ravnanje študentov ob neželenem dogodku, povzročenem s strani študentov zdravstvene nege v kliničnem okolju**, Maja Gradišnik, doc. dr. Amadeus Lešnik, doc. dr. Dominika Vrbnjak, asist. Zvonka Fekonja
- 111** **Ocena skrbnega ravnanja pri vstavitvi urinskega katetra v urgentnih enotah**, doc. dr. Amadeus Lešnik, asist. Jernej Mori, Urška Fekonja
- 118** **Vloga medicinske sestre pri delu s pacienti s kronično ledvično odpovedjo**, Zvezdana Kaiser Kupnik, Erika Petrovič, Alenka Milošič, Klavdija Medlobi
- 125** **Obravnavo otroka z Miller Fisherjevim sindromom – prikaz primera**, Polonca Krt
- 132** **Hospic - spremljanje bolnika z anevrizmo in njegove družine**, Nada Kunstek

Zborniku na pot

»V prihodnosti za nepismenega ne bo veljal več tisti,
ki ne bo znal brati,
marveč tisti, ki se ne bo znal učiti. «
Alvin Toffler

Spoštovane kolegice in kolegi,

v letu, ko društvo obeležuje že 75 let delovanja v širši mariborski regiji, gradimo na častitljivih temeljih izjemnega dela in dosežkov naših predhodnic in predhodnikov, zato je letošnje leto priložnost, da ponovno ozavestimo, kako pomembno se je zavzemati za naše skupne priložnosti, za zavedanje pomena in vrednosti našega dela in kako pomembno določata našo prihodnost prav zgled medsebojnega sodelovanja in odgovorno zavzemanje za naše lastno znanje in razvoj. Bolj kot kdaj koli prej namreč potrebujemo drug drugega in trdno strukturo, ki nam bo omogočala rast in svobodo za opravljanje našega dela, saj so pred nami vse večje potrebe ljudi po zdravstveni in babiški negi ter oskrbi, vse večja so pričakovanja pacientov, njihovih svojcev in družbe kot celote. Nenehne spremembe in razvoj na vseh ravneh od nas zahtevajo vse več znanja in prilagodljivosti, predanost, vseživljenjsko učenje in osebno zavezanost za lastno odličnost, zato so vse večje tudi naše potrebe in pričakovanja.

S svojimi bogatimi strokovnimi in interesnimi aktivnostmi se društvo danes lahko predstavi kot organizacija, ki krepi vlogo in pomen dela medicinskih sester, babic in tehnikov zdravstvene nege v sistemu zdravstvenega varstva, razvija, uskljuje in sistematično organizira strokovna izobraževanja in usposabljanja svojih članov, jih usmerja in jim nudi oporo pri osebnem in strokovnem razvoju.

V sodelovanju s širšo javnostjo krepimo zdravje in prispevek k družbeni blaginji. Usmerjeni smo v kohezivnost, solidarnost, demokratično pluralnost in trajnostni razvoj, v skladu z Zakonom o nevladnih organizacijah v lokalnem okolju delujemo v javnem interesu.

Zavedajoči se pomena vseživljenjskega učenja (VŽU) v zdravstveni in babiški negi, dostopnosti znanj in večin izvajalcem zdravstvene in babiške nege v različnih delovnih okoljih in med različnimi generacijami, smo na rednem letnem in volilnem občnem zboru društva, dne 21. 4. 2022 sprejeli spremembe in dopolnitve Statuta društva, ki v središče delovanja regijskega strokovnega okolja postavljajo *Regijski kompetenčni center za vseživljenjsko učenje in razvoj v zdravstveni in babiški negi ter oskrbi*.

Namenjen je strokovnemu in osebnemu razvoju ljudi v zdravstveni in babiški negi ter oskrbi in je integralni del organizacije društva. Deluje z namenom socialnega trajnostnega razvoja posameznikov in okolja, skozi razvoj poklicnih skupin v zdravstveni in babiški negi ter oskrbi in razvoj medpoklicnega ter medgeneracijskega sodelovanja.

Razvija aktivnosti za VŽU, podpira zdravje, dobro počutje in ustvarjalnost članov in tako dejavno prispeva h ugledu stroke zdravstvene in babiške nege ter oskrbe, k etični, empatični, strokovni, kakovostni, odlični in avtonomni zdravstveni in babiški negi ter povečuje družbeno pomembno moč naših poklicnih skupin.

1
9
4
7
/
2
0
2
2

1
9
4
7
/
2
0
2
2

Delovanje kompetenčnega centra uresničuje strokovni namen društva skozi cilje delovanja na področjih:

- vseživljensko učenje in strokovno izpopolnjevanje članic in članov,
- mreženje in izmenjava znanja in veščin med posameznimi delovnimi okolji v regiji in izven med lokalnim okoljem in nacionalno ravnjo, v sodelovanju s strokovnimi sekcijami in regijskimi strokovnimi društvi ter drugimi,
- mreženje in izmenjava znanja med posameznimi generacijami,
- strokovna opolnomočenost članic in članov in dostopnost do najaktualnejših strokovnih znanj in informacij,
- neprekinjačna osebna rast članic in članov,
- krepitev ustvarjalnosti in povezovanje prostega časa in interesnih dejavnosti članic in članov, ob vključevanju družinskih članov,
- krepitev statusa društva v javnem interesu in povezovanje z lokalno skupnostjo.

V ta namen so znotraj delovanja upravnega odbora društva opredeljene razširjene vloge aktivnih koordinatorjev:

- koordinator dejavnosti za raziskovanje in razvoj,
- koordinator sistema vodenja kakovosti in odličnosti,
- koordinator interesnih dejavnosti,
- koordinator alternativnih, komplementarnih in integrativnih pristopov.

Uresničili smo dolgoletna prizadevanja številnih aktivnih članic in članov v organih društva. V viziji razvoja podpornega strokovnega okolja, ki je zapisana tudi v obdobjnih akcijskih ciljih in uresničena v letnih programih dela smo začrtali trdno, v prihodnost usmerjeno učeče se organizacijo, ki bo mrežila, povezovala in posredovala znanja med različnimi delovnimi okolji in različnimi generacijami skozi projektno vodenje in delovanje. Na osnovi raziskovalnega pristopa, ki bo podpiral usmerjen razvoj programov VŽU glede na dejanske potrebe zaposlenih v posameznih okoljih, poznavanja spremenjajočih se ovir in motivov na področju VŽU v zdravstveni negi, babištvu in oskrbi, bomo tako še učinkoviteje nudili neprekinjeno skrb za osebni in strokovni razvoj medicinskih sester, babic, tehnikov zdravstvene nege in bolničarjev negovalcev.



*Ob tej priložnosti se iskreno zahvaljujemo vsem aktivnim ustvarjalcem strokovnega okolja,
ki so v vseh letih delovanja društva ustvarili prepoznavno regijsko združenje poklicnih skupin medicinskih sester,
babic in tehnikov zdravstvene nege.*

*Posebna zahvala vsem aktivnim pri številnih projektih ter drugim sodelavcem za neizbrisen pečat
na področju našega razvoja.*

*Hvala našim zvestim članicam in članom, ki ste s svojo prisotnostjo, prostovoljnim delom,
zaupanjem in sodelovanjem skozi desetletja njegovi ustvarjalci v najširšem pomenu.*

Ksenija Pirš, predsednica društva

Pomen vseživljenjskega učenja na področju zdravstvene nege

The importance of lifelong learning in nursing

Ksenija Pirš, mag. zdr. ved

Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor

Izvleček

Uvod: Razvoj zdravstvene nege in babištva terja od njunih izvajalcev nenehno izobraževanje in sledenje neustavljinim spremembam. Namen prispevka je predstaviti pomen vseživljenjskega učenja z vidika zdravstvene nege in babištva, opredeliti njegove bistvene elemente ter potrebe po sistematičnem pristopu razvoja področja vseživljenjskega učenja.

Metode: Uporabili smo kvantitativno raziskovalno metodologijo, izvedli smo presečno študijo, v kateri je sodelovalo 214 udeležencev (71,3 % odziv v sklopu anketiranja), v statistično analizo smo vključili 196 veljavnih vprašalnikov, kar predstavlja 65,3 % vzorca. Za analizo podatkov smo uporabili deskriptivne in inferenčne statistične metode.

Rezultati: Kot najpomembnejše motive za vseživljenjsko učenje so udeleženci študije navedli poklicno odgovornost ($PV = 4,6$; $SO = 0,6$), zavedanje, da bi zaostajali, če bi se prenehali strokovno izpopolnjevati ($PV = 4,4$; $t = 8,653$; $p < 0,0001$), prepoznavanje lastnih potreb za pridobivanje novega znanja ($PV = 4,2$; $t = 4,475$; $p < 0,0001$) in osebno rast ($PV = 4,2$; $t = 2,457$; $p < 0,0001$). Zelo pomemben motiv za vključevanje v VŽU je tudi ohranjanje licence za samostojno delo. Motivi za vseživljenjsko učenje so se statistično pomembno razlikovali glede na stopnjo izobrazbe ($F = 9,413$; $p \leq 0,0001$) in delovno mesto ($F = 12,391$; $p \leq 0,0001$). Kot najpomembnejše ovire so navedli pomanjkanje časa in prezaposlenost, pomanjkanje denarja oziroma stroške izobraževanja/strokovnega izpopolnjevanja ($PV = 4,0$; $SO = 0,9$), neustrezno organizacijo izobraževanja/strokovnega izpopolnjevanja (čas, lokacija, oddaljenost), ($PV = 3,7$; $SO = 0,9$) ter pomanjkanje podpore s strani delodajalca.

Diskusija in zaključek: Poznavanje in razumevanje pomena vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi, motivacije zaposlenih in ovir, s katerimi se srečujejo, bo spodbudilo več raziskav na tem področju in razprave o dejavnem vključevanju vedenja o vseživljenjskem učenju.

Ključne besede: vseživljenjsko učenje, zdravstvena nega, babištvo, profesionalni in osebni razvoj, motivacija, ovire, kompetenčni center

Abstract

Background: The development of nursing and midwifery requires practitioners' lifelong learning and constant following the irresistible changes. The purpose of the paper was to present lifelong learning in terms of nursing care and midwifery, to define its essential elements and the need for a systematic approach to the development of lifelong learning.

Methods: The quantitative research methodology was used. We conducted a cross-sectional study in which took part 214 participants (71.3 % response in the survey), we included 196 valid questionnaires in the statistical analysis, which represents 65.3 % of the sample. We used descriptive and inferential statistical methods for data analysis.

Results: As the most important motives for the lifelong learning, the participants in the study indicated the following: professional responsibility ($MV = 4,6$; $SD = 0,6$), awareness that they would lag behind if they stopped developing professionally ($PV = 4,4$, $t = 8,653$; $p < 0,0001$), identification of their own needs for acquiring new knowledge ($PV = 4,2$; $t = 4,475$; $p < 0,0001$)

and personal growth ($PV = 4.2$; $t = 2.457$; $p < 0.0001$). A very important motive for involvement in the lifelong learning was also the maintenance of a license for their work. The motives for lifelong learning differed according to the level of education ($F = 9.413$; $p \leq 0.0001$) and the work position ($F = 12.391$; $p \leq 0.0001$). The most important obstacles to the LLL were the lack of time and over-employment, the lack of money or the high costs for education/advanced training ($MV = 4.0$; $SD = 0.9$), the inadequate organization of education/professional development (time, location, distance) ($MV = 3.7$; $SD = 0.9$) and the lack of support from the employer (unpaid absence, using own free days, not paid registration fee by the employer) ($MV = 3.7$; $SD = 1.1$).

Discussion and conclusion: Knowing and understanding of lifelong learning in nursing care, the motivation of the employees and the obstacles they encounter will encourage the setup of more research in this field and the debate on the deliberate, active involvement of lifelong learning behaviour.

Key words: Lifelong learning, nursing, midwifery, professional and personal development, motivation, obstacles, competence centre

Uvod

Spreminjajoče se razmere v svetu, naraščajoča nova spoznanja strokovnih področij, ki vodijo do sprememb v družbi in posledično spreminjajoče okoliščine na vseh področjih življenja ljudi, je mogoče spremljati le z vseživljenjskim izobraževanjem in učenjem (VŽU) ljudi (Jelenc, 2016). Za uspešno obvladovanje sprememb Jelenc (2016) navaja, da se »*morata spremeniti tudi filozofija ter sistem vzgoje in izobraževanja, temu pa se mora prilagoditi tudi politika na tem področju*« (p. 14). Schuller & Watson (2009) v zvezi s konceptom VŽU izhajata iz trditve, da je učenje skozi vse življenje človekova pravica. Vseživljenjskost učenja je tako tesno povezana z osebno rastjo posameznika, ki se vseživljenjsko uči, njegovo odgovornostjo, emancipacijo, uspešnostjo, svobodo, njegovim zdravjem in dobrim počutjem, dostenanstvom, kulturno identiteto in njegovo demokratično strpnostjo.

Da je učenje povezano z življenjem, Jarvis (2010) utemeljuje s šestimi temeljnimi vrednostmi vseživljenjskosti učenja: »*judje so naravni učenci, enakost in poštenost sta temeljnega pomena, učenje je moč, učenje povezuje, učimo se za preživetje in uspevanje sveta*« (p. 397).

Življenje kot proces spoznavanja oziroma učenja vključuje samoobnovo in samorazvoj pa meni Capra (2002), ki na temeljnem sovpadanju procesa spoznavanja, torej učenja s procesom življenja postavlja celo sistemsko definicijo življenja samega. To naj bi bilo po njegovem mnenju nenehno ustvarjanje in preurejanje samega sebe skozi življenje. Iz tega izhaja razumevanje VŽU kot vseživljenjskega procesa posameznika, od otroštva do starosti in vključuje osebno ter poklicno področje življenja, ki zahteva poglobljen pogled na posamezna starostna obdobja v poteku življenja (Jelenc, 2016). Zato izboljšanje kakovosti življenja pomeni izboljšanje procesa spoznavanja oziroma učenja, tako na osebni kot organizacijski ravni (Bukovec, 2008).

Omenjeni dejavniki, motivacija in ovire za VŽU so proučevani na področju zdravstvene nege (ZN), ki v sistemu zdravstvenega varstva zaposluje največje število zaposlenih. Identificirane so značilnosti in ključni elementi VŽU v ZN. Menimo, da je slednje izjemnega pomena, saj znanje in vseživljenjsko učenje najpomembnejše določata raven strokovne, kakovostne, varne, humane in primerne ZN, ki s svojimi aktivnostmi neposredno vpliva na zdravje ljudi ter izide zdravljenja.

Na podlagi teoretičnih izhodišč, pregleda in analize domače in tujne literature ter empiričnih spoznanj smo oblikovali raziskovalno vprašanje (RV) in šest hipotez (RH).

RH: Kakšna so stališča zaposlenih na področju zdravstvene nege o VŽU kot dejavniku vpliva na osebni in profesionalni razvoj?

RH 1: Zaposleni v ZN ocenjujejo VŽU kot pomemben dejavnik za osebni in profesionalni razvoj.

RH 2: Zaposleni v ZN se zavedajo pomena VŽU za pridobivanje novih in interdisciplinarnih znanj.

RH 3: Najpomembnejši motiv zaposlenih v ZN za vključevanje v VŽU je ohranjanje licence za samostojno delo v dejavnosti zdravstvene nege in napredovanje na delovnem mestu, v poklicu, na strokovnem področju (karierni razvoj).

RH 4: V motivaciji za VŽU pri zaposlenih v ZN obstajajo razlike glede na starost, stopnjo izobrazbe, status zaposlitve, strokovno področje dela in delovno mesto.

RH 5: Najpomembnejši oviri zaposlenih v ZN za vključevanje v VŽU sta pomanjkanje časa oziroma prezaposlenost (delovnik) in neodobravanje s strani delodajalca (neplačana odsotnost, koriščenje lastnega DL, PD, neplačilo kotizacije s strani delodajalca).

RH 6: Zaposleni v ZN, stari nad 40 let, ocenjujejo, da so negativna samopodoba, nizka samozavest, dvom v lastne zmogljenosti in sposobnosti za učenje, strah pred preizkušnjami/preizkusi najpomembnejše ovire v procesu VŽU.

Metode

Empirični del raziskovalnega dela je temeljal na kvantitativni metodologiji raziskovanja. Izvedli smo presečno študijo.

Opis vzorca

Raziskavo smo izvedli v štirih izbranih zdravstvenih institucijah na območju severovzhodne Slovenije. Uporabili smo naključno vzorčenje. V raziskavo smo vključili 300 zaposlenih v ZN na različnih strokovnih področjih. V raziskavi so sodelovale pretežno ženske (80,6 %). Največji del udeležencev študije se je nahajal v starostni skupini 41–50 let (32,1 %), njim je po številu udeležencev sledila mlajša starostna skupina, ki je zajemala zaposlene v zdravstveni negi, stare 31–40 let (28,1 %). Skladno s tem rezultira delovna doba anketirancev, največji odstotek udeležencev študije dosega delovno dobo od 21 do 30 let (28,1 %), sledijo zaposleni z delovno dobo od 11 do 20 let (24,5 %). Glede na izobrazbo je največji odstotek udeležencev študije imel končano srednjo šolo (51,4 %), kar ustrezza opredelitvi deleža poklicev znotraj področja ZN v celotnem slovenskem prostoru, kjer ima srednješolsko izobrazbo kar 65 % vseh zaposlenih v ZN. Visokošolsko strokovno izobrazbo je imelo 33,7 % udeležencev študije, le eden udeleženec študije je imel dokončan doktorat znanosti (0,5 %). Iz rezultatov je vidno, da je 91,3 % udeležencev študije zaposlenih za nedoločen čas.

Od 300 razdeljenih vprašalnikov jih je bilo vrnjenih 214 (71,3 % odziv v sklopu anketiranja), od teh je bilo nepopolno izpolnjeno 21 vprašalnikov. V statistično analizo smo vključili 196 veljavnih vprašalnikov, kar predstavlja 65,3 % vzorca.

Opis instrumentarja in obdelava podatkov

Za izvedbo raziskave smo uporabili tehniko anketiranja v obliki pisnega anonimnega strukturiranega vprašalnika, ki smo ga izdelali v namen raziskave. Vprašalnik smo pripravili na podlagi študija in analize literature, ki opisuje pomen VŽU, motivacijo za VŽU in ovire za VŽU (Hojs, et al., 2015; Taylor, et al., 2015; Davis, et al., 2014). Anketni vprašalnik je bil sestavljen iz treh sklopov. V prvem sklopu so anketiranci odgovarjali na demografska vprašanja. V drugem sklopu so anketiranci na petstopenjski Likertovi lestvici ocenjevali 41 trditev, ki so se nanašale na pomen VŽU in motivacijo za VŽU in so se izražale kot stališča zaposlenih v zdravstveni negi, pri čemer so pomenile ocene 1 - »nikakor se ne strinjam«, najmanj pomemben dejavnik za VŽU in motivacijo, 2 »delno se strinjam«, 3 »niti se ne strinjam, niti se strinjam«, 4 »strinjam se« so predstavljalne vmesne ocene in 5 - »popolnoma se strinjam«, so predstavljalne najbolj pomemben dejavnik za VŽU in motivacijo. V tretjem sklopu so anketiranci ocenjevali 16 trditev, ki se nanašajo na oceno in identifikacijo ovir za VŽU, pri čemer je 1 pomenil najmanj pomemben dejavnik za ovire, »sploh ni pomembno«, 2 »nepomembno«, 3 »niti nepomembno, niti pomembno«, 4 »pomembno« so predstavljalne vmesne ocene in 5 - »zelo pomembno« so predstavljalne najbolj pomemben dejavnik ovir za VŽU. S statističnimi preizkusi, vključenimi v računalniško obdelavo podatkov s pomočjo IBM SPSS 25,0, smo podatke statistično obdelali ter določili odvisne in neodvisne spremenljivke. Z opisno statistiko smo predstavili demografske podatke. Za potrditev hipotez smo izbrali metode inferenčne statistike. Le-te smo uporabili za ugotavljanje povezanosti med posameznimi spremenljivkami.

Rezultati

Rezultati so pokazali, da so za udeležene v študiji zelo pomembni motivi za VŽU zavedanje, da bi zaostajali, če bi se prenehali strokovno izpopolnjevati/spoznavati novosti v svojem poklicu ($PV = 4,4$; $t = 8,653$; $p < 0,001$), prepoznavanje lastnih potreb za VŽU oziroma za pridobivanje novega strokovnega znanja ($PV = 4,2$; $t = 4,475$; $p < 0,001$) in njihov osebni razvoj ob VŽU ($PV = 4,2$; $t = 2,457$; $p = 0,015$). Udeleženci študije prepoznavajo VŽU kot pomemben dejavnik za povečanje njihovega

samospoštovanja ($PV = 4,3$; $t = 4,653$; $p < 0,001$), medtem pa povečanje spoštovanja s strani sodelavcev kot dejavnik VŽU ocenjujejo s povprečno oceno ($PV = 3,7$), kar pomembno zaostaja za našimi pričakovanji, ($t = 3,735$; $p < 0,001$).

Po pomenu VŽU s strani anketiranih sledi prepričanje, da pridobivanje novega znanja izboljšuje tudi njihovo življenje, kar ocenjujejo v skladu z našimi pričakovanji ($PV = 4,1$; $t = 2,045$; $p = 0,042$). Kot manj pomembna motiva za VŽU sta s strani anketiranih ocenjena pridobivanje novega znanja za podporo pri razvoju njihove ustvarjalnosti in inovativnosti pri delu ($PV = 3,9$; $t = 0,687$; $p = 0,047$) ter pridobivanje novega znanja za samostojnejše delo in večjo avtonomijo pri delu ($PV = 3,9$; $t = 1,360$, $p = 0,093$). Pridobivanje novega znanja za povečanje njihovega vpliva na odločanje pri delu so ocenili s povprečno oceno ($PV = 3,8$), ki je statistično pomembno zaostajala za našimi pričakovanji ocene 4 - se strinjam ($t = 2,243$; $p = 0,026$). Hipotezo RH1 deloma potrdimo.

Kot je razvidno že iz povprečnih vrednosti za oceno pomena dejavnikov VŽU in motivacije s strani zaposlenih v ZN, sta med motivi za VŽU, ki zasedajo drugo mesto po pomembnosti pri anketiranih tudi zavedanje, da hitre spremembe v znanosti zahtevajo nenehno posodabljanje znanja in razvoj novih strokovnih spretnosti/kompetenc ($PV = 4,4$; $t = 7,7555$; $p < 0,001$) ter zavedanje, da se s spoznavanjem novosti na strokovnem področju uspešnejše premagujejo strokovne ovire/izzivi ($PV = 4,4$; $t = 8,734$; $p < 0,001$). Anketirani zaposleni v ZN takoj za tem ocenjujejo, da novo znanje pripomore k prilagajanju na spremembe v delovnem okolju oziroma na spremenjene pogoje dela ($PV = 4,3$; $t = 5,971$; $p < 0,001$), pripomore pa tudi k sprejemanju in učinkovitejši uporabi novih tehnologij pri delu ($PV = 4,2$; $t = 4,440$; $p < 0,001$). Izkoristijo vsako priložnost, da nova znanja/spretnosti, ki so pomembne za njihov poklic tudi pridobjijo ($PV = 4,0$; $t = 0,077$; $p = 0,939$). Hipotezo RH2 v celoti potrdimo.

Tehniki zdravstvene nege (TZN) so glede na povprečno vrednost z najvišjo oceno ($PV = 4,3$) ocenili kot motiv za vključevanje v VŽU pridobivanje novega znanja zaradi prilagajanja na spremembe v delovnem okolju. Napredovanje na delovnem mestu, v poklicu, na strokovnem področju (karierni razvoj) je za TZN motiv za VŽU, ocenjen s povprečno vrednostjo ($PV = 3,4$) in je statistično pomembno zaostajal za motivom prilagajanja na spremembe v delovnem okolju ($t = 9,463$; $p < 0,001$). Dipl. m. s./dipl. zn. so z najvišjo oceno kot motiv za vključevanje v VŽU ocenili ohranjanje licence za samostojno delo v dejavnosti zdravstvene nege ($PV = 4,6$). Drugi najpomembnejši motiv dipl. m. s./dipl. zn. za vključevanje v VŽU je bilo s povprečno vrednostjo ($PV = 4,4$) ocenjeno pridobivanje novega znanja za zmožnost prilagajanja na spremembe v delovnem okolju. Zanimivo je, da je tudi pri dipl. m. s./dipl. zn. napredovanje na delovnem mestu, v poklicu, na strokovnem področju (karierni razvoj) kot motiv za VŽU ocenjen s ($PV = 3,9$) in je statistično pomembno zaostajal za motivom prilagajanja na spremembe v delovnem okolju ($t = 2,753$; $p = 0,009$), čeprav je bil ocenjen višje ($PV = 3,9$) kot pri TZN ($PV = 3,4$). Hipotezo RH3 deloma potrdimo.

Povprečna ocena pri vseh motivih za VŽU je pri anketirancih starih do 30 let bila 3,5; v starostni skupini 31–40 let je bila 3,6; pri starostni skupini 41–50 let 3,7 in pri skupini zaposlenih, ki so stari nad 51 let 3,7. Motivi za VŽU se glede na starost niso statistično pomembno razlikovali ($F = 1,283$; $p = 0,281$). Povprečna ocena pri vseh motivih za VŽU je pri anketiranih s srednješolsko izobrazbo bila 3,5; pri anketiranih z visoko strokovno ali višjo izobrazbo je bila 3,8, pri anketiranih z dokončano fakultetno izobrazbo, magisterijem stroke (2. bol. stopnja) in akademsko izobrazbo (magisterij, doktorat znanosti, 3. bol. stopnja) pa je znašala 3,8. Motivi za VŽU so se glede na stopnjo izobrazbe statistično pomembno razlikovali ($F = 9,413$; $p \leq 0,001$). Povprečna ocena pri vseh motivih za VŽU je pri anketiranih, zaposlenih za določen čas znašala 3,8; pri anketiranih, zaposlenih za nedoločen čas pa 3,7. Motivi za VŽU se glede na status zaposlitve niso statistično pomembno razlikovali ($F = 2,053$; $p = 0,154$). Povprečna ocena pri vseh motivih za VŽU je bila pri sms/TZN 3,4; pri dipl. m. s./dipl. zn./dipl. babicah 3,7 in pri zaposlenih v managementu zdravstvene nege 4,1. Motivi za VŽU so se glede na delovno mesto statistično pomembno razlikovali ($F = 12,391$; $p \leq 0,001$). Hipotezo RH4 deloma potrdimo.

Glede na povprečno vrednost so anketiranci z najvišjo oceno ($PV = 4,0$) ocenili, da je ovira pri vključevanju v VŽU pomanjkanje časa. Druga najpomembnejša ovira, ki je bila ocenjena ($PV = 4,0$), je bila pomanjkanje denarja. Neodobravanje s strani delodajalca pri udeleževanju strokovnih izpopolnjevanj ($PV = 3,7$) je statistično pomembno zaostajalo za pomanjkanjem denarja za strokovno izpopolnjevanje ($t = 2,728$; $p = 0,007$). Hipotezo RH5 deloma potrdimo.

Glede na povprečno vrednost razberemo, da so preiskovanci nad 40 let z najvišjo oceno ($PV = 4,0$) kot oviro pri vključevanju v VŽU ocenili pomanjkanje časa. Negativna samopodoba, nizka samozavest, dvom v lastne zmogljivosti in sposobnosti za učenje, strah pred preizkušnjami/preizkusi so bili ocenjeni s povprečno oceno PV = 3,5 in so bili v primerjavi s pomanjkanjem časa statistično pomembno nižje ocenjeni ($t = 3,317$; $p = 0,001$). Hipoteze RH5 ne potrdimo.

Diskusija

Na postavljeno raziskovalno vprašanje, ki se je glasilo: »Kakšna so stališča zaposlenih na področju zdravstvene nege o VŽU kot dejavniku vpliva na osebni in profesionalni razvoj?« lahko odgovorimo z naslednjimi dejstvi. Koncept VŽU je nastal v okoliščinah nenehnega povečevanja količine znanja in informacij, medtem ko obstoječe znanje, ki ga posameznik pridobi skozi formalno šolanje postaja vse bolj zastarel. Po mnenju Petronijevičeve (2017) VŽU postaja osrednji del oblikovanja okolja organizacij prihodnosti, saj danes govorimo o novi kulturi učenja, ko učenje ne pomeni več vnaprej določenih vsebin, temveč nadgradnjo lastnega znanja preko kolektivnega znanja in interakcijo znotraj virtualnih skupnosti ter nadgrajevanje sebe, gre torej za razliko med učenjem in biti učen. Tudi udeleženci v študiji se zavedajo, da je »Vseživljenjsko učenje poklicna odgovornost vseh medicinskih sester/tehnikov ZN« (PV = 4,6; s = 0,6). Čeprav anketirani ocenjujejo pomen aktivnosti na znanstveno-raziskovalnem področju v ZN z nižjo povprečno oceno (PV = 3,9; SO = 0,9), vendarle uživajo v branju člankov, v katerih se razpravlja o njihovih strokovnih interesih (PV = 3,8; SO = 0,9), strokovne revije pregledujejo celo mesečno (PV = 3,3; SO = 1,0), sta najslabše ocenjena dejavnika VŽU s strani zaposlenih v ZN »Aktivno opravljam raziskave kot glavni raziskovalec ali kot so-raziskovalec« (PV = 1,6; SO = 1,0) in »Pogosto objavljam članke v recenziranih revijah«, (PV = 1,7; SO = 1,1). Rezultati kažejo, da je delež anketiranih zaposlenih v ZN, dodiplomsko in podiplomsko izobraženih na področju raziskovalnega dela in publiciranja v ZN majhen. Udeleženci študije so navedli, da so za njih najpomembnejši motivi za vključevanje v VŽU zavedanje, da bi zaostajali, če bi se prenehali strokovno izpopolnjevati, osebni razvoj in povečanje samospoštovanja zaradi pridobivanja novega znanja.

Nadalje Petronijevičeva (2017) navaja, da smo na pragu nove dobe, ki jo označuje tudi digitalna transformacija, spremembe okolij, tudi poslovnih in posledično organizacij, torej načina dela in dojemanja razvoja poklicev in znotraj tega poklicnega razvoja posameznikov, pomeni prilagajanje močnim vplivom globalizacije, razpršenosti in raznolikosti virov in timov, sprememjanju družbe, načinu socialnih interakcij, 24-urni delovni kulturi, preobremenitvi z informacijami, usposabljanju in nenačadne spreminjači se demografski sliki človeštva in dolgoživosti. Slednje je zelo pomembno pri zaposlenih na področju ZN, saj lahko zaradi uporabe zastarelih veščin neposredno ogrožajo zdravje bolnikov (Qalehsari, et al., 2017). Takšno delo zahteva specifično in dodatno znanje, ki se pridobi z VŽU.

Po drugi strani imajo pacienti in njihovi svojci večji dostop do informacij kot kdajkoli prej, so bolj informirani in več pričakujejo. Zdravstveni delavec, ki je v toku s spremembami in novimi doganjaji na svojem strokovnem področju, bo vsekakor prej pridobil zaupanje pacienta in njegovih svojcev ter izgradil dober odnos z obojimi. Podpiranje VŽU v ZN omogoča razvoj kritičnega mišljenja in širjenje znanja, ki je povezano z najnovejšimi kliničnimi postopki, aktivnostmi in praksu ZN (Cruz, et al., 2009).

Gopee (2001) je v svojem članku opisal lastnosti medicinskih sester, ki se kontinuirano izobražujejo. Slednje naj bi bile inovativne in ustvarjalne v svoji klinični praksi, prilagodljive, iznajdljive pri svojem delu, sposobne implementirati znanje v praksu, samozavestne in odgovorne pri svojem delu. Vsaka od teh značilnosti izboljšuje razvoj medicinskih sester, ki so pripravljene zagotavljati zdravstveno oskrbo v tehnološko napredni, nenehno razvijajoči se družbi. Tudi v naši raziskavi ugotavljamo, da anketiranci sami prepoznavajo potrebe, da se nenehno strokovno izobražujejo. Ostali motivi, kot so večja avtonomija pri delu, ustvarjalnost in inovativnost pri delu, spoštovanje s strani sodelavcev ali odločanje pri delu so v študiji izraženi kot manj pomembni motivi in niso statistično pomembni za udeležbo v VŽU. Ugotavljamo, da na strokovnih srečanjih aktivno sodeluje le manjši del udeležencev naše študije z višjo stopnjo izobrazbe, zato ne preseneča, da je povprečna ocena pri slednjem motivu le 2,1. Nadalje, je iz rezultatov razvidno, da se udeleženci naše študije niso pripravljeni odpovedati prostemu času v tolikšni meri, da bi se udeležili VŽU (PV = 3,1), kar ugotavlja tudi Ryan (2003). Prav tako smo pričakovali, da se bodo motivi za udeleževanje VŽU razlikovali glede na starost, stopnjo izobrazbe, status zaposlitve in delovno mesto. Ugotovili smo, da so se motivi za VŽU statistično pomembno razlikovali glede na stopnjo izobrazbe ($F = 9,413$; $p \leq 0,001$) in glede na delovno mesto ($F = 12,391$; $p \leq 0,001$), medtem ko se motivi za VŽU glede na starost ($F = 1,283$; $p = 0,281$), status zaposlitve ($F = 2,053$; $p = 0,154$) in strokovno področje dela ($F = 2,117$; $p = 0,084$) niso statistično pomembno razlikovali. Motiv za sodelovanje v VŽU zaradi pridobivanja novega znanja, ki bo omogočalo uspešnejše premagovanje izzivov na delovnem mestu se je statistično pomembno razlikoval med udeleženci študije glede na starost. Slednji motiv so najbolj izpostavili udeleženci študije srednjih let (41-50 let) s povprečno oceno 4,6, medtem ko so isti motiv z najnižjo oceno (PV = 4,2) ocenili starci med 31 in 40 let. Jasno je tudi, da so strokovna izobraževanja zaradi ohranjanja licence manj pomembna tistim z nižjo stopnjo izobrazbe kot tistim z višjo stopnjo izobrazbe, kar so naši rezultati tudi potrdili. V naši študiji so udeleženci kot največjo oviro za udeleževanje VŽU navedli pomanjkanje časa in denarja za plačilo kotizacije, prevoz in drugo.

Pomanjkanje denarja je bolj izraženo pri mlajših udeležencih študije, kot pri starejših. Pomembna ovira udeležencev študije je tudi pomanjkljiva predhodna izobrazba ($PV = 3,6$), kar je skladno z literaturo, ki navaja, da so posamezniki z nižjo stopnjo izobrazbe manj motivirani za sodelovanje pri VŽU (Ryan, 2003), pa tudi z rezultatom vezanim na motive za VŽU, ki so se glede na stopnjo izobrazbe pomembno razlikovali ($F = 9,413$; $p \leq 0,001$). V študiji so bile s povprečno oceno 3,5 ocenjene ovire, kot so negativna samopodoba, nizka samozavest, dvom v lastne sposobnosti za učenje in strah pred preizkušnjami ter so v primerjavi s pomanjkanjem časa manj pomembne.

Delakorda (2015) ugotavlja, da medicinske sestre ne potrebujejo upravljanja, temveč druga drugo (drug drugega), spodbudo in mentorstvo za strokovni in skupinski razvoj ter strukturo, ki jim bo omogočila svobodo za opravljanje dela. Navaja, da so medicinske sestre in pacienti v avtonomnem modelu zdravstvene nege in oskrbe, ki temelji na znanju, raziskovanju in dokazih, VŽU, odgovornosti, inovativnosti in medsebojnem spoštovanju in sodelovanju srečnejši in bolj zdravi. Povzema izjavo medicinske sestre, zaposlene v omenjenem modelu zdravstvene nege in oskrbe v tujini: »*Svoj poklic sem dobila nazaj*«.

Zaključek

VŽU v zdravstveni in babiški negi ter oskrbi je opredeljeno kot dinamičen proces, ki zajema tako osebno in poklicno življenje, je formalno in neformalno. VŽU vključuje iskanje in cenjenje novih svetov ali idej ter prinaša nove perspektive okolja, znanja, spretnosti in interakcij. Najpomembnejše značilnosti vseživljenjskega učenca so refleksija, samokritičnost, postavljanje vprašanj, učenje, razumevanje dinamične narave znanja in vključevanje v učenje z aktivnim iskanjem možnosti za učenje.

Zagotavljanje intelektualne aktivnosti posameznika je bistveno za VŽU in za prenos znanja v življenje in praksu ter tako za visoko kakovostno zdravstveno in babiško nego. Nujno je povečati povpraševanje po izobraževanju s spodbujanjem intrinsične motivacije posameznikov in hkrati tudi s ponudbo. Neprekiniteno strokovno izpopolnjevanje in VŽU medicinskih sester, babic, tehnikov zdravstvene nege in bolničarjev negovalcev je nujno za osebni in profesionalni razvoj posameznikov, za strokovno in kakovostno zdravstveno nego in babištvilo, ki sledi potrebam ljudi in v svojem delovanju teži k preseganju njihovih pričakovanj. Pojem atraktivne kakovosti naj bo usmeritev, prehod v učinkovit, uspešen in human sistem zdravstvene nege in oskrbe.

Literatura

- Bukovec, B., 2008. Univerzalna odličnost kot nova paradigmata uspešnega sodelovanja med državami in kot motivacija za zdravo življenje in uspešno delo. 20. forum odličnosti in mojstrstva. Otočec: Slovenska fundacija za poslovno odličnost.
- Capra, F., 2002. *The Hidden Connections: Integrating the Biological, Cognitive, and Social Dimensions of Life Into a Science of Sustainability Living*. New York: Doubleday.
- Cruz, D. M., Pimenta, C. M. & Lunney, M., 2009. Improving critical thinking and clinical reasoning with a continuing education course. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 40(3), pp. 121–127.
- Davis, L., Taylor, H. & Reyes, H., 2014. Life long learning in nursing. *Nurse Education Today*, 34(3), pp. 441–445.
- Delakorda, M., 2015. Nizozemska in Buurtzorg – v središču je samostojno vodenje. *Beep*, 1 (1), pp. 14–17.
- Gopee, N., 2001. Lifelong learning in nursing: perceptions and realities. *Nurse Education Today*, 21(8), pp. 607–615.
- Hojat, M., Veloski, J. J. & Gonnella, J. S., 2015. *Continuing professional development and lifelong learning: issues, impacts and outcomes*. New York: Nova Science Publishers.
- Jarvis, P., 2010. *Adult education and Lifelong Learning: theory and practice*. Abingdon, Anglija: Routledge.
- Jelenc, Z., 2016. *Vseživljenjskost učenja in izobraževanja odraslih*. Nova Gorica: Educa.
- Petronijevič, K., 2017. Izobraževanje kot osrednji del oblikovanja organizacij prihodnosti. HR&M: strokovna revija za področje razvoja organizacij in vodenja judi pri delu, 3, pp. 52-54.
- Qalehsari M.Q., Khaghanizadeh, M., & Ebadi, A., 2017. Lifelong learning strategies in nursing: A systematic review. *Electronic Physician*, 9(10), pp. 5541 – 5550.
- Ryan, J. (2003). Continuous professional development along the continuum of lifelong learning. *Nurse Education Today*, 23: 498–508.
- Schuller, T. & Watson, D., 2009. *Learning Through Life Inquiry into the Future for Lifelong Learning*. Leicester, Anglija: National Institute of Adult Continuing Education.
- Statut društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor. Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor. Maribor: 2022.
- Taylor, J. M., Neimeyer, G. J., Zemansky, M. & Rothke, S., 2015. Exploring the relationship between lifelong learning, continuing education and professional competencies. In: G. J. Neimeyer & J. M. Taylor eds. *Continuing professional development and lifelong learning: issues, impacts and outcomes*. New York: Nova Science Publisher, pp. 81–97.

Zdrav življenjski slog medicinskih sester in babic

A healthy lifestyle of nurses and midwives

Mag. Barbara Donik¹, Danijela Pušnik, mag. zdr. nege²,

¹Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede

²Univerzitetni klinični center Maribor

Izvleček

Uvod: Zdrav življenjski slog je povezan z mnogimi dejavniki, ki vplivajo na izboljšanje dobrega počutja in zdravja na delovnem mestu. Namen študije je raziskati življenjski slog medicinskih sester in babic in ugotoviti pomembnost vrednot in dejavnike zadovoljstva, ki so povezani z delovnim mestom.

Metode: Uporabljena je bila kvantitativna metodologija raziskovanja. Izvedli smo presečno deskriptivno študijo, z anketnim vprašalnikom, ki smo ga pripravili v elektronski obliki. Uporabili smo deskriptivne statistične metode in podatke ponazorili s frekvenco in odstotki ter povprečnimi vrednostmi.

Rezultati: Anketiranci so v povprečju s svojo delovno situacijo srednje zadovoljni ($PV = 3,69$). Anketiranci se v 66 % ukvarjajo s fizično aktivnostjo, predvsem pa prosti čas preživljajo z druženjem z družino in prijatelji ter igranjem z otroki. S športnimi aktivnostmi se ukvarjajo do 3 krat tedensko, vadba traja od 20 do 60 minut. Redno kadi 22 % anketirancev, 21 % je kadilo v preteklosti, vendar so s kajenjem prenehali. V povprečju anketiranci najpogosteje spijejo do 2 l tekočine dnevno, najpogosteje vodo (92 %), alkoholne pižače večkrat tedensko uživa samo 6 % anketirancev, večina, (55 %) pa jih alkohol uživa redko. Kar 76 % anketirancev opravlja izmensko delo. Pri svojem delu pogosto hodijo, stojijo, imajo prisilno držo in dvigujejo težka bremena, občasno pa sedijo.

Diskusija in zaključek: Zdrav življenjski slog je povezan z mnogimi dejavniki, ki vplivajo na izboljšanje dobrega počutja in zdravja na delovnem mestu. Upoštevanje načel zdravega načina življenja v veliki meri pripomore k dvigu življenjske energije in zadovoljstva z življenjem.

Ključne besede: zdrav življenjski slog, medicinske sestre, babice

Abstract

Introduction: A healthy lifestyle is associated with many factors that influence the improvement of well-being and health in the workplace. The purpose of the study was to research the lifestyle of nurses and midwives and to determine the importance of values and job satisfaction factors.

Methods: Quantitative research methodology was used. A cross-sectional descriptive study, with a survey electronic form, was performed. We used descriptive statistical methods, the data was presented with frequency and percentages as well as average values.

Results: Respondents are moderately satisfied with their work situation ($PV = 3.69$). 66 % of the respondents are physically active, but mainly they are spending their free time with their family and friends and playing with their children. They are engaging in sports activities up to 3 times per week, the training lasts from 20 to 60 minutes. 22 % of respondents smoke regularly, and 21 % smoked in the past, but have stopped smoking. On average, respondents most often drink up to 2 liters of liquid per day, most often water (92 %), only 6 % of respondents drink alcoholic beverages several times a week, and most of them (55 %) drink them rarely. 76 % of the respondents work in shifts. During their work, they often walk, stand, have a forced posture and lift heavy loads, and occasionally, they sit.

Discussion and conclusion: A healthy lifestyle is associated with many factors that influence the improvement of well-being and health in the workplace. Adherence to the principles of a healthy lifestyle helps to increase life energy and satisfaction with life.

Key words: healthy lifestyle, nurses, midwives

Uvod

Dobro počutje in zdravje sta med temeljnimi vrednotami vsakega posameznika (Karađeniz, et al., 2008; Li, et al., 2020). Zdrav način življenja je opredeljen kot skupek vedenj in aktivnosti, ki jih posamezniki izvajajo, da ostanejo zdravi (Meier & Fox, 2008), med temi aktivnostmi in vedenji so še posebej izpostavljeni: prehrana, obvladovanje stresa, telesna dejavnost, duhovna rast, medosebni odnosi in odgovornost za lastno zdravje (Khaghanyrad, & Karaman, 2020). Ocenjuje se, da je 70-80 % smrti v razvitih državah in 40-50 % smrti v nerazvitih državah posledica nezdravega načina življenja (Erci, 2009; Arena, et al., 2016; Whatnall, et al., 2016). Pozitivne izbire živiljenjskega sloga in vedenja so temeljnega pomena za doseganje dobrega zdravja (Li, et al., 2020).

V družbi so medicinske sestre najbolj zaupanja vredne izmed zdravstvenih delavcev in imajo vodilno vlogo pri izboljševanju zdravja prebivalstva (American Hospital Association, 2019). Vendar, Chung et al., (2020) navajajo, da je ta vloga možna le, če same upoštevajo načela zdravega načina življenja, saj so tako lahko s svojim zgledom učinkovite pri motiviranju pacientov. Raziskave kažejo, da medicinske sestre pre malokrat upoštevajo zdrav način življenja (telesna vadba, zdravo prehranjevanje in obvladovanje ter premagovanje stresa) (Karađeniz, et al., 2008; Buss, 2012; Kyle, et al., 2017; Ross, et al., 2017; Pirano, et al., 2018; Khaghanyrad, & Karaman, 2020). Dejavniki, ki so jih medicinske sestre identificirale kot glavni vzrok nezdravega načina življenja izhajajo predvsem iz delovnih pogojev in organizacije dela v zdravstveni negi: neustrezní delovni pogoji, izmensko delo, delovne obremenitve, slabe prehranjevalne navade, slabí medsebojni odnosi in omejena možnosti uživanja zdravih obrokov na delovnem mestu (Nicholls, et al., 2017; Ross, et al., 2019). Izmensko delo, ki vključuje široko paletu različnih urnikov dela v različnih časovnih okvirjih, še posebej nočno delo, ima veliko negativnih posledic na zdravje (Rivera, et al., 2020). Vpliva na spremembo cirkadijalnega ritma, zmanjša izločanje melatonina in povzroča motnje spanja ter številne zdravstvene težave in psihične motnje (Sallinen, & Kecklund, 2010; Flo, et al., 2012). Po mnenju Liu et al., (2018) imajo medicinske sestre, ki delajo v izmenah, večjo prevalenco prekomerne telesne teže, saj ima izmensko delo negativni učinek na prehranjevalne vzorce (Kyle, et al., 2017) in na redno telesno aktivnost (Torquati, et al., 2017).

Namen študije je raziskati živiljenjski slog medicinskih sester in babic in ugotoviti pomembnost vrednot in dejavnike zadoljivljstva, ki so povezani z delovnim mestom. Raziskovalno vprašanje, ki smo si ga postavili se glasi:

Kakšen je živiljenjski slog medicinskih sester in babic v povezavi z vrednotami in dejavniki delovnega mesta?

Metode

Uporabili smo kvantitativno metodologijo raziskovanja. Izvedli smo presečno deskriptivno študijo.

Opis instrumenta

V namen izvedbe raziskave smo pripravili anketni vprašalnik na podlagi pregleda literature (Khaghanyrad, & Karaman, 2020; Pušnik, 2010). Anketni vprašalnik je vseboval 43 vprašanj zaprtega in polodprtrega tipa, ki so bila razdeljena v tri sklope: demografski podatki, področje zadoljivljstva pri delu in pomembnosti vrednot ter področje živiljenjskega sloga. Na vprašanja so anketiranci odgovarjali na dva načina, ali z izbiro ustreznih odgovorov ali pa na 3 do 5 stopenjski Liketrovi lestvici.

Opis vzorca

Uporabili smo priložnostno vzorčenje. V raziskavi je sodelovalo 264 izvajalcev zdravstvene nege, od tega smo v analizo vključili samo popolno izpolnjene anketne vprašalnike, ki jih je bilo 196. Sodelovalo je 89 % žensk in 11 % moških, največ sodelujočih (30 %) je bilo starih od 41 do 50 let, sledili so anketiranci stari od 31 do 40 let (23 %), 21 % anketancev je bilo starih od 21 do 30 let, 19 % od 51 do 60 let, 6 % anketancev je bilo starih nad 61 let. V 40 % so sodelovali anketiranci z visoko strokovno izobrazbo, sledili so jim anketiranci s srednješolsko izobrazbo (25 %), nato univerzitetno (15 %) in

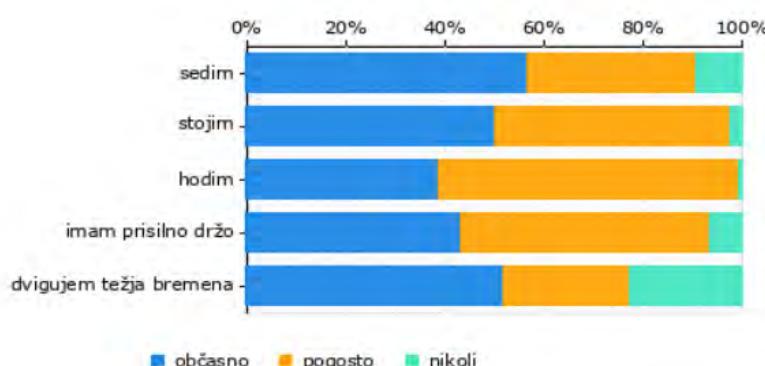
podiplomsko (14 %), 6 % je bilo anketirancev z višješolsko izobrazbo. Največ anketirancev je poročenih (48 %) ali pa živi v izvenzakonski skupnosti (36 %), samskih je 10 %, razvezanih ali ovdovelih pa je bilo 3 %. Anketiranci pretežno živijo v mestu (39 %) ali na deželi (36 %) in v predmestju (25 %).

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

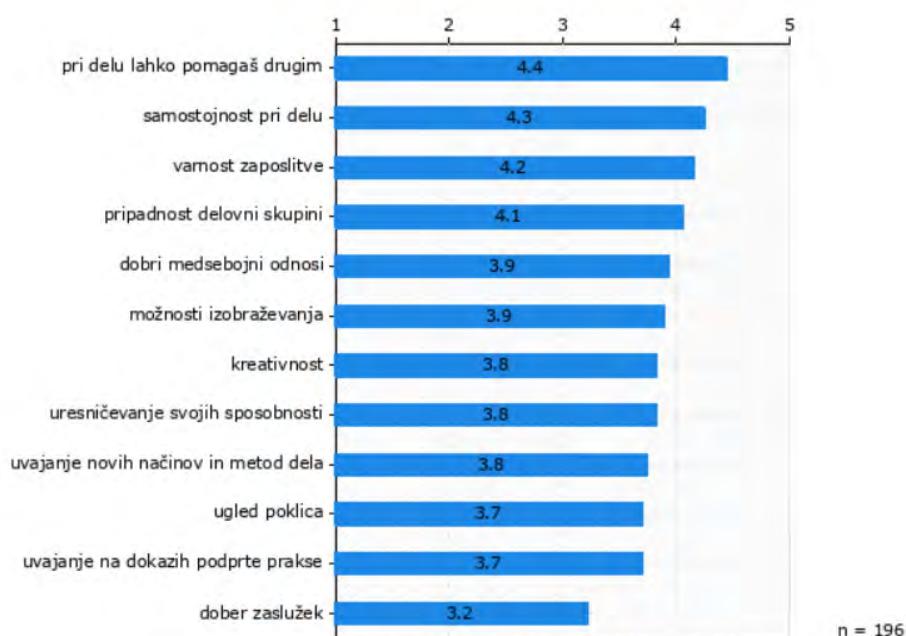
Anketni vprašalnik smo pripravili v elektronski obliki v 1ka spletнем okolju in ga pršili po socialnem omrežju Facebook, dostopen je bil tudi na spletni strani Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor. V uvodnem besedilu je bil razložen namen raziskave, nobeno od vprašanj ni bilo zavezujče, tako, da so udeleženci lahko od raziskave odstopili med izpolnjevanjem raziskave. Anketni vprašalnik je bil anonimen, brez možnosti sledenja identiteti udeležencev v raziskavi. Analizo smo opravili s pomočjo orodja SPSS 26 in Microsoft Excel. Uporabili smo deskriptivne statistične metode in podatke ponazorili s frekvenco in odstotki ter povprečnimi vrednostmi. Polodprta vprašanja smo analizirali s pomočjo grupiranja posameznih pomenskih odgovorov in beleženja njihove frekvence.

Rezultati

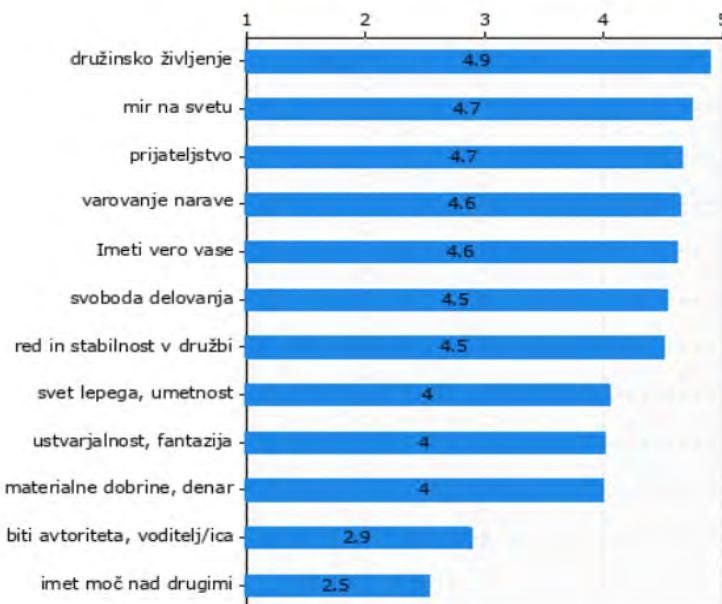
Anketiranci so v povprečju s svojo delovno situacijo srednje zadovoljni ($PV = 3,69$), 27 % anketirancev si želi poiskati novo zaposlitev, najverjetneje v drugi ustanovi v regiji (26 %) ali v isti ustanovi, vendar na drugem oddelku. Kar 17 % anketirancev pa razmišlja o iskanju nove zaposlitve izven zdravstva. Značilnost delovnega mesta in delovne organizacije ter dela je v povprečju pomembno ($PV = 4,2$), najbolj so pomembni dobri medsebojni odnosi ($PV = 4,9$), varnost zaposlitve, da pri delu lahko pomagaš drugim in možnosti izobraževanja ($PV = 4,6$). Kar 76 % anketirancev opravlja delo v posebnih pogojih dela (nadurno, izmensko ...). Pri svojem delu pogosto hodijo, stojijo, imajo prisilno držo in dvigujejo težka bremena, občasno pa sedijo (Slika 1). Na sliki 2 so prikazani rezultati značilnosti delovnega mesta ter dela, ki jih anketiranci dejansko občutijo.



Slika 1: Vrsta aktivnosti med opravljanjem dela



Slika 2: Dejanske značilnosti delovnega mesta



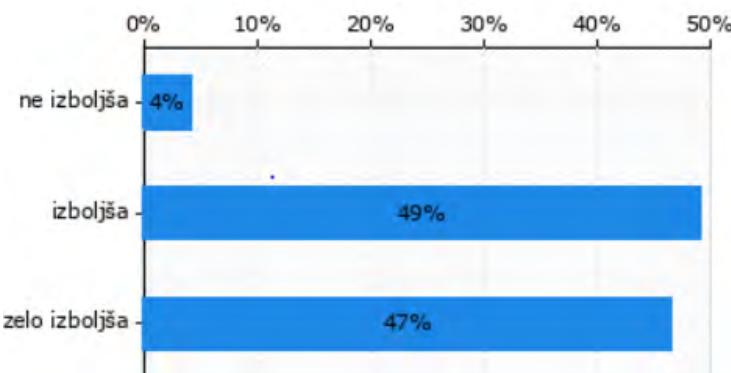
Slika 3: Pomembnost vrednot

Na sliki 3 je prikazana pomembnost vrednot. Anketirancem je najpomembnejše družinsko življenje ($PV = 4,9$), mir na svetu in prijateljstvo ($PV = 4,7$), verovati vase in varovanje narave ($PV = 4,6$).

Anketiranci sebe opisujejo kot zelo odgovorne (92 %), zanesljive (91 %) razumne (82 %) samostojne (81 %), razumevajoče (77 %).

Anketiranci so izrazili, da imajo premalo prostega časa (66 %), v 66 % se ukvarjajo s športom, sledi gledanje televizije in poslušanje radia. V opisnih odgovorih pa je prevladalo mnenje, da prosti čas preživljajo predvsem z druženjem z družino

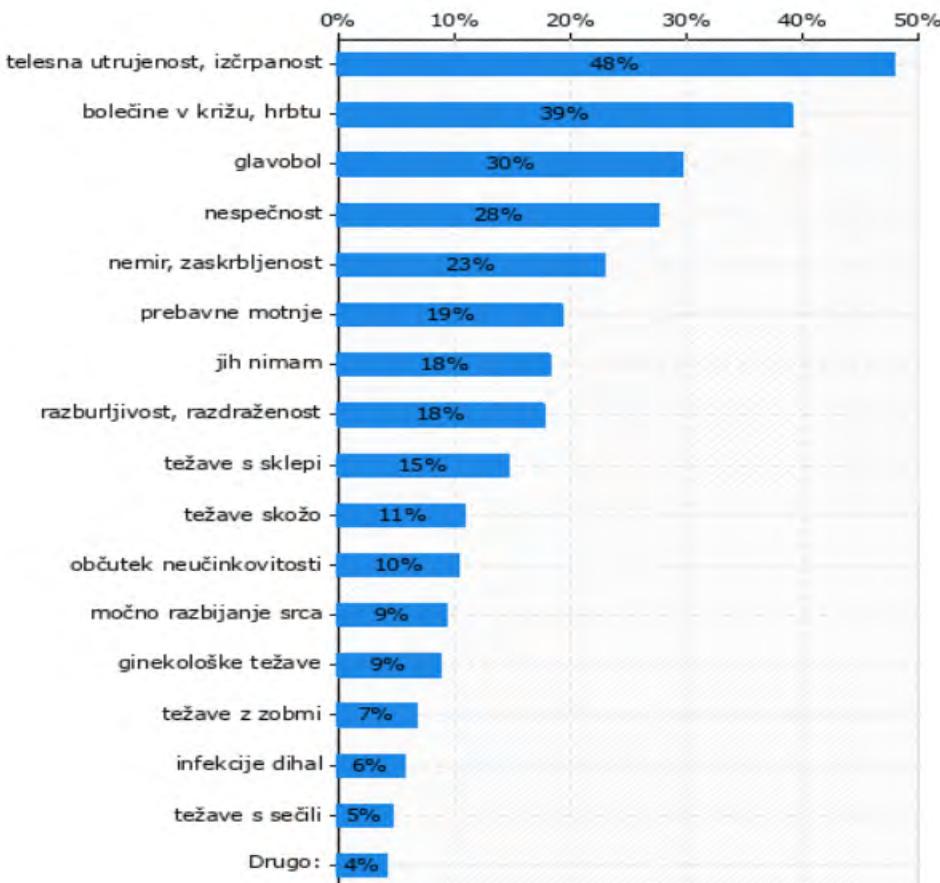
in prijatelji ter z igro z otroki. Najpogostejsa športna aktivnost, s katero se udeleženci v raziskavi ukvarjajo je hoja in pohodništvo, kolesarjenje, plavanje, fitnes, ki v povprečju najpogosteje traja od 20 do 60 minut, najpogosteje do 3x tedensko.



Slika 4: Vpliv gibalne aktivnosti na psihično kondicijo

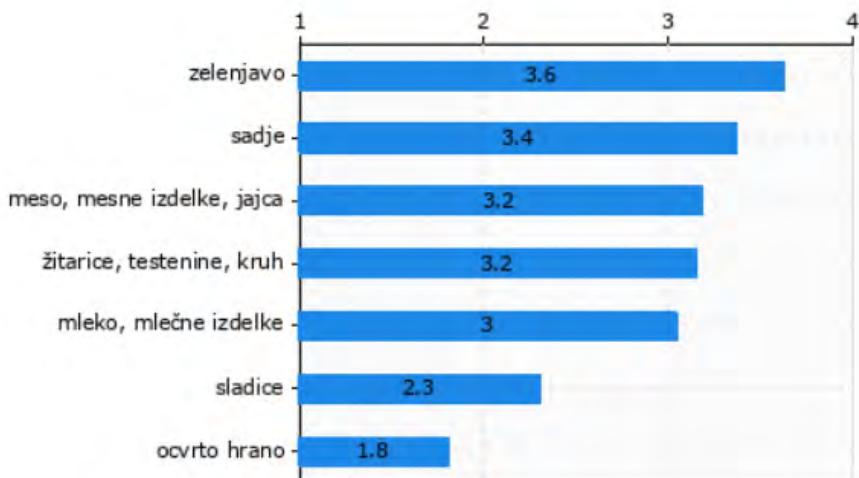
Na sliki 4 so prikazani rezultati mnenja anketirancev, kako gibalna aktivnost izboljša psihično počutje. V večini so anketiranci mnenja, da fizična aktivnost izboljša (49 %) oziroma zelo izboljša (47 %) psihično kondicijo.

Anketiranci svoje trenutno zdravstveno stanje ocenjujejo kot dobro (59 %) in zelo dobro (22 %). Kar 36 % anketirancev pa ob tem navaja, da so bili v zadnjih mesecih bolni ali nezmožni za delo. Na sliki 5 prikazujemo trenutne zdravstvene težave anketirancev (vsak odgovor je analiziran kot samostojna enota).



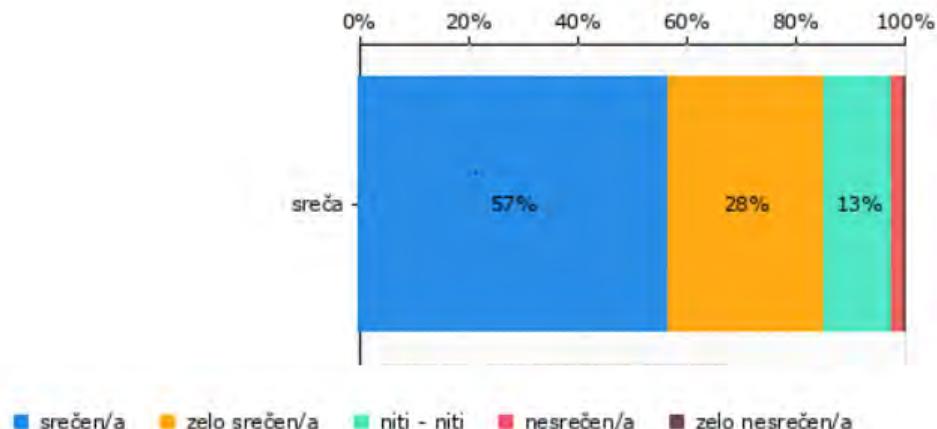
Slika 5: Zdravstvene težave, ki se pojavljajo v zadnjih mesecih

Skoraj polovica (48 %) anketirancev je izčrpanih in utrujenih, imajo bolečine v hrbtnu, križu (39 %) in glavobole (30 %). Prav tako jih pesti nespečnost (28 %), so nemirni in zaskrbljeni (23 %). Samo 20 % anketirancev redno, mesečno izvaja samopreglede dojk ali mod. Redno kadi 22 % anketirancev, 21 % je kadilo v preteklosti, vendar so s kajenjem prenehali. V povprečju anketiranci najpogosteje spijejo do 2 l tekočine dnevno, najpogosteje vodo (92 %), alkoholne pijače večkrat tedensko uživa samo 6 % anketirancev, večina, (55 %) pa alkohol uživa redko. Najpogosteje anketiranci uživajo dva obroka (kosilo in večerjo) oziroma tri obroke (zajtrk, kosilo in večerjo). Na sliki 6 je prikazana pogostost uživanja različne vrste hrane.

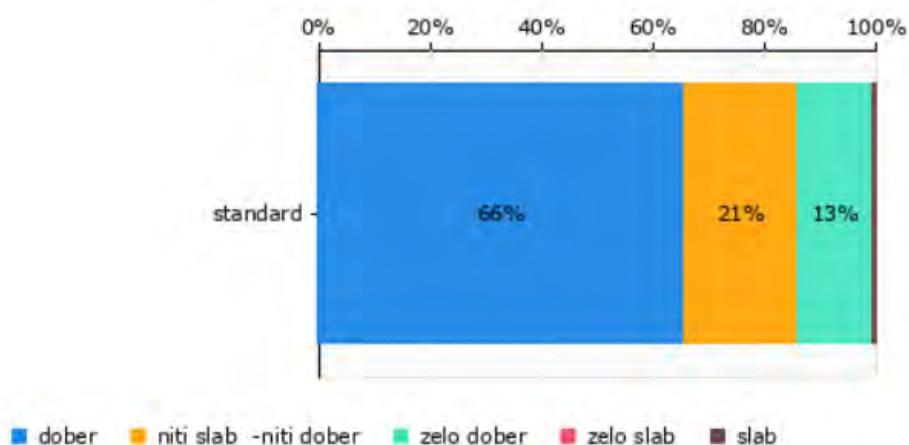


Slika 6: Pogostost uživanja hrane

Anketiranci so izrazili, da so srečni (Slika 7) in da je njihov življenjski standard dober (Slika 8).



Slika 7: Izražanje sreče



Slika 8: Življenjski standard

Diskusija

Na raziskovalno vprašanje, ki se glasi: »Kakšen je življenjski slog medicinskih sester in babic v povezavi z vrednotami in dejavniki delovnega mesta?« lahko odgovorimo z naslednjimi dejstvi.

Z raziskavo smo dobili delni pogled na življenjski slog medicinskih sester in babic. Medicinske sestre in babice v naši študiji so delno zadovoljne s svojim življenjem in delovnim mestom. So zmero fizično aktivne (v povprečju najpogosteje 1-3 krat tedensko, uživajo 2-4 obroke dnevno, pretežno zelenjavno, sadje in meso, pišejo dovolj tekočine, v veliki večini so nekadilke in redko uživajo alkoholne pičače). Medicinske sestre in babice so srečne in so mnenja, da imajo dober življenjski standard. Pirano et al., (2018) dokazujejo, da ima več kot polovica medicinskih sester in babic neustrezne prehranjevalne navade in kar v 60 – 74 % se ne ukvarjajo s fizično aktivnostjo. Tuckett & Henwood (2015) ugotavljata, da zdrav način življenja vpliva na počutje in raven energije, prav tako na boljšo telesno zmogljivost, kot tudi na zmogljivost na delovnem mestu. V nasprotju z zdravim življenjskim slogom lahko slabe prehranjevalne navade, neaktivnost, premalo spanja, slabi medosebni odnosi, vplivajo na fizično in psihično zdravje človeka (Flo, et al., 2012; Tuckett & Henwood 2015; Kyle, et al., 2017; Torquati, et al., 2019), prav tako je lahko nezdrav življenjski slog vzrok za pojav številnih nenalezljivih kroničnih bolezni (Stampfer, et al., 2000) in prekemerne teže ter z njim povezanimi težavami (Buss, 2012; Lin, et al., 2018). Zdrav življenjski slog bi naj možnost za nastanek koronarnih bolezni znižal za kar 80 % (Stampfer, et al., 2000).

Zadovoljstvo na delovnem mestu in vrednote, ki so dejansko pomembne na delovnem mestu prav tako vplivajo na počutje medicinskih sester in babic in na njihovo življenjsko energijo, ki je ena izmed pomembnih elementov pri uresničevanju aktivnosti za upoštevanje načel zdravega načina življenja. Najpomembnejša dejanska značilnost delovnega mesta je v naši študiji bila izpostavljena kot pomoč drugim, samostojnost pri delu in varnost zaposlitve. Kljub temu medicinske sestre in babice v naši študiji v visokih odstotkih izražajo pojav izčrpanosti in utrujenosti, imajo bolečine v križu in hrbtnu ter glavobole.

Delovno mesto medicinskih sester predstavlja tveganje za nezdrav življenjski slog, na katerem se morajo soočiti z ovirami, vključno z neugodnimi urniki dela (izmensko delo) in fizično ter psihično izjemno zahtevnim in odgovornim delom (Nicholls, et al., 2017).

Kljub težkim pogojem dela, stresu obremenjenosti in izmensekemu delu pa se sodelujoči v raziskavi opisujejo kot zelo odgovorne, zanesljive, razumne, samostojne in razumevajoče.

Izvedena študija ima številne omejitve, zato podatkov ne gre posploševati na celotno poklicno skupino medicinskih sester in babic v Sloveniji. V vzorec so bili zajeti naključni udeleženci, predvidevamo, da v večji meri iz enega geografskega področja. V študiji niso bili upoštevani vsi dejavniki, ki bi ugotavljali dejansko stanje in počutje (npr. telesna teža, višina, podatki o trajanju počitka in spanja ...). Prav tako nismo pridobili podatka o tem, kako dolgo upoštevajo in izvajajo priporočila zdravega načina življenja.

Priporočila za nadaljnje raziskovanje gredo predvsem v smeri raziskovanja dobrega počutja, kakovosti življenja in vseh dejavnikov zdravega načina življenja. Kljub temu naša študija kaže, da upoštevanje priporočil in načel zdravega načina življenja, kot so redna telesna dejavnost, ustrezna prehrana, izogibanje razvadom (alkohol, kajenje), privedejo do pozitivnih rezultatov, zadovoljstva z življenjem, tudi boljšega počutja na delovnem mestu, več življenjske energije in boljšega zdravja. Rezultati študije imajo pomembno sporočilo tudi za delodajalce v smislu pomembnosti skrbi za ustrezno delovno okolje, skrbi za zaposlene, za njihovo zdravje in dobro počutje, tudi za spodbujanje zdravih navad, ustrezne odmore med delom (aktivne odmore) in ustrezno porazdelitev delovnega časa med zaposlenimi.

Zaključek

Zdrav živiljenjski slog je povezan z mnogimi dejavniki, ki vplivajo na izboljšanje dobrega počutja in zdravja na delovnem mestu. Medicinske sestre in babice imajo pomembno vlogo v promociji zdravega načina življenja na eni strani in v skrbi za lastno zdravje na drugi strani, da bodo lahko dober vzgled in motivatorji pri svojem delu. S škodljivimi vzorci vedenja, povečanimi zahtevami delovnega mesta in intenzivnostjo delovnih obremenitev se povečujejo tveganja za pojav izgorelosti in različnih akutnih in kroničnih obolenj. Upoštevanje načel zdravega načina življenja: opustitev razvad, ustrezni počitek, ustrezna prehrana, telesna aktivnost in zadovoljevanje duhovnih potreb, so ključni za izboljšanje zdravja in dobrega počutja. Prav tako ima veliko vlogo delovno mesto, na katerem ljudje v povprečju preživimo kar tretjino dneva. Delovno mesto naj bo takšno, da bo dopuščalo možnosti za rast in razvoj zaposlenega, spodbujalo zdrav način življenja, zlati na področju zagotavljanja ustrezne prehrane, počitka in telesne dejavnosti.

Zadovoljstvo pri delu in v živiljenju ter zdrav živiljenjski slog so determinante, ki ne dopuščajo, da bi se pojavili izgorelost, nezadovoljstvo, stres, zapuščanje delovnega mesta ali celo poklica, k čemur moramo v zdravstveni in babiški negi nenehno stremeti.

Literatura

- American Hospital Association. 2019. For the 17th Year in a Row, Nurses Top Gallup's Poll of most Trusted Profession. [Online] Available at: <https://www.aha.org/news/insights-and-analysis/2019-01-09-17th-year-row-nurses-top-gallups-poll-most-trustedprofession> [19.08.2022].
- Arena, R., McNeil, A., Brahamam, G. N., Hills, A. P., De Silva, H. J. & Sagner, M., et al. 2016. Creating a pro-active health care system to combat chronic diseases in Sri Lanka: the central role of preventive medicine and healthy lifestyle behaviors. *Expert Review of Cardiovascular Therapy*, 14(10), pp. 1107-1117.
- Buss, J., 2012. Associations between obesity and stress and shift work among nurses. *Workplace Health & Safety*, 60(10), pp. 453-458.
- Chung, H. C., Chen, Y. C., Chang, S. C., Hsu, W. L. & Hsieh, T. C., 2020. Nurses' well-being, health-promoting lifestyle and work environment satisfaction correlation: a psychometric study for development of nursing health and job satisfaction model and scale. *International journal of environmental research and public health*, 17(10), p. 3582.
- Erci B. 2009. Public health nursing. Ankara: Goktug printing pp. 192-201.
- Flo, E., et.al., 2012. Shift work disorder in nurses-assessment, prevalence and related health problems. *PLoS ONE*, p. 7, e33981.
- Karadeniz, G., Uçum, E. Y., Dedeli, O. & Karaagac, O., 2008. Healthy lifestyle behaviors of university students. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7(6), pp. 497-502.
- Khaghanyrad, E. & Karaman, Z., 2020. The healthy lifestyle behaviors of nurses working in surgical clinics in two countries. *International Journal of Caring Sciences*, 13(3), pp. 1652 – 1661.
- Kyle, R. G., Wills, J., Mahoney, C., Hoyle, L., Kelly, M. & Atherton, I. M., 2017. Obesity prevalence among healthcare professionals in england: a cross-sectional study using the health survey for england. *BMJ open*, 7(12), p. e018498.
- Li, Y. et al., 2020. Healthy lifestyle and life expectancy free of cancer, cardiovascular diseases, and type 2 diabetes: Prospective cohort study. *British Medical Journal*, 368, p. I6669.
- Liu, Q., et al., 2018. Is shift work associated with a higher risk of overweight or obesity? A systematic review of observational studies with meta-analysis. *International journal of epidemiology*, 47(6), pp. 1956-1971.
- Meier, B. M. & Fox, A. M., 2008. Development as health: employing the collective right to development to achieve the goals of the individual right to health. *Human Rights Quarterly*, 30(2), pp. 259-355.
- Nicholls, R., Perry, L., Duffield, C., Gallagher, R. & Pierce, H., 2017. Barriers and facilitators to healthy eating for nurses in the workplace: An integrative review. *Journal of advanced nursing*, 73(5), pp. 1051-1065.
- Priano, S. M., Hong, O. S. & Chen, J. L., 2018. Lifestyles and Health-Related Outcomes of U.S. Hospital Nurses: A Systematic Review. *Nursing outlook*, 66(1), pp. 66-76.
- Pušnik, D., 2010. Živiljenjski slog medicinskih sester. In: M. Pajnkar, et al., eds. *Gradimo učinkovito in zmogljivo zdravstveno nego : 1. mednarodna znanstvena konferenca Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor : zbornik predavanj*. 1. mednarodne znanstvene konference : Maribor, 3. in 4. junij 2010. Maribor : Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp.173 – 183.

