



13. dan
Angele Boškin

**Napredno znanje
in ustrezna komunikacija
v zdravstvenem timu kot
orodje za dvig kakovostne
zdravstvene obravnave**



13. april 2021
e - izobraževanje

13. dan Angele Boškin:

Napredno znanje in ustrezna komunikacija v zdravstvenem timu kot orodje za dvig kakovostne zdravstvene obravnave

Urednica: Sandra Jerebic

Programski odbor: Mojca Strgar Ravnik, Sandra Jerebic, Anja Jovanovič Kunstelj,
Anja Novak

Organizacijski odbor: Mojca Strgar Ravnik, Sandra Jerebic, Marija Mežik Veber,
Alenka Bijol, Nada Macura Višić, Zorica Panič, Adrijana Ilievski, mag. Saša Mlakar,
mag. Maja Valjavec

Tehnični pregled gradiva: Nina Rustja in Maja Femc

Izdala in založila: Splošna bolnišnica Jesenice

Oblikovanje in tisk: Medium Žirovnica

Elektronska izdaja

URL naslov: https://www.sb-je.si/strokovna_javnost/publikacije/

**Za vsebino prispevka, točnost podatkov in jezik prispevka v celoti odgovarjajo
avtorji prispevkov.**

Katalogni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani
COBISS.SI-ID 57336579
ISBN 978-961-94663-2-2 (PDF)

KAZALO

Uvodnik.	5
Pomen koordinatorja za oskrbo ran – medicinske sestre z naprednimi znanji – pri obravnavi pacientov s kroničnimi ranami in preventivi poškodbe zaradi pritiska	6
Znanja in veščine triažnih medicinskih sester v urgentnem centru.	10
Model fleksibilnosti medicinskih sester v Splošni bolnišnici Celje.	17
Vloga mentorskega procesa pri zagotavljanju varnega okolja študentov in novo zaposlenih	25
Pomen naprednih znanj za razvoj babištva	30
Prikrita aplikacija zdravil v zdravstvenem sistemu.	35
Ustreznost razporejanja medicinskih sester v EIT Klinike Golnik s točkovnim seznamom TISS 28 in vpliv na kakovost zdravstvene obravnave.	42
Mediacijski center zdravstvenega doma Ljubljana kot varen prostor za reševanje nesporazumov in sodobni učni center	51
Komunikacija, ključ do uspešnega pridobivanja kadra v zdravstveni negi.	57

PROGRAM

8.30 – 9.00	Registracija
9.00 – 9.15	Uvodni pozdravi
9.15 – 9.45	Monika Ažman Priložnosti in ovire za razvoj zdravstvene nege
9.45 – 10.00	Hubert Terseglav Pomen koordinatorja za oskrbo ran – medicinske sestre z naprednimi znanji – pri obravnavi pacientov s kroničnimi ranami in preventivi poškodbe zaradi pritiska
10.00 – 10.15	Dejan Peterka, Aldin Gazibara in Nada Macura Višić Znanja in veščine triažnih medicinskih sester v urgentnem centru
10.15 – 10.30	mag. Hilda Maze in mag. Darja Plank Model fleksibilnosti medicinskih sester v Splošni bolnišnici Celje
10.30 – 10.40	Razprava
10.40 – 10.50	Odmor
10.50 – 11.05	doc. dr. Sanela Pivač, Sedina Kalender Smajlović Vloga mentorskega procesa pri zagotavljanju varnega okolja študentov in novo zaposlenih
11.05 – 11.20	Barbara Sfiligoj, Nina Trifoni Pomen naprednih znanj za razvoj babištva
11.20 – 11.35	Denis Džamastagić, doc. dr. Branko Bregar Prikrita aplikacija zdravil v zdravstvenem varstvu
11.35 – 11.50	Anton Justin, Matic Jerman, doc. dr. Saša Kadivec Ustreznost razporejanja medicinskih sester v EIT Klinike Golnik s točkovnim seznamom TISS 28 in vpliv na kakovost zdravstvene obravnave
11.50 – 12.00	Razprava
12.00 – 12.30	Odmor
12.30 – 12.45	Romana Zupan Mediacijski center ZD Ljubljana kot varen prostor za reševanje nesporazumov in sporov
12.45 – 13.00	Tadeja Kolander Mediacijski center ZD Ljubljana kot sodobni učni center
13.00 – 13.15	Bojana Sečnjak, Hilda Rezar, Igor Robert Roj Komunikacija, ključ do uspešnega pridobivanja kadra v zdravstveni negi
13.15 – 13.30	Razprava
13.30	Konec srečanja

Uvodnik

Splošna bolnišnica Jesenice že 13. leto organizira strokovno srečanje Angele Boškin, njihov temelj je kakovost in varnost v zdravstvu. V to je na eni strani pomembno vključen pacient ter na drugi strani zaposleni v vsaki zdravstveni ustanovi. Tako so v ospredju pričakovanja pacientov in neizpodbitno dejstvo je da so vsak dan večja, na drugi strani pa morajo biti visoko usposobljeni zaposleni, da pričakovanja pacientov lahko izpolnijo.

Z izvedenimi strokovnimi srečanji se trudimo prikazati področja prizadevanj za izboljšanje dela s pacientom in pri pacientu za varno in kakovostno obravnavo, hkrati pa želimo z njimi opozoriti na izzive, s katerimi se pri delu z njimi srečujemo. Namen strokovnega srečanja je tudi poudarjati kulturo varnosti v zdravstvu ter s tem pokazati tako na težave, ki ga pestijo kot pokazati na dobre prakse. Vse pa z namenom poskrbeti za zadovoljstvo pacientov, uporabnikov zdravstvenega sistema in zaposlenih.

Leto, ki ga je zaznamovala pandemija s SARS-CoV-2 je za nami in bilo je polno težkih preizkušenj. Tako strokovnih, organizacijskih kot tudi čustvenih in moralno etičnih. Vsak dan smo se srečevali z novimi (mnogokrat) situacijami, ki jih nismo mogli predvideti. Scenariji našega ustaljenega dela so se menjali z novimi, bili so nepredvidljivi, dnevno prilagajanje dela pa je bilo nujno. Vsi smo z naglico stopili iz cone udobja in za novo pot obuli čevlje, ki so nas dostikrat tiščali. Celo leto pa smo se kljub težavam trudili varno in kakovostno obravnavati paciente, čeprav v spremenjenih pogojih in omejenem delovanju.

Naslov letošnjega 13. srečanja je **NAPREDNO ZNANJE IN USTREZNA KOMUNIKACIJA V ZDRAVSTVENEM TIMU KOT ORODJE ZA DVIG KAKOVOSTNE ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE.**

Takšen naslov je bil zelo primeren že lani, ko smo želeli izvesti strokovno srečanje (pa ga zaradi pandemije nismo mogli), v letošnjem letu pa je postal še bolj aktualen. V tem letu, ko smo obravnavali paciente v drugačnih okoliščinah, je bilo znanje vseh zdravstvenih delavcev postavljeno pred nove izzive. V ospredju so bila temeljna znanja, ki pa jih je bilo potrebno nadgraditi, povezovati in pri oskrbi pacienta sprejemati zahtevne klinične odločitve. Znanje je bilo potrebno pridobivati hitro, ni bilo prostora za modifikacije. V ospredju je bila velika profesionalnost in zavzetost zdravstvenih delavcev, različne profesije so dobile svoj prostor za razvoj. Prav zaradi omenjenega je bila pomembna tudi komunikacija, ki je v teh okoliščinah dobila drug pomen. Morala je biti načrtovana, strokovna, objektivna in strpna.

Vse, kar je prineslo zadnje leto bo v prihodnosti zagotovo raziskano iz več vidikov, pokazali se bodo fenomeni, ki bodo lastni samo času dela v posebnih okoliščinah, a ostala bodo pomembna dejstva. Da so posebna znanja, specialistična znanja zagotovo tista, ki postavljajo oskrbo pacienta na višji nivo, z najboljšimi izidi. In to je tisto kar slovensko zdravstvo, predvsem na področju zdravstvene nege, več kot potrebuje.

Vsem skupaj želim dobro počutje in veliko dodanega znanja z našim 13. dnevom Angele Boškin.

„Vztrajno delo in nuja v hudih časih sta premagala vse težave.“ (Publius Maro Vergil)

*Mojca Strgar Ravnik, mag. zdr. neg
Pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege in oskrbe*

POMEN KOORDINATORJA ZA OSKRBO RAN – MEDICINSKE SESTRE Z NAPREDNIMI ZNANJI – PRI OBRAVNAVI PACIENTOV S KRONIČNIMI RANAMI IN PREVENTIVI POŠKODBE ZARADI PRITISKA

Hubert Terseglav, dipl. zn.
Splošna bolnišnica Jesenice
hubert.terseglav@sb-je.si

Izvleček

V Splošni bolnišnici Jesenice je za obravnavo pacientov s kroničnimi ranami in preventivo poškodb zaradi pritiska zadolžen koordinator za oskrbo ran, medicinska sestra z naprednimi znanji. Pri svojem delu obravnava paciente v celotni bolnišnici, izvaja zahtevnejše posege, sledi novostim in razvoju na svojem področju in jih implementira v klinično prakso ter skrbi za dokumentacijo in izobraževanje članov negovalnih timov. Literatura potrjuje, da gre za uspešno prakso, saj so raziskave pokazale bistveno izboljšanje rezultatov, kadar so bolnišnice zaposlile medicinske sestre, specializirane za oskrbo ran. Tako naša praksa kot pregled literature nam kažeta, da bi morali v Sloveniji organizirati specializacije s tega področja za medicinske sestre.