- Ross, A., Bevans, M., Brooks, A. T., Gibbons, S. & Wallen, G. R. 2017. Nurses and health-promoting behaviors: knowledge may not translate into self-care. *AORN*, 105, pp. 267–275.
- Ross, A., Touchton-Leonard, K., Perez, A., Wehrlen, L., Kazmi, N. & Gibbons, S., 2019. Factors that influence health-promoting self-care in registered nurses: barriers and facilitators. *Advances in nursing science*, 42(4), p. 358.
- Rivera, A.S., Akanbi, M., O'Dwyer, L. C. & McHugh, M., 2020. Shift work and long work hours and their association with chronic health conditions: A systematic review of systematic reviews with meta-analyses. *PLoS ONE* 2020, 15, p. e0231037.
- Sallinen, M. & Kecklund, G. 2010. Shift work, sleep, and sleepiness Differences between shift schedules and systems. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 36, 121–133.
- Stampfer, M. J., Hu, F. B., Manson, J. E., Rimm, E. B., & Willett, W. C. 2000. Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and life-style. *New England Journal of Medicine*, 343(1), pp. 16-22.
- Torquati, L., Pavey, T., Kolbe-Alexander, T., & Leveritt, M. 2017. Promoting diet and physical activity in nurses: a systematic review. *American Journal of Health Promotion*, 31(1), pp. 19-27.
- Tuckett, A., & Henwood, T. 2015. The impact of five lifestyle factors on nurses' and midwives' health: the Australian and New Zealand nurses' and midwives'-cohort study. *International Journal of Health Promotion and Education*, 53(3), pp. 156-168.
- Whatnall, M. C., Collins, C. E., Callister, R., & Hutchesson, M. J. 2016. Associations between unhealthy diet and lifestyle behaviours and increased cardiovascular disease risk in young overweight and obese women. *Healthcare*, 4(3), p. 57.

Ključ za varno obravnavo pacientov

The key to safe patient handling

Tamara Lubi, univ. dipl. org., predav.

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Referat za kakovost

Izvleček

Izvajanje zdravstvene dejavnosti je zelo kompleksna in zahtevna naloga. Posledično je njen izvajanje lahko povezano tudi z visoko stopnjo tveganja. Varnost pacientov mora biti ključna in prednostna naloga zdravstvenih organizacij, ki ji morajo posvetiti prav toliko pozornosti, kot ostalim področjem. Kakovostna zdravstvena obravnavna temelji na izvajalcih zdravstvenih storitev in dobro vpeljanih procesih zdravstvene obravnave. Uvajanje in izboljševanje kulture varnosti mora biti cilj vsake zdravstvene ustanove. Varnost v zdravstvu je lastnost in stanje, ko je varnostno tveganje znižano na minimalno raven in pomeni odsotnost kakršnih koli posledic za paciente, zaposlene ali druge zaradi varnostnih odklonov. V prispevku so predstavljena teoretična izhodišča, ki opredeljujejo pomen in vsebino kakovostne in varne zdravstvene obravnave za pacienta, področje kulture varnosti in orodja za zagotavljanje kakovostne in varne obravnave pacientov na vseh ravneh zdravstvenega varstva.

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

Abstract

Performing healthcare activities is a very complex and demanding task. As a result, we can associate its implementation also with a high-risk level. Patient safety must be a key and priority task for healthcare organizations and they should pay them as much attention as other areas. Healthcare treatment quality is based on healthcare service providers and well-established healthcare treatment. Creating and improving the safety culture should be the goal of every healthcare facility. Safety in healthcare is a characteristic and a condition where the safety risk is reduced to a minimum. It means the absence of any consequences for patients, employees, or others due to safety deviations. This paper deals with the theoretical starting points to define the meaning and content of quality and safe medical treatment for the patient, the safety culture area, and tools for ensuring quality and safe treatment of patients at all levels of healthcare.

Keywords: quality, culture, patient, safety, healthcare.

Uvod

Dostop do kakovostne zdravstvene oskrbe je osnovna človekova pravica. Luksemburška deklaracija, ki so jo sprejele vse članice Evropske unije, vključno s Slovenijo, navaja, da imajo pacienti pravico pričakovati, da bo za zagotavljanje njihove varnosti kot uporabnika vseh zdravstvenih storitev, vložen ves trud (Luksemburška deklaracija, 2005 cited in Kramar, 2022). Ob tem kot prednostni cilj in nalogu izpostavlja tudi zahtevo po nenehnem izboljševanju kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave.

Kakovostno zdravstveno obravnavo zagotavljajo izvajalci zdravstvenih storitev. Pomembno je, da so v to vključeni vsi pomembni deležniki (pacienti, svojci, izvajalci, plačniki, predstavniki vlade, ostali), ki na osnovi dobro oblikovanih procesov zdravstvene obravnave in strategij v okviru svojih pristojnosti poskušajo čim bolje zadovoljiti potrebe in pričakovanja pacientov, njihovih svojcev in širše družbe.

Na vseh ravneh izvajanja zdravstvene oskrbe je treba sistem upravljanja kakovosti in varnosti snovati usklajeno. Za izboljšanje kakovosti v zdravstveni organizaciji je odgovorno vodstvo zdravstvene organizacije. Neposredni izvajalci zdravstvene dejavnosti so ključni za uspeh izboljševanja kakovosti. Vsi izvajalci zdravstvenega varstva morajo med seboj tesno in trajno sodelovati pri vzpostavljanju in vzdrževanju sistemov izboljševanja kakovosti oskrbe in varnosti pacientov (Marušič, 2022).

Zgodovinsko gledano je družba strmela k zagotavljanju visoke kakovosti dela s številnimi ukrepi, ki se danes zdijo samoumevni: izobraževanje in usposabljanje, izdaja licenc in dovoljenj za opravljanje dejavnosti, objava strokovnih smernic, izdava kliničnih poti, spremljanje kazalnikov kakovosti in izvajanje nadzorov. Danes vemo, da je vse navedeno nujno, vendar nezadostno za zagotavljanje visoke kakovosti dela (Pokljukar, 2022, p.3).

Začetek zgodbe na področju vodenja kakovosti in zagotavljanja varnosti v zdravstvu se začne s sistematičnim izboljševanjem znanja izvajalcev zdravstvene dejavnosti, organiziranosti procesa zdravstvene obravnave, urejenosti delovnega okolja in načina vodenja. Ko so vsi našteti elementi zagotovljeni, se pričakuje nek uspeh, ki pa kljub vsemu zahteva nenehne izboljšave in prilagajanje spreminjačim se razmeram.

Osnovna pozornost v zdravstvenem varstvu je namenjena pacientom s ciljem varovanja njihovega zdravja. Ne glede na raven zdravstvenega varstva mora biti izvedena storitev učinkovita, varna, primerna, uspešna, enaka za vse paciente, ki morajo biti v središču zdravstvene obravnave oziroma celotnega sistema. Zagotavljanje kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe za vse izvajalce pomeni izpolnjevanje skupnih zahtev, ki jih je po področjih udejstvovanja treba izpeljati:

- Spremljanje kulture: splošne, organizacijske, poklicne (klinične) ter sodelovanje v timih zdravstvene obravnave.
- Zavezanost vodstev ustanov h kakovosti: poglabljanje znanja o kakovosti v povezavi z izrabo virov, pozitivno motivacijo izvajalcev, nadzorovanjem izvajanja dogovorjenega in zahtevanega.
- Politika vodenja kakovosti in varnosti: izgrajevanje kulture poročanja, dosledno spremljanje odklonov, napak, skorajšnjih napak in varnostnih zapletov, doslednost izvajanja popravnih ukrepov, nadgradnja odličnosti od »spodaj navzgor«.
- Izvajanje zdravstvenih storitev: sledenje z dokazi podprtji medicini ter zdravstveni in babiški negi (izobraževanja), pripravljanje, posodabljanje, dopolnjevanje politik, smernic, navodil, pripravljenost na spremembe, priprava sprememb, pobud, predlogov.
- Delo s podatki: spremenjeni odnos do podatkov, merjenje, analiziranje, ukrepanje, podatki o uspešnosti ključnih izvajalcev (Farkaš Lainščak, at al., 2022, p.23).

Kakovost zdravstvene oskrbe

Na podlagi priporočil Sveta Evrope iz leta 1997 ima vsak pacient pravico do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe.

Zakon o pacientovih pravicah (ZpacP) v 11. členu - **Pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe** navaja:

Pacient ima pravico do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe v skladu z medicinsko doktrino.

- **Primerna zdravstvena doktrina** je tista, ki je skladna s pacientovimi potrebami ter možnostmi zdravstvenega sistema v Republiki Sloveniji in temelji na enostavnih, preglednih in prijaznih administrativnih postopkih ter vzpostavlja s pacijentom odnos sodelovanja in zaupanja.
- **Kakovostna zdravstvena oskrba** je tista, ki dosledno dosega izide zdravljenja, ki so primerljivi s standardi ali najboljšimi praksami, ob upoštevanju temeljnih načel kakovosti, kot so uspešnost, varnost, pravočasnost, kontinuiteta, učinkovitost, enakopravnost in osredotočenje na pacienta.
- **Varna zdravstvena oskrba** je tista, ki preprečuje škodo za pacienta v zvezi s samim zdravljenjem in v zvezi z okoliščinami fizične varnosti bivanja ali zadrževanja pri izvajalcu zdravstvenih storitev (ZpacP, 2018).

Ministrstvo za zdravje je leta 2010 objavilo Nacionalno strategijo kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010 - 2015), ki je bil najpomembnejši dokument za zagotavljanje kakovosti in varnosti v zdravstvu v Sloveniji. Najpomembnejši cilji so bili razviti v učinkovitost razvijanja sistematičnosti in strokovnosti nenehnega izboljševanja zdravstvene obravnave ter varnosti pacientov ob upoštevanju načel kakovosti v zdravstvu, načel vodenja kakovosti po uveljavljenih standardih in certifikatih kakovosti (Kiauta, et al., 2010 cited in Kramar, 2022).

V dokumentu je opredeljena tudi akreditacija zdravstvenih ustanov kot eno izmed orodij, s katero se lahko doseže višja raven kakovosti zdravstvene obravnave. Prav tako je bila opredeljena nujnost vodenja kazalnikov, s pomočjo katerih lahko prepoznamo področja, kjer so prednostno potrebne izboljšave in učinki sprejetih ukrepov za izboljšave (Simčič, et. al., 2011 cited in Kramar, 2022).

Deming poudarja, da je najpomembnejše za izboljševanje kakovosti nenehno izboljševanje vseh procesov, vključno z izobraževanjem zaposlenih. Prav tako navaja, da je malo verjetno, da bi pri ljudeh prišlo do spremembe miselnosti naenkrat, zato je bil prepričan, da je treba spremeniti pristop, s skrbno načrtovanimi in premišljenimi koraki (Piskar & Dolinšek, 2006, cited in Kramar 2022). Tako je avtor Deming oblikoval nepretrgan krog stalnih izboljšav, ki ga danes imenujemo Demingov krog, sestavljen iz štirih nenehno ponavljajočih se aktivnosti in je učinkovito orodje za doseganje izboljšanja kakovosti. Vsebuje načrtovanje, realizacijo, pregled/kontrolo in izboljšave procesov ter ukrepov, ki jih posamezni izvajalec zdravstvene dejavnosti uporablja za doseganje zastavljenih ciljev.

Varnost zdravstvene obravnave pacientov

- Izvajanje kakovosti in varnosti v zdravstvu je odvisna od številnih dejavnikov kot so:
- motiviranost in angažiranost zaposlenih,
- motiviranost in pripravljenost sodelovanja pacientov v zdravstveni obravnavi,
- razpoložljivo število zaposlenih, znanje in kompetentnost zaposlenih,
- dostopnost do opreme in pripomočkov za delo,
- jasnost opredeljenih procesov in navodil za delo,
- urejeno financiranje zdravstvenih storitev,
- urejena zakonodaja, aktivno prizadevanje,
- timsko delo in medpoklicno sodelovanje, komunikacija vseh zdravstvenih delavcev in sodelavcev,
- aktivno prizadevanje upravljalcev zdravstvenih storitev v sodelovanju z vsemi deležniki,
- vzgajanje in učenje zaposlenih v zdravstvu za kakovostno in varno delovaje oz. obravnavo pacientov.

Varnost v zdravstvu je lastnost in stanje, ko je varnostno tveganje znižano na minimalno raven in pomeni odsotnost kakršnih koli posledic za paciente, zaposlene ali druge zaradi varnostnih odklonov.

Cilj varnosti pacientov je sprotno in nenehno ugotavljanje, analiziranje in obvladovanje tveganj v obravnavi pacientov, z namenom zagotavljanja njihove varne obravnave in zmanjševanja morebitne škode na minimum.

Kultura varnosti

Področje kulture varnosti pacientov je ključni in sestavni del sistema vodenja kakovosti in je osnova zdravstvene politike stalnega izboljševanja kakovosti. Varnost pacientov je prvi pogoj za kakovost zdravstvene obravnave in oskrbe (Kramar 2016, cited in Kramar, 2022).

Robida (2013 cited in Kramar, 2022) opredeljuje kulturo varnosti ustanove kot proizvod vrednot, stališč, zaznav, usposobljenosti in vzorcev vedenja ter stila posameznikov in skupin. Prav tako pa na obvladovanje varnosti vplivata še zavzetost in strokovnost vseh, ki sodelujejo v obravnavi pacienta.

Varnost pacientov mora biti prioriteta vsakega zdravstvenega strokovnjaka, ki izvaja zdravstveno oskrbo pacientov, ne glede na položaj ali poklicno skupino ali okolje v katerem deluje. Uvajanje in izboljševanje kulture varnosti mora biti cilj vsake zdravstvene ustanove. Zaposleni v zdravstvu morajo spoznati in čutiti, da pri svojem vsakodnevnom delu sodelujejo pri izboljševanju kakovosti in povečanju varnosti pacientov (Robida, 2010 cited in Kramar, 2022).

Uvajanje kulture varnosti mora biti proces, ki prispeva k pozitivnim spremembam in izboljšavam na področju varnosti pacientov, v katerega morajo tako kot zdravstveni delavci, biti vključeni tudi pacienti in njihovi svojci. Sam sistem kulture varnosti oblikujejo procesi, ki zmanjšujejo nastanek sistemskih napak in delujejo preventivno ter preprečijo nastanek napak, ki povzročijo škodo pacientom. In kaj dejansko kultura varnosti pomeni? Pomeni to, da vsak zdravstveni delavec priznava svojo odgovornost glede varnosti pacientov, ki so mu zaupani in si ob svojem delu prizadeva izboljšati oskrbo, ki jo zagotavlja pacientu, ob predpostavki, da se kljub vsemu lahko zgodi varnostni odklon in da zdravstvene oskrbe ni brez tveganj.

Če želimo, da bo organizacija vzpostavila učinkovito kulturo varnosti, mora upoštevati načela kulture odprtosti in pravičnosti, v kateri se vsak izvajalec zdravstvene dejavnosti zaveda svojega prispevka k varnosti posamezne zdravstvene obravnave,

prav tako pa tudi tega, da se varnostni odklon vedno ne more enačiti z napako ali krivdo. Prav zato je še kako pomembno, da se v delovnih sredinah uveljavi pravična kultura, v kateri ljudje sporočajo napake, ne da bi se bali posledic. To ne pomeni, da posameznik ni odgovoren za svoja dejanja, ampak ni odgovoren za neposredne sisteme, v katerih dela (Robida, 2013 cited in Kramar, 2022).

V Sloveniji je še vedno ponekod zelo močno zakoreninjena kultura obtoževanja, za katero velja, da so osebe, ki so storile napako, predmet kazenske obravnave.

Pravična kultura spodbuja poročanje o napakah, razkritje napak znotraj organizacije z namenom učenja in opravičilu tistim, ki so utrpeli škodo zaradi napake. Osnova navedenemu je v zaupanju med sodelavci. Zdravstvena ustanova se mora iz napak učiti. Pomembno je, da se v primeru varnostnega odklona izvede vzročno posledična analiza dogodka, na osnovi katere se dogovorijo in uvedejo preventivni ukrepi za zmanjšanje ponovne ponovitve enakih ali podobnih varnostnih odklonov.

Pri zmanjšanem tveganju za napake ima pomembno vlogo izobraževanje in usposabljanje zaposlenih. Najpomembnejši namen vzpostavitve sistema poročanja o zapletih je povečanje varnosti pacientov z učenjem na napakah in neželenih dogodkih. Poročanje in zbiranje podatkov je smiselno le takrat, kadar jih analiziramo, ocenimo in damo povratno informacijo tako osebju, ki je bilo udeleženo pri zapletu kot vsem drugim, ki bi se lahko kaj naučili iz tega. O varnostnih zapletih lahko poroča zdravstveno osebje, pacienti, svojci in drugi. Sistem poročanja mora biti usmerjen in obvladovan. Namen poročanja ne sme biti kaznovanje udeleženih v varnostni zaplet. Sistem poročanja mora biti prostovoljen, anonimen, zaupen, nekaznovalen do poročevalcev in udeleženih, objektiven, spodbuden, neodvisen od regulacijskih in akreditacijskih procesov (Tušar, 2010, cited in Kramar 2022).

Napake v zdravstvu delimo:

- Aktivne napake (dejanja, ki jih storijo tisti, ki so v neposrednem stiku s sistemom ali procesom, so napake v procesih in sistemih).
- Latentne napake (ustvarjene nezavedno, so napake predhodnih odločitev načrtovalcev, regulacijskih teles in upravljalcev sistemov).
- Varnostni odklon (dogodek, ki nastane pri pacientu nenamerno in nepričakovano in je že ali bo lahko povzročil škodo pacientu v okviru zdravstvene oskrbe, ki ni posledica bolezenskega stanja, storjen je lahko s storitvijo ali opustitvijo).
- Opozorilni nevarni dogodek (je katerikoli dogodek, ki privede ali bi lahko privedel do nepričakovane smrti ali večje izgube telesne ali duševne funkcije, je dogodek, ki ni povezan z naravnim potekom bolezni) (Robida, 2013, cited in Kramar, 2022).

Koraki obvladovanja varnostnih odklonov:

- sporočanje odklonov,
- obravnava odklonov,
- načrtovanje ukrepov,
- uvedba ukrepov,
- vodenje registra ukrepov,
- preventivno delovanje, opredelitev tveganja.

Obvladovanje tveganj

Tveganja so sestavni del našega vsakdana, saj smo jim izpostavljeni v vsakem trenutku, če to želimo ali ne. Tveganja opredelimo z opisom dogodka, spremembami okoliščin in posledicami.

Tveganje je izpostavljenost nenadzorovanemu (negativnemu) dogodku (morebitnemu varnostnemu odklonu), ki se lahko pojavi v prihodnosti. Vključuje oceno nastanka dogodka ali okoliščine, ki bi lahko prinesla določene posledice tako za pacienta kot zdravstvenega delavca ali zdravstveno ustanovo.

Register tveganj ja lahko osnovno orodje na področju kakovosti in varnosti, ki nam služi kot orodje za obvladovanje tveganj. Ustrezno oblikovan register tveganj je orodje za načrtovanje izboljšav, nabav, priprave dokumentov, navodil, nabave materiala in pripomočkov, zamenjave opreme itd.. Osnova ovrednotenega in zapisanega tveganja nam je v pomoč pri vseh nadalnjih obravnavah posameznega tveganja, saj vidimo, iz česa je skupina pripravljavcev registra tveganj izhajala, zakaj so posamezno tveganje ovrednotili tako kot so ga in kakšni so ukrepi, da do realizacije tveganja oz. varnostnega odklona ne pride.

Upravljanje s tveganji v zdravstvu pomeni varnost pacientov, zagotavljanje kakovosti in pacientovih pravic. Potencial za tveganja prežema vse vidike zdravstvenega varstva, vključno z medicinskimi napakami, elektronskim vodenjem evidenc, organizacijo in upravljanje z objekti (Miller, 2013).

Orodja za zagotavljanje varnosti

Ko vodstvo sprejme strateško odločitev, da je varnost pacientov visoka prioriteta ustanove in pri tem postavi jasna pričakovanja ter jih sporoči vsem zaposlenim, svojo zavzetost za varnost pacientov vidno pokaže zaposlenim z:

- varnostnimi vizitami vodstva,
- varnostnimi pogovori in dodelitvijo primernih človeških, finančnih in tehnoloških virov za varnost pacientov,
- vzročno posledičnimi analizami – zgradi infrastrukturo za odkrivanje, sporočanje in analiziranje napak in stanj, ki niso varna,
- zagotovi zaščito tistim, ki napake sporočajo in/ali so vanje vpleteni,
- spremlja napredok varnosti pacientov z rednim pregledom rezultatov kazalnikov kakovosti,
- poskrbi za izgradnjo znanja in veščin varnosti pacientov za vse zaposlene,
- vse zaposlene povabi k sodelovanju pri aktivnostih za kakovost in varnost pacientov (preventivni in korektivni ukrepi ter varnostna priporočila, analiza osnovnih vzrokov najpogostejših prispevajočih dejavnikov ...),
- izvajanjem strokovnih nadzorov s svetovanjem (Kramar, 2014 cited in Kramar, 2022, p. 56).

Nadzori v zdravstveni dejavnosti

Nadzor so priložnost za izboljšanje. Vrste nadzorov:

- interni strokovni nadzor s svetovanjem (redni in izredni), nad poklicnim področjem ali posameznim izvajalcem,
- zunanjji strokovni nadzor s svetovanjem (redni in izredni), nad poklicnim področjem ali posameznim izvajalcem,
- sistemski nadzor nad kakovostjo in varnostjo zdravstvene dejavnosti pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti,
- upravni nadzor,
- inšpekcijski nadzor različnih inšpektoratov,
- finančno medicinski nadzor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije,
- samonadzor (stalni nadzor posameznika nad svojim znanjem in kompetencami ter vsakdanjim delovanjem).

Strokovni nadzor s svetovanjem

Strokovni nadzor je sistematičen proces, pri katerem določamo raven uspešnosti doseganja v naprej zastavljenih ciljev za izboljšanje zdravstvene obravnave pacientov in izidov s pomočjo sistematičnega pregleda in primerjave trenutne zdravstvene prakse s standardi in najboljšimi praksami. Strokovni nadzor obsega nadzor nad strokovnostjo, kakovostjo in varnostjo dela pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti (78/1. člen, ZZDej).

S strokovnimi nadzori ugotavljamo priložnosti za spremembe v dosedanjem delu in izboljšave. Zato so orodje in priložnost za merjenje in izboljšanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave. Niso namenjeni samo za odkrivanje odstopanj ter potreb za izboljšavo, temveč so priložnost za širjenje primerov dobre prakse in osebno rast, tako tistih, ki nadzorujejo, kot tistih, ki so nadzorovani.

Namen strokovnega nadzora s svetovanjem:

- nadzor nad opravljanjem strokovne in poklicne dejavnosti,
- ocena strokovne usposobljenost izvajalcev za delovno mesto,
- preverjanje zagotavljanja kakovosti in varnosti na strokovnem področju,
- preverjanje stalnega sledenja stroke,
- preverjanje in upoštevanje doktrin, standardov, protokolov smernic, navodil in drugih dokumentov,
- preverjanje opravljane dejavnosti v skladu z etičnim kodeksom,
- svetovanje na podlagi ugotovitev strokovnega nadzora (Priporočila in vodila, 2018 cited in Kramar, 2022, p. 60).

Cilji strokovnega nadzora s svetovanjem:

- izboljšanje dela dejavnosti in posameznega izvajalca z delovanjem po sprejetih standardih in s tem izboljšanje izidov za paciente in za varnost pacientov in zaposlenih,
- ugotavljanje ustrezne strokovne usposobljenosti izvajalcev, spremeljanje uspešnosti delovanja dejavnosti in izvajalcev, ugotavljanje priložnosti za izboljšave,
- ugotavljanje sistemskih/procesnih/organizacijskih pomanjkljivosti (Priporočila in vodila, 2018 cited in Kramar, 2022, p. 60).

Diskusija

Varnost pacientov mora biti prednostna naloga vseh zdravstvenih organizacij, ki ji je potrebno posvetiti enako oz. večjo pozornost kot ostalim področjem (ekonomsko, kadrovsko, ...).

Varnost pacientov je najširše definirana kot odsotnost kakrnekoli škode, ki bi jo lahko pacientu/om povzročila zdravstvena obravnavna zaradi človeških ali sistemskih napak. Na področju zdravstva pogosto ugotavljamo le individualne napake posameznih izvajalcev oz. zaposlenih, ob tem pa premalo pozornosti posvečamo iskanju napak v sistemu zdravstvene oskrbe v posamezni organizaciji, v spoštovanju sprejetih standardov in normativov. Vse navedeno pomembno vpliva na znižanje stopnje naše strokovne in etične obravnave pacientov.

Varnost pacientov bomo zagotovili tako, da bomo ob vsakem incidentu/neželenem dogodku dosledno ocenili/izmerili nastalo škodo, ugotovili vzroke za nastalo situacijo, predvideli rešitve, ocenili/izmerili učinek rešitve ter nato vse našteto prenesli nazaj na delovno področje/praksu.

Kultura varnosti je tista skupna vrednota, ki nam omogoča, da se aktivno in nenehno zavedamo svojega prispevka k uspešnemu delovanju ustanove, v kateri smo zaposleni. Ob tem je ključno, da se zavedamo dejstva oziroma možnosti, da lahko gredo nekatere stvari narobe. Prav tako pa je to tudi kultura odprtosti in pravičnosti, ki pomaga k izboljševanju procesov v sistemu. Na ta način postanemo pozorni na napake, ki smo jih pripravljeni odpraviti.

Problem varnosti pacientov v Sloveniji je veliko večji, kot si ga dejansko predstavljamo. Velikokrat naletimo na ovire že pri uvajanju samega sistema varnosti pacientov, predvsem zaradi prevladujoče kulture obtoževanja posameznika za njegove napake. Posledično zaradi tega razvijamo kulturo strahu namesto kulturo varnosti.

Prav tako že kar nekaj časa uvajamo sistem poročanja neželenih dogodkov. Ponekod se evidence vodijo ročno s pomočjo sprejetih dokumentov, drugod vnos in analiza podatkov potekata v elektronski obliki. Sistemi evidentiranja so zelo različni in neenotni. Posledično je zaradi tega v našem prostoru različna kultura varnosti in njeno dojemanje (Lubi & Roj, 2019).

Da bi premostili napačen pristop k napakam, moramo spremeniti kulturo in razviti pravično kulturo na področju varnosti pacientov.

Zaključek

Kakovost in varnost sta nepogrešljiva dejavnika pri vsakodnevnom izvajanju aktivnosti, del in nalog v procesu zdravstvene obravnavne. Ključno je, da se zaposleni v zdravstvu zavedamo, da brez neprestanega izpopolnjevanja in izboljševanja dela v naših delovnih okoljih kakovost ne more živeti.

Zagotavljanje in izboljševanje kakovosti zdravstvenega varstva temelji na uskljenosti multidisciplinarnega tima in znanja, spodbujanju timskega dela in vključenosti vseh izvajalcev pri skupnem iskanju sistemskih rešitev.

Med prednostnimi strateškimi usmeritvami zdravstvenega sistema je potrebna skrb za ustrezeno izobrazbo in strokovno znanje zdravstvenih delavcev, sodelavcev in drugih zaposlenih v zdravstvu. Širitev znanja mora biti pomemben instrument za doseganje trajnih in učinkovitih rešitev za reševanje izzivov na področju organiziranosti, procesov učinkovitosti, kakovosti ter varnosti in zdravstvenega sistema.

Razumevanje načel vodenja kakovosti v zdravstvu naj omogoči, da vodenja kakovosti ne bomo razumeli kot dodatne birokracije, temveč kot orodje za izboljšanje svojega dela (Beović, 2022).

Izvajanje kakovostne in varne zdravstvene oskrbe naj vsem izvajalcem zdravstvene dejavnosti predstavlja izziv in obenem pomemben element profesionalnega zadovoljstva na delovnem mestu.

Literatura

- Farkaš Lainščak J., et.al, 2022. Kakovost in varnost v zdravstvu – priročnik za zdravstvene delavce in sodelavce. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, pp. 22-23.
- Kauta, M., 2010. Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010-2015). In. Kramar, Z. ed, 2022. Kakovost in varnost v zdravstvu. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 14-18.
- Kramar, Z., 2014. Spremembe zaznavanja kulture varnosti pacientov. In. Kramar, Z. ed, 2022. Kakovost in varnost v zdravstvu. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 56-62.
- Kramar, Z., 2016. Zagotavljanje varnosti in kakovosti v pediatrični zdravstveni negi.
- In. Kramar, Z. ed, 2022. Kakovost in varnost v zdravstvu. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 46-52.
- Kramar, Z., 2022. Kakovost in varnost v zdravstvu. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 46-52.
- Lubi, T. & Roj, I.R., 2019. Varnost pacientov kot pomembno načelo v zdravstveni obravnavi- imamo kulturo varnosti ali kulturo strahu? In. Jerebic, S., et. al. eds. Multidisciplinarnost, kompetence, kultura varnosti - Ali je pacient v središču obravnave?: zbornik predavanj. 12. dan Angele Boškin, Bled 11. april 2019. Jesenice: Splošna bolnišnica, pp. 72-75.
- »Available at:« https://www.sbjc.si/uploads/jesenice/public/_custom/SBJ_Zbornik_Angele_Boskin_12_WEBCIP.pdf [5.9.2022].
- Luksemburška deklaracija, 2005. In. Kramar, Z. ed, 2022. Kakovost in varnost v zdravstvu. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp.13-14.
- Miller, J. 2013. The Definition of Risk Management in Health Care. International Journal of Technology Assessment in Health Care, 29(2), pp.131–139.
»Available at:« [Http://www.ehow.com/about_6619711_definition-risk-management-health-care.html](http://www.ehow.com/about_6619711_definition-risk-management-health-care.html) [5.9.2022].
- Piskar, F. & Dolinšek, S., 2006. Učinki standarda kakovosti ISO: od managementa kakovosti do poslovnega modela. In. Kramar, Z. ed, 2022. Kakovost in varnost v zdravstvu. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 19-24.
- Pokljušek, J., 2022. Predgovor. In Farkaš Lainščak J., et.al. eds. Kakovost in varnost v zdravstvu – priročnik za zdravstvene delavce in sodelavce. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, pp. 3-4.
- Priporočila in vodila za izvajanje strokovnih nadzorov s svetovanjem v zdravstveni in babiški negi, 2018. In. Kramar, Z. ed, 2022. Kakovost in varnost v zdravstvu. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 56-62.
- Robida, A., 2010. Varnostni zaplet pri pacientu – nova znanost, stara praksa.
- Robida, A., 2013. Napake pri zdravstveni obravnavi pacientov: sistematicna analiza globljih vzrokov napak i in njihovo preprečevanje. In. Kramar, Z. ed, 2022. Kakovost in varnost v zdravstvu. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 46-51, 52-55.
- Simčič, B., 2011. Kazalniki kakovosti in akreditacija kot orodje za vodenje. In. Kramar, Z. ed, 2022. Kakovost in varnost v zdravstvu. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp.14-18.
- Tušar, S., 2010. Učenje skozi obravnavo opozorilnih nevarnih dogodkov. In. Kramar, Z. ed, 2022. Kakovost in varnost v zdravstvu. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 46-52.
- Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP), 2018. Uradni list Republike Slovenije št. 15/2008, 55/2017.
- Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZdej), 2017. Uradni list Republike Slovenije št. 64/17.

Karierni razvoj vodij v zdravstveni in babiški negi

Career development of managers in nursing and midwifery care

Bojana Sečnjak, mag. zdr. – soc. manag.,¹ Izs. prof. dr. Mateja Lorber²

¹Univerzitetni klinični center Maribor, Služba zdravstvene nege

²Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede

Izvleček

Uvod: Vodje v zdravstveni in babiški negi imajo zelo zahtevno nalogu. Poleg znanja, ki ga potrebujejo za delo ob pacientu, potrebujejo še znanje iz področja vodenja. Zelo pomembno je, da se strokovne vodje izobražujejo s področja vodenja in pridobivajo informacije, kako in kje izboljšati vodenje. Ključnega pomena je tudi, da si strokovne vodje zdravstvene nege želijo kariernega razvoja in da imajo izdelan tudi načrt kariernega razvoja. Namen raziskave je bil ugotoviti, ali si medicinske sestre, ki so strokovne vodje na področju zdravstvene in babiške nege, želijo kariernega razvoja.

Metode: Uporabljena je bila kvantitativna metodologija raziskovanja. Izvedli smo presečno, deskriptivno raziskavo. Povezava do spletnega vprašalnika je bila posredovana 43 strokovnim vodjem na področju zdravstvene in babiške nege. Podatki so bili analizirani s programom SPSS, verzija 24.

Rezultati: Ugotovljeno je bilo, da si strokovne vodje zdravstvene nege želijo kariernega razvoja in ga tudi podpirajo pri svojih zaposlenih. Želijo si tudi dodatnih izobraževanj s področja vodenja, največ s področja motiviranja zaposlenih. Strokovne vodje pa si želijo doseči in osvojiti različne cilje in načrte, ki so si jih individualno zastavile, zato je bil oblikovan predlog obrazca za izdelavo kariernega načrta.

Diskusija in zaključek: Kot je razvidno iz rezultatov, si strokovne vodje zdravstvene nege želijo kariernega razvoja. S tem lahko pozitivno vplivajo na zaposlene, jih vzpodbudijo k njihovemu lastnemu kariernemu razvoju in jim pri tem pomagajo. Po pripravi obrazca za načrt kariernega razvoja za strokovne vodje na področju zdravstvene in babiške nege sledi implementacija v praksu in spremljanje kariernega razvoja vodij.

Ključne besede: medicinska sestra, poklicna pot, vodenje

Abstract

Introduction: Nursing and midwifery leaders have a very challenging task. In addition to the knowledge they need to work with patients, they also need knowledge in the field of management. It is very important that professional managers receive training in the field of management and obtain information on how and where to improve management. It is also crucial that professional nursing managers want career development and have a career development plan in place. The purpose of the research was to determine whether nurses, who are professional managers in the field of health and midwifery care, want career development.

Methods: We used quantitative research methodology. The link to the online questionnaire was forwarded to 43 professional managers in the field of health and midwifery care. Data were analyzed using SPSS, version 24.

Results: It was found that professional nursing managers want and support career development in their employees. They also want additional training in the field of management, mostly in the field of employee motivation. Professional

managers, on the other hand, want to achieve and conquer various goals and plans that they have individually set for themselves, therefore a proposal of a form for creating a career plan was created.

Discussion and conclusion: As can be seen from the results, professional nursing managers want career development. With this, they can have a positive influence on employees, encourage them to their own career development and help them with this. After the preparation of the form for the career development plan for professional managers in the field of health and midwifery care, it is followed by implementation in practice and monitoring of the career development of managers.

Key words: nurses, career path, management

Uvod

Vodje morajo poznati teoretične osnove posameznega načina vodenja, kar pripomore k temu, da lahko izberejo ustrezen stil vodenja in da znajo v določenih situacijah odreagirati ter poiskati ustrezne rešitve (Laznik, 2018). Nagle, et al., (2021) so ugotovili, da primanjkuje naložb v usmeritev in strokovni razvoj vodilnih medicinskih sester in babic, saj so poročale, da imajo premalo znanja, so preobremenjene z zahtevami delovnega mesta, nimajo dovolj podpore v bolnišnicah in niso prepričane v pričakovanja svoje vloge.

Soočamo se z velikim pomanjkanjem medicinskih sester, zato je zelo pomembno, da jih zadržimo v poklicu. Ngabonzima, et al., (2020) ugotavljajo, da ima pomembno vlogo pri zadrževanju medicinskih sester v poklicu tudi stil vodenja s strani nadrejenih. Prav tako ima možnost kariernega razvoja vpliv na to, ali si želijo medicinske sestre ostati v poklicu ali ne. Zhu, et al., (2021) so ugotovili, da medicinske sestre, omejene pri kariernem razvoju in tiste, ki se ne morejo razviti, kot si želijo, odidejo iz poklica.

Pomemben del v kariernem razvoju vodilnih medicinskih sester je tudi raziskovanje, kar ugotavlja tudi Garmy & Forsber (2020) in poudarjata, da bi se razvoj v uspešne vodje moral pričeti že v času študija. Glavni namen in cilji raziskave so bili ugotoviti ali si medicinske sestre, ki so strokovne vodje na področju zdravstvene in babiške nege, želijo kariernega razvoja, napredovanja in ali podpirajo karierni razvoj pri zaposlenih.

Zastavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Raziskovalno vprašanje: **Ali si strokovne vodje zdravstvene nege želijo kariernega razvoja in pridobivanja novih znanj in veščin?**
2. Raziskovalno vprašanje: **Ali imajo strokovne vodje zdravstvene nege, ki so vodje več kot 10 let še željo po kariernem razvoju?**

Metode

Raziskava je temeljila na kvantitativni metodologiji. Uporabljena je bila opisna raziskovalna metoda, za metodo zbiranja podatkov smo uporabili anketni vprašalnik. Na podlagi pridobljenih rezultatov smo oblikovali obrazec, ki bi ga strokovne vodje zdravstvene nege posameznih oddelkov izpolnile in bi jih usmerjal na poti kariernega razvoja.

Opis instrumenta

Oblikovali smo lastni anketni vprašalnik na osnovi pregleda literature (Maze, 2013; Lorber, 2015; Alija, 2015), ki je bil sestavljen iz 15 vprašanj, od tega 9 vprašanj zaprtega tipa, 6 vprašanj pol odprtrega tipa in 28 trditev. Vprašanja so se nanašala na demografske podatke, vodenje in karierni razvoj. Do trditev so se morali sodelujoči opredeliti s strinjanjem na 5 stopenjski Likertovi lestvici, pri čemer pomeni; 1 - popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se strinjam niti se ne strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam. Trditve so bile razdeljene v 2 sklopa. V prvem sklopu je bilo 12 trditev, ki so se nanašale na to, kako se vidijo kot vodje, v drugem sklopu pa je bilo 16 trditev, ki so se nanašale na karierni razvoj in odnos do kariernega razvoja.

Opis vzorca

Vabilo za sodelovanje pri izpolnjevanju anketnega vprašalnika je bilo poslano preko elektronskega naslova strokovnim vodjem na področju zdravstvene in babiške nege. V terciarni ustanovi, kjer je potekalo anketiranje, je 39 strokovnih vodij zdravstvene nege in 4 vodje klinik in samostojnih medicinskih oddelkov. Vključitveni kriterij za sodelovanje je bil, da je sodelujoči strokovni vodja zdravstvene nege oddelka oz. organizacijske enote na področju zdravstvene in babiške nege. Vprašalnik je vrnilo 27 strokovnih vodij zdravstvene nege, kar pomeni, da je bil odziv 69 %.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

V terciarni ustanovi smo na podlagi podane vloge zaprosili za pridobitev dovoljenja za izvedbo anketiranja. Po pridobljenem dovoljenju smo vsem strokovnim vodjem zdravstvene nege poslali vabilo za sodelovanje preko e - pošte. Anketiranje je potekalo avgusta 2021. Sodelovanje pri izpolnjevanju anketnega vprašalnika je bilo prostovoljno, zagotovljena je bila anonimnost. Sodelujoči so imeli možnost odklonitve sodelovanja. Anketni vprašalnik so sodelujoči izpolnjevali v spletnem okolju 1-ka.

Podatke smo iz spletnega okolja 1-ka uvozili v program za obdelavo podatkov. Podatke smo obdelali s programom IBM SPSS Statistics, verzija 24. Rezultati so prikazani v tabelah in opisno.

Rezultati

Anketni vprašalnik je izpolnilo 27 vodij na področju zdravstvene in babiške nege, ki so zaposlene v terciarni ustanovi. Vprašalnik je izpolnil 1 (3,7 %) moški in 26 (96,3 %) žensk.

48,1 % sodelujočih ima visokošolsko izobrazbo, 33,3 % strokovni magisterij, 3,7 % znanstveni magisterij, 3,7 % doktorat in 11,1 % poleg visokošolske izobrazbe še drugo univerzitetno izobrazbo. Do 5 let delovne dobe nima nobena sodelujoča strokovna vodja zdravstvene nege. 33,3 % sodelujočih ima delovno dobo od 6-15 let, 33,3 % od 16 - 25 let in 33,3 % sodelujočih ima več kot 26 let delovne dobe. 55,6 % strokovnih vodij je na tem delovnem mestu do 5 let, 3,7 % pa več kot 20 let.

V terciarni ustanovi, kjer je bilo izvedeno anketiranje, so sodelovale strokovne vodje iz naslednjih klinik in skupnih oddelkov: Klinika za interno medicino (22,2 %), Klinika za kirurgijo (18,5 %), Klinika za ginekologijo in perinatologijo (14,8 %), Samostojni medicinski oddelki in klinike (40,8), Skupni medicinski oddelki (3,7).

40,7 % strokovnih vodij je postalo vodja, ker je bila to njihova želja in karierni cilj. 25,9 % strokovnih vodij je bilo izbranih na oddelku, ker so imele največ delovnih izkušenj. Več kot polovica vodij je na vodilnem delovnem mestu do 5 let (55 %). Ena vodja je na vodilnem mestu že več kot 20 let.

Kar 74 %, kar predstavlja 20 strokovnih vodij, ki so sodelovale v anketiraju, pred prevzemom vodilnega delovnega mesta ni imelo nobenih predhodnih izkušenj z vodenjem. Žal pa 22,2 % strokovnih vodij razmišlja, da bi iz tega delovnega mesta odstopilo. Razlogi, ki so jih navedle, so različni. 5 oz. 18,5 % vodij je označilo, da gre za preveliko delovno obremenitev, prav tako jih je 5 oz. 18,5 % označilo, da jim to predstavlja preveč dela za službo v prostem času. Ostali odgovori so bili še plača (3 odgovori, kar predstavlja 11,1 %), medosebni odnosi (1 odgovor, kar predstavlja 3,7 %), način vodenja s strani nadrejenih (2 odgovora, kar predstavlja 7,4 %) in premalo znanja s področja vodenja (1 odgovor, kar predstavlja 3,7 %).

33,3 % vodij, ki so na vodilnem delovnem mestu do 5 let se popolnoma strinja, da imajo željo po kariernem razvoju. 18,5 % vodij, ki so na vodilnem delovnem mestu več kot 10 let, se strinja, da imajo željo po kariernem razvoju, 7,4 % pa se jih s tem odgovorom popolnoma strinja. 70,3 % strokovnih vodij zdravstvene nege ima podporo za karierni razvoj s strani vodstva oddelka. Rezultati so vzpodbudni, saj je samo 7,4 % strokovnih vodij označilo, da nimajo podpore s strani vodstva oddelka, 22,2 % pa jih je izbralo odgovor niti se strinjam niti se ne strinjam. 96,3 % vodij je navedlo, da potrebuje dodatna znanja, da bi bilo njihovo vodenje boljše. Najpogosteje je bil izbran odgovor kako motivirati zaposlene (22 odgovorov, kar predstavlja 81,5 %). Podana sta bila komentarja, da je potrebno stalno strokovno izpopolnjevanje in pa, da je zelo pomembna pripadnost oddelku, organizaciji in zaposlenim.

Kariera predstavlja osebno zadovoljstvo 63 % strokovnih vodij, 18,5 % stabilnost in 85,2 % nenehno pridobivanje novih znanj in veščin. Pojem karierni razvoj 85,2 % vodjem predstavlja možnost, da se stalno izobražujejo in pridobivajo nova znanja.

Pri 33,3 % sodelujočih pa pojmem karierni razvoj predstavlja priložnost, da na svojem področju dosežemo vse zastavljene cilje in imajo možnost napredovanja na višje oz. pomembnejše delovno mesto. Vse sodelujoče strokovne vodje podpirajo karierni razvoj zaposlenih. 3,7 % jih je sicer ob tem navedlo, da se bojijo, da bi potem zaposleni želeli zapustiti oddelek.

V Tabeli 1 so prikazani rezultati trditev, ki se nanašajo na to, kako se strokovne vodje vidijo kot vodje. Največja povprečna vrednost je bila pri trditvi "Upoštevam predloge in mnenja zaposlenih" (PV = 4,52) in najmanjša pri trditvi "Vodilno delovno mesto je moja sanjska služba" (PV = 3,26).

Tabela 1: Kako se vidim kot vodja

Trditev	Povprečna vrednost	Standardni odklon
Čutim pripadnost ustanovi	4,33	1,000
Zaposleni me spoštujejo	4,37	0,492
Zaposlenim sem vzor	4,15	0,602
Pri vodenju sem samozavesten/na	4,19	0,557
Pri vodenju sem uspešen/na	4,04	0,587
Pri vodenju sem učinkovit/a	4,0	0,620
Zaposleni sledijo mojim predlogom in ciljem	4,07	0,474
S svojim vodenjem zaposlenih sem zadovoljen/na	3,96	0,649
Vodilno delovno mesto je moja sanjska služba	3,26	0,944
Naloge, ki so mi naložene, razdelim med zaposlene, da tudi oni čutijo odgovornost in dolžnosti do organizacijske enote	3,81	0,834
Upoštevam predloge in mnenja drugih	4,52	0,509
Menim, da bi vodje morale imeti mandatno obdobje	3,48	1,122

V tabeli 2 so predstavljeni rezultati trditev, ki se nanašajo na karierni razvoj in odnos do kariernega razvoja. Največja povprečna vrednost je bila pri trditvi "Veseli me pridobivanje novih znanj in veščin" (PV = 4,67) ter najmanjša pri trditvi "Ne želim napredovati, ker bo to terjalo moj privatni čas" (PV = 2,19).

Tabela 2: Karierni razvoj in odnos do kariernega razvoja

Trditev	Povprečna vrednost	Standardni odklon
Iz strani vodstva oddelka imam podporo za karierni razvoj	3,93	0,917
Sem samoiniciativen/na in veliko delam na kariernem razvoju	4,22	0,577
Zaradi zahtevnosti dela mi zmanjka časa za karierni razvoj	3,22	1,050
Veseli me pridobivanje novih znanj in veščin	4,67	0,480
Želim si pridobiti dodatno formalno izobrazbo	3,78	1,251
Imam zastavljene cilje, ki jih želim doseči	4,33	0,555
Samostojno se lahko odločim katerih izobraževanj se bom udeležil/a	4,48	0,580
Želim si napredovati na še zahtevnejše delovno mesto	2,93	1,141
Pomembno mi je, da moji nadrejeni opazijo moj napredok pri delu	4,11	0,698
Za opravljeno delo sem ustrezno nagrajen/a	2,48	1,122

Diskusija

Ugotovitve naše raziskave so pokazale, da si strokovne vodje zdravstvene nege želijo kariernega razvoja in pridobivanja dodatnih znanj in veščin ter da nekatere vodje celo razmišljajo o odstopu iz tega delovnega mesta. Prav tako smo ugotovili, da imajo strokovne vodje, ki so na vodilnem delovnem mestu več kot 10 let, še vedno željo po kariernem razvoju.

Iz rezultatov je razvidno, da si vodje želijo kariernega razvoja, kar je odgovorilo kar 92,6 % vodij. Ugotovljeno je bilo, da kar 74,1 % strokovnih vodij pred prevzemom mesta vodje ni imelo izkušenj z vodenjem. 96,3 % strokovnih vodij meni, da potrebujejo dodatna znanja, od tega jih kar 84,6 % navaja, da potrebujejo dodatna znanja s področja motiviranja zaposlenih. Strinjam se z Ngabonzima, et al., (2020), ki predlagajo, da je potrebno razviti izobraževanje oz. celovit formalni tečaj stalnega strokovnega izpopolnjevanja za vodje v zdravstveni in babiški negi. Zelo pomembno je, da h kariernemu razvoju vzpodbudimo že študente zdravstvene in babiške nege. To ugotavlja tudi Wei, et al., (2021). Johansson, et al., (2021) opisujejo program usposabljanja, ki nudi podporo novim medicinskim sestram, pri prehodu iz teorije v neposredno klinično okolje. Zelo pomembna je podpora, ki jo imajo medicinske sestre na začetku karierne poti, saj ima to velik vpliv na nadaljnji karierni razvoj.

Na podlagi rezultatov lahko ugotovimo, da imajo strokovne vodje podporo s strani vodstva oddelka za karierni razvoj in kar 81,5 % vprašanih čuti pripadnost ustanovi.

Tudi Van der Heijden, et al., (2020) so na podlagi lastnih ugotovitev podali priporočila, da mora vodstvo narediti čim več na privlačnosti poklica, na kakovosti praktičnega izobraževanja in zadržanju medicinskih sester na njihovi poklicni poti. Ugotovili smo tudi, da vse strokovne vodje podpirajo karierni razvoj zaposlenih. Cempakasari, et al., (2019) ugotavlja, da so za uspešnost medicinskih sester pomembni tudi dejavniki, kot so finančna nagrada, možnost kariernega razvoja in nadzor s strani vodstva oddelka.

Bramley, et al., (2018) so ugotovili, da je potrebno medicinskim sestram omogočiti, da vstopijo v klinični akademski svet, saj se tako lahko nadarjeni posamezniki še bolj razvijejo.

Povsod po svetu se soočajo z odhodi medicinskih sester in babic izven stroke zdravstvene nege. Razlogi za odhode so različni, eden izmed razlogov je tudi, da medicinskim sestram in babicam ni omogočen karierni razvoj. Zhu, et al. (2021) poudarjajo, da je za zadržanje medicinskih sester v poklicu pomembna jasna pot kariernega razvoja in podpora organizacije. Zelo pomembno je, da se razjasnijo vzroki, ki privedejo do točke, ko medicinske sestre ne vidijo več možnosti napredovanja. H kariernemu razvoju priomorejo tako osebni, kot organizacijski dejavniki. V današnjem času lahko zaposleni v zdravstveni negi karierno bolj napredujejo kot pa so lahko napredovali pred leti. Alilu, et al., (2016) so ugotovili, da lahko veliko odhodov iz poklica preprečijo vodilne medicinske sestre. Potrebno je dvigniti zadovoljstvo medicinskih sester in jim nuditi možnost razvoja. V nasprotnem primeru se lahko zgodi, da uspešne, nadarjene in delovne medinske sestre zapustijo poklic, kar pa je zelo velika škoda za stroko.

Omejitev raziskave je majhen vzorec, saj niso sodelovale vse vodje na področju zdravstvene in babiške nege, kljub večkratnemu povabilu k sodelovanju. Rezultatov ne moremo posploševati, ampak jih lahko interpretiramo glede na vzorec sodelujočih. Omejitev pri raziskovanju je bila tudi ta, da je anketiranje potekalo v času dopustov.

Zaključek

Namen in cilji raziskave so bili doseženi. Ugotovili smo, da si strokovne vodje želijo kariernega razvoja.

Kot priporočilo stroki smo izdelali predlog obrazca za izdelavo kariernega načrta za delovno mesto strokovne vodje zdravstvene nege, s katerim bi lahko pripomogli k razvoju strokovnih vodij. Podajamo še naslednja priporočila:

- redno izpolnjevanje obrazca za karierni načrt,
- podpora vodstva za karierni razvoj strokovnih vodij,
- spremljanje kariernega razvoja strokovnih vodij,
- redna izobraževanja s področja vodenja,
- priprava programa uvajanja in sistematično uvajanje v vodenje ob nastopu tega delovnega mesta.

Smiselno bi bilo izvesti raziskavo na večjem vzorcu in v drugih ustanovah, nato bi lahko naredili tudi primerjavo med ustanovami in izdali še dodatna priporočila za management.

Literatura

- Alija, T., 2015. Karierne poti in karierni razvoj (Primer Podjetja X): diplomsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, pp. 37–71.
- Alilu, L., Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Habibzadeh, H. & Gillespie, M. A., 2016. Qualitative exploration of facilitators and inhibitors influencing nurses' intention to leave clinical nursing. *Revista de Escola Enfermagem da USP*, 50(6), pp. 982–989.
- Bramley, L., Manning, J. C. & Cooper, J., 2018. Engaging and developing front-line clinical nurses to drive care excellence: Evaluating the Chief Nurse Excellence in Care Junior Fellowship initiative. *Journal of research in nursing*: JRN, 23(8), pp. 678–689.
- Cempakasari, A., Nopiyani, N. & Duarsa, D., 2019. Association between nursing care performance with perception of financial rewards, career development and supervision. *Public health and preventive medicine archive*, 7(1), pp. 3–7.
- Chamberlain, D., Hegney, D., Harvey, C., Knight, B., Garrahy, A. & Tsai, L. P., 2019. The factors influencing the effective early career and rapid transition to a nursing specialty in differing contexts of practice: a modified Delphi consensus study. *BMJ open*, 9(8), Article e028541.
- Garmy, P. & Forsberg, A., 2020. The Career Core of Successful Scientific Leaders in Nursing - Their Motivators and Strategies. *Journal of healthcare leadership*, 12, pp. 49–57.
- Johansson, A., Berglund, M. & Kjellsdotter, A., 2021. Clinical Nursing Introduction Program for new graduate nurses in Sweden: study protocol for a prospective longitudinal cohort study. *BMJ open*, 11(2), Article e042385.
- Jones, D. & Keenan, A. M., 2021. The rise and rise of NMAHPs in UK clinical research. *Future healthcare journal*, 8(2), pp. 195–197.
- Laznik, G., 2018. Lastnosti dobrega vodje in stilov vodenja v zdravstveni negi. *Revija za ekonomske in poslovne vede*, 5(1), pp. 78–99.
- Lorber, M., 2015. Značilnosti in kompetence vodij v povezavi s počutjem zaposlenih v zdravstveni negi: doktorska disertacija. Maribor: Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta, pp. 111–228.
- Maze, H., 2013. Organizacija dela v zdravstveni negi (skripta). Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju, pp. 28–70.
- Nagle, C., Omonaiye, O. & Bennett, P. N., 2021. Valuing nurse and midwifery unit managers' voices: a qualitative approach. *BMC nursing*, 20(1), p. 160.
- Ngabonzima, A., Asingizwe, D. & Kouveliotis, K., 2020. Influence of nurse and midwife managerial leadership styles on job satisfaction, intention to stay, and services provision in selected hospitals of Rwanda. *BMC nursing*, 19, p. 35.
- Van der Heijden, B., Houkes, I., Van den Broeck, A. & Czabanowska, K., 2020. „I Just Can't Take It Anymore“: How Specific Work Characteristics Impact Younger Versus Older Nurses' Health, Satisfaction, and Commitment. *Frontiers in psychology*, 11, p. 762.
- Wei, L., Zhou, S., Hu, S., Zhou, Z. & Chen, J., 2021. Influences of nursing students' career planning, internship experience, and other factors on professional identity. *Nurse Education Today*, 99, Article e104781.
- Zhu, H., Xu, C., Jiang, H. & Li, M., 2021. A qualitative study on the experiences and attributions for resigned nurses with career plateau. *International journal of nursing sciences*, 8(3), pp. 325–331.

Bolnišnični model zaposlovanja v zdravstveni negi in izidi pacientov: pregled literature

Hospital nurse staffing models and patient outcomes: a literature review

Saša Verdnik, mag. zdr. nege¹, doc. dr. Dominika Vrbnjak²,

Asist. Lucija Gosak², Bine Halec, mag. zdr. - soc. manag.¹

¹Univerzitetni klinični center Maribor, Enota za intenzivno medicino operativnih strok

²Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede

Izvleček

Uvod: Pri obravnavi pacientov izvajalci zdravstvene nege predstavljajo največjo delovno silo. Za kakovostno in varno zdravstveno nego je zadostno število usposobljenih izvajalcev zdravstvene nege izrednega pomena. Namenski prispevki so preučiti učinke zaposlovanja in usposabljanja v zdravstveni negi na izide, povezane s pacienti v bolnišničnem okolju.

Metode: V prispevku smo uporabili deskriptivno metodo dela. Izvedli smo pregled literature. Iskanje literature je potekalo v mednarodnih podatkovnih bazah PubMed, MEDLINE in Cochrane Library. Izvedli smo sintezo identificiranih raziskav, opredelili smo glavno kategorijo, podkategorije ter kode, ki nosijo podatke posameznih raziskav.

Rezultati: V pregled literature smo vključili osem raziskav. Bolnišnični model zaposlovanja pripomore k kakovostnejši in varnejši zdravstveni negi in oskrbi. Prav tako se ob zadostnem številu izvajalcev zdravstvene nege lahko več časa nameni komunikaciji s pacienti. Izobraževanje in usposabljanje izvajalcev zdravstvene nege lahko zmanjša negativne izide pri pacientih, katere je možno preprečiti z ustreznim znanjem z določenega področja (zamenjava in napaka pri aplikaciji zdravil, poškodbe tkiva zaradi tlaka ipd.).

Razprava in zaključek: Zadostno število usposobljenih izvajalcev zdravstvene nege pripomore k boljšim izidom pri pacientih. Zaradi vedno večje obremenitve, specifike dela in novih načinov dela, je izrednega pomena vseživljenjsko izobraževanje in usposabljanje izvajalcev zdravstvene nege na različnih področjih dela.

Ključne besede: izvajalci zdravstvene nege, modeli zaposlovanja, usposabljanje v zdravstveni negi, izidi pri pacientih

Abstract

Introduction: When dealing with patients, nursing providers represent the largest workforce. For high-quality and safe healthcare, a sufficient number of qualified healthcare providers is extremely important. The purpose of this paper is to examine the effects of nursing recruitment and training on patient-related outcomes in the hospital setting.

Methods: In the paper, we used a descriptive method of work. We conducted a literature review. The literature search was conducted in international databases PubMed, MEDLINE and Cochrane Library. We performed a synthesis of the identified researches, we defined the main category, subcategories and codes that carry the data of individual researches.

Results: Eight studies were included in the literature review. The hospital employment model contributes to higher quality and safer medical care. Also, with a sufficient number of nursing providers, more time can be devoted to communication with patients. Education and training of nursing care providers can reduce negative outcomes for patients, which can be

prevented with appropriate knowledge in a specific field (substitution and error in the application of drugs, tissue damage due to pressure, etc.).

Discussion and Conclusion: The addition of skilled nursing providers contributes to better patient outcomes. Due to the ever-increasing workload, the specificity of work and new ways of working, lifelong education and training of health care providers in various areas of work is extremely important.

Key words: nursing providers, nurse staffing models, training in nursing, patient outcomes

Uvod

Kakovostna zdravstvena nega in oskrba je tesno povezana s kadrovanjem izvajalcev zdravstvene nege, kar pomembno vpliva na izide zdravljenja in oskrbo pacientov (Griffiths, et al., 2014; Squires, et al., 2015). Eden ključnih dejavnih za doseganje ciljev znotraj organizacije so znanja in veščine izvajalcev zdravstvene nege (White, 2015; World Health Organization [WHO], 2016). Številne države se srečujejo s pomanjkanjem izvajalcev zdravstvene nege, kar ima močan vpliv na oskrbo pacientov, ki so odvisni od pomoči in potrebujejo vse kompleksnejšo oskrbo zaradi staranja prebivalstva, tehnološkega napredka ipd. (Kim & Flanders, 2013; Buchan, et al., 2015).

Največja težava predstavlja zaposlovanje izvajalcev zdravstvene nege, kar je tesno povezano s stresom, delom s pacienti, slabim plačilom ter težkimi delovnimi pogoji (Alittus, et al., 2014; Butterfly, 2017). Flinkman, et al. (2013) ugotavljajo, da so najmlajše generacije izvajalcev zdravstvene nege tiste, ki delovno mesto najpogosteje zapustijo. Vzrok so najpogosteje zahtevnost dela, izgorelost ter nezadovoljstvo s plačilom.

Na kakovostno in varno obravnavo hospitaliziranih pacientov ima močan vpliv število, znanje ter veščine izvajalcev zdravstvene nege. Izobrazba in usposobljenost izvajalcev zdravstvene nege pomembno vpliva na delovno silo v zdravstveni negi. Prav tako pripomore k razvoju prakse v zdravstveni negi, izboljšanje prakse, katera temelji na dokazih ter napredovanje na področju zdravljenja in tehnologije, ki se uporablja za zdravljenje hospitaliziranih pacientov (Buttler, et al., 2019).

Griffiths, et al. (2014) poudarjajo, da ima zaposlovanje izvajalcev zdravstvene nege močan vpliv na kakovost oskrbe in izide, povezane s pacienti. V Združenem kraljestvu izpostavljajo devet vidikov varnega zaposlovanja izvajalcev zdravstvene nege. Štirje se nanašajo na izide, povezane s pacienti: (1) poškodbe tkiva zaradi tlaka (PTT), (2) padci, (3) zadovoljevanje potreb pacientov po zdravstveni negi ter (4) napake pri aplikaciji zdravil. Dva vidika se nanašata na zdravstveno osebje, in sicer (1) izpolnjevanje obveznih vsebin usposabljanja (2) izpuščeni odmori. Dva vidika se nanašata na rezultate, povezane s kadri: (1) nadure; (2) število načrtovanih, potrebnih in razpoložljivih izvajalcev zdravstvene nege za vsako izmeno (Shekelle, 2014).

Pomembna je tudi raven izobrazbe izvajalcev zdravstvene nege (Griffiths, et al., 2016). Visoko izobraženi izvajalci zdravstvene nege vodijo k nižji stopnji zapletov, krajsi hospitalizaciji ter umrljivosti pacientov (Shekelle, 2014; Squires, et al., 2015; Griffiths, et al., 2016).

Nadaljevalno izobraževanje in usposabljanje posamezniku služi kot pomoč pri nadgradnji, izboljšavi ter posodobitvi znanja in spretnosti na lastnem področju dela (Jelenc, 2016). V zdravstveni negi je usposabljanje na različnih področjih dela izrednega pomena. Izvajalci zdravstvene nege s tem pridobivajo nova znanja, izkušnje z znanstveno raziskovalnim delom ter ob spodbudah delovnega okolja lahko pripomorejo k razvoju stroke (Skelo-Savič, 2018).

Altman (2012) navaja, da je kakovost izvajanja zdravstvene nege izrednega pomena. Izvajalci zdravstvene nege potrebujejo globino in širino znanja, zmožnost presoje ter sposobnosti, ki jih lahko pridobijo z višjo izobrazbo. S tem lahko zadostijo potrebam zdravstvene nege vedno bolj zahtevnih pacientov.

Vedno večji porast hospitaliziranih pacientov zahteva potrebo po zadostnem številu usposobljenih izvajalcev zdravstvene nege, ki jih v številnih državah primanjkuje. S pregledom literature želimo preučiti učinek zaposlovanja in izobrazbe izvajalcev zdravstvene nege na izide, povezane s pacienti v bolnišničnem okolju.

Namen prispevka je preučiti učinek bolnišničnih modelov zaposlovanja in usposabljanja v zdravstveni negi na izide, povezane s pacienti.

Cilji prispevka so:

- pregledati in analizirati strokovno literaturo na raziskano temo,
- ugotoviti, ali bolnišnični modeli zaposlovanja izvajalcev zdravstvene nege vplivajo na boljše izide pri pacientih,
- ugotoviti, ali usposobljenost in nivo izobrazbe izvajalcev zdravstvene nege vplivata na boljše izide pri pacientih.

Raziskovalna vprašanja, ki smo si jih zastavili:

RV1: Kako bolnišnični model zaposlovanja v zdravstveni negi vpliva na izide pri pacientih?

RV2: Kako izobrazba izvajalcev zdravstvene nege vpliva na izide pri pacientih?

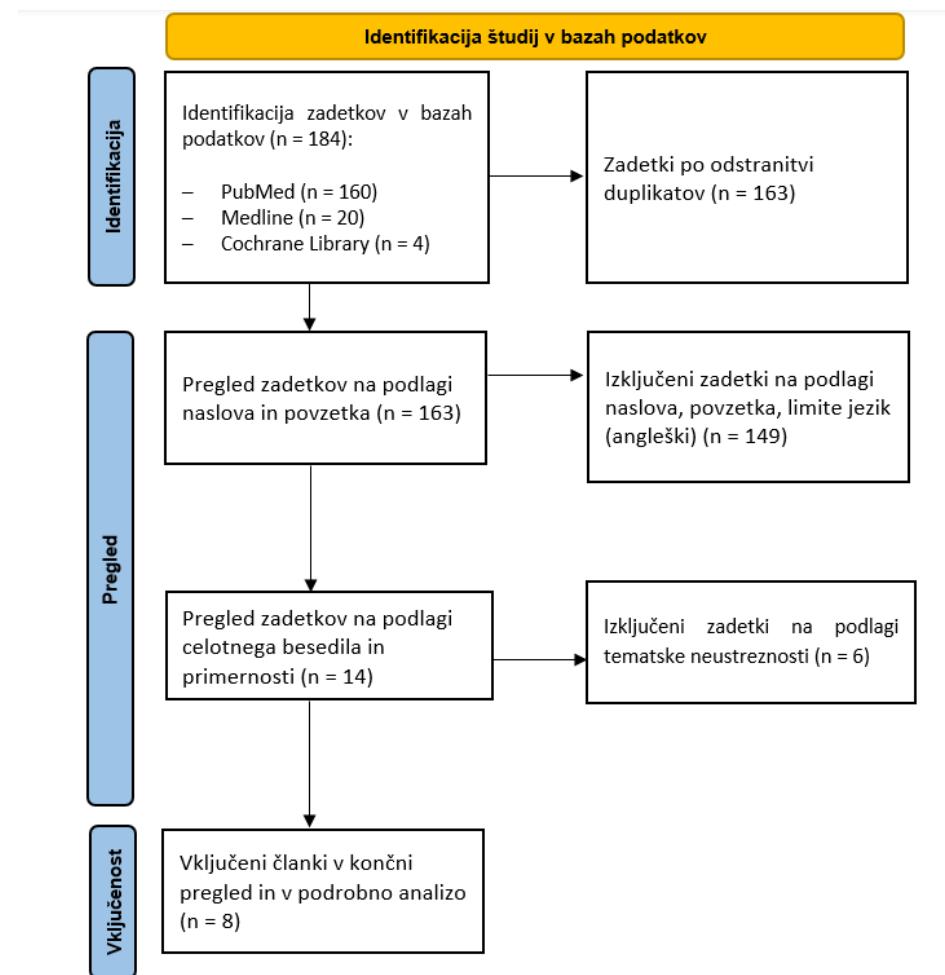
Metode

Izvedli smo pregled literature s sintezo na temo bolnišnični model zaposlovanja v zdravstveni negi ter izidi, povezani s pacienti. Uporabili smo deskriptivno metodo, metodo analize in sinteze identificiranih raziskav. Iskanje strokovne literature je potekalo v naslednjih mednarodnih podatkovnih bazah: PubMed, MEDLINE in Cochrane Library. Iskanje literature je potekalo po priporočilih predhostne postavke poročanja za sistematične preglede (angl. Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses – PRISMA) (Page, et al., 2021). Iskalna strategija je vključevala ključne besede v angleškem jeziku: »nurs*«, »hospital staffing models« in »patient outcomes« z uporabo njihovih sopomenk ter Boolovima operatorjem AND in OR. Končni iskalni niz se je glasil: (((nurs*) AND (hospital staffing models OR education level OR nurse staffing OR qualification OR skill mix) AND (patient fall OR pressure injury OR medication error OR mortality OR length of stay)).

V analizo smo vključili sistematične preglede randomiziranih in nerandomiziranih kliničnih raziskav z/brez metaanalize, randomizirane in nerandomizirane klinične raziskave v angleškem jeziku. Pri iskanju literature se časovno nismo omejili. Med izključitvene kriterije smo uvrstili literaturo, ki se ne nanaša na obravnavano tematiko, druge vrste raziskav in literaturo, ki ni v angleškem jeziku. Sintezo smo izvedli z vsebinsko analizo raziskav (Elo & Kyngäs, 2008).

Rezultati

Skupaj smo identificirali 184 zadetkov. Dodatnega iskanja zadetkov v drugih bazah nismo izvedli. Pri zbiranju in pregledu raziskav nam je bil v pomoč program Mendeley, ki je odstranil 21 duplikatov. Ostalih 163 zadetkov smo pregledali po naslovu in povzetku, na podlagi česar smo izključili 149 zadetkov. Ostalo je 14 zadetkov, ki smo jih v celoti pregledali. Zaradi neprimernosti celotnega besedila smo odstranili šest zadetkov, saj niso obravnavali bolnišničnega modela zaposlovanja v zdravstveni negi in izobrazbe izvajalcev zdravstvene nege ter vpliv le-tega na izide pri pacientih. Podrobno analizo smo izvedli pri osmih zadetkih. Potez vključevanja in izključevanja zadetkov je predstavljen na Sliki 1.



Slika 1: Diagram poteka iskanja raziskav po priporočilih PRISMA (Page, et al., 2021)

V Tabeli 1 smo prikazali sintezo vključenih dokazov v raziskavi (Elo & Kyngäs, 2008). Razdelili smo jo na tri dele. Najprej smo opredelili glavno kategorijo, in sicer bolnišnični model zaposlovanja v zdravstveni negi in izidi, povezani s pacienti, pri čemer smo izpostavili: (1) padce, (2) PTT, (3) napake pri dajanju zdravil, (4) smrtnost in (5) dolžino hospitalizacije. Sledita podkategoriji, ki opisujeta glavno kategorijo in predstavljata intervencije, s katerimi pripomoremo k boljšim izidom pri pacientih, ter kode, ki nosijo ključne podatke posameznih raziskav, ki se navezujejo na izpostavljene podkategorije oziroma v našem primeru potrjujejo predstavljene intervencije za izboljšanje izidov pri pacientih.

Tabela 1: Sinteza identificiranih raziskav

Kategorija	Podkategorija	Kode
Bolnišnični model zaposlovanja v zdravstveni negi in izidi pri pacientih	Zadostno število izvajalcev zdravstvene nege	Več časa, namenjenega pacientom; manj zmot pri delu; boljša razporeditev dela; boljša komunikacija s pacienti; izboljšanje kakovostne in strokovne zdravstvene nege in oskrbe; nižji stroški hospitalizacije pacientov.
	Izobraževanje in usposabljanje v zdravstveni negi	Znanje z več področij; kritično razmišljanje; manj negativnih izidov pri pacientih, ki jih je možno preprečiti z ustreznim znanjem (preprečevanje PTT).

Zadostno število izvajalcev zdravstvene nege

Podkategorija zadostno število izvajalcev zdravstvene nege opisuje pozitivne izide v povezavi s pacienti. Ob zadostnem številu izvajalcev zdravstvene nege na delovnem mestu je možno več časa nameniti komunikaciji s pacienti, kar dokazano pozitivno vpliva na njihovo zadovoljstvo med hospitalizacijo (Recio-Saucedo, et al., 2017; Griffiths, et al., 2018). Prav tako je ob zadostnem številu izvajalcev zdravstvene nege na delovnem mestu možnost nastanka napak pri delu zmanjšana (Recio-Saucedo, et al., 2017). Tudi kakovost in strokovnost izvajanja zdravstvene nege je ob zadostnem številu izvajalcev zdravstvene nege lažje doseči, saj je za izvedene intervencije dovolj časa za pripravo in samo izvedbo (Whitehead & Myers, 2016). Na področju stroškov sicer Simmer, et al. (1991) navajajo višje stroške zaradi dodatnega zaposlovanja, vendar se posledično zaradi krajše ležalne dobe pacientov dokazano zmanjšajo tudi stroški hospitalizacije in zdravljenja (Simmer, et al., 1991; Whitehead & Myers, 2016; Griffiths, et al., 2018; Twigg, et al., 2019).

Izobraževanje in usposabljanje v zdravstveni negi

Znanje z več področij zdravstvene nege dokazano izboljša izide pri pacientih (Twigg, et al., 2019). Izvajalec zdravstvene nege se mora vseživljenjsko izobraževati in usposabljati, ne samo na lastnem področju dela, ampak tudi na drugih področjih (Recio-Saucedo, et al., 2017). Z dodatnim znanjem in specialnimi znanji lahko izvajalci zdravstvene nege zmanjšajo možnost za nastanek negativnih izidov pri pacientih, ki bi jih bilo možno preprečiti (npr. PTT – prepoznavanje dejavnikov tveganja, pravilna oskrba ipd.) (Recio-Saucedo, et al., 2017; Haegdorens, et al., 2019; Twigg, et al., 2019).

Diskusija

V prispevku smo želeli preučiti in ugotoviti, ali bolnišnični model zaposlovanja ter izobraževanje in usposabljanje izvajalcev zdravstvene nege vplivata na izide v povezavi s pacienti. Na podlagi pregleda literature smo odgovorili na postavljeni raziskovalni vprašanji.

RV1: Kako bolnišnični model zaposlovanja v zdravstveni negi vpliva na izide pri pacientih?

Pomanjkanje izvajalcev zdravstvene nege povečuje neželene dogodke ter s tem povezane zaplete, ki nastajajo pri opravljanju intervencij zdravstvene nege pri hospitaliziranih pacientih (Haegdorens, et al., 2019). Poklic izvajalcev zdravstvene nege že mnoga leta doživlja kadrovsko pomanjkanje, kar posledično vpliva na kakovost zdravstvene nege ter zadovoljstvo pacientov in zaposlenih (Shalla & Fazili, 2016). Sherwood & Barnsteiner (2012) navajata, da do napak v zdravstveni negi najpogosteje pride zaradi nezadostnega števila izvajalcev zdravstvene nege. Med najpogostejše izpostavljljata napake pri delu in izpuščanje intervencij zdravstvene nege pri pacientih, ki bi v normalnih pogojih dela bile izvedljive. Našteto lahko vodi v poslabšanje rezultatov zdravljenja, kar lahko poveča obolenost ter smrtnost hospitaliziranih pacientov. Hill (2017) ugotavlja, da ima nizek delež zaposlenih izvajalcev zdravstvene nege neposreden vpliv na umrljivost pacientov. Poleg ugotovljenega Griffiths, et al. (2018) navajajo pomembnost zadostnega števila izvajalcev zdravstvene nege tudi na področju komunikacije s pacienti. Komunikacija je za njihovo splošno zadovoljstvo izrednega pomena, pri čemer imajo izvajalci zdravstvene nege pomembno vlogo. Tudi Recio-Saucedo, et al. (2017) ugotavlja, da je zadovoljstvo pacientov pomembno povezano z zadostnim številom izvajalcev zdravstvene nege ter s časom, ki ga namenijo komunikaciji.

Hill (2017) poudarja, da je za izboljšanje strokovne in kakovostne zdravstvene nege dodajanje izvajalcev zdravstvene nege izrednega pomena. Tudi Simmer, et al. (1991) v raziskavi ugotavljajo, da kadrovanje v zdravstveni negi izboljša nego in oskrbo ter zmanjšana ležalno dobo hospitaliziranih pacientov. Kadrovanje zdravstvene nege avtorji sicer povezujejo s porastom stroškov, ki so za plačilo kadra potrebeni, vendar bi pozitivni izidi, povezani s pacienti, zmanjšali stroške, ki nastanejo zaradi daljših ležalnih dob (stroški laboratorijskih preiskav, stroški lekarne, izdaje materiala in zdravil ipd.). Burhans & Alligood (2010) sta mnenja, da kadrovanje v zdravstveni negi zmanjša stroške hospitaliziranih pacientov. Izdatke v zvezi s stroški zaradi daljše ležalne dobe hospitaliziranih pacientov bi organizacije lahko porabile za povečanje kadra zdravstvene nege.

S pregledom in analizo identificiranih raziskav smo odgovorili tudi na drugo raziskovalno vprašanje.

RV2: Kako izobrazba izvajalcev zdravstvene nege vpliva na izide pri pacientih?

Haegdorens, et al. (2019) navajajo, da ima višja izobrazba izvajalcev zdravstvene nege močan vpliv na izide pri pacientih. V raziskavi namreč ugotavljajo, da je na oddelkih, kjer je zaposlenih več izvajalcev zdravstvene nege z višjo izobrazbo, bilo manj negativnih izidov, kot so PTT, napake pri aplikaciji zdravil ter potrebe po premestitvi v enoto intenzivne terapije zaradi poslabšanja zdravstvenega stanja pri pacientih. Podobno v raziskavi ugotavlja Whitehead & Myers (2016), ki prav tako poudarjata pomembnost usposabljanja in izobraževanja v zdravstveni negi za izboljšanje izidov pri pacientih.

Twigg, et al. (2019) ugotavljajo, da izobraženost izvajalcev zdravstvene nege z več področij pomembno vpliva na izide pri pacientih. Pomembno je, da se izvajalci zdravstvene nege izobražujejo na več področjih in ne samo na področju svojega dela. Avtorji poudarjajo, da je usposobljenost na več področjih dela morda pomembnejša kot samo število izvajalcev zdravstvene nege za izboljšanje izidov pri pacientih. Podobnega mnenja so Recio-Saucedo, et al. (2017), ki poudarjajo, da je usposabljanje v zdravstveni negi eden pomembnejših faktorjev, ki vpliva na pozitivne izide pri pacientih.

Skela-Savič (2018) ugotavlja, da se je stopnja izobrazbe v zdravstveni negi v številnih raziskavah izkazala kot zelo pomemben dejavnih kakovostne in varne zdravstvene obravnave. Zaradi vedno večje potrebe hospitalizacije pacientov ter težjih potekov bolezni je posledično narastla zahtevnost zdravstvene nege teh pacientov. Pomembno je redno usposabljanje in izobraževanje izvajalcev zdravstvene nege, ki skrbijo za pacienta, saj le s tem lahko zagotovimo strokovno in kakovostno zdravstveno obravnavo, z manjšo možnostjo nastanka napak in zapletov. Podobnega mnenja so Amiri, et al. (2018), ki navajajo pomembnost vseživljenjskega izobraževanja izvajalcev zdravstvene nege za zmanjšanje možnosti napak. Butler, et al. (2019) so sicer negotovi, ali bi dodajanje izvajalcev zdravstvene nege s specialnimi znanji pripomoglo k zmanjšanju negativnih izidov pri pacientih. Vendar Griffiths, et al. (2018) navajajo, da je beleženje izidov pri pacientih zaradi pomanjkanja izvajalcev zdravstvene nege tudi težje izvedljivo, zaradi česar ni povsem jasno, ali dodajanje kadra zdravstvene nege prispeva k boljšim izidom pri pacientih. Tudi Gkantaras, et al. (2016) navajajo, da stopnja izobrazbe izvajalcev zdravstvene nege ni nujno tista, ki je za strokovno in optimalno zdravstveno obravnavo potrebna. Mnenja smo, da bi bilo na tem področju potrebno izvesti več raziskav, ki bi potrdile povezavo med višjo izobrazbo izvajalcev zdravstvene nege in pozitivnimi izidi, povezanimi s pacienti.

Izveden pregled literature je bil omejen na tri mednarodne podatkovne baze. Podatke smo pridobili že iz obstoječih raziskav, omejili pa smo se le na raziskave v angleškem jeziku. Bolj obširen pregled bi omogočil širši pogled na raziskovano temo.

Klub pomanjkljivostim pa smo s pregledom literature pridobili podatke, ki nam omogočajo vpogled v pomen zadostnega števila izvajalcev zdravstvene nege in stopnje izobrazbe za namen izboljšanja obravnave in končnega izida pacientov. Spoznali smo, da je zadostno število izvajalcev zdravstvene nege izrednega pomena za zmanjšanje negativnih izidov pri pacientih ter posledičnih napak, ki lahko nastopijo. Prav tako je za boljše izide pri pacientih izredno pomembno izobraževanje in usposabljanje v zdravstveni negi na vseh področjih.

Zaključek

Bolnišnični model zaposlovanja je v zdravstveni negi pomemben dejavnik, ki vpliva tako na pacienta, kot tudi na zaposlene v organizaciji. Pomembno je zavedanje, da se za pacienta dela maksimalno kakovostno in strokovno, kar je lažje doseči z zadostnim številom izvajalcev zdravstvene nege. Hkrati to vpliva na zadovoljstvo pacientov, zmanjša se delovna obremenitev vseh zaposlenih, zmanjšajo pa se tudi stroški hospitalizacije in nadaljnjega zdravljenja, ki bi ga ob zadostnem številu izvajalcev zdravstvene nege bilo možno skrajšati.

Pomanjkanje usposobljenega in izobraženega kadra v zdravstveni negi predstavlja resen problem. Predstavlja tveganje za varnost pacientov in slabšo kakovost zdravstvene oskrbe. Ustrezno število kompetentnega kadra ima močan vpliv na izide kakovostne in varne obravnave. Pomembno je zavedanje o pomenu vseživljenjskega izobraževanja in usposabljanja na področju zdravstvene nege, ne le na lastnem področju dela, ampak tudi na drugih področjih, ki izvajalcem zdravstvene nege dajejo specifična znanja, s katerimi pripomorejo k boljšim izidom pri pacientih.

Zavedanja o pomenu zadostnega števila izvajalcev zdravstvene nege in o pomenu izobraževanja, vseživljenskega izobraževanja in usposabljanja na področju zdravstvene nege je še vedno premalo. Menimo, da bi bilo na tem področju treba opraviti več raziskav, smiselno pa bi bilo tudi izvajati periodične raziskave glede zadovoljstva pacientov in zaposlenih ob zadostnem številu izvajalcev zdravstvene nege na delovnem mestu.

Literatura

- Allitus, C., Bishaw, T. & Frank, M. W., 2014. The workforce for health in a globalized context - global shortages and international migration. *Global Health Action*, 7(1), pp. 13611–23617.
- Altman, T. K., 2012. Nurses' attitudes toward continuing formal education: a comparison by level of education and geography. *Nursing Education Perspectives*, 33(2), pp. 80–84.
- Amiri, M., Khademian, Z. & Nikandish, R., 2018. The effect of nurse empowerment educational program on patient safety culture: a randomized controlled trial. *BMC Medical Education*, 18(1), pp. 158–166.
- Buchan, J., Twigg, D., Dussault, G., Duffield, C. & Stone P. W., 2015. Policies to sustain the nursing workforce: an international perspective. *International Nursing Review*, 62(2), pp. 162–170.
- Burhans, L. M. & Alligood, M. R., 2010. Quality nursing care in the words of nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66(8), pp. 1689–1697.
- Buttler, M., Collins, R., Drennan, J., Halligan, P., O'Mathúna, D. P., Schultz, T. J., et al., 2019. Hospital nurse-staffing models and patient- and staff-related outcomes (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), p. CD007019.
- Butterfly, T. N., 2017. 30 % of nurses leaving the workforce - 2017 salary survey results part 2. Available at:<http://allnurses.com/general-nursing-discussion/30-of-nurses-1108961.html> [28. 12. 2021].
- Elo, S. & Kyngäs, H., 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), pp. 107–115.
- Flinkman, M., Isopahkala-Bourer, U. & Salanterä , S., 2013. Young registered nurses' intention to leave the profession and professional turnover in early career: a qualitative case study. *International Scholarly Research Notices: Nursing* 2013, 2013(1), pp. 1–12.
- Gkantaras, I., Mahfoud, Z. R., Foreman, B., Thompson, D. R., Cannaby, A. M., Deshpande, D. H., et al., 2016. The effect of nurse graduateness on patient mortality: a cross-sectional survey (the NuGaT study). *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), pp. 3034–3044.
- Griffiths, P., Ball, J. E., Drennan, J., James, L., Jones, J., Recio, A., et al., 2014. The association between patient safety outcomes and nurse healthcare assistant skill mix and staffing levels of factors that may influence staffing requirements. *National Nursing Research Unit*, 2014(1), pp. 1–31.
- Griffiths, P., Ball, J., Drennan, J., Dall'Ora, C., Jones, J., Maruotti, A., et al., 2016. Nurse staffing and patient outcomes: strengths and limitations of the evidence to inform policy and practice. A review and discussion paper based on evidence reviewed for the national institute for health and care excellence safe staffing guideline. *International Journal of Nursing Studies*, 63(1), pp. 213–225.
- Griffiths, P., Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Briggs, J., Maruotti, A., Meredith, P., et al., 2018. The association between nurse staffing and omissions in nursing care: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), pp. 147–1487.
- Haegdorens, F., Van Bogaert, P., De Meester, K. & Monsieurs, K. G., 2019. The impact of nurse staffing levels and nurse's education on patient mortality in medical and surgical wards: an observational multicentre study. *BMC Health Services Research*, 1(864), p. 19.
- Hill, B., 2017. Do nurse staffing levels affect patient mortality in acute secondary care?. *British Journal of Nursing*, 26(12), pp. 698–704.
- Jelenc, Z., 2016. Vseživljenjskost učenja in izobraževanja odraslih. Nova Gorica: Educa.
- Kim, C. S. & Flanders, S. A., 2013. Transitions of care. *Annals of Internal Medicine*, 158(5), p. ITC3.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., et al., 2021. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *PloS Medicine*, 18(3), p. e1003583.
- Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Maruotti, A., Ball, J., Briggs, J., Meredith, P., et al., 2017. What impact does nursing care left undone have on patient outcome? Review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11–12), pp. 2248–2259.
- Shalla, S. A. & Fazili, A. I., 2016. Quality of worklife and employee job satisfaction - a dimensional analysis. Available at: https://www.academia.edu/%205081587/QUALITY_OF_WORK_LIFE_AND_EMPLOYEE_JOB_SATISFACTION-A_DIMENSIONAL_ANALYSIS [5. 1. 2022].
- Shekelle, P. G., 2014. Nurse-patient ratios as a patient safety strategy. *Annals of Internal Medicine*, 158(5 Pt 2), pp. 417–426.
- Sherwood, G. & Barnsteiner, J., 2012. Quality and safety in nursing: a competency approach to improving outcomes. 2nd ed. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Simmer, T. L., Nerenz, D. R., Rutt, W. M., Newcomb, C. S. & Benfer, D. W., 1991. A randomized, controlled trial of an attending staff service in general internal medicine. *Medical Care*, 29(7), pp. 31–40.
- Skela-Savič, B., 2018. Zdravstveni sistem se bo sesul sam vase zaradi pomanjkanja medicinskih sester in ne zdravnikov. *Utrij*, 26(9), pp. 3–9.
- Squires, A., White, J. & Sermeus, W., 2015. Quantity, quality and relevance of the nursing workforce to patient outcomes, ICN policy brief. Geneva: International Council of Nurses.
- Twigg, D. E., Kutzer, Y., Jacob, E. & Seaman, K., 2019. A quantitative systematic review of the association between nurse skill mix and nursing-sensitive patient outcomes in the acute care setting. *Journal of Advanced Nursing*, 75(12), pp. 3404–3423.
- Whitehead, L. & Myers, H., 2016. The effect of hospital nurse staffing models on patient and staff-related outcomes. *International Journal of Nursing Practice*, 22(4), pp. 330–332.
- White, J., 2015. World health organization global strategy on human resources for health in the era of the post 2015 sustainable development goals: Nursing's essential contribution, ICN policy brief. Geneva: International Council of Nurses.
- World Health Organization, 2016. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Geneva: World Health Organization.

Napredna zdravstvena nega na primarni ravni zdravstvenega varstva: prikaz prakse iz tujine

Advanced nursing practice at primary care: an example from abroad

Patricija Lunežnik¹, mag. zdr. - soc. manag., izr. prof. dr. Mateja Lorber²

¹Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor,

²Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede

Izvleček

Primarna raven zdravstvenega varstva predstavlja vstopno točko v zdravstveni sistem in bi morala biti vsem dobro dostopna. Potrebe in zahteve prebivalstva po zdravstveni oskrbi so vedno večje, zdravstveni kader je omejen in globalno prihaja do težav pri dostopnosti do primarne zdravstvene oskrbe. Američani so za povečanje dostopnosti zdravstvene oskrbe v 60ih letih prejšnjega stoletja uvedli koncept napredne prakse zdravstvene nege. Medicinske sestre z naprednimi znanji pridobijo dodatno, podiplomsko izobrazbo in razširjene kompetence ter znanja. Zagotavljajo oskrbo na različnih nivojih zdravstvenega varstva, njihova vloga pa pride najbolj do izraza prav na primarni ravni. Namenski tega prispevka je predstaviti napredno zdravstveno nego na primarni ravni kot primer dobre prakse iz tujine. Raziskave namreč kažejo, da medicinske sestre z naprednimi znanji zagotavljajo varno in kakovostno zdravstveno oskrbo, pacienti pa so z njihovo obravnavo zelo zadovoljni. Koncept napredne prakse zdravstvene nege je v različnih oblikah razširjen tudi drugje po svetu. Ker se v Sloveniji prav tako srečujemo s problemom univerzalne dostopnosti zdravstvene oskrbe je prav, da se začnemo zgledovati po primerih dobre prakse v tujini in razmišljati o uvajanju koncepta napredne prakse zdravstvene nege tudi v naš zdravstveni sistem.

Ključne besede: dostopnost do zdravstvene oskrbe; medicinske sestre z naprednimi znanji; kompetence.

Abstract

Primary care represents the entry point into the health care system and should be accessible to all. The demands of the general population for health care are ever increasing, the healthcare professionals are limited, and globally, there are problems with access to primary health care. In the 1960s, the USA introduced the concept of advanced nursing practice in the USA. Its purpose was to increase access to health care. Since then, master-prepared nurses have expanded their competencies and become nurse practitioners to provide care at various levels of health care. Their role is the most needed and has the biggest impact on access to care in primary health care. The purpose of this paper is to present advanced nursing practice in primary care as an example of good practice from abroad. Research shows that nurse practitioners provide safe and high-quality health care, which results in high patient satisfaction. The concept of advanced nursing practice has spread elsewhere in the world. Since we are also facing the problem of universal access to health care in Slovenia, it is right to start looking at examples of good practice abroad and think about introducing the concept of advanced nursing practice into our health care system.

Keywords: access to health care; nurse practitioners; competencies.

Uvod

Univerzalna dostopnost zdravstvenega varstva je cilj primarne ravni (WHO, 2018a), ki predstavlja vstopno točko v zdravstveni sistem in bi naj zagotavljala kontinuirano obravnavo posameznikov (WHO, 2018b). Dobro koordinirano oskrbo na primarni ravni potrebujejo še zlasti kronični in multimorbidni pacienti (OECD/EU, 2016), a je danes obvladovanje kroničnih nenalezljivih bolezni postal globalni izliv (Airhihenbuwa, et al., 2021). Ocenjuje se namreč, da bi naj imel že vsak tretji odrasli diagnosticirano kakšno kronično bolezensko stanje (Hajat & Stein, 2018; OECD, 2021). Potrebe ljudi po zdravstveni obravnavi se tako večajo (WHO, 2018c) in vse pogosteje se soočamo z izzivom dostopnega, varnega in cenovno sprejemljivega zdravstvenega varstva (Schober, et al., 2021). Ker se nezadovoljene potrebe po zdravstveni oskrbi lahko odražajo v slabšem zdravju posameznikov (OECD/EU, 2020), je smiseln razmišljati o kreplitvi splošne zdravstvene oskrbe na primarni ravni (WHO/Europe, 2022a). Američani so problem univerzalne dostopnosti do zdravstvene oskrbe pričeli naslavljati z razvojem napredne prakse zdravstvene nege (Ford, 2015). Medicinske sestre so pridobile razširjene kompetence za zagotavljanje varne in strokovne oskrbe (Schober, et al., 2021), še zlasti v ruranih okoljih in med depriviligeranim prebivalstvom (Buerhaus, 2018). Namen tega prispevka je predstaviti napredno zdravstveno nego na primarni ravni kot primer dobre prakse iz tujine.

Napredna zdravstvena nega

Napredna praksa zdravstvene nege sega v 60ta leta prejšnjega stoletja, ko je turbolento politično, profesionalno in družbeno okolje ustvarilo dobre pogoje za spremembo (Ford, 2015). Medicinska sestra Loretta Ford in pediater Henry Silver sta leta 1965 razvila koncept napredne zdravstvene nege, da bi zagotovila primarno zdravstveno varstvo otrokom, ki niso imeli dostopa do zdravstvenih storitev (Keeling, 2015; Schober, et al., 2021). Njuna ideja je bila, da bi medicinska sestra z naprednimi znanji lahko delala v sodelovanju in kolegialnem odnosu z zdravnikom (Keeling, 2015) in tako izboljšala dostopnost oskrbe (Ford, 2015). Ideja se je ohranila vse do danes, koncept napredne zdravstvene nege pa se je razviljal. Medicinske sestre z naprednimi znanji so povečale celostne zdravstvene kapacitete in izboljšale dostop do zdravstva tako v ZDA kot drugje po svetu (Schober, et al., 2021).

Medicinske sestre z naprednimi znanji zagotavljajo varno in strokovno zdravstveno oskrbo (Schober, et al., 2021) na različnih nivojih zdravstvenega varstva in za različne populacije pacientov (AANP, 2022). Za pridobitev razširjenih kompetenc morajo opraviti podiplomski študij na akreditiranem študijskem programu (Schober, et al., 2021). Pridobijo napredno znanje iz farmakologije, fiziologije, patofiziologije, telesnem pregledu, laboratorijskih in diagnostičnih testih (naročanje, interpretacija, sprejemanje odločitev), o postavljanju diferencialnih diagnoz, zdravljenju in načrtovanju oskrbe, vodenju in raziskovanju, uporabi dokazov ter raznih teorijah, itd. (Kidner, 2022). Svoje delo opravljajo avtonomno in uporabljajo na osebo osredotočen pristop (NIPEC, 2016). Njihove obravnave pacientov so daljše (Gysin, et al., 2019), s poudarkom na posameznikovem celostnem dobrem počutju (Schober, et al., 2021).

Napredna zdravstvena nega na primarni ravni

Obseg in avtonomija medicinskih sester z naprednimi znanji se najbolje pokaže na primarni ravni (Schober, et al., 2021). Podatki iz leta 2016 kažejo, da so v ZDA v ruralnih okoljih primarno zdravstveno oskrbo kar v 25,2 % zagotavljale medicinske sestre z naprednimi znanji, v urbanih okoljih pa predstavljajo 23 % primarnih izvajalcev (Barnes, et al., 2018). Milijoni Američanov si medicinske sestre z naprednimi znanji celo izberejo za svoje osebne izvajalce primarne zdravstvene oskrbe (AANP, 2022) (v Sloveniji bi rekli, da si izberejo svojega »osebnega zdravnika«). Tako medicinske sestre z naprednimi znanji kot tudi zdravniki se strinjajo, da medicinske sestre z naprednimi znanji predstavljajo velik doprinos k zdravstveni oskrbi pacientov, saj zvišujejo kakovost obravnave in fleksibilnost oskrbe (Gysin, et al., 2019). Rezultati sistematičnega pregleda Swan, et al. (2015) so pokazali, da imajo medicinske sestre z naprednimi znanji primerljive klinične izide kot zdravniki, pacienti pa so z obravnavo zadovoljni. Ugotovili so tudi, da je manj obiskovurgence (Buerhaus, et al., 2018), ležalne in čakalne dobe se skrajšajo, vse to pa se odraža tudi na nižjih stroških oskrbe (Schober, et al., 2021).

Prikaz prakse iz tujine

Na primarni ravni je pogosto prva kontaktna točka zdravstvene oskrbe za posameznike in družine prav medicinska sestra z naprednimi znanji (Schober, et al., 2021). Večinoma delujejo v mešanih timih z zdravniki, ki jim nudijo različno stopnjo supervizije, kar je odvisno od področja delovanja in delovnih izkušenj medicinske sestre z naprednimi znanji (Maier, et al., 2017).

Ponekod v tujni so na primarni ravni prisotne tudi klinike, ki jih vodijo medicinske sestre z naprednimi znanji in rezultati oskrbe pacientov so primerljivi z oskrbo zdravnikov (Heale, et al., 2018; Stewart, 2018; Woo, et al., 2022). Pogosto imajo urejene konzultante, ki na klinike prihajajo za pomoč pri vodenju obravnave specifičnih in zahtevnejših primerov pacientov. Kompetence medicinskih sester z naprednimi znanji pri obravnavi pacientov na primarni ravni zajemajo (AANP, 2022; Kidner, 2022; NIPEC, 2016; Schober, et al., 2021):

- napredno ocen zdravstvenega stanja,
- diagnosticiranje, zdravljenje in obvladovanje akutnih in kroničnih bolezni,
- naročanje in interpretiranje laboratorijskih ter diagnostičnih testov,
- predpisovanje zdravil in terapevtskih intervencij,
- koordinacijo zdravstvene oskrbe,
- napotitev pacientov na specialistične obravnave,
- promocijo zdravja in izobraževanje pacientov o samooskrbi,
- preventivno delovanje in preprečevanje bolezni,
- postavljanje negovalnih diagnoz,
- na osebo osredotočen in holističen pristop,
- izvajanje prakse, osnovane na znanstvenih dokazih.

Medicinske sestre z naprednimi znanji imajo tudi druge napredne veščine za obravnavo pacientov (Kidner, 2022). V raziskavi Woroch & Bockwoldt (2021) so medicinske sestre z naprednimi znanji iz primarne ravni spraševali, katere posege najpogosteje opravljajo in rezultati so bili sledeči: interpretacija EKG (70 %), drenaža kožnih abscesov (63,1 %), PAP test (58,6 %), šivanje ali lepljenje ran (55,5 %), odstranitve tujkov (49 %), interpretacija RTG (43,6 %), odstranitev kožnih znamenj (38,4 %) in imobilizacija udov (37,8 %). Nekatere medicinske sestre z naprednimi znanji imajo tudi kompetence za izvajanje ultrazvokov, cistoskopij, cikloergometrije, biopsij, implikacijo botoksa in drugo (Kidner, 2022; Woroch & Bockwoldt, 2021).

Diskusija

Potrebe po celostnih zdravstvenih storitvah se povečujejo in primarna raven zdravstvene dejavnosti bi morala biti temelj zagotavljanja zdravstvene oskrbe za izboljševanje fizičnega in mentalnega zdravja prebivalstva (WHO/Europe, 2022a). Slovenija se je skupaj z drugimi malimi evropskimi državami združila v iniciativo za izboljšanje zdravja v letih 2022–2025. Kot eden izmed ukrepov je bila predlagana prav krepitev primarne ravni zdravstvenega varstva in vlaganje v razvoj zdravstvenih kadrov (WHO, 2018d). Glede na to, da je dostopnost zdravstvenega varstva globalni problem, je smiselno pogled usmeriti onkraj meja in ugotoviti, kako so se naslavljanja tega problema lotile druge države.

Ob dejstvu, da projekcije kadrovskih kapacetet na primarni ravni niso ravno obetavne (Buerhaus, 2018), se za izboljšanje dostopnosti do primarne zdravstvene oskrbe po svetu povečuje potreba po uveljavitvi napredne prakse zdravstvene nege (Kidner, 2022; Schober, et al., 2021). Razvoj napredne prakse zdravstvene nege po svetu je na različnih ravneh, prav tako imajo izvajalci različne obsege delovnih nalog. Trenutno je po svetu (v različnih oblikah) uveljavljena v sledečih državah: ZDA, Kanada, Jamajka, Bocvana, Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske, Nova Zelandija, Irska, Japonska, Turčija, Avstralija, Gana, Bocvana, Oman; Nemčija, Honkong, Singapur, Nizozemska (Maier, et al., 2017; Schober, et al., 2021). Razvoj in implementacija napredne prakse zdravstvene nege je dolgotrajen proces (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004), ki zahteva spremembe na področju izobraževanja in organizacije dela v kliničnem okolju (Schober, et al., 2021). Vse od leta 2011 v Sloveniji že poteka program dodatnih izobraževanj za diplomirane medicinske sestre s specialnimi znanji, ki imajo razširjene kompetence za obravnavo oseb s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi (Turk & Habjanič, 2019), deset let kasneje, v študijskem letu 2020/21, pa je bila vpisana tudi prva generacija študentov v študijski program iz napredne prakse zdravstvene nege v Sloveniji (Pajnkihar & Vrbnjak, 2021). Medicinska sestra z naprednimi znanji se od diplomirane medicinske sestre razlikuje v mnogih aspektih, predvsem pa po stopnji kompetenc in sposobnosti vodenja simptomov, funkcionalnih težav, diagnosticiranja in zdravljenja bolezni. Z večjim obsegom znanja in veščin, se znatno povečata tudi avtonomija in odgovornost (Schober, et al., 2021). Temelj za obravnavo pacientov še zmeraj predstavljajo teorije zdravstvene nege, biopsihosocialni model in na osebo osredotočena oskrba (Kidner, 2022). Medicinske sestre z naprednimi znanji tako v središče svoje oskrbe postavljajo posameznika, njegovo dobro počutje in znanje o samooskrbi (Schober, et al., 2021).

Sinteza sistematičnih pregledov je pokazala, da medicinske sestre z naprednimi znanji nudijo vsaj enako kakovostno oskrbo pacientov na primarni ravni kot zdravniki, pacienti pa so z njihovo obravnavo zelo zadovoljni (Maier, et al., 2017). Primarna raven predstavlja priložnost, da lahko zdravniki in medicinske sestre z naprednimi znanji skupaj oblikujejo širšo mrežo izvajalcev zdravstvene oskrbe, ki se odziva na potrebe prebivalstva (Buerhaus, 2018) in zagotavlja univerzalno dostopnost zdravstvenega varstva (WHO, 2018d).

Zaključek

Z dodatnim izobraževanjem medicinskih sester in njihovimi širšimi kompetencami so marsikje po svetu že izboljšali dostopnost do zdravstvene oskrbe. Še zlasti je pomembna dostopnost primarne ravni zdravstvenega varstva, ki za splošno populacijo predstavlja prvi stik z zdravstvenim sistemom. Oskrba, ki jo izvajajo medicinske sestre z naprednimi znanji je varna in kakovostna, pacienti pa so z obravnavo zelo zadovoljni. Primer dobre prakse iz tujine bi lahko postopno prenesli tudi v lokalno okolje in prebivalcem Slovenije omogočili dostopno in kakovostno primarno zdravstveno oskrbo.

Literatura

- American Association of Nurse Practitioners (AANP), 2022. Nurse Practitioners in Primary Care. [Online] Available at: www.aanp.org/advocacy/advocacy-resource/position-statements/nurse-practitioners-in-primary-care [Accessed 18. 08. 2022].
- Airihenbuwa, C. O., Tseng, T.S., Sutton, V. D. & Price, L., 2021. Global perspectives on improving chronic disease prevention and management in diverse settings. *Preventing Chronic Disease*, 18(E33), pp. 1–7.
- Barnes, H., Richards, M. R., McHugh, M. D. & Martosoff, G., 2018. Rural and nonrural primary care physician practices increasingly rely on nurse practitioners. *Health Affairs*, 37(6), pp. 908–914.
- Bryant-Lukosius, D. & DiCenso, A., 2004. A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), pp. 530–540.
- Buerhaus, P., 2018. Nurse practitioners - a solution to America's primary care crisis. [pdf] Available at: www.aei.org/wp-content/uploads/2018/09/Nurse-practitioners.pdf [Accessed 18. 08. 2022].
- Buerhaus, P. et al., 2018. Quality of primary care provided to Medicare beneficiaries by nurse practitioners and physicians. *Medical Care*, 56(6), pp. 484–490.
- Ford, L., 2015. Reflections on 50 years of change. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27(6), pp. 294–295.
- Gysin, S., Sottas, B., Odermatt, M. & Essig, S., 2019. Advanced practice nurses' and general practitioners' first experiences with introducing the advanced practice nurse role to Swiss primary care: a qualitative study. *BMC Family Practice volume*, 20(163), pp. 1–11.
- Hajat, C. & Stein, E., 2018. The global burden of multiple chronic conditions: a narrative review. *Preventive Medicine Reports*, 12, pp. 284–293.
- Heale, R., Wenghofer, E., James, S. & Garceau, M. L., 2018. Quality of care for patients with diabetes and multimorbidity registered at nurse practitioner-led clinics. *Canadian Journal of Nursing Research*, 50(1), pp. 20–27.
- Keeling, A. W., 2015. Historical perspectives on an expanded role for nursing. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 20(2).
- Kidner, M., 2022. Successful advanced practice nurse role transition: a structured process to developing professional identity through role transition. 1st ed. s.l.: Springer Nature.
- Maier, C. B., Aiken, L. H. & Busse, R., 2017. Nurses in advanced roles in primary care. [pdf] Available at: www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles-in-primary-care_a8756593-en [Accessed 17. 08. 2022].
- North Ireland Practice and Education Council for Nursing and Midwives (NIPEC), 2016. Advanced nursing practice framework: supporting advanced nursing practice in health and social care trusts. [pdf] Available at: www.health-ni.gov.uk/sites/default/files/publications/health/advanced-nursing-practice-framework.pdf [Accessed 18. 08. 2022].
- OECD, 2021. Health at a Glance 2021: OECD Indicators. [pdf] Available: www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021_ae3016b9-en [Accessed 19. 08. 2022].
- OECD/EU, 2016. Health at a glance: Europe 2016 - state of health in the EU cycle. Paris: OECD Publishing.
- OECD/EU, 2020. Health at a glance: Europe 2020 - state of health in the EU cycle. Paris: OECD Publishing.
- Pajnkihar, M. & Vrbnjak, D., 2021. Presentation of newly developed model for ANP education in Slovenia and UM FHS study fields integrated treatment of chronic patients in advanced nursing practice, integrated care for older people in advanced nursing practice and mental health in advanced nursing practice. In: M. Pajnkihar & D. Vrbnjak, eds. *Advanced nursing practice: international experiences and future direction of nursing in Slovenia*, book of abstracts. Maribor: University of Maribor, pp. 21–22.
- Schober, M. et al., 2021. Smernice o napredni zdravstveni negi 2020. [pdf] Available at: www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2021/05/Smernice-o-napredni-zdravstveni-negi-2020.pdf [Accessed 16. 08. 2022].
- Stewart, A. N., 2018. Nurse practitioner-led clinics in British Columbia. [pdf] Available at: open.library.ubc.ca/media/stream/pdf/42591/1.0365319/4 [Accessed 18. 08. 2022].

- Swan, M. et al., 2015. Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 27(5), pp. 396–404.
- Turk, E. & Habjanić, A., 2019. Slovenia. In: A. M. Rafferty, et al. eds. *Strengthening health systems through nursing: evidence from 14 European countries*. United Kingdom: World Health Organization Regional Office for Europe, pp. 121–132.
- Woo, B. F. Y. et al., 2022. A Nurse-led Integrated Chronic Care E-Enhanced Atrial Fibrillation (NICE-AF) clinic in the community: a preliminary evaluation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4467), pp. 1–15.
- World Health Organization (WHO), 1978. Primary health care: report of the international conference on primary health care Alma-Ata. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO), 2018a. Global conference on primary health care: declaration of Astana. Astana: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO), 2018b. Quality in primary health care. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO), 2018c. HEARTS: Technical package for cardiovascular disease management in primary health care: team-based care. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO), 2018d. From Alma-Ata to Astana: primary health care - reflecting on the past, transforming for the future: interim report from the WHO European Region. Copenhagen: World health organization.
- World Health Organization Regional Office for Europe (WHO/Europe), 2022a. Primary health care: making our commitments happen: realizing the potential of primary health care: lessons learned from the COVID-19 pandemic and implications for future directions in the WHO European Region. [pdf] Available at: www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-5173-44936-63926 [Accessed 17. 08. 2022].
- World Health Organization Regional Office for Europe (WHO/Europe), 2022b. Roadmap towards better health in small countries in the WHO European Region, 2022–2025. [pdf] Available at: www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-5484-45249-64713 [Accessed 17. 08. 2022].
- World Health Organization & United Nations Children's Fund (WHO/UNICEF), 2018. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the sustainable development goals. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund.
- Woroch, R. A. & Bockwoldt, D., 2021. The growing need to provide training in clinical procedures in family nurse practitioner educational programs. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 33, pp. 353–358.

Projekt Usmerjena integrirana oskrba doma v Zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca Maribor: prednosti, slabosti, priložnosti in nevarnosti

Project Directed integrated care at home in the Medical Center dr. Adolfa Drolca Maribor: strengths, weaknesses, opportunities and threats

Maja Velkoska Šabić, dipl. m. s., Aleksandra Jančič, dipl. m. s., spec.

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor
OE Patronažno varstvo

Izvleček

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor je kot eden izmed štirih konzorcijskih partnerjev sodeloval v projektu Usmerjena integrirana oskrba doma od decembra 2019 do konca junija 2022. Zaposleni so razvijali, preizkušali in implementirali nova orodja in nove storitve dolgotrajne oskrbe. Ugotovljeno je bilo, da je nujno potrebna vzpostavitev enotne vstopno informacijske točke kot samostojnega in neodvisnega organa ter uporaba enotnega ocenjevalnega orodja za oceno upravičenosti do storitev dolgotrajne oskrbe. Izkazala se je velika potreba po storitvah za ohranjanje in izboljšanje samostojnosti, potreba po novih storitvah ter storitvah za centralizirano pripravo zdravil. Izredno pomembno vlogo je imel koordinator integrirane oskrbe, ki je predstavljal vez med vstopno točko, izvajalci in uporabniki storitev ter hkrati usklajeval in koordiniral celoten tim dolgotrajne oskrbe. Potrebno bi bilo razmislieti o premostitvenem obdobju zagotavljanja storitev dolgotrajne oskrbe v času od oddaje vloge, ocene upravičenosti ter vključitve k izvajalcu. Za izpolnitve/uresničitev temeljnih načel sistema dolgotrajne oskrbe bi bilo smiseln razmisli o umestitvi tima dolgotrajne oskrbe na že trdne in obstoječe temelje patronažnega varstva. Pridobljene izkušnje bodo tako v veliko pomoč pri vzpostavitvi mreže izvajalcev dolgotrajne oskrbe v domačem okolju. Namen tega prispevka je predstaviti tim dolgotrajne oskrbe, projektne aktivnosti ter SWOT analizo.

Ključne besede: izvajalci dolgotrajne oskrbe, koordinator integrirane oskrbe, projektne aktivnosti

Abstract

The Healthcare center dr. Adolfa Drolca Maribor, as one of the four consortium partners, participated in project Implemented integrated care at home from december 2020 to end of june 2022. Employees developed, tested and implemented new tools and long - term care services. It was found that the establishment of a unified independent information point and the use of a single evaluation tool to assess entitlement to long-term care services is absolutely necessary. There was found a great need for services of maintaining and improving independence, the need for new services in the community and services of centralized drug preparation. An extremely important role was played by the coordinator of integrated care, who was the connection between the entry information point, providers and service users and who coordinated and harmonized the entire long-term care team. It would be necessary to consider the bridging period of providing long-term care services between the submission of the application, assessment of eligibility and acceptance to the provider's services. In order to

fulfill/implement the fundamental principles of the long-term care system, it would be reasonable to consider placing the long-term care team on the already solid and existing foundations of community nursing. The experience gained will be helpful in establishing a network of long-term care providers in the home environment. The purpose of this contribution is to present the long-term care team, project activities and SWOT analysis.

Key words: provider of long - term care, coordinator of integrated care, project activities

Uvod

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Dom Danice Vogrinec Maribor, Center za pomoč na domu Maribor ter lekarna Arnica montana so bili dne 2. 10. 2019 kot konzorcij izbrani na javnem razpisu »Preoblikovanje obstoječih mrež ter vstop novih izvajalcev za nudenje skupnostnih storitev in programov za starejše«. Tim integrirane oskrbe je izvajal nove storitve v zvezi z zdravili, nove storitve v skupnosti, storitve za ohranjanje in izboljšanje samostojnosti, krepitev avtonomije posameznika, storitve tima patronažne službe ter storitve tima družinske medicine in ga je sestavljalo 26 zaposlenih. Za strokovno vodenje in organizacijo projekta je bil zadolžen strokovni vodja projekta. V okviru javnega razpisa se je zagotovil dostop do novih storitev, s katerimi se je krepila možnost, da starejši kljub morebitni oviranosti, bolezni ali krhkosti, ostanejo čim dlje v domačem okolju oziroma izboljšajo ali čim dlje ohranijo psihofizične sposobnosti in s tem čim večjo sposobnost samooskrbe (Uradni list RS, št. 38/2019). Brezplačne storitve dolgotrajne oskrbe so upravičenci, stari nad 65 let prejemali v občinah Maribor, Mlklavž na Dravskem polju, Hoče - Slivnica in Duplek. Junija leta 2020 so strokovne delavke na Vstopno informacijski točki (v nadaljevanju VIT) na Verstovškovi ulici 6 pričele sprejemati vloge za uveljavljanje pravice do dolgotrajne oskrbe. Skupno število prejetih vlog je bilo 623. Storitve dolgotrajne oskrbe je prejemoalo 311 upravičencev.

Časovnica izvedbe projekta Usmerjena integrirana oskrba doma

- 31. 7. 2019 – Prijava na razpis »Preoblikovanje obstoječih mrež ter vstop novih izvajalcev za nudenje skupnostnih storitev in programov za starejše« kot konzorcijski partner
- 2. 10. 2019 – Sklep o izboru na razpisu
- 11. 11. 2019 – Sestanek upravičenca ter konzorcijskih partnerjev
- Januar in februar 2020 – Izobraževanje ter praktično usposabljanje zaposlenih
- Februar in marec 2020 – Urejanje prostorov VIT na Verstovškovi ulici 6
- 14. 5. 2020 – Sestanek upravičenca, konzorcijskih partnerjev, Ministrstva za zdravje ter Direktorata za dolgotrajno oskrbo
- 15. 5. 2020 – Podpisan protokol sodelovanja konzorcijskih partnerjev
- 26. 5. 2020 – Otvoritev VIT
- 1. 6. 2020 – Sprejem vlog za uveljavljanje pravice do integrirane oskrbe
- 1. 7. 2020 – Pričetek izvajanja projektnih aktivnosti
- 30. 6. 2022 – Zaključek projekta

Enote tima integrirane oskrbe

Tim integrirane oskrbe je sestavljal:

- Enota za centralizirano pripravo zdravil (tehnik zdravstvene nege ter magister farmacije) Tehnik zdravstvene nege je izvajal naslednje storitve: aplikacija subkutanih injekcij, priprava in nadzor nad jemanjem predpisane terapije. Magister farmacije je pregledal zdravila, ki jih je jemal uporabnik, koordiniral z izbranim osebnim zdravnikom ter pripravil kartico zdravil.
- Enota za nove storitve v skupnosti (bolničar/negovalec, tehnik zdravstvene nege, diplomirana medicinska sestra - koordinator integrirane oskrbe (v nadaljevanju KIO) ter upravno administrativni delavec
- Bolničar/negovalec ter zdravstveni tehnik sta izvajala osnovna dnevna opravila ter intervencije v okviru kompetenc. KIO je koordiniral celoten tim integrirane oskrbe, opravljal prve in ponovne obiske pri uporabnikih, izdelal izvedbeni načrt, vodil evidenco čakajočih, sodeloval z izvajalcji storitev ter koordinatorji posameznih služb in ostalimi deležniki.

- Enota za ohranjanje in izboljšanje samostojnosti, krepitev avtonomije posameznika (diplomirani delovni terapevt, diplomirani fizioterapevt, diplomirani/univerzitetni socialni delavec, psiholog, klinični dietetik)
- Enota za krepitev tima družinske medicine (zdravnik družinske medicine, psiholog, diplomirani/univerzitetni socialni delavec, upravno administrativni delavec)
- Tim je izvajal projektno aktivnosti pri pacientih z napredovano kronično neozdravljenjo boleznijo, sodeloval s tim integrirane oskrbe, izvajalci na sekundarni in terciarni ravni ter s strokovnimi delavci in sodelavci, ki izvajajo storitve v skupnosti oziroma instituciji.
- Enota za krepitev tima patronažne službe (diplomirana medicinska sestra)
- Patronažna medicinska sestra se je vključevala v obravnavo pri upravičencih do integrirane oskrbe, pri katerih je bila možnost nastanka razjede zaradi pritiska ter pri vseh upravičencih, ki so bili inkontinentni. Pri upravičencih je izvedla oceno ogroženosti za nastanek razjede zaradi pritiska in oceno kože ter oceno kronične rane.
- VIT je bila povsem neodvisna enota in ločena od izvajalcev dolgotrajne oskrbe. Strokovne delavke (diplomirana medicinska sestra, diplomirana/univerzitetna socialna delavka ter diplomirana delovna terapeutka) so s pomočjo ocenejevalnega orodja izvajale oceno upravičenosti do dolgotrajne oskrbe ter vsem zainteresiranim podale informacije o obstoječih in novih storitvah dolgotrajne oskrbe (Uradni list RS, št. 38/2019).

Kot primer dobre prakse se je izkazalo, da so bile vse informacije na enem mestu ljudem v zelo veliko pomoč. Pogosto se namreč zgodi, da ljudje porabijo ogromno časa za iskanje svojih pravic v različnih ustanovah (Novak, 2019).

Vključitev v projekt

Vlogo za oceno upravičenosti (v pisni ali elektronski obliki) so lahko podali zainteresirani posamezniki oziroma osebe, starejše od 65 let, ki so zaradi bolezni, starostne oslabelosti, poškodb, invalidnosti, pomanjkanja ali izgube intelektualnih sposobnosti potrebovale pomoč druge osebe ali skrbnika osebe pri zadovoljevanju osnovnih in podpornih dnevnih opravil, zainteresirani posamezniki oziroma osebe, starejše od 65 let, ki so pri sebi zaznale pešanje telesnih, funkcionalnih oziroma kognitivnih sposobnosti.

Ob soglasju posameznika so lahko vlogo za oceno upravičenosti podali tudi izbrani osebni zdravnik ali drugi lečeči zdravnik, pristojna patronažna medicinska sestra, koordinator odpusta iz bolnišnice, strokovni delavec pristojnega centra za socialno delo ali druga od vlagatelja pooblaščena oseba.

Na podlagi vloge za oceno upravičenosti je strokovni delavec na VIT v roku petih delovnih dni, po predhodnem dogovoru z vlagateljem, opravil oceno upravičenosti.

V kolikor je bila oseba upravičena do integrirane oskrbe oziroma novih storitev, je strokovni delavec vstopno informacijske točke pripravil poročilo o oceni upravičenosti s kategorijo in predlogom priporočenih storitev ter o tem informiral KIO. Vlogi je moralno biti priloženo soglasje in seznanitev za vključitev v projektno aktivnosti.

KIO je nato opravil prvi obisk pri osebi, upravičeni do novih storitev in izdal osebni izvedbeni načrt v roku petih delovnih dni od prejema obvestila o upravičenosti s strani strokovnega delavca vstopno informacijske točke (Uradni list RS, št. 38/2019).

Osebni načrt sta podpisala KIO in upravičenec ter potrdila njegovo veljavnost. Tako je osebni načrt postal podlaga za izvajanje storitev integrirane oskrbe (Nagode, et al., 2021a).

Osebo, upravičeno do novih storitev se je vključilo v storitve v okviru kadrovskih možnosti. V primeru, ko vključitev ni bila možna, je koordinator integrirane oskrbe vodil evidenco časa od obiska do pričetka izvajanja storitve (Uradni list RS, št. 38/2019).

Od kategorije upravičenosti je bilo odvisno, koliko ur posameznih storitev bo upravičenec deležen.

Tabela 1: Ure nabora storitev na mesec iz nabora storitev za izvajanje novih storitev v skupnosti

Kategorija	I. kategorija	II. kategorija	III. kategorija	IV. kategorija	V. kategorija
Obseg ur v posamezni kategoriji	7	10	16	19	24

Tabela 2: Ure nabora storitev na leto iz nabora storitev za ohranjanje in izboljšanje samostojnosti (Uradni list RS, št. 38/2019)

Kategorija	I. kategorija	II. kategorija	III. kategorija	IV. kategorija	V. kategorija
Obseg ur v posamezni kategoriji	30	40	70	30	20

Opravljeni projektni aktivnosti

Od 1. 7. 2020 do 30. 6. 2022 je tim integrirane oskrbe opravil skupno 32527 obiskov in 80042 storitev. Izvajanje projektnih aktivnosti je zaznamoval tudi čas epidemije Covid - 19, ki je zahteval veliko prilagajanja, fleksibilnosti in sodelovanja vseh zaposlenih. Testirali smo tudi e-oskrbo in e-zdravje. Storitev e-oskrba omogoča aktivno, neodvisno ter varno bivanje v domačem okolju ter zagotavlja 24-urno povezavo s centrom za pomoč na daljavo in takojšnje proženje klica na pomoč s pritiskom na gumb na obesku ali na varovani enoti v primeru padca ali slabosti. Storitev je uporabljalo 89 uporabnikov, izvedenih je bilo 660 intervencij. Za šest uporabnikov je klicni center kontaktiral 112. Svojce uporabnikov so kontaktirali 138 krat. Storitev e-zdravje je telemedicinska storitev, ki omogoča stalno spremeljanje in merjenje vitalnih funkcij ter drugih parametrov na daljavo. Vključeni so bili trije uporabniki.

Tabela 3: Statistični podatki o opravljenih projektnih aktivnostih (operacijski sistem Pro-bit)

Število prejetih vlog	623
Prvi obisk koordinatorja integrirane oskrbe pri upravičencih	320
Število uporabnikov storitev dolgotrajne oskrbe	311
Število uporabnikov storitev centralizirane priprave zdravil	173
Število uporabnikov storitev za ohranjanje in izboljšanje samostojnosti	237
Število uporabnikov novih storitev v skupnosti	172
Število uporabnikov storitev e-zdravja	3
Število uporabnikov storitev e-oskrbe	89

SWOT analiza

PREDNOSTI	SLABOSTI
Enotno ocenjevalno orodje, enotna vstopna točka, neodvisnost ocenjevalcev.	Predolgo obdobje od oddaje vloge do začetka izvajanja storitev dolgotrajne oskrbe.
Enakopravnost v obravnavi.	Vključeni le uporabniki nad 65 let.
Zapolnitev vrzeli med socialnimi in zdravstvenimi storitvami (enota za centralizirano pripravo zdravil).	Izvajalci so imeli skupne prostore po različnih lokacijah.
Storitve za ohranjanje in izboljšanje samostojnosti, nove storitve (socialni delavec, fizioterapevt, psiholog, delovni terapevt).	Izjemna obremenitev KIO.
Integracija zdravstvenih in socialnih storitev.	Ni koordinatorja odpusta v bolnišnici.
Razbremenitev neformalnih oskrbovalcev (svojcev).	Razpršena lokacija uporabnikov, večja poraba časa, višji strošek dela.
Uporabnikom omogočiti bivanje v domačem okolju kljub odvisnosti v osnovnih in podpornih dnevnih opravilih.	Neizvajanje storitev ob vikendih, praznikih in popoldan.
Obravnava paliativnih pacientov v okviru dolgotrajne oskrbe.	Usmerjenost v želje uporabnika in ne v potrebe.
Možnost e - oskrbe in e - zdravja.	Zapleten informacijski sistem
Takošnja rehabilitacija po bolezni in poškodbi (fizioterapija in delovna terapija).	
Kartica zdravil uporabnika, ki jo je pregledal in pripravil farmacevt v sodelovanju z zdravnikom družinske medicine.	
Vpogled (nadzor) v izvajanje storitev pri uporabniku (KIO).	
Informatizacija	
Multidisciplinarni pristop	
Kakovostna izobraževanja	
Razvoj mobilne aplikacije za oceno kronične rane.	
Razvoj mobilne aplikacije za nadgradnjo storitev patronažnega varstva.	
Nabava delovnih sredstev in opreme.	
PRILOŽNOSTI	NEVARNOSTI
Nujno sprejetje in izvajanje Zakona o dolgotrajni oskrbi.	Pomanjkanje izvajalcev v ruralnih okoljih
Vzpostavitev enote za dolgotrajno oskrbo v okviru patronažnega varstva.	Pomanjkanje usposobljenega kadra
Uporaba informacijsko komunikacijske tehnologije in robotike.	Finančna nevzdržnost
U mestitev tima dolgotrajne oskrbe v lokalno okolje – finančna in geografska učinkovitost.	Konkurenčnost
Vpeljava koordinatorja odpusta v bolnišnicah.	Neusklenjenost med zdravstvom in socialo
Sprejetje kadrovskih normativov.	Težnja po dobičku
Povezovanje/sodelovanje zdravstva in sociale	Različne oblike nasilja (verbalno, ekonomsko)
Konkurenčnost in razvoj	
Vstop novih izvajalcev	

Diskusija

Vzpostavitev VIT je omogočila povsem neodvisno in samostojno delovanje, ločeno od izvajalcev dolgotrajne oskrbe. Uporaba enotnega ocenjevalnega orodja je zagotovila enakopravnost pri oceni upravičenosti do storitev dolgotrajne oskrbe. Nagode, et al. (2021a) je navedla, da so rezultati analize pokazali, da pri osebah, ki živijo v semiruralnem ali ruralnem okolju, verjetnost uvrstitve v višjo kategorijo oskrbe v povprečju ni statistično značilno različna od verjetnosti uvrstitve v urbanem okolju. Kombinacija različnih profilov zaposlenih na VIT iz različnih okolij, z različnimi profesionalnimi in osebnimi izkušnjami je omogočila boljše in natančnejše ocenjevanje. Pomembno je, da je tim ocenjevalcev na VIT čim bolj heterogen (Nagode et al., 2021a).

Kot najbolj pogosto izvedena, potrebna in zaželena storitev je bila fizioterapevtska obravnava. Pomembna je bila čim hitrejša vključitev uporabnikov po možganski kapi, poškodbah in zlomih. Zelo pogosta poškodba pri starostnikih je zlom kolka. Pooperativna oskrba in rehabilitacija običajno ne zadoščata za popolno okrevanje (Beaupre, et al., 2013). Sicer se rehabilitacija vedno začne že na travmatološki kliniki, a pride pacient dokaj hitro v domače okolje. Zato je zelo pomembno vsakodnevno izvajanje vaj za ponovno pridobitev gibljivosti kolčnega sklepa in moč mišic, kar je pa v domeni fizioterapevta (Ramovš, 2021a). Na tržišču je veliko ponudnikov fizioterapije na domu, a so žal cenovno večini potencialnih uporabnikov nedostopni. Žena uporabnika fizioterapevtskih storitev je zapisala: »*Ta mail je namenjen iskreni zahvali za vso Vašo nesobično pomoč. Ko je mož lansko leto zaradi težav s sklepi pristal znova v bolnišnici na operaciji, se je zaradi korone ustavila vsa fizioterapija, ki jo je takrat nujno potreboval. Samo z Vašo pomočjo, s pomočjo gospe PMH, Vaše koordinatorke gospe Maje in na koncu s pomočjo izredno strokovne fizioterapeutke, gospodične Julite, je danes njegovo fizično, kot posledično tudi psihično stanje, veliko boljše. Ne predstavljava si njegove rehabilitacije brez Vaše pomoči. Vaša strokovna pomoč nama je prišla na proti in nama pomagala izboljšati kvaliteto življenja. Za prav vsak obisk Vaših strokovnih delavcev se Vam iskreno in iz srca zahvaljujeva in si želiva, da projekti, kot je Vaš, nikoli ne nehajo delovati. Z vsem spoštovanjem! Iskreno in iz srca hvala celotni ekipi Integrirane oskrbe Maribor!«*

Na dan 31. 12. 2020 je bilo skupno število uporabnikov pomoči na domu 8207, na čakalnem seznamu pa 642 oseb. Cena pomoči na domu je na dan 31. 12. 2020 znašala med 9,91 in 1,54 evri. Občina Odranci je edina preostala občina, ki je v letu 2020 storitve izvajala brezplačno (Inštitut RS za socialno varstvo, 2021). Prav zato je 172 uporabnikov imelo nove storitve v okviru pomoči pri osnovnih dnevnih opravilih, ki kot navaja Ramovš (2020a) ima dve razsežnosti: storitev in človeški odnos. Priča smo naglemu razvoju informacijsko komunikacijske tehnologije ter robotike. Ta bo v prihodnosti čedalje bolj vstopala v izvajanje storitev dolgotrajne oskrbe, nikoli pa ne bo mogla nadomestiti pristnega človeškega odnosa med oskrbovancem in oskrbovalcem. Uporabnica storitev dolgotrajne oskrbe v projektu je zapisala: »*Ste visoko profesionalna in uigrana ekipa, ki ji je mar za ljudi in svoje delo opravljate strokovno in s srcem. Vem, da je beseda HVALA veliko premalo za vse, je pa izrečena z resnično globoko hvaležnostjo. Vsa pohvala tudi pobudniku, ki je takšno ekipo zbral. Vas, gospa Maja, prosim, da moje pisanje posredujete vsem vašim nadrejenim kot vzpodbudo za še nadaljnje srčno delo in potrditev, da so v kolektivu zares le ljudje s poslanstvom. Vsem skupaj in vsakemu posamezno še enkrat iskrena HVALA.«*

Osrednjo/najpomembnejšo vlogo je imel KIO, ki je koordiniral, organiziral in usklajeval celoten tim integrirane oskrbe. Ta je ključen in povezovalen člen pri vzpostavljanju in delovanju sistema dolgotrajne oskrbe (Ramovš, 2020b). Povezovanje služb s pomočjo KIO je še posebej pomembno, ko želimo krepite oskrbo na domu. Uporabnik storitev je namreč stičišče vseh služb, zato je usklajeno delovanje ključnih akterjev v tem primeru še toliko bolj pomembno (Nagode et al., 2021b). KIO potrebuje znanja tako iz zdravstvenega kot socialnovarstvenega sistema, oba mora dobro poznati, saj le tako lahko opravlja svojo vlogo celostno in povezujoče. Skrbi za ohranjanje središčne vloge uporabnika tako pri načrtovanju kot tudi izvajaju osebnega načrta (Nagode et al., 2021a). KIO je opravljal tudi prve in ponovne obiske pri uporabnikih. Z individualnim in celostnim pristopom, upoštevajoč ožje in širše okolje ter sposobnosti uporabnika in njegove družine, je ustvaril medsebojno spoštovanje, zaupanje in sodelovanje. Izkazalo se je, da je vloga KIO smiselna in za nadaljnje delo z uporabniki ključna (Nagode et al., 2021a).

Storitve e-oskrbe so uporabnikom omogočile občutek varnosti in pomoč, ko so jo potrebovali. Še večje zadovoljstvo pa so izrazili neformalni oskrbovalci. Uporaba e-oskrbe kaže predvsem psihosocialne učinke, in sicer pozitivne: večji občutek varnosti, pomirjenosti, gotovosti, sproščenosti in splošno boljše počutje (Nagode et al., 2021a). Uporabniki storitev e-zdravlja so opravili veliko število meritev vitalnih funkcij in drugih parametrov ter se posvetovali s projektnim zdravnikom. Ob upoštevanju pravil komuniciranja in določenih omejitev je telemedicinska oblika svetovanja in zdravljenja lahko klinično

strokovna, varna, enostavna, dostopna in pomeni prihranek časa in stroškov. Telemedicinske storitve lahko pripomorejo k boljšemu življenju prebivalstva, zato je njihova vloga pri obravnavi uporabnikov v prihodnosti nepogrešljiva (Verdnik Tajki, 2021).

Niz storitev dolgotrajne oskrbe, ki so bile geografsko in časovno dostopne, so uporabnikom omogočile, da so kljub ovirnostim, invalidnostim ali krhkosti ostali v domačem okolju. Raziskave tudi kažejo, da je želja starejših, da ostanejo v domačem okolju in prejemajo storitve dolgotrajne oskrbe, ki jih potrebujete. Pogosto je namreč že geografska nedostopnost dejavnik, ki ustvarja velike neenakosti v dostopnosti storitev formalne dolgotrajne oskrbe (Donnelly et al., 2016).

Za neformalne oskrbovalce je bila občasna pomoč pri negi in oskrbi uporabnika izjemnega pomena, saj so takrat lahko imeli čas zase in nujne opravke. Organizirana/formalna oskrba na domu in v skupnosti je priložnost za razbremenjevanje neformalnih oskrbovalcev bodisi kot razbremenitev določenih opravil bodisi v smislu podpore in učenja, kako zagotavljati oskrbo (Nagode et al., 2021a).

Ugotovitve so omejene na projektne aktivnosti javnega razpisa »Preoblikovanje obstoječih mrež ter vstop novih izvajalcev za nudenje skupnostnih storitev in programov za starejše« v obdobju od januarja 2020 do konec junija 2022.

Zaključek

V času izvajanja projektnih aktivnosti so se izvajalci in uporabniki soočali s številnimi težavami in ovirami. Projektne aktivnosti so se razvijale, spreminjale, dopolnjevale in nadgrajevale. Dinamičen proces je zahteval aktivno vlogo vseh izvajalcev z enim in edinim ciljem: s holističnim in celostnim pristopom multidisciplinarnega tima uporabnikom omogočiti kakovostno in predvsem dostenjanstveno bivanje v okolju, kjer se bodo počutili varne in sprejeti.

Za čim večjo geografsko, kadrovsko in finančno učinkovitost sistema dolgotrajne oskrbe bi bilo smiseln razmisljiti o posodobitvi in nadgraditvi obstoječega sistema patronažnega varstva.

Želimo si, da bodo pridobljene izkušnje, znanje in rezultati v pomoč snovalcem pri dopolnitvi/preoblikovanju Zakona o dolgotrajni oskrbi in da bo le ta čim prej zaživel v praksi. Urejenost sistema dolgotrajne oskrbe je namreč pokazatelj socijalne in družbene odgovornosti države do starejših. Je odgovornost države, lokalne skupnosti in slehernega posameznika. Naj bo citat dr. Ramovša povod za razmislek in jasno zahtevo družbe za ureditev sistema dolgotrajne oskrbe: »*Kdor na kakovosten kolikoli način in iz katerega kolikoli vzroka maje temeljno dolžnost vsakega človeka in skupnosti, da oskrbuje bolne, onemogle in pomoči potrebne, ne spokopava samo sistema dolgotrajne oskrbe, ampak z njim celotno človeško zmožnost za sožitje, sodelovanje in komuniciranje.*«

Literatura

- Beaupre, LA. ed., 2013. Maximising functional recovery following hip fracture in frail seniors. Best Pract Res Clin Rheumatol, 27(6), pp. 771–788.
- Donnelly, S., O'Brien, M., Begley, E., Brennan, J., 2016. „I'd prefer to stay at home but I don't have a choice“: Meeting Older People's Preference for Care: Policy, but what about practice?. University College Dublin. School of Social Policy, Social Work and Social Justice. Available at: https://www.researchgate.net/profile/Sarah-Donnelly-2/publication/304114600_I'd_prefer_to_stay_at_home_but_I_don't_have_a_choice_Meeting_Older_People's_Preference_for_Care_Policy_but_what_about_practice/links/5767f2d208ae421c448de231/l/d-prefer-to-stay-at-home-but-I-dont-have-a-choice-Meeting-Older-People's-Preference-for-Care-Policy-but-what-about-practice.pdf [17.8.2022].
- Nagode, M. ed., 2021a. Dolgotrajna oskrba—izziv in priložnost za boljši jutri. Evalvacija pilotnih projektov s področja dolgotrajne oskrbe. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, pp. 17–50.
- Nagode, M. ed., 2021b. Dolgotrajna oskrba: potrebe in izzivi v Domžalah. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo.
- Novak, G., 2019. Kaj mi pripada v jeseni življenja? Ljubljana: Blaginja.
- Ramovš, J., 2020. Integrirana dolgotrajna oskrba. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.
- Ramovš, J., 2020. Konzorcij 17—projekt integrirane dolgotrajne oskrbe v slovenskih občinah. Kakovostna starost, 23(4), pp. 82–86.
- Verdnik Tajki A., Virtič, T., Dinevski, D., 2021. Telemedicinske storitve v družinski medicini. Informatica Medica Slovenica, 26(1-2), pp. 32–38.

Pomanjkanje zdravstvenih delavcev ob soočenju s pandemijo covid-19: odziv bolnišnice

The shortage of healthcare workers during covid-19: hospital feedback

Nataša Radovanović, mag. zdr. nege, Eva Tisaj, mag. zdr. nege,

Bine Halec, mag. zdr. - soc. manag.

Univerzitetni klinični center Maribor, Enota za infektoško intenzivno terapijo

Izvleček

Trenutna težava, s katero se soočajo zdravstveni sistemi v mnogih državah je pomanjkanje izvajalcev zdravstvene nege na vseh oddelkih bolnišnic, še posebej v enotah za nujno pomoč in v enotah intenzivne terapije, kjer se zdravijo življenjsko ogroženi pacienti. Ob izbruhu pandemije COVID-19 se je kronično pomanjkanje izvajalcev zdravstvene nege izkazalo za največji problem pri zagotavljanju nemotene in kakovostne zdravstvene oskrbe pacientov. Pandemija novega koronavirusa je preizkusila moč zdravstvenih sistemov po vsem svetu in pokazala, da so izvajalci zdravstvene nege v enotah intenzivne terapije edini usposobljeni za obravnavo kritično bolnih pacientov. Iz tega razloga so bili pozvani, da delijo svoje veštine, izkušnje in strokovno znanje z drugimi izvajalci zdravstvene nege, ki nimajo tovrstnih izkušenj. V času pandemije COVID-19 so se ukrepi za povečanje števila izvajalcev zdravstvene nege osredotočili predvsem na hitro povečevanje kadra po vsej bolnišnici ter razporeditev izvajalcev zdravstvene nege v novonastale enote COVID intenzivne terapije in druge oddelke, ki so bili zaradi pandemije najbolj na udaru. Obvladovanje pandemije je odvisno od stopnje pripravljenosti zdravstvenih delavcev, vključno z izvajalci zdravstvene nege, kar je posledica dejstva, da je zdravstvena nega najpomembnejši zdravstveni poklic. Število in stopnja izobrazbe izvajalcev zdravstvene nege močno vpliva na obravnavo pacientov. Zadostno število izvajalcev zdravstvene nege in višja stopnja izobrazbe vplivata na zmanjšanje smrtnosti pacientov, poškodb in trajanje poškodb, število padcev, zamude pri oskrbi, nastanek poškodb tkiva zaradi pritiska in pozitivno vpliva na preprečevanje okužb, pridobljenih v zdravstvenem varstvu in s tem povezanih stroškov. Namen prispevka je predstaviti dolgotrajno problematiko pomanjkanja izvajalcev zdravstvene nege in kako se je to izražalo v enotah intenzivne terapije ob izbruhu pandemije COVID-19. Zanimal nas je odziv različnih zdravstvenih ustanov po svetu, vzporednico primerjave pa smo izvedli z enoto COVID intenzivne terapije v enem izmed Univerzitetnih kliničnih centrov v Sloveniji.

Ključne besede: medicinska sestra, intenzivna terapija, izobraževanje, pandemija, pomanjkanje kadra

Abstract

A current problem facing healthcare systems in many countries is the shortage of nursing staff in all hospital departments, especially in emergency departments and intensive care units where life-threatening patients are treated. With the outbreak of the COVID-19 pandemic, the chronic shortage of nursing providers has proven to be the biggest problem in ensuring smooth and quality patient care. The novel coronavirus pandemic has tested the strength of healthcare systems around the world, revealing that intensive care unit nurses are the only ones qualified to deal with critically ill patients. For this reason, they have been asked to share their skills, experience and expertise with other nursing providers who do not have this type of experience. During the COVID-19 pandemic, measures to increase the number of nursing providers focused primarily on the rapid increase of staff throughout the hospital and the deployment of nursing providers to the newly created COVID intensive care units and other departments that were most affected by the pandemic. Pandemic management

depends on the level of preparedness of healthcare workers, including nursing providers, due to the fact that nursing is the most important health profession. The number and level of education of nursing providers greatly affects the treatment of patients. A sufficient number of nursing providers and a higher level of education reduce patient mortality, injuries and duration of injuries, falls, delays in care, occurrence of pressure-related tissue injuries, and have a positive impact on the prevention of healthcare-acquired infections and associated costs. The purpose of the article is to present the long-term problem of the shortage of nursing care providers and, above all, how this manifested itself in intensive care units during the outbreak of the COVID-19 pandemic. We were interested in the response of various medical institutions around the world, and we carried out a parallel comparison with the COVID intensive therapy unit in one of the University Clinical Centers in Slovenia.

Key words: nurse, intensive therapy, education, pandemic, staff shortage

Uvod

COVID-19 je nova bolezen dihal, ki jo povzroča virus SARS-CoV-2 (Chen, et al., 2020; Schols, et al., 2021) in v mnogih pri merih ogroža življenja ljudi (Marital & Barzani, 2020). COVID-19 je prizadel življenje in zdravje več kot milijona ljudi po vsem svetu, kar je obremenilo zdravstveni sistem mnogih držav. Obvladovanje pandemije je odvisno od stopnje pripravljenosti zdravstvenih delavcev, vključno z izvajalci zdravstvene nege (Al Thobaity & Alshammari, 2020), kar je posledica dejstva, da je zdravstvena nega najpomembnejši zdravstveni poklic (Buheji & Buhaid, 2020).

Trenutni problem, s katerim se soočajo zdravstveni sistemi v mnogih državah je pomanjkanje izvajalcev zdravstvene nege na vseh oddelkih, še posebej v enotah za nujno pomoč in v enotah intenzivne terapije (Arabi, et al., 2020). O pomanjkanju izvajalcev zdravstvene nege so poročale številne države po vsem svetu že pred izbruhom pandemije COVID-19 (Alittus, et al., 2014).

Podatki iz leta 2017 so pokazali, da je v bolnišnicah v Sloveniji takrat primanjkovalo 2075 (25 %) zaposlenih v zdravstveni negi. Ob koncu leta 2017 je primanjkovalo 1374 (37 % diplomiranih medicinskih sester/diplomiranih zdravstvenikov in 700 (15 %) srednjih medicinskih sester/tehnikov zdravstvene nege (Skelo-Savič, 2018). Ob izbruhu pandemije COVID-19 se je kronično pomanjkanje izvajalcev zdravstvene nege izkazalo za največji problem pri zagotavljanju nemotene in kakovostne zdravstvene oskrbe pacientov (Al Thobaity & Alshammari, 2020).

Pandemija COVID-19 je sprožila izjemo hitre spremembe v organizacij bolnišnic (Sorbello, 2020). Države in njihovi zdravstveni sistemi so morali hitro najti dodaten kader, da bi se lahko odzvali na povečano potrebo po zdravstvenih storitvah, ki je bila posledica širjenja nove bolezni. Potrebe so se povečale tako v primarnem zdravstvenem varstvu kot tudi v enotah intenzivne terapije (Buchan, et al., 2022).

Že pred pojavom pandemije COVID-19 je bilo ozko grlo v Univerzitetnem kliničnem centru (UKC) Mariboru število izvajalcev zdravstvene nege v enotah intenzivne terapije. Ob vedno večjem priliku pacientov okuženih s COVID-19, ki so potrebovali intenzivno zdravljenje, je bilo potrebno ustanoviti enoto COVID intenzivne terapije. Zaradi potrebe po prerazporeditvi v enoto COVID intenzivne terapije se je število izvajalcev zdravstvene nege v stalnih enotah intenzivnih terapij drastično zmanjšalo (Halec, 2021).

S prispevkom želimo izpostaviti dolgotrajno problematiko pomanjkanja izvajalcev zdravstvene nege in kako se je to izražalo v enotah intenzivne terapije ob izbruhu pandemije COVID-19. Zanimal nas je odziv različnih zdravstvenih ustanov po svetu, vzporedno primerjave pa smo izvedli z enoto COVID intenzivne terapije v enem izmed Univerzitetnih kliničnih centrov v Sloveniji.

Zagotavljanje zadostnega števila medicinskih sester – iskanje novih načinov

Pandemija COVID-19 je povzročila, da so se zdravstveni sistemi, ne le v Sloveniji, temveč po vsem svetu, soočali s pomanjkanjem izvajalcev zdravstvene nege, kar je privedlo do množičnega premeščanja številnih izvajalcev zdravstvene nege iz različnih oddelkov v novo nastale enote COVID intenzivne terapije (Fernández-Castillo, et al., 2021; Lasater, et al., 2021; Schwartz, et al., 2020). Sektorji zdravstvenega varstva po vsem svetu so si zastavili številne načrte, katerih namen je bil prilagoditev velikega pritoka pacientov, zaščititi in podpreti zdravstvene delavce v prvi bojni liniji ter dodeliti sredstva za zdravstvene resurse (Daugherty Biddison, et al., 2019).

Na vrhuncu pandemije so v Italiji zaradi pomanjkanja postelj v enotah intenzivne terapije bili primorani predelati navadne bolnišnične oddelke in operacijske dvorane v enote COVID intenzivne terapije (Sorbello, 2020). Kot poročajo Hopman, et al. (2020) so ponekod celotne splošne bolnišnice spreminjali v bolnišnice za intenzivno zdravljenje. To je zahtevalo prerazporeditev številnih izvajalcev zdravstvene nege, da bi zapolnili novonastalo vrzel. Ena izmed rešitev pomanjkanja kadra je vključevala poziv vsem zdravstvenim delavcem, tudi že upokojenim (Legido-Quigley, 2020), prav tako pa so v novo nastale enote COVID intenzivne terapije premestili nedavno zaposlene izvajalce zdravstvene nege iz negovalnih oddelkov (Sorbello, 2020). Veliko razporejenih izvajalcev zdravstvene nege je bilo takih, ki niso imeli predhodnih izkušenj z obravnavo najtežjih pacientov (Liu et al., 2020).

Ukrepi za povečanje števila izvajalcev zdravstvene nege so se osredotočili predvsem na hitro povečevanje kadra po vsej bolnišnici ter razporeditev izvajalcev zdravstvene nege v enoto COVID intenzivno terapijo in druge oddelke, ki so bili zaradi pandemije najbolj na udaru. Posamezni ukrepi so zajemali zahteve, da izvajalci zdravstvene nege delajo nadure in/ali v spremenjenih izmenah, premestitev zaposlenih na druga klinična področja (včasih z dodatnim usposabljanjem), vračanje izvajalcev zdravstvene nege nazaj na delo v vlogi začasnih ali prostovoljnih delavcev in premeščanje študentov zdravstvene nege na najbolj obremenjena delovišča (Buchan, et al., 2022). Na splošno je bila večina kadrovskih strategij v enotah intenzivne terapije osredotočena na vidike oblikovanja timov z izkušenimi vodji, prerazporeditvijo izvajalcev zdravstvene nege iz drugih enot in oddelkov, sprotnim usposabljanjem neizkušenega kadra ter stalnim nadzorom in vodenjem (Mhawish & Rasheed, 2021). V marsikaterih državah so potekala izobraževanja preko spletja, ki so prerazporejenim nudila osnovno teoretično znanje za delo v enoti intenzivne terapije (Raurell-Torredà, 2020; Mhawish & Rasheed, 2021). Z namenom povečanja kapacitet postelj so nekatere bolnišnice v začetku leta 2020 preklicale vse elektivne operacije. Odpoved elektivnih operacij je pripomogla k povečanju bolnišničnih zmogljivosti in razpoložljivosti zdravstvenega osebja, vendar je nadaljevanje elektivnih operacij med naslednjimi vali pandemije povečalo obremenitev v drugih enotah intenzivne terapije (Vranas, et al., 2021). Eden izmed načinov prilagoditve krizi pomanjkanja izvajalcev zdravstvene nege je zajemal tudi spremenjen delovni čas. Na Kitajskem so izvajalci zdravstvene nege preizkusili tri možnosti: deljeno izmeno, kar je pomenilo, da so delali 4 ure zjutraj in 4 ure zvečer, med obema izmenama pa so imeli 8 ur počitka, 6 urno izmeno ter 6 urno izmeno, s prekrivanjem 1 ure z naslednjo izmeno. Naklonjeni so bili predvsem zadnji možnosti. Nekatere države so tudi dejavno poskušale zaustaviti mednarodni odliv izvajalcev zdravstvene nege, saj so bile njihove veščine potrebne na domačih tleh (Raurell-Torredà, 2020).

Marsikje (tudi pri nas) so se kadrovske težave reševale tudi s študenti medicine. Na Danskem so pozvali vso razpoložljivo zdravstveno osebje, od upokojenih zdravstvenih delavcev, do študentov medicine (Rasmussen, et al., 2020). Za študente zadnjih letnikov medicine je bil izveden program, v katerem so se seznanili z mehanskimi ventilatorji in z delom v zdravstveni negi (Wu, et al., 2020). Program je izhajal iz nujnega zdravstvenega varstva ob pandemiji, ki se je ujemal z učnimi cilji na medicinski fakulteti (Stentoft, 2019). Izdelali so nov portfelj, ki ga je moral izpolniti vsak študent, da se na tak način prikažejo učne dejavnosti na tečajih in kliničnih praksah, z namenom, da se poudari pomen študentov medicine v nujni zdravstveni oskrbi v času pandemije. V dveh tednih so se vsi študenti prijavili kot prostovoljci in skoraj dve tretjini študentov sta delali kot začasni zdravstveni delavci (Rasmussen, et al., 2020).

Katere težave je covid-19 razkril?

Pandemija COVID-19 je močno prizadela enote intenzivne terapije in izvajalce zdravstvene nege, ki so bili zaposleni na teh enotah (Arabi, et al., 2020). Posledice za zdravstveno nego so bile katastrofalne. Močno se je povečala potreba po zaposlenih v zdravstveni negi, ki so za obvladovanje epidemije igrali ključno vlogo ((Buchan, et al., 2022). Povečana zmogljivost enot za intenzivno terapijo bi morala temeljiti na usklajenem sistemskem pristopu, ki vključuje nacionalne in institucionalne načrte za prerazporeditev virov in prednostno razvrščanje zdravstvene oskrbe (Arabi, et al., 2021). Med letoma 2019 in 2020 je bilo po svetu približno 27,9 milijonov izvajalcev zdravstvene nege. Pred pandemijo COVID-19 jih je po svetu primanjkovalo približno 5,9 milijonov (Buchan, et al., 2022).