Ključne besede: oskrba ran, preventiva poškodb zaradi pritiska, napredna znanja, zdravstvena nega

1 Uvod

V splošni bolnišnici Jesenice imamo v okviru službe zdravstvene nege in oskrbe zaposleno medicinsko sestro z internim nazivom »koordinator za oskrbo ran« (v nadaljevanju koordinator). Koordinator ima napredna znanja na področju preventive in kurative v zvezi z moteno integriteto kože. Z drugimi besedami, zadolžen je za preventivo poškodb zaradi pritiska (PZP) in za oskrbo vseh vrst ran in drugih poškodb kože.

To delovno mesto je bilo ustanovljeno leto 2004, ko je bila pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege Zdenka Kramar; prva koordinatorica je bila Oti Mertelj, leta 2016 pa je to funkcijo prevzel avtor teg članka.

2 Delo koordinatorja

Koordinator pri svojem delu obravnava paciente po kliničnih oddelkih, enotah in ambulantno. Na kliničnih oddelkih in enotah obravnava vse paciente s kroničnimi ranami (golenje razjede, diabetično stopalo, PZP ...) in z inkontinenčnim dermatitisom. Vključen je tudi v obravnavo pacientov, ki potrebujejo kompresijsko terapijo, in pacientov z zahtevnejšimi travmatskimi ranami oz. pacientov, pri katerih je prišlo do postoperativnih zapletov. Obravnava teh pacientov vključuje pregled, oceno, načrt oskrbe, morebitno izvedbo intervencij, kadar je potrebna zahtevnejša oskrba (npr. namestitev terapije za negativni tlak), koordinacijo celostne obravnave (vključitev kirurga, internista, dietetika, dermatologa ...), kontinuirano spremljanje pacienta oz. stanja rane, zdravstveno vzgojo pacientov oz. njihovih svojcev, navodila (pisna/ustna) pacientu (oz. svojcem, patronažni službi, domskemu osebju) ob odpustu. Po odpustu je pogosto še naprej v stiku z zdravstvenimi delavci na primarnem nivoju, ki ga kontaktirajo v primeru

spremembe oz. poslabšanja stanja, paciente pa marsikdaj spremlja tudi še ambulantno.

Po kliničnih oddelkih in enotah na področju PZP opravlja nadzore, kakšno je izvedba preventivnih ukrepov, ter pri ugotovljenih nepravilnostih ustrezno ukrepa. Kliničnim oddelkom in enotam zagotavlja vse potrebne materiale za nego in zaščito kože. Poleg tega skrbi, da imamo v bolnišnici zadostno število ustreznih blazin za preventivo PZP in primernih pripomočkov za razbremenitev ogroženih predelov. Na področju PZP vodi kazalnik kakovosti, kar pomeni evidentiranje vseh pacientov, ki so PZP imeli že ob sprejemu, oziroma če so ga pridobili tekom hospitalizacije. Ko pride do nastanka PZP, koordinator s člani tima zdravstvene nege razišče, zakaj je do PZP prišlo in z njimi na podlagi ugotovitev izvede ustrezne (ciljane ali sistemske) korektivne ukrepe.

Redno se udeležuje izobraževanj doma in v tujini, da v naši bolnišnici na področju oskrbe ran in preventive PZP sledimo razvoju stroke in novim možnostim, ki jih ponuja industrija. Če se le da, jih implementiramo v svojo prakso in smo bili tako že pri marsikaterem načinu oskrbe prvi v Sloveniji (npr. uporaba hidrofilne polimerne membrane in mrežic z dialkil karabamoil kloridom (DACC) v kombinaciji z negativnim tlakoma ali uporaba kratkoelastičnih kompresijskih sistemov za enkratno uporabo)

Na svojem področju koordinator skrbi za pripravo standardov kakovosti, protokolov in za kontinuirano izobraževanje članov timov zdravstvene nege v bolnišnici.

3 Pregled literature

S tem, ko imamo v Splošni bolnišnici Jesenice delovno mesto koordinatorja že od leta 2004 sledimo trendom v tujini. Tako imajo v združenih državah Amerike v zdravstveni negi različne specializacije oz. t.i. certifikate. Spletna stran nurse.org jih navaja 183. Medicinska sestra, certificirana za določeno klinično področje, ima napredna znanja s tega področja. Tako obstajajo tudi CWCN (certified wound care nurse – medicinska sestra, certificirana za oskrbo ran) (Nurse.org, 2002). To je medicinska sestra, ki je opravila dodatno usposabljanje s področja obravnave in oskrbe ran, pridobila napredna znanja s tega področja in ima za to s strani države priznано potrdilo (Newbern, 2018). Za potrebe tega članka bomo uporabili termin medicinska sestra specialistka za oskrbo ran (MSSOR). MSSOR imajo več združenj, od katerih je najpomembnejša Wound, ostomy and continence certification board. Ustanovljena je bila leta 1978 in ima danes več kot 8800 članov. Naloga združenja je podeljevanje certifikatov MSSOR, priprava nacionalnih standardov za certificiranje, priprava smernic za oskrbo ran ter spodbujanje profesionalnega razvoja v specializirani dejavnosti znotraj zdravstvene nege (WOCNCB, 2020).