Število izvajalcev zdravstvene nege močno vpliva na obravnavo pacientov, prav tako imajo pri tem pomembno vlogo znanje in veščine izvajalcev zdravstvene nege. To se nanaša na izboljšanje delovne sile v zdravstveni negi, kar pripomore tudi k razvoju prakse, daje pobudo za izboljšanje kakovosti in same prakse, ki temelji na dokazih (Butler, et al., 2019). Squires, et al. (2015) navajajo, da zadostno število izvajalcev zdravstvene nege zmanjša smrtnost pacientov, poškodb in trajanje poškodb, zmanjša število padcev, zamude pri oskrbi in nastanek poškodb tkiva zaradi pritiska (PTP). Prav tako pa navajajo, da je število izvajalcev zdravstvene nege povezano s preprečevanjem okužb, pridobljenih v zdravstvenem varstvu in s tem

povezanih stroškov. Pomanjkanje izvajalcev zdravstvene nege na drugi strani (posredno ali neposredno) povečuje neželene dogodke, kot so PTP, vnetje sečil, nezadostna prehranjenost, poslabšanje sposobnosti pacienta za opravljanje dnevnih aktivnosti, pojav nepričakovanih zapletov in podaljšanje hospitalizacije, zniža se tudi zadovoljstvo pacientov. Nezadostno število izvajalcev zdravstvene nege vodi v napake pri delu in zavestno izpuščanje negovalnih intervencij, ki bi jih pacient v normalnih razmerah bil deležen, kar poslabša rezultate zdravljenja, poveča obolenost in zvišuje smrtnost pacientov (Skela-Savič, 2018).

V mnogo državah so v preteklem letu potekale obsežne raziskave vpliva COVID-19 na izvajalce zdravstvene nege. Multi-nacionalna raziskava, ki je temeljila na 16. študijah, vključno z 18.935 izvajalci zdravstvene nege, je prikazala, da so glavni dejavniki tveganja za povečanje izgorelosti med izvajalci zdravstvene nege daljši delovni čas, delo v okolju z visokim tveganjem, delo v bolnišnicah z neustreznimi in nezadostnimi materialnimi in človeškimi viri ter povečanim obsegom dela in nižjo stopnjo specialne usposobljenosti v zvezi s COVID-19 (De Kock, et al., 2021; Galanis, et al., 2021). Posledica izgorelosti so dolgotrajnejši bolniški staleži in odhodi z delovnih mest. Izgorelost izvajalcev zdravstvene nege je povezana s slabšo kakovostjo oskrbe, manjšim zadovoljstvom pacientov in zmanjšano produktivnostjo. Predpandemični vzroki za izgorelost, povezani z delovnim okoljem in delovno obremenitvijo, so v času pandemije COVID-19 bili le še povečani (Raurell-Torredà, 2020). Fizična izčrpanost je bila opisana kot še en izliv, s katerim se soočajo izvajalci zdravstvene nege v enotah intenzivne terapije. Zaradi teže in vročine ob nošenju osebne varovalne opreme na eni strani in pomanjkanja osebne varovalne opreme na drugi strani, so izvajalci zdravstvene nege med izmeno opuščali hrano, pičajo in uporabo stranišča. V začaranem krogu je to povzročilo dodatno fizično izčrpanost (Moradi, et al., 2021).

Večina objavljenih raziskav se osredotoča na izvajalce zdravstvene nege, ki so zaposleni v urbanih bolnišnicah, velikokrat pa se pozablja na kadrovsko pomanjkanje v domovih za starejše in v ustanovah primarnega zdravstvenega varstva. Ob tem je vredno izpostaviti študente zdravstvene nege, ki so v mnogih državah bili poklicani na delo v prvo bojno linijo, ob tem pa jim je bil študij prekinjen. Tudi študenti so doživljali stres, pomanjkanje osebja, veliko delovno obremenitev in potencialno izgorelost (Gómez-Ibáñez, et al., 2020; Ulenaers, et al., 2021).

Poleg prvega, takojšnjega odziva na vpliv COVID-19 je treba upoštevati tudi dolgoročnejša vprašanja. Zdravstveni sistemi morajo zdaj podpirati programe cepljenja, ohranjati vse zmogljivosti za prihodnje pandemične valove, hkrati pa tudi zagotavljati oskrbo vsem, ki so se jim po prebolevnosti razvila dolgotrajnejša kronična stanja (Sudre, et al., 2021). Potrebno pa je tudi razmišljati o prerazporeditvi virov v druge dele zdravstvenega sistema, da se omogoči obravnavanje zaostankov, povzročenih zaradi COVID-19. Kombinacija vseh teh dejavnikov je povečala vrzel med povpraševanjem in ponudbo izvajalcev zdravstvene nege v večini držav (Raurell-Torredà, 2020).

Diskusija

Pandemija novega koronavirusa je preizkusila moč zdravstvenih sistemov po vsem svetu (Liu et al., 2020). Novejše poročilo (OECD 2021), ki zajema 38 držav prikazuje, da je pandemija le še poudarila vztrajno pomanjkanje zdravstvenih delavcev in pomembnost vlaganj v izboljšanje primarne oskrbe in preprečevanje bolezni ter krepitev pripravljenosti zdravstvenih sistemov. Zdravstveni sistemi so doživeli enormno obremenitev zaradi povečanega obsega življenjsko ogroženih pacientov, okuženih z SARS-CoV-2 (Anesi, et al., 2020; Griffin, et al., 2020; Spina, et al., 2020). To je pomenilo nenadne organizacijske spremembe številnih bolnišnic (Sorbello, 2020). Z obzirom na to, da izvajalci zdravstvene nege predstavljajo večino zdravstvenih delavcev, imajo posledično pomembno funkcijo v zdravstvenem sistemu. V času pandemije so bili v prvi bojni liniji in s tem odgovorni za zagotavljanje celostne oskrbe pacientov (Al Thobaity, et al., 2019). Srečevali so se s številnimi težavami, kot so pomanjkanje kadra, povečane delovne obremenitve, pomanjkanje osebne varovalne opreme, neustrezni delovni pogoji in nepripravljenost zdravstvenih sistemov. Ta problematika se je v zadnjih dveh letih vrtela v začaranem krogu, kar je povzročalo tako fizične kot tudi psihične obremenitve ter etične dileme (Chen, et al., 2020).

Številne bolnišnice so se soočale z izzivom, kako ohraniti kakovost oskrbe in varno prakso v enotah intenzivne terapije, hkrati pa so se morale prilagajati vsakodnevnu hitro naraščajočemu številu okuženih primerov. Pomanjkanje osebja v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije in njegove posledice so bile med glavnimi vprašanji, ki jih je bilo treba obravnavati (Mhwish & Rasheed, 2021). Pomembno pa je ne le število izvajalcev zdravstvene nege, ampak tudi stopnja izobrazbe. Visoko izobraženi izvajalci zdravstvene nege vodijo k nižji umrljivosti pacientov, stopnji zapletov in krajsi hospitalizaciji. Zdravstvena nega, ki je stroškovno učinkovita, dostopna in kakovostna, doprinese dobre klinične rezultate in zadovoljstvo

pacientov (Squires, et al., 2015; Griffiths, et al., 2016). Številne študije in sistematični pregledi so pokazali, da zadostno število (Squires, et al., 2015) in izkušeni izvajalci zdravstvene nege vplivajo na boljši izid zdravljenja pacientov (Griffiths, et al., 2016), nižjo stopnjo umrljivosti (Cho, et al., 2015; Squires, et al., 2015), manj zapletov, kot so število padcev, zamude pri oskrbi in nastanek PTP (Squires, et al., 2015) in krajšo hospitalizacijo (Lasater & Mchugh, 2016; Silber, et al., 2016). Študije prav tako navajajo, da zadostno število izvajalcev zdravstvene nege vpliva na preprečevanje okužb, pridobljenih v bolnišnici (Silber, et al., 2016) in večje zadovoljstvo pacientov (Aiken, et al., 2012).

Pandemija je tudi pokazala, da so izvajalci zdravstvene nege v enotah intenzivne terapije edini usposobljeni za obravnavo kritično bolnih pacientov. Iz tega razloga so bili pozvani, da delijo svoje veščine, izkušnje in strokovno znanje z drugimi izvajalci zdravstvene nege, ki nimajo tovrstnih izkušenj (Arneson, 2020). Zato bi bilo koristno usposobiti izvajalce zdravstvene nege iz negovalnih oddelkov, ki nimajo izkušenj z življenjsko ogroženimi pacienti, za delo v enoti intenzivne terapije (Al Thobaity & Alshammari, 2020). Priporoča se, da bi se izvajalce zdravstvene nege večkrat razporedilo na druge oddelke, saj bi na ta način lahko pridobili več izkušenj in širino znanja (Sorbello, 2020).

V Univerzitetnem kliničnem centru Maribor so v času novega koronavirusa v enoto COVID intenzivne terapije bili premeščeni izvajalci zdravstvene nege iz aktualnih oddelkov in funkcionalnih enot. Čeprav so prihajali iz različnih področij pa je bilo vsem skupno, da predhodno niso imeli nobenih izkušenj z obravnavo kritično bolnih pacientov v enoti intenzivne terapije. Prav tako so kadrovsko podhranjenost pomagali premostiti študenti zdravstvene nege in nekaj študentov medicine.

Hiter prehod iz primarnega oddelka v enoto COVID intenzivno terapijo, je bilo za izvajalce zdravstvene nege zelo stresno in naporno, saj so morali v zelo kratkem času osvojiti številna teoretična in praktična znanja. Nekateri izmed njih so za kratek čas pred prihodom v enoto COVID intenzivno terapijo sicer bili na uvajanju v enoti intenzivne medicine in operativnih strok ter na oddelku za intenzivno interno medicino, vendar je bilo to uvajanje prekratko, tako so kljub temu prišli v enoto COVID intenzivno terapijo brez predhodnih izkušenj.

Na zagotavljanje zadostnega števila zaposlenih je močno vplivala tudi njihova obolenost oz. okuženost s SARS-CoV-2. To se je dogajalo nepričakovano, zato so bili potrebni hitri ukrepi in prilagoditve. Mnogo zaposlenih je večkrat ostajalo v službi preko svojega delovnega časa. V obdobju prvega vala je bila ena izmed prilagoditev bolnišnice na pomanjkanje izvajalcev zdravstvene nege uvedba 12urnega delovnika (12 ur čez dan, 12 ur ponoči in en prost dan).

Po pregledu literature smo ugotovili, da so se bolnišnice po vsem svetu v času izbruha COVID-19 soočale s pomanjkanjem izvajalcev zdravstvene nege v enotah intenzivne terapije. Iz tega razloga so bolnišnice bile primorane vpoklicati na pomoč izvajalce zdravstvene nege iz drugih oddelkov. V ta namen so razvili številne programe za hitro uvajanje izvajalcev zdravstvene nege za obravnavo kritično bolnih pacientov.

Zaključek

V javnosti smo lahko v zadnjih letih večkrat slišali o množičnem pomanjkanju izvajalcev zdravstvene nege na vseh oddelkih po bolnišnicah Slovenije, še posebej pa v enotah intenzivne terapije, kjer se zdravijo življenjsko ogroženi pacienti. Zagotavljanje ustreznega števila zaposlenih v zdravstveni negi je bistveno za zagotavljanje varnega delovnega okolja, tako za zaposlene, kot tudi za varno in kakovostno oskrbo pacientov.

Pandemije se pojavljajo skozi celotno zgodovino in niso enkratni izzivi, ampak dolgoročni ter ciklični izzivi, ki škodljivo vplivajo na prebivalstvo, zdravstveno osebje in zdravstvene sisteme. V pričakovanju ponovnih valov bolezni COVID-19, bi morali zdravstveni sistemi biti bolje pripravljeni. Zdravstvene ustanove bi se morale učiti iz lekcij preteklih valov in načrtovati glede na pričakovane potrebe po zdravstvenem kadru ter izvajati načrte, ki so se izkazali za učinkovite. Pomanjkanje izvajalcev zdravstvene nege v enotah intenzivne terapije ni tako lahko odpraviti, kaj šele čez noč nadomestiti, zato si za zmanjšanje stresa, povezanega z dodatnimi obremenitvami zaslužijo prednost novi pristopi, podprtji z najnovejšo tehnologijo in digitalizacijo, saj se le tako lahko zagotavlja optimalna oskrba pacientov.

Literatura

- Aiken, L., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D.M., Busse, R., McKee, M., 2012. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*, 344, pp. 1717.
- Alittus, C., Bishaw, T. & Frank, M. W., 2014. The workforce for health in a globalized context - global shortages and international migration. *Global Health Action*, 7(1), pp. 13611–23617.
- Al Thobait, A., Alamri, S., Plummer, V. & Williams, B., 2019. Exploring the necessary disaster plan components in Saudi Arabian hospitals. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 41.
- Al Thobait, A. & Alshammary, F., 2020. Nurses on the Frontline against the COVID-19 Pandemic. An Integrative Review. *Dubai Medical Journal*, 3(3), pp. 87-92.
- Anesi, G.L., Lynch, Y. & Evans, L. A., 2020. Conceptual and adaptable approach to hospital preparedness for acute surge events due to emerging infectious diseases. *Critical Care Explorations Journal*, 2(4).
- Arabi, Y.M., Murthy, S. & Webb, S., 2020. COVID-19: a novel coronavirus and a novel challenge for critical care. *Intensive Care Medicine*, 46(5), pp. 833–836.
- Arabi, Y.M., Azoulay, E., Al-Dorzi, H.M., Phua, J., Salluh, J., Binnie, A., et al., 2021. How the COVID-19 pandemic will change the future of critical care. *Intensive Care Medicine*, 47(3), pp. 282-291.
- Arneson, S.L., Tucker, S.J., Mercier, M. & Singh, J., 2020. Answering the Call: Impact of Tele-ICU Nurses During the COVID-19 Pandemic. *Critical Care Nurse*, 40(4), pp. 25-31.
- Buheji, M. & Buhaid, N., 2020. Nursing Human Factor During COVID-19 Pandemic. *International Journal of Nursing Science*, 10(1), pp. 12-24.
- Buchan, J., Catton, H. & Shaffer, F., 2022. Kako ohraniti in zadržati medicinske sestre v 2022 in naprej. ICNM - Mednarodni center za migracije medicinskih sester: Philadelphia. Available at: https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2022/06/Z-Z_Svetovna-delovna-sila-Covid-19_web.pdf [05.08.2022].
- Butler, M. et al., 2019. Hospital nurse-staffing models and patient- and staff-related outcomes (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4).
- Chen, N., Zhou, M., Dong, X., Qu, J., Gong, F., Han, Y., et al., 2020. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The Lancet*, 395(10223), pp. 507-513.
- Cho, E., Sloane, D.M., Kim, E.Y., Kim, S., Choi, M. & Yoo, I.Y. Effects of nurse staffing, work environments, and education on patient mortality: an observational study. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 52(2), pp. 535-542.
- Daugherty Biddison, E.L., Faden, R., Gwon, H.S., Mareiniss, D.P., Regenberg, A.C., Schoch-Spana, M., et al., 2019. Too Many Patients...A Framework to Guide Statewide Allocation of Scarce Mechanical Ventilation During Disasters. *Chest*, 155(4), pp. 848-854.
- De Kock, J.H., Latham, H.A., Leslie, S.J., Grindle, M., Munoz, S.A., Ellis, L., et al., 2021. A rapid review of the impact of COVID-19 on the mental health of healthcare workers: implications for supporting psychological well-being. *BMC Public Health*, 21(1), pp. 1-18.
- Fernández-Castillo, R. J., González-Caro, M. D., Fernández-García, E., Porcel-Gálvez, A. M. & Granacho-Montero, José., 2021. Intensive care nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Nursing in Critical Care*, 26(5), pp. 397-406.
- Galanis, P., Vraka, I., Fragkou, D., Bilali, A. & Kaitelidou, D., 2021. Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 77(8), pp. 3286-3302.
- Gómez-Ibáñez, R., Watson, C., Leyva-Moral, J.M., Aguayo-González, M. & Granel, N., 2020. Final-year nursing students called to work: Experiences of a rushed labour insertion during the COVID-19 pandemic. *Journal of Nursing Education and Practice*, 49.
- Griffin, K.M., Karas, M.G., Ivascu, N.S. & Lief, L., 2020. Hospital Preparedness for COVID-19: A Practical Guide from a Critical Care Perspective. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 201(11), pp. 1337-1344.
- Griffiths, P., Ball, J., Drennan, J., Dall'Ora, C., Jones, J. & Maruotti, A., 2016. Nurse staffing and patient outcomes: Strengths and limitations of the evidence to inform policy and practice. A review and discussion paper based on evidence reviewed for the National Institute for Health and Care Excellence Safe Staffing guideline development. *International Journal of Nursing*, 63, pp. 213-225.
- Halec, B., 2021. Organizacijska klima in zadovoljstvo izvajalcev zdravstvene nege z delom v enoti COVID intenzivne terapije: magistrsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 48-53.
- Hopman, J., Allegranzi, B. & Mehtar, S., 2020. Managing COVID-19 in Low- and Middle-Income Countries. *JAMA Network*, 323(16), pp. 1549-1550.
- Lasater, K.B. & Mchugh, M.D., 2016. Nurse staffing and the work environment linked to readmissions among older adults following elective total hip and knee replacement. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(2), pp. 253-258.
- Lasater, K.B., Aiken, L.H., Sloane, D.M., French, R., Martin, B., Reneau, K., et al., 2021. Chronic hospital nurse understaffing meets COVID-19: an observational study. *BMJ Journals*, 30(8), pp. 639-647.
- Legido-Quigley, H., Mateos-García, J.T., Campos, V.R., Gea-Sánchez, M., Muntaner, C. & McKee, M., 2020. The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic. *Lancet Public Health*, 5(5), pp. 251–252.
- Liu, Q., Luo, H., Haase, J. E., Guo, Q., Wang, X. Q. & Liu, S., 2020. The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: A qualitative study. *Lancet Global Health*, 8, pp. 790–798.
- Marital, S. & Barzani, E., 2020. The global economic impact of COVID-19: a summary of research. Haifa, Israel: Samuel Neaman Institute for National Policy Research Available at: <https://www.neaman.org.il/EN/Files/Global%20Economic%20Impact%20of%20COVID19.pdf> [10.08.2022].
- Mhawish, H. A. & Rasheed, A. M., 2021. Staffing critical care with nurses amid the COVID-19 crisis: Strategies and plans. *International nursing review*, 69(3), pp. 369-374.
- Moradi, Y., Baghaei, R., Hosseingholipour, K. & Mollazadeh, F., 2021. Challenges experienced by ICU nurses throughout the provision of care for COVID 19 patients: A qualitative study. *Journal of nursing management*, 29(5), pp. 1159-1168.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), 2021. Health at a Glance 2021: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris. Available at: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/ae3016b9en.pdf?Expires=1660761255&id=id&accname=guest&checksum=FF1D10BD3DD5542883637656BD-7B8CC6> [09.08.2022].

- Rauell-Torredà, M., 2020. Management of ICU nursing teams during the COVID-19. *Enferm Intensiva*, 31(2), pp. 49-51.
- Rasmussen, S., Sperling, P., Poulsen, M.S., Emmersen, J. & Andersen, S., 2020. Medical students for health-care staff shortages during the COVID-19 pandemic. *Lancet*, 395(10234), pp. 79-80.
- Schols, R.M., de Henau, M., Colla, C., van den Kerckhove, E., Tuinder, S.M.H., van der Hulst, R.R.W.J., et al., 2021. Facial Scars Due to Prone Position Pressure Ulcers: Underestimated Sequelae in COVID-19 Survivors? *Anesthetic Surgery Journal*, 41(11), pp. 1812-1813.
- Schwartz, J., King, C.C. & Yen, M.Y., 2020. Protecting Healthcare Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak: Lessons From Taiwan's Severe Acute Respiratory Syndrome Response. *Clinical Infections Diseases*, 71(15), pp. 858-860.
- Silber, J.H., Rosenbaum, P.R., McHugh, M.D., Ludwig, J.M., Smith, H.L., Niknam, B.A., et al., 2016. Comparison of the Value of Nursing Work Environments in Hospitals Across Different Levels of Patient Risk. *Journal of the American Medical Association*, 315(6), pp. 527-536.
- Skela-Savič, B., 2018. Zdravstveni sistem se bo sesul sam vase zaradi pomanjkanja medicinskih sester in ne zdravnikov. *Utrip*, 26(9), pp. 3-9.
- Sorbello, M., El-Boghdady, K., Di Giacinto, I., Cataldo, R., Esposito, C. & Falcetta, S., 2020. The Italian coronavirus disease 2019 outbreak: recommendations from clinical practice. *Anaesthesia*, 75(6), pp. 724-732.
- Squires, A., White, J. & Sermeus, W., 2015. Quantity, Quality and Relevance of the Nursing Workforce to Patient Outcomes, ICN Policy Brief. 1th ed. Geneva: International Council of Nurses.
- Spina, S., Marrazzo, F., Migliari, M., Stucchi, R., Sforza, A. & Fumagalli, R., 2020. The response of Milan's Emergency Medical System to the COVID-19 outbreak in Italy. *Lancet*, 395(10227) pp. 49-50.
- Stentoft, D., 2019. Problem-based projects in medical education: extending PBL practices and broadening learning perspectives. *Advances in health sciences education: theory and practice*, 24(5), pp. 959-969.
- Sudre, C.H., Murray, B., Varsavsky, T., Graham, M.S., Penfold, R.S., Bowyer, R.C., et al., 2021. Attributes and predictors of long COVID. *Nature Medicine*, 27(4), pp. 626-631.
- Ulenaers, D., Grosemans, J., Schrooten, W. & Bergs, J., 2021. Clinical placement experience of nursing students during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Nurse education today*, 99, pp. 104746.
- Vranas, K.C., Golden, S.E., Mathews, K.S., Schutz, A., Valley, T.S. & Duggal, A., 2021. The Influence of the COVID-19 Pandemic on ICU Organization, Care Processes, and Frontline Clinician Experiences: A Qualitative Study. *Chest*, 160(5), pp. 1714-1728.
- Wu, J.T., Leung, K. & Leung, G.M., 2020. Nowcasting and forecasting the potential domestic and international spread of the 2019-nCoV outbreak originating in Wuhan, China: a modelling study. *Lancet*, 395(10225), pp. 689-697.

Pomanjkanje izvajalcev zdravstvene nege v enoti intenzivne terapije: pomen timskega dela in dobrih medosebnih odnosov

Shortage of nurses in the intensive care unit: the importance of teamwork and good interpersonal relationships

Bine Halec, mag. zdr. - soc. manag., Eva Tisaj, mag. zdr. nege, Nataša Radovanović, mag. zdr. nege

Univerzitetni klinični center Maribor, Enota za infektiološko intenzivno terapijo

Izvleček

V enoti intenzivne terapije se zdravijo kritično bolni, ki so posredno ali neposredno življenjsko ogroženi. Vloga izvajalcev zdravstvene nege je stalen nadzor teh pacientov, sodelovanje pri diagnostično - terapevtskih postopkih in posegih, rokovovanje z aparaturami za ohranjanje življenja pacientov ter sodelovanje v multidisciplinarnih timih. Zaradi specifike dela so izvajalci zdravstvene nege pogosto fizično in čustveno obremenjeni. Razen tega je pogosto prisotno tudi pomanjkanje usposobljenih izvajalcev zdravstvene nege, kar dodatno otežuje delo v teh enotah. Za uspešno timsko delo sta ključni vrednoti zaupanje in medsebojno sodelovanje. Prenos znanja ter iskrena komunikacija ohranjata ravnovesje in povezovanje v timu. Profesionalna komunikacija je v enotah intenzivne terapije izrednega pomena. Z njo se oblikujejo odnosi v timu in krepi sodelovanje. Prav tako je pomembna za varno in kakovostno zdravstveno oskrbo kritično bolnih, saj dobro medsebojno sodelovanje v timu vpliva na končni rezultat zdravljenja. Vsaka enota intenzivne terapije je edinstvena in nobenega orodja za dobro delovanje ni mogoče uporabiti povsod. Tim je tisti, ki se mora zavezati k dobremu delovanju, vendar pa potrebuje slišanost s strani vodilnih. Namen prispevka je predstaviti pomen timskega dela in dobrih medosebnih odnosov v enotah intenzivne terapije ter vpliv le-tega na delovanje in dobro počutje izvajalcev zdravstvene nege, kar na teh oddelkih pogosto primanjkuje. Rezultati v prispevku so primerjani z izbrano enoto intenzivne terapije v enem izmed Univerzitetnih kliničnih centrov v Sloveniji.

Ključne besede: pomanjkanje kadra, zdravstvena nega v intenzivni terapiji, tim, sodelovanje

Abstract

Critically ill patients whose lives are directly or indirectly threatened are treated in the intensive care unit. The role of healthcare providers is constant supervision of these patients, participation in diagnostic and therapeutic procedures and interventions, handling of life-sustaining equipment for patients, and participation in multidisciplinary teams. Due to their special work, healthcare providers are often physically and emotionally stressed. In addition, there is often a lack of qualified nurses, which makes work in these units even more difficult. The key values for successful teamwork are trust and cooperation. The transfer of knowledge and honest communication maintain balance and connection over time. Professional communication is of utmost importance in intensive care units. With it, relationships are formed over time, and it strengthens cooperation. It is also important for the safe and high-quality medical care of the critically ill, because good cooperation directly affects the result of the treatment. Each intensive care unit is unique and no one model works well for all. It is the team that needs to commit to good performance but needs to be heard by the leaders. The purpose of the

article is to present the importance of teamwork and good interpersonal relationships in intensive care units and its impact on the performance and well-being of healthcare providers, which is often lacking in these departments. The results of the paper were compared with a selected unit of intensive therapy in one of the University Clinical Centres in Slovenia.

Key words: staff shortage, healthcare in intensive care units, team, cooperation

Uvod

Enota intenzivne terapije (EIT) je specializirana bolnišnična enota, ki je namenjena oskrbi kritično bolnih, ki za vzdrževanje življenja potrebujejo različne terapevtske metode ter tiste z visokim tveganjem za odpoved organov in smrt (Barrett, et al., 2006). Enote intenzivne terapije skrbijo za najteže bolne hospitalizirane paciente in so ob tem eden najbolj zahtevnih in strešnih področij bolnišnice (Weled, et al., 2015). Strokovno znanje zaposlenih je za preživetje teh pacientov ključnega pomena (Wilcox, et al., 2013). Zaradi napora in specifike dela je na področju intenzivne medicine timsko delo in medsebojno sodelovanje multidisciplinarnega tima izrednega pomena (Giri, et al., 2013). Dobri medsebojni odnosi so za krepitev zadovoljstva vseh zaposlenih v enoti izrednega pomena. Uspešno sodelovanje multidisciplinarnega tima je vidno v zadovoljnih zaposlenih in pacientih ter dobrih delovnih rezultatih (Zaletel Kragelj & Pahor, 2011). Izvajalci zdravstvene nege v enotah intenzivne terapije so po mnenju Gomboc (2010) vsakodnevno izpostavljeni višji stopnji stresa, kot izvajalci zdravstvene nege na ostalih deloviščih. Vzroki so pomanjkanje kadra, neprimerni pogoji dela, večja odgovornost ter izmensko in nočno delo.

Poklic v našem vsakdanjiku in življenju igra veliko vlogo, zaradi česar je pomembno, da se pri svojem delu počutimo dobro oziroma smo zadovoljni (Bregar, 2012). Zaradi čustvenega napora in zahtevnosti dela s kritično bolnimi so dobri timski in medosebni odnosi pomemben dejavnik, ki jih izvajalci zdravstvene nege vzpostavljajo na svojem profesionalnem delovnem mestu (Peris, et al., 2011). Ne glede na to pa po svetu še vedno primanjkujejo usposobljeni izvajalci zdravstvene nege za delo v enotah intenzivne terapije.

Pomanjkanje izvajalcev zdravstvene nege je postal eden od prevladujočih svetovnih trendov, ki negativno vpliva na kakovost oskrbe pacientov po vsem svetu (Matlakala & Botha, 2016; Rae, et al., 2021). Skubic & Petek (2014) ugotovljata, da ne glede na obremenjenost pri delu, izvajalci zdravstvene nege v službo radi prihajajo. Med dejavnike zadovoljstva navajata dobre medosebne odnose, razumevanje znotraj tima ter medsebojno sodelovanje.

Kakovostna obravnavna, dobri timski in medosebni odnosi so še posebej v enotah intenzivne terapije izrednega pomena (Gucciardi, et al., 2016). Za uspešnost delovanja tima sta zaupanje in medsebojna odvisnost članov pomemben dejavnik. Prenos izkušenj in znanj znotraj tima ter iskrena komunikacija vzpodbujata in ohranjata ravnovesje ter člane povezujeta (Orellana-Rios, et al., 2017). Medsebojna profesionalna komunikacija je za uspešno delovanje organizacije ključnega pomena. Z njo se odnosi v timu oblikujejo, prav tako pa se krepi sodelovanje, krepi pa se tudi kakovostna in varna zdravstvena oskrba kritično bolnih. Medsebojno sodelovanje ter natančna izmenjava informacij pomembno vplivata na končne rezultate zdravljenja obolelih v enotah intenzivne terapije. Pomembna je tudi odprta komunikacija med vodstvom in zaposlenimi v posamezni enoti (Romijn, et al., 2018).

Ker na trgu dela še vedno primanjkujejo izvajalci zdravstvene nege za delo v enoti intenzivne terapije, posledično nastopi preobremenjenost in izgorelost. Tako želimo v prispevku predstaviti pomen timskega dela in dobrih medsebojnih odnosov za boljše počutje izvajalcev zdravstvene nege v enoti intenzivne terapije. Rezultate prispevka želimo primerjati s COVID intenzivno terapijo v enem izmed Univerzitetnih kliničnih centrov v Sloveniji, ki se je srečevala z izrednim pomanjkanjem izvajalcev zdravstvene nege, usposobljenih za delo v enoti intenzivne terapije.

Timsko delo v enoti intenzivne terapije

Interprofesionalno sodelovanje se nanaša na oskrbo, ki jo zagotavlja skupina zdravstvenih delavcev, s prekrivajočim se strokovnim znanjem in zavedanjem edinstvenega doprinosha vsakega člena tima, za doseganje skupnega cilja (Donovan, et al., 2018). Izvajalci zdravstvene nege v enotah intenzivne terapije imajo osrednjo vlogo pri številnih intervencijah. Intervencije, ocene in mnenja izvajalcev zdravstvene nege so ključne za doseganje kar najboljšega interdisciplinarnega sodelovanja, ki je v največjo korist za pacienta (Donovan, et al., 2018).

Timsko delo v enotah intenzivne terapije pomeni komuniciranje in sprejemanje odločitev z izraženim ciljem zadovoljevanja pacientovih potreb, ob spoštovanju edinstvenih lastnosti in sposobnosti vsakega člena tima. Zajema komuniciranje

zdravstvenih delavcev (sodelovanje), vzporedno opravljanje skupnega dela (usklajevanje) in srečevanje na podlagi posebnih veščin in strokovnega znanja (mreženje) (Thomas, et al., 2003; Alexanian, et al., 2015). Takšni timi se razlikujejo od drugi zdravstvenih timov v tem, da imajo nizko časovno stabilnost in se posamezni člani menjavajo iz dneva v dan, poleg tega pa se delo razlikuje zaradi fizično in čustveno zahtevnega okolja (Alexanian, et al., 2015; Ervin, et al., 2018). Fizično okolje na takšnih oddelkih ne pripomore prav dosti k doseganju ciljev timskega dela; tu velja izpostaviti predvsem nenehne alarme, neenakomerno osvetlitev in prostorsko problematiko, z nefunkcionalno nameščenostjo aparatur in opreme (Xie & Carayon, 2015). Vzrok za čustveno zahtevno okolje so moralne stiske zaposlenih zaradi pogostih smrti pacientov (Henrich, et al., 2016).

Ena izmed nujnih postavk tima v enotah intenzivne terapije je zaupanje vseh članov v njihovo znanje, veščine, in usposobljenost, da lahko na ta način tim deluje uspešno v kritičnih situacijah in to brez dolge skupne zgodovine dela (Hughes, et al., 2016). V enotah, v katerih imajo člani tima večjo samostojnost in medsebojno zaupanje, je tudi stopnja umrljivosti nižja. Ko je tim dobro strukturiran, celotni oddelek dobro funkcionsira. V primeru splošne slabe komunikacije to vodi do povečanih frustracij, dolgoročno prispeva k slabim odnosom in posledično večji verjetnosti pojava izgorelosti ter nenazadnje slabše obravnave pacientov (Deneckere, et al., 2013). Izvor slabe komunikacije je po mnenju Ostroff, et al. (2013) delno, če ne v celoti, povezan z normami poklicne hierarhije in hkrati s predpostavkami in prepričanji, ki sestavljajo organizacijsko kulturo in pomagajo opredeliti, kako stvari potekajo znotraj tima. Izvajalci zdravstvene nege se konfliktnih situacij pogosteje izogibajo kot sodelujejo, med tem ko zdravniki ne spregovorijo, tudi, če zaznajo veliko možnost škode (Lyndon, et al., 2012).

Člani tima se najbolj obnašajo kot dober tim, kadar so predaje in vizite. Običajno bi naj bila prisotna večina članov, ki imajo možnost podati svoja strokovna mnenja in hkrati določajo oziroma ohranjajo kratkoročne in dolgoročne cilje za pacienta (Ervin, et al., 2018). Zdravnik je sicer na koncu odgovoren za zdravljenje, ni pa edini udeleženec v procesu odločanja. V učinkovitem timu glas zdravnika ni nujno vedno najpomembnejši. Bistvenega pomena je prispevek vseh članov tima, ki bazirajo na premišljenih odločitvah in so v korist pacienta (Parker, 2016). Hierarhija v timu pa je po drugi strani nujna. Z večanjem kompleksnosti obravnave in nalog, se povečuje tudi možnost napak. Jasna hierarhija v tem primeru pripomore v boju proti zmedi in kaotičnosti (Webb, et al., 2016).

Medsebojni odnosi v enoti intenzivne terapije

Izvajalci zdravstvene nege so prvi v vrsti, ki lahko vplivajo na varno in kakovostno oskrbo pacientov v uskljenem interdisciplinarnem timu (Bureau of Labor Statistics, 2022). Sodelujejo pri pobudah za spodbujanje kakovostne in varne oskrbe pacientov, prav tako imajo pomembno vlogo pri oblikovanju pozitivnega timskega vedenja med vsemi člani (Alonso & Dunleavy, 2013). Malo je raziskanega o pomenu medsebojnih dobreih odnosov med izvajalci zdravstvene nege ter vplivu le-tega na delovanje znotraj posameznih enot (Amiri & Solankallio-Vahteri, 2019). Dobri odnosi dokazano vplivajo na zdravo delovno okolje, kar se kaže z obstojem v organizaciji, pozitivni organizacijski klimi in pozitivnih izidih pri pacientih (Bridges, et al., 2014).

Medsebojna podpora se nanaša na sposobnost predvidevanja potreb drugih članov tima, da bi lahko ponudili podporo in s tem gradili na dobrih odnosih. Pomembno je, da vsi člani tima poznajo in razumejo odgovornost. V enotah intenzivne terapije je medsebojno razumevanje izrednega pomena, še posebej pri novo zaposlenem kadru, ki se srečuje s številnimi stresnimi situacijami. Pomembno je, da si delavci v enoti medsebojno pomagajo in podpirajo, s tem dosežemo, da delavci kljub obremenitvam svoje delo radi opravljam (Alonso & Dunleavy, 2013). Medsebojna podpora med člani tima je bistven vidik zdravega delovnega okolja in učinkovitih timov zdravstvene nege. Prav tako je izrednega pomena podpora s strani vodje enote, kar predstavlja ključen aspekt zadovoljstva in namere ostati na delovnem mestu ter prispevati k višji kakovosti oskrbe (Kalisch & Schoville, 2012). Agency for Healthcare Research and Quality (2013) opredeljuje medsebojno podporo in dobre odnose kot bistvo timskega dela z osredotočenjem na to, kako člani tima medsebojno komunicirajo, delujejo in potrjujejo drug drugega, da bi se izognili situacijam preobremenjenosti z delom, ki lahko zmanjšajo učinkovitost in povečajo tveganje za napake. Pomoč članom tima pri razvoju znanja, veščin in odnosov, povezanih z medsebojno podporo, lahko pomaga pri timskih odnosih z večjim zavedanjem vpliva medsebojnega delovanja osebja in medsebojnega zavedanja.

Haruna, et al. (2022) navajajo dobre timske odnose kot pomemben dejavnik za preprečevanje nastanka izgorelosti med izvajalci zdravstvene nege v enotah intenzivne terapije. Podobno navajajo Ramírez-Elvira, et al. (2021), ki poudarjajo, da so dobri odnosi eden bistvenih faktorjev, ki preprečujejo nastanek depresije med izvajalci zdravstvene nege v enoti intenzivne terapije. Avtorji prav tako navajajo, da dobro medsebojno sodelovanje pomembno vpliva na psihično blagostanje izvajalcev zdravstvene nege.

V enotah intenzivne terapije, kjer so medsebojni odnosi med izvajalci zdravstvene nege dobri in zadovoljujoči, so izidi zdravljenja pri pacientih prav tako boljši oziroma pozitivnejši (Harvey & Davidson, 2016). Podobno je pri izvajalcih zdravstvene nege, ki v primeru dobrih odnosov, kljub napornemu delu v enotah intenzivne terapije v službo radi prihajajo in po ugotovitvah študije Haruna, et al. (2022) v upokojitev kasneje zahajajo.

Tudi študentje zdravstvene nege v raziskavi Liu & Hou (2021) navajajo, da na klinične vaje v enotah, kjer vlada dobro medsebojno sodelovanje in vzdušje, raje prihajajo. Prav tako se na teh deloviščih počutijo bolj sprejetje in izražajo željo, da se po končanem študiju na teh oziroma podobnih deloviščih tudi zaposlijo. Številne raziskave (Hernández-Martínez, et al. (2020); Nabavian, et al., 2021; Barisone, et al. (2022)) navajajo, da so študentje v času COVIDA-19 kljub napornemu delovniku in hkratnim študijskim obveznostim na delo v enoto intenzivne terapije radi zahajali. Kot najpogosteje vzroke so navajali: (1) sprejetje v tim zdravstvene nege, (2) spoštljivo sodelovanje s strani zdravnikov in ostalih članov multidisciplinarnega tima, (3) možnost zaposlitve v enoti intenzivne terapije po končanem študiju, (4) izkušnje pri delu na področju zdravstvene nege kritično bolnih.

Diskusija

Enota infektološke intenzivne terapije, ki se je ustanovila iz predhodne COVID intenzivne terapije, je bila v času epidemije COVIDA-19 izpostavljena številnim izzivom. Že iz vidika zadostnega števila izvajalcev zdravstvene nege, ki so potrebni za obravnavo kritično bolnih je bila stresna situacija. Izvajalci zdravstvene nege so izvajali delo preko planiranega delovnega časa, opravljali so večnevno delo, kot je bilo planirano, prevzemali odgovornosti za dela, za katera predhodno niso bili usposobljeni (premeščeni izvajalci zdravstvene nege, ki se z načinom dela v enoti intenzivne terapije prej še niso srečali). Kljub vsem naporom je v enoti vladalo dobro medsebojno sodelovanje, kar je za tako stresno situacijo bistvenega pomena. Tudi Chirico, et al. (2021) v študiji navajajo, da je delo izvajalcev zdravstvene nege v enoti intenzivne terapije v času COVIDA-19 bilo izredno obremenjujoče, večina se je srečevala s psihično in fizično izgorelostjo, zaradi česar so dobri medsebojni odnosi in dobro timsko delo izrednega pomena (Tatsuno, et al., 2021).

Thomas, et al. (2003) so v raziskavi, opravljeni v osmih enotah intenzivne terapije v Texasu ugotovili, da zdravniki višje ocenjujejo timsko delo kot izvajalci zdravstvene nege na istih oddelkih. Izvajalci zdravstvene nege so izpostavili, da si želijo, da se jih upošteva pri odločjanju in da se njihova vloga pri procesu oskrbe spoštuje. Po mnenju Buheji & Buhaid (2020) so s pomanjkanjem kadra v enotah intenzivne terapije in povečevanjem obremenitev, izvajalci zdravstvene nege postali strokovno bolj odločni in avtonomni, delovali so bolj timsko, pomagali drug drugemu in s tem lažje in učinkoviteje sprejemali ključne odločitve, se soočali s stresnimi situacijami ter jih tudi bolje obvladovali. Izsledki raziskave Matusov, et al. (2022) pa poročajo, da se je v obdobju pandemije v njihovi enoti intenzivne terapije povečal občutek za sodelovanje, kakovostno komunikacijo in zadovoljstvo pri delu. V času epidemije COVIDA-19 so se izvajalci zdravstvene nege v Enoti infektološke intenzivne terapije (prej COVID intenzivne terapije) aktivno vključevali v odločanje v povezavi s pacienti, prav tako se je spoštovanje v multidisciplinarnem timu na področju vseh strok povečalo.

Kot ugotavljajo Rice, et al. (2010) običajno izvajalci zdravstvene nege vstopajo v klinično okolje brez posebnega usposabljanja o medpoklicni komunikaciji. Komunikacijske veščine, ki so jih deležni tekom študija, so osredotočene na interakcije s pacienti in le redko se omenja komunikacijo med različnimi strokami. Glede na končano terciarno šolanje, lahko tudi sami empirično dodamo, da je podobna praksa v Enoti infektološke intenzivne terapije. V enoto je v času COVIDA-19 vstopila in svojo poklicno pot pričela večina zaposlenih, ki je komaj končala svojo študijsko pot. Ne glede na to pa se je vedno skušalo graditi na komunikacijskih veščinah, kar se je kazalo v dobrih odnosih in dobrem timskem delu, kljub veliki medgeneracijski razliki izvajalcev zdravstvene nege in zdravnikov.

Avtorji Pronovost, et al. (2006) navajajo, da so površne, ne eksplicitne predaje in vizite velikokrat navedene kot vzrok strokovnih napak. Na drugi strani pa so Baggs, et al. (1999) izpostavili, da se je v enotah intenzivne terapije z visoko stopnjo sodelovanja med izvajalci zdravstvene nege in zdravniki stopnja umrljivosti zmanjšala, prav tako pa tudi skrajšala povprečna ležalna doba pacientov. V izrednih razmerah, kot je bila pandemija, obstaja velika nevarnost za napačno komunikacijo in s tem tudi različne ukrepe. Komunikacija je okrnjena tudi zaradi nošenja osebne varovalne opreme in spremljanja več pacientov hkrati. V Enoti infektološke intenzivne terapije so bile predaje v času pandemije zaradi izolacije neposredno ob pacientih težje izvedljive. Zaznali smo, da je občasno prišlo do pomanjkljivih predaj. Vendar zaradi tega strokovna napaka ni bila zaznana oziroma povzročena, bi pa žeeli na tem mestu izpostaviti pomembnost predaje ob pacientu v enotah

intenzivne terapije. Kot je že navedeno, je v enoti sodelovanje med izvajalci zdravstvene nege in zdravniki dobro. Posledično ugotavljamo enako kot tuji avtorji, da so izidi pri pacientih pozitivni, kar se kaže na krajši ležalni dobi, boljšem počutju pacientov ter bolj zadovoljnih svojcih.

Pogosto smo se pri delu srečevali s pomanjkanjem izvajalcev zdravstvene nege, ki so usposobljeni za samostojno delo v enoti intenzivne terapije. Večina teh, ki so bili premeščeni prvotno ni želela delati v intenzivni terapiji, vendar so tekom uvajanja spoznali, da jih delo s kritično bolnimi veseli oziroma jim je zanimivo, zaradi česar se jih je večino tekom dela v COVID intenzivni terapiji premestilo iz matičnih enot v eno izmed enot intenzivne terapije v ustanovi. To kaže tudi na dobre medsebojne odnose, ki so ključ za dobro počutje zaposlenih v enoti. Peres, et al. (2020) navajajo, da dobri medsebojni odnosi pomembno vplivajo na obstoj zaposlenih v enoti, zato je tudi potrebno graditi na zaupanju ter zaposlene aktivno vključevati v procese odločanja, povezane z načinom dela ter jih motivirati in spodbujati, ne glede na stresne okoliščine.

V Enoti infektoleske intenzivne terapije smo skozi epidemijo COVIDA-19 dobili v pomoč tudi študente zdravstvene nege in medicine, ki so nam v času napornega dela bili v izredno pomoč. V prihodnje se jih velik delež želi zaposliti v naši enoti, saj sami navajajo, da so se pri opravljanju študentskega dela počutili dobro sprejeto in so bili aktivno vključeni v proces dela. Tudi Nabavian, et al. (2021) navajajo, da je študente v proces dela potrebno aktivno vključevati, saj predstavljajo naše sodelavce v prihodnosti, zato je izobraževanje in usposabljanja le-teh v čim krajšem času izrednega pomena.

Zaključek

Interdisciplinarno sodelovanje, timsko delo in dobri medsebojni odnosi so eden glavnih faktorjev uspešnega delovanja v enotah intenzivne terapije. Vsi člani tima potrebujejo vrsto ne tehničnih veščin, če želijo delovati kot povezana in usklajena enota. Brez dobre komunikacije, spoštovanja in medsebojnega sodelovanja tim težje deluje oziroma celo delo otežuje. Izvajalci zdravstvene nege so v enotah intenzivne terapije neprestano izpostavljeni stresnim situacijam. Slabi odnosi, neuspešna komunikacija in slabo timsko delo lahko stres še dodatno stopnjuje. Za ohranjanje dobrega sodelovanja in timskega dela je izredno pomembno, da imamo ne glede na situacijo, v timu sodelavce, na katere se lahko obrnemo, jim zaupamo, poiščemo pri njih pomoč in oporo. Prav tako je bistveno spoštljivo vodenje in sprotno reševanje konfliktov. Učenje veščin timskega dela bi lahko postalo del usposabljanj tekom kariere, če želimo doseči znatno izboljšanje kakovosti zdravstvenih storitev, zlasti na področjih z visokim tveganjem, kot so enote intenzivne terapije.

V enotah intenzivne terapije je za krepitev in ohranjanje medsebojnega spoštovanja izrednega pomena prenos znanja, izkušenj ter iskreno medsebojno komuniciranje. V Enoti infektoleske intenzivne terapije, ki je nastala iz predhodne »COVID intenzivne terapije«, je v času epidemije COVIDA-19 nastal tim zdravstvene nege iz različnih področij dela, z različnimi izkušnjami. Ne glede na stresne in obremenjujoče situacije smo vse ovire dobro premagali. Vse to je bilo možno le zaradi dobrega sodelovanja, spoštovanja, timskega dela in pripravljenosti vsakega izmed članov. Izvajalci zdravstvene nege se premalokrat zavedamo, da se naša zmogljivost in učinkovitost najbolj pokažeta v času krize, kakršna je bila tudi pandemija COVID-19. Kar se tiče odnosov na delovnem mestu, moremo iz nje potegniti le najboljše in to ohranjati ter graditi v prihodnje.

Literatura

- Agency for Healthcare Research and Quality, 2013. Team STEPPS. Available at:<https://www.ahrq.gov/teamstepps/index.html> [25. 7. 2022].
- Alexanian, J. A., Kitto, S., Rak, K. J. & Reeves, S., 2015. Beyond the team: understanding interprofessional work in two north American ICUs. *Critical Care Medicine*, 43(9), pp. 1880–1886.
- Alonso, A. & Dunleavy, D. M., 2013. Building teamwork skills in healthcare: the case for communication and coordination competencies. In: E. Salas & K. Flrusch, eds. *Improving Patient Safety Through Teamwork and Team Training*. New York: Oxford University Press, pp. 41–58.
- Amiri, A. & Solankallio-Vahteri, T., 2019. Nurse-staffing level and quality of acute care services: evidence from cross-national panel data analysis in OECD countries. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(1), pp. 6–16.
- Baggs, J., Schimtt, M. H., Mushlin, A. I., Mitchell, P. H., Eldredge, D. H., Oaker, D., et al., 1999. Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. *Critical Care Medicine*, 28(9), pp. 1991–1998.
- Barisone, M., Ghirotto, L., Busca, E., Crescitelli, M. E. D., Casalino, M., Chilin, G., et al., 2022. Nursing students' clinical placement experiences during the Covid-19 pandemic: a phenomenological study. *Nurse Education in Practice*, 59, p. 103297.
- Barrett, M. L., Smith, M. W., Elixhauser, A., Honigman, L. S. & Pines, J. M., 2006. Utilization of intensive care services. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Bregar, B., 2012. Kadrovske stiske zaposlenih v bolnišnični zdravstveni negi - vidik kakovosti in varnosti. In: B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery & K. Skinder Savič, eds. *Kakovostna zdravstvena obravnava skozi izobraževanje, raziskovanje in multiprofesionalno povezovanje - prispevek k zdravju posameznika in družbe: zbornik predavanj z recenzijo*, Ljubljana. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 223–228.

- Bridges, R., Sherwood, G. & Durham, C., 2014. Measuring the influence of a mutual support educational intervention within a nursing team. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(1), pp. 15–22.
- Buheji, M. & Buheid, N., 2020. Nursing human factor during COVID-19 pandemic. *International Journal of Nursing Science*, 10(1), pp. 12–24.
- Bureau of Labor Statistics, 2022. Registered nurses. Available at: <https://www.bls.gov/ooh/Healthcare/Registered-nurses.htm#tab-3> [28. 7. 2022].
- Chirico, F., Ferrari, G., Nucera, G., Szarpak, L., Crescenzo, P. & Ilesanmi, O., 2021. Prevalence of anxiety, depression, burnout syndrome, and mental health disorders among health-care workers during the COVID-19 pandemic: a rapid umbrella review of systematic reviews. *Journal of Health and Social Sciences*, 6(2), pp. 209–220.
- Deneckere, S., Euwema, M., Lodewijckx, C., Panella, M., Mutsvari, T., Sermeus, W., et al., 2013. Better interprofessional teamwork, higher level of organized care, and lower risk of burnout in acute health care teams using care pathways: a cluster randomized controlled trial. *Medical Care*, 51(1), pp. 99–107.
- Donovan, A. L., Aldrich, J. M., Gross, A. K., Barchas, D. M., Thornton, K. C., Schell-Chaple, H. M., et al., 2018. Interprofessional care and teamwork in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(6), pp. 980–990.
- Ervin, J. N., Kahn, J. M., Cohen, T. R. & Weingart, L. R., 2018. Teamwork in the intensive care unit. *American Psychologist Journal*, 73(4), pp. 468–477.
- Giri, J., Ahmed, A., Dong, Y., Keegan, M., Herasevich, V., Pickering, B., et al., 2013. Daily intensive care unit rounds: a multidisciplinary perspective. *Applied Medical Informatics*, 33, pp. 63–73.
- Gomboc, N., 2010. Vpliv stresa na delovnem mestu: diplomsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, pp. 72 – 74.
- Gucciardi, E., Espin, S., Morganti, A. & Dorado, L., 2016. Exploring interprofessional collaboration during the integration of diabetes teams into primary care. *BMC Family Practice*, 17, p. 12.
- Haruna, J., Unoki, T., Ishikawa, K., Okamura, H., Kamada, Y. & Hashimoto, N., 2022. Influence of mutual support on burnout among intensive care unit healthcare professionals. *SAGE Open Nursing*, 8(6), pp. 1–9.
- Harvey, M. A. & Davidson, J. E., 2016. Postintensive care syndrome: right care, right now... and later. *Critical Care Medicine*, 44(2), pp. 381–385.
- Henrich, N. J., Dodek, P. M., Alden, L., Keenan, S. P., Reynolds, S. & Rodney, P., 2016. Causes of moral distress in the intensive care unit: a qualitative study. *Journal of Critical Care*, 35, pp. 57–62.
- Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Martínez-Arce, A., Romero-Blanco, C., García-Iglesias, J. J. & Gómez-Salgado, J., 2020. Nursing students' experience and training in healthcare aid during the COVID-19 pandemic in Spain. *Journal of Clinical Nursing*, 9, pp. 1–8.
- Hughes, A. M., Gregory, M. E., Joseph, D. L., Sonesh, S. C., Marlow, S. L., Lacerenza, C. N., et al., 2016. Saving lives: a meta-analysis of team training in healthcare. *The Journal of applied psychology*, 101(9), pp. 1266–1304.
- Kalisch, B. & Schoville, R., 2012. It takes a team. *The American Journal of Nursing*, 112(10), pp. 50–54.
- Liu, Y.-M. & Hou, Y.-C., 2021. Effect of multi-disciplinary teaching on learning satisfaction, self-confidence level and learning performance in the nursing students. *Nurse Education in Practice*, 55, p. 103128.
- Lyndon, A., Sexton, J. B., Rosenstein, A. H. & Simpron, K., 2012. Predictors of likelihood of speaking up about safety concerns in labour and delivery. *BMJ Quality & Safety*, 22(2), pp. 791–799.
- Matlakala, M. C. & Botha, A. D. H., 2016. Intensive care unit nurse managers' views regarding nurse staffing in their units in South Africa. *Intensive & Critical Care Nursing*, 32, pp. 49–57.
- Matusov, Y., Matthews, A., Rue, M., Sheffield, L. & Pedraza, I. F., 2022. Perception of interdisciplinary collaboration between ICU nurses and resident physicians during the COVID-19 pandemic. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 27, p. 100501.
- Nabavian, M., Rahmani, N. & Alipour, H., 2021. Experiences of nursing students in the care for patients diagnosed with COVID-19: a qualitative study. *Journal of Patient Experience*, 8, pp. 1–8.
- Orellana-Rios, C. L., Radbruch, L., Kern, M., Regel, Y. U., Anton, A., Sinclair, S., et al., 2017. Mindfulness and compassion-oriented practices at work reduce distress and enhance self-care of palliative care teams: a mixed-method evaluation of an „on the job“ program. *BMC Palliative Care*, 17(1), p. 3.
- Ostroff, C., Kinicki, A. & Muhammad, R., 2013. Organizational culture and climate. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons.
- Parker, M. M., 2016. Teamwork in the ICU—do we practice what we preach? *Critical Care Medicine*, 44(2), pp. 254–255.
- Peres, I. T., Hamacher, S., Oliveira, F. L. C., Tavares Thomé, A. M. & Bozza, F. A., 2020. What factors predict length of stay in the intensive care unit? Systematic review and meta-analysis. *Journal of Critical Care*, 60, pp. 18–194.
- Peris, A. et al., 2011. Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients. *Critical Care*, 15, pp. 1–8.
- Pronovost, P. J., Thompson, D. A., Holzmueller, C. G., Lubomski, L. H., Dorman, T., Dickman, F., et al., 2006. Toward learning from patient safety reporting systems. *Journal of Critical Care*, 21(4), pp. 305–315.
- Rae, P. J. L., Pearce, S., Greaves, P. J., Dall’Ora, C., Griffiths, P. & Endacott, R., 2021. Outcomes sensitive to critical care nurse staffing levels: a systematic review. *Intensive & Critical Care Nursing*, 67, p. 103110.
- Ramírez-Elvira, S., Romero-Béjar, J. L., Suleiman-Martos, N., Gómez-Urquiza, J. L., Monsalve-Reyes, C., la Fuente, G. A. C.-D., et al., 2021. Prevalence, risk factors and burnout levels in intensive care unit nurses: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), p. 11432.
- Rice, K., Zwarenstein, M., Conn, L. G., Kenaszchuk, C., Russell, A. & Reeves, S., 2010. An intervention to improve interprofessional collaboration and communications: a comparative qualitative study. *Journal of interprofessional care*, 24(4), pp. 350–361.
- Romijn, A., Teunissen, P. W., de Bruijne, M. C., Wagner, C. & de Groot, C. M., 2018. Interprofessional collaboration among care professionals in obstetrical care: are perceptions aligned? *BMJ Quality & Safety*, 27(4), pp. 279–286.
- Skubic, Š. & Petek, B., 2014. Dobri medsebojni odnosi. In: B. Nose & B. Jugović, eds. *Medsebojni odnosi v zdravstveni negi: zbornik prispevkov*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto, pp. 78–86.
- Tatsuno, J., Unoki, T., Sakuramoto, H. & Hamamoto, M., 2021. Effects of social support on mental health for critical care nurses during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Japan: a web-based cross-sectional study. *Acute Medicine & Surgery*, 8(1), p. e645.
- Thomas, E. J., Sexton, B. J. & Helmreich, R. L., 2003. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Critical Care Medicine*, 31(3), pp. 956–959.
- Webb, A., Angus, D., Finfer, S., Gattinoni, L. & Singer, M., 2016. *Oxford textbook of critical care*. 2nd ed. New York: Oxford University Press, pp. 43–45.
- Weled, B. J., Adzhigirey, L. A., Hodgman, T. M., Brilli, P. J., Spevetz, A., Klin, A. M., et al., 2015. Critical care delivery: the importance of process of care and ICU structure to improved outcomes. *Critical Care Medicine*, 43(7), pp. 1520–1525.
- Wilcox, M. E., Chong, C. A. K. Y., Nive, D. J., Rubenfeld, G. D., Rowan, K. M., Wunsch, H., et al., 2013. Do intensivist staffing patterns influence hospital mortality following ICU admission? A systematic review and meta-analyses. *Critical Care Medicine*, 41(10), pp. 2253–2274.
- Xie, A. & Carayon, P., 2015. A systematic review of human factors and ergonomics (HFE)-based healthcare system redesign for quality of care and patient safety. *Ergonomics*, 58(1), pp. 33–49.
- Zaletel Kragelj, L. & Pahor, M., 2011. *Zdravnik in medpoklicno sodelovanje: seminar*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta.

Kakovost dokumentiranja v enoti intenzivne nege Oddelka za travmatologijo

Quality of documentation in the intensive care unit of the traumatology department

Monika Tacer, mag. zdr. – soc. manag., doc. dr. Mojca Dobnik, univ. dipl. org.

Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede

Izvleček

Uvod: V enoti intenzivne nege Oddelka za travmatologijo se obravnavajo kompleksnejše poškodbe, zaradi katerih je pomembna urejena zdravstvena in negovalna dokumentacija. Namen prispevka je predstaviti zdravstveno in negovalno dokumentacijo, ki je ključna pri procesni obravnavi pacienta.

Metode: S kvalitativnim raziskovalnim pristopom se je izdelal kontrolni list, s katerim se je sistematično analiziralo dokumentacijo, ki se uporablja na izbranem področju. Raziskovalni vzorec je zajemal 20 hospitaliziranih pacientov v določenem časovnem obdobju. Kontrolni list je bil razdeljen na analizo temperaturno terapevtskega lista in na analizo dokumentacije zdravstvene nege. Analiza temperaturno terapevtskega lista prikazuje ali je na dokumentu dovolj prostora za vpisovanje podatkov in ali so ti podatki berljivo zapisani. Analiza dokumentacije zdravstvene nege pa prikazuje, ali prihaja do podvajanj pri vpisovanju podatkov.

Rezultati: Pri analizi temperaturno terapevtskega lista je bilo ugotovljeno, da je v 45 % pregledane dokumentacije prišlo do pomanjkanja prostora pri rubrikah: predpisovanje terapije, aplicirana terapija in beleženje vnosa tekočin. V 60 % analizirane dokumentacije je prihajalo do slabše berljivosti pri branju predpisane terapije, v 55 % pri branju naročenih preiskav in v 50 % se je pojavljala slabša berljivost pri branju aplicirane terapije. Pri analizi negovalne dokumentacije je bilo ugotovljeno, da pogosto prihaja do podvajanj vpisanih informacij iz različnih opazovalnih listov na temperaturno terapevtski list.

Diskusija: Iz raziskave je razvidno, da prihaja v procesu dokumentiranja do podvajanj in do pomanjkanja prostora pri vpisovanju določenih podatkov ter s tem posledično slabše berljivosti zapisov na dokumentih.

Zaključek: Zaradi obsežnosti področja bi morali v enoti intenzivne nege Oddelka za travmatologijo imeti prilagojeno tako zdravstveno kot tudi negovalno dokumentacijo. S tem bi lahko dvignili raven kakovosti dokumentiranja v enoti.

Ključne besede: zdravstvena dokumentacija, kakovost, zdravstvena nega, intenzivna nega

Abstract

Introduction: In the intensive care unit of the Traumatology department, injuries that require complex medical care are treated. The purpose is to present medical and nursing documentation, which is crucial in the procedural treatment of the patient.

Methods: With qualitative research approach, was created a checklist. With which was analyzed the documentation used in the selected environment. The research sample represented the documentation of 20 hospitalized patients in a certain period of time. The checklist was divided into the analysis of the medical chart and the analysis of the nursing documentation. The analysis of the temperature therapy sheet shows whether there is enough space on the document to enter data and whether this data is written legibly. The analysis of the nursing documentation shows whether there are duplications in data entry.

Results: In medical chart it was found that in 45% of the reviewed documents there was a lack of space in the sections: prescribing therapy, applied therapy and recording fluid intake. In 60% of the analyzed documentation, poorer readability occurred when reading prescribed therapies, in 55% when reading ordered tests, and in 50% when reading applied therapies. In the analysis of nursing documentation, was found that there often occurs a duplication of information entered from different observation sheets to the medical chart.

Discussion: The research shows that during the documentation process, there is duplication and a lack of space when entering certain data, resulting in poorer legibility of the records on the documents.

Conclusion: Due to the extensiveness of the field, we believe that the intensive care unit of the Traumatology department should use adapted medical and nursing documentation. This could raise the level of documentation quality in the unit.

Key words: medical documentation, quality, nursing care, intensive care unit

Uvod

Zdravstvena dokumentacija se vodi na vseh ravneh zdravstva. V zadnjih desetletjih se vse bolj pogosto meri tako kakovost zdravstvene oskrbe kot tudi kakovost zdravstvene dokumentacije (Dentler, et al., 2014). V hospitalni obravnavi se srečamo z dokumentacijo že ob samem sprejemu pacienta in pacienta spremlja do njegovega odpusta iz bolnišnice (Radeva, 2020). Vsa dokumentacija v zdravstveni obravnavi mora biti čitljiva, saj predstavlja dokaz opravljenih intervencij (Stewart, et al., 2017). Dokumentirani podatki omogočajo sledenje pacientovemu zdravstvenemu stanju (Radeva, 2020). Nepravilno beleženje podatkov na terapevtsko temperaturni list (v nadaljevanju TTL) lahko povzroči napake v diagnostiki in s tem posledično neugoden izid zdravljenja (Komasa, et al., 2021). Za celostno obravnavo pacienta je potrebna povezanost dokumentacije zdravstvene nege in zdravstvene dokumentacije (Blair & Smith, 2012). Kakovostno izveden proces dokumentiranja je pomemben za kakovost zdravstvene nege, za zaupanje znotraj interdisciplinarnega tima in za razvoj stroke zdravstvene nege (Smrke & Podsedensk, 2018). Dokumentacija zdravstvene nege je pisni dokaz izvedenih intervencij zdravstvene nege. Je izrednega pomena tako za zdravstveni tim kot tudi za samega pacienta (Saputra, 2018). Le-ta prikazuje kakovost opravljene zdravstvene nege (Blair & Smith, 2012). V enoti intenzivne nege Oddelka za travmatologijo obravnavajo večje poškodbe oziroma politravme ali multitravme. Ta stanja so življenjsko ogrožajoča, pacienti pa potrebujejo kontinuiran monitoring. Na takšnem področju je pomembna urejena in prilagojena tako zdravstvena kot tudi negovalna dokumentacija.

Namen in cilji

Namen in cilj raziskave je bil analizirati in predstaviti aktualno dokumentacijo v enoti intenzivne nege Oddelka za travmatologijo in na podlagi rezultatov oblikovati in predstaviti primer dokumentacije, ki bi bila usmerjena na obravnavano področje in s pomočjo katere bi izboljšali kakovost dokumentiranja. Zastavili smo si naslednje raziskovalno vprašanje:

- **Kako izboljšati kakovost zdravstvene in negovalne dokumentacije v enoti intenzivne nege Oddelka za travmatologijo?**

Metode

V prispevku smo s kvalitativnim raziskovalnim pristopom sistematično analizirali dokumentacijo, ki se uporablja v enoti intenzivne nege na Oddelku za travmatologijo. Primarno pri vsakem pacientu, ki je obravnavan v enoti intenzivne nege Oddelka za travmatologijo, uporabljajo TTL, ki je zasnovan za štiridnevno uporabo, poročilo zdravstvene nege ter list načrtovanja in izvajanje zdravstvene nege, kateri je zasnovan za osem dni. Glede na diagnozo in potrebe pacienta se dodajajo različni zdravstveni in negovalni dokumenti. Pri intenzivnem opazovanju vitalnih parametrov se poleg primarne dokumentacije dodatno doda dokument, in sicer glede na potrebe po opazovanju: lestvica zgodnjih opozorilnih znakov (dokument se uporabi po operativnem posegu), beleženje intenzivnega opazovanja pacienta (dokument se uporabi, kadar se beležijo vitalni parametri pogosteje kot na 3 ure) in Glasgowska koma skala (dokument se uporabi pri pacientih, ki imajo v diagnozi poškodbo glave). Pri nepokretnih pacientih se dodatno doda še evidenčni list obračanja pacienta in po potrebi še zdravstvena oskrba poškodbe tkiva zaradi pritiska. Pri pacientih, ki imajo v diagnozi sladkorno bolezen, se doda profilno terapevtski list diabetika.

Opis instrumenta

Za namen raziskave smo oblikovali kontrolni list, s pomočjo katerega smo ocenili kakovost analizirane dokumentacije. Prvi sklop kontrolnega lista se nanaša na TTL. Navedene so vse rubrike, ki so prisotne na TTL. Ocenjevali smo, ali je na TTL dovolj prostora za vpisovanje podatkov in ali so ti podatki berljivo zapisani. Drugi sklop kontrolenga lista se navezuje na negovalno dokumentacijo. Navedeni so vsi pomožni dokumenti, ki se še dodatno uporabljajo v izbrani enoti. S pomočjo vprašanj smo izdelali drugi sklop kontrolnega lista, ki se nanaša na negovalno dokumentacijo izbranega področja. Zanimalo nas je, ali so bili posamezni dokumenti v uporabi, ali prihaja do podvajanj pri vpisovanju podatkov, katerih podatkov in v kateri dokumentaciji.

Opis vzorca

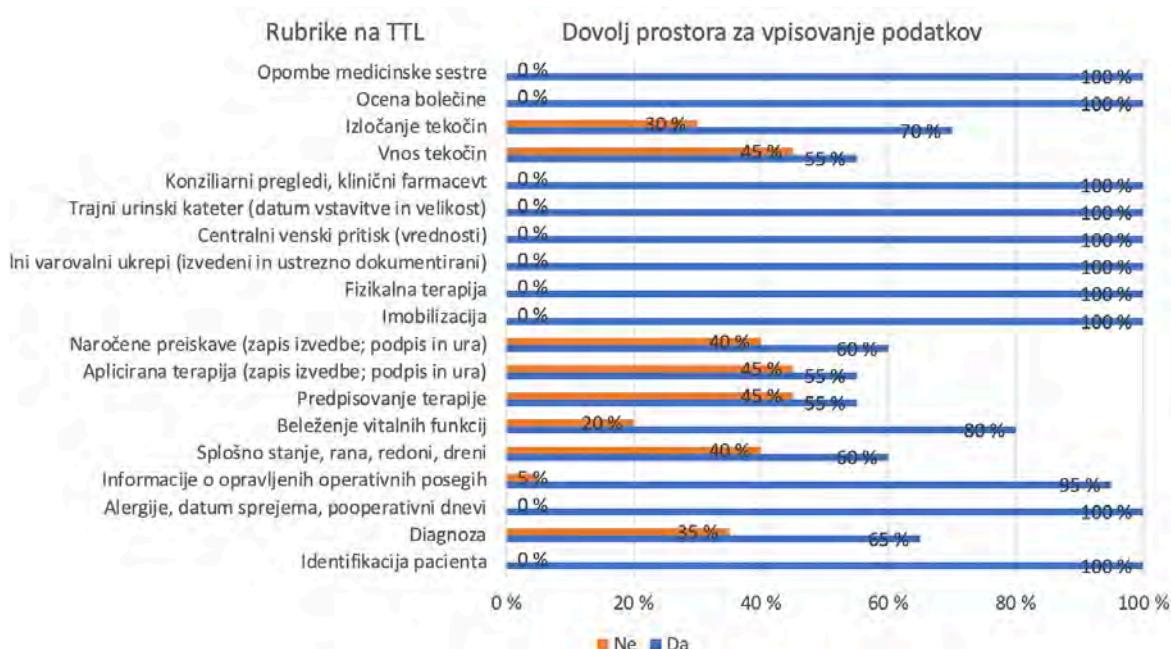
Uporabili smo namenski vzorec sistematične analize dokumentacije. Raziskovalni vzorec predstavlja analizo zdravstvene in negovalne dokumentacije 20 hospitaliziranih pacientov, ki so bili hospitalizirani v enoti intenzivne nege Oddelka za travmatologijo v časovnem obdobju od 1. 5. 2021 do 30. 6. 2021. Predpostavljamo, da je analiza dokumentacije metodološko zadostovala za razumevanje procesa v omenjenem raziskovalnem okolju. Zbrani podatki so relevantni in resnični.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Pred izvedbo raziskave smo pridobili pisno soglasje Komisije za medicinsko etiko zavoda, v katerem je raziskava potekala. Pri uporabi analize dokumentacije smo predhodno obvestili vse udeležence v procesu. Identiteta pacientov pri analizi in predstavitvi problematike sedanje dokumentacije ni bila razkrita. Rezultate analize opazovalnih listov smo analizirali s pomočjo programa Microsoft Excel 2021.

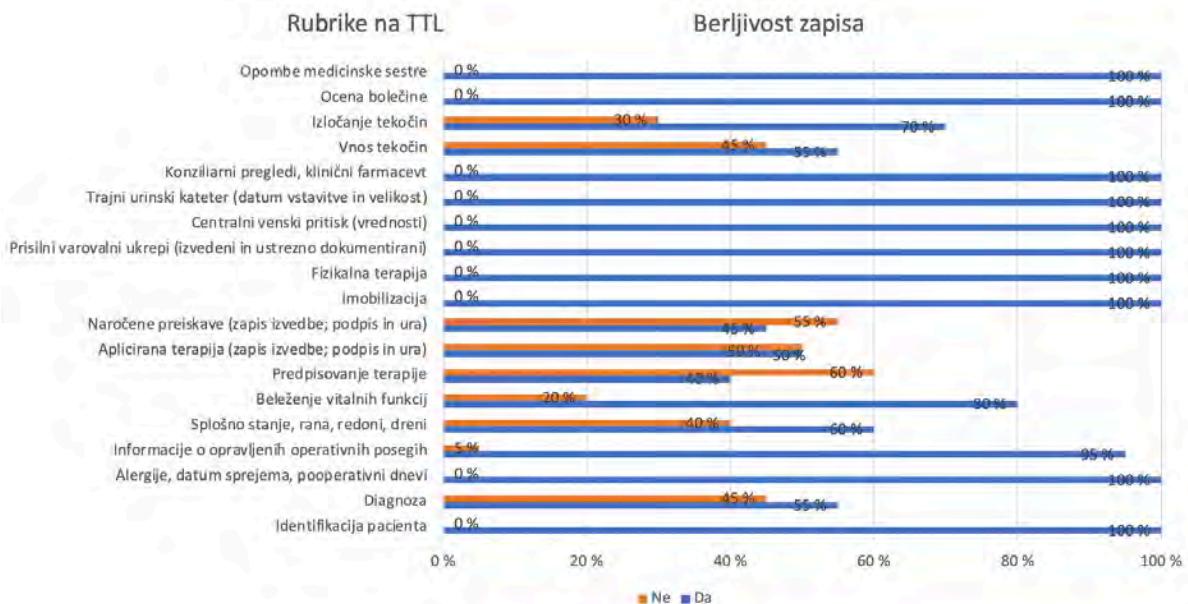
Rezultati

Pri analizi TTL nas je zanimalo, ali TTL vsebuje dovolj prostora za vpisovanje podatkov in ali so ti podatki berljivo zapisani. V 35 % ni bilo dovolj prostora za navedbo vseh patientovih diagnoz. Rubriki naročene preiskave in splošno stanje, rana, redoni, dreni v 40 % pregledanih dokumentacij nista imeli dovolj prostora za vpisovanje podatkov. Pri analizi TTL smo ocenili, da je najmanj ustreznega prostora za vpisovanje predpisane terapije, aplicirane terapije in beleženje vnosa tekočin, in sicer v 45 % analiziranih dokumentov (Slika 1).



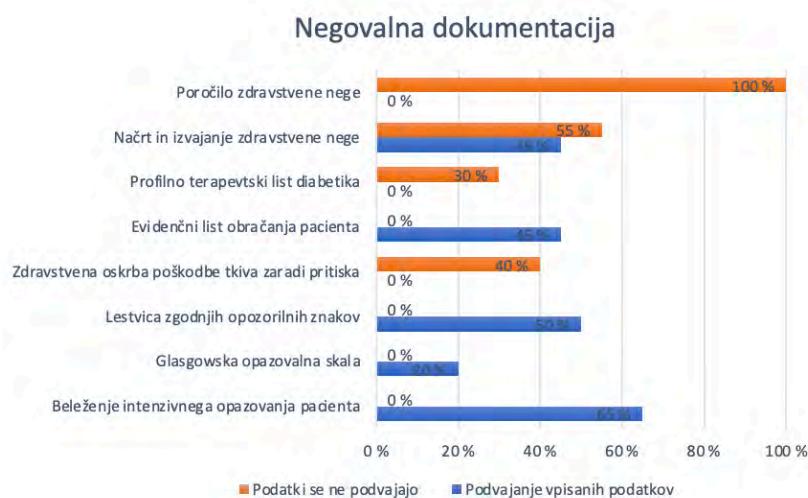
Slika 1: Dovolj prostora za vpisovanje podatkov na TTL (Tacer, 2022)

Drugi sklop analize TTL vsebuje berljivost zapisov posameznih rubrik na TTL. V 45 % pregledane dokumentacije so bile zapisane diagnoze slabo berljive. 40 % izbranih TTL je bilo slabo berljivih v rubrikah, pri katerih se vpisujejo splošno stanje pacienta, stanje ran, redonov in drenov. Rubrika vnos tekočin je bila slabo berljivost v 45 %, rubrika naročene preiskave pa v 55 %. V 60 % pregledane dokumentacije smo ocenili slabšo berljivost predpisane terapije (Slika 2).