Da je naša praksa ustrezna, potrjujejo številne ameriške raziskave, katerih avtorji ugotavljajo, da delo MSSOR bistveno pripomore k izboljšanju rezultatov na področju oskrbe ran in preventive PZP.

Da ustanova lahko nudi z dokazi podprto najboljšo prakso, mora ves čas zagotavljati enako raven kakovosti oskrbe. Z dokazi podprte prakse za preventivo PZP vključujejo oceno ogroženosti, uporabo razbremenilne površine, menjavo lege, prehransko podporo in nadzor nad vlažnostjo. Vsa ta znanja so vključena v program za MSSOR certifikat (Boyle, et al., 2017).

Ker za oceno ogroženosti ni dovolj le uporaba ocenjevalnih lestvic (Haesler, 2019), je vloga MSSOR pri preventivi PZP bistvena, saj s pomočjo svojih naprednih znanj prepozna dodatne dejavnike tveganja: izvede poglobljeno klinično oceno kože, upošteva pridružene bolezni,

zdravstveno stanje in zmožnost samooskrbe, oceni tveganje zaradi medicinsko-tehničnih pripomočkov ter takoj načrtuje in uvede ustrezne preventivne ukrepe. Na podlagi svojega znanja MSSOR zagotavlja tudi dosledno in natančno določanje PZP. Na ta način izboljšamo rezultate zdravljenja, kakovost dela, obenem pa zmanjšamo obremenitev oddelčnih medicinskih sester (Miller, et al., 2019; Newbern, 2018).

Boyle, et al. (2017) so primerjali 928 bolnišnic. V le 36,6 % bolnišnic so zaposlene tudi MSSOR; v bolnišnicah, ki imajo zaposlene MSSOR (le-teh je v povprečju 2,27 na bolnišnico), je bilo:

- Manj pridobljenih PZP (skupaj 2,81 % napram 3,28 %; II. stopnja 2,16 % napram 2,39%; III. in IV. stopnja 0,27 napram 0,51 %)
- Višji procent ocene tveganja in ocene kože ob sprejemu.
- Višji odstotek negovalnih intervencij (razbremenilna površina, menjava lege, prehranska podpora, nadzor nad vlažnostjo) - najvišja razlika je bila pri prehranski podpori (65,5 % napram 60,5 %) in zagotovitvi ustrezne razbremenilne površine (82,8 % napram 75,9 %)

V treh enotah intenzivne terapije so raziskali, kakšen vpliv ima skupek ukrepov za preventivo PZP. Eden od ukrepov je bila tudi vključitev MSSOR. Po implementaciji svežnja preventivnih ukrepov z vključitvijo MSSOR je incidenca PZP padla s 15,5 % na 2,1 % (Anderson, et al., 2015).

V eni bolnišnici so vzpostavili multidisciplinarni tim za nadzor nad pridobljenimi PZP. Vodji tega tima sta bila plastični kirurg in MSSOR. Timu je v 3 letih uspelo znižati incidenco PZP s 4 na 0,2 %. Ena od bistvenih novosti je bila, da so začeli sistematično ugotavljati vzroke za PZP in na podlagi ugotovitev ciljano uvajali preventivne ukrepe (Miller, et al., 2019).

Pozitivne rezultate lahko dosežemo tudi, kadar MSSOR ustrezno izobrazijo oddelčne medicinske sestre. V eni intenzivni enoti so MSSOR pooblastile in usposobile dve medicinski sestri, da sta izvajali redne preglede kože. Rezultati tega ukrepa so bili:

- 92 % višja uporaba razbremenilnih površin;
- 30 % višja menjava lege;
- 77 % več intervencij v zvezi s prehransko podporo;
- 100 % izboljššan nadzor nad vlažnostjo;
- padec incidence PZP s 27 na 0 % (Kelleher, 2012).

Pomen MSSOR pri preventivi PZP navajajo tudi Cano, et al. (2015), ki opisujejo uvedbo svežnja ukrepov za zmanjšanje incidence PZP. Ti ukrepi so vsebovali nabavo razbremenilnih površin, izboljšanje negovalnih procesov, skrb za redno menjavo lege, zaposlitev novega kadra, med drugim tudi ene MSSOR. Incidenca PZP stopnje II do IV se je zmanjšala z 11,7 na 2,1 %. Naloge MSSOR so bile:

- vodenje in koordiniranje aktivnosti glede ocene in nege kože;
- kontinuirano izobraževanje in usposabljanje negovalnega osebja;
- mesečni sestanki z negovalnimi timi oddelkov z namenom ocene dela in pripomočkov ter s tem povezanega izobraževanja.

MSSOR obravnava paciente z ranami (ki so posledica poškodb, bolezni ali zdravljenja), znotraj multidisciplinarnega tima in je zadolžena za oceno rane, čiščenje, ostri debridment brez ekscizije, terapijo z negativnim tlakom, kompresijsko terapijo, priporočila za zdravljenje v zvezi z rano ter kontinuirano spremljanje in oskrbo pacienta (Newbern, 2018). Poleg izvajanja neposrednih intervencij, zdravstvene vzgoje in svetovanja pacientom, svetuje in usmerja medicinske sestre, ki teh naprednih znanj nimajo. Vključena je tudi v izdelavo standardov, protokolov in smernic

ter izbiro pripomočkov in materialov (Westra, et al., 2013; Boyle, et al., 2015).

Tudi kar zadeva domačo oskrbo, je incidenca ran nižja in doseženi so boljši rezultati celjenja PZP, golenjih razjed ter kirurških ran, če je v nego na domu vključena MSSOR (Westra, et al., 2013; Bliss, et al., 2013).

4 Zaključek

S tem ko je v Splošni bolnišnici Jesenice medicinska sestra z naprednimi znanji zadolžena za obravnavo pacientov z ranami in za preventivo PZP, zagotavljamo celosten pregled nad celotno bolnišnico ter enak način dela na vseh kliničnih oddelkih in enotah, po drugi strani pa individualno in kontinuirano obravnavo vsakega posameznega pacienta, ki mu vedno nudimo najboljšo možno oskrbo oz. preventivo. Strokovna literatura potrjuje, da sledimo razvoju stroke zdravstvene nege in da takšna praksa zagotavlja boljšo oskrbo pacientov. Skrajni čas je, da se v slovenskem prostoru prepozna pomen medicinskih sester z naprednimi znanji s področja oskrbe ran in preventive PZP in se organizira ustrezne specializacije na tem področju.

Literatura

Anderson, M., Finch Guthrie, P., Kraft, W., Reicks, P., Skay, C. & Beal, A.L., 2015. Universal pressure ulcer prevention bundle with WOC nurse support. *Journal of wound ostomy & continence nursing*, 42(3), pp. 217-225.

Bliss, D.Z., Westra, B.L., Savik, K. & Hou, Y., 2013. Effectiveness of wound, ostomy, and continence nurses on individual patient outcomes in home health care. *Journal of wound ostomy & continence nursing*, 40(2), pp. 135-142.

Boyle, D.K., Bergquist-Beringer, S. & Cramer, E., 2017. Relationship of wound, ostomy, and continence certified nurses and healthcare-acquired conditions in acute care hospitals. *Journal of wound ostomy & continence nursing*, 44(3), pp. 283-292.

Cano, A., Anglade, D., Stamp, H., Joaquin, F., Lopez, J.A., Lupe, T., Schmidt, S.P. & Young, D.L., 2015. Improving outcomes by implementing a pressure ulcer prevention program (PUPP): going beyond the basics. *Healthcare*, 3(3), pp. 574-585.

Haesler, E., ed., 2019. Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: quick reference guide. S. l.: European pressure ulcer advisory panel, National pressure injury advisory panel, Pan Pacific pressure injury alliance.

Kelleher, A.D., Moorer, A. & Flynn Makic, M.B., 2012. Peer-to-peer nursing rounds and hospital-acquired pressure ulcer prevalence in a surgical intensive care unit: a quality improvement project. *Journal of wound ostomy & continence nursing*, 39(2), pp. 152-157.

Miller, M.W., Emeny, R.T. & Freed, G.L., 2019. Reduction of hospital-acquired pressure injuries using a multidisciplinary team approach: a descriptive study. *Wounds*, 31(4), pp. 108-113.

Newbern, S., 2018. Why your facility needs a full-time certified wound care nurse. *Nursing*, 48(2), pp. 66-68.

Nurse.org, 2020. Complete list of common nursing certifications. Available at: <https://nurse.org/articles/nursing-certifications-credentials-list> [Accessed 20 June 2020].

Westra, B.L., Bliss, D.Z., Savik, K., Hou, Y. & Borchert, A., 2013. Effectiveness of wound, ostomy, and continence nurses on agency-level wound and incontinence outcomes in home care. *Journal of wound ostomy & continence nursing*, 40(1), pp. 25-53.

WOCNCB, 2020. About us. Available at: <https://www.wocncb.org/about-us> [Accessed 20 June 2020].