Slika 2: Berljivost zapisa na TTL (Tacer, 2022)

Pri analizi dokumentacije zdravstvene nege nas je zanimalo, ali je navedena dokumentacija v konkretnem primeru bila uporabljena, ali so se podatki podvajali in če so se, v kateri dokumentacijski je prišlo do podvajanja podatkov in katerih podatkov. V primeru uporabe dokumentov: beleženje intenzivnega opazovanja pacienta, Glasowske opazovalne tabele in lestvice zgodnjih opozorilnih znakov prihaja do podvajanj pri vpisovanju vitalnih parametrov s TTL. Evidenčni list obračanja pacienta je bil uporabljen v 45 %, vsi ti podatki pa so se podvajali v dokumentaciji načrtovanja in izvajanja zdravstvene nege, in sicer pogostost obračanja in trenuten položaj pacienta (Slika 3).



Slika 3: Negovalna dokumentacija (Tacer, 2022)

Diskusija

David, et al. (2014) v svoji raziskavi poudarjajo vse večje breme dokumentiranja, zato je treba beležiti podatke čim hitreje in čitljivo, brez zmanjšanja natančnosti in kakovosti. Iz naše raziskave je razvidno, da se tako TTL kot načrt in izvajanje zdravstvene nege, ki se uporablja v enoti intenzivne nege Oddelka za travmatologijo, ne razlikujeta od drugih oddelkov na Kliniki za kirurgijo in nista prilagojena za področje, ampak se po potrebi dodajajo dokumenti. Pri analizi izbranega TTL smo ugotovili, da najpogosteje prihaja do pomanjkanja prostora pri vpisovanju diagnoz, naročenih preiskav, opisovanju splošnega stanja, pri vpisovanju predpisane terapije, aplicirane terapije in beleženju vnosa tekočin. Slabša berljivost se pojavlja pri branju predpisane terapije, naročenih preiskav, aplicirane terapije, diagnoz in pri branju vnosa tekočin. Ključno je, da sta pomanjkanje prostora in berljivost posredno medsebojno povezana. S povečanjem prostora za vpisovanje zgoraj navedenih podatkov bi lahko tudi izboljšali berljivost teh podatkov. Z ustreznim prostorom bi pridobili tudi to, da bi se določeni podatki beležili v za to namenjenem prostoru. Podaljševanje enodnevnega TTL bi bilo v računalniški obliki, ki bi se kasneje natisnil na A3-format. S tem, ko bi bili določeni podatki, ki v naši analizi predstavljajo največji odstotek slabše berljivosti računalniško napisani, bi se posledično odstotek slabše berljivosti zmanjšal. Ustrezna berljivost dokumentacije lahko prepreči nastanek morebitnih strokovnih napak, zato je dobro izveden proces dokumentiranja ključen za kakovost zdravstvene storitve (Nguyen, et al., 2014). Prijatelj (2012) v raziskavi navaja, da TTL ne omogoča beleženja množice podatkov, ki so pomembni v procesu zdravljenja, zaradi pomanjkanja prostora za posamezne medicinske segmente, posledično pa se uporablja prostor, ki ni namenjen določenemu segmentu. Pojavlja se slabša berljivost zapisov, oteženo je spremljanje izvajalcev in spremljanje sprememb, ne evidentirajo se vsi postopki in porabljeni zdravila, nekateri podatki so razpršeni (včasih tudi izgubljeni), nekateri podatki se podvajajo in prepisujejo iz različnih dokumentov, kar smo ugotovili tudi v naši raziskavi.

Drugi sklop analize se je navezoval na negovalno dokumentacijo. V analizi je bilo ugotovljeno, da pri uporabi nekaterih dokumentov prihaja do podvajanj pri vpisovanju vitalnih funkcij, kar je razvidno iz Slike 3. Vitalne funkcije so pomemben dejavnik pri obravnavi travmatološkega pacienta v intenzivni negi in morajo biti takoj vidne. Pri beleženju poškodbe tkiva zaradi pritiska in pri evidenčnem listu obračanja spet prihaja do podvajanj vpisanih informacij. Poškodba tkiva zaradi pritiska je pomemben dejavnik, ki mora biti zapisan na TTL, da so z aktualnim stanjem informirani tudi zdravniki. Evidenca o obračanju pacienta se vodi že v načrtu in izvajaju zdravstvene nege, torej ni potrebe, da bi se še na posebnem opazovalnem listu. Pri dokumentiranju ne vidimo prednosti v podvajjanju informacij, ampak nasprotno to lahko privede do napak, saj podvajanje marsikom predstavlja nesmisel, slabšo kakovost storitve in jemlje čas že tako preobremenjenim izvajalcem zdravstvene nege. Podvajanje informacij ne poveča samo časa dokumentiranja brez dodajanja vrednosti, temveč hkrati poveča čas analize zdravstvene in negovalne dokumentacije, poveča pa tudi možnost, da se kakšna informacija spregleda, kar lahko predstavlja tveganje za varnost pacientov (Clynnch & Kellett, 2015). Downing, et al. (2018) v raziskavi, ki je bila opravljena v Združenih državah Amerike, navajajo poleg ostalih dejavnikov za izgorelost tudi čas, ki je porabljen za dokumentiranje. Zaradi pomanjkanja časa se postopki dokumentirajo kasneje, kar lahko povzroči, da se podrobnosti pozabijo dokumentirati, to pa posledično zniža kakovost dela (Vahedi, et al., 2018). Tudi Vogrinčič Černezel (2018) v raziskavi ugotavlja, da imajo izvajalci zdravstvene nege zaradi zahtev dokumentiranja premalo časa za delo ob pacientu. V svoji raziskavi, ki je potekala v Splošni bolnišnici Murska Sobota je navedla, da se anketiranci strinjajo s trditvijo, da imajo v uporabi pregledne obrazce za dokumentiranje postopkov in posegov zdravstvene nege. Uporaba dokumentacije zdravstvene nege, ki omogoča kakovostno in varno spremljanje zdravstvene nege, tako za pacienta kakor za izvajalce, je učinkovitejša in poveča hitrost načrtovanja posegov in postopkov (Zamanzadeh, et al., 2015). Dokumentacija, ki se uporablja v negovalnih enotah ne sodi v enote intenzivne nege. Z dokumentacijo, ki je osredotočena na področje bi pridobili več prostora in boljšo preglednost dokumentacije, ki bi vodila v kakovostnejšo zdravstveno obravnavo. Ideja je bila, da vse aktualne dokumente, ki se uporabljajo v intenzivni negi Oddelka za travmatologijo, združimo v dva glavna dokumenta. S tem bi skrajšali porabljen čas za dokumentiranje, saj ne bi prišlo do podvajanj vpisanih podatkov, posledično pa bi zmanjšali možnost za nastanek strokovnih napak. Sprememba procesa bi izboljšala celotno zdravstveno obravnavo, ki bi pozitivno vplivala na celotno klinično okolje, v prihodnje pa bi morali pristopiti k elektronski obliki dokumentiranja.

Zaključek

Zaradi obsežnosti področja menimo, da TTL, ki je namenjen obravnavi pacientov na oddelkih, ne sodi v enoto intenzivne nege. V procesu dokumentiranja prihaja do nekaterih podvajanj, kar lahko zmanjša doslednost in podaljšuje čas dokumentiranja.

Literatura

- Blair, W. & Smith, B., 2012. Nursing documentation: frameworks and barriers. *Contemporary Nurse*, 41(2), pp. 160–168.
- Clynch, N. & Kellett, J., 2015. Medical documentation: part of the solution, or part of the problem? A narrative review of the literature on the time spent on and value of medical documentation. *International Journal of Medical Informatics*, 84(4), pp. 221–228.
- David, G. C., Chand, D. & Sankaranarayanan, B., 2014. Error rates in physician dictation: quality assurance and medical record production. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 27(2), pp. 99–110.
- Dentler, K., et al., 2014. Influence of data quality on computed Dutch hospital quality indicators: a case study in colorectal cancer surgery. *BMC Medical Informatics and decision making*, 14(1), pp. 1–10.
- Downing, N. L., Bates, D. W. & Longhurst, C.A., 2018. Physician burnout in the electronic health record era: are we ignoring the real cause?. *Annals of Internal Medicine*, 169(1), pp. 50–51.
- Komasawa, N., Terasaki, F., Nakano, T. & Kawata, R., 2021. Correlation of student performance on clerkship with quality of medical chart documentation in a simulation setting. *PLOS ONE*, 16(3), p. e0248569.
- Nguyen, L., Bellucci, E. & Nguyen, L. T., 2014. Electronic health record implementation: an evaluation of information system impact and contingency factors. *International journal of medical informatics*, 83(11), pp. 779–796.
- Prijatelj, V., 2012. Organizacijsko informacijski model preprečevanja napak v procesu zdravstvene nege: doktorska disertacija. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.
- Radeva, S., 2020. Problems related to medical documentation in medical structures. *East European Sceintific Journal*, 56(4), pp. 4–8.
- Saputra, M. A., 2018. The influence of nursing care documenting behavior to the completeness of nursing care documentation at hospital x. *Jurnal Medico-legal dan Manajemen Rumah Sakit*, 7(2), pp. 170–177.
- Smrke, B. & Podsedenšek, D., 2018. Experience with an advanced information system at the intensive internal medicine department of the Celje General Hospital. *Informatica Medica Slovenica*, 23(1-2), pp. 34–38.
- Stewart, K., Doody, O., Bailey, M. & Moran, S., 2017. Improving the quality of nursing documentation in a palliative care setting: a quality improvement initiative. *International journal of palliative nursing*, 23(12), pp. 577–585.
- Tacer, M., 2022. Izboljšanje kakovosti procesa dokumentiranja v enoti intenzivne nege Oddelka za travmatologijo: magistrsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 1-18.
- Vahedi, H. S., Mirfakhrai, M., Vahidi, E. & Saeedi, M., 2018. Impact of an educational intervention on medical records documentation. *World journal of emergency medicine*, 9(2), p. 136.
- Vogrinčič Černezel, A., 2018. Zagotavljanje kakovosti in varnosti pacienta z omejenimi kadrovskimi in materialnimi viri v bolnišničnem okolju: magistrsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 26-66.
- Zamanzadeh, V. et al., 2015. Challenges associated with the implementation of the nursing process: A systematic review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20(4), pp. 411–419.

Vpliv medosebnih odnosov v zdravstvenem timu na obravnavo nasilnega pacienta

The impact of interpersonal relationships in the medical team on the treatment of a violent patient

Tjaša Šarić, mag. zdr. nege s spec. znanji

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor

Izvleček

Obravnavna nasilnega pacienta je zelo zahtevna, zato je zelo pomembno, kakšni so medosebni odnosi v timu. Posamezni člani zdravstvenega tima morajo med seboj sodelovati in si pomagati, da lahko uspešno obravnavajo takšnega pacienta. Največkrat pacient eskalira, kadar dobiva neenake informacije s strani tima, zato mora biti tim enoten, znati morajo komunicirati in v skrajnem primeru poznati vse deeskalacijske tehnike. Ključnega pomena pri obravnavi je tudi empatija, ki jo zdravstveno osebje ne izkazuje dovolj, kar pa je posledica preobremenitev na delovnem mestu. Več možnosti je tudi, da bo pacient eskaliral, kadar je slaba splošna klima in slab medosebni odnosi. Učinkovita komunikacija je ključnega pomena za dobre medosebne odnose in kakovostno obravnavo pacienta. Kadar vodstveno osebje deluje sodelovalno in prisluhne zaposlenim, to vpliva na dobre medosebne odnose in kakovost obravnave. Organizacija mora poskrbeti, da so zaposleni deležni izobraževanj in usposabljanj za obvladovanje agresivnih situacij. V največ primerih je nasilja deležna medicinska sestra, večinoma psihičnega nasilja, včasih pa tudi fizičnega. Zavedati se moramo, da mora biti toleranca do nasilja ničelna, tako mora delovati organizacija in vsi zaposleni. Delo je pomemben vidik življenja, zato je pomembno, da se zdravstveno osebje počuti na delu varno.

Ključne besede: komunikacija, deeskalacijske tehnike, empatija, medicinska sestra

Abstract

The treatment of a violent patient is very demanding, so it is very important what kind of interpersonal relationships are in the team, as individual members of the healthcare team need to work together and help themselves to successfully treat such a patient. Most often, the patient escalates when receiving unequal information from the team, so the team must be unified, able to communicate and, as a last resort, be familiar with all de-escalation techniques. Empathy is also crucial in the treatment. Unfortunately, it is currently not sufficiently demonstrated by healthcare staff, which is due to workplace overload. It is also more likely that the patient will escalate when there is a poor general climate and poor interpersonal relationships. Effective communication is crucial for good interpersonal relationships and quality patient care. When management is cooperative and listens to employees, this affects good interpersonal relationships and the quality of treatment. The organization must ensure that employees receive training in coping with aggressive situations. In most cases, violence is experienced by the nurse, most often by psychological violence and sometimes by physical violence. We must be aware that the tolerance of violence must be zero and that is how the organization and all its employees must operate. Work is an important aspect of life and therefore it is important for healthcare staff to feel safe at work.

Key words: communication; de-escalation techniques; empathy; nurse

Uvod

Dejstvo je, da se preobremenjenost medicinskih sester z leti veča. Razlogi tičijo v povečanem obsegu dela, prevelikem številu opredeljenih pacientov, vse večjem številu bolniških odsotnosti, ki so povezane z obsegom dela ter vse manjši strpnosti s strani pacientov. Dnevno se zvrsti mnogo več pacientov, kot jih lahko izvajalci zdravstvenih storitev še kakovostno in varno obravnavajo (Založnik, 2015). Vzporedno s preobremenjenostjo se veča tudi nasilje. Posebej velikemu tveganju je izpostavljena zdravstvena dejavnost, kjer se pojavlja skoraj četrtina vsega nasilja na delovnem mestu (Dernovšek, et al., 2019). Prve smernice za obvladovanje nasilja v zdravstvu so bile napisane leta 2002. Pogostost nasilja na delovnem mestu je podcenjena, saj se o njem ne poroča dosledno. Dobnikar in Vidmar (2008) sta izvedla raziskavo o pogostosti fizičnega nasilja pacientov nad zdravniki in kar 77 % anketiranih je odgovorilo, da so bili žrtev fizičnega nasilja na delovnem mestu. Nato je Čebašek - Travnik leta 2018 ponovila raziskavo in kar 83 % anketiranih je odgovorilo, da so bili izpostavljeni fizičnemu nasilju. Zato so zelo pomembni dobri in trdni medosebni odnosi v timu, ki preprečujejo pojav dodatnih konfliktov. Namen prispevka je opisati vpliv medosebnih odnosov v zdravstveni negi na obravnavo nasilnega pacienta in predstaviti tehnike, s katerimi si lahko pomagamo.

Medosebni odnosi

Obseg aktivnosti zdravstvene nege se povečuje zaradi večjega števila opredeljenih pacientov, višanja norm, uvedbe sistema naročanja pacientov po telefonu in elektronski pošti. Naročanje je tako prvi in velikokrat dokaj stresni moment, tako za pacienta, kot za medicinsko sestro. Pri tem sicer lahko potrdimo, da gre za odpravo nepotrebnega čakanja pacientov na obisk v ambulanti, vendar se posledično povečuje tudi število telefonskih klicev. Pri vsem tem mora medicinska sestra obvladati širok spekter ravni komunikacije in triažo po telefonu. Vse to povečuje stresno situacijo (Železnik, et al., 2011). Slabi odnosi imajo negativen vpliv na pogoje dela, delovno storilnost in rezultate, ki jih dosegajo zaposleni (Tkalec, 2001). V raziskavi, ki je bila izvedena leta 2008, v katero je bilo vključenih 125 izvajalcev zdravstvene nege, je bil eden izmed namenov ugotoviti mnenja, občutke in izkušnje zaposlenih s fizično agresijo iz strani pacientov na delovnem mestu. Zastrašujoč je bil odgovor anketiranih na vprašanje: »Ali menite, da je za vašo varnost dobro poskrbljeno?« Približno 75 % anketiranih je odgovorilo nikalno (Poček, 2007). Člani zdravstvenih timov morajo za skupno delo izmenjevati potrebne medicinske informacije o pacientih. Tem informacijam je treba dodati tudi morebitne dejavnike tveganja, ki so bili pri določenem pacientu zaznani v preteklosti. Če npr. medicinska sestra ve, da je pacient nevaren, je to dolžna povedati oz. sporočiti zdravniku. Velja tudi obratno. Sledi postopek, ki ga morata poznati in obvladati oba: kako priklicati pomoč, kako se umakniti na varno, kako zavarovati drugo osebje in paciente, ki se nahajajo v bližini (Čebašek - Travnik, 2017). V kriznih situacijah nemolokrat pride do konfliktnih situacij tudi med zaposlenimi samimi. Komuniciranje s sodelavci je sestavni del poklicnega delovanja medicinskih sester. Uspesnost se kaže tudi v medsebojnem sodelovanju in razumevanju med vsemi člani tima (Bernot, 2012).

Faktorji tveganja

Zaradi nezadovoljstva pacientov, neurejenega zdravstvenega sistema in vedno daljših čakalnih dob, prihaja do vedno več nasilnih incidentov nad zaposlenimi v zdravstvu. Problem je, da se toleranca do nasilja pri zaposlenih v zdravstvu viša, čeprav bi morala biti ničelna. Velik faktor tveganja je lahko tudi zdravstveni delavec, ki s svojim načinom ravnanja sproži nasilno vedenje pri pacientu, kot je, npr., neoseben pristop, vdor v osebni prostor brez dovoljenja, površna in prehitra obravnavi paciente, uporaba medicinskega žargona, prepiranje s pacientom, reagiranje zaposlenega s strahom, jezo, frustracijo ter s slabimi medosebnimi odnosi v timu (Dernovšek, et al., 2019).

Faktor tveganja, ki lahko deluje kot sprožilni dejavnik za nasilje ali pa ga razprši, je okolje. Med dejavnike tveganja za nasilje, ki izhajajo iz fizičnega okolja, štejemo npr. prenapolnjene prostore in čakalnice, neprezračene prostore, vročino, mraz, hrup, slabo osvetljenost in dostopnost predmetov, ki lahko postanejo orožje (npr. škarje, težki kovinski predmeti ipd.). Med dejavnike tveganja za nasilje, ki izhajajo iz organizacije dela, pa uvrščamo npr. dolgo čakanje brez pojasnil, nejasna pravila, prehitevanje vrste v čakalnici, preobremenjeno in številčno nezadostno osebje ali druge nepredvidljive okoliščine (Dernovšek, et al., 2019). Pri hospitaliziranih pacientih lahko stres, povezan z okoljem predstavlja prenapolnjeni oddelki, pomanjkanje zasebnosti, izolacija ali bivanje na zaprtih psihiatričnih oddelkih, terapija in hospitalizacije brez privolitve. Velik faktor tveganja so lahko tudi razna bolezenska stanja pri pacientu, kot so demenza, shizofrenija, akutna stresna situacija, anksioznost, tudi zlorabe alkohola in drog (Derenovšek, et al., 2019).

Okoljski dejavniki tveganja, za katere je bilo dokazano, da zmanjujejo tveganje fizičnega napada na zdravstveno osebje, vključujejo nadzorovani dostop do pacientov, zmanjšanje čakalnih dob in prisotnost varnostnikov. Študije so dokazale, da je bila verjetnost, da je medicinska sestra fizično napadena na delovnem mestu manjša, ko so bili prisotni varnostniki, ko je bil prostor pod video nadzorom in je obstajala organizacijska politika organizacije v smeri preprečevanja napadov in ponovitve nasilnih dejanj. Raziskovalci so tudi ugotovili, da se večje verjetnosti nasilja pojavijo v določenih časih dneva, v popoldanskem in v nočnem času (Gillespie, et al., 2010). Velikokrat se v konflikte z zdravstvenim osebjem zapletajo svoji, spremjevalci, ki imajo nerealna in posledično prevelika pričakovanja glede poteka obravnave, zdravljenja in izida bolezni, in so lahko nekritični glede potrebe po zdravljenju. Za svojce velikokrat zmanjka časa in se jim v komunikaciji ne posveti dovolj, zato so svoji razočarani, kar lahko privede in okrepi tveganje za nasilje (Dernovšek, et al., 2019).

Preventivni ukrepi

Medicinske sestre imajo pravico do delovnega mesta brez nasilja, tako na podlagi zdravstvene zakonodaje, kot varnosti pri delu in politike ničelne tolerance, ki so sprejete v številnih državah (Pich, et al., 2010). Ker je pojavnost nasilja visoka, zaposleni potrebujejo sistematičen in celovit pristop k obvladovanju nasilja na delovnem mestu. Svoje znanje in veštine na področju obvladovanja agresije morajo zaposleni stalno obnavljati, s čimer prispevajo k varnosti (Gabrovec, 2014). Zaposleni v zdravstvu ne bi smeli dajati prevelikega poudarka obvladovanju nasilja le s kemičnim ali fizičnim oviranjem. Omenjene metode so lahko učinkovite le na kratki rok, na dolgi rok pa bi bilo potrebno začeti spremnijati vedenjske vzorce zaposlenih (Anderson & West, 2011). Pacienti, ki imajo izkušnje s fizičnim oviranjem, nasilje doživljajo kot učinkovit način izražanja svojih čustev. Ob tem največkrat občutijo jezo, strah in frustracije. Nadomestni pristopi tako poučujejo paciente, kako naj komunicirajo, izražajo negativna čustva in zadovoljujejo svoje potrebe po večji samozavesti. Taki ukrepi preprečujejo escalacijo pacientovega nezadovoljstva ter omogočajo, da se naučijo obvladovati negativne misli in agresivno vedenje ter tako izboljšajo svoje spremnosti za reševanje sporov (Bojič, 2016). Za uspešno obravnavo nasilnega pacienta je treba kljub strahu delovati mirno in zbrano (Giribaldi, 2015). Želo pomembno je, da s pacientom vzpostavimo iskren, zaupljiv, razumevajoč in spoštljiv odnos, da zagotovimo varno, pozitivno okolje, spoštujemo pacienta in njegove potrebe, da terapevtsko komuniciramo ter s tem zmanjšamo strah in napetosti pri pacientu, da prepoznamo dejavnike tveganja za agresivno vedenje ter da uporabimo deeskalacijske tehnike ob incidentu (Bojič, 2016). Namen preventivnih ukrepov za preprečevanje nasilja v zdravstvu je zmanjšati obseg nasilnih dejanj in preprečiti hujša nasilna dejanja. Predlagani ukrepi: izobraževati zdravstvene delavce za prepoznavanje znakov agresivnega obnašanja in ukrepov za samozaščito, pravilno reagirati že ob žaljivem obnašanju pacienta, možnost nasilnega dogodka s strani pacienta vključiti v oceno tveganja (varnost pri delu), o nasilju voditi dosledno in natančno evidenco, omogočiti tehnično in osebno varovanje (varnostniki, sistem klica na pomoč, varovanje opreme in materiala pred zlorabami), preprečiti ponovitve nasilnega obnašanja do izbranega zdravnika z odslovitvijo pacienta (zamenjava pacienta), dosegati kulturo nenasilja v družbi (multidisciplinaren, multiprofesionalen pristop, povezave z vladnimi in civilnimi institucijami). V celoti se nasilnega dogodka ne da preprečiti, omilimo pa lahko število takih dogodkov in njihove posledice (Dernovšek, et al., 2019). Želo velik pomen pri medosebnih odnosih in obravnavi nasilnega pacienta ima empatija, ki predstavlja sposobnost sprejeti občutke drugih ljudi in imeti sposobnost z njimi komunicirati (Tschudin, 2004). Empatija je na delovnem mestu zelo pomembna. Zaposlenim lahko pomaga preprečiti izgorelost, utrujenost, pomaga razviti močne odnose, ki vodijo do bolj zadovoljnih pacientov v zdravstveni negi (Thew, 2012).

Deeskalacijske tehnike

Deeskalacija predstavlja nabor metod in pristopov, namenjenih obvladovanju jeze, agitacije in preprečevanju agresivnega vedenja. Deeskalacija je instinktiven in intuitiven proces, ki zahteva precej fleksibilnosti in iznajdljivosti, temelji na trenutni situaciji, posameznikovih potrebah in značilnostih. K deeskalaciji sodi: zagotovitev varnosti za vse udeležence v obravnavi pacienta, uporaba strukturiranih ocenjevalnih lestvic za oceno tveganja za agresivno vedenje, uporaba ustrezne neverbalne komunikacije, poznavanje različnih verbalnih tehnik, prepoznavanje lastnih čustvenih odzivov v kriznih situacijah in zmožnost samokontrole. Deeskalacijske tehnike torej niso postopki, ki se držijo neke formule ali recepta, pač pa fleksibilni vzorci več različnih pristopov (Richmond, et al., 2012). Kdaj deeskalacija ni učinkovita? Deeskalacijske tehnike so namenjene umiriti pacienta z namenom, da preprečimo pojav hujšega agresivnega vedenja. Ne uporabljamo jih pri pacientih, kjer je takšno vedenje že prisotno. Tako deeskalacija ne bo učinkovita, kadar pacient že jasno grozi s fizično agresijo ali je že fizično agresiven. V takih primerih je potrebna uporaba posebnih varovalnih ukrepov in farmakoloških oblik preprečevanja agresivnega vedenja (Price & Baker, 2012).

Vpliv medosebnih odnosov na obravnavo nasilnega pacienta

Zelo pomembno je, kakšna je klima v zdravstvenem timu, saj se to odraža tudi v delu zdravstvenega osebja. Kadar pacient začuti, da je splošna klima slaba oz. ni enotnosti, obstaja večja verjetnost, da bo pacient eskaliral. Zato je zelo pomembno, da so ljudje v timu enotni. Nekoč je bilo dovolj za zaposlenega, da je imel ustrezno izobrazbo in strokovno usposobljenost. V današnjih časih je poudarjeno timsko delo in osebne kvalitete delavca (Pejić & Zagorc, 2014). Po Golemanu (2001) lahko pomanjkanje srčnosti pokoplje celotno organizacijo. Najpogostejsa znamenja »čustvenega pomanjkanja« pri delu so: prestrašeni delavci, nemotivirani delavci, arogantni šefi in vse, kar prinaša nezdravo ozračje. Salami (2011) ocenjuje, da, čeprav je empatija ključnega pomena za vse medosebne odnose, katerih namen je pomoč posamezniku, profesionalno osebje (med njih sodijo tudi nekatere medicinske sestre) le-te ne izkazuje dovolj. Koncept čustvene inteligence daje veliko globlji in kompleksnejši pogled na inteligentno obnašanje človeka. To ni več hladno, racionalno reševanje problemov in iz-najdljivost v novih situacijah, temveč je izražanje humane narave v vseh njenih aspektih – od nagonskega pa vse do vredno-stnega in moralnega. Delo je pomemben vidik življenja zaposlenih v zdravstveni negi, saj na delovnem mestu preživijo velik del svojega življenja. Zato je za kakovostno in strokovno obravnavo pacienta zelo pomembno, da se zaposleni na delu počutijo varno (Lorber, 2018). O'Leary et al., 2011) pa so v svoji raziskavi ugotovili, da se je po uvedbi strukturiranih inter-disciplinarnih vizit zmanjšalo število neželenih dogodkov oz. zapletov med pacienti v splošni bolnišnici. Avtorji ugoden izid pripisujejo predvsem dejству, da je večinoma šlo za dogodke, ki jih je možno preprečiti, pri čemer je učinkovita komunikacija med zaposlenimi ključnega pomena. Pomen komunikacije med različnimi profili nakazujejo tudi rezultati raziskave (Lown & Manning, 2010) o supervizijskih skupinah za zdravstvene delavce, ki so jih v ZDA uvedli pred dvajsetimi leti, z namenom deljenja lastnih izkušenj pri delu s pacienti. Zaposleni, ki so se srečanj udeleževali redno, so poročali o boljšem razumevanju neverbalnih znakov komunikacije, lažjem komuniciranju o občutljivih temah in večji empatiji. Ob tem se je izboljšala komunikacija z drugimi člani njihovega tima, lažje pa so se spoprijemali tudi s stresnimi situacijami na delovnem mestu. Pomemben vidik delovanja timov je tudi način vodenja. V kolikor je naravnan sodelovalno in usmerjen na potrebe zaposlenih, pripomore k ustvarjanju dobre timske klime, kar posledično vodi k varnejši in učinkovitejši oskrbi pacientov (Sfantou, et al., 2017). Alternativa temu je deljeno vodenje med dvema ali več posamezniki, ki po svojem položaju niso nujno na vrhu tima ali organizacije. Zaradi kompleksnosti zdravstvene oskrbe je takšen način lahko ustrezejši, saj si vodje delijo naloge, ob tem pa se zaradi specifičnih znanj in osebnostnih lastnosti dopolnjujejo, kar ima za posledico manj konfliktov ter večje zaupanje in povezovanje znotraj tima (Willcocks, 2018). Na žalost se v slovenskem prostoru prevečkrat poudarja zgolj strokovnost ali akademske uspehe, premalo pa se upošteva večine dela z ljudmi. Posledično se takšni zaposleni pogosto zapletajo v konflikte s pacienti in svojci, zaradi česar morajo ostali člani tima popravljati narejeno škodo. Takšni dogodki mečejo slabo luč na celotni tim, redko pa se jih obravnava z namenom izboljšanja delovanja v prihodnosti (Zupančič, 2018).

Diskusija

Namen našega dela je opozoriti na pomanjljivosti pri obravnavi nasilnega pacienta, poleg tega pa predstaviti, kakšen vpliv imajo dobri medosebni nosi v timu na obravnavo pacienta. Ob pregledu rezultatov slovenskih raziskav na področju obravnavе nasilja nad zdravstvenim osebjem vidimo, da se zdravstveno osebje v večini ne čuti dovolj strokovno usposobljeno, kar potrjujeta v svoji raziskavi tudi Vidmar in Dobnikar (2017) in da si želijo več dodatnih izobraževanj na tem področju. Zagotavljanje varnosti mora biti v vseh organizacijah prioriteta. Organizacija lahko dela dobro in kakovostno le, kadar se zaposleni v njej počutijo dobro in kadar so medosebni odnosi dobri. Prav tako zdravstveno osebje navaja, da imajo preveč administrativnega dela ob prijavi nasilnega dogodka s strani pacienta, zato je potrebno zaposlene vzpodbujati k temu, da nasilje prijavijo in jim čim bolj olajšati vse birokratske postopke. Izrazito birokracijski postopki zdravstveno osebje pogosto odvračajo od tega, da bi takšen dogodek prijavili. Posledično organizacija nima realnega vpogleda v količino in frekvenco takšnih dogodkov, zato tudi ne more pravilno ukrepati. Veliko različnih avtorjev (Maryn, 1998; Stewart, et al., 1999; Židanik, 2000) je že pred leti ugotovilo, da so pritožbe pacientov najpogosteje posledica pomanjkanja komuniciranja. S komuniciranjem pri pacientu zmanjšamo čustvene napetosti, vznemirjanje, pomagamo reševati in obvladovati probleme ter konflikte, kar kažejo različne raziskave. Poglavitni motivi za komuniciranje v zdravstveni negi so predvsem moralna odgovornost, empatija in sočutje (Ule, 2006). Kadar bomo pacientu dali vedeti, da je slišan, mu bomo nudili občutek varnosti in s tem zmanjšali tveganje za eskalacijo. Kadar pa pride do eskalacije, je potrebno, da zdravstvenemu osebju zagotovimo pogovor z nadrejenim, saj se problem ne sme prezreti, ampak se mora primerno ukrepati. Komunikacija je v zdravstvu izrednega pomena in kadar je ta neustrezna, to poslabša medosebne odnose v timu. Kadar so medosebni odnosi slabí, obravnava pacienta ne more biti kakovostna. Omejitve, ki so nas ovirale pri proučevanju zastavljenega problema so posledica majhnega

števila opravljenih slovenskih raziskav na področju nasilja nad zdravstvenimi delavci. V tujini je opravljenih veliko raziskav na to temo, vendar so nas zanimali podatki za Slovenijo.

Zaključek

Zdravstvo je ena od panog, kjer je pojavljanje nasilja najpogosteje, zato je potrebno obvladovanje le tega urejati sistemsko. Največja pomanjkljivost v zdravstvu je pomanjkanje zdravstvenega osebja, zato bi odprava te pomanjkljivosti razbremenila zdravstveno osebje, lahko bi se ustvarili optimalnejši pogoji za delo, osebje bi lažje delovalo, kar je predpogoj za dobre medosebne odnose. Dobri medosebni odnosi bodo pozitivno vplivali na obravnavo pacientov, tudi takšnih, ki so potencialno nasilni. Zdravstveno osebje mora znati komunicirati, medsebojno sodelovati v stresnih situacijah in poznati deeskalacijske tehnike. Za obvladovanje medosebnih odnosov in za primerno obravnavo nasilnih pacientov ni odgovorno zgolj zdravstveno osebje, zato je potrebno to urejati sistemsko, na ravni celotne organizacije. Urediti je potrebno vertikalnen in horizontalen pristop. Obravnavna in sistem spremljanja takšnih dogodkov morata biti poenotena in jasna. Potrebno je zavedanje, da mora biti toleranca za nasilje v zdravstvu ničelna. Organizacija mora v tej smeri delovati preventivno in zaposlenim zagotoviti izobraževanja, s pomočjo katerih se bodo znali spoprijeti z nasilnim pacientom.

Literatura

- Andreson, A. & West, S. G., 2011. Violence against mental health professionals: when the treater becomes the victim. *Innovations in clinical neuroscience*, 8(3), pp. 34-39.
- Bojič, M., 2016. Izpostavljenost nasilju zdravstvenih delavcev na delovnem mestu: diplomsko delo. Jesenice, Fakulteta za zdravstvo.
- Bernot, M. & Lokar, K., 2012. Inovativni pristopi k upravljanju s kadrovskimi viri v kriznih razmerah [Online] Available at: https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/kongres_90let_opt.pdf [Accessed 9.8.2022].
- Čabašek-Tavnik, Z., 2017. Sodelovanje zdravnikov in medicinskih sester pri obravnavi pacienta z nasilnim vedenjem. In: L. Lončnar, ed. Zagotavljanje delovnega okolja brez nasilja za zaposlene in paciente v zdravstvenem sistemu "Ničelna toleranca do nasilja", Otočec, 9. Oktober 2017. Ljubljana Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, p. 12.
- Dernovšek, M., Lovrenčič, M., Uršič Polh, A. & Tavčar, R. eds., 2019. Priporočila za preprečevanje nasilnih incidentov, okvirne usmeritve za zaščito zdravništva na delovnem mestu. [Online] Available at: [https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/prepre%C4%8Devanje-nasilja-zzs-s-cip.pdf?sfvrsn=28883136_10](https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/prepre%C4%8Devanje-nasilja/priporo%C4%8Dilo-prepre%C4%8Devanje-nasilja-zzs-s-cip.pdf?sfvrsn=28883136_10) [Accessed 6.8.2022].
- Dobnikar, B. & Vidmar, V., 2008. Raziskava o nasilju nad zdravniki. Zdravniška zbornica Slovenije, Ljubljana. [Online] Available at: https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/statistika-in-analize/microsoft-word-raziskava-o-nasilju-nad-zdravniki-poro%C4%8Dilo.pdf?sfvrsn=99742e36_4 [Accessed 23.6.2022].
- Gabrovec, B., 2014. Organizacijski model zagotavljanja varnosti in kakovosti pri obravnavi psihiatričnega bolnika z vidika različnih deležnikov: doktorska disertacija. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.
- Gillespie, G. L. Gates, D. M., Miller, M. & Howard, K. P., 2010. Workplace violence in healthcare Settings: Risk factors and protective strategies. *Rehabilitation Nursing*, 35(5), pp. 117-184.
- Giribaldi, M., 2015. Ordine assistenti sociali - Consiglio nazionale: Indicazioni e strumenti per prevenire e affrontare il rischio di violenza nei confronti dei professionisti dell'aiuto. Ministero della Salute, [Online] Available at: <http://www.cnoas.it/files/000002/00000284.pdf> [Accessed 29.7.2022].
- Goleman, D., 2001. What make a leader. Boston: Harvard Business review.
- Lorber, M., 2018. A healthy work environment. Obzornik zdravstvene nege 52(3), pp. 148-152.
- Lown, B. A. & Manning, C. F., 2010. The Schwartz Center Rounds: evaluation of an interdisciplinary approach to enhancing patient-centered communication, teamwork, and provider support. *Academic Medicine*, 85(6), pp. 1073–1081.
- O'Leary, K. J., et al., 2011. Structured interdisciplinary rounds in a medical teaching unit: Improving patient safety. *Archives of Internal Medicine*, 171(7), pp. 678–684.
- Pejić, M. & Zagorc, N., 2014. Emocionalna inteligencija v medsebojnih odnosih na delovnem mestu. Medsebojni odnosi v zdravstveni negi zbornik prispevkov, 6. Dnevi Marije Tomšič, Dolenjske Toplice, 23. Januar 2014. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede
- Pich, J., Hazelton, M., Sundin, D. & Kable, A., 2010. Patient-related violence against emergency department nurses. [Online] Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1442-2018.2010.00525.x> [Accessed 23.6.2022].
- Poček, U., 2007. Stališča medicinskih sester do fizične agresije psihiatričnih bolnikov. In: V. Čuk, ed. Kakovost in varnost v psihiatrični zdravstveni negi: zbornik prispevkov. Strokovno srečanje Kakovost in varnost v psihiatrični zdravstveni negi, Vojnik, 8. Junij 2007. Ljubljana Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, pp. 22-25.
- Price, O. & Baker, J., 2012. Key components of de-escalation techniques. A thematic Synthesis. *International Journal of Mental Health Nursing* 21(4), pp. 310-319.
- Richmond, J., et al., 2012. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project Beta De-escalation Workgroup. *West Emergency Medicine*, 13(1), pp. 17-25.

- Salami, S. O., 2011. Personality and psychological well-being of adolescents: the moderating role of emotional intelligence. *Social Behavior and Personality*, 39(6), pp. 785-794.
- Sfantou, D. F., et al., 2017. Importance of leadership style towards quality of care measures in healthcare settings: a systematic review. *Healthcare*, 5(4), pp. 73.
- Stewart, M., Brown, J. B., Boon, H., Galajda, J., Menedith, I. & Sangster, M., 1999. Evidence on patient – doctor communication. *Cancer prevention & Control*, 3(1), pp. 25-30.
- Thew, J., 2012. Made not born. Technology can teach healthcare professionals empathy. [Online] Available at: <http://helathstandards.com/blog/2012/09/94/empathy/> [Accessed 23.6.2022].
- Tschudin, V., 2004. Etika v zdravstveni negi: Razmerja in skrbi. Ljubljana, Slovenija: Edocy.
- Tkalec, L., 2001. Šikaniranje. Ljubljana: Teorija in praksa, 38(5), pp. 908-926.
- Ule, M., 2006. Spregledana razmerja; Vloga negovalnega komuniciranja v zdravstvu. In: B. Filej, M.B. Kaučič, M. Lahe & M. Pajnkihar eds. Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege: zbornik predavanj in posterjev. 1. simpozij zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo, Maribor 21.09.2006. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp 13-17.
- Vatovec-Progar, I., 2009. Nasilje v zdravstvu – Kako nam je v pomoč zdravniška zbornica Slovenije. [Online] Available at: <http://www.drmed.org/wp-content/uploads/2014/06/II.-Zadrap%C4%8Dev-2009.pdf> [24.5.2022].
- Založnik, S., 2015. Kaj pa medicinske sestre, zaposlene v zdravstvenih domovih? [Online] Available at: <http://www.medicinske-sestre.si/page/5/> [Accessed 25.6.2022].
- Zupančič, K., 2018. Učinkovitost interdisciplinarnih timov v zdravstvu: magistrsko delo Univerza v Ljubljani.
- Železnik, D., et al., 2011. Aktivnosti zdravstvene nege za diplomirane medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege v ambulantni družinske medicine. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, p. 35.

Profesionalna komunikacija med medicinsko sestro in onkološkim pacientom

Professional communication between a nurse and an oncology patient

Mirjana Jančič, dipl. m. s.

UKC Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo

Izvleček

V okviru Klinike za ginekologijo in perinatologijo se nahaja tudi Oddelek za ginekološko onkologijo in onkologijo dojk. Tako se medicinske sestre v delovnem procesu srečujemo z onkološkimi pacienti, vse od postavljene diagnoze rak, skozi zdravljenje, ki je lahko operativno, s kemoterapijo, radioterapijo ali kombinirano zdravljenje, pa do paliativne oskrbe in terminalne faze. Komunikacija med onkološkim pacientom, njegovimi bližnjimi in medicinsko sestro se mora ohranjati na profesionalni in spoštljivi ravni. Pri tem je namen izpostaviti osnove komunikacije, dejavnike, ki vplivajo nanjo in metode, kako si medicinska sestra v času, ko je pacientu postavljena diagnoza rak, skozi zdravljenje in ob morebitni terminalni fazi, lahko pomaga. Z izborom pravilne metode komunikacije pomaga pacientu v čustveni stiski in sama pri tem ne zaide v emocionalno dogajanje. Ob tem ohrani lastno in pacientovo zasebnost, avtonomnost, spoštuje pacientove pravice, kodeks etike in ravna etično ter odgovorno.

Ključne besede: avtonomija, zasebnost, spoštovanje, empatija, komunikacijske tehnike

Abstract

The Department of Gynecological Oncology and Breast Oncology is also located within the Clinic for Gynecology and Perinatology. This is how nurses meet with oncology patients, right from the diagnosis of cancer, through treatment, which can be operative, with chemotherapy, radiotherapy or combined treatment, all the way to palliative care and the terminal phase. Communication between the oncology patient, his relatives and the nurse must be maintained at a professional and respectful level. Here, the purpose is to highlight the basics of communication, the factors that influence it and the methods by which a nurse can help a patient when a cancer diagnosis is made, during treatment and in the eventual terminal phase. By choosing the correct method of communication, she helps the patient in emotional distress and does not herself get involved in emotional events. At the same time, he maintains his own and the patient's privacy, autonomy, respects the patient's rights, the code of ethics and acts ethically and responsibly.

Key words: autonomy, privacy, respect, empathy, communication techniques

Uvod

V interaktivnem odnosu med medicinsko sestro, onkološkim pacientom in njegovimi bližnjimi je potrebno najti pravi način komunikacije in v težkih življenjskih situacijah pravilno metodo pristopa, izbire besed in izražanja empatije. Ob raziskovanju pravilnega pristopa se pojavi vprašanje, če le ta poteka na način, kjer se ohranjata medsebojno spoštovanje in avtonomija.

Komunikacijo lahko opredelimo kot proces, v katerem se informacije izmenjujejo z izmenjavo verbalnih in neverbalnih sporočil in kjer se ustvari odnos med medicinsko sestro in pacientom kot ena izmed temeljnih vrednost zdravstvene nege

za visokokakovostno in sočutno oskrbo (Bramhall, 2014). Izrednega pomena je sposobnost uspešnega komuniciranja med medicinsko sestro in onkološkim pacientom. Na podlagi dolgoletnih izkušenj in učenjem komunikacijskih veščin si medicinske sestre pridobijo veščine terapevtskega komuniciranja (Sharma & Gupta, 2022). Sposobnost učinkovite komunikacije niso samo izkušnje in poznavanje metod, temveč k njej pripomore tudi čustvena inteligenco, pri čemer je pomembna človekova sposobnost obvladovanja svojih notranjih občutkov in potenciala za ustvarjanje pozitivne interakcije (Petrovici & Dobrescu, 2014). Komunikacija je učinkovita, ko temelji na pacientovem poznavanju svoje diagnoze, sprejemanju in zanimaljanju, izražanju čustev in dogovarjanju (Kumar, et al., 2018).

Potretno se je zavedati, da se pacientova psihološka razлага in pogled na klinično resničnost lahko precej razlikujeta od profesionalnega medicinskega stališča in lahko zato medicinska sestra posledično, z dobronamerne pogleda, prezre resnično stanje pacienta (Chan, et al., 2018). Medsebojni odnosi in pravilna komunikacija so pomembni, saj medicinska sestra preživi na delovnem mestu veliko časa. Zaradi slabih komunikacijskih poti lahko pride do konfliktov, ki lahko postanejo velik komunikacijski problem, zato se moramo zavedati, da bolj kot nam je ob sogovorniku neugodno, več truda bomo potrebovali, da mu bomo pokazali, da ga poslušamo, spoštujemo in se zavedamo njegovih potreb (Saje, 2014).

Na razumevanje dejavnikov tveganja vpliva tudi pacientova izobrazba, zato je potrebno poznati pacientovo znanje, kajti le tako lahko podamo informacije kvalitetno in na njemu razumljiv način (Carey, et al., 2018). Pri tem se mora priznavati pacientovo izkustveno znanje, vloga pacienta kot lastnega skrbnika in sposobnost, da se sam odloča glede na svoje potrebe in vrednote (Pomey, et al., 2021). Pri sporočanju novice pacientu, ki negativno vpliva na človekovo zdravstveno stanje v prihodnosti, je v komunikaciji pomembno stališče oziroma pristop osebe, ki sporoča slabo novico. Empatija, prilagajanje poteku posveta, jasnost sporočila in sposobnost odgovoriti na vprašanja je zavedanje, da to ni izolirana veščina, ampak posebna oblika sporazumevanja (Petek, 2014). Odnos med njima je interakiven proces, zato mora medicinska sestra zraven elementov terapevtskega odnosa znati presoditi in refleksirati tudi svoje komunikacijsko vedenje (Stiefel, et al., 2018).

Veščine za izboljšanje komunikacije

Metoda SPIKES je sestava črk in pomenov in sicer S (setting) pomeni priprava in zagotavljanje primerenega, mirnega prostora in časa, vključno z osebami, ki morajo prisostvovati pogovoru. P (perception) pomeni zaznavanje, da si pacient in svojci vzamejo čas za razumevanje povedanega ter odgovarjanje na vsa njihova vprašanja v smislu nejasnosti in pridobivanja informacij, koliko že vedo o svoji bolezni, pri čemer se opazuje pacientov odziv. I (invitation or information) pomeni povabilo in informiranje. V pogovoru se izve, če si pacient želi vedeti vse podrobnosti o svoji bolezni. K (knowledge) je znanje pri čemer se pacienta obvešča o bolezni na tak način, da bo za njega najlažje razumljivo. Preverja se njegovo razumevanje. E (empathy) je empatija, ki opozarja na čustvene reakcije dojemanja bolezni. Potrebno je poslušati pacienta. S (summarize and strategize) pomeni strategija in povzetek, da se skupaj s pacientom in svojci sestavi plan, kako naprej, kaj si želi. Naredi se povzetek pogovora (Kennedy Sheldon, 2016).

Metoda NURSE je veščina, pri kateri se medicinska sestra lahko poglobi v izražanje čustev pacienta pri dojemanju bolezni. N (name) je poimenovanje čustev, ki jih je izrazil pacient, U (understand) pomeni razumeti čustvene reakcije. R (respect) je spoštovanje pacientovih sposobnosti in izzivov. S (supportive) je podpora pacientu, ki dokazuje pripravljenost medicinske sestre, da priskoči na pomoč in E (emotion) so čustva, ki jih pacient izrazi s pomočjo vprašanj (Kennedy Sheldon, 2016).

Deeskalacijske tehnike so izbor metod in pristopov, namenjenih obvladovanju jeze, agitacije in preprečevanju agresivnega vedenja pacienta. Neverbalne deeskalacijske tehnike zajemajo upoštevanje posameznikovega osebnega prostora, pri čemer se svetuje pogovaranje v isti višini, najbolje sede, saj ni priporočljivo biti v višjem položaju od pacienta. Roke naj bodo na vidnem mestu, telesna drža naj bo mirna in odprta ter skladna z verbalnim sporočilom. Vzpostavljen naj bo očesni stik, vendar ni priporočljivo strmeti, ampak se poskuša obdržati nevtralen izraz z nadzorovano obrazno mimiko. Izogibati se je potrebno nenadnim in hitrim gibom, kazanju ali žuganju s prstom, dvigu ene roke in gestam, ki ponazarjajo nezanimanje. Vsako dejanje, ki vključuje dotik, je potrebno predhodno jasno razložiti oziroma napovedati, sicer se le ta odsvetuje. Govor mora biti miren, počasen, razložen in odločen in ne glasnejši od bolnikovega. Verbalne deeskalacijske tehnike svetujejo najprej vzpostavitev verbalnega kontakta, pri čemer se medicinska sestra pacientu predstavi in uporabi spoštljivo komunikacijo ter poda osnovne informacije. Uporablja enostavne, kratke povedi in preprost besednjak, pri čemer sporočilo večkrat ponovi in se izogiba kompleksnim vprašanjem ter pacientu dopusti dovolj časa za odgovor. Pokaže, da ga sliši kaj ji govori, s kratkimi neverbalnimi in verbalnimi odzivi, pri čemer poskuša identificirati pacientove želje, občutke in čustva, ki so vzrok

vedenja. Meje in pravila morajo biti jasna, pacient je aktivno vključen v razreševanje težav, podajajo se realna pričakovanja in izvajajo se pogovor in pojasnilna dolžnost glede izvedenih intervencij, pri čemer se ne sme pozabiti na pohvalo in opravilo. Humor se odsvetuje zaradi možnega napačnega razumevanja, le pacient si lahko vzame premor ali se odloči za umik.

Deset korakov deeskalacijskih tehnik:

- spoštuj pacientov osebni prostor,
- izogibaj se provokativni neverbalni komunikaciji,
- vzpostavi verbalni kontakt,
- bodi jedrnat,
- prepoznej pacientove želje in občutke,
- pozorno poslušaj, kaj pacient govorii,
- dogovori strinjanje ali nestrinjanje,
- opozori na pravila in meje,
- ponudi različne možnosti in bodi optimističen,
- pogovor in pojasnila glede izvedenih intervencij (debriefing) (Čelofiga & Koprivšek, 2018).

Termometer za oceno stiske je le eden izmed mnogih presejalnih instrumentov, ki se uporablajo v klinični praksi, pri katerem posameznik poda subjektivno oceno svoje stiske, doživete v zadnjem tednu, na lestvici od 0 do 10. Ocena 0 pomeni, da posameznik v zadnjem tednu ni bil v stiski in najvišja ocena 10, da je bil v zelo hudi stiski (Simonič, 2014).

Komunikacijski interakcijski koraki, ki jih lahko uporabimo predvsem, kadar smo v zahtevnih interakcijah v odnosu do pacienta in njegovih svojcev in predstavljajo praktičen in varnostno usmerjen pristop. Pri tem pokažemo osnovne poklicne manire, smo neposredni, jasni, pošteni in natančni, priznamo omejitve v napovedovanju izidov zdravljenja, zagotovimo dosledno sporočanje o načrtu oskrbe, zmanjšamo razdrobljeno komunikacijo in jo poskušamo omejiti, na zahtevne interakcije se odzovemo neposredno, pacientu jasno predstavimo pravila in vedenjska pričakovanja, pri čemer žaljiv in rasističen jezik ter grožnje ne bodo tolerirani (Rosenstein & Park, 2022).

Zaključek

Narava dela od medicinskih sester in ostalih članov ožjega in širšega zdravstvenega tima zahteva visoko stopnjo profesionalne komunikacije. Tehnike in metode za učenje večin komunikacije, za izboljšanje le-te, za izražanje empatije in podporo pri spoprijemanju z bolezni, pri komunikacijskih ovirah in šumih ter v nepričakovanih situacijah, so v veliko pomoč, da komunikacija postane in ostane na visokem strokovnem, profesionalnem nivoju.

Učinkovita komunikacija predstavlja občutek varnosti za pacienta in za medicinsko sestro in tega se morajo zavedati pacienti, njihovi svojci in vsi člani zdravstvenega tima, ki vstopajo v pacientovo obravnavo.

Literatura

- Bramhall, E., 2014. Effective communication skills in nursing practice. *Nursing Standard*, 29(14), pp. 53-59.
- Carey, M., Herrmann, A., Hall, A., Mansfield, E. & Fakes, K., 2018. Exploring health literacy and preferences for risk communication among medical oncology patients. *PLoS ONE*, 13(9), pp. 1-12.
- Chan, E., Fiona, A., Man Yin Cheung, W. & Lam, W., 2018. Patients' perceptions of their experiences with nurse-patient communication in oncology settings: A focused ethnographic study. In: *PLoS ONE*, 13(6), pp. 1-17.
- Čelofiga, A. & Koprivšek, A., 2018. Osnove deeskalacijskih tehnik, In: Čelofiga, A., Bon, J. & Novak Šarotar, B. eds. Združenje psihiatrov SZD. Ljubljana, pp. 9-12, 18-27. Available at: http://www.zpsih.si/media/documents/deeskalacija_prirocnik.pdf [26.07.2022].
- Kenedy Sheldon, L., 2016. Communication. In: Newton, S., Hickey, M. & Bran M., J., Mosby's Oncology Nursing Advisor, pp. 417-420. Available at: https://books.google.si/books?id=gCAPDQAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=sl&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false [26.07.2022].
- Kumar , S. P, D'Souza, M. & Sisodia,V., 2018. Interperonal Communication Skills and Palliative Care: „Finding the story behind the story“. *Indian Journal of Palliative Care*, 20(1), pp. 62-64.

- Petek, D., 2014. Sporočanje slabe novice. In: Ribarič, S. Umotvor 6. Ljubljana: Medicinska fakulteta Ljubljana, pp. 117-21. Available at: https://www.mf.uni-lj.si/application/files/2116/0509/5328/umotvor_6.pdf [29.07.2022].
- Petrovici, A. & Dobrescu, T., 2014. Ther role of emotional intelligence in building interpersonal communication skills. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 116(2014), pp. 1405-1410.
- Pomey, M. P., De Guise, M., Desforges, M., Bouchard, K., Vialaron, C., Normandin, L., et al., 2021. The patient advisor, an organizational resource as a lever for an enhanced oncology patient experience (PAROLE-onco): a longitudinal multiple case study protocol. BMC Health Services Research, 21(10), pp. 1-12.
- Rosenstein, L., D., Park, E., 2022. Challenging interactions with patients and families in palliative care. Available at: https://www.uptodate.com/contents/challenging-interactions-with-patients-and-families-in-palliative-care?search=profesional%20communication%20between%20nurse%20and%20oncology%20patient&source=search_type=default&display_rank=8 [10.08.2022].
- Saje, M., 2014. Reševanje konfliktov v medosebnih odnosih. In: Nose, B. & Jugovič, B. Medsebojni odnosi v zdravstveni negi. Novo Mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo Mesto, pp. 68-77.
- Sharma, N. & Gupta, V., 2022. Therapeutic Communication. StatPearls Publishing LLC. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567775/> [29.07.2022].
- Simonič, A. 2014. Prepoznavanje in obravnavanje čustvene stiske pri pacientih z rakom. In: Krajnc, A. eds. Z dokazi v prakso – obvladovanje simptomov v onkološki zdravstveni negi. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 67-77.
- Stiefel, F., Kiss, A., Salmon, P., Peters, S., Razavi, D., Cervantes, A., 2018. Training in communication of oncology clinicians: a position paper based on the third consensus meeting among European experts in 2018. Annals of Oncology, 29(10), pp. 2033-2036.

Prijaznost - ključ do učinkovite komunikacije in boljših medosebnih odnosov na delovnem mestu

Kindness - the key to effective communication and better interpersonal relationships at the workplace

Rosana Turčin, mag. zdr. nege, Eva Ornik, dipl. m. s., Patricija Šraj, dipl. m. s.,

Anamarija Štorek, dipl. m. s., Sara Rihtarič, dipl. m. s.

Socialno varstveni zavod Hrastovec

Izvleček

Prijaznost na delovnem mestu v veliki meri olajšuje delo, komunikacijo in izboljšuje medosebne odnose. Prijazna komunikacija v timu je ključnega pomena, saj predstavlja osnovo medosebnih odnosov. Komunikaciji je potrebno posvetiti posebno pozornost, saj v praksi predstavlja nujno potreben element spoznavanja med ljudmi. Vse, kar se dogaja med ljudmi, se dogaja zaradi komunikacije. Komuniciranje in s tem sodelovanje, je nujen proces za tvorjenje in ohranjanje medosebnih odnosov. O kakovosti medsebojnih odnosov se pogosto zamislimo šele takrat, ko se pojavijo prepreke ali kadar nam je potrebna pomoč in prihaja do konfliktov. Konflikt posledično uniči odnose in zastrupi celoten tim, hkrati pa osvetli problem in pokaže potrebo po spremembah in možnosti usklajevanja različnih mnenj. Na delovnem mestu se prezivi večino svojega časa, zato je izrednega pomena, da v samem delovnem procesu prevladuje dobra delovna klima, saj tako zaposleni ostajajo zvesti organizaciji.

Ključne besede: prijaznost, komunikacija, medosebni odnosi, timsko delo

Abstract

Kindness in the workplace greatly facilitates work itself, communication and also improves interpersonal relations. Friendly communication within the team is crucial, because it is the basis of interpersonal relationships. Communication is the absolute necessity in practice of getting to know people, that is why we need to give special attention to it. Everything that happens between people, happens due to communication. Communication and thus cooperation, is a necessary process for creating and maintaining interpersonal relationships. We often think about the quality of mutual relationships when obstacles appear or when conflict arises and we need help with it. Conflict destroys relationships and poisons the entire team, but at the same time, it sheds a light on the problem, shows the need for change and the possibility of coordinating different opinions. We spend most of our time at a workplace, so it is extremely important that we have a good working environment, as this is how employees can remain loyal to the organization.

Key words: kindness, communication, interpersonal relations, teamwork

Uvod

Rast in uspešnost vsake organizacije je odvisna predvsem od ljudi, ki v njej delajo. Zaposleni med seboj komuniciramo in s tem oblikujemo medosebne odnose. Vsak človek pa je individuum in ima svoje osebne lastnosti, sposobnosti, znanje, izkušnje in različno motiviranost za delo, zato so toliko raznoliki tudi medosebni odnosi. Najbolj pa je to izrazito pri zaposlenih,

ki delamo v timu in se moramo zavedati, da je edino prijazna komunikacija ključ do dobrih medosebnih odnosov (Ožbolt, 2011). Na delovnem mestu preživimo večino svojega časa, zato je izrednega pomena, da v samem delovnem procesu prevladuje dobra delovna klima ter dobri, spôstljivi medsebojni odnosi (NAPREJ zdravo in aktivno v prihodnost, 2021). Ob zagotovljeni ugodni delovni klimi ter med prijaznimi medsebojnimi odnosi se tako poveča tudi veselje do dela, kar se navsezadnje odraža tudi v zasebnem življenju. V nasprotnem primeru se lahko hitro soočimo z negativnimi občutki, ki nas bremenijo tudi, ko delovno mesto zapustimo (Betzler & Löschke, 2021).

Namen prispevka je obnoviti in poudariti, kako pomembna je prijaznost v komunikaciji za doseganje dobrih medosebnih odnosov na delovnem mestu.

Cilji prispevka so:

- prikazati pomen prijavnosti za učinkovitejšo komunikacijo,
- poudariti pomen dobrih medosebnih odnosov v timu,
- predstaviti rezultate opravljenih raziskav na delovnem mestu.

Prijaznost

Povezava med prijaznostjo in večjim zadovoljstvom zaposlenih je vse bolj priznana, se poudarja in izpostavlja v ospredje. Prijaznost na delovnem mestu v veliki meri olajšuje delo, komunikacijo in izboljšuje medosebne odnose in od zaposlenih ne zahteva ogromno vloženega truda, denarja in ne posebnega usposabljanja. Po drugi strani pa že majhna gesta prijaznosti pogostokrat zelo pripomore pri ublažitvi stresa in zaposleni dobijo občutek, da niso sami in da se jim je od srca odvalil kamen (Jazwiecic, 2009). Ob prijazni pomoči se zaposleni tudi marsikdaj zjočejo in se po rešeni situaciji včasih tudi zjočejo, z nasmeškom in občutkom zaupanja se zahvalijo. Nato tudi sami pričnejo gledati na stvari iz drugega zornega kota in se vzajemno pridružijo k iskanju rešitev.

S prijaznostjo in izkazanim spoštovanjem sodelavcu izrazimo empatičnost, človeške vrline ter s tem izboljšamo medsebojne odnose na delovnem mestu. Ključnega pomena v dobrih medsebojnih odnosih ter komunikaciji imajo zraven prijaznosti še aktivno poslušanje, podpora in pozitivna naravnost do sodelavcev, medsebojno izkazovanje hvaležnosti, medsebojna pomoč in podpora pri iskanju rešitve, kadar v timu naletimo na problem (Indeed Editorial Team, 2021). S prijazno medsebojno komunikacijo gradimo boljše medsebojne odnose, s tem pa izboljšamo kakovost opravljenega dela. S tem se izboljša tudi zadovoljstvo vseh uporabnikov ter izvajalcev, ki so vključeni v proces dela (Rešetič, 2014).

Thompsonova (2018) je opisala nekaj primerov prijaznosti na delovnem mestu in jih na kratko povzela:

- Priskočimo sodelavcu na pomoč. Če probleme pogledamo še iz druge perspektive, mogoče ne izgledajo tako veliki, kot se zdijo na prvi pogled.
- Podelimo pohvalo, zahvalo, kompliment, dobro besedo.
- V stiski se vselej osredotočajmo na svetlo stran in si pomagajmo s kančkom humorja tam, kjer je umestno.
- Vključimo pozitivne, vzpodbudne in dobre misli, ki ohrabrujejo.
- Bodimo spontano prijazni; nekomu naklonimo nasmeh, zjutraj poklonimo bombonček, ki bo čakal na mizi ali zvečer skuhajmo kavico za nočno izmeno. Na ta način se bo povsod širila PRIJAZNOST.

Komunikacija v timu

V grobem komunikacijo delimo na verbalno (besede, barva glasu itn.) in neverbalno (ustvarjanje vtisa o človeku, govorica telesa itd.).

Pri verbalni komunikaciji besede, ki jih izgovorimo, delimo v tri skupine:

- temne besede (pri sogovorniku spodbudijo nelagodne občutke),
- svetle besede (so besede, ki pri sogovorniku spodbudijo lepe občutke, saj dajemo z njimi vedeti, da mu zaupamo, nam je v njegovi družbi prijetno, ga spoštujemo in sprejemamo),
- magične besede (besede, ki so nam jih privzgojili starši in so odraz osebne kulture) (Ramovš, 2014).

"Besede so le skupek črk, ki nam že tisočletja dajejo pomen, ... so ključne pri sporazumevanju, izražanju ... so naše orodje, s katerim gradimo močne mostove med seboj in žal, pogosto tudi naše orožje, s katerim prizadenemo sebe in druge" (Lapornik, 2017).

Komunikacija je proces prenosa informacij in skupnega razumevanja od ene osebe do druge. Komunikacija na delovnem mestu je ključnega pomena za vzpostavljanje in vzdrževanje kakovostnih delovnih odnosov v organizacijah. Je ustvarjanje ali izmenjava misli, idej, čustev in razumevanja med pošiljalji in prejemniki. Učinkovita komunikacija je pomembna, saj vsaka funkcija in dejavnost vključuje neko obliko neposredne ali posredne komunikacije. Posledično morajo osebe za izboljšanje učinkovitosti komunikacije razviti zavedanje o pomembnosti odgovornosti pošiljalja in prejemnika ter se držati veščin aktivnega poslušanja (Adu - Oppong, 2014).

Za komunikacijo velja, da negativna naravnost težko prinese pozitivne rezultate. Vendar je težko ohraniti pozitivno naravnost v okolju, kjer se vedno govorí le o negativnih vidikih. Zato je pomembno, da se, kolikor je mogoče, izogibamo ogovarjanju, razpravi o problemih, nerešljivih težavah, iskanju krvcev. Pozitivno komunikacijo lahko ustvarjamo s tem, da izstopimo iz vloge žrtve, da iščemo dobre stvari v vsaki situaciji, da razmišljamo o svojih močnih kvalitetah, o tem, v čemer smo dobri ter enako prepoznavamo, spoštujemo in cenimo tudi pri drugih (Lapornik, 2017).

Za komunikacijski proces bi lahko rekli, da je uspešen, kadar dosežemo cilj, ki smo si ga zastavili ali kot njen pobudnik ali sprožilec. Učinkovita komunikacija pa je tista, kjer smo za doseg cilja uporabili najmanj napora in virov. Dobra podlaga za uspešnost in učinkovitost v komunikaciji sta naša skladnost, ko delamo tisto, kar govorimo, in naša integriteta, ko prevzamemo popolno odgovornost za svoj del v komunikaciji, ki predstavlja 50 % celotnega komunikacijskega procesa. Značilnosti uspešne in učinkovite komunikacije so, da je jasna in ciljna, spoštljiva, dvosmerna, odprta in tekoča, iskrena, tvorna in tolerantna, pozitivno naravnana ter da izraža tistega, ki govorí in temelji na dobrem stiku med tistimi, ki komunicirajo (Lapornik, 2017).

Komunikaciji je potrebno posvetiti posebno pozornost, saj v praksi predstavlja nujno potreben element spoznavanja med ljudmi (Klemenc, 2006). S komunikacijo se sprejema odločitve, analizira probleme, zagotavlja pravočasno in natančno opravljanje nalog, če se pa komunikacija pretrga, je s tem ogrožena uspešnost celotnega tima (Dobrič, 2009).

Čustvena inteligentnost

(Pre)hitro narekovani tempo življenja, z vsemi posledicami, je ohromil tisti del človeka, zaradi katerega naj bi človek bil človek v pravem pomenu te besede. Čustveno inteligentnost predstavljajo človekove čustvene potrebe, vrednote, njegovo vedenje. Od čustvene intelligence je odvisno, kako bo oseba delala, koliko bo uspešen na delovnem mestu in v odnosih z drugimi. Lastnosti, kot so odgovornost, družabnost, dobronamernost, krepijo medosebne odnose, medtem ko sebičnost, negativna naravnost, zahrbtnost, slabijo odnose in iz njih izvabljam povsem nepotrebitno in nepopravljivo škodo do sočloveka (Simmons & Simmons, 2000 cited in Pejić & Zagorc, 2014).

Medosebni odnosi na delovnem mestu

Vse, kar se dogaja med ljudmi, se dogaja zaradi komunikacije. Če je komunikacija dobra, so dobri tudi medosebni odnosi. Dobri ali slabi medosebni odnosi se zrcalijo tudi v delu ljudi in njihovem pristopu do drugih ljudi. Ljudje so med seboj povezani, tam, kjer so odnosi dobri, sproščeno komunicirajo drug z drugim, ne glede na pozicijo delovnega mesta. Ti ljudje navzven odsevajo zadovoljstvo in predanost delu ter poklicu, kar k pozitivnem razmišljanju vzpodbuja tudi okolico, hkrati pa vzbuja zaupanje (Flajs, 2005).

Komuniciranje in s tem sodelovanje, je nujen proces za tvorjenje in ohranjanje medosebnih odnosov. Medosebni odnosi so posledica dolgotrajnejšega in ponavljajočega se sodelovanja. Pričenjajo se s tem, da se odnosa zavedamo in ga razvijamo naprej, z usklajevanjem sodelovanja (Ožbolt, 2011).

Za dobre medsebojne odnose na delovnem mestu sta ključnega pomena tudi pohvala in priznanje. O kakovosti medsebojnih odnosov se pogosto zamislimo šele takrat, ko se pojavijo prepreke ali kadar nam je potrebna pomoč (Dobrič, 2009). Odnosi med sodelavci, ki se oblikujejo na delovnem mestu, so eni najbolj pomembnih odnosov v življenju. Odnosi vključujejo posameznikovo osebnost in formalno vlogo zaposlenega v organizaciji. Zato je še toliko bolj pomembno, da organizacija

spodbuja komuniciranje in sodelovanje na delovnem mestu, saj se le tako lahko ohranjajo dobri odnosi na delovnem mestu. Prav tako pa so lahko odnosi med sodelavci ali vodstvom in delavci, naj si bodo dobri ali slabi, močan dejavnik za občutek pripadnosti organizaciji ali občutek motivacije za delo (Jurečič, 2012).

V negovalnem timu je izrednega pomena, da imamo člani dobro razvite komunikacijske spretnosti, smo sposobni empatične komunikacije (znamo prepoznati čustva ter govorico telesa drugega), da drug drugemu pomagamo ter se spoštujemo, vzpodbujamo ter sproti podajamo informacije. Ključno pa je tudi, da se konfliktne situacije pravi čas prepoznajo ter rešijo, vse skupaj pa znatno pripomore k večji delovni učinkovitosti ter zadovoljstvu vseh (Lorber & Skela Savič, 2011).

Povsem naravno pa je, da med člani tima prihaja tudi do konfliktov. Pri tem je pomembno, da pazimo na svoje izrečene besede. Konflikte na delovnem mestu lahko opredelimo kot situacijo, ki povzroči razdor med tistimi, ki bi morali najbolj sodelovati. Konflikt posledično uniči odnose in zastrupi celoten tim (Crawley & Graham, 2012), hkrati pa osvetli problem in pokaže potrebo po spremembah in možnosti usklajevanja različnih mnenj (Prebil et al., 2009). Na koncu bomo uskladili in uredili vse, pomembno je, da iz situacije potegnemo pozitivno plat.

Medsebojni odnosi, ki temeljijo na pozitivnosti ugodno vplivajo na vsakega posameznika, ki je vključen v delovni proces. Vsi zaposleni pa so zaradi tega bolje motivirani ter zavzeti za delo, pripravljeni pomagati drug drugemu, navsezadnje pa ostanejo zvesti organizaciji, pri kateri so zaposleni, saj se tam dobro počutijo (Seppälä & K. McNichols, 2022).

Diskusija

Ljudje smo si različni in s tem ni nič narobe. Vsak s svojimi lastnostmi vstopa v delovni proces. Pomembno pri tem pa je, da se znamo med seboj poslušati in slišati in da smo spoštljivi in prijazni ter odprtii do vseh. Pomembno je, da argument moči nadomestimo z močjo argumenta vsakič, ko se znajdemo v konfliktnih situacijah ali nesporazumih, kjer je to nujno potrebno. Prav tako je pomembno, da se iz napak učimo, se o njih pogovarjamo, brez obtoževanja in kazanja s prstom na posameznika. Pomembno je, da ugotovimo, kaj lahko storimo, da se to ne bo več ponovilo (Ovijač, 2012).

Nenehno se učimo, še posebej v stroki, ki se spreminja in intenzivno razvija. Prav je, da opozarjam na napake, vendar na pravilen način, z ustrezno komunikacijo. Le tako nam bodo zaposleni še naprej zaupali in nas opozarjali na nepravilnosti. Le s primerno komunikacijo in pristopom, odnosom, bomo znali krmariti tako, da se nihče ne bo počutil kaznovanega, hkrati pa bo tudi delo odgovorneje in strokovno opravljeno.

V službi preživimo več časa svojega življenja, kot doma, zato je pomembno, kako se počutimo. Na delovnem mestu sodelujemo z ljudmi, ki imajo različne osebne lastnosti. Čustvena inteligenco je pomemben dejavnik pri prilagajanju drugim. Če torej želimo dobre medsebojne odnose, se moramo v prvi vrsti potruditi, da se bomo osebno razvijali. Kadar oseba nima razvite čustvene intelligentnosti, se ni sposobna vživeti v čustva drugih. To negativno vpliva na komunikacijo in medsebojne odnose med zaposlenimi. Zato moramo razvijati lastno čustveno inteligenco, ki se pozitivno odraža v večji kakovosti odnosov med zaposlenimi, pri motiviranosti, ustvarjalnosti zaposlenega na delovnem mestu in v lažjem skupnem reševanju težkih situacij (Pejić & Zagorc, 2014).

Področje dela medicinske sestre je zdravstvena nega, pri čemer so medicinske sestre postavljene v vse zahtevnejši in vse bolj občutljiv položaj. Intenziteta dela, sodobna tehnologija in okoliščine dela narekujejo vse večjo zahtevnost negovalnih intervencij, vse več potreb ljudi pa narekuje pričakovanja pacientov po čim višji kakovosti zdravstvenih storitev. Proces zdravstvene nege, v katerega je vključen celoten tim, pa vse bolj temelji na medsebojnih odnosih, ki zahtevajo od obeh strani veliko sodelovanja in razumevanja (Jerčič, Kersnič, 2004).

Delamo v stresnem okolju, zato je naš odziv na okoliščine ključnega pomena. Z ljudmi, s katerimi smo danes izmenjali morebitne neprimerne besede, bodo tudi jutri tukaj. Morda jih bomo potrebovali. Čeprav moramo na delovnem mestu biti profesionalni, bo ostal grenak priokus. Skratka, tudi težke stvari, ki si jih moramo povedati, lahko povemo na ustrezni in prijazen način. Delamo tako, kot bi si žeeli, da bi drugi delali z nami.

Ena izmed mnogih slovenskih raziskav iz kliničnega okolja (Jerčič, Kersnič, 2004) je pokazala, da medicinske sestre ocenjujejo pozitiven vpliv humorja na kakovost dela in boljšo delovno klimo ter na boljše medsebojne odnose. Zelo pomembni so dobra volja, dobro vzdušje, smeh, veselje in sproščenost na delovnem mestu, saj je delo že samo po sebi težko in stresno,

delavniki pa prenatrpani. Z lepo besedo, dejanjem pozornosti ali z nasmehom vzbudi človek v ljudeh sproščenost, zagnanost in veselje do dela. Tudi na resne stvari je potrebno gledati s kančkom zdravega humorja, saj tako ustvarimo prijazen odnos do sodelavcev in okolice. Humor in smeh prinašata več zdravja, omogočata lažje komuniciranje in sprostitev v še tako težkih situacijah. Prav tako višata delovni elan in po drugi strani odvzemata bolečino. Iz slednjega lahko razberemo, kaj vse lahko prinese lepa beseda, nasmeh, pozitiven pogled na svet - dobro komunikacijo in dobre medsebojne odnose.

Na delovnem mestu veliko časa preživimo vpeti v odnose v timu, kjer so pacienti prisotni, a niso v ospredju. Vsi, ki so blizu, lahko opazijo učinke komunikacije na okolje in ljudi ter si na osnovi tega, kar slišijo, vidijo in občutijo, ustvarijo sliko o posameznikih in timu kot celoti. To pomeni, da se kakovost komunikacije med zaposlenimi v zdravstveni negi širi tudi navzen (Flajs, 2005). "Naši odnosi so tako zelo kompleksni, komunikacija poteka na tako številnih ravneh – verbalni, vizualni, neverbalni in intuitivni, da naše zgolj površinsko črpanje pomanjkljivih podatkov iz mimobežnega srečanja povzroči zmedo in škodljive domneve. Ker se podijo po naši glavi, nas oropajo miru in sreče," (Bagola, 2022).

Medicinska sestra, ki se v tujini ukvarja s preprečevanjem in zaustavljanjem mobinga na delovnem mestu (Thompson, 2018) pravi, da naše delovno okolje oblikuje naš pogled na svet in sprejemanje sveta. Po njenem obstajata dva načina te percepcije; pri prvem zaposleni iz okolja prevzemajo negativne stvari (mislijo negativno, kar privede do konstantnega pritoževanja, slabe volje, nastajanja govoric, zahrbtnosti) pri drugem so zaposleni pozitivno naravnani (govorijo o dobrih novicah, se veselijo sreče in uspeha drugih, so empatični, radi pomagajo, delijo prijaznost). Prav tako je mnenja, da širjenje prijaznosti predstavlja protistrup vsej negativnosti.

Zaključek

Medosebni odnosi na delovnem mestu so vedno aktualna in zelo zaželena tema. Veliko je napisanega in ogromno se govori o odnosih, vendar pa nikoli ni odveč, da znova in znova obujamo, ponavljamo in se zavedamo, da je prijazna komunikacija temelj za dobre medosebne odnose in zakaj so dobri odnosi med sodelavci tako zelo pomembni.

Na delovnem mestu bi morali komunikaciji nameniti več pozornosti. Pomembno je, da se zaposleni dodatno izobražujemo na področju komunikacije (Štih & Ferjan, 2014). Prijazna komunikacija na delovnem mestu, v timu je ključnega pomena, saj predstavlja osnovo medosebnega odnosa. Zelo pomembno je, da s prijazno komunikacijo v odnosu pokažemo tudi, da drug drugega spoštujemo in ga sprejemamo, česar bi si želel vsak zaposleni (Kramar, 2022).

Lahko zaključimo, da nikoli ne smemo podcenjevati moči, ki jo predstavlja prijaznost. Če smo prijazni do sebe, smo sposobni biti prijazni tudi do drugih in se krepiti v osebnostnem razvoju. Nihče ne ve, kakšne bitke nekdo bije v sebi in če širimo prijaznost, lahko tudi ne vede nekomu vlivamo moč, ki jo morda v danem trenutku močno potrebuje, da gre naprej. S takšnim načinom prav tako pričnemo sprejemati kar dajemo in s tem ne izboljšujemo samo medosebnih odnosov, ampak tudi odnos do samega sebe ter tako ponovno osebnostno rastemo.

Literatura

- Adu-Oppong, A., A., 2014. Communication in the Workplace: Guidelines for Improving Effectiveness. Available at: file:///C:/Users/HP/Downloads/208-213-COMMUNICATION-vol-3-5-gjcmp.pdf [6.8. 2022].
- Bagola, A., 2022. Srečo, prosim. Ljubljana: Mladinska knjiga, pp. 223.
- Betzler, M. & Lösche, J., 2021. Colegal Relationships. Ethical Theory and Moral Practice, 05 (02), pp. 2013-229.
- Crawley, J., Graham, K. Mediacija za menedžerje, Razreševanje konfliktov in ponovna vzpostavitev odnosov na delovnem mestu. Ljubljana: Zavod Rakmo, 2012.
- Dobrič, A., 2009. Čustvena inteligenco v povezavi z medsebojnimi odnosi na delovnem mestu: diplomsko delo visokošolskega strokovnega študija. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, pp. 10-25.
- Flajs, N. Učinkovito komuniciranje in reševanje konfliktov. Zbornik seminarja s področja komunikacija je kontaktne kulture, Maribor, 24. februar 2005. Maribor: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Maribor, 2005, pp. 3-25.
- Indeed Editorial Team, 2021. 10 Types of Workplace Relationships and How To Improve Them. Available at: <https://www.indeed.com/career-advice/career-development/types-of-workplace-relationships> [21. 07. 2022].
- Jazwiecic, L., 2009. "Eat That Cookie! Make Workplace Positivity Pay Off For individuals, Temas and Organizations." Pensacola: FL: Fire Starter Publishing.
- Jerčič, L. & Kersnič, P., 2004. Medicinska sestra in humor na delovnem mestu. Obzornik zdravstvene nege, 38, pp. 275-285.

- Jurečič, J., 2012. Medosebni odnosi na delovnem mestu. Zdrava POZA. Gospodarska zbornica Dolenjske in Bele krajine. Available at: http://www.gzdbk.si/media/pdf/projekti/Zdrava_POZA_namig_meseca_2012_oktober.pdf [2.8. 2022].
- Klemenc, D., 2006. Komunikacija kot element kakovostne zdravstvene obravnave z vidika etičnih načel in pacientovih pravic. In: B. Filej, B. M. Kaučič, M. Lahe & M. Pajnkihar, eds. Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege: zbornik predavanje in posterjev 1. simpozija zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo, Maribor, 21. september 2006. Maribor: Društvo medicinskih sester, babcic in zdravstvenih tehnikov, pp. 43-47.
- Kramar, Z., 2022. Komunikacija v zdravstvu. In: Ažman, M. ed. Kakovost in varnost v zdravstvu – Priročnik. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babcic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 44-46.
- Lapornik, K., 2017. Učinkovita komunikacija - korak do sočloveka in uspeha. Trbovlje: Združenje izobraževalnih in svetovalnih središč Slovenije.
- Horber, M. & Skela Savič, B., 2011. Komunikacija in reševanje konfliktov v zdravstveni negi. Obzornik zdravstvene nege, 45(4), pp. 247-252.
- NAPREJ zdravo in aktivno v prihodnost, 2021. Ustrezno vedenje ter dobrni odnosi na delovnem mestu izboljšujejo zadovoljstvo in učinkovitost zaposlenih. Available at: <https://www.naprej.eu/clanki/ustrezno-vedenje-ter-dobri-odnosi-na-delovnem-mestu-izboljsujejo-zadovoljstvo-in-ucinkovitost-zaposlenih/> [20. 07. 2022].
- Ovičič, D., 2012. Medpoklicno sodelovanje in etika v zdravstvu. Obzornik zdravstvene nege, 46 (4), pp. 297-301.
- Ožbolt, K., 2011. Komunikacija in medosebni odnosi: diplomsko delo višješolskega strokovnega študija. Kranj: B & B, Višja strokovna šola, pp. 12-15, 49.
- Pejić, M., & Zagorc, N., 2014. Emocionalna inteligenco v medsebojnih odnosih na delovnem mestu. In: Nose, B. & Jugovič, B. eds. Medsebojni odnosi v zdravstveni negi – Zbornik prispevkov – 6. dnevi Marije Tomšič. Fakulteta za zdravstvene vede Novo Mesto: pp. 36-43.
- Prebil, A., Mohar, P., Drobne, J., 2009. Komunikacija v zdravstvu. Celje: Celjska Mohorjeva družba.
- Ramovš, K., 2014. Z učinkovito komunikacijo do boljših medosebnih odnosov. Medsebojni odnosi v zdravstveni negi, Issue 6, pp. 50-56.
- Rešetič, J., 2014. Vpliv pohval in pritožb na dobre medsebojne odnose. Medsebojni odnosi v zdravstveni negi, 23 (01), pp. 57-67.
- Seppälä, E. & K. McNichols, N., 2022. The power of healthy relationships at work. Available at: <https://hbr.org/2022/06/the-power-of-healthy-relationships-at-work> [24. 07. 2022].
- Simmons & Simmons, 2000 cited in Pejić, M. & Zagorc, N., 2014. Emocionalna inteligenco v medsebojnih odnosih na delovnem mestu. In: Nose, B. & Jugovič, B. eds. Medsebojni odnosi v zdravstveni negi – Zbornik prispevkov – 6. dnevi Marije Tomšič. Fakulteta za zdravstvene vede Novo Mesto: pp. 36-43.
- Štih, A., & Ferjan, M., 2014. Komunikacija na delovnem mestu in njen vpliv na zdravje zaposlenih v javnem zdravstvenem zavodu. Obzornik Zdravstvene Nege, 48, pp. 30-39.
- Thompson, R., 2018. 10 Ways to Spread Kindness at Work. Available at: <https://www.linkedin.com/pulse/10-ways-spread-kindness-work-renee-thompson> [7.8. 2022].

Prehod stanovalcev iz varovanega oddelka Doma na Krasu v druge oblike bivanja

Transition of residents from closed ward of Dom na Krasu to other types of accommodation

Bogdana Žemva Furlan, dipl. m. s., spec., samostojna svetovalka,

Herta Sorta, dipl. del. ter., spec., višja svetovalka

Dom na Krasu

Izvleček

V prispevku je predstavljen varovani oddelek v posebnem socialno varstvenem zavodu za odrasle osebe. Stanovalci so tja nameščeni na podlagi sklepa sodišča za največ eno leto, lahko pa se zadržanje tudi podaljša. Varovani oddelek je verificiran za 12 oseb, a v zadnjih letih je ves čas nameščenih približno 50 % več stanovalcev kot predvideva verifikacija. Oddelek je ves čas prezaseden. Sodišče pred odločitvijo sicer pozove zavod za mnenje, a osebo lahko namesti kljub negativnemu mnenju zavoda. Oseba je tako nameščena kljub temu, da ni prostega mesta in posledično mora bivati na hodniku oddelka. Strokovno delo temelji na tem, da se stanovalci, če je le mogoče, izselijo iz varovanega oddelka v druge oblike bivanja, kot npr. odprtji del socialno varstvenega zavoda ali stanovanjsko skupino socialno varstvenega zavoda, nekateri pa se vrnejo tudi v domače okolje.

Ključne besede: zakon, individualni pristop, podpora, svetovanje, samostojnost

Abstract

Article presents closed ward in special social care center for adult people. Residents are accepted by court order for maximum one year, but staying can also be extended, also by court decision. Department is verified for 12 person, but in last years the number of residents is about 50 % more than could be. Department is all the time overcrowded. Before making decision the court asks the institute for an opinion, but usually they do not consider it and the person come into institution even there is no place, no free bed in the room. In that case person should sleep in the corridor. Professional work is based on practise that those residents who can, move out of the closed ward, to the open part of institution, or small residential group in local society or also back to their home.

Key words: law, individual approach, support, counseling, independence

Uvod

V Domu na Krasu, posebnem socialno varstvenem zavodu, sva avtorici prispevka zaposleni že vrsto let. Ves čas sva aktivno sodelovali pri uvajanju novih strokovnih smernic, ki so se uveljavljale na področju skrbi duševnega zdravja. V praksi sva spoznali, da rigidnost in nestimulativno okolje v instituciji, pomanjkanje življenjskih ciljev, stanovalce vodijo do umika vase, poslabšanja primarne bolezni in splošnega psihofizičnega stanja.

V zavodu si zaposleni prizadavamo, da z uvajanjem sprememb in novosti izboljšujemo kakovost življenja stanovalcem. Stanovalec potrebuje ustrezno strokovno pomoč, pri čemer je ključen spoštljiv in enakovreden partnerski odnos. V obdobju

dela na varovanem oddelku se je to spoznanje še bolj okrepilo. Začeli sva s poglobljenim individualnim delom, s stanovalci, ki so izrazili željo, tudi s programom postopnega prehoda iz varovanega oddelka v druge oblike bivanja. Stanovalce sva že zeleli opolnomočiti in pripraviti na življenje izven varovanega oddelka.

Institucionalno varstvo in zakonske podlage

Institucionalno varstvo je oblika obravnave v zavodu, drugi družini ali drugi organizirani obliki, ki upravičencem nadomešča, dopolnjuje ali zagotavlja funkcijo doma ali lastne družine. Obsega osnovno oskrbo in socialno oskrbo ter zdravstveno varstvo po predpisih s področja zdravstvenega varstva. Odraslim osebam z motnjami v duševnem in telesnem razvoju se v okviru institucionalnega varstva zagotavlja še posebne oblike varstva.

Upravičenci do storitev v posebnih socialno varstvenih zavodih, kot je Dom na Krasu, so odrasle osebe z motnjami v duševnem razvoju, s težavami v duševnem zdravju, s senzornimi motnjami, motnjami v gibanju in z napreduvalo kronično oziroma neozdravljivo boleznijo ob koncu življenja:

1. odrasle osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju,
2. odrasle osebe z zmerno motnjo v duševnem razvoju,
3. odrasle osebe s težjo motnjo v duševnem razvoju,
4. odrasle osebe s težko motnjo v duševnem razvoju,
5. odrasle osebe z več motnjami (odrasli z motnjo v duševnem razvoju, osebnostnimi motnjami, težavami v duševnem zdravju, gibalnimi in senzornimi oviranostmi ter poškodbami glave),
6. osebe s težjo ali težko obliko gibalne ali senzorne oviranosti, ki niso sposobne samostojnega življenja in ki so bile v preteklosti sprejete v poseben socialnovarstveni zavod,
7. odrasle osebe z napreduvalo kronično oziroma neozdravljivo boleznijo ob koncu življenja,
8. osebe s težavami v duševnem zdravju, osebe z več motnjami (težave v duševnem razvoju in dolgotrajne težave v duševnem zdravju), ki so namesčene s sklepom sodišča na varovane oddelke in osebe, ki zaradi posledic upada kognitivnih funkcij potrebujejo delno ali popolno pomoč in nadzor (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (Uradni list RS, št. 45/10, 28/11, 104/11, 111/13, 102/15, 76/17, 54/19, 81/19, 203/21 in 54/22).

Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr) določa sistem zdravstvene in socialno varstvene skrbi na področju duševnega zdravja, nosilce oziroma nosilke te dejavnosti ter pravice osebe med zdravljenjem na oddelku pod posebnim nadzorom psihiatrične bolnišnice, obravnavo na varovanem oddelku socialno varstvenega zavoda in v nadzorovani obravnavi.

Sprejem osebe na varovani oddelek socialno varstvenega zavoda (v nadaljnjem besedilu: varovani oddelek) se izvede s privolitvijo ali brez privolitve osebe pod pogoji, ki jih določa 73. člen ZDZdr.

Če oseba, pri kateri so izpolnjeni pogoji za sprejem iz prvega odstavka 74. člena ZDZdr, v sprejem ne privoli, je sprejem na varovani oddelek dopusten na podlagi sklepa sodišča, kar določa 1. odstavek 75. člena ZDZdr.

Zadržanje na varovanem oddelku na podlagi sklepa sodišča se lahko določi za največ eno leto. Če direktor socialno varstvenega zavoda ugotovi, da je za odvrnitev ogrožanja zaradi vzrokov iz prvega odstavka 74. člena tega zakona nujno potrebno nadaljnje zadržanje na varovanem oddelku, najmanj 14 dni pred potekom roka iz sklepa sodišča predlaga sodišču, da se zadržanje na varovanem oddelku podaljša. V postopku za podaljšanje zadržanja se smiselnouporabljajo določbe tega zakona o sprejemu na zdravljenje brez privolitve na podlagi sklepa sodišča (7. člen ZDZdr).

3. člen Pravilnika o kadrovskih, tehničnih in prostorskih pogojih za izvajanje nalog na področju duševnega zdravja za izvajalce institucionalnega varstva ter centre za socialno delo ter o postopku njihove verifikacije (Uradni list RS, št. 97/09, 84/12 in 85/140) določa 3 vrste varovanih oddelkov:

1. varovani oddelek za osebe s težavami v duševnem zdravju,
2. varovani oddelek za osebe z več motnjami (težave v duševnem razvoju in dolgotrajne težave v duševnem zdravju) in
3. varovani oddelek za osebe, ki zaradi posledic upada kognitivnih funkcij potrebujejo delno ali popolno pomoč in nadzor.

Varovani oddelek v Domu na Krasu

Izvajalci socialnovarstvenih storitev, ki izvajajo institucionalno varstvo na varovanem oddelku, morajo te oddelke verificirati. Verifikacijo lahko pridobijo oddelki, ki izpolnjujejo predpisane kadrovske, tehnične in prostorske pogoje.

Za postopek verifikacije minister, pristojen za socialne zadeve, imenuje komisijo, ki ugotovi, če izvajalec izpolnjuje predpisane pogoje. Minister na podlagi mnenja komisije izda sklep o verifikaciji varovanega oddelka in pristojno ministrstvo vpiše varovani oddelek v register verificiranih varovanih oddelkov.

V Domu na Krasu imamo verificiran varovani oddelek za 12 oseb. Pred tem smo vsa leta delovanja zavoda že imeli zaprti oddelek, kjer pa so stanovalci bivali brez sklepa sodišča. Uporabljali smo tudi t. i. »sobo za umiritev«. To je bil majhen prostor brez oken, s kukalom na vratih, brez kljuke z notranje strani. Osnovni namen prostora je bil začasno nameščanje stanovalcev ob poslabšanju psihičnega stanja. Žal pa se je uporabljal tudi kot »kazen« za stanovalce z »neprimernim vedenjem«.

Čez leta smo se ob zavedanju, da je to ravnanje neetično, nečloveško in tudi protipravno, prvi od posebnih zavodov v Sloveniji odločili, da uporabo prostora za nameščanje stanovalcev ukinemo. V tistem času smo aktivno začeli iskati primernejše oblike reševanja stanj, tudi agresivnega vedenja. Na strokovnem svetu smo sprejeli interni akt Ravnanje ob agresivnem izpadu stanovalca, ga predstavili sodelavcem in stanovalcem ter začeli ravnati v skladu z njim. Pravilnik je bil tekomp let v skladu z razvojem strok in naših spoznanj pri delu s stanovalci večkrat posodobljen.

Sobi za umiritev smo namenili drugo funkcijo, tako da ga tudi v praksi ni bilo več mogoče uporabiti za prvoten namen.

V namen verifikacije smo zaprti oddelek popolnoma prenovili in ga v skladu s pravilnikom tudi opremili. Na istem tlorisu, kjer je prej bivalo več kot 30 stanovalcev, smo prostorsko po Pravilniku uredili predpisane prostore za 12 stanovalcev. Istočasno smo se na podlagi pridobljenih izkušenj in znanj odločili, da ne bomo imeli prostora za telesno oviranje s pasovi, kar sicer ZDZdr predvideva. Tudi prostor za omejitev gibanja smo uredili po svoje, in sicer ima okno in ni popolnoma oblazinjen. Prostor je podoben običajni sobi z oblazinjenim radiatorjem, vogali in plutovinastimi stenami. To svojo odločitev smo morali komisiji za verifikacijo posebej pojasnjevati in se z njimi pogajati, da so nam prostor kljub temu odobrili. Na ta način lahko ta prostor uporabljamo kot običajno sobo.

Zaposleni v posebnih socialnovarstvenih zavodih smo dolžni upoštevati strokovna načela, metode in vodila, ki poudarjajo svobodo, dostojanstvo, odločanje in dogovarjanje o tem, kaj je vsebina storitev in kakšne odnose imamo z uporabniki. Uporabe posebnih varovalnih ukrepov (PVU), kot sta telesno oviranje s pasovi in omejitev gibanja na en sam prostor, ki ju predvideva Zakon o duševnem zdravju, so v nasprotju z zgoraj navedenimi načeli in etičnimi kodeksi vseh poklicnih skupin na našem področju dela. Zaradi vsega navedenega posebnih varovalnih ukrepov v Domu na Krasu ne uporabljamo in na to »neskladje« z zakonom smo posebej ponosni.

Naš varovani oddelek je vsa leta od verifikacije polno zaseden, ves čas je predpisana kapaciteta presežena. Načrtovane dvoposteljne sobe so se spremenile v troposteljne in prostor za omejitev gibanja se večino časa uporablja kot bivalna soba.

Tim varovanega oddelka

Pravilnik o kadrovskih, tehničnih in prostorskih pogojih za izvajanje nalog na področju duševnega zdravja za izvajalce institucionalnega varstva ter centre za socialno delo ter o postopku njihove verifikacije (Uradni list RS, št. 97/09, 84/12 in 85/140) v 2. odstavku 8. člena navaja, da se na oddelkih veljavni kadrovski normativi za socialno oskrbo povečajo tako, da se v posamezni bivalni enoti na eno osebo zagotovi 0,17 strokovnega sodelavca iz III., IV. in V. tarifnega razreda. Struktura in vrsta delovnih mest tako povečanega kadrovskega normativa se določi z aktom o sistematizaciji delovnih mest posameznega zavoda. 3. odstavek istega člena pa navaja, da socialno oskrbo na varovanih oddelkih lahko izvajajo naslednji strokovni sodelavci: oskrbovalka, gospodinja, animator, varuhinja in delovni inštruktor. Kadrovski normativi za področje zdravstva za varovane oddelke niso posebej določeni. Stalni tim našega varovanega oddelka sestavljajo zaposleni iz področja zdravstva (diplomirana medicinska sestra, srednja medicinska sestra/tehnik zdravstvene nege, bolničar/negovalec) in socialne oskrbe (socialna delavka, individualni habilitator, varuh, animator, oskrbovalka). Poleg njih se v delo na varovanem oddelku vključujejo tudi delovna terapeutka, fizioterapeutka, psihologinja, delovni inštruktor.

V začetku leta 2019 si je strokovni tim varovanega oddelka zastavil nove cilje. Člani novega tima smo začeli razmišljati, kako bi izboljšali kakovost življenja nastanj enim stanovalcem in zaposlenim nudili ustreznje pogoje dela. Na timskih srečanjih smo se veliko pogovarjali o pomenu primerenega pristopa, komunikacije in iskanju pozitivne plati osebnosti posameznega stanovalca. Poglobljeno smo začeli izdelovati osebne načrte. V okviru teh so si stanovalci s pomočjo načrtovalcev zastavili cilje, nekateri med njimi tudi čimprejšnji odhod iz varovanega oddelka.

Program postopnega prehoda

Začeli smo s programom individualnega postopnega prehoda iz varovanega oddelka, ki je pri vsakem stanovalcu potekal drugače. Med postavljenimi cilji smo si zastavili tudi vključevanje v razne aktivnosti. Nekatere izmed njih potekajo izven varovanega oddelka v okviru zavoda, druge pa tudi v lokalni skupnosti. Da bi jim omogočili udeležbo na teh aktivnostih, smo začeli z individualnim spremjanjem posameznikov na te aktivnosti. Ščasoma so po dogovoru z izvajalcem aktivnosti začeli hoditi tudi sami, brez spremstva. Poleg tega so si že leli tudi samostojnih izhodov brez vključevanja drugam. Na timskih sestankih smo s posameznim stanovalcem pripravili dogovore in redno evalvirali dogajanje. Tako so si postopno organizirali svoj prosti čas in vzpostavljali socialno mrežo zunaj oddelka. Običajno smo začeli s polurnim izhodom v okviru zavoda, nato povečevali frekvenco in čas izhoda. Stanovalci so po vrnitvi iz izhoda izražali zadovoljstvo in pripovedovali, kaj so počeli, s kom so se družili in drugo.

Vedno pa ni vse potekalo gladko, zgodili so se tudi neljubi dogodki, ki smo jih potem skupaj obravnavali in se seveda s posameznikom pogovorili. Zaradi tega smo pred samostojnimi izhodi izdelali analizo tveganja. Analize smo predstavili na timskih sestankih, kjer smo jih skupaj pregledali in po potrebi dopolnili.

Po dveh letih najinega dela na varovanem oddelku je iz varovanega oddelka po uspešno zaključenem programu postopnega prehoda odšlo sedem stanovalcev. Od tega sta se dva vrnila domov, na svoj dom. Eden je odšel v najeto stanovanje v lokalno skupnost, ostali štirje so se najprej preselili na odprti del zavoda, nato so trije od teh odšli v dislocirano enoto zavoda, eden pa je ostal na odprttem delu zavoda.

Primer dobre prakse

V nadaljevanju predstavlja primer stanovalke, ki je uspešno zaključila program prehoda in sedaj živi v zunanji dislocirani enoti zavoda. Na naš varovani oddelek je bila nameščena na podlagi sklepa sodišča zaradi hude vedenjske problematike. Med drugim tudi zaradi hudih agresivnih izpadov do ljudi in predmetov. Pred prihodom k nam je bivala že v drugih ustavnovah. Med približno osem mesečnem bivanju na varovanem oddelku je imela več velikih agresivnih izpadov. V skladu z osebnim načrtom smo se z njo dogovorili za vključitev v program prehoda.

Del zapisa iz evalvacije

»Stanovalka je vključena v program postopnega prehoda iz varovanega oddelka na odprti del zavoda. Na tiskem sestanku smo se dogovorili, da bo imela proste izhode od ponedeljka do petka, od 9:00 do 11:30 in popoldne, od 13:00 do 15:00. Ob sobotah, nedeljah in praznikih ima samostojne izhode od 10:15 do 12:00. Ob tem smo se dogovorili, da gre v tem času v delavnice, na obisk k sostanovalcem, v park ali pa se sprehodi v neposredni bližini zavoda. Dogovorili smo se tudi, da lahko v primeru slabega počutja poišče pomoč pri zaposlenih znotraj zavoda ali pa se vrne na varovani oddelek.«

Stanovalki je dejstvo, da je dobila »pravico« do samostojnega izhoda, veliko pomenilo. Po dogovoru je po vrnitvi vsakokrat poročala osebju na varovanem oddelku, kako je izhod potekal, kaj je med tem časom počela. Poleg tega smo tudi spremljali njeno vedenje zunaj varovanega oddelka in dejansko ni bilo poročanj o kakršnemkoli neprimerenem vedenju z njene strani. Opazili smo, da potrebuje veliko pozornosti, ki jo je iskala pri osebju tako znotraj varovanega oddelka kot tudi zunaj med izhodi. Hodila je po pisarnah strokovnih delavcev, obiskovala je zdravnico in sestro v ambulanti in podobno.

V dogovoru z njo smo ji bolj natančno strukturirali dan in aktivnosti, v katere se je vključevala.

Po nekaj mesečnem zgoraj opisanem programu smo se sestali: stanovalka, tim varovanega oddelka in tim, kamor naj bi se preselila ter se dogovorili, kako bo potekal njen vsakdan, ko se izseli iz varovanega oddelka.

Stanovalko smo ves ta čas spremljali, se z njo veliko pogovarjali, jo spodbujali in v konkretnih situacijah učili, kako ravnati. Učili smo jo tudi, kako odreagirati na neprimereno vedenje sostanovalcev. Pogovarjali smo se tudi s stanovalci odprtega

dela zavoda, ki so jo sprejeli v svojo sredino. V začetnem obdobju njenih samostojnih izhodov je bilo namreč veliko odporov in nasprotovanj našemu programu, zato smo se posvetili tudi delu s stanovalci in zaposlenimi odprtega dela zavoda.

Del zapisa Komisiji za sprejem, premestitev in odpust v zvezi s stanovalkino preselitvijo na odprti del zavoda:

»Potrebuje veliko prijaznosti in hkrati pohvale za dobro opravljeno delo ter učenje kritične presoje, kaj je prav in kaj ne. V tem zadnjem obdobju procesa prehoda se pridno uči, kako pridobiti pozornost na sprejemljiv način ter hkrati sprejemati tudi odgovornost za svoja dejanja«. Ob spremajanju stanovalke se potrjuje, da je pri posamezniku vredno iskati dobre plati in na njih graditi.

Diskusija

V tej smeri bomo proces prehoda pri stanovalki nadaljevali. Ugotavljamo, da je program zelo uspešen, da potrebuje veliko sprotnega dela, svoj čas in postopnost. Vidni so rezultati opisanega procesa, prav pa je, da se zadeve »utrdijo«. Hkrati moramo paziti, da bo ta čas ravno prav dolg, ne predolg. V nadaljevanju bi bilo tudi dobro, da bi se dogovorili, v kateri sobi bi na odprttem delu zavoda stanovalka lahko bivala. V času samostojnih izhodov zunaj varovanega oddelka stanovalka ni imela konfliktnih negativnih situacij. Trudi se upoštevati naša mnenja, navodila in sugestije. S tem izkazuje, da je zelo motivirana za to, da ne bi več bivala na varovanem oddelku, kjer je že nekaj let. Vemo, da pogoji bivanja na našem odprttem delu zavoda zanje ne bodo idealni, bo pa to predstavljaljo »stopnico za nadaljevanje v drugo, zanje bolj primerno manjšo bivalno enoto, kjer bi sobivala s sebi podobnimi stanovalci.

Zaključek

Člani tima smo tekom poteka programa navezali s stanovalko pristen oseben odnos in si pridobili njeno zaupanje. Tudi stanovalka nas je sprejela in spoznala, da ji želimo dobro, da kar se dogovorimo, tudi izvedemo. Na ta način se je počutila varno in postajala vse bolj gotova vase.

Pomemben delež k uspehu je doprineslo tudi intenzivno delo s skrbnikom, svojci in sodiščem. Med drugim smo na enem izmed narokov, kamor smo stanovalko vedno spremljali, jo podpirali in zastopali njene interese, predlagali sodišču zamensjavo sodnega izvedenca psihiatrične stroke. Sodišče nam je ugodilo, imenovalo drugega izvedenca, ki je bil bolj dostopen do naših predlogov in mnenj. Vsakokratni naroki so trajali več ur, kar je bilo zelo utrudljivo za vse udeležene, posebej pa za stanovalko. Proces prehoda na odprt del zavoda je trajal približno dve leti. Stanovalka se je v slabem letu preselila v dislocirano enoto v lokalni skupnosti.

V Sloveniji so varovani oddelki v posebnih socialno varstvenih zavodih žal še vedno »odlagališče« za ljudi, ki jim skupnost ne more nuditi storitev, ki jih potrebujejo. Iz prakse lahko poveva, da marsikdo ne bi bil nameščen na varovani oddelek, v kolikor bi v skupnosti pravočasno prejel ustrezne storitve oziroma podporo.

Literatura

Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev, 2010. Uradni list Republike Slovenije, št. 45/10, 28/11, 104/11, 111/13, 102/15, 76/17, 54/19, 81/19, 203/21 in 54/22.

Pravilnik o kadrovskih, tehničnih in prostorskih pogojih za izvajanje nalog na področju duševnega zdravja za izvajalce institucionalnega varstva ter centre za socialno delo ter o postopku njihove verifikacije, 2009. Uradni list Republike Slovenije, št. 97/09, 84/12 in 85/14.

Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr), 2008. Uradni list Republike Slovenije, št. 77/08, 46/15- odl. US in 44/19- odl. US.

Model zagotavljanja duhovne oskrbe starejših oseb, obolelih za demenco

The spiritual care providing model for older people living with dementia

Doc. dr. Nataša Mlinar Reljić¹, prof. dr. Blanka Kores Plesničar², asist. Sergej Kmetec¹, asist. Zvonka Fekonja¹, prof. Dr (Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske) Majda Pajnkihar¹

¹Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede

²Univerzitetna Psihiatrična klinika Ljubljana

Izvleček

Uvod: Zagotavljanje duhovne oskrbe je enakovreden vidik celostne obravnave v zdravstveni negi starejših oseb z demenco. Duhovna oskrba vpliva na dobro počutje in soočanje s težavami, ki jih demenca prinaša bolnikom in njihovim svojcem. Predstaviti želimo, kakšno duhovno oskrbo potrebujejo starejše osebe z demenco.

Metode: Uporabljen je bil kvalitativni pristop z interpretativno fenomenologijo. Podatke smo zbirali z intervjuji starejših oseb, obolelimi za demenco, svojci takih oseb in fokusnimi skupinami negovalnega osebja v domovih za starejše. Zbrane podatke smo analizirali s fenomenološko-hermenevtično metodo.

Rezultati: Oblikovali smo več glavnih tem, ki odražajo duhovno oskrbo starejših oseb z demenco in sicer: Duhovnost starejših oseb z demenco; Potreba po iskanju smisla; Potreba po pripadnosti in povezanosti; Potreba po spoštljivi, sočutni, skrbni in ljubeči obravnavi; Stiske svojcev; Pričakovanja spoštljive in sočutne oskrbe.

Diskusija: Model celostne duhovne oskrbe starejših oseb, obolelih za demenco, zajema vse ključne elemente skrbne duhovne obravnave, ki so potrebni za zagotavljanje duhovnega dobrega počutja, pomirjenosti in zadovoljstva starejših oseb, obolelih za demenco.

Zaključek: Oblikovan Model duhovne oskrbe predstavlja vpogled v duhovno oskrbo starejših oseb z demenco, ki mora temeljiti na spoštovanju, dostenjanstvu, ljubeznivosti, prijaznosti, rahločutju, sočutju in empatiji.

Ključne besede: spiritualnost, spiritualna oskrba, medicinska sestra

Abstract

Introduction: Spiritual care is an equal aspect of holistic nursing care for older people living with dementia. Spiritual care affects the well-being and coping with the problems that dementia brings to patients and their families live . The aim is to present what kind of spiritual care need older people living with dementia.

Methods: A qualitative approach with interpretive phenomenology was used. Data were collected through interviews with older people living with dementia, their family members and focus groups with the nursing staff in nursing homes. Data were analyzed using the phenomenological-hermeneutic method.

Results: Several main themes reflect the spiritual care of older people with dementia, were conducted: Spirituality of older people with dementia; Needs to find meaning; Needs for belonging and connectedness;; Needs for respectful, compassionate, caring and loving nursing care; Distress of family members; Expectations of respectful and compassionate care.

Discussion: The model of spiritual care for older people living with dementia contains all the key elements of caring spiritual care to ensure the spiritual well-being, reassurance, and satisfaction of older people with dementia.

Conclusion: The model of spiritual care provides an insight into the spiritual care of older people with dementia, which must be based on respect, dignity, kindness, friendliness, compassion, and empathy.

Key words: spirituality, spiritual care, nurses

Uvod

Pomemben vidik zagotavljanja celostne oskrbe v zdravstveni negi starejših oseb predstavlja tudi duhovna oskrba (Mlinar Reljić, 2021a). European Association of Palliative Care [EAPC] (2020) opredeli duhovno oskrbo kot nego, ki prepozna in se odziva na človeškega duha, kadar se oseba sooča s stresnimi življenjskimi dogodki, kakršna je npr. bolezen, z žalostjo in lahko vključuje potrebo po smislu in/ali pomenu življenja, lastni vrednosti, izražanju, veri ali po rahločutnem, senzibilnem poslušalcu. Duhovnost vključuje posameznikov sistem prepričanj (Royal College of Nursing, 2010) there is still a great deal of uncertainty and hesitancy by some nurses to engage with the spiritual dimension of their profession, even though there is a professional requirement for nurses to provide holistic care that involves assessing and meeting the spiritual needs of their patients (Nursing Midwifery Council, 2010, ki se nanaša na način, kako oseba doživlja, izraža ali išče smisel, namen in transcendenco, kako se poveže s seboj, drugimi, z naravo, svetimi (EAPC, 2020). Duhovnost pomembno vpliva na posameznikovo zdravje in je močno povezana z dobrim počutjem, kvaliteto življenja in psihosocialnim doživljjanjem (Labrague, et al., 2016). Pomaga lahko pri soočanju z različnimi kroničnimi obolenji, ohranjanju upanja pri neozdravljivih boleznih, saj duhovno doživljanje tudi pri kognitivnem upadu, kot je značilen za demenco, ne ugasne (Powers & Watson, 2011). Raziskave kažejo (Lucchetti, et al., 2011; Ennis & Kazer, 2013; Ziaeddin Tabei, et al., 2016), da duhovne vrednote in prepričanja vplivajo na vedenje, čustva ter življenjski slog zdrave osebe, še posebej pa v času bolezni in/ali umiranja, trpljenja, stisk. Osebe s pozitivnimi prepričanjami se tudi psihološko lažje soočajo z bolezni in so boljšega telesnega zdravja, kot osebe, ki imajo negativna prepričanja (Lima, et al., 2020).

Duhovna oskrba starejših oseb, obolelih za demenco, lahko vpliva na izboljšanje kognitivnih sposobnosti in opravljanje dnevnih aktivnosti, kar osebam z demenco pomaga ohranjati samozavest in samozadostnost (Mallik & Pan, 2013). Duhovna oskrba pri osebah z demenco je pomembna iz osebnostnega in etičnega vidika (Dewing & Dijk, 2016) one overarching theme emerged: the consequences of being in hospital with seven related subthemes. Significantly, this review highlights that overall there remains mostly negative consequences and outcomes for people with dementia when they go into general hospitals. Although not admitted to hospital directly due to dementia, there are usually negative effects on the dementia condition from hospitalisation. The review suggests this is primarily because there is a tension between prioritisation of acute care for existing co-morbidities and person-centred dementia care. This is complicated by insufficient understanding of what constitutes person-centred care in an acute care context and a lack of the requisite knowledge and skills set in health care practitioners. The review also reveals a worrying lack of evidence for the effectiveness of mental health liaison posts and dementia care specialist posts in nursing. Finally, although specialist posts such as liaison and clinical nurse specialists and specialist units/shared care wards can enhance quality of care and reduce adverse consequences of hospitalisation (they do not significantly, z vidika soočanja z bolezni) (Agli, et al., 2015) in spoštovanja dostenjanstva ter zagotavljanja avtonomije osebe (Mlinar Reljić, 2021a). Izražanje duhovnih potreb pri starejših osebah, obolelih za demenco, se pogosto kaže kot nezadovoljstvo, ki je posledica fizičnega nelagodja, emocionalnega trpljenja ali socialne izolacije (Otera, et al., 2013; Fekonja, et al., 2022), ki fizične in duševne spremembe, povezane z demenco, doživljajo kot izgubo samega sebe (Dalby, et al., 2011).

Duhovni vidiki zdravstvene nege starejših oseb z demenco so pogosto spregledani in zanemarjeni (Mlinar Reljić, 2021a). Zato želimo predstaviti model duhovne oskrbe starejših oseb, obolelih za demenco, ki medicinskih sestrar ponuja priložnost za dvig kakovosti oskrbe takih oseb v praksi zdravstvene nege. V nadaljevanju želimo odgovoriti na raziskovalno vprašanje, kakšno duhovno oskrbo potrebujejo starejše osebe, obolele za demenco?

Metode

Uporabljen je bil kvalitativni metodološki pristop, ki omogoča raziskovanje subjektivnih izkušenj posameznikov v vsakdanjem življenju (Polit & Beck, 2021). Uporabljen interpretativno-hermenevtični fenomenološki pristop je omogočal iskanje medsebojnih povezav, odnosov in njihovega pomena ter razumevanja izkušenj (Lindseth & Norberg, 2004) z duhovno oskrbo starejših oseb z demenco.

Opis instrumenta

Kot metoda zbiranja podatkov so bili v raziskavi uporabljeni poglobljeni individualni intervjuji s starejšimi osebami, obolenimi za demenco ter svojci takih oseb in fokusne skupine s člani tima zdravstvene nege in oskrbe.

Opis vzorca

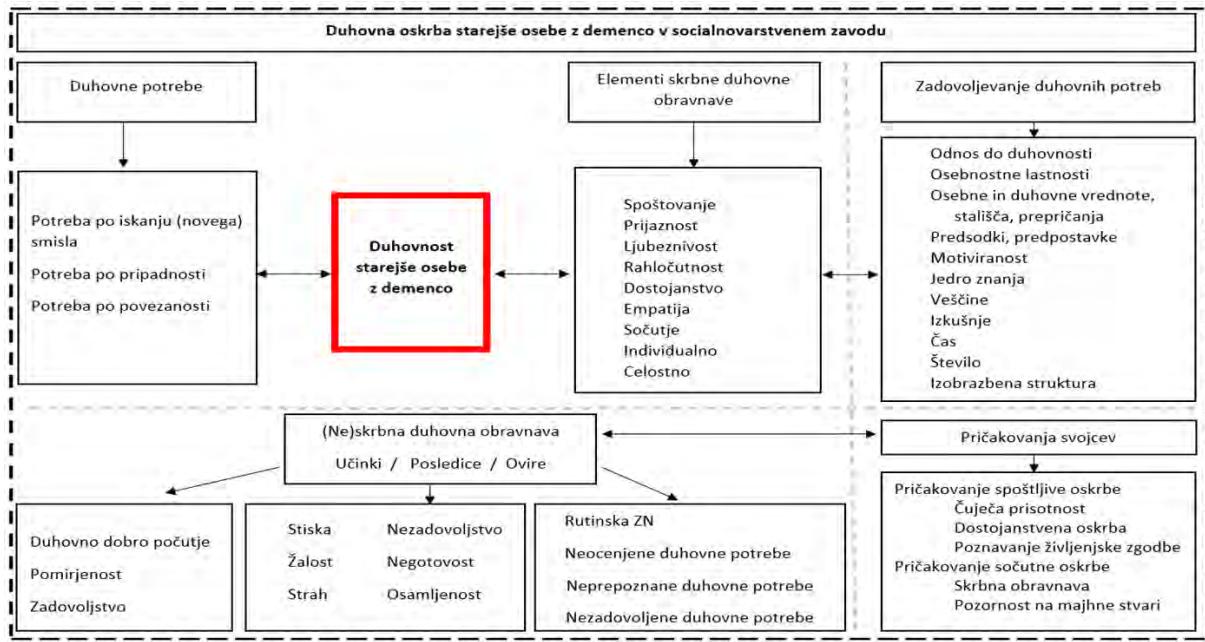
Vzorčenje je bilo namensko, da smo zagotovili vključenost oseb z neposredno izkušnjo duhovne oskrbe in zagotovili homogenost vzorca (Pietkiewicz & Smith, 2014). Vzorčenje smo nadaljevali do zasičenosti podatkov, ko interpretacija ni več ponujala novih informacij (Polit & Beck, 2021). Izvedenih je bilo 21 intervjujev s starejšimi osebami, 20 intervjujev s svojci starejših oseb z demenco in 6 fokusnih skupin z 29 udeleženci. Prvotno smo izvedli intervjuje s starejšimi osebami z demenco, jih analizirali, nato smo opravili intervjuje s svojci starejših oseb, obolelih za demenco, ki smo jih prav tako analizirali. V zadnjem koraku smo izvedli fokusne skupine s člani tima zdravstvene nege in oskrbe in jih analizirali.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Podatke smo analizirali in interpretirali po fenomenološko-hermenevtični metodi (Lindseth & Norberg, 2004). Analizo podatkov smo izvedli v treh korakih. Najprej smo z večkratnim poslušanjem posnetkov in branjem poskušali pridobiti občutek celote, nato smo oblikovali posamezne pomenske enote, ki smo jih nato uredili glede na podobnosti, ki smo jih, z združevanjem podobnih sorodnih podtem, oblikovali v glavne teme (Lindseth & Norberg, 2004). V zadnjem koraku, ki se imenuje celovito razumevanje, smo interpretirali podatke kot celoto, v okviru tega smo predhodno razumevanje povezali v novo poglobljeno razumevanje konstrukta duhovne oskrbe pri starejših osebah, obolelih za demenco (Lindseth & Norberg, 2004).

Rezultati

Rezultati analize podatkov intervjujev s starejšimi osebami rezultirajo v glavnih temah, ki odražajo: duhovnost starejših oseb z demenco, potrebo po iskanju smisla, potrebe po pripadnosti in povezanosti, potrebe po spoštljivi, sočutni, skrbni in ljubeči obravnavi. Rezultate podatkov, zbranih z intervjuji svojcev starejših oseb z demenco smo oblikovali v glavne teme, ki odražajo stiske svojcev, pričakovanja spoštljive in sočutne oskrbe. Rezultati analize podatkov, zbranih med negovalnim osebjem, kažejo precej različen odnos negovalnega osebja do duhovne oskrbe pri osebah z demenco. Prvo, enostavno razumevanje podatkov je dajalo vtis, da je skrb za duhovne potrebe oseb, obolelih za demenco nekaj, s čimer se negovalno osebje ukvarja le, če »slučajno tako nanese«. Ugotovitve kažejo, da ocenjevanje duhovnih potreb ni del celostne obravnavе, saj se zdravstvena nega izvaja rutinsko. Kadar pa pri osebi z demenco zaznajo duhovne potrebe, se nanje odzivajo »kakor pač vemo in znamo«, kot je povedala ena izmed udeleženk. Medicinske sestre so izrazile precej dvomov v lastno znanje, večnine in sposobnosti, ki so potrebne za ocenjevanje, prepoznavanje in razumevanje duhovnih potreb ter njihovo zadovoljevanje. V timu zdravstvene nege so prepričani, da starejše osebe z demenco imajo duhovne potrebe, vendar pogosto ostanejo neprepoznane, nerazumljene ali (pre)pozno prepoznane. Menijo, da se nemir, razdražljivost, anksioznost, agresija in drugi vedenjski simptomi pogosto kažejo prav kot posledica njihovih nezadovoljenih potreb, tudi duhovnih. Udeleženci fokusnih skupin opažajo, da osebo z demenco zelo pomiri že kratek sprehod v naravo, stik z živalmi, znana in priljubljena glasba. Osebe z demenco pri negovalnem osebju pogosto iščejo stik in občutek varnosti. Rezultati kažejo, da starejše osebe z demenco potrebujejo spoštljiv, prijazen, ljubezniv, rahločuten, empatičen, sočuten in individualen pristop pri zadovoljevanju duhovnih potreb. Kadar je medicinskih sester premalo, nimajo časa, znanja, veščin ali izkušenj, izvajajo zdravstveno nego rutinsko, to vodi v nezadovoljstvo, osamljenost, žalost starejših oseb z demenco ter v negotovost, strah in stisko njihovih svojcev.



Legenda: ZN – zdravstvena nega, ZNO – zdravstvena nega in oskrba

Slika 1: Shematski prikaz Modela duhovne oskrbe starejših oseb z demenco (Mlinar Reljić, 2021a)

Diskusija

Z raziskavo smo želeli odgovoriti na raziskovalno vprašanje, kakšno duhovno oskrbo potrebujejo starejše osebe z demenco.

Duhovnost je dinamičen in zelo intimen del posameznikove biti in kot takšen pomembno vpliva na zdravje posameznika. Duhovnost je pomembna pri iskanju upanja, notranjih virov moči (Weathers, 2019), omogoča ohranjati povezanost s samim seboj, pomaga pri soočanju z diagnozo in s trpljenjem (Agli, et al., 2015; Weathers, 2019), ki ga bolezen prinaša starejši osebi, njegovim svojcem in članom tima zdravstvene nege in oskrbe, ki osebo negujejo. Med temeljne duhovne potrebe starejših oseb, obolelih za demenco, prištevamo potrebo po varnosti, pripadnosti ter potrebo po biti razumljen, pomirjen, vreden (Agli, et al., 2015; Keenan & Kirwan, 2018; Rykkje, 2019; Palmer, et al., 2020). Ugotovitve raziskave se povsem skladajo z ugotovitvami nekaterih drugih raziskav (Haugan, 2014; McSherry, et al., 2019; Mlinar Reljić, et al., 2021b) meaning in life and self-transcendence have been found to be predictors of successful ageing, life satisfaction and well-being in older individuals. Connectedness and communicating with others have been seen to facilitate hope, meaning in life and self-transcendence among nursing home patients.\n\nAIMS: This study aimed to investigate the associations between hope, meaning in life, self-transcendence and nurse-patient interaction in a nursing home population.\n\nDESIGN AND METHODS: A cross-sectional design was employed, collecting data in 44 different Norwegian nursing homes (NHs, ki med najpogosteje duhovne potrebe oseb z demenco prištevajo potrebo po ohranjanju smisla in življenjskega namena, upanja, potrebo po povezanosti, pripadnosti in vključenosti v skupnost, v kateri oseba živi, potrebo po razumevanju, potrebo po ohranjanju osebnega dostojanstva in lastne vrednosti, potrebo po ljubiti, biti ljubljen in služiti drugim. Pri starejših osebah z demenco so potrebe po pripadnosti in povezanosti pogosto povezane z odnosom do religije. Tudi v naši raziskavi ugotavljamo, da sodelovanje pri verskih obredih starejšim osebam z demenco pomaga, da v svojem bistvu ostanejo nedotaknjeni. Vendar menimo, da se na našem zdravstvenem sistemu duhovnost in duhovno oskrbo premnogokrat dojema izključno z vidika zadovoljevanja religioznih potreb. Razlog morda tiči v tradicionalni obravnavi posameznika, ki temelji na biomedicinskem modelu, ki izključuje duhovne vidike kot elemente celostne obravnave v zdravstveni negi in oskrbi. Pomembno je, da se člani tima zdravstvene nege in oskrbe zavedajo, da so religiozni vidiki le eden izmed elementov duhovne oskrbe, nikakor pa ne edini. Duhovne potrebe z zelo izraženo psihosocialno noto, kot so medosebni stiki, spadajo med tiste, ki jih medicinske sestre prepoznaajo in znajo oceniti. Vendar jih zaradi pomanjkanja časa v povezavi s kadrovsko stisko pogosto ne zadovoljujejo ustrezno. Selman, et al. (2018) ugotavljajo, da je zagotavljanje duhovne oskrbe pogosto povezano s pomanjkanjem časa in medicinske sestre zaradi obilice dela vedno nimajo časa za pogovor. Okrnjenost in pomanjkanje socialnih stikov je najpogosteji vzrok osamljenosti v starosti. Ohranjanje stikov z družino in pomembnimi osebami v njihovem življenju je za starejše osebe z demenco z vidika zadovoljevanja duhovnih potreb zelo pomembno in predstavlja ključno

negovalno aktivnost v procesu zdravstvene nege. Osamljenost pri starejših osebah z demenco lahko preprečimo predvsem z vključevanjem oseb v dnevne aktivnosti, kot je priprava obrokov hrane in napitkov, vrtnarjenje, branje, pogovorne skupine, ukvarjanje z umetnostjo (Bernabei, et al., 2013; Ennis & Kazer, 2013; McDermott, et al., 2013).

Skrbna duhovna obravnava starejših oseb z demenco mora temeljiti na spoštovanju, prijaznosti, ljubeznivosti, rahločutnosti, dostenjanstvu, empatiji, sočutju ter individualni in celostni zdravstveni negi in oskrbi. Duhovnost je namreč močno vpeta v temeljne vrednote zdravstvene nege, kot so skrb, sočutje in dostenjanstvo (Timmins & McSherry, 2012).

V Modelu celostne duhovne oskrbe starejših oseb, obolelih za demenco, je človek definiran kot starejša oseba z diagnozo demence, ki lahko svoje duhovne potrebe izraža na različne načine in skozi vse vidike svoje osebnosti: fizične, psihološke, socialne ali duhovne. Posamezni vidiki osebnosti so med seboj tesno povezani in prepleteni. V zdravstveni negi in oskrbi starejših oseb z demenco ne moremo govoriti o ločeni obravnavi posameznih vidikov, ampak mora obravnava temeljiti na celostnem pristopu in celoviti oskrbi, ki je usmerjena na starejšo osebo, obolelo za demenco. V praksi zdravstvene nege in oskrbe to pomeni, da ob zagotavljanju npr. fizičnih potreb hkrati vplivamo tudi na psihosocialno in/ali duhovno dobro počutje. Starejša oseba z demenco je v tesni interakciji z okoljem. Z vidika okolja je potrebno izpostaviti fizično okolje starejših oseb z demenco, ki mora biti prilagojeno potrebam teh oseb. Pomembno je, da imajo zagotovljen prosti dostop do gibanja v naravi. Zagotavljalji je potrebno prostor za druženje, za stike z družino in s prijatelji, pa tudi prostor in okoliščine, v katerih bo starejša oseba z demenco lahko našla svoj notranji mir. Poleg ustreznegra fizičnega okolja je pomembno tudi socialno okolje. Socialno okolje starejših oseb, obolelih za demenco, v večini predstavljajo člani tima zdravstvene nege in oskrbe in sostanovalci, ki bivajo v socialnovarstvenih zavodih.

Ugotovitve raziskave so uporabne v programih izobraževanja negovalnega osebja, kot v praksi zdravstvene nege starejših oseb z demenco na vseh nivoji zdravstvenega varstva.

Raziskave s področja duhovne oskrbe bi bilo v prihodnje potrebno usmeriti v raziskovanje ocenjevanja duhovnih potreb in kompetentnost medicinskih sester za zagotavljanje duhovne oskrbe.

Zaključek

Model celostne duhovne oskrbe starejših oseb, obolelih za demenco, zajema vse ključne elemente skrbne duhovne obravnave, ki so potrebni za zagotavljanje duhovne oskrbe starejših oseb, obolelih za demenco. Model celostne duhovne oskrbe starejših oseb z demenco je primeren, ne le za uporabo v institucionalnem varstvu, v katerem nudijo zdravstveno nego in oskrbo starejšim osebam, obolelim za demenco, ampak širše v praksi zdravstvene nege oseb z demenco.

Literatura

- Agli, O., Bailly, N. & Ferrand, C., 2015. Spirituality and religion in older adults with dementia: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 27(05), pp. 715–725.
- Bernabei, V., et al., 2013. Animal-assisted interventions for elderly patients affected by dementia or psychiatric disorders : A review. *Journal of Psychiatric Research*, 47(6), pp. 762–773.
- Dalby, P., Sperlinger, D. J. & Boddington, S., 2011. The lived experience of spirituality and dementia in older people living with mild to moderate dementia. *Dementia*, 11(1), pp. 75–94.
- Dewing, J. & Dijk, S., 2016. What is the current state of care for older people with dementia in general hospitals? A literature review. *Dementia*, [Online] 15(1), pp. 106–124. Available at: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1471301213520172> [20.08.2022].
- Ennis, E. M. & Kazer, M. W., 2013. The role of spiritual nursing interventions on improved outcomes in older adults with dementia. *Holistic Nursing Practice*, 27(2), pp. 106–113.
- European Association of Palliative Care, 2020. What is spiritual care? [Online] Available at: <https://www.eapcnet.eu/eapc-groups/reference/spiritual-care/> [20.08.2022].
- Fekonja, Z., et al., 2022. Experiences with dignity among older people confined to beds living in a nursing home : A qualitative descriptive study. *Journal of Nursing Management*, 29, pp. 1–16.
- Haugan, G., 2014. Nurse-patient interaction is a resource for hope, meaning in life and self-transcendence in nursing home patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(1), pp. 74–88.
- Keenan, P. M. & Kirwan, M., 2018. Nurses' understanding of spirituality and the spirituality of older people with dementia in the continuing care setting. *Religions*, 9(2), p. 50.
- Labrague, L. J., et al., 2016. Filipino Nurses Spirituality and Provision of Spiritual Nursing Care. *Clinical Nursing Research*, 25(6), pp. 607–625.

- Lima, S., et al., 2020. Quality of life in patients with mild Alzheimer disease: the mediator role of mindfulness and spirituality. *Aging and Mental Health*, [Online] 24(12), pp. 2103–2110. Available at: <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1650891> [22.08.2022].
- Lindseth, A. & Norberg, A., 2004. A phenomenological hermeneutic method for researching lived experience. *Scandinavian Journal Caring Sciences*, 18(2), pp. 145–153.
- Lucchetti, G., Lucchetti, A. L. G. & Koenig, H. G., 2011. Impact of spirituality/religiosity on mortality: Comparison with other health interventions. *The Journal of Science and Healing*, 7(4), pp. 234–238.
- Mallik, A. & Pan, D., 2013. Spirituality Practice as add on Therapy For Dementia Patients in a Geriatric Centre in India. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(3), pp. S154–S155.
- McDermott, O., et al., 2013. Music therapy in dementia : a narrative synthesis systematic review. *Geriatric Psychiatry*, 28, pp. 781–794.
- McSherry, W., et al., 2019. Spiritual assessment in healthcare: an overview of comprehensive, sensitive approaches to spiritual assessment for use within the interdisciplinary healthcare team. In: F. Timmins and S. Caldeira, eds., *Spirituality in Healthcare: Perspectives for Innovative Practice*. Cham: Springer Nature Switzerland, pp.39–54.
- Mlinar Reljić, N., 2021a. Pomen, razumevanje in doživljanje duhovne oskrbe starejših oseb, obolelih za demenco, v socialnovarstvenih zavodih: Doktorska disertacija. Univerza v Mariboru Fakulteta za zdravstvene vede.
- Mlinar Reljić, N., et al., 2021b. Family members' experiences with the spiritual care of older people living with dementia in nursing homes: a phenomenological hermeneutical study. *Nursing Open*, 8(6), pp. 2932–2941.
- Otera, M., Horike, H. & Saito, T., 2013. Musical life review for the elderly with dementia as spiritual care-Clinical functions and roles of meaningful or memorable songs. *Arts in Psychotherapy*, 40(3), pp. 285–290.
- Palmer, J. A., et al., 2020. Research literature on the intersection of dementia, spirituality, and palliative care: a scoping review. *Journal of Pain and Symptom Management*, [Online] 60(1), pp. 116–134. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.12.369>.
- Pietkiewicz, I. & Smith, J. A., 2014. A practical guide to using Interpretative Phenomenological Analysis in qualitative research psychology. *Psychological Journal*, 20(1), pp. 7–14.
- Polit, D. F. & Beck, C. T., 2021. *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Powers, B. A. & Watson, N. M., 2011. Spiritual nurturance and support for nursing home residents with dementia. *Dementia*, 10, pp. 59–80.
- Royal College of Nursing, 2010. *RCN spirituality survey 2010*. London, UK: Royal College of Nursing.
- Rykkje, L., 2019. Views on spirituality in old age: What does love have to do with it? *Religions*, 10(1).
- Selman, L. E., et al., 2018. Patients' and caregivers' needs, experiences, preferences and research priorities in spiritual care: A focus group study across nine countries. *Palliative Medicine*, 32(1), pp. 216–230.
- Timmins, F. & McSherry, W., 2012. Spirituality: the Holy Grail of contemporary nursing practice. *Journal of Nursing Management*, 20(8), pp. 951–957.
- Weathers, E., 2019. What Is Spirituality? In: F. Timmins and S. Caldeira, eds., *Spirituality in Healthcare: Perspectives for Innovative Practice*. Cham: Springer Nature Switzerland AG, pp.1–23.
- Ziaeddin Tabei, S., Zarei, N. & Joulaei, H., 2016. The Impact of Spirituality on Health. *Shiraz E Medical Journal*, 17(6), p. e39053.

Doživljanje in ravnanje študentov ob neželenem dogodku, povzročenem s strani študentov zdravstvene nege v kliničnem okolju

Experience and handling of students in the case of an adverse event, caused by nursing students in a clinical setting

Maja Gradišnik, mag. zdr. nege¹, doc. dr. Amadeus Lešnik¹,
doc. dr. Dominika Vrbnjak², asist. Zvonka Fekonja², mag. zdr. nege

¹Univerzitetni klinični center, Klinika za interno medicino

²Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede

Izvleček

Uvod: Med usposabljanjem študentov zdravstvene nege v kliničnem okolju lahko zaradi različnih dejavnikov pride do neželenih dogodkov. Namenski prispevki je ugotoviti, kako študenti zdravstvene nege doživljajo in se odzovejo ob neželenem dogodku v kliničnem okolju.

Metode: Uporabljena je bila kvalitativna metodologija raziskovanja in deskriptivna metoda dela. Podatke smo zbrali na neslučajnostnem namenskem vzorcu študentov zdravstvene nege, s pomočjo delno strukturiranih intervjujev. Analizo zbranih podatkov smo izvedli z metodo tematske analize. Raziskava je potekala v mesecu marcu 2020.

Rezultati: Študenti zdravstvene nege se ob neželenih dogodkih, ki so posledica individualnih in organizacijskih dejavnikov, počutijo neprijetno. V primeru poškodbe z ostrom predmetom ukrepajo ustrezno. Ob neželenem dogodku, predvsem zaradi strahu pred stigmatizacijo prihaja pri poročanju o neželenih dogodkih do pomembnih razlik.

Diskusija in zaključek: Med zaposlenimi v kliničnem okolju, kliničnimi mentorji in študenti zdravstvene nege je potrebno ustvariti zaupljivejši odnos ter se zavzemati za neobtožjujočo obravnavo neželenih dogodkov.

Ključne besede: študenti zdravstvene nege; klinično usposabljanje; neželen dogodek; doživljanje; sporočanje

Abstract

Introduction: Adverse events can occur during the clinical training of nursing students. The purpose of this paper is to determine how nursing students experience and react to an adverse event in a clinical setting.

Methods: We used a qualitative research methodology and a descriptive research method. We collected the data using semi-structured interviews with a non-probability sample of nursing students. Collected data were analysed using thematic analysis. The research was conducted in March, 2020.

Results: Nursing students feel uncomfortable when adverse events, resulting by individual or organisational factors, occur. In the event of a sharp object injury, they take appropriate action. In the case of an adverse event, there are some distinctions in incident reporting that mainly occur due to fear of stigmatization.

Discussion and conclusion: It is necessary to create a more trusting relationship between the employees, preceptors, and nursing students in the clinical environment, as well as to strive for non-accusatory treatment of adverse events.

Key words: nursing students, clinical training, incident, experience, communication

Uvod

Skrb za varnost pacientov je ključnega pomena za kakovostno zdravstveno nego (Fisher & Scott, 2013; World Health Organization [WHO], 2016), vendar tveganja za neželene dogodke ni mogoče v celoti preprečit (Fisher & Kiernan, 2019). Za zagotovitev varnosti pacientov v zdravstvenih organizacijah je potrebno razumevanje in izboljšanje kulture varnosti (O'Donovan, et al., 2019). Spodbujanje kulture varnosti je med izvajalci zdravstvene nege ključnega pomena za zmanjševanje neželenih dogodkov in ohranjanje kakovostne oskrbe (Rockville, et al., 2016). Do neželenih dogodkov lahko pride v vseh fazah procesa zdravstvene nege. Vzroki so lahko na osebnem, profesionalnem (individualnem) ali organizacijskem (sistemske) nivoju. Pod individualne dejavnike tveganja spadajo nepozornost, pomanjkljivo znanje, neizkušenost, neučinkovita komunikacija, konflikti v timu, nezmožnost kritičnega razmišljanja, osebni strah in strah pred disciplinskimi postopki. Med pomembne organizacijske dejavnike pa kultura bolnišnice in oddelkov ter nezaupanje zaposlenih nadrejenim, zapleten sistem sporočanja in stil vodenja, ki temelji na obtoževanju, pretiravanju in iskanju krivca, namesto iskanja sistemskih vzrokov (Vrbnjak, 2017). Kadar se zgodi neželen dogodek, je naloga in odgovornost vsakega zdravstvenega delavca, da o tem takoj spregovori in neželen dogodek dokumentira (Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, 2014), saj lahko zamolčana napaka povzroči več škode kot sama napaka. Da lahko ugotovimo okoliščine in posledice, je potrebno neželene dogodke dosledno in natančno dokumentirati. S tem omogočimo priložnost za izboljšave, s katerimi bi se število neželenih dogodkov zmanjšalo (Jankovič, 2013). Dokumentiranje neželenih dogodkov vključuje prijavljanje nepravilnosti, razkrivanje napak, komunikacijo in zagovarjanje pacientov (Rainer, 2015). Nedokumentirane neželene dogodke pa lahko razumemo kot kulturo tišine, ki ščiti zdravstveno osebje in ne pacienta (Mannion & Davies, 2015). Razlogi za prikrivanje ali zamolčanje neželenih dogodkov je strah pred maščevanjem, diskriminacijo, utišanjem in izgubo zaposlitve.

Večino neželenih dogodkov lahko preprečimo z vestnim opravljanjem dela, saj lahko že trenutek nepazljivosti ali nezbranosti povzroči hude posledice pri pacientu (Grubar, 2013). V Evropski uniji je letno zabeleženih 750.000 neželenih dogodkov in zaradi napak izgubljenih 95.000 življenj (WHO, 2019). V Sloveniji statističnih podatkov o pogostosti neželenih dogodkov v zdravstveni negi še nimamo. Tudi raziskav glede doživljanja študentov zdravstvene nege ob neželenem dogodku v kliničnem okolju je zelo malo. Neželeni dogodki, povzročeni s strani študentov se pogosto pojavijo v odsotnosti kliničnega mentorja, zato le-ti ostanejo nedokumentirani (Wieke Noviyanti, et al., 2017).

Namen prispevka je raziskati doživljjanje in ravnanje študentov zdravstvene nege ob neželenem dogodku v kliničnem okolju. Na podlagi navedenega smo si zastavili raziskovalna vprašanja:

RV₁: Kakšno je doživljjanje študentov zdravstvene nege ob neželenem dogodku?

RV₂: Kako študenti zdravstvene nege ravnajo ob pojavi neželenega dogodka?

RV₃: Kakšni so vzroki za pojav neželenega dogodka s strani študentov zdravstvene nege?

Metode

Uporabili smo kvalitativno metodologijo raziskovanja, katera temelji na filozofiji interpretativizma. Izvedli smo opisno kvalitativno raziskavo.

Opis instrumenta

V okviru raziskave smo podatke zbrali s pomočjo delno strukturiranih intervjujev. Vprašanja so bila oblikovana na podlagi literature (de Vasconcelos, et al., 2019; Peyrovi, et al., 2016). Nanašala so se na demografske značilnosti študentov zdravstvene nege in na neželene dogodke, kjer smo zajeli tri sklope, in sicer doživljjanje neželenih dogodkov, ravnanje študentov

ob neželenem dogodku in kateri so po njihovem mnenju razlogi za pojav neželenih dogodkov. Pri izvedbi intervjujev smo uporabili protokol za izvedbo intervjuja, ki je vseboval šest osnovnih vprašanj in sicer: »*Do kakšnega neželenega dogodka je prišlo v času vašega usposabljanja v kliničnem okolju?*«, »*Kaj ste naredili v danem trenutku ob pojavi neželenega dogodka?*«, »*Ste o neželenem dogodku poročali svojemu kliničnemu mentorju in šolskemu mentorju? (Zakaj ne?) Ste skupaj s kliničnim mentorjem prijavili neželen dogodek?*«, »*Kakšni so bili vaši občutki ob neželenem dogodku?*«, »*Kakšen je bil vzrok, da je prišlo do neželenega dogodka?*«, »*Je ta dogodek pri pacientu ali pri vas pustil kakšne posledice?*«.

Opis vzorca

Uporabili smo neslučajnostni namenski vzorec. Vzorčenje je potekalo po principu snežne kepe, s katero nam je bil omogočen dostop do študentov zdravstvene nege, ki so se v času dodiplomskega študija med opravljanjem kliničnih vaj soočili z neželenim dogodkom, kot to opisujeta Polit & Beck (2012). Raziskavo smo izvedli na eni izmed zdravstvenih fakultet v severovzhodnem delu Slovenije. Vseh devet udeležencev je bilo ženskega spola, njihova minimalna starost je bila 21 let, maksimalna 25 let.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Pri izvajanju raziskave smo upoštevali etična načela *Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije* (2014). Pred samim začetkom raziskave smo pridobili soglasje Komisije za etična vprašanja v zdravstveni negi v okviru fakultete, kjer je bila izvedena raziskava (številka 038/2020/1344-02/504). Od vseh udeleženk smo pridobili pisno soglasje o prostovoljnem sodelovanju v raziskavi. Intervjuje smo opravili leta 2020. Zaradi razglašene epidemije COVID-19 v Sloveniji (marec – maj 2020) so bila študentom zdravstvene nege, ki so se soočili z neželenim dogodkom, vprašanja posredovana v pisni obliki. Ob tem smo zagotovili anonimnost vseh podatkov. Posamezne intervjue smo označili z oznako »IN« kot intervju in dodali pripadajočo številko izvedenega intervjua od 1 do 9. Proces pridobivanja podatkov je bil poenoten pri vseh udeležencih v raziskavi, kot to opisujeta Polit & Beck (2012). Za analizo zbranih podatkov smo uporabili metodo tematske analize besedila, ki podrobneje opisuje posamezna tematska področja, omogoča raziskovanje in analizo obravnavanega področja (Braun & Clarke, 2013). Kot opisujeta Braun & Clarke (2013) je metoda tematske analize besedila sestavljena iz šestih faz. Na začetku se seznamimo s podatki, zatem ustvarimo začetne kode, nato sledi iskanje tem, četrta faza vključuje pregled tem, nakar le-te določimo in poimenujemo, na koncu sledi izdelava poročila.

Rezultati

Ugotovili smo, da se je največ neželenih dogodkov med študenti zdravstvene nege zgodilo v 2. letniku dodiplomskega študija in najmanj v 3. letniku dodiplomskega študija. Študenti zdravstvene nege so poročali o neželenih dogodkih, za katere so bili odgovorni sami in o neželenih dogodkih, katerim so bili priča. Neželeni dogodki, povzročeni s strani študentov zdravstvene nege, so bili: vbod z inzulinsko iglo (2x), zamenjava zdravila, aplikacija zdravila napačnemu pacientu (2x). Štiri intervjuvanke so bile priča neželenim dogodkom, in sicer pri zamenjavi zdravila, aplikaciji zdravila napačnemu pacientu, aplikaciji prevelike količine zdravila in vbodu z uporabljeni iglo. Neželeni dogodki so se zgodili na različnih področjih kliničnega usposabljanja.

V analizi kvalitativnih podatkov smo oblikovali tri glavne teme: doživljanje neprijetnih občutkov ob pojavi neželenega dogodka, ravnanje ob neželenem dogodku in vzroki za neželeni dogodek. Glavne teme, podteme sekundarnega in primarnega nivoja so prikazane v tabeli 1.

Tabela 1: Prikaz glavnih tem, podtem sekundarnega nivoja, podtem primarnega nivoja in prostih kod (Gradišnik, 2020)

Teme	Podteme sekundarnega nivoja	Podteme primarnega nivoja	Proste kode
Doživljanje neprijetnih občutkov ob pojavi neželenega dogodka	Frustriranost in zbegnost	Stresna situacija	<ul style="list-style-type: none"> Ob pojavu sem bila v popolnem šoku (2x). Prvo šok in rahla panika. Bila sem zmedena in prestrašena.
		Razočaranost	<ul style="list-style-type: none"> Ob neželenem dogodku sem se počutila osramočeno in neprijetno.
		Občutek krivde	<ul style="list-style-type: none"> Počutila sem se krivo.
	Prestrašenost in nelagodje	Občutek jeze	<ul style="list-style-type: none"> Zelo sem bila jezna sama na sebe (2x). Moji občutki so bili mešanica jeze, nemoči, ogorčenosti in začudenosti.
		Občutek manjvrednosti	<ul style="list-style-type: none"> Kot študent nimaš besede pri tako pomembnem odločanju, če bi jih pa opozorila, da to ni prav, bi me verjetno kar čudno gledali. Imela sem občutek nesposobnosti za ta poklic.
		Strah pred poslabšanjem zdravstvenega stanja pacienta	<ul style="list-style-type: none"> Pacienta sem večkrat nadzorovala.
Ustrezno ravnanje ob vbodu z ostrim predmetom	Ukrepanje ob poškodbi z ostrom predmetom	Strah pred stigmatizacijo	<ul style="list-style-type: none"> Bilo me je strah, kako me bodo obravnavali do konca prakse.
		Obisk infektologa	<ul style="list-style-type: none"> Razkužila sem vbodno mesto (3x). Začela iztiskati kri pod tekočo vodo (2x). Spirala mesto vboda več kot 10 minut. Vbodno mesto ponovno razkužila in pokrila z obližem.
	(Ne)poročanje o neželenem dogodku	Poročanje o neželenem dogodku	<ul style="list-style-type: none"> Naslednji dan sem šla na urgenco, na infekcijski del.
Ravnanje ob pojavi neželenega dogodka	Neporočanje o neželenem dogodku		<ul style="list-style-type: none"> Da, o neželenem dogodku sem povedala mentorici in zaposlenim na oddelku. Izpolnili smo obrazec za prijavo neželenega dogodka.
			<ul style="list-style-type: none"> Neželenega dogodka s kliničnem mentorjem nisva prijavila (5x). Ne, o neželenem dogodku nisem poročala nobenemu (4x). Medicinska sestra mi je s prstom nakazala, da bova tiho o tem. Sem ostala tiho.

Teme	Podteme sekundarnega nivoja	Podteme primarnega nivoja	Proste kode
		Neupoštevanje standardov	<ul style="list-style-type: none"> Do neželenega dogodka je prišlo zaradi malomarnosti. Medicinska sestra ni preverila, katera terapija je od katere stanovalke. Vzrok je bil po mojem hitrost in to, da nisem zdravila preverila še enkrat preden sem ga priklopila.
Individualni vzroki			
Vzroki neželenih dogodkov	Pomanjkljiva koncentracija		<ul style="list-style-type: none"> Počutila sem se premalo pazljivo.
	Prepuščenost samemu sebi		<ul style="list-style-type: none"> Nisem imela ustreznega nadzora in poučenja s strani mentorjev, čeprav je vedela, da nimam izkušenj, ne izobrazbe.
Organizacijski vzroki	Motnje, prekinitve dela in hiter tempo		<ul style="list-style-type: none"> Zmotil svojec patientke na sosednji postelji. Menim, da je bil vzrok prehiter tempo dela na oddelku. Do neželenega dogodka je prišlo zaradi hitrenja.

Doživljanje neprijetnih občutkov ob pojavi neželenega dogodka

Prvo glavno temo smo oblikovali z obeh podtem sekundarnega nivoja: frustriranost in zbeganost ter prestrašenost in nelagodje. Iz sledečih podtem primarnega nivoja: stresna situacija, razočaranost, občutek krivde, občutek jeze in občutek manjvrednosti, smo poimenovali prvo podtempo sekundarnega nivoja, in sicer *frustriranost in zbeganost*. Kot drugo podtempo sekundarnega nivoja, *prestrašenost in nelagodje*, smo na podlagi analize oblikovali dve podtemi primarnega nivoja: *strah pred poslabšanjem zdravstvenega stanja pacienta in strah pred stigmatizacijo*.

Vsek posameznik drugače doživila neprijetne občutke, po navadi so le-ti povezani z nelagodjem, prestrašenostjo in frustracijo. Neprijetna čustva študenti zdravstvene nege občutijo v situaciji, kadar stvari ne izpeljejo, kot bi jih morali. Udeleženke v raziskavi so se počutile neprijetno, ko so naredile nekaj, kar ni bilo v skladu z njihovimi vrednotami. Ena izmed intervjuvank je povedala, da zaradi povzročenega neželenega dogodka ni mogla mirno spati. Ta dogodek jo je vznemiril, ves čas je premišljevala, kaj vse bi se lahko zgodilo pacientu.

IN₆: »Bila sem zmedena in prestrašena. Tisto noč nisem mogla mirno spati, predstavljalata sem si vse najhujše scenarije, kaj bi se lahko zgodilo.«

Intervjuvanke so se ob pojavi neželenega dogodka različno odzvale na stresno situacijo. Počutile so se neprijetno, bile so v šoku, odzvale so se panično, saj so se v takšni situaciji znašle prvič.