ZNANJA IN VEŠČINE TRIAŽNIH MEDICINSKIH SESTER V URGENTNEM CENTRU

*Dejan Peterka dipl. zn.,
Splošna bolnišnica Jesenice, urgentni center
dejan.peterka@sb-je.si*

*Aldin Gazibara dipl. zn.,
Splošna bolnišnica Jesenice, urgentni center
aldin.gazibara@sb-je.si*

*Nada Macura Višić, dipl. m. s.
Splošna bolnišnica Jesenice, urgentni center
nada.macura@sb-je.si*

Izvleček

Vloga triažne medicinske sestre (TMS) v urgentnih centrih je relativno nova, zahtevna vloga v dinamičnem okolju, ki potrebuje nenehen in na dokazih podprt razvoj. Zato mora imeti TMS določena znanja in veščine, med katerimi je poleg strokovnosti potrebno tudi dobro znanje komunikacije. Vloga TMS ima več dimenzij. Zbiranje informacij o novo prispelih pacientih v urgentni center, zbiranje informacij o njihovih simptomih in z uporabo manchestrskega triažnega sistema (MTS) razvrščati v kategorije glede na stopnjo nujnosti pacientovega stanja. Razširjeno vlogo, avtonomnost in prenos kompetenc na TMS v tujini vidijo kot pomemben dejavnik pri časovnem skrajševanju obravnav pacientov v urgentnih centrih.

Ključne besede: triaža, kompetence, odgovornost triažne medicinske sestre, manchestrski sistem triaže, komunikacija

1 Uvod

Triaža je postopek, ki se uporablja v urgentnih oddelkih po vsem svetu. Namenjena je zmanjšanju kliničnega tveganja za paciente, ko zdravstveno osebje zaradi velikega števila pacientov ne zmore sprotne obravnave, saj klinična potreba presega zmogljivosti (Mackway-Jones, et al., 2014).

Število pacientov v urgentnih ambulantah povsod po svetu narašča in pogosto presega zmogljivosti sprotne obravnave. Delo na področju triaže je zelo zahtevno, opravljale naj bi ga izkušene medicinske sestre (MS) in reševalci ob sodelovanju zdravnika. Triaža je postopek zmanjševanja kliničnega tveganja za pacienta v primerih, ko zaradi velikega števila pacientov zdravstveno osebje ne zmore opraviti sprotne zdravstvene obravnave vseh pacientov. Namen triaže je oceniti nujnost zdravstvenega stanja pacienta in določiti prioritete zdravstvene obravnave. Triaža se izvaja v različnih okoljih in pod različnimi pogoji. Poznamo triažo ob množičnih nesrečah, naravnih katastrofah na terenu in v institucijah v okviru urgentnih centrov ter bolnišničnih oddelkov (Safari, et al., 2015).

Urgentni centri (UC) po vsem svetu se soočajo s problemom povečevanja števila obravnav

pacientov v urgentnih ambulantah (Rajapakse, 2015). Hkrati se soočajo tudi s pomanjkanjem osebja, s skopo odmerjenim časom obravnave, z daljšim čakanjem pacienta na pregled, s premajhnim številom ambulant, prenatrpanimi čakalnicami ter z množico nenujnih pacientov. Take razmere so lahko povod za ustvarjanje konfliktnih in za življenje ogrožajočih situacij, ki so zelo stresne za zdravstveno osebje in paciente. Reševanje teh pa zahteva dodaten čas, energijo in strokovno znanje (Lorber & Skela Savič, 2011).

Triaža je odgovorno in strokovno zahtevno delo. V kratkem času, ki ga imamo na voljo v triažni ambulanti, mora triažna medicinska sestra pridobiti čim več informacij na podlagi katerih sprejema svoje odločitve. Napačne odločitve lahko vodijo v poslabšanje zdravstvenega stanja ali celo smrt pacienta (Cotič Anderle, 2009).

S triažo zmanjšamo klinično tveganje za paciente, ko osebje ne zmore sprotne obravnave (Zafošnik Lavrenčič, 2013), in zagotavljamo pravočasno in pravilno oskrbo glede na težave, zaradi katerih pacienti prihajajo. V urgentnih ambulantah po svetu se uporablja več različnih triažnih sistemov. Najbolj znani so kanadski, avstralski in manchestrski triažni sistem (MTS), slednji je najbolj razširjen v Evropi (Rajapakse, 2015).

Zaradi nenapovedanega prihoda se sprejem v urgentnih centrih bistveno razlikuje od rednega sprejema pacientov. Poleg tega številni pacienti izkoriščajo dobro dostopnost urgentnih centrov, možnost hitrejši obravnave in obsežnejše diagnostike. Njihove težave pogosto niso nujne in lahko trajajo že dlje časa. Pacienta ob obravnavi ne poznamo, ne poznamo niti njegove zdravstvene preteklosti. Predvsem pa se podaljšuje čas čakanja posameznega pacienta, v množici pacientov pa tudi tistih s težjimi ali celo najtežjimi bolezenskimi stanji, ki se lahko hitro poslabšajo ali pa celo ogrozijo življenje, če ukrepamo neustrezno ali pozno. V določenem trenutku se lahko v urgentnih centrih pojavi bistveno več pacientov, kot jih lahko zdravstvena ekipa obravnava naenkrat (Safari, et al., 2015).

Prihod pacienta v UC ne sme biti neopažen. Ob stiku s pacientom mora triažna medicinska sestra (TMS) izžarevati empatijo, pacientu mora znati prisluhniti, razumeti vzrok njegovih težav. Nujno mora vzeti anamnezo in izmeriti vitalne funkcije, to je namreč osnova za določitev triažne kategorije oz. vrstni red pregleda pri zdravniku. Izrednega pomena je spremljanje zdravstvenega stanja pacientov med čakanjem na obravnavo (Mackway-Jones, et al., 2014).

Danes se v svetu in v Evropi v urgentnih ambulantah uporablja več različnih triažnih sistemov. Med bolj znanimi so kanadski, avstralski in manchestrski triažni sistem (MTS), ki je najbolj razširjen v Evropi. Osnovna načela in cilji vseh triažnih sistemov so enaki, razlikujejo se glede načina dela, nomenklature in časovnih mejnikov. V Sloveniji se uvaja MTS, ki je najbolj primeren za uporabo v našem okolju. Ima podrobno izdelano metodologijo in algoritme, ki so konsistentni in ob enaki težavi bolnika vedno razvrstijo v enako triažno kategorijo (Rajapakse, 2015).

Osnovni princip manchestrske triaže temelji na določitvi klinične prizadetosti posameznika in določitvi nujnosti. MST je model, ki ga sestavlja 5 osnovnih faz:

1. faza je prepoznavanje problema;
2. faza je zbiranje in analiza informacij;
3. faza je razmišljanje o možnosti oskrbe;
4. faza je izbira pravilne poti oskrbe;
5. faza je ocena pacientovega stanja (Mackway-Jones, et al., 2014).

2 Znanja in veščine triažnih medicinskih sester v urgentnem centru

V urgentni ambulanti se triaža začne s sprejemom pacientov. Med večjim številom pacientov mora TMS znati oceniti, kateri od njih najbolj in najhitreje potrebuje medicinsko pomoč. Hitro mora oceniti nujnost sprejema in ob urgentnih stanjih takoj pospremiti pacienta v ambulantno, kjer se mu nudi zdravstvena pomoč. Šele ko pacient ni več v življenjski nevarnosti, začne zbirati pri njem, svojcih ali drugem spremstvu vse potrebne administrativne podatke (Kopina, 2012). Triaža tudi ni namenjena postavljanju diagnoz in napotna oz. predvidena diagnoza tudi ni temelj za razvrščanje, saj so pacienti pri enaki diagnozi lahko zelo različno prizadeti (Mackway-Jones, et al., 2014).

V Sloveniji triažo v UC izvaja triažne medicinske sestre. Znanja in kompetence temeljijo na pridobljenem osnovnem poklicnem znanju srednjega in visokošolskega strokovnega izobraževanja iz zdravstvene nege. Dodatna izobraževanja in kompetence iz TMS se opravijo in pridobijo po navodilih Ministrstva za zdravje in Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije (Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije).

Triažo izvaja za to posebej usposobljena diplomirana medicinska sestra oziroma diplomirani zdravstvenik. Vsakdo, ki izvaja triažo, mora imeti vsaj 3 leta praktičnih izkušenj na področju nujne medicinske pomoči. V večjih centrih se za ta namen ustanovi mesto posebne triažne medicinske sestre (Rajapakse, 2015).

Najbolj izpostavljene in nujne kompetence ter znanja za opravljanje triaže so, kot navajajo Kerie, et al. (2018), široko osnovno strokovno znanje, sposobnost izvajanja zdravstvene vzgoje pacientov, odlične komunikacijske sposobnosti in pripravljenost na skupinsko delo ter delo pod velikimi delovnimi obremenitvami in v stresnih situacijah, kjer je nujno natančno in hitro odločanje. Nujna je tudi zmožnost kritičnega mišljenja in vodenja intervjujev s pacienti ter nenazadnje, razumevanje kulturnih, religioznih in jezikovnih kompetenc, ki lahko vplivajo na delo v triažnih ambulantah ter sposobnost opravljanja več nalog hkrati.

Odgovornost je torej lahko dolžnost, naloga, odnos in lastnost, je v svojem jedru individualno in svobodno ravnanje. Pomeni, da TMS sprejme nalogo, jo opravi po svojih najboljših močeh in nato stoji za tem. Biti odgovoren pomeni, da si sposoben in pripravljen odgovarjati. TMS jo mora prepoznati pri sebi, nato je lahko odgovorna do pacientov. Pogoje delovanja v delovnem okolju ustvarja z lastnimi odločitvami. Pri tem ne sme pozabiti delovati v dobro sebe in pacientov, ki jo obkrožajo. Kar bo vložila v medosebne odnose, bodisi do pacienta bodisi do sodelavcev, bo v enaki meri dobila nazaj v takšni ali drugačni obliki (Urbas, 2019).