IN₁: »Prvo šok in rahla panika, saj nisem vedela, kaj točno moram narediti po vbodu.«

IN₃: »V nastali situaciji sem se sprva počutila nelagodno ...«

IN₅: »Ob pojavi sem bila v popolnem šoku ...«

Občutek razočaranosti pri delu je prisoten, kadar oseba ve, na kakšen način je potrebno izvesti določen postopek ali poseg, vendar na koncu ravna zmotno. Ravno s tem se je soočila intervjuvanka, katera je zamenjala zdravilo, kljub predhodnemu preverjanju.

IN₇: »Ob neželenem dogodku sem se počutila osramočeno in neprijetno, saj sem, preden sem priklopla, pogledala nalepko, na kateri piše, kakšno zdravilo je dodano, nato pa sem vzela napačno zdravilo.

Pri napačnem dejanju ali storjeni napaki je prisoten občutek krivde, kar nam je potrdila tudi ena izmed intervjuvank.

IN₄: »Počutila sem se krivo ...«

Nekaj intervjuvank je poročalo o občutkih jeze, s katerimi so se soočile ob neželenem dogodku. Kljub poudarkom na zagotavljanju varnosti pacientov je prišlo do ogroženosti patientovega zdravstvenega stanja, zato je bila jeza pri njej še močnejše izražena.

IN₁: »Potem pa rahel občutek jeze, da se mi je to moralno zgoditi, saj smo o varnosti glede tega veliko poslušali.«

IN₂: »Moji občutki so bili mešanica jeze, nemoči, ogorčenosti in začudenosti ...«

IN₈: »Pa zelo sem bila jezna sama na sebe, da nisem bila bolj previdna.«

V stresnih situacijah velikokrat podvomimo v lastne sposobnosti, kot je izpostavila ena izmed intervjuvank, ki se je soočila z neželenim dogodkom v času kliničnega usposabljanja.

IN₄: »Imela sem občutek nesposobnosti za ta poklic ...«

V času kliničnega usposabljanja se študenti zdravstvene nege velikokrat znajdejo v podrejenem položaju.

IN₂: »... ker pač kot študent nimaš besede pri tako pomembnem odločanju, če bi jih pa opozorila, da to ni prav, bi me verjetno kar čudno gledali.«

Povzročen neželen dogodek pri posameznikih pogosto sproži občutek strahu, nemalokrat je prisoten strah pred tem, kaj si bodo o tem mislili drugi in strah pred ogrožanjem paciente. Udeleženki v raziskavi je bilo strah možnosti poslabšanja zdravstvenega stanja paciente zaradi storjene napake, zato sta ga pogosteje spremljali.

IN₂: »Je pa res, da sem jaz paciente, ko sem opazila napako sestre, bolj natančno opazovala, če bi prišlo do kakšnih komplikacij, nezaželenih reakcij.«

IN₄: »Po ugotovitvi sem paciente večkrat nadzorovala in ga vprašala o počutju.«

Intervjuvanke je bilo strah spregovoriti o storjeni napaki, predvsem zaradi mnenja drugih.

IN₄: »... saj sem imela občutek hude krivde in me je bilo strah, kako me bodo obravnavali do konca prakse.«

IN₆: »... me je bilo strah, predvsem tega, kako bi odreagirali. Strah me je bilo tudi, da bi kdo za nastali dogodek krivil mene.«

Ravnanje ob pojavu neželenega dogodka

Na podlagi analize je bila oblakovana druga glavna tema »ravnanje ob pojavu neželenega dogodka«. S pomočjo podtem primarnega nivoja: ukrepanje ob poškodbi z ostrom predmetom, obisk infektologa, poročanje o neželenem dogodku in neporočanje o neželenem dogodku smo oblikovali dve sekundarni podtemi: *ustrezno ravnanje ob vbodu z ostrom predmetom in (ne)poročanje o neželenem dogodku*.

Neizogibno dejstvo je, da se neželeni dogodki v zdravstveni negi pojavljajo in se bodo pojavljali. Zato je pomembno, da so vsi zdravstveni delavci, vključno s študenti zdravstvene nege poučeni, kako pravilno ukrepati v takšni situaciji. Ugotavljamo, da so intervjuvanke, ki so se v času klinične prakse zboldile z ostrom predmetom, ravnale ustrezno.

IN₁: »Odšla sem nazaj do ambulante, si razkužila vbodno mesto in si začela iztiskati kri pod tekočo vodo. To sem počela nekaj časa, potem sem si vbodno mesto ponovno razkužila in pokrila z obližem.«

IN₈: »Ja, takoj sem odložila ta inzulinski peresnik, snela rokavice in šla pod vodo. Pol vem, da sem si z mlačno vodo spirala pač mesto vboda. Pač prst sem imela skozi pod tekočo vodo in sem si z drugo roko stiskala prst. Am, prst sem si stiskala torej od dlani proti nohtu, torej pač stran od srca, ane. Spirala sem si po mojem malo več kot 10 min pa pol sem si še alkohol gor polivala.«

IN₉: »Več časa sem iztiskala kri na mestu vboda in mesto nato razkužila.«

V primeru poškodb z ostrim predmetom se svetuje obisk pri infektologu, v našem primeru ga je obiskala le ena izmed intervjuvank.

IN₁: »Naslednji dan sem odšla na urgenco, na infekcijski del.«

O storjenih napakah neradi govorimo, vendar so napake v zdravstvu lahko usodne za pacienta, zato jih je potrebno nemudoma sporočiti, brez oklevanja. Potrebno je, da neželene dogodke v zdravstveni negi prijavimo.

IN₁: »Da, sem povedala mentorici in zaposlenim na oddelku, ki so bili takrat v ambulanti. Šolskemu mentorju tega nisem poročala, saj je bila to izbirna praksa, ki je nisem opravljala v Univerzitetnem kliničnem centru. Ja, potem smo izpolnili obrazce za prijavo neželenega dogodka ...«

IN₅: »Sestra je za storjeno napako sama poročala o tem kliničnemu mentorju – diplomirani medicinski sestri, saj jo je zanimalo glede zamenjane terapije in da ne bi bilo kaj narobe. S sestro sva ta neželeni dogodek tudi prijavile, pa čeprav je diplomirana medicinska sestra rekla, da ni potrebno, ker naj se ne bi nič zgodilo (kar se tudi ni), ampak se je vseeno sestra lažje počutila in ne preveč krivo, kot bi se, če tega ne bi prijavila.«

IN₈: »Ja, klinični mentorici sem takoj javila oz. pač prvo sem si spirala mesto vboda, potem pa sem šla do nje, da sem ji povедala, kaj se mi je naredilo.«

Smiselno je, da se o storjenih napakah pogovarjamo, saj lahko le na takšen način zmanjšamo njihovo pojavnost.

IN₃: »Na praktičnem usposabljanju nisem imela določenega enega kliničnega mentorja, saj sem vsak dan delala z drugo diplomirano medicinsko sestro, vsaka izmed njih mi je bila dnevni klinični mentor. V taki situaciji se kot študent nisem najbolje znašla, nisem vedela, na koga naj se zdaj obrnem. O neželenem dogodku sem govorila s sestro, katero sem tisti dan spremljala. Pogovorili sva se, kaj je šlo narobe, do kakšnih posledic bi lahko prišlo in kaj lahko pozitivnega iz situacije odnesem. S šolskim mentorjem sva o neželenem dogodku govorili, saj smo na praksi oddajali tudi refleksije, v kateri sem neželeni dogodek tudi vključila.«

Velikokrat neželeni dogodki ostanejo zamolčani, kar je v nasprotju s profesionalnim odnosom. Temeljna naloga in odgovornost vsakega zdravstvenega delavca je, da o napakah spregovori. Tudi v naši raziskavi ugotavljamo, da večina intervjuvank o neželenem dogodku ni poročala.

IN₂: »Ne, ker se mi je zdelo nesmiselno se izpostavljat, ko sta dva tako imenovana strokovnjaka neželeni dogodek lepo pometla pod preprogo.«

IN₄: »Ne, nisem poročala nobenemu ...«

IN₆: »Pogledala sem medicinsko sestro, ki mi je s prstom nakazala, da bova o tem tiho. Nisem ji upala ugovarjati, čeprav sem globoko v sebi vedela, da ni bilo prav, da sem ostala tiho.«

IN₇: »... incidenta s kliničnim mentorjem nisva prijavila.«

IN₈: »Pol mi je pa še mentorica razložila, kako je glede prijave incidenta ... In pol sem se tudi sama odločila, da ne bom prijavila incidenta ... Če bi se mi danes naredil kakšen incident, ne bi tvegala, ampak bi takoj prijavila.«

IN₉: »O neželenem dogodku nisem poročala, ker mi je diplomirana medicinska sestra rekla, da to ni nič in da se je ona že večkrat zbodla, pa se ni z ničemer okužila, ter da bom imela same težave, če bom poročala o neželenem dogodku mentorjem. Zato tudi nismo prijavili neželenega dogodka.«

Vzroki neželenih dogodkov

Kot zadnjo glavno temo smo zasnovali »vzroki neželenih dogodkov«. Podtemi sekundarnega nivoja individualni in organizacijski vzroki sestavljajo štiri podteme primarnega nivoja, in sicer: *neupoštevanje standardov, pomanjkljiva koncentracija,*

prepuščenost samemu sebi in motnje, prekinitve dela in hiter tempo. Vzroki za pojav neželenih dogodkov v kliničnem okolju so lahko prisotni na individualnem in na organizacijskem nivoju. V naši raziskavi so intervjuvanke kot individualni vzrok izpostavile neupoštevanje standardov in pomanjkljivo koncentracijo. Eden izmed poglavitnih razlogov za pojav neželenih dogodkov je neupoštevanje standardov zdravstvene nege, kar potrjujejo tudi intervjuvanke. V raziskavi so intervjuvanke kot vzrok za nastanek neželenega dogodka izpostavile predvsem nepreverjanje terapije.

IN₅: »Vzrok je bil to, da sestra ni preverila in se sploh prepričala, katera terapija je od katere stanovalke in je kar vzela tabletji za razdelitev. Najprej pa je bil tudi to problem, da se na predaji ni nič reklo o tem in bi po tem tudi jaz bila s tem seznanjena, če bi se to omenilo.«

IN₇: »Vzrok je bil po mojem hitrost in to, da nisem zdravila preverila še enkrat, preden sem ga priklopila.«

Ena izmed intervjuvank nam je poročala o neupoštevanju standardov s strani zaposlene diplomirane medicinske sestre, katera je oster predmet brezbržno zavrgla v koš za ostre odpadke, zaradi česar je prišlo do nenavadnega neželenega dogodka.

IN₉: »Sedela sem zraven vozička za odvzem krvi, ko je dipl. med. sestra hotela iz nastavka za odvzem krvi zavreči iglo v koš za ostre odpadke, a ji je le ta padla mimo smetnjaka na mojo nogo in se zapicila oz. me pičila v mojo stegno.«

Pogosto zaradi znižane koncentracije pride do pojava napak v kliničnem okolju.

IN₄: »Počutila sem se premalo pazljivo.«

Kot organizacijske vzroke za pojav neželenih dogodkov pa intervjuvanke opozarjajo predvsem na motnje, prekinitve dela in hiter tempo ter prepuščenost samemu sebi. Nekatere intervjuvanke so poročale o vzrokih za neželene dogodke, povzročene zaradi površnosti in hitenja. Pogosto do napak v zdravstveni negi s strani študentov zdravstvene nege pride zaradi hitrega tempa različnih aktivnostih na oddelkih. Na začetku vsakršnega uvajanja v delo je potreben čas, ki pa je v kliničnem okolju vse prej hiter kot umirjen.

IN₄: »Menim, da je bil vzrok prehiter tempo dela na oddelku, prehiter za študenta, ki je takrat bil prvič v bolnici.«

IN₆: »Do incidenta je prišlo zaradi hitenja. Medicinska sestra, pod mentorstvom katere sem bila, je bila ob meni, ko sem razdeljevala večerno terapijo. Ker sem delo opravljala počasi (vse sem preverjala dvakrat, zaradi neizkušenosti sem terapijo dajala počasneje ipd.), se je odločila, da mi bo podajala injekcije, ki jih bom jaz aplicirala, med tem pa se bo ona podpisala na tempe-returnuri list. Tako naj bi delo hitreje steklo – in tudi je, vendar je posledično prišlo do napake.«

V času kliničnega usposabljanja je vsakemu študentu zdravstvene nege dodeljen en klinični mentor. Intervjuvanka nam je zaupala, da je v času kliničnih vaj imela nepopoln nadzor s strani kliničnega mentorja.

IN₄: »Sledila sem le navodilom mentorice, saj me niso opozorili na preverjanje bolnikovih podatkov, prav tako pa nisem imela ustreznega nadzora in poučenja s strani mentorja, čeprav je vedela, da nimam izkušenj, ne izobrazbe.«

Diskusija

Namen raziskave je bil raziskati doživljanje in ravnanje študentov zdravstvene nege ob neželenem dogodku v kliničnem okolju. Ugotovili smo, da so se udeleženci v raziskavi ob pojavu neželenega dogodka počutili neprijetno, spremljali so jih občutki nelagodja, zbeganosti, frustriranosti in strahu pred poslabšanjem zdravstvenega stanja pacientov zaradi povzročenega neželenega dogodka. Ena izmed intervjuvank v naši raziskavi, ki se je soočila z neželenim dogodkom v času kliničnega usposabljanja, je celo podvomila v lastno sposobnost. Obenem so bili prisotni občutki krivde, jeze, razočaranosti in manjvrednosti. Da imajo študenti ob neželenem dogodku negativne čustvene reakcije in da povzročene napake izzovejo dvom v lastno sposobnost, ugotavljajo tudi Morzinski, et al. (2016) in Asensi Vicente, et al. (2018).

Zanimalo nas je tudi, kakšno je ravnanje študentov zdravstvene nege ob pojavu neželenega dogodka. Največja ugotovljena pomanjkljivost je nesporočanje neželenih dogodkov. Ker se neželeni dogodki, povzročeni s strani študentov pogosto pojavijo v odsotnosti kliničnega mentorja, le-ti ostanejo največkrat nedokumentirani (Wieke Noviyanti, et al., 2017). Ugotovili smo

namreč, da večina intervjuvancev o neželenem dogodku ni poročala in ga tudi ni dokumentirala. Vzrok za neporočanje in nedokumentiranje, ki ga ob tem navajajo, pa je bil predvsem strah pred stigmatizacijo. Ob pojavi neželenega dogodka študente zdravstvene nege namreč spreminja strah pred poklicnimi posledicami in negativnim označevanjem (Ion, et al., 2015). Največjo dilemo pred poročanjem predstavlja strah za poklicni ugled, strah pred posledicami in stigmatizacija (Barnsteiner & Disch, 2012; Peyrovi, et al., 2016), čeprav se zavedajo, da bi z doslednim poročanjem o neželenih dogodkih lahko prišlo do pozitivnih sprememb v kliničnem okolju, predvsem na področju znanja o varnosti in osebnega zavedanja (Halperin & Bronshtein, 2019). Sporočanje neželenih dogodkov bi verjetno bilo lažje in učinkovitejše, če bi znotraj tima vladala medsebojna podpora (Wagner, et al., 2013), obrazci za poročanje o neželenih dogodkih pa bi bili anonimni (Halperin & Bronshtein, 2019).

Enoznačnega odgovora, zakaj se neželeni dogodki v kliničnem okolju pojavljajo, ni. Ugotovili smo, da so le-ti prisotni tako na individualnem kot na organizacijskem nivoju. Pod individualne dejavnike so intervjuvanci izpostavili neupoštevanje standardov in pomanjkanje koncentracije pri delu. Tudi Vrbnjak (2017) je ugotovila, da do napak lahko pride zaradi neupoštevanja standardov in preobremenjenosti z delom. Brodarič (2013) med naštete vzroke prišteva tudi primanjkljaj strokovnega izobraževanja in izkušenosti. Med organizacijske dejavnike so intervjuvanci navedli prepuščenost samemu sebi, hiter delovni tempo in motnje, ki vplivajo na prekinitev dela med izvajanjem postopkov in posegov. Prisotnost motečih faktorjev in prekinitev predstavlja visoko tveganje za pojav napak (Vrbnjak, 2017). V eni izmed raziskav so ugotovili, da lahko na zagotavljanje varnosti pri delu vplivajo tudi dejavniki iz okolja, ki lahko znižujejo raven koncentracije in vplivajo na povečano obremenitev (Choo, et al., 2013). Kot učinkovita tehnika preprečevanja neželenih dogodkov med kliničnimi vajami so priporočljivi tedenski sestanki oziroma okrogle mize med študenti zdravstvene nege, šolskim koordinatorjem in mentorjem učnega zavoda. Priporočljivi so tudi individualni pogovori o težavah, s katerimi se srečujejo študenti zdravstvene nege med kliničnim usposabljanjem (Wieke Noviyanti, et al., 2017). Izboljšanja na področju neželenih dogodkov lahko pričakujemo z ustvarjenjem zaupljivejšega odnosa in okolja ter ne obtožujoče kulture med študenti in zaposlenimi v kliničnem okolju. Zato je pomembno, da spodbujamo kulturo varnosti zdravstvenih delavcev in študentov zdravstvene nege ter stremimo k vzpostavljivosti zaupljivega delovnega okolja, v katerem bodo študenti, četudi se srečajo z neželenim dogodkom iz pridobljene izkušnje pridobili novo znanje, zaradi katerega se napaka morda ne bo več ponovila.

Zaključek

Medicinskim sestrjam največjo oviro pri poročanju napak predstavlja želja po ohranitvi poklicnega ugleda, preprečevanje stigmatizacije, strah pred posledicami, občutek negotovosti, pomanjkanje podpore s strani vodstva ter neraziskovanje osnovnega vzroka napake (Peyrovi, et al., 2016). Za doseganje izboljšav na področju izobraževanja v zdravstveni negi predlagamo vpeljavo vsebin in izvajanje klinične supervizije, s poudarkom na zagotavljanju varnosti v kliničnem okolju, in sicer tokom celotnega teoretičnega in kliničnega usposabljanja. Za zagotavljanje varnih praks je pomembno tesno sodelovanje med univerzo in zdravstvenimi ustanovami.

Literatura

- Asensi-Vicente, J., Jimenez-Ruiz, I. & Vizcaya-Moreno, F., 2018. Medication errors involving nursing students: a systematic review. *Nurse Educator*, 43(5), pp. E1–E5.
- Barnsteiner, J. & Disch, J., 2012. A just culture for nurses and nursing students. *Nursing Clinics of North America*, 47(3), pp. 407–416.
- Braun, V. & Clarke, V., 2013. Successful qualitative research: a practical guide for beginners. [pdf] London: Sage. Available at: <http://eprints.uwe.ac.uk/21156/3/SQR%20Chap%201%20Research%20Repository.pdf> [Accessed 03.10.2019].
- Brodarič, M., 2013. Etični vidik nepravilnosti v zdravstveni negi. In: A. Podhostnik, ed. Napake v zdravstveni negi: zbornik prispevkov. 5. dnevi Marije Tomšič, Dolenjske Toplice, 24. in 25. januar 2013. Novo mesto: Visoka šola za zdravstvo, pp. 15–21.
- Choo, J., Johnston, L. & Manias, E., 2013. Nurses' medication administration practices at two Singaporean acute care hospitals. *Nursing and Health Sciences*, 15(1), pp. 101–108.
- de Vasconcelos, P. F. et al., 2019. Safety attributes in primary care: understanding the needs of patients, health professionals, and managers. *Public Health*, 171(1), pp. 31–40.
- Fisher, M. & Kiernan, M., 2019. Student nurses' lived experience of patient safety. *Nurse Education Today*, 77(1), pp. 1–5.
- Fisher, M. & Scott, M., 2013. Patient safety and managing risk in nursing. London: Learning Matters.
- Gradišnik, M., 2018. Doživljjanje študentov zdravstvene nege ob incidentih v kliničnem okolju: magistrsko delo univerzitetnega študija. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 13–21.
- Grubar, D., 2013. Strokovna napaka v zdravstveni negi. In: A. Podhostnik, ed. Napake v zdravstveni negi: zbornik prispevkov. 5. dnevi Marije Tomšič, Dolenjske Toplice, 24. in 25. januar 2013. Novo mesto: Visoka šola za zdravstvo, pp. 28–37.

- Halperin, O. & Bronshtein, O., 2019. The attitudes of nursing students and clinical instructors towards reporting irregular incidents in the medical clinic. *Nurse Education in Practice*, 36(1), pp. 34–39.
- Ion, R. et al., 2015. Factors influencing student nurse decisions to report poor practice witnessed while on placement. *Nurse Education Today*, 35(7), pp. 900–905.
- Jankovič, M., 2013. Spremljanje incidentov – pokazatelj kakovosti zdravstvene nege. In: A. Podhostnik, ed. Napake v zdravstveni negi: zbornik prispevkov. 5. dnevi Marije Tomšič, Dolenjske Toplice, 24. in 25. januar 2013. Novo mesto: Visoka šola za zdravstvo, pp. 38–44.
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije. Uradni list RS, št. 71/14.
- Mannion, R. & Davies, H. T., 2015. Cultures of silence and cultures of voice: the role of whistleblowing in healthcare organisations. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(8), pp. 503–505.
- Morzinski, J. A. et al., 2016. Students' critical incidents point the way to safer patient care transitions. *Wisconsin Medical Society*, 115(2), pp. 81–85.
- O'Donovan, R., Ward, M., De Brún, A. & McAuliffe, E., 2019. Safety culture in healthcare teams: a narrative review of the literature. *Journal of Nursing Management*, 27(5), pp. 871–883.
- Peyrovi, H., Nikbakht Nasrabadi, A. & Valiee, S., 2016. Exploration of the barriers of reporting nursing errors in intensive care units: a qualitative study. *Journal of the Intensive Care Society*, 17(3), pp. 215–221.
- Podhostnik, A., 2013. Reakcije študentov ob storjeni strokovni napaki. In: A. Podhostnik, ed. Napake v zdravstveni negi: zbornik prispevkov. 5. dnevi Marije Tomšič, Dolenjske Toplice, 24. in 25. januar 2013. Novo mesto: Visoka šola za zdravstvo, pp. 98–104.
- Polit, D. F. & Beck, T. C., 2012. Resource manual for nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 9th ed. Filadelfija: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Rainer, J., 2015. Speaking up: factors and issues in nurses advocating for patients when patients are in jeopardy. *Journal of Nursing Care Quality*, 30(1), pp. 53–62.
- Rockville, W. et al., 2016. Hospital survey on patient safety culture: user's guide. [pdf] Available at: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf> [Accessed 03.10. 2019].
- Vrbnjak, D., 2017. Skrb za pacienta in varnost pri dajjanju zdravil v zdravstveni negi: doktorska disertacija. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
- Wagner, L. M., Damianakis, T., Pho, L. & Tourangeau, A., 2013. Barriers and facilitators to communicating nursing errors in long-term care settings. *Journal of Patient Safety*, 9(1), pp. 1–7.
- Wieke Noviyanti, L., Handiyani, H. & Gayatri, D., 2017. Improving the implementation of patient safety by nursing students using nursing instructors trained in the use of quality circles. *BMC Nursing*, 17(53), pp. 9–15.
- World Health Organization, 2016. Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016–2020. [pdf] Available at: https://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/global-strategic-midwifery2016-2020.pdf [Accessed 02.10.2019].
- World Health Organization, 2019. Data and statistics. [Online] Available at: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/data-and-statistics> [Accessed 02.10.2019].

Ocena skrbnega ravnanja pri vstavitvi urinskega katetra v urgentnih enotah

Urinary catheterization: assessment of safe practice among nurses in emergency departments

Doc. dr. Amadeus Lešnik, Urška Fekonja, mag. zdr. - soc. manag., Jernej Mori, mag. zdr. nege

Univerzitetni klinični center Maribor, Internistična nujna pomoč in Urgentni center

Izvleček

Uvod: Z zdravstvom povezane okužbe sečil pri pacientih z urinskim katetrom sodijo med najpogosteje neželene dogodke in pri odraslih pacientih predstavljajo več kot tretjino vseh bolnišničnih okužb. Namen raziskave je bil ugotoviti skrbnost ravnanja pri vstavitvi urinskega katetra med obravnavo pacienta v urgentni enoti.

Metode: Uporabljena je bila kvantitativna raziskovalna metodologija. Raziskava je bila izvedena maja 2022 s tehniko anketiranja. V priložnostni vzorec je bilo vključenih 60 diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov. Statistično obdelavo smo opravili s statističnim programom Microsoft Excel ter SPSS ver. 22 (SPSS Inc., Chicago, IL). Za opis vzorca populacije in odgovorov po sklopih smo uporabili opisno statistiko, za primerjave med skupinami pa Spearmanov korelacijski koeficient in Mann-Whitneyev U test.

Rezultati: Rezultati kažejo na zadovoljivo oceno skrbnega ravnanja pri vstavitvi trajnega urinskega katetra ($PV = 3,8488$; $SD = 0,26076$). Ugotavljamo, da je znanje o kateterizaciji dobro ($PV = 4,0167$; $SD = 0,41135$) ter da jo anketirani v veliki večini izpeljejo strokovno in skrbno ($PV = 4,0150$; $SD = 0,36769$). Nekoliko slabši rezultat pa ugotavljamo pri organizaciji materiala in izvedbe ($PV = 3,5146$; $SD = 0,34605$). Obstaja povezanost med znanjem medicinskih sester o vstavitvi urinskega katetra in samo izvedbo kateterizacije ($r = 0,299$; $p = 0,02$).

Diskusija in zaključek: Za omejitev infekcije, pridobljene zaradi vstavljenega trajnega urinskega katetra so potrebni programi za nadzor in spremljanje uporabe katetra, primernosti katetrskih indikacij, nadzor in pravilno ukrepanje ob zapletih. Potrebna je ozaveščenost in motivacija zdravstvenih delavcev, da h katetrizaciji pristopijo strokovno in se zavedajo možnih zapletov pri pacientu.

Ključne besede: bolnišnične okužbe, okužba sečil, kateterizacija, retrogradni vnos infekta

Abstract

Background: Healthcare-associated urinary tract infections in patients with urinary catheters are among the most common adverse events and account for more than a third of all hospital-acquired infections in adult patients. The purpose of the research was to determine the care taken when inserting a urinary catheter during patient treatment in the emergency department.

Methods: A quantitative research methodology was used. The research was conducted in May 2022 using a survey technique. A random sample included 60 registered nurses. Statistical processing was performed with the statistical program Microsoft Excel and SPSS ver. 22 (SPSS Inc., Chicago, IL). Descriptive statistics were used to describe the population sample and responses by the groups, and Spearman's correlation coefficient and the Mann-Whitney U test were used for comparisons between groups.

Results: The results indicate a satisfactory assessment of care in the insertion of an indwelling urinary catheter (PV = 3,8488; SD = 0,26076). We note that knowledge of catheterization is good (PV = 4,0167; SD = 0,41135) and that the overwhelming majority of respondents carry it out professionally and carefully (PV = 4,0150; SD = 0,36769). We note a slightly worse result in the preparation of the material needed and the performance that follows (PV = 3,5146; SD = 0,34605). There is a correlation between nurses' knowledge of urinary catheter insertion and catheterization itself ($r = 0,299$; $p = 0,02$).

Conclusion: To limit infection due to an indwelling urinary catheter, preparations are needed to control and monitor the use of the catheter, the appropriateness of catheter indications, and control with corrective action taken in the event of complications resulting from the procedure. Medical professionals need to be correctly motivated so that they can approach catheterization professionally as well as be aware of the possible complications.

Keywords: nosocomial infections, urinary tract infection, catheterization, retrograde infection

Uvod

Z zdravstvom povezane okužbe sečil, ki pogosto nastanejo kot posledica neposrednega vnosa mikrobov v mehur ob uvanjanju urinskega katetra (Chenoweth, et al., 2014), sodijo med najpogosteje neželene dogodke zdravstvene oskrbe in so pogost vzrok za sepsko ter uporabo protimikrobnih zdravil, kar vodi v kolonizacijo z organizmi, odpornimi na več zdravil (Mody, et al., 2017). Pri odraslih pacientih predstavljajo kar 35 % vseh bolnišničnih okužb, od tega jih kar 80 % nastane kot posledica vstavljenega urinskega katetra (Piljic, et al., 2013). Katetsko pogojenim okužbam sečil, ki so pogosto povzročene zaradi pomanjkljivega sledenja standardu strokovne vstavitve urinskih katetrov, se je v veliki meri mogoče izogniti (Gould, et al., 2017). Urinski katetri se pogosto uporabljajo neprimerno, saj je poznavanje na dokazih podprtih praks za rokovanje z urinskimi katetri med zdravstvenim osebjem neoptimalno in povečuje tveganje za neželene učinke zdravstvene oskrbe (Hollingsworth, et al., 2013; Montoya, et al., 2013). Uporabi urinskega katetra bi se zaradi številnih zapletov, ki jih lahko povzroča, morali, kadar je le mogoče, izogniti in pacientu vstaviti kateter le, če je to nujno. Žal se še vedno v mnogih primerih kateterizacija uporablja brez ustrezne indikacije. Ker že pri enkratni vstavitvi urinskega katetra lahko pride do bakteriurije v 20 %, ima skrbno ravnanje pri vstavljanju urinskega katetra pozitiven vpliv na obolevnost, trajanje hospitalizacije in s tem povezanimi stroški. Pri posegu se za zniževanje stopnje okužb, povezanih z urinskimi katetri priporočajo na dokazih temelječi ukrepi, kot so higiena rok, uporaba zanesljive aseptične tehnike, ustrezne indikacije ter pravilno vzdrževanje in pravočasna odstranitev katetra (Dailly, 2012; Nicolle, 2014). Izvedba kateterizacije, ki temelji na dokazih podprtih praksi, temelji na oceni potrebe po katetrizaciji in pravočasni odstranitvi katetra, še posebej takrat, kadar ni nujno potreben (Andrade & Fernandes, 2016). Najpogosteje ovire pri vstavitvi in uporabi trajnega urinskega katetra so: slabo sodelovanje medicinskih sester in zdravnikov, pomanjkanje razumevanja invazivnega posega vstavitve, zaradi česar je potrebno izbrati najmanjšo velikost urinskega katetra, ki zmanjša možnost poškodbe ter draženja uretre in še vedno zagotavlja prost pretok urina (Loveday, et al., 2014), potencialne resnosti okužb sečil in neustrezna praksa vstavljanja katetra na urgentnih enotah (Krein, et al., 2013).

Urgentne enote zaradi visoke pretočnosti osebja, časovnih pritiskov, pomanjkanja stalnega usposabljanja, delovne obremenitve in kritično bolnih pacientov, predstavljajo za oskrbo pacientov zelo zahtevno okolje (Self, et al., 2013; Dawson, 2014). Čeprav se moteči dejavniki iz različnih razlogov pojavljam v številnih delovnih okoljih zdravstvene oskrbe, je v urgentnih ambulantah časovna stiska pomemben moteč dejavnik. Pomanjkanja časa ter številni moteči dejavniki povzročajo neželene prekinitev med opravljanjem določene aktivnosti, na katere se zaposleni različno odzivajo (Sasangohar, et al., 2012). Pri tem igrajo veliko vlogo izkušnje in stopnja strokovnega znanja zaposlenih (Ratwani, et al., 2014). Preobremenjenost osebja in pomanjkanje časa je zaradi preseganja fizičnih in/ali kadrovskih zmogljivosti znana sistemská težava v zdravstvu (Lee, et al., 2012), zaradi katere pa principi skrbnega ravnanja in pojasnevalna dolžnost pri obravnavi pacienta ne bi smeli biti zanemarjeni. Za zagotovitev, da je pacient pripravljen na vstavitev katetra, mora medicinska sestra pacientu pojasnit postopek, razloge vstavitve in nujnost postopka ter pridobiti pacientovo dovoljenje (Geng, et al., 2012). Namens raziskave je bil ugotoviti skrbnost ravnanja diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov pri vstavitvi urinskega katetra med obravnavo pacienta v urgentni enoti. Cilji, ki smo si jih pri tem zastavili so bili: ***raziskati kakšno znanje imajo diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki o vstavitvi trajnega urinskega katetra in opisati pomen skrbnega ravnanja pri vstavitvi urinskega katera v urgentnih enotah.***

Postavili smo si tri hipoteze:

H1: Obstaja povezanost med znanjem o posegu, zapletih kateterizacije in izvedbo vstavitve urinskega katetra.

H2: Obstajajo razlike med starejšimi (več kot 30 let) in mlajšimi (do 29 let) v znanju o posegu in zapletih kateterizacijah.

H3: Obstajajo razlike glede na delovno dobo diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov pri upoštevanju dejavnikov skrbnega ravnana pri vstavitvi urinskega katetra.

Metode

Uporabljena je bila kvantitativna raziskovalna metodologija. Izvedli smo presečno deskriptivno študijo. Podatke smo zbirali z metodo anketiranja.

Opis instrumenta

Vprašalnik zaprtega tipa z enaintridesetimi vprašanji je bil oblikovan na podlagi literature (Piljic, et al., 2013; Krein, et al., 2013; Nicolle, 2014; Bell, et al., 2016). Vseboval je tri demografska vprašanja in osemindvajset trditev, ki so se nanašale na skrbnost ravnjan pri vstavljanju urinskega katetra v urgentnih enotah. Skrbnost ravnjan smo raziskovali skozi tri dejavnike:

1. Znanje o vstavitvi urinskega katetra, 2. Organizacija materiala in izvedbe vstavitve urinskega katetra in 3. Izvedba vstavitve urinskega katetra.

Opis vzorca

V priložnostni vzorec je bilo vključenih 60 diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov, od tega je bilo 19 (31,7 %) moških in 41 (68,3 %) žensk, starih od 21 do 60 let. Povprečna starost je bila 36 let, povprečna delovna doba pa 13 let. Anketiranje je potekalo v večji zdravstveni instituciji severovzhodne Slovenije, od 3. 5. 2022, do vključno 31. 6. 2022. Anketirani so se na podlagi osebnih izkušenj do posameznih trditev, ki so ustrezale njihovim stališčem, opredeljevali na pet stopenjski Likertovi lestvici, kjer je 1 pomenilo "sploh se ne strinjam", 2 "ne strinjam se", 3 "sem neodločen", 4 "strinjam se" in 5 "zelo se strinjam".

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

V pristopni izjavi je bilo kandidatom za sodelovanje v raziskavi pojasnjeno, da je sodelovanje prostovoljno in anonimno, zbrani podatki pa bodo uporabljeni izključno v raziskovalne namene. Statistično obdelavo smo opravili s statističnim programom Microsoft Excel ter SPSS ver. 22 (SPSS Inc., Chicago, IL). Za opis vzorca populacije in odgovorov po sklopih smo uporabili opisno statistiko, v namen preverjanja hipotez pa smo uporabili Spearmanov korelačijski koeficient in Mann-Whitneyjev U test. Omenjena neparametrična testa smo uporabili zaradi neenakomerne porazdelitve podatkov. Upoštevana stopnja statistične značilnosti je bila 0,05.

Rezultati

Povprečna ocena vseh trditev vprašalnika kaže na zadovoljivo skrbno ravnanje anketiranih pri vstavitvi urinskega katetra pacientom v urgentni obravnavi. V tabeli 1 so prikazani rezultati odgovorov na vprašanja o skrbnosti ravnjanja pri vstavitvi urinskega katetra glede na celoten vprašalnik in po posameznih sklopih. V tabelah 2, 3 in 4 pa so prikazani rezultati odgovorov na posamezna vprašanja v vseh treh dejavnikih skrbnega ravnjanja.

Tabela 1: Skrbnost ravnanja pri vstavitvi urinskega katetra

Sklopi	N	Min.	Max.	PV	SO
Celotni vprašalnik.	60	3,27	4,47	3,8488	0,26076
Znanje o vstavitvi urinskega katetra.	60	3,00	5,00	4,0167	0,41135
Organizacija materiala in izvedbe.	60	2,75	4,13	3,5145	0,34605
Izvedba vstavitve urinskega katetra.	60	3,10	4,70	4,0150	0,36769

Legenda: N=skupno število anketiranih; Min.=minimalna ocena; Max.=maksimalna ocena; PV= povprečna vrednost; SO: standardni odklon

Tabela 2: Znanje o vstavitvi urinskega katetra

Trditve znanja o posegu in zapletih kateterizacije	N	Min.	Max.	PV	SO
Dehidracija pomembno vpliva na patogenezo okužbe sečil.	60	2	5	4,53	0,623
Analiza urina je pomembna diagnostična preiskava.	60	3	5	4,60	0,616
Vzorec urina za analizo lahko vzamemo tudi suprapubično.	60	1	5	2,70	1,280
Do uroinfekta lahko pride tudi, če smo poseg izvedli sterilno.	60	1	5	4,08	0,979
Pri pacientu, ki ima vstavljen kateter vedno poskrbim za zadosten vnos tekočin.	60	1	5	3,60	0,887
Če ima pacient težave pri oddaji vzorca urina se pogosto poslužujem zunanjih vzpodbud uriniranja.	60	2	5	3,98	0,813

Legenda: N=skupno število anketiranih; Min.=minimalna ocena; Max.=maksimalna ocena; PV= povprečna vrednost; SO: standardni odklon

Tabela 3: Organizacija materiala in izvedbe vstavitve urinskega katetra

Trditve organizacije materiala in izvedbe kateterizacije	N	Min.	Max.	PV	SO
Vedno upoštevamo ustrezno indikacijo za vstavitev katetra.	60	2	5	4,05	0,872
Urinske katetre imamo vedno zložene na istem mestu.	60	2	5	4,60	0,616
Urinske katetre imamo vedno zložene po velikosti.	60	1	5	3,77	1,079
Pri posegu ni veliko motečih dejavnikov in neželenih prekinitiv.	60	1	5	3,47	0,999
Kateter vstavljamo samo kadar je to res potrebno.	60	1	5	4,05	1,048
V naši enoti urinski kateter vstavljamo zelo pogosto.	60	2	5	4,47	0,676
Z oddelkov dobimo povratne informacije o okužbah sečil pri pacientih, ki so bili kateterizirani v naši enoti.	60	1	5	1,92	1,109
Pacientu, ki pogosto urinira vstavimo urinski kateter, da ne moti delovnega procesa.	60	1	5	1,80	1,038

Legenda: N=skupno število anketiranih; Min.=minimalna ocena; Max.=maksimalna ocena; PV= povprečna vrednost; SO: standardni odklon

Tabela 4: Izvedba vstavitve urinskega katetra

Trditve dejavnikov izvedbe vstavitve urinskega katetra	N	Min.	Max.	PV	SO
Kateterizacijo vedno izvajata dve osebi.	60	2	5	4,48	0,725
Tudi kadar se mudi vedno izberem pravo velikost katetra.	60	2	5	4,43	0,722
Kateter odstranimo takoj, ko ga pacient več ne potrebuje.	60	1	5	4,00	1,074
Ker imam izkušnje lahko kateteriziram tudi moške.	60	1	5	1,87	1,171
Kadar je možno pacientu pojasnim postopek in razloge za vstavitev urinskega katetra.	60	3	5	4,52	0,596
Pacientu vedno ob vstavljanju urinskega katetra zagotovim zasebnost.	60	3	5	4,55	0,565
Tudi kadar se mudi, urinski kateter vstavim po standardu uvajanja urinskega katetra.	60	3	5	4,58	0,619
Pred vstavljanjem urinskega katetra pri pacientu vedno poskrbim za intimno nego.	60	2	5	4,25	0,914
Pred prebrizgavanjem urinskega katetra vedno ocenimo količino urina v mehurju s pomočjo UZ.	60	1	5	2,75	1,159
Pacienta kateteriziramo, ker nimamo časa čakat, da bo lahko sam uriniral.	60	1	5	2,45	1,333

Legenda: N=skupno število anketiranih; Min.=minimalna ocena; Max.=maksimalna ocena; PV=povprečna vrednost; SO: standardni odklon

V namen preverjanja H1 smo uporabili Spearmanov koeficient korelacije. Ugotovili smo, da obstaja povezanost med znanjem o posegu in zapletih kateterizacije in izvedbo kateterizacije ($r=0,299$; $p=0,02$). V namen preverjanja H2 in H3 smo uporabili Mann- Whitneyev U test. Ugotovili smo, da imajo mlajši (do 30 let starosti) anketirani sicer nekoliko več teoretičnega znanja o posegu in zapletih, a razlike statistično nismo potrdili ($Z= -1,852$; $p=0,064$). Prav tako smo ugotovili, da medicinske sestre z daljšo delovno dobo v večji meri upoštevajo dejavnike skrbne vstavitve urinskega katetra, vendar tudi tega statistično nismo dokazali ($Z= -1,509$; $p=0,131$).

Diskusija

Za doseganje ciljev varne, kakovostne in učinkovite obravnave pacienta je izjemnega pomena strokovno usposabljanje osebja (Ercole, et al., 2013; Mori, 2014), kakor tudi socioadaptivne komponente, kot so kulturne in vedenjske spremembe pri pristopu do pacienta (Saint, et al., 2016). Slaba organizacija delovnih procesov, izgorelost in občutek nemoči pogosto pridejo do nevarnosti za neizvedeno ali nestrokovno zdravstveno nego s povzročeno škodo pri pacientih (Berg, et al., 2013). Omejeni viri, kot so čas, število osebja ali njihova znanja (Papastavrou, et al., 2014), pogosto povzročijo nevarne dogodke in zaplete, kar zmanjša kakovost oskrbe in vpliva na pacientovo zdravje (Maloney, et al., 2015; Blackman, et al., 2018), zato mnoge strategije za izboljšave kakovosti opravljenega dela v zdravstveni negi zahtevajo spremembo vedenja zaposlenih (Huckles-Baumgart, et al., 2021). Glede na rezultate za celoten vprašalnik ugotavljamo zadovoljivo skrbnost ravnanj anketiranih diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov pri vstavitevi urinskega katetra. Tudi po rezultatih posameznih dejavnikov ugotavljamo, da je splošno znanje anketiranih o posegu in zapletih kateterizacije dobro, ter da jo v veliki večini izpeljejo strokovno in skrbno. Nekoliko slabšo, a še vedno pozitivno oceno ugotavljamo pri sami organizaciji materiala in izvedbe. Pri pregledu rezultatov za posamezne trditve pa ugotavljamo kar nekaj zaskrbljujočih rezultatov. Tako na primer ugotovimo, da z oddelkov, kamor so bili pacienti sprejeti, ne dobijo povratnih informacij o okužbah sečil pri pacientih, ki so bili kateterizirani v urgentni enoti.

Medicinske sestre zaposlene v urgentnih enotah potrebujejo povratne informacije o številu okužb sečil pri pacientih, sprejetih na oddelek, ki jim je bil vstavljen urinski kateter v teh enotah (Moeller, 2017). Mnenja smo, da bi vedenje o številu okužb sečil pri pacientih, ki so bili kateterizirani v urgentni enoti, pa tja niso prišli z okužbo sečil, prispevalo k skrbnejšemu ravnanju pri vstavitevi urinskega katetra. Prav tako je zaskrbljujoče, da je kar nekaj anketiranih mnenja, da zaradi svojih izkušenj lahko kateterizirajo tudi moške, in da se urinski kateter pacientu pogosto vstavi tudi brez prave indikacije, kar pa ni osamljen

primer, saj podobno, da je v urgentnih enotah pacientom pogosto vstavljen urinski kateter tudi, če ni nujno potreben, ugotavlja tudi (Hilken, 2022). To še posebej velja za paciente, ki so nepomični ali imajo urinsko inkontinenco in se jim urinski kateter namesti zaradi udobja in ne zaradi potrebe. Nekaj naših anketirancev je odgovorilo, da pacienta kateterizirajo, ker nimajo časa čakat, da bo lahko sam uriniral, kar pri pacientih, ki so sposobni zagotoviti vzorec urina za diagnostiko, četudi nekoliko kasneje, ni na mestu. Rezultati raziskave o skrbnosti ravnanja pri vstavitev urinskega katetra, ki smo jo opravili in podatki iz raziskav o številu okužb sečil, ki so pogosto povzročene ob vstavitev urinskega katetra (Piljic, et al., 2013; Che noweth, et al., 2014; Gould, et al., 2017; Mody, et al., 2017), nakazujejo potrebo po doslednejšemu izvajanju standarda za vstavljanje urinskega katetra in uvedbo standardiziranega protokola za nadzor priprave, izvedbe in vrednotenje posledic vstavljanja urinskega katetra. V enotah, kjer so sprejeli in dosledno izvajali standarde za zmanjševanje okužb, povzročenih s katetrom in se osredotočili na pravilno indikacijo za vstavitev urinskega katetra, so s sprejetimi ukrepi zmanjšali delež vstavljenih katetrov za 4 %, incidenco okužb sečil, povzročenih s katetrom pa za kar 25–30 % (Bell, et al., 2016).

Zaključek

Ključni pristop k preprečevanju okužb sečil, povezanih z urinskim katetrom, je zmanjšanje uporabe urinskih katetrov. Za omejitve infekcije, pridobljene z urinskим katetrom, so potrebni programi za nadzor in spremljanje uporabe urinskega katetra, primernosti kateterskih indikacij in posledično njihovih zapletov. Intervencije morajo temeljiti na dokazih za pravilno oceno potrebe po urinski kateterizaciji in pravočasni odstranitvi katetra. Prav tako je potrebna ozaveščenost in motivacija zdravstvenih delavcev, da se z vso skrbnostjo posvetijo tej problematiki.

Literatura

- Andrade, V. L. F. & Fernandes, F. A. V., 2016. Prevention of catheter-associated urinary tract infection: implementation strategies of international guidelines. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [Online] 24. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100311&nrm=iso.
- Bell, M. M., Alaestante, G. & Finch, C., 2016. A multidisciplinary intervention to prevent catheter-associated urinary tract infections using education, continuum of care, and systemwide buy-in. *Ochsner Journal*, 16(1), pp. 96–100.
- Berg, L. M., et al., 2013. Interruptions in emergency department work: an observational and interview study. *BMJ quality & safety*, 22(8), pp. 656–663.
- Blackman, I., et al., 2018. Modeling missed care: Implications for evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(3), pp. 178–188.
- Chenoweth, C. E., Gould, C. V & Saint, S., 2014. Diagnosis, management, and prevention of catheter-associated urinary tract infections. *Infectious Disease Clinics*, 28(1), pp. 105–119.
- Dailly, S., 2012. Auditing urinary catheter care. *Nursing Standard*, 26(20), pp. 35–40.
- Dawson, S., 2014. Blood culture contaminants. *Journal of Hospital Infection*, 87(1), pp. 1–10.
- Ercole, F. F., et al., 2013. Revisão integrativa: evidências na prática do cateterismo urinário intermitente/demora. *Revista latino-americana de enfermagem*, 21(1), pp. 459–468.
- Geng, V., et al., 2012. Catheterisation. Indwelling catheters in adults. Urethral and suprapubic. Evidence-based guidelines for best practice in urological health care.
- Gould, C. V, et al., 2010. Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 31(4), pp. 319–326.
- Gould, D., et al., 2017. Implementing clinical guidelines to prevent catheter-associated urinary tract infections and improve catheter care in nursing homes: Systematic review. *American journal of infection control*, 45(5), pp. 471–476.
- Hilken, L., 2022. Implementation of a „Foley Light“ Emergency Department to Reduce Catheter Utilization. *American Journal of Infection Control*, [Online] 50(7, Supplement), p. S33. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196655322002504>.
- Hollingsworth, J. M., et al., 2013. Determining the noninfectious complications of indwelling urethral catheters: a systematic review and meta-analysis. *Annals of internal medicine*, 159(6), pp. 401–410.
- Huckels-Baumgart, S., et al., 2021. Separate medication preparation rooms reduce interruptions and medication errors in the hospital setting: a prospective observational study. *Journal of patient safety*, 17(3), pp. e161–e168.
- Krein, S. L., et al., 2013. Barriers to reducing urinary catheter use: a qualitative assessment of a statewide initiative. *JAMA internal medicine*, 173(10), pp. 881–886.
- Lee, C.-C., et al., 2012. The impact of overcrowding on the bacterial contamination of blood cultures in the ED. *The American journal of emergency medicine*, 30(6), pp. 839–845.
- Loveday, H. P., et al., 2014. epic3: national evidence-based guidelines for preventing healthcare-associated infections in NHS hospitals in England. *Journal of Hospital Infection*, 86, pp. S1–S70.
- Maloney, S., Fend, J. L. & Hardin, S. R., 2015. Is Nursing Care Missed? A Comparative Study of Three North Carolina Hospitals. *MedSurg Nursing*, 24(4).

- Mody, L., et al., 2017. A national implementation project to prevent catheter-associated urinary tract infection in nursing home residents. *JAMA internal medicine*, 177(8), pp. 1154–1162.
- Moeller, D., 2017. Eliminating blood culture false positives: harnessing the power of nursing shared governance. *Journal of emergency nursing*, 43(2), pp. 126–132.
- Montoya, A., et al., 2013. Impact of health care worker policy awareness on hand hygiene and urinary catheter care in nursing homes: Results of a self-reported survey. *American journal of infection control*, 41(6), pp. e55–e57.
- Mori, C., 2014. A-voiding catastrophe: implementing a nurse-driven protocol. *Medsurg Nursing*, 23(1).
- Nicolle, L. E., 2014. Catheter associated urinary tract infections. *Antimicrobial resistance and infection control*, 3(1), pp. 1–8.
- Papastavrou, E., Andreou, P. & Efstathiou, G., 2014. Rationing of nursing care and nurse–patient outcomes: a systematic review of quantitative studies. *The International journal of health planning and management*, 29(1), pp. 3–25.
- Piljic, D., et al., 2013. Chateter-associated urinary tract infections in adults. *Materia socio-medica*, 25(3), p. 182.
- Ratwani, R., et al., 2014. Managing interruptions in healthcare: from theory to practice. In: *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting*. SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA, pp.624–628.
- Saint, S., et al., 2016. A program to prevent catheter-associated urinary tract infection in acute care. *New England Journal of Medicine*, 374(22), pp. 2111–2119.
- Sasangohar, F., et al., 2012. Not all interruptions are created equal: positive interruptions in healthcare. In: *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting*. SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA, pp.824–828.
- Self, W. H., et al., 2013. Reducing blood culture contamination in the emergency department: an interrupted time series quality improvement study. *Academic Emergency Medicine*, 20(1), pp. 89–97.

Vloga medicinske sestre pri delu s pacienti s kronično ledvično odpovedjo

Nursing care in patient management with chronic renal failure

Klavdija Medlobi, dipl. m. s., Zvezdana Kaiser Kupnik, mag. zdr. – soc. manag.,

Alenka Milošič s. m. s., Erika Petrovič, dipl. m. s.

Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za dializo

Izvleček

Dializno zdravljenje ima pomemben vpliv na izboljšanje in ohranjanje pacientovega življenja s kronično ledvično odpovedjo. Na kakovost zdravljenja odločilno vpliva kvalitetna izvedba postopka s strani zdravstvenega osebja. Medicinska sestra ima ključno vlogo pri psihični in fizični pripravi bolnika na nadomestno zdravljenje in nov način življenja. Ena od treh oblik nadomestnega zdravljenja in tudi najpogostejsa oblika je hemodializa, ki je primerna za zdravljenje kronične in akutne ledvične odpovedi. V začetni fazici odpovedi ledvic je možna metoda zdravljenja peritonealna dializa, ki je še posebej primerna za aktivne bolnike in tiste, ki čakajo na presaditev ledvic. Medicinska sestra ima pomembno vlogo pri pripravi pacienta na presaditev, ki pacientu omogoči najvišjo stopnjo kvalitete življenja po kronični odpovedi ledvične funkcije. Naloga medicinske sestre je, da pri bolniku pred in po dializnem zdravljenju opazuje in spremlja njegovo zdravstveno stanje. V prispevku bo predstavljena vloga medicinske sestre pri obravnavi bolnika s kronično ledvično odpovedjo in izvajanju nadomestnega zdravljenja. Poudarek bo na prednosti nefrološke oskrbe v preddializnem obdobju s strani medicinske sestre in njen pozitiven vpliv na podaljšanje kakovosti bolnikovega življenja.

Ključne besede: hemodializno zdravljenje, peritonealna dializa, transplantacija, zdravstvena nega

Abstract

Dialysis treatment has a significant impact on improving and preserving the life of a patient with chronic renal failure. The quality of the treatment is decisively influenced by the high-quality performance of the procedure by the medical staff. The nurse plays a key role in the mental and physical preparation of the patient for alternative treatment and a new way of life. One of the three forms of replacement therapy and also the most common form is hemodialysis, which is suitable for the treatment of chronic and acute renal failure. In the initial stage of kidney failure, can also be used peritoneal dialysis treatment, which is especially suitable for active patients and those waiting for a kidney transplant. The nurse plays an important role in preparing the patient for transplantation, which enables the patient to have the highest level of quality of life after chronic renal failure. The nurse's task is to observe and monitor the patient's health before and after dialysis treatment. In this article, we will present the role of the nurse in the treatment of a patient with chronic renal failure and the implementation of replacement therapy. We will emphasize the advantage of nephrology care in the pre-dialysis period from the nurse's side and its positive impact on prolonging the patient's quality of life.

Key words: Hemodialysis, peritoneal dialysis, transplantation, nursing

Uvod

Kronična ledvična bolez (KLB) predstavlja svetovni zdravstveni problem javnega zdravja z visokimi ekonomskimi stroški za zdravstvene sisteme. Je neodvisen dejavnik tveganja za bolezni srca in ožilja. Pojavnost bolezni je čedalje višja, kar vodi do zaskrbljujočega družbenega in gospodarskega vpliva. Globalno razširjenost ledvičnih bolnikov so ocenili

med 11 – 13 % in njihovo število vztrajno narašča (Mesbahi, et al., 2021; Catapano & Buscaroli, 2017; Hill, et al., 2016). Večina opredeljenih kroničnih ledvičnih bolezni napreduje do kronične ledvične odpovedi (KLO). Potek kronične ledvične bolezni ni vedno predvidljiv, je pa možno pri nekaterih bolnikih potek upadanja ledvične funkcije dokaj zanesljivo časovno določiti. Na napredovanje bolezni in zmanjšanje nastanka ali napredovanja prizadetosti ostalih organskih sistemov lahko bistveno vplivamo z zgodnjim odkrivanjem bolezni. Pri napredovanju do kronične ledvične odpovedi je pomembno, da se glede na stanje bolnika dovolj zgodaj začne z izbrano obliko nadomestnega zdravljenja. Z naraščanjem bolnikov s kronično ledvično odpovedjo narašča tudi število bolnikov na nadomestnem zdravljenju (Ponikvar & Buturović-Ponikvar, 2004). Čeprav v okviru nadomestnega zdravljenja sodeluje širok multidisciplinarni zdravstveni tim, ki skrbi za paciente, je medicinska sestra tista, ki je ves čas v središču oskrbe pacientov (Murphy, 2007).

Kronična ledvična bolezen

Kronična ledvična bolezen je splošni izraz za heterogene motnje, ki vplivajo na strukturo in delovanje ledvic (Levey & Core-sh, 2012). Naloga zdravih ledvic je vsakodnevno čiščenje krvi in s sečem izločati strupe, presnovke in odvečno tekočino iz telesa (Ekart, 2017). Kadar ledvice zaradi okvare ne morejo več normalno delovati, govorimo o ledvični bolezni. Vzroki za nastanek so različni, najpogosteji vzrok predstavljata zvišan krvni tlak in slatkorna bolezen. Bolezen lahko povzroči tudi glomerulonefritis (vnetje ledvičnih teles), policistična ledvična bolezen, ledvični kamni, razna zdravila in razširjena okužba sečil. Večina ledvičnih bolezni sčasoma povzroči slabše ledvično delovanje zaradi propadanja ledvičnega tkiva, kar privede do kronične ledvične bolezni, o kateri govorimo, kadar izvidi preiskav kažejo na prisotnost bolezni vsaj tri mesece. Diagnostiko izvedemo na podlagi laboratorijskih preiskav ocene hitrosti glomerulne filtracije, ki nam pove, kako dobro delujejo ledvica (Lindič, 2017). KLB se glede na raven ledvične funkcije (merjene s hitrostjo glomerularne filtracije) in poškodbe ledvic razvrsti v pet stopenj (National Collaborating Centre for Chronic Conditions (UK), 2008). Policistična ledvična bolezen je primer prve stopnje KLB, kjer so dokazano vidne številne ciste na ledvicah, vendar so izvidi glomerularne filtracije (GF) v mejah normale. V drugi stopnji KLB je že lahko ugotovljena blaga zmanjšana GF, vendar ni drugih zanesljivih znakov ledvične bolezni. V to stopnjo uvrščamo starostnike, bolnike s srčnim popuščanjem ali po stanju odstranitve ledvice (Ponikvar & Buturović-Ponikvar, 2004). Večina bolnikov z blago do zmerno kronično ledvično bolezni je asimptomatska, vendar imajo večje tveganje za srčno-žilne bolezni in imajo tveganje za razvoj anemije, presnovne bolezni kosti ali napredovanja v končno ledvično bolezen (Niccol, et al., 2018). Pri 5. stopnji kronične ledvične bolezni je ugotovljena ledvična odpoved. V tej stopnji je kronična ledvična bolezen napredovala do te stopnje, da je za ohranitev življenja potrebno nadomestno zdravljenje v obliki rednega dializnega zdravljenja ali presaditev ledvice. Ugotovljena odpoved ledvic je nepopravljivo, dolgotrajno stanje (National Collaborating Centre for Chronic Conditions (UK), 2008). Vse stopnje kronične ledvične bolezni so povezane s povečanim tveganjem za srčno-žilno obolenjnost, prezgodnjo umrljivost in/ali zmanjšano kakovost življenja (Mesbahi, et al., 2021; Hill, et al., 2016). Na pospešeno upadanje ledvične funkcije bistveno vplivajo okužbe, slabo urejena arterijska hipertenzija, srčno popuščanje, uporaba neustreznih zdravil in podobno. Napredovanje bolezni se lahko upočasni z zmanjšano aktivnostjo osnovne ledvične bolezni, kar lahko nastopi spontano ali kot posledica uspešnega zdravljenja (Ponikvar & Buturović-Ponikvar, 2004).

Vrste zdravljenja:

- Hemodializa
- Peritonealna (trebušna) dializa
- Transplantacija (presaditev ledvice)

Začetek zdravljenja kronične ledvične odpovedi

Pri pacientu, ki se mu ugotovi končna stopnja ledvične odpovedi je pomembno, da je dovolj zgodaj obravnavan pri nefrologu, kjer mora biti natančno seznanjen s svojo bolezni in njenim potekom (Malovrh, 2004). Pacientu s končno stopnjo ledvične odpovedi se predstavi vse tri možnosti zdravljenja. Nato se glede na pacientove življenske pogoje skupaj z zdravnikom odločita za najbolj primerno obliko (Malovrh, 2009). Vsaka metoda zdravljenja ima svoje prednosti in pomanjkljivosti, ki jih je potrebno upoštevati pri posameznemu pacientu (Malovrh, 2004). Pomembno je, da se bolniku ponudi najbolj optimalna oblika zdravljenja, ki bo ugodno vplivala na kakovost njegovega življenja (Koroša, et al., 2015). Peritonealna dializa (PD) in hemodializa (HD) sta možnosti dialize za bolnike s končno ledvično bolezni, pri katerih preventivna presaditev ledvice ni

mogoča. Izbera PD ali HD bo običajno temeljila na motivaciji pacienta, želji, geografski oddaljenosti od dializnega centra, pristranskosti zdravnika in medicinske sestre ter izobraževanju pacientov (Sinnakirouchenan & Holley, 2011). Prav tako morajo biti pacienti seznanjeni o možnosti kasnejših sprememb metode nadomestnega zdravljenja (Ekart & Bevc, 2015).

Vloga medicinske sestre pri dializnem zdravljenju pacienta s KLO

Pri izbiri zdravljenja in pred samim začetkom zdravljenja, medicinska sestra skupaj z zdravnikom nefrologom izvede edukacijo bolnika. Velika vloga medicinske sestre v preddializnem obdobju je, da pacientu svetuje o prehrani, vnosu tekočine in ga usmerja k izvajanju intervencij za zmanjšanje napredovanja bolezni. Vloga medicinske sestre je, pacientu nuditi psihično podporo ob spoznavanju novega načina s pridruženo boleznijo ter mu predstaviti vse prednosti in slabosti vseh metod nadomestnega zdravljenja.

Intervencije, priporočene za zmanjšanje tveganja napredovanja bolezni, vključujejo spremembo življenjskega sloga, anti-hipertenzivna zdravila, modifikacijo lipidov in doseganje nadzora glikemije pri bolnikih s sladkorno boleznjijo (Niccol, et al., 2018). Nekatera zdravljenja lahko preprečijo razvoj in upočasnijo napredovanje bolezni, zmanjšajo zaplete zmanjšane hitrosti glomerulne filtracije in tveganje za bolezni srca in ožilja ter izboljšajo preživetje in kakovost življenja (Levey & Coresh, 2012). Vloga medicinske sestre je nadzor nad krvnim tlakom pri bolniku pred vsako izvedbo hemodialize, doprinos telesne teže, seznanitev z režimom jemanja antihipertenzivnih zdravil po naročilu zdravnika pred hemodializo, pozorna mora biti na hipotenzijo med hemodializo in ves čas izvajati terapevtsko komunikacijo s pacienti. Naloga medicinske sestre je redno, ob vsaki hemodializi, opraviti negovalno anamnezo o počutju pacienta in raznih posebnostih (Gaber, 2011).

Bolniki, ki se zdravijo z dializo, lahko doživijo različna čustva, ko se poskušajo spopasti z vsakodnevno realnostjo življenja s kronično boleznjijo. Pogosto se soočajo s krivdo, depresijo, zanikanjem, strahom, zamero in nevero ter lahko čutijo, da so njihovi upi za prihodnost spremenjeni. Lahko pokažejo tudi sovražnost ali nemoč. Medicinske sestre lahko pomagajo pacientom tako, da se z njimi pogovorijo o svojih občutkih in jim dovolijo, da žalujejo za tem, kar so potencialno izgubili. Ugotoviti morajo odnos bolnikov do njihovega stanja in njegovega pomena zanje. Vzpostaviti morajo pozitiven odnos z bolniki, medtem ko so na dializi in jim pomagati, da se začnejo prilagajati in se soočiti z dializnim zdravljenjem, hkrati pa jih podpirati, da se ozaveščeno odločijo glede vprašanja presaditve, v kolikor je to možno (Murphy, 2007).

Hemodializno zdravljenje

Pri odpovedi delovanja obeh ledvic je eden od možnih načinov zdravljenja za zagotovitev preživetja hemodializa. Začetek zdravljenja s hemodializo sega v leto 1943. Vse do leta 1970 je bila poznana še kot dolgotrajno in okorno zdravljenje, ki ga je izvajalo le nekaj usposobljenih zdravnikov in tehnikov v zelo omejenemu številu terminalnih ledvičnih pacientov (Catapano & Buscaroli, 2017). Gre za prvo uspešno stimulacijo funkcije organa. S postopkom hemodialize se po principu difuzije učinkovito odstranjuje odvečna tekočina in strupene snovi ter presnovke iz telesnih tekočin z uporabo umetne polprepustne membrane (Ekart, 2017; Čalić, 1990). V Združenih državah je hemodializa najpogostejsi način zdravljenja ledvične odpovedi, ki ga izbere skoraj 90 % bolnikov (Vachharajani, et al., 2021).

Zaradi tehnoloških inovacij, uvedenih v preteklih letih, je hemodializa postal zdravljenje, ki ga izvaja in nadzoruje dializni tim pri zelo velikem številu ledvičnih bolnikov (Catapano & Buscaroli, 2017). Dializno zdravljenje omogoča preživetje bolnikom brez ledvične funkcije tudi po več kot 30 let (Čalić, 1990). Za izvedbo hemodializnega zdravljenja je potrebno zagotoviti ustrezni žilni dostop, ustrezni dializator, dializni monitor ter vodenje antikoagulantne terapije, ki omogoča 4-5 urno neprekinjeno zunajtelesno cirkulacijo za nemoteno izvajanje postopka hemodialize (Čalić, 1990). Naloga medicinske sestre pred pričetkom zdravljenja s hemodializo je, da pri bolniku opravi anamnezo o morebitnih spremembah počutja ali zdravstvenega stanja bolnika, opravi fizikalni pregled fistulne roke in preveri delovanje žilnega pristopa. K pacientu medicinska sestra pristopa individualno in stremi k temu, da pravočasno ugotovi spremembe, ki jih sproti sporoča zdravniku ter se tako izogne zapletom (Kaiser Kupnik, et al., 2021). Pred vsakim hemodializnim zdravljenjem medicinska sestra pripravi predpisani dializator, dializno raztopino, pretok dializata in krvne črpalk, antikoagulantno sredstvo in ostalo terapijo, ustrezni bikarbonat, izmeri krvi tlak in težo. Med zdravljenjem medicinska sestra pri pacientu redno meri krvni tlak in pulz ter opazuje njegovo počutje. V primeru zapletov mora medicinska sestra poznati in izvesti vse ukrepe za izboljšanje zdravstvenega stanja pacienta.

Žilni pristop

Deluječ žilni dostop je ključnega pomena za zagotavljanje ustrezne hemodializne terapije (Vachharajani, et al., 2021). Žilni dostop je lahko začasen ali trajen (Frajzman, et al., 2015). Izbera žilnega pristopa je odvisna od kliničnega stanja pacienta (akutna odpoved ledvic, izčrpano nativno ožilje) ter časovnega okvirja pred dializnim zdravljenjem (Kaiser Kupnik, et al., 2021). Optimalna in najpogosteša izbira žilnega pristopa za zdravljenje s hemodializo je arteriovenska fistula (AVF) in je trajen žilni pristop. Pacient z AVF ima omogočeno visoko kakovost življenja in varen dostop do visokih pretokov zdravljenja (Kaiser Kupnik, et al., 2015). Nativna arteriovenska fistula (AVF) je močno priporočljiva kot začetni dostop pri hemodializnem zdravljenju (Atieh, et al., 2020). Že v preddializnem obdobju, ko pacienta spremljamo v nefrološki ambulanti, je najboljši čas za konstrukcijo AVF, njeni zorenje in morebitne korekcije ter izobraževanje pacienta in njegovih svojcev. V kolikor pacient iz različnih razlogov pravocasnega izobraževanja ni imel, mu je potrebno v procesu zdravstvene nege posvetiti več pozornosti in časa za izobraževanje. Psihična priprava pacienta pred prvo puncijo AVF je zelo pomembna, saj si pri tem mora medicinska sestra pridobiti pacientovo zaupanje, zato je še toliko bolj pomembno, da postopek izvede profesionalno. S tem bomo lahko zagotovili, da bo za pacienta prva hemodializa veliko manj stresna (Gaber, 2011). Medicinska sestra v dializi se stalno izobražuje in s tem dosega dobro medsebojno sodelovanje in razumevanje dializnega tima ter kakovostno in strokovno zdravstveno nego pri punktiranju in ohranjanju delovanja AVF (Gaber, 2011).

Centralni venski katetri se uporabljajo kot začasen pristop. V primerih, ko konstrukcija nativne AV fistule ali grafta ni mogoča, se kot trajni žilni pristop uporabljajo Hickmanovi katetri (Frajzman, et al., 2015). Prednost trajnih centralnih venskih katetrov je takojšen dostop za hemodializo. Vendar pa obstaja znatno večja stopnja zapletov v primerjavi z AVF (Delistefani, et al., 2019). Mesto izstopa katetra predstavlja glavno vstopno mesto za bakterije in s tem večjo možnost za okužbo. Za preprečevanje okužb je bistvena izvedba ustrezne nege s strani usposobljenega zdravstvenega osebja in uporabo aseptične tehnike rokovanja s hemodializnim katetrom (Garmut, et al., 2021). Dobre rezultate zdravljenja lahko dosežemo s kakovostnim žilnim pristopom, saj je ključnega pomena za ohranjanje pacientovega življenja, zato je pomembno, da se trudimo ohranjati njegovo čim daljše delovanje (Kaiser Kupnik, et al., 2021).

Peritonealna dializa

Za zdravljenje s peritonealno oziroma trebušno dializo se uporablja trebušna (peritonealna) votlina za izmenjavo dializne raztopine in trebušna mrena (peritonealna membrana), ki deluje kot filter za prehod odvečnih snovi in tekočine (Smit & Struijk, 2009). Peritonealna dializa (PD) je glede na preživetje bolnikov primerljiva s hemodializo, v nekaterih točkah pa ima tudi določene prednosti za bolnika. DLje časa se ohranja preostala ledvična funkcija, boljši je nadzor nad volumskim stanjem, boljša je urejenost krvnega tlaka, zmanjšan vpliv na srčno žilna obolenja, manjša poraba epoetina, manjše tveganje za nastanek okužb ter boljša kakovost življenja zaradi možnosti zdravljenja v domačem okolju (Kovač, 2016). Pomembna je ocena pacientovih sposobnostih za izvajanje peritonealne dialize. Starost ne bi smela biti kontraindikacija za PD, tudi, če je pacient ne more izvajati sam. Z usposobljenim zdravstvenim osebjem in primerno organizacijo ter pomočjo svojcev je lahko peritonealna dializa veliko bolj optimalna za bolnika in mu lahko omogoči boljšo kvaliteto življenja (Vujkovac, 2016). S svojim znanjem in izkušnjami medicinska sestra vpliva na kakovost življenja pacientov ter njihovih svojcev. Pomemben cilj je vzpostaviti zaupen odnos med bolnikom in medicinsko sestro (Koroša, 2016). Medicinska sestra mora pri peritonealni dializi svetovati bolnikom o nadaljevanju življenja, ne da bi zdravljenje s peritonealno dializo prineslo agresivne spremembe (Reimann & Cruz Casal, 2009).

Vloga medicinske sestre pri transplantaciji ledvice

Presaditev ledvice ima največji potencial za ponovno vzpostavitev zdravega produktivnega življenja za večino bolnikov s končno ledvično odpovedjo in velja za optimalno izbiro zdravljenja. Medicinska sestra ima ključno vlogo v neposrednem predoperativnem obdobju, saj se bolnik in njegovi svojci pred presaditvijo soočajo s številnimi izzivi. Medicinska sestra pred presaditvijo bolniku nudi fizično, psihološko in izobraževalno podporo, ki je potrebna za pomoč bolniku in družinskim članom pri soočanju s številnimi izzivi, povezanimi s presaditvijo. Z dobro komunikacijo in temeljito oceno pacientovih učnih potreb lahko medicinska sestra ugotovi, katera izobraževalna orodja lahko pacientom dodatno pomagajo. Na primer z uporabo DVD-jev o presaditvah, različnih letakov za izobraževanje pacientov, pooblaščenih preverjenih spletnih strani in morebitnega srečanja s pacienti po presaditvi, ki so šli skozi izkušnjo. Skupaj s preostalimi člani transplantacijske ekipe se medicinska sestra pogovori o vprašanju presaditve in njenih možnih tveganjih ter koristih. Pomembno je, da je vsak pacient obravnavan individualno (Murphy, 2007).

Diskusija

Pomembno je, da stremimo k dovolj zgodnji obravnavi ledvičnih bolnikov, saj je za kvalitetno hemodializno zdravljenje pomemben optimalen žilni pristop. Atieh, et al. (2020) v raziskavi ugotavljajo, da je le pri 13 % udeleženim bila kot vrsta žilnega pristopa ob začetku HD izbrana AV fistula in pri 73 % bolnikih izbran začasni centralni venski kateter, od tega je bilo 13 % stalnih katetrov. V našem dializnem centru stremimo k temu, da je čim več bolnikov obravnava v nefrološki ambulanti. S tem so pravočasno educirani in imajo zgodnjo možnost odločanja o svoji metodi nadomestnega zdravljenja, ki je najprimernejša za njihov življenjski slog. Posledično imamo zelo malo pacientov, ki pričnejo hemodializno zdravljenje s centralnim venskim katetrom. Večji del jih že ima dobro delujočo AVF. Le redki bolniki pa imajo CVK kot trajni žilni pristop (na dan 31. 7. 2022 zgolj dva bolnika).

V dializnem centru UKC Maribor je v primerjavi z drugimi dializnimi centri v Sloveniji manj bolnikov, ki kot trajni žilni pristop uporabljajo dializni kateter. Celostna in dobra predhodna obravnavna bistveno pripomore k temu, da pacienti pričnejo dializo s priklopom na AVF. Kljub temu, da stremimo k čimprejšnji nastaviti arteriovenske fistule, se še vedno pojavlja potreba po vstaviti dializnih katetrov, ki so dobra izbira le v primeru potrebe po nujni oziroma takojšnji hemodializi, kadar je arteriovenski dostop nefunkcionalen (Garmut, et al., 2021). Atieh, et al. (2020) na podlagi drugih raziskav prikazujejo, da so venski katetri še naprej začetni žilni pristop pri 68,3 % bolnikov. Zdi se, da pomanjkanje pravočasne nefrološke oskrbe omejuje izbiro optimalnega začetnega žilnega dostopa. Rezultati kažejo, da čeprav jih je 77 % imelo preddializno nefrološko oskrbo, jih je le 13 % prejelo dializo v začetnem obdobju s stalnim dostopom za dializo, preostali pa z začasnim katetrom (73 %). Čeprav vzroki za to niso jasni, bi jih lahko pripisali dejavnikom, povezanimi z organizacijo in sodelovanjem razširjenega dializnega tima, ki vključuje strokovnjake žilne kirurgije, specialiste nefrologe, radiologe ter razširjenega negovalnega dializnega tima. Pomemben dejavnik je tudi bolnik sam, saj lahko zdravnik bolnika napoti na operacijo, vendar bolnik to zavrne zaradi množice razlogov, kot je zanikanje ali pomanjkanje ustrezne izobrazbe, tako, da bolnik na koncu kljub zdravnikovim nasvetom začne hemodializo z začasnih venskih katetrom (Atieh, et al., 2020).

Pomembno je tudi, da se pri bolniku čim dlje ohranja ledvična funkcija, saj je od tega odvisna pogostost in dolžina zdravljenja. Wong, et al. (2015) navajajo, da le nekaj dializnih centrov rutinsko ocenjuje preostalo ledvično funkcijo pri bolnikih na hemodializi, medtem ko se to v večini izvaja le pri bolnikih na peritonealni dializi. Atieh, et al. (2020) v raziskavi ugotavljajo, da je 77 % udeležencev imelo nefrološko obravnavo pred pričetkom dialize in 79 % od njih je imelo opravljeno nefrološko oceno več kot 12 mesecev pred začetkom dialize. Pomemben delež bolnikov na hemodializi ohrani neko preostalo funkcijo še dolgo po začetku dialize. Hipotenzija, ki nastane zaradi zmanjšanja volumna krvi in akutne ledvične poškodbe povzročijo predispozicijo za zgodnjo izgubo preostale ledvične funkcije. Postopen pristop k uvedbi dialize s skrbnim spremljanjem preostale ledvične funkcije nekaterim bolnikom na hemodializi zagotovi izboljšano kakovost življenja in večjo ohranitev preostale ledvične funkcije (Wong, et al., 2015). Zato moramo pri bolniku redno spremljati krvni tlak in ostala odstopanja v zdravju ter o tem obveščati zdravnika. Precej pomembno je pravočasno zdravljenje arterijskega tlaka in proteinurije ter ostalih zapletov, kot so povišane vrednosti fosforja in kalija, zmanjšane vrednosti kalocija, anemija in presnovna acidozna (Ponikvar & Buturović-Ponikvar, 2004).

Vsekakor pa ni potek obravnave odvisen le od dializne medicinske sestre, saj se zaradi narave dela dializna medicinska sestra prvič z bolnikom sreča šele na preddializni edukaciji, ko je bolnik že ocenjen na 5. stopnji KLB in zdravnik meni, da je čas, da spozna vse metode nadomestnega zdravljenja. Pred tem se bolnik obravnava v nefrološki ambulantni, ki je v UKC Maribor pod organizacijsko enoto ambulantnega centra interne klinike. V 4. stopnji KLB se srečamo samo z bolniki, ki izrazijo željo, da želijo opraviti presaditev ledvice še preden pride do popolne odpovedi delovanja ledvic. Preddializno izobraževanje lahko upočasni napredovanje kronične ledvične bolezni, poveča kvaliteto življenja, zmanjša incidenco bolnikov, ki pričnejo nadomestno zdravljenje z dializo, nenazadnje pa lahko zmanjša tudi umrljivost teh bolnikov (Ekart & Bevc, 2015). Medicinska sestra na oddelku za dializo stremi k temu, da se edukacija nefroloških bolnikov in priprava na dializno zdravljenje izvede v dovolj hitrem času, ko lahko pri pacientu še ohranjamo ledvično funkcijo.

V dializnem centru UKC Maribor smo omejeni pri pripravi bolnika na transplantacijo, saj je transplantacijski center v Sloveniji samo v UKC Ljubljana. Naša naloga je imeti kronološki pregled nad opravljenimi preiskavami in napotitev bolnika na dodatne preiskave, ob ugotovitvi odstopanj. Končno oceno in odobritev primernosti pa naredijo v centralnem transplantacijskem centru. Murphy (2007) navaja, da je stopnja preživetja bolnikov s presajenim organom prvo leto več kot 95-odstotna, preživetje ledvice pa približno 90-odstotno. Povprečna življenjska doba presajene kadaverske ledvice je 12 let, medtem ko

imajo organi živih darovalcev povprečno življenjsko dobo 15 let. Vendar so te številke povezane z značilnostmi prejemnikov in darovalcev (Murphy, 2007).

Zaključek

Naša naloga in poslanstvo je, da stremimo k razvoju stroke. Da ponudimo bolniku najugodnejše možne rešitve za življenje s končno ledvično odpovedjo. Zelo smo uspešni pri razvoju peritonealne dialize, saj smo bolnikom na dežurni telefon dosegljivi 24 ur na dan. Tako jim nudimo varnost ter psihično podporo, ob pojavu zapletov pa zagotovimo, da niso prepuščeni sami sebi. Pri pripravi bolnikov na hemodializo ima multidisciplinarni tim, kjer sodelujejo strokovnjaki različnih subspecialnih področij velik vpliv. Od tega je odvisno, ali bo imel bolnik pravočasno urejen žilni pristop. Lahko rečemo, da so naši bolniki do epidemije Covida 19 bili deležni vrhunske obravnave. Po epidemiji je zaznati več bolnikov s hemodializnim katetrom kot začetnim pristopom za hemodializno zdravljenje. Zato stremimo k temu, da čimprej nadoknadimo izgubljeno.

Literatura

- Ashby, D., Borman, N., Burton, J., Corbett, R., Davenport, A., Farrington, K., et al., 2019. Renal Association Clinical Practice Guideline on Haemodialysis. *BMC nephrology*, 20(1), pp. 1-36.
- Atieh, A. S., Shamasneh, A. O., Hamadah, A. & Gharaibeh, K. A., 2020. Predialysis nephrology care amongst Palestinian hemodialysis patients and its impact on initial vascular access type. *Renal failure*, 42(1), pp. 200-206.
- Čalić, M., 1990. Hemodializa. *Zdravstveni obzornik*, 24, pp. 225-230.
- Catapano, G. & Buscaroli, A., 2017. Renal function replacement by hemodialysis: forty-year anniversary and a glimpse into the future at hand. *The International journal of artificial organs*, 40(7), pp. 313-322.
- Delistefani, F., Wallbach, M., Müller, G., Koziolek, M., Grupp, C., 2019. Risk factors for catheter-related infections in patients receiving permanent dialysis catheter. *BMC Nephrology*, 20(1), pp. 1-7.
- Ekart, R., 2017. Hemodializa. Društvo ledvičnih bolnikov Slovenj Gradec. Available at: <http://www.drustvo-dlbsg.si/wp-content/uploads/2017/10/Hemodializa.pdf> [Accessed 26. 6. 2022].
- Ekart, R. & Bevc, S., 2015. Pomen izobraževanja bolnika s kronično ledvično boleznično-povezava med nefrološko ambulanto in oddelkom za dializo UKC Maribor. In: M., Rep, ed. Varovanje ožilja pri bolniku s kronično ledvično boleznično z učnimi delavnicami, Maribor, 23. 04.2015. Maribor: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov na področju nefrologije, dialize in transplantacij, pp. 53-57.
- Frajzman, M., Koroša, A. & Bevc, S., 2015. Pomen in vrste žilnih pristopov za dializne bolnike. In: M., Rep, ed. Varovanje ožilja pri bolniku s kronično ledvično boleznično z učnimi delavnicami, Maribor, 23. 04.2015. Maribor: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov na področju nefrologije, dialize in transplantacij, pp. 85-89.
- Gaber, L., 2011. Zdravstvena nega po konstrukciji arteriovenske fistule. In: M., Rep, & B., Rabuza, eds. Zdravstvena nega v nefrologiji, dializi in transplantaciji: zbornik: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov za področje nefrologije, dialize in transplantacije ledvic, 1. in 2. april 2011, Rogaska Slatina, Ljubljana : Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov za področje nefrologije, dialize in transplantacije ledvic, pp. 95-99.
- Garmut, T., Kaiser Kupnik, Z., Lojen, M. & Balevska, V., 2021. Kateter, kot trajni ali začasni žilni pristop za hemodializno zdravljenje. In: M., Dobnik & A., Lešnik, eds. 4. Kongres zdravstvene in babiške nege - Zbornik predavanj Zdravstvena in babiška nega sodobnega časa. Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor, pp. 106-112.
- Golob Kosmina, P., Peritonealna dializa. Slovensko nefrološko društvo. Available at: <http://www.nephro-slovenia.si/images/PDF/peritonealna-dializa.pdf> [16. 8. 2022].
- Hill, N. R. et al., 2016. Global Prevalence of Chronic Kidney Disease - A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 11(7), pp. 1-18.
- Kaiser Kupnik, Z., Koroša, A., Petrovič, E. & Leskovar, K., 2021. Vloga medicinske sestre pri oceni funkcionalnosti arteriovenske fistule. n: M., Dobnik & A., Lešnik, eds. 4. Kongres zdravstvene in babiške nege - Zbornik predavanj Zdravstvena in babiška nega sodobnega časa. Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor, pp. 113-119.
- Koroša, A., 2016. Presterenalni kateter za izvajanje peritonealne dialize pri morbidni debelosti. In: M., Rep, ed. Implementacija kakovostne in varne zdravstvene nege pri pacientu z boleznično ledvic : zbornik prispevkov z recenzijo, 1. kongres nefrološke zdravstvene nege, Portorož, 24.-26. november 2016. Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v nefrologiji, dializi in transplantaciji, pp. 13-20.
- Koroša, A., Miklič, L., Frajzman, M. & Ekart, R., 2015. Izčrpan žilni pristop za hemodializo - vloga peritonealne dialize. In: M., Rep, ed. Varovanje ožilja pri bolniku s kronično ledvično boleznično z učnimi delavnicami, Maribor, 23. 04.2015. Maribor: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov na področju nefrologije, dialize in transplantacij, pp. 35-40.
- Kovač, D., 2016. Trendi peritonealne dialize v Sloveniji. In: D. Kovač, S. Rački & J. Lindič, eds. Zbornik vabljenih predavanj Slovensko-hrvaško srečanje o peritonealni dializi. Ljubljana: SZD - Slovensko nefrološko društvo, pp. 5-8.
- Levey, A. S. & Coresh, J., 2012. Chronic kidney disease. *Lancet*, 379(9811), pp. 165-180.
- Lindič, J., 2017. Kaj je ledvična bolezen. Društvo ledvičnih bolnikov Slovenj Gradec. Available at: <http://www.drustvo-dlbsg.si/wp-content/uploads/2017/10/kaj-je-ledvična-bolezen.pdf> [26. 6. 2022].

- Mesbahi, T. et al., 2021. End-stage renal disease at dialysis initiation: Epidemiology and mortality risks during the first year of hemodialysis. *Saudi journal of kidney diseases and transplantation*, 32(5), pp. 1407-1417.
- Murphy, F., 2007. The role of the nurse in pre-renal transplantation. *British journal of nursing*, 16(10), pp. 582-587.
- National Collaborating Centre for Chronic Conditions (UK), 2008. *Chronic Kidney Disease: National Clinical Guideline for Early Identification and Management in Adults in Primary and Secondary Care*. National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance., 73.
- Niccol, R. et al., 2018. Models of care for chronic kidney disease: A systematic review. *Nephrology (Carlton, Vic.)*, 23(5), pp. 389-396.
- Ponikvar, R. & Buturović-Ponikvar, J., 2004. *Dializno zdravljenje*. Ljubljana: Klinični oddelek za nefrologijo, Interna klinika, Klinični center.
- Reimann, A. & Cruz Casal, M. eds., 2009. *Dnevna nega*. In: *Peritoneal dialysis: priročnik za klinično prakso*. 1. ed. Lucerne, Switzerland: Evropsko združenje medicinskih sester za dializo in transplantacijo, pp. 69-93.
- Sinnakirouchenan, R. & Holley, J. L., 2011. Peritoneal dialysis versus hemodialysis: risks, benefits, and access issues. *Advances in chronic kidney disease*, 18(6), pp. 428-432.
- Smit, W. & Struijk, D., 2009. Osnove peritonealne dialize. In: A. Riemann & M. Cruz Casal, eds. *Peritoneal dialysis - Priročnik za klinično prakso*. Lucerne: Evropsko združenje medicinskih sester za dializo in transplantacijo, pp. 25-39.
- Vachharajani, T. J., Taliernio, J. J. & Anvari , E., 2021. New devices and technologies for hemodialysis vascular access: a review. *American journal of kidney diseases: the official journal of the National kidney foundation*, 78(1), pp. 116-124.
- Vujkovac, B., 2016. Kateri dejavniki so pomembni pri izbiri. In: D. Kovač, S. Rački & J. Lindič, eds. *Zbornik vabljenih predavanj Slovensko-hrvaško srečanje o peritonealni dializi*. Ljubljana: SZD - Slovensko nefrološko društvo, pp. 11-14.
- Wong, J., Vilar, E., Davenport, A. & Farrington, K., 2015. Incremental haemodialysis. *Nephrology, dialysis, transplantation*, 30(10), pp. 1639-1648.

Obravnava otroka z Miller Fisherjevim sindromom – prikaz primera

Treatment of a child with Miller Fisher syndrome - case study

Polonca Krt, dipl. m. s.

Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za pedijatrijo

Izvleček

Večina otrok z Miller Fisherjevim sindromom preboli blažjo obliko bolezni. V Sloveniji je bolezen redka. Miller Fisherjev sindrom je bolezen nevrološkega izvora, ki je za razliko od drugih avtoimunskih bolezni bolj pogosta pri dečkih kot pri deklicah. Začne se pri 13. letu starosti. Pri otroku opazimo nenadno nestabilno oziroma neskladno hojo, dvojni vid in parezo očesnih mišic, utrujenost ter nezmožnostgovora in požiranja. V prispevku predstavljamo primer otroka z Miller Fisherjevim sindromom, ki smo ga zdravili na Kliniki za pedijatrijo v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor in zdravstveno nego otrok z Miller Fisherjevim sindromom.

Ključne besede: otrok, bolezen, zdravstvena nega, Miller Fisherjev sindrom

Abstract

Most children with Miller Fisher syndrome recover from a milder form of the disease. In Slovenia, this disease is rare. The disease is of neurological origin and can affect anyone. Unlike other autoimmune diseases, this disease occurs more often in boys than girls. The onset of the disease begins from around the age of 13 years onwards. A child with this syndrome suffers from sudden unstable or uncoordinated gait, they describe double vision and paresis of the eye muscles, fatigue, and inability to speak and swallow. In this article, I will present the Miller Fisher Syndrome, a case that was treated at the Paediatric Clinic at the University Medical Centre Maribor and the importance of nursing care for children with Miller Fisher Syndrome.

Key words: child, disease, nursing, Miller Fisher syndrome

Uvod

Miller Fisherjev sindrom (MFS) je bolezen, ki je dobila ime po dr. Charlesu Millerju Fisherju. Je različica bolj znanega Guillain-Barrévega sindroma. Dr. Miller Fisher je leta 1956 prvi opisal tri bolnike z akutnimi pojavi, in sicer:

- oftalmoplegijo;
- ataksijo;
- arefleksijo (De Sousa, 2012).

Pri opisanih bolnikih se je stanje postopno izboljšalo, a šele po nekaj mesecih. Patofiziologije niso uspeli z gotovostjo opredeliti, a so menili, da gre verjetno za vpliv na periferni živčni sistem (De Sousa, 2012).

Značilnosti Miller Fisherjevega sindroma

Miller Fisherjev sindrom je akutna samoomejujoča motnja, za katero je značilna klinična triada oftalmoplegija, ataksija in arefleksija. MFS je različica Guillain-Barrévega sindroma (GBS) in se v kliničnem poteku lahko prekriva s faringealno-

-cervikalno-brahialnimi različicami ali Bickerstaffovim encefalitisom možganskega debla. Kot GBS je tudi Miller Fisherjev sindrom avtoimunsko stanje, ki se razvije, ko imunski sistem napade živčni sistem (Villines, 2018).

Znaki Miller Fisherjevega sindroma

Za Miller Fisherjev sindrom je značilna triada kliničnih simptomov:

1. oftalmoplegija (oslabelost očesne mišice s parezo očesne mišice);
2. ataksija (motnje gibanje in nestabilnost v hoji);
3. arefleksija z izgubo tetivnega refleksa (Ueno, et al., 2020).

Zgodnji simptom Miller Fisherjevega sindroma je dvojni vid. Motnje gibanja in nestabilnost v hoji so močno izražene. Večina otrok ne more hoditi samostojno. Prisotna je tudi pareza obraznega živca, lahko tudi pareza požiralnika (Teener, 2012). Miller Fisherjev sindrom se pogosto pojavi po virusni bolezni, zato številni ljudje pred izbruhom sindroma tožijo za simptomi prehlada in podobnimi simptommi (Chua de Cast, et al., 2019).

Pri večini bolnikov se simptomi začnejo na očeh. Mnogi bolniki z MFS težko hodijo, se hitro utrudijo ali hodijo zelo počasi. Nekateri ljudje imajo tudi druge nevrološke simptome, kot so težave z uriniranjem (Villines, 2018).

Diagnosticiranje

Zdravnik najprej opravi anamnezo. Najbolj ga zanima, kako so se začeli simptomi, kako hitro je napredovala oslabelost mišic in ali je bil otrok morda pred pojavom simptomov bolan.

Ob sumu na Miller Fisherjev sindrom opravi spinalno ali lumbalno punkcijo, saj so pogosto prisotne povisane vrednosti beljakovin v hrbtenični tekočini. Obstajajo tudi krvni testi za odkrivanje protiteles Miller Fisherjevega sindroma (Christiano, 2018). Zdi se, da so protitelesa imunoglobulina G proti gangliozidom (GQ1b), ki jih odkrijemo v bolnikovem serumu med akutno fazo MFS, Bickerstaffovega encefalitisa in GBS z oftalmoparezo, tesno povezana z Miller Fisherjevim sindromom in ključni biološki označevalec Miller Fisherjevega sindroma (Jung, et al., 2020; Ueno, et al., 2020).

Potek zdravljenja

Nacionalni inštitut za nevrološke motnje in možgansko kap (NINDS) opredeljuje dve primarni možnosti zdravljenja Miller Fisherjevega sindroma – zdravljenje z intravenskimi imunoglobulinimi in zdravljenje z izmenjavo plazme (Villines, 2018).

Večina zdravnikov se odloči za zdravljenje z intravenskimi imunoglobulinimi (Villines, 2018). Poznamo tudi alternativni pristop, tj. izmenjavo plazme, ki je postopek čiščenja krvi. Ker izmenjava plazme poteka več ur in je bolj zahteven postopek kot zdravljenje z imunoglobulinimi, se večina zdravnikov odloči za zdravljenje z imunoglobulinimi (Villines, 2018). Priporočamo tudi fizioterapijo, da prizadete mišice čim prej ponovno pridobijo moč (Omejec, et al., 2011). Nekateri ljudje z Miller Fisherjevim sindromom imajo hujšo obliko bolezni, zato za nemoteno delovanje telesa potrebujejo dodatno zdravljenje. Nekatere bolnike moramo določen čas celo mehansko predihavati in globoko sedirati. Z zdravljenjem stanja žal ne ozdravimo, ampak z golj skrajšamo čas do izboljšanj (Villines, 2018).

Verjetnost okrevanja posameznikov do samostojne hoje je po prebolelem Miller Fisherjevem sindromu ali GBS velika. Veliko otrok se kljub vsemu srečuje z bolečinami, utrujenostjo in izgubo mišične moči. Po prebolelem GBS oziroma zaradi posledic bolezni morajo otroci spremeniti način življenja, tako glede zaposlitve kot vsakodnevnih dejavnosti. Kot pri vsaki drugi kročni bolezni se morajo z boleznjijo spoprijeti tudi njihovi partnerji, pri otrocih starši (Omejec et al., 2011).

Prikaz primera

15-letni J. U. je 1. decembra popoldne prišel na Kliniko za pediatrijo zaradi dan trajajočih težav z vidom in govorom. Težave naj bi se začele popoldne, dan pred sprejemom. Otrok je navajal dvojni vid in je zelo težko govoril. Imel je tudi težave s požiranjem, zato ni mogel jesti in piti. Povišane telesne temperature ni imel, prav tako je zanikal vrtoglavico, slabost in bruhanje. Od otroških bolezni je prebolel vodene koze in bil kirurško zdravljen zaradi fimoze. Bil je pretežno zdrav, mesec dni pred sprejemom pa je prebolel blažji prehlad.

V sprejemni ambulanti na nevrološkem pregledu je bil blago prizadet, krajevno in časovno orientiran, normocefalen, govorica ni bila primerna. Otrok ni mogel v celoti izplaziti jezika. Levostransko se je čelo slabše nagubalo, vidno je bilo tudi asimetrično zatiskanje oči. V pogledu v desno je bila opažena močno oslabela abdukcija desnega očesa, ob pogledu v levo poslabšana abdukcija levega očesa. Na zgornjih in spodnjih udih sprememb in nehotnih gibov ni bilo videti. Gibljivost, tonus in groba mišična moč so bili primerni in simetrični. Test na latentno parezo je bil negativen, Mingazzinijev test prav tako negativen, hoja primerna, izvedel je tudi hojo po prstih in petah. Rezultati laboratorijskih preiskav, ki jih je prejel 2. decembra 2020 so bili v mejah normale. Opravili smo urgentno računalniško tomografijo (CT) glave in jo ocenili kot normalno. V dopoldanskem času je zdravnik ugotovil obojestransko periferno parezo obraznega živca, ki je bila bolj izražena na levi strani, a nedvomno prisotna tudi na desni. Obojestransko je bila prisotna tudi pareza abducentnega živca ter mehkega neba in grla, torej 9. in 10. živca, ob tem se je pojavila tudi pareza črevesa, najverjetneje v sklopu prizadetosti vagusa, in pareza hipoglosusa. Otrok ni bil sposoben govoriti in ni mogel požirati ne trde ne tekoče hrane in tekočin. Slišal je dobro in vse razumel, sporazumeval pa se je smiseln z znaki in sporočili preko telefona. Pri hoji ga je občasno zaneslo. Navajal je nezanesljivost pri hoji in občutek neravnotežja. V zgornjih udih je čez dan izgubil moč, v spodnjih udih pa je bila mišična moč primerna. Po pregledu pri okulistu je opravil tudi magnetnoresonančno slikanje glave s kontrastnim sredstvom, ki ni pokazalo nenormalnosti – patoloških sprememb ni bilo. Opravljen je bila punkcija likvorja, ki je prav tako podala normalen rezultat. Odvzete so bile številne preiskave in opravljen Mantouxov test. Popolnoma normalen izvid nativnega likvorja je sicer v precejšnji meri zmanjšal verjetnost abnormalnosti v nekaterih odvzetih preiskavah. Diferencialno diagnostično je bila kljub jasnim izlivnim refleksom na spodnjih udih in normalnemu izvidu likvorja najbolj verjetna diagnoza Miller Fisherjev sindrom v zgodnjih fazih. Postavili so tudi sum na botulizem in zato vzorec seruma poslali na Veterinarsko fakulteto v Ljubljano. Zaradi nezmožnosti poziranja smo pri dečku opravili pogoste aspiracije. Srčna frekvanca je bila najmanj 84/minuto in največ 97/minuto, frekvanca dihanja pa približno 20/minuto. Krvni tlak je bil vseskozi stabilen – med 115/70 mm Hg in 126/70 mm Hg. Čez dan je otrokova mama sporočila, da je otrok zaradi trenutnega stanja zelo nesrečen in da ji piše črnogleda sporočila. Zaželeta si je, da bi ga pogosteje obiskovala. Otrok je dobil tudi psihološko podporo. Vseskozi je prejel lipidne emulzijske mešanice (1448 ml dnevno) in dodatno 500 ml fiziološke raztopine. Za prehranjevanje je potreboval nazogastrično sondu. Čez dan smo ga tudi sedirali, saj je imel neokrnjeno zavest ter je zaradi sprememb postal anksiozen in depresiven. O možnostih diagnosticiranja in zdravljenja se je naš zdravnik posvetoval s pediatrično nevrologinjo s Pediatrične klinike v Ljubljani ter konziliarnim zdravnikom nevrološkega oddelka Univerzitetnega kliničnega centra Maribor. Oba sta soglašala, da je potrebno uvesti zdravljenje s polivalentnimi intravenskimi imunoglobulinimi. Otrok je bil 3. decembra premeščen v enoto za intenzivno terapijo, kjer se je zdravil do 22. decembra. Ob sprejemu v enoto za intenzivno terapijo in nego je dobil še dvakrat imunoglobuline. Ker ni bilo izboljšanja, so ga dodatno zdravili z membransko plazmaferezou. Nekaj dni po sprejemu v enoto za intenzivno terapijo so prišli izvidi pozitivnih antgangliozičnih protiteles IgG GQ1b, ki lahko potrjujejo diagnozo Miller Fisherjev sindrom. Tudi deček je imel znake, ki jih vsebuje klinična slika tega sindroma. Ob tem smo prejeli tudi negativen izvid preiskave na botulizem.

Ker je imel otrok pozitiven izvid serologije na covid-19 za prebolelo okužbo, so za določitev protiteles covid-19 pregledali tudi vzorec likvorja, ki so ga odvzeli pred uvedbo zdravljenja z IVIG. Preiskava sicer ni standardizirana, izvid pa je bil negativen. Opustili smo torej domnevo, da je šlo pri dečku za varianto Miller Fisherjevega sindroma s prizadetostjo možganskih živcev in ohranjenimi tetivnimi refleksi na spodnjih udih.

Pri otroku je nato nastopila obsežna aspiracijska pljučnica v področju spodnjega režnja. Otrok se je z medicinskim osebjem sporazumeval s pisanjem na papir ali z gestami, razen v globoki sedaciji. Zaradi dolgotrajne intubacije in potrebe po mehanski podpori so vzpostavili klasično kirurško traheostomo, po njej pa začeli z aktivno nevrozoterapijo, v katero so bili vključeni logoped, fizioterapevt in fiziater.

Otrok je pred tem dobival samo parenteralno prehrano v obliki lipidne emulzijske mešanice, ki je tekla po centralnem katetu. Ob tem je prejemal raztopino glukosalinične raztopine v razmerju 2:1 z dodatkom kalija. V prvih 14. dneh je bilo potrebno odvajanje spodbujati z uporabo svečk, dvakrat pa je imel opravljeno klizmo z glicerolom. Zadnji teden bolnišničnega zdravljenja je deček blato odvajal spontano, vsak dan. Dializni kateter smo po zaključku zdravljenja s plazmaferezami odstranili in otroka premestili nazaj na nevrološki oddelek.

Zdravljenje ob prenestitvi na oddelek:

- vitamini (i. v.), 10 ml;
- lipidne emulzijske mešanice, 1440 ml, teče 60 ml;
- kvetiapin, 25 mg tableta zvečer;
- klonidin sirup 100 mg 1,5 ml, 2-krat dnevno;
- pantoprazol 40 mg na 24 ur, i. v.;
- paracetamol 500 mg na 6 do 8 ur, i. v.;
- natrijev metamizolat monohidrat, 1g na 6 do 8 ur, i. v.

Večkrat dnevno so bile potrebne aspiracije traheostome in 2-krat na dan vlažilne inhalacije s fiziološko raztopino. Pri tem je vseskozi bila prisotna, vključena in poučena otrokova mama.

Še vedno je bila prisotna obojestranska pareza abducentnega živca, požirati ni mogel, zmogel je minimalno premikati jezik.

Na oddelku je začel iz bolnišnične kuhinje prejemati sveže pripravljeno pretlačeno hrano in dvakrat dnevno po 200 ml Fresubina, ter dodatek čaja ali druge tekočine 2300 ml na dan. Imel je težave s spanjem, zato so zamenjali zdravila. Med bolnišnično obravnavo ga je ponovno pregledal okulist in svetoval izmenično pokrivanje očesa s poudarkom na pokrivanju levega očesa, saj je otrok začel izključevati desno oko in škiliti navznoter.

Po zdravljenju v enoti intenzivne terapije je bil otrok telesno oslabel. Imel je težave pri posedanju v postelji (tj. vertikalizaciji do sedečega položaja). Ob pomoči je bil zmožen vстатi in ob postelji narediti nekaj korakov. Ob odpustu je s fizioterapeutvo z zmernim oprijemanjem za ograjo zmogel prehoditi dve nadstropji navzdol ali navzgor. Vmes je še enkrat 5 dni prejemal polivalentne imunoglobuline v skupnem odmerku 90 g. Zaradi slinjenja je sprva dobil sirup, a so bili bolj učinkoviti obliži Skopoderm.

Dne 11. januarja 2021 smo otroka z reševalnim vozilom prenestili na Univerzitetni rehabilitacijski inštitut (URI) Soča. Zaradi pareze rekurentnega živca ni mogel govoriti, a je govor razumel in tudi vedel, kaj želi povedati. Še je bil nestabilen pri hoji. Z jezikom je že opletal po ustni votlini ter se z njim dotaknil ustnic. Minimalno je lahko namrščil čelo ter pogledal vsaj nakazano lateralno od srednje linije. Vonja še ni imel, kar sodi v sklop klinične slike Miller Fisherjevega sindroma. Zavedal se je tudi, da ima nekaj v ustih, a pri testiranju s sladkimi in slanimi hranili okusa ni znal opredeliti.

Z vstavitvijo perkutane gastrostome se otrok in mama nista strnjala, saj otroka nazogastrična sonda ni motila in tudi ves čas zdravljenja pri nas se ni nikoli zamašila.

Otrok je bil junija 2021 pregledan v nevrološki ambulanti, kjer je brez težav prebral pet zaporednih stavkov brez zatikanja. Čelo je nagubal simetrično, očesni reži sta bili enaki in primerno razprtii, moč stiska vek je bila ustrezna in enaka. Senzibiliteta na obrazu je bila ustrezna in brez asimterij. Ni več navajal dvojnega vida, povedal je samo, da so dvojne slike v skrajnih legah občasno še prisotne, predvsem pri opazovanju predmetov na večjih razdaljah. Otrok je prepoznal vonj kave in povedal, da normalno okuša. S poziranjem ni imel več težav. Povedal je, da zmore samostojno hoditi. Še vedno ima nezaraslo traheostomo, ki se zaradi dolgotrajno vstavljeni kanile po dekanilaciji ni pričela zadovoljivo zapirati, zato jo bo potreben kirurško zapreti. Verjetno zato govorji nekoliko bolj tiho.

V Tabeli 1 prikazujemo najpogosteje negovalne diagnoze pri Miller Fisherjevem sindromu.

Tabela 1: Najpogostejše negovalne diagnoze pri Miller Fisherjevem sindromu Klasifikacija po Nandi (Herdman T., Kamitsuru S., 2019).

Neuravnotežena prehrana: manj kot telo potrebuje 00002	Diagnostični kazalniki: nezmožnost zaužitja hrane, pareza obraznih mišic, slabotnost požiralnih mišic, slabotnost žvekalnih mišic, vnos hrane manjši od priporočenega dnevnega vnosa;
Obstipacija 00011	Diagnostični kazalniki: pareza črevesa, trdo, formirano blato, oslabelost trebušnih mišic, sprememba prehranjevalnih navad, napet trebuh, neredno odvajanje blata;
Nevarnost sindroma imobilnosti 00040	Diagnostični kazalniki: paraliza obraza, nezmožnost hoje, slabša telesna kondicija.
Nespečnost 00095	Diagnostični kazalniki: pareza obraznih mišic, strah, depresija, telesno neudobje.
Primanjkljaj v samooskrbi pri izvajanju osebne higiene 00108	Diagnostični kazalniki: oslabelost, oslabljena zmožnost umivanja telesa, kostno-mišična oslabelost, živčno-mišična oslabelost;
Primanjkljaj v samooskrbi pri hranjenju 00102	Diagnostični kazalniki: nezmožnost požiranja, živčno-mišična oslabelost, traheostoma, oslabljena zmožnost manipulacije hrane v ustih, hranjenje preko nazogastrične sonde;
Tesnoba 00146	Diagnostični kazalniki: telesni nemir, nespečnost, zaskrbljenost zaradi spremembe, ki jo je v življenju povzročila bolezen, sporočila, da se ne počuti dobro, simptomi stiske;

Nevarnost za suhost očesa 00219	Diagnostični kazalniki: pareza obraznih živcev, dvojni vid, nezmožnost zaprtja očesa, Miller Fisherjev sindrom;
Okrnjeno udobje 00214	Diagnostični kazalniki: simptomi stiske, stokanje, strah, nezadovoljstvo s situacijo, nezmožnost sprostitve;

Cilji zdravstvene nege pri otroku z Miller Fisherjevim sindromom

- Otrokovo splošno počutje se bo izboljšalo.
- Otrok in svojci bodo razumeli pomen pravilnega vnosa hrane in tekočine preko nazogastrične sonde.
- Otrokova družina bo skupaj z nami skrbela za izboljšanje otrokovega zdravja in bo otroku v oporo.
- Otrok bo redno aspiriran in bo lažje dihal.
- Otrok bo redno jemal predpisana zdravila in upošteval zdravnika navodila.
- Otrok bo brez bolečin.
- Otrok ne bo občutil strahu in depresije.
- Otrok bo kljub hudim težavam v gibanju sposoben prehoditi nekaj metrov.
- Otrok bo imel redni počitek in mirno okolje.
- Otroku bo omogočena komunikacija preko sporočil in tablice.
- Otrok bo imel občutek varnosti.

Načrtovanje zdravstvene nege pri otroku z Miller Fisherjevim sindromom

Otrok z diagnozo Miller Fisherjev sindrom je monitoriran 24 ur na dan. Z njim se pogovarjam o pomenu nazogastrične sonde, dajanju zdravil ter pravilni aspiraciji traheostome in dihalnih poti. Čeprav ne more govoriti, ga obveščamo o njegovem zdravstvenem stanju in se z njim pogovarjam. Pomagamo mu pri osebni higieni, kar je za mladostnika pogosto zelo neprijetno, zato vedno poskrbimo za diskretnost. Po naročilu zdravnika ga počasi spodbujamo h krajšim sprehodom po sobi, najprej okrog postelje in poskrbimo, da s fizioterapeutom izvaja vaje za telesno kondicijo. Jemati mora predpisana zdravila. Poskrbimo, da s pogovorom in mirno glasbo zmanjšamo občutja strahu, slabe misli in depresijo. Po navodilu zdravnika vzpostavimo pogovor s psihologom. Poskrbimo tudi, da je mama prisotna pri otroku 24 ur na dan. Opazujemo simptome, ki bi nakazovali na poslabšanje oziroma razširitev pareze ter na pol ure spremljamo vitalne funkcije. O morebitnem poslabšanju takoj obvestimo sobnega zdravnika.

Vrednotenje

Poskrbeli smo, da je bil deček z Miller Fisherjevim sindromom monitoriran 24 ur na dan. Otrok je bil dovolj hidriran in uvedli smo pretlačeno hrano. Otroka in mamo smo poučili o pomenu nazogastrične sonde in dajanju zdravil ter mamo poučili o aspiriranju traheostome in dihalne poti preko traheostome. Otroku smo pomagali pri osebni higieni.

Otrok se ob opori in naši pomoči giblje po prostoru in zmore dve nadstropji po stopnicah navzgor ali navzdol. Redno skrbiemo za urejenost in čistočo ter aspiriramo traheostomo in vlažimo ustno sluznico. Spodbujamo samostojnost. O vsem tem smo poučili njegovo mamo, ki z nami dobro sodeluje. Otrok prejema predpisana zdravila. Slabih misli in znakov depresije ne navaja več. Otroku in staršem moramo stati ob strani in jim biti v oporo, zato smo jim na voljo za pogovor. Tako imajo

občutek varnosti, saj jim kljub težki bolezni stojimo ob strani. Osnovni pogoj za učinkovito zdravljenje in tvorno sodelovanje je dober odnos z otrokom in njegovimi starši. Če želi, poskrbimo tudi za obisk sorojenca. Medicinska sestra mora otroka poznati, ga poslušati in razumeti. Dogovorimo se tudi za kontrolni pregled v nevrološki ambulanti.

Zaključek

Zdravljenje Miller Fisherjevega sindroma je odvisno od poteka bolezni. Pri otroku je bolezen potekala v težji obliki, zato smo ga med zdravljenjem premestili v Enoto za intenzivno terapijo, kjer so ga intubirali in mu kirurško vstavili traheostomo. Sindrom lahko vodi v številne telesne zaplete, vendar ne smemo pozabiti na bolnikovo duševno stanje. Ker sta zaradi hudih težav in paralize pogosti žalost in depresija, otroku omogočimo tudi pogovor s psihologom. Pri našem otroku se je po dolgotrajni rehabilitaciji stanje sicer postopno skoraj povsem normaliziralo. Čaka ga še poseg za zaprtje odprtine traheostome, ki se sama ne zaraste. Otrok se ponovno ukvarja s hobiji in obiskuje pouk. Redno ga spremljajo okulist, kirurg, nevrolog, logoped in strokovnjaki z URI Soča.

Literatura

- Chua, C.L., Bengzon Diestro. J.D., Dizon I.K.H., Dimaguila P.M., 2019. Department of Neuroscience, A rare mimic of acute stroke: rapidly progressing Miller-Fisher Syndrome to acute motor and sensory axonal neuropathy variant of Guillain Barre Syndrome. Filipini. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30936342/> [18.7.2022].
- Christiano D., 2018. What Is Miller Fisher Syndrome?. Available at: <https://www.healthline.com/health/miller-fisher-syndrome> [18.7.2022].
- De Sousa A.E. & Luo J.J., 2012, Journaal of Neurology and Neurophysiology : The Miller Fisher Syndrome, Available at: <https://www.iomcworld.org/open-access/the-miller-fisher-syndrome-2155-9562.1000e110.pdf>. [18.7.2022].
- Herdman T., Kamitsuru., S., 2019. Negovalne diagnoze (Definicije in klasifikacija), 2018–2020, Nanda International, Inc., Ljubljana,. pp. 157–458.
- Jang Y., Choi J.H., Hee C.J., Byung J.L., Seong- Joon K., Jung J.H., 2020. Syndrome.Switzerland: Journal of Clinical Medicine: Pediatric Miller Fisher Syndrome; Characteristic Presentation and Comparison with Adult Miller Fisher, pp 3-8.
- Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7761853/>. [18.7.2022].
- Omejec G., Zupanec A., Podner S., 2011. Rehabilitacija : Dolgoročne posledice po prebolelem Guillain- Barrejem sindromu., Ljubljana. Available at https://ibmi.mf.uni-lj.si/rehabilitacija/vsebina/Reabilitacija_2011_No2_p50-55.pdf. [19.7.2022].
- Teener J. W., 2012. Department of Neurology. University of Michigan Health System Arbor,: Miller Fishers Syndrome. New York,. pp. 512–516.
- Ueno T., Kimura R., Kon T., Haga R., Haruno N., Jin-ichi N,et al., 2020 : The Japanese Society of Internal Medicine: The Differential Diagnosis of Acute Onset Truncal Ataxia: The Importance of Dysgeusia in Miller Fisher Syndrome.Japan, pp2057- 2059.
- Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6096018/pdf/1349-7235-57-2057.pdf>. [18.7.2022].
- Villines Z., 2018. Medical News Today: What to know about Miller Fisher syndrome : Available at : <https://www.medicalnewstoday.com/articles/321957> [18.7.2022].

Hospic - spremljanje bolnika z možgansko anevrizmo in njegove družine

Hospic - monitoring the patient with brain aneurism and its families

Nada Kunstek, dipl. m. s. s spec. znanji paliativne zdravstvene nege

Slovensko društvo Hospic

Izvleček

Odnos do oskrbe umirajočih je v preteklosti bil v družbi bolj sprejemljiv, saj je bila smrt nekoč sprejeta kot naravni del življenja. Danes temu žal ni tako. V Slovenskem društvu Hospic si želimo odgovarjati na sedanje potrebe neozdravljivo bolnih in njihovih bližnjih. Našo prisotnost želimo zagotavljati vsem neozdravljivo bolnim in njihovim bližnjim, ki si je želijo, tudi bolnikom v vegetativnem stanju, ko za njih skrbijo svojci. Znano je, da je tretjina bolnikov z anevrizmo v možganih tako prizadetih, da ozdravitve ni mogoče pričakovati. Mnogi preživeli so še v komi, ko je za njih zdravljenje že zaključeno, njihovi svojci v veliki negotovosti čakajo odpust iz bolnice. Možnosti za namestitev v zavod so male, a jo svojci večinoma uredijo. Redke sprejmejo svojci v domačo oskrbo. Prevzem skrbi za tako težkega bolnika potrebuje celostno obravnava, ki je sistem ne zagotavlja. Hospic celostna oskrba in spremljanje neozdravljivo bolnih in umirajočih, poleg bolnika obravnava še vse družinske člane, vključno z osebnimi asistenti. Prepoznavanje bolnikovih potreb je zahtevno delo. Temeljiti mora na zagovorništvu. Planiranje negovalnih aktivnosti mora biti zaradi tega usmerjeno k bolnikovim trenutnim potrebam. Članom družine in tudi osebnim asistentom je izvajanje negovalnih aktivnosti nemalokrat zelo težko, ker se še posebno na začetku ne znajdejo. Znanj o oskrbi v osnovi nimajo, pridobivajo jih sproti, iz izkušenj ali celo iz storjenih napak. Pogosto doživljajo stiske in strah. Takrat jim koristi opora koordinatorice Hospic oskrbe, ki deluje povezovalno - timsko, edukativno, razbremenilno in skupaj z zdravnikom družinske medicine, patronažno medicinsko sestro in drugimi zdravstvenimi in ne-zdravstvenimi deležniki pri oskrbi deluje v interesu bolnika. Bolnik potrebuje redno, stalno in prilagojeno oskrbo, skladno z novo odkritimi trenutnimi (tudi za ohranitev življenja bistvenimi) potrebami. Omogočati najboljšo možno celostno Hospic oskrbo in zasledovati novosti iz prakse paliativne in Hospic oskrbe v tujini ter jih prinašati v naše okolje, je naš cilj. Naša želja in namen je omogočati slehernemu celostno in individualno oskrbo v domačem okolju, nuditi vse potrebno, kakor tudi opustiti nepotrebno ter biti hkrati zagovornik dostenjanstvene smrti brez nepotrebne trpljenja.

Ključne besede: bolnik v vegetativnem stanju, svojci, koordinator Hospic oskrbe - diplomirana medicinska sestra

Abstract

Attitude towards care of the dying has been more favourable in the past, as death was once accepted as a natural part of life. Unfortunately, this is not the case today. The Slovenian Hospice Society wants to respond to the current needs of the terminally ill and their loved ones. We want to be there for all terminally ill patients, and their loved ones who want us, including those in a vegetative state, when they are being cared for by their relatives. It is known that a third of patients with aneurysms in the brain, are so affected, that no cure can be expected. Many survivors are still in a coma, with their treatment already complete, and their relatives are waiting in great uncertainty for them to be discharged from the hospital. There are a few options for institutionalisation, but most of them are arranged by the relatives. Some are taken into residential care by their relatives. Taking care of such a difficult patient needs holistic treatment, which the system does not provide. Hospice holistic care Follow-up of the terminally ill and dying, treating all family members, including personal assistants in addition to the patient. Identifying patient's needs is a challenging job. It must be based on advocacy. Care planning must therefore be oriented towards the patient's current needs. It is often very difficult for family members and personal assistants to carry out caring activities because they are not comfortable at first. They have no basic knowledge of care, but learn it on the

job, from experience or even from made mistakes. They often experience distress and fear. At that time, they benefit from the support of a Hospice Care Coordinator which acts in a team-building, educational and relieving way, working together with the family doctor, the community nurse and other medical and non-medical stakeholders in the care of the patient. The patient needs regular, continuous and personalised care, in line with newly discovered current (and life-sustaining) needs. Our goal is to provide the best possible integrated hospice care and to follow and bring innovations in palliative and Hospice care practices abroad to our environment. Our desire and purpose is to provide holistic and individualised care in the home environment, to provide all that is necessary, to get rid of what is unnecessary and to be an advocate for a dignified death without unnecessary suffering. We draw strength for further work from the positive experiences of our predecessor colleagues, compliments, recommendations and testimonials from satisfied users or their relatives.

Keywords: vegetative patient, relatives, Hospice care coordinator - registered nurse

Uvod

O smrti in umiranju se v naši družbi še zmeraj ne pogovarjamo odkrito. V času neozdravljive bolezni, umiranja in žalovanja se tako družine in ostali bližnji kmalu znajdejo v stiski, so osamljeni ali se počutijo spregledani. Pri Slovenskem društву Hospic si prizadevamo, da bi, tako kot rojstvo, tudi smrt postala naravni element živega, s tem pa naraven tudi odnos do umiranja in žalovanja v slovenski družbi.

Spremljanje neozdravljivo bolnih in umirajočih je *temeljna naloga* članov tima Slovenskega društva Hospic. Tim poleg diplomiranih medicinskih sester koordinatorjev (tudi s specjalnimi znanji), sestavljajo še drugi strokovni delavci, kot so psihologi, socialni delavci in drugi. Ustanoviteljica Slovenskega društva Hospic, zdravnica - onkologinja, Klevišar (1999) je lastno pot preizkušnje pri delu z umirajočimi strnila v literarno delo z naslovom »Kako udomačiti bolezen«. V knjigi napisano je plod odkritih notranjih potreb in iz zavesti avtorice, da se ob bolniku neprestano učimo živeti. Glavna vloga pri tem je »biti« spremljevalec in sogovornik /poslušalec, ki zdrži tudi takrat, ko gre za smrtno bolezen ali umiranje.

O izkušnji, ki jo prinaša spremlijanje, pravi Cilenšek (2019), vodja programa Prostovoljstvo, da gre za negovanje notranjega miru, pri čemer se čas ustavi: »*Bolj kot neguješ svoj notranji mir, bolj ga pomagaš začutiti tudi njemu-bolniku.*« Zemljič Radović (2019), vodja programa Hospic-Spremljanje, iz letnih poročil ugotavlja, da so potrebe v družinah iz leta v leto večje.

S spostovanjem bolnikove volje in upoštevanjem pravice do zavrnitve zahtevnejših medicinsko tehničnih postopkov in posegov se je z leti krepila vloga bolnika kot partnerja v zdravstveni obravnavi. Prevečkrat smo ravno zdravstveni delavci tisti, ki brez zadržka in v želji ohranitve življenja, nudimo oporo bolniku ravno za tisto, česar si bolnik ne želi. Gre za prejemanje vseh mogočih zdravil, preiskav, pregledov, prevozov v bolnico, v veri, da je tako zanj storjeno vse najboljše. Bolling (2019) želi vzbujati med ljudmi in tudi med zdravstvenimi delavci zavedanje, da si je vredno prizadevati za dobrobit bolnika in uslušati njegovo voljo.

Koordinator v paliativni oskrbi je organizator paliativnega pristopa in hkrati poznavalec vseh elementov vsebine dela v stroki. Odgovoren je za usklajevanje celostnega vidika oskrbe. Za uresničitev celostnega pristopa je podpornik bolniku in skrbnik kontinuirane oskrbe tudi v času po odpustu v domače okolje. Oporo nudi tudi svojcem v času bolezni in kasneje v času žalovanja (Bernot, 2019). Prvi koordinatorji paliativne oskrbe so tako z delom pričeli že leta 1995 ob ustanovitvi Slovenskega društva Hospic. Z neomajno delovno vnemo so pomembno prispevali k razvoju paliativne oskrbe v Sloveniji, ne glede na to, ali je bolnik prebival doma, v bolnici ali v domu za starejše (Bernot, 2019).

Prav v Slovenskem društvu Hospic so koordinatorji hospic oskrbe začeli delovati povezovalno med bolniku pomembnimi službami, pri zagotavljanju celostne paliativne oskrbe, so podporni tudi svojcem. Povezovalna vloga koordinatorja v družini je s časom obrodila prakso rednih timskih srečanj med različnimi deležniki. Tako prihaja do izmenjave informacij o storjenem za bolnika in o njegovem stanju, kot o ugotavljanju novih potreb v celostni skrbi zanj. Timska obravnava tako vključuje patronažne medicinske sestre, zdravnike družinske medicine, različne specialiste, centre za pomoč na domu, centre za socialno delo in v zadnjem času tudi izvajalce osebne asistence.

Srečanje z lastno stisko zaradi nemoči je sestavni del poklicne poti med zdravstvenimi delavci. Mnogo postopkov in posegov, ki jih medicina zmore opraviti, do danes ni premagalo človekove umrljivosti in minljivosti. Umiranje tako še zdaleč ni le medicinski proces, je kot knjiga življenja, katera na vsaki strani prinaša tisto, kar je aktualno za življenje. Medicina je v

času aktivnega zdravljenja že dosegla številne uspehe, pri »neuspešnih dosežkih«, ko znanja in možnosti zmanjka, pa žal nemalokrat ozdravitev ostaja nedosegljiv cilj, bolezen pa celo poraz. Nepopravljiva škoda ni le izguba zdravja, temveč je pogosto izid, »neuspeh« v medicini, ki ga hitro sprejmejo tudi drugi vključeni zdravstveni delavci. Bolnik postane izgubljeni primer, to pa lahko pripelje do hitrega odpusta iz bolnice. V domačo oskrbo gre, kljub temu, da je svojcem to nesprejemljivo. Sledi »nov način življenja« za celotno družino (Lunder, 2007).

Klevišar (2006) opozarja, da družina ne sme ostati sama s težkimi vprašanji in problemi. Pove še, da za njih lahko dobro poskrbijo koordinatorji Hospic oskrbe. V zgodbi so opisana osnova vprašanja, katerih odgovori so hkrati principi in načela Hospic oskrbe. Poslušanje zgodbe od samega začetka obravnave, pomembnost spretnosti dobrega komuniciranja in ocene ter učinkovite obravnave telesnih simptomov, so osnovni principi našega delovanja. Naše koordinatorice izvajajo zagovorništvo bolnika in njegove družine, povezovanje med službami, približajo potrebe neozdravljivo bolnih in njihovih svojcev/ družin družinskemu zdravniku, patronažni medicinski sestri, negovalnim službam, zato je potrebno zagotoviti prisotnost medicinskih sester koordinatoric Hospic oskrbe tam, kjer so najbolj potrebne in si tega želijo bolniki tudi po tem, ko so že v domači oskrbi. Delo in znanja medicinske sestre, koordinatorice Hospic oskrbe, zavzema zelo pomembno vlogo, je dejala Zimšek (2018), kljub zavedanju, da neozdravljivo bolnim izpolnitve negovalnih potreb ne prinese nujno izboljšanja. Omočna lajšanje in odpravi neugodje. Medicinska sestra je v svoji poklicni vlogi tista, ki za korist bolnika prinaša te odločitve. Zaskrbljujoče pa je dejstvo, da mnogim bolnim v času, ko so zboleli nikoli več ni bilo dano izraziti svoje volje. To morajo za njih opraviti svojci. Preizkušnja ob vseh bolečih čutanjih zahteva trezno glavo in pogum za izbiro najboljšega in pravega načina oskrbe. Številne dileme, negotove situacije in reakcije, ko se zavedo resnice, so razlog, da v hudem obupu le poiščejo pomoč. Svojci se takrat oklepajo vsakega upanja.

Namen strokovnega prispevka je predstaviti vlogo koordinatorja hospic oskrbe - diplomirane medicinske sestre in osnovnih aktivnosti spremeljanja neozdravljivo bolnih in umirajočih ter njihovih svojcev.

Kaj je možganska anevrizma in kaj vegetativno stanje?

Anevrizma je tako imenovana "bomba v telesu", je razširjena žilna stena vrečaste oblike, lahko tudi na možganskih arterijah, katera ob postopnem tanjšanju poči in ob za nepovratno škodo primernih pogojih povzroča nevrološke motnje ter vegetativno stanje v kar 30 % ali smrt v 40 % (Purkeljc & Šeruga 2014). Pri nekaterih bolnikih po preživeli težki možganski poškodbi ali okvari ob izhodu iz stanja kome lahko opazimo redko, vendar skrajno obliko prizadetosti, ki se kaže kot stanje povrnjene zavesti, a brez zavedanja in hotenega odzivanja na dražljaje iz okolja - kar imenujemo vegetativno stanje (Grabljevec, 2012). Koritnik (2019) o naraščajočem preživetju po hudih nevroloških škodah na možganih zaradi akutnih krvavitev ali nesreč meni, da so bolniki preživeli zaradi neustrezne postavitve ocene o strategiji izboljšanja zdravja za vsako ceno. Namesto tega bi zmanjševanje trpljenja lahko postalo enakovredna presoja za takojšnje paliativno zdravljenje.

Potrebe bolnika z možgansko anevrizmo v vegetativnem stanju

Vsaka življenjska aktivnost je pogojena z bolnikovo zmožnostjo, razliko do popolne oskrbe pokriva negovalec. Tako negovalne potrebe postajajo aktivnosti zdravstvene nege, pri katerih bolnik potrebuje pomoč. Prehodnost dihalne poti, pomoč pri hranjenju in pitju, pomoč pri izvajanju osebne nege in položajev (gibanja) v postelji, pri izločanju in odvajjanju, pri zagotavljanju varnosti, spanje in počitek, oblačenje in slačenje, ohranjanje telesne temperature, komuniciranje in izražanje čustev, razvedrilo, učenje, izpolnitev verskih potreb in nenazadnje koristno delo so aktivnosti, ki so del ocene potreb, iz katerih je razvidno, da je nujna vključitev številnih strokovnjakov, z namenom zagotavljanja celostne oskrbe bolniku z možgansko anevrizmo in v vegetativnem stanju, doma.

Študija primera spremeljanja bolnika z možgansko anevrizmo

Bolnik, star 45 let je urgentno hospitaliziran zaradi akutnega stanja in prvič diagnosticirane možganske anevrizme. Nevrokirurgi so takoj izvedli operativni poseg zaradi obsežne krvavitve v možgane. Poskušali so sanirati škodo na žilju in preprečiti nastanek preteče, nepopravljive nevrološke škode. Neprizakovani zapleti med operacijo so preprečili nadaljnje nujno potrebne operativne posege. Kasneje je dobil otekline možganov in bil življenjsko zelo ogrožen, zato je potreboval nadzor vitalnih funkcij in učinkovito zdravljenje ter ukrepanje s pomočjo sodobne tehnologije in intenzivno zdravstveno nego. Bolnik je dobil stalni urinski kateter, traheostomo, parenteralno prehransko pot, prejemal je visok odmerek kisika in drugih, za ohranitev življenja pomembnih zdravil. Pogovor z njim ni bil mogoč zaradi umetne kome.

Prvo srečanje z ženo: marca 2019 se je njegova žena zaupala diplomirani medicinski sestri, koordinatorici Hospic oskrbe na Sočutnem mestu, na Oddelku za onkologijo. Med pogovorom je neutolažljivo jokala, sprva je zelo omahovala in postopoma je zgradila zaupanje in razkrila lastne strahove, trpljenje, nemoč in neznosno žalost. Priovedovala je, da mora ona sprejeti odločitev o odklopu moža s kisika. Začutila je popolno nemoč, saj je zanjo to pomenilo enako, kot da ona odloča o tem, ali ga naj pustijo umreti ali pa, da bi živel daleč stran od nje, v negovalni enoti doma za starejše občane. Tega jo je bilo najbolj strah. Za pomoč se je zanimala že povsod, iz vseh strani je dobivala nesprejemljive odgovore, v težki, neobvladljivi življenjski stiski, ki ju je doletela, je bilo zanjo to enako izgubi dostenjanstva. Ne glede na vse je vedela, česa si želi za moža, ki po nekem čudežu še vedno živi. Povedala je še, kaj je slišala od zdravnikov, ko je bila na informacijah, pojasnili so ji, da mož ne govori, da najbrž ne sliši, da je težko, ker ga zaradi tega ne bo mogoče nič vprašati in da bo najbrž kmalu umrl, še posebno, če bi ostal brez kisika.

Na družinskem sestanku: Koordinatorica Hospic oskrbe ženi predstavi razpoložljive možnosti oskrbe bolnika v domačem okolju in o načinu delovanja Slovenskega društva Hospic. Žena je prejela prve informacije in usmeritve glede možnosti in priprave potrebnega, za dostenjanstveno nego svojega moža doma. Predstavljene možnosti je razumela kot novo upanje in novo pot v življenju. Izrazila je še skrb za sinove in kako bodo sprejeli resnico o očetu. Bolnikova žena je podpisala dogovor o Hospic spremeljanju.

Na timskem sestanku z obiskom bolnika pred odpustom iz bolnice: Timsko srečanje z bolnikom in njegovo ženo je predlagala koordinatorica Hospic oskrbe z namenom, da se ženo ustrezno podpre. Sestanka so se udeležili: žena, glavna oddelčna medicinska sestra, bolnišnični dietetik, koordinatorica Hospic oskrbe in strokovna delavka Hospica, ki so skupaj spregovorili o negovalnih potrebah in potrebnih intervencijah za bolnega moža, ki je takrat še ležal v sobi, v enoti za intenzivno nego.

Vstavljeni je imel nasogastično sondo, kanilo s priklopom na kisik in stalni urinski kateter. Za obvladovanje bolečin je potreboval narkotik v obliki obliža, različna zdravila proti krčem, proti epileptičnim napadom in proti otekanju možgan. Glavna medicinska sestra je predstavila negovalne probleme in potrebne aktivnosti, za katere je doma skoraj nemogoče zagotoviti dobre pogoje in sklepala, da so zanj primernejše druge - institucionalne oblike oskrbe. Potrudila se je predstaviti prednosti domske namestitve. Takrat na njuno srečo v bolnišnici niso našli možnosti za takojšnjo domsko namestitev. Po timskem srečanju koordinatorice Hospic oskrbe in glavne medicinske sestre na oddelku, je bil čas odpusta prilagojen zmožnostim domačih in dinamiki priprav ustreznih pogojev za oskrbo v domačem okolju, vključno z učenjem nekaterih negovalnih intervencij in s prehranskim načrtom.

Prvi obisk koordinatorice Hospic oskrbe doma: Domači so po odpustu iz bolnice potrebovali podporo in poučevanje o izvedbi negovalnih intervencij in nege bolnika. Izvajanje osebne nege ob pomanjkanju izkušenj je zelo zahtevno delo. Negovalci so izražali strah, negotovost in nemoč. V negovanje in skrb za bolnika so se vključili žena, sinovi in brat. Družinski zdravnik, patronažna medicinska sestra in koordinatorica Hospic oskrbe so z dobrim timskim sodelovanjem nudili podporo svojcem. Oddali so vlogo za pridobitev pravice do osebne asistence in po približno treh mesecih prejeli težko pričakovani sklep o odobritvi, ki je naznani novi upanje in možnost za konkretno razbremenitev. Štiriindvajset urna oskrba z osebnimi asistenti je za ženo pomenila veliko olajšanje. Žena je osebne asistente izbrala sama. Nekateri osebni asistenti niso imeli nobenega znanja ali izkušenj z negovanjem bolnika. Prenos informacij in poučevanje asistentov o moževih potrebah je postala nova ženina naloga – obremenitev. Prav tako je morala moža v dopoldanskom času zaupati negovalcem, saj je morala v službo, ker ni bila več upravičena do bolniškega staleža za nego. Za pomoč in podporo družini in osebnim asistentom je z rednimi obiski skrbela koordinatorica Hospic oskrbe, diplomirana medicinska sestra.

Podpora osebnim asistentom pri delu: Osebni asistenti so praviloma na delovnem mestu tisti, ki vzdržujejo dobre pogoje v domačem okolju in skrbijo za bolnika, upravičenca do osebne asistence. Zaradi številnih negovalnih intervencij je njihova narava dela lahko primerljiva z delom negovalnega osebja v domovih za starejše, kjer je zaposleno zdravstveno osebje. Osebni asistenti so lahko osebe brez izobrazbe iz področja zdravstvene nege. Na drugi strani se med osebnimi asistenti, bolnikom in svojci ustvarja posebna vez in bližina ali celo domačnost, ki postopoma prerašča v navezo, primerljivo z navezo med domačimi. Pri njihovem delu in vedenju je opaziti, da je skrb za uporabnika vedno bolj skladna skrbem domačih in jih je potrebno obravnavati podobno kot svojce in kot del družine, katerim dobro dene zdravstveno vzgojno delo, razbremenjevanje in drugi podporni pristopi, ki jih izvajamo v Hospic oskrbi.

Sodelovanje med patronažno medicinsko sestro in koordinatorico Hospic oskrbe na obisku pri bolniku: Z redno izmenjavo informacij ali celo izkušenj pri delu ob bolniku prinaša koristi. Dobre ocene potreb bolnika in njegove družine kot enote v obravnavi, pri spremeljanju družine, pripomorejo k izboljšanju obravnave simptomov in k zmanjšanju trpljenja, kakor tudi k racionalnejši oceni potreb po odhodu bolnika v bolnico zaradi nastalih negovalnih zapletov, ki jih ni mogoče rešiti v domači oskrbi (oskrba PEG, traheostome, aspiracija ...).

Povezovanje osebnega zdravnika in koordinatorice Hospic oskrbe: je ključnega pomena za razbremenjevanje vseh. Izmenjava informacij o stanju in potrebah bolnika ter dobra povezava med vsemi deležniki paliativne oskrbe omogoča zdravniku boljši vpogled v bolnikovo stanje, kar učinkuje razbremenilno.

Kje je smisel koordiniranja družine: Razdelitev kompetenc, opolnomočeni svojci ali osebni asistenti, ki znajo prepoznavati potrebe in v izpolnitvi zagovorništva bolnega ali njegovega svojca, zmorejo vedno več, pri tem pa so vedno bolj suvereni, tudi takrat, ko sami ne zmorejo.

Diskusija

Plank (2016) ugotavlja, da razvoj paliativne medicine v Sloveniji močno zaostaja za ostalimi evropskimi državami. Čeprav v zadnjem času slišimo številne besede naklonjenosti v stroki in v medijih, to še ni dovolj za dobro oskrbo v domačem okolju. Mnogo je storjenega za onkološke bolnike, ovire za ne-onkološke bolnike pa se kar vlečejo. Želimo si, da bi lahko odgovorili tudi na njihove potrebe, na način, kot je najbolj potrebno.

Slovensko društvo Hospic je tlakovalo pot paliativni oskrbi pri nas. Zagovorništvo potreb neozdravljivo bolnih in umirajočih ter njihovih bližnjih je glavni cilj delovanja v društvu. Uveljavljati pravico zagovorništva po preživeli možganski anevrizmi ni lahko. Vsak izmed strokovnjakov na svojem področju dela ostaja brez bolnikove izražene volje, praznih rok, deluje pa iz občutka, česa bi si bolnik zdaj lahko želel ali kaj bi potreboval. Neozdravljivo bolnemu nuditi dostenjanstveno oskrbo, ko v vegetativnem stanju zaradi stanja po anevrizmi možganov ne more izraziti svojih potreb, je velik izviv. Odgovornost odločanja zato nujno prevzemajo vsi vključeni v oskrbo.

Za mnoge je živeti v družini s težko bolnim svojcem kot da bi doživel potres. Njihov vsakdan in življenje se v celoti spremeni. Veliko stvari, ki so se prej zdele bistvene, izgubi pomen, nasprotno pa vprašanja, ki jim svoj čas niso posvečali veliko pozornosti, nenadoma postanejo pomembna, opisuje Brumec (2010). Lunder (2003) še posebno skrbi stanje pri ne-rakovih bolnikih, kjer bolečini sledijo simptomi: oteženo dihanje, anksioznost, izguba teka, zmedenost in drugo. Tudi svojci doživljajo stiske, strahove in so izčrpani zaradi skrbi za neozdravljivo bolne. Če hočemo ustvarjati bolj človeški svet, pravi Klevišar (1999), moramo dati tudi neozdravljivo bolnim in umirajočim prostor med nami, moramo v ljudeh vzgajati zavest, da umirajoči spada v krog svojih domačih, če so le dani osnovni pogoji za to.

Klevišar (1999) v knjigi »Kako udomačiti bolezen«, razлага zgodbo Mali princ. »Igral bi se rad z lisico, pa ona tega ne more, ker ni udomačena in lisica mu razloži: »Udomačiti pomeni ustvarjati vezi ... Za zdaj si zame samo mali deček, čisto tak, kot sto tisoč drugih majhnih dečkov in jaz te ne potrebujem. In ti mene še manj. Zate sem samo lisica med sto tisoči drugimi liscicami. Če pa me udomačiš, bova drug drugega potrebovala« ..., kot bolnik in njegova žena potrebujeta vse vključene.

Pripravljenost družine, da sama prevzame skrb za bolnika v domačem okolju je bila, kljub negotovosti, prisotna. Zmotilo jih ni niti stališče glavne medicinske sestre, ki je bilo v imenu zagovorništva bolnika povsem nasprotno, a po svoje ustreznemu, če o vlogi medicinske sestre v družini govorimo kot o nosilki zdravstveno negovalnih intervencij in ne kot o izvajalki celostne obravnave, ki so jo potrebovali in žeeli. Srša (2016) navaja pomembnost dotika v zadnjem obdobju življenja. Dotik je najpomembnejši (terapevtski) postopek v procesu neverbalne komunikacije. Omenjeni način komuniciranja in stik z bližnjim se torej najlaže vzpostavi v družini bolnega in z domačimi. Avtorica še navaja, da je učenje večin komuniciranja, terapevtskih dotikov, osebne bližnine in distance, medicinskim sestriram na izobraževalni poti v večini nedostopno.

Hartman (2013) govori o standardu kakovosti pri načrtovanju odpusta bolnikov s traheostomo iz bolnišnice, kar je bistveno tudi pri omenjenem bolniku. In tako poudarja pomembnost sodelovanja med vsemi zdravstvenimi delavci in sodelavci. Delo med njimi mora biti koordinirano. Njihov skupni cilj je, bolniku zagotoviti potrebno nego po odpustu iz bolnišnice s pomočjo dobro poučenih svojcev, kar je v bolnikovi družini lahko doseženo z opolnomočenjem žene s strani koordinatorice Hospic oskrbe, ki je nato s specialisti in patronažno službo dosegla željeno oskrbo traheostome ter menjavo kanile na bolnikovem domu.

Podobno so že v preteklosti, skozi čas in vse do danes hospici nudili zavetje bolnim in šibkim. Prisluhnili so potrebam bolnih, socialno šibkih in izčrpanim popotnikom dali hrano (Drev, 2013). V sodobnem času bolnika spremljamo na njegovem domu. Prepozнати ter koordinirati med potrebami bolnika in njegove družine je bistveno, piše Lunder (2003). Opaža namreč, da imamo najmočnejše dokaze o znanju in učinkovitosti pri odpravljanju trpljenja z zdravljenjem hudih bolečin. V praksi se težave prepletajo, so običajno večplastne in vedno težje. Pričnejo se z odpustom bolnika v predstavljenem primeru, še posebno, ko gre za bolnika v vegetativnem stanju. Načrt odpusta mora biti usklajen. Včasih potrebe lahko izhajajo iz nemoči, negotovosti, strahu ali obupa bližnjih, čeprav je načrt odpusta usklajen.

Brumec (2010) za lažje delo osebju in prostovoljcem navaja izkušnje iz knjige Ljubezen in žalost: »Brezupno je« rečemo sebi in drugim, v težkih situacijah. *Toda ravno v takšnih trenutkih je veliko več upanja, kot si lahko predstavljamo. Drugačno upanje. Upanje, da dobri in slabí dnevi niso bili in ne bodo zaman. Upanje, kakršno imajo otroci, da nas ljubezen in žalost med seboj povezujeta in nam dajeta moč, da iz sebe izvabimo na dan, kar je najboljše, najbolj človeško. Ta neomajna moč upanja je gonilna sila, ki omogoča sprejemanje resnice bolnikovi ženi in sinom.*

Svojci v skrbi za bolnika potrebujejo nekoga - Hospic medicinsko sestro, ki zna ohranjati upanje in se posveča njihovim nenehno prisotnim stiskam, ko učenje v prenesenem pomenu besede in v praksi pomeni: osvajati bolnikove nenavadne glasove, dihanje, zadovoljevanje potreb po hranjenju in pitju, izločanje, odvajanje, duhovne potrebe in vse tisto, kar bi lahko poimenovali odkrivanje bolnikovih »navad« ali razumevanje njegovih potreb. Nezavestni bolnik z možgansko anevrizmo nam kaže, da komunikacija ni mogoča in tako bi lahko hitro pomislili, da nima smisla, da bi svojci sploh bili ob njem. Klevišar (2006), pravi: »*Kdor je že spremjal takšnega bolnika ve, da to ni res. Komunikacija je mogoča tudi tu in je pomembna tako za bolnika, kot tudi za svojce, saj prinaša podporo, moč in ohranja upanje.*«

Zaključek

Odpust iz bolnišnične oskrbe danes za bolnika in njegovo družino še ne pomeni konec težav, pomeni le to, da jih nihče niti ne odkriva, niti ne rešuje sistematično. Kamnik, et al. (2014) tako ugotavljajo, da načrtovanje in kontinuiteta zagotavljanja paliativne oskrbe z namenom podpore še ne deluje, niti na primarnem, niti na sekundarnem nivoju zdravstvene dejavnosti. Preprečiti je potrebno tudi medsebojna izključevanja med deležniki. Pionirske delo na tem področju je zastavilo Slovensko društvo Hospic leta 1995 kot nevladna organizacija, ki ponuja timsko zdravstveno nego in psihosocialno podporo bolnikom na domu, koordinira obiske prostovoljev v družini in organizira izobraževanje za zdravstvene delavce ter splošno javnost (Lunder, 2007). Med vsemi službami pri spremeljanju neozdravljivo bolnih je Hospic oskrba tista, ki ni nikoli lahka in ne bo nikoli popolnoma rešila stiske in bolečine posameznika ali družine. Koordinatorica Hospic oskrbe, diplomirana medicinska sestra, ima povezovalno vlogo, njena temeljna naloga je zavzemanje za bolnika in njegovo družino. S svojo prisotnostjo prispeva k zmanjševanju trpljenja, razbremenjevanju in k zagovorništvu.

Vsa prizadevanja za ureditev celostne Hospic oskrbe bolnika v vegetativnem stanju doma so ob nenehni vpetosti žene in ob prisotnosti celotnega tima osebnih asistentov, patronažne medicinske sestre, osebnega zdravnika in dosledne koordinacije družine s strani hospica, dosežena. Zavidljiva raven bivanja bolnika v vegetativnem stanju v domačem okolju je plod vztrajnosti in kakovosti, podkrepljena z dokazi, kot so odsotnost razjed zaradi pritiska, okužb dihal, sečil in kolonizacije bolnika z odpornimi bakterijami, tako iz negovalnega, kot medicinskega stališča. Socialni pogled nam odstira tudi ohranjanje človečnosti in sočutne oskrbe. Obe se tesno prepletata in ju ni mogoče povsem ločiti.

Osvojeno znanje iz nege v domačem okolju med domaćimi in z osebnimi asistenti je preraslo v zelo dosledno, sočutno in dostojanstva polno (hospic) oskrbo, kot bi imeli mali Hospic na bolnikovem domu. Odločitev, temelječa na sprotinem prepoznavanju in zagotavljanju potreb bolnika je izbira, pa tudi nuja za ohranjanje človečnosti bolnika. Odločati o bolnikovih potrebah doživljenjsko in v celoti ostaja dogovor in presoja ustvarjenega tima in bolnikovih bližnjih, žene, sinov, kot tudi prisotnega osebnega asistenta ali katerega izmed zdravstvenih delavcev. Zaradi številnih izgub iz vidika zdravja, kakovosti »podarjenega« življenja, nikakor ni mogoče oceniti z »dobro«. Po tihem in iskreno bi kdaj žeeli izvedeti, za kakšno ceno se živi v vegetativnem stanju? V duhu slogana Slovenskega društva Hospic, si medicinske sestre-koordinatorice pri spremeljanju neozdravljivo bolnih ali umirajočih in njihovih bližnjih prizadevamo »Dodajati življenje dnevom in biti tu, ko nas potrebujejo«.

Literatura

- Bolling, G., 2019. Last aid. In: M. Ebert Moltara, ed. »Skupaj odstiramo tančice upanja«. 3. Slovenski kongres paliativne oskrbe 25. – 26. oktober 2019; Ljubljana: Slovensko združenje paliativne in hospic oskrbe p. 65
- Brumec, M., 2010. Knjiga o ljubezni in žalosti. Kakovostna starost, Revija za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje, 12(4), pp 12(4) Available at: <http://www.inst-antonatrstenjaka.si/tisk/kakovostna-starost/clanek.html?ID=226> [30.08.2022].
- Cilenšek, A., 2019. Vrednota je, kako živimo in ne, kako dolgo. Delo. Available at: <https://www.delo.si/novice/slovenija/vrednota-je-kako-zivimo-in-ne-ka-koko-dolgo-241676.html>, [28.08.2022].
- Drev, D., 2013. Razvoj hospica skozi čas. In: A. Presker Planko & K. Esih, eds. Paliativna zdravstvena nega: zbornik predavanj / IV. stiki zdravstvene nege, Celje, 18. april 2013. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju, pp.15–27.
- Grabljevec K., Okvare zavedanja in odzivnosti po možganski poškodbi – kakšne možnosti ponuja metoda stimulacije globokih možganskih jeder? Rehabilitacija, 11, pp. 95-102
- Hartman, J., 2013. Priprava pacienta s traheostomo na odpust iz bolnišnice. In: T. Štemberger Kolnik & S. Majcen dvoršak, eds. Traheostoma v vseh življenjskih obdobjih : zbornik prispevkov z recenzijo : simpozij, Ljubljana, 31. januar 2013 Ljubljana Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji : Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v otorinolaringologiji, pp. 108-20.
- Kamnik, P., Pajnkihar, M. & Habjanič, A., 2014. Samozaupanje medicinskih sester in zdravnikov pri praktičnem izvajanju paliativne oskrbe. Obzornik zdravstvene nege 48 (4), pp. 302–309.
- Klevišar, M., 2006. Spremljanje umirajočih. Ljubljana: Družina.
- Klevišar, M., 1999. Kako udomačiti bolezen. Ljubljana: Družina.
- Koritnik, B., 2019. Potrebe in priložnosti paliativne oskrbe v slovenski nevrologiji. In: M. Ebert Moltara, ed. »Skupaj odstiramo tančice upanja«. 3. Slovenski kongres paliativne oskrbe 25. – 26. oktober 2019; Ljubljana: Slovensko združenje paliativne in hospic oskrbe. Domus medica, Ljubljana, 2019, p. 48.
- Lunder, U., 2003. Paliativna oskrba - njena vloga v zdravstvenih sistemih. Zdravniški vestnik 72 (11), pp. 639–642.
- Lunder, U., 2007. Paliativna oskrba - kako opuščamo staro in sprejemamo novo. Časopis za kritiko znanosti letnik, 35(227), pp. 34-42.
- Plank, D., 2016. Izvajanje paliativne oskrbe v slovenskih bolnišnicah: magistrsko delo Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
- Purkeljc, T. & Šeruga, T., 2014. Endovaskularno zdravljenje možganskega ožilja: navodila za bolnike. Intervencijska radiologija, Available at: <http://www.drmed.org/wp-content/uploads/2014/06/07-Intervencijska-nevroradiologija.pdf> [28.08.2022].
- Srša A., 2016, Prepoznavnost paliativne oskrbe med medicinskimi sestrami v psihijatriji: diplomsko delo. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
- Zimšek H., 2018, Hospic - vloga in pomen v paliativni zdravstveni oskrbi. In: A. Istenič, ed. Ženske in ginekološki rak, 45. strokovni seminar, Kranjska Gora, 9. in 10. november 2018; Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 255-70.