TMS se pri svojem delu srečuje z odgovornostjo na več ravneh. Nismo odgovorni le za svoje dobro telesno počutje, ampak tudi za našo vest. Prav tako nosimo odgovornost do pacientov, svojih sodelavcev, delodajalcev, svoje stroke, širše družbe. Černoga in Bohinc (2009) menita, da je osebni pristop najbolj učinkovit in z njim lahko resnično nagovorimo pacienta. Odgovornost nas spremlja pri vseh postopkih v zdravstveni negi, predvsem pa v triažni ambulanti. Zaradi odtujenosti, hitrega tempa življenja, pomanjkanja človeške bližine in iskrenega pogovora lahko tudi majhna dejanja in geste delajo čudeže.

Medicinska sestra (MS) opravlja svoje delo v skladu s sprejeto zdravstveno doktrino in s Kodeksom etike v zdravstveni negi in s svojo vestjo. Tako za svoje delo prevzema etično, strokovno, kazensko in odškodninsko odgovornost. Vsak odgovarja za svoje opravljeno delo in njegovo kakovost, predvsem v zdravstvu (Černoga & Bohinc, 2009).

Kompetentnost je pogoj za odgovornost, nanjo pa lahko vplivajo različni dejavniki. Osebnostne lastnosti so pomembne za notranji ravni. To pomeni, da nas oblikujejo kot osebnost. Torej so naše znanje, veščine, etična občutljivost ter spoštovanje sebe in drugih. Na drugi strani nam delovne izkušnje prinašajo nov vir znanja, osebno deontološko rast, ki temelji na medsebojnih odnosih; zanimanje za delavnost in odgovornost za končen rezultat našega opravljenega dela (Urbas, 2019).

Kompetence so razumljene kot presežek klasičnega tradicionalnega znanja in spretnosti, ki so potrebni za kakovostno opravilo dela ali naloge. Gre za tako imenovani skriti ali nevidni kapital v smislu tranzverzalnosti prenašanja, nadgrajevanja in povezovanja znanj in spretnosti, ki se izražajo zlasti v primeru celostnega reševanja problemov, nepredvidljivih situacij, ustvarjalnosti in invenciji novega. Kompetence je treba vrednotiti z vidika individualnega napredka posameznika, načrtovanja kariere, poklicne mobilnosti in delovne uspešnosti z vidika napredovanja in nagrajevanja (Kamenšek, 2004).

Strokovnost in etika sta v zdravstveni negi tesno povezani, saj le tako lahko za pacienta zagotovimo koristno delovanje. MS s širokim strokovnim znanjem zagotavljajo pacientom varno, učinkovito in kakovostno zdravstveno nego. Morajo se zavedati, da svoje delo opravljajo etično, da se držijo lastnih moralnih načel in zakonodaje Republike Slovenije. Poznavanje teorije etike in etičnega odločanja pripomore k razvijanju sposobnosti, ki jih MS potrebuje za etično ravnanje ob strokovni napaki v zdravstveni negi (Fošnarič, 2010).

Večina TMS tudi ugotavlja, da potrebujejo kontinuirano izobraževanje, dodatna usposabljanja, izmenjavo izkušenj oz. skupno reševanje posameznih težavnih, kompleksnih primerov triaž. To bi med drugim pomagalo tudi pri obvladovanju posledic stresa na delovnem mestu, na katerega vplivajo tudi medsebojni odnosi, agresija in grožnje s strani pacientov oz. njihovih spremljevalcev in različni moteči dejavniki, kot so telefonski klici, različne administrativne naloge, istočasno delo na več deloviščih (Bračko, 2017). TMS v klinični praksi in pri etičnem sklepanju ob kompleksnosti znanja, ki ga potrebuje za izvajanje zdravstvene nege, pomagata refleksija in neprestano zavedanje same sebe kot MS med interakcijo z drugim (Fairchild, 2010).

2.1 Komunikacija in komunikacijske veščine

Prvi stik pacienta z zdravstvenim sistemom navadno predstavlja triažno osebje, ki mora za pravilno ocenitev zdravstvenega stanja pacienta ter določitev triažne kategorije poleg strokovnega znanja poznati in obvladati veščine učinkovitega komuniciranja z vsemi vpletenimi ter vzpostaviti funkcionalen proces komunikacije.

Komunikacija pomeni uspešen prenos sporočila od ene osebe ali skupine k drugi (Littlejohn & Foss, 2009). Vsako komuniciranje vključuje vsaj štiri pomembne elemente, to so pošiljatelj, sprejemnik, sporočilo in komunikacijska pot (Fleischer, et al., 2009). Komunikacijski proces običajno zajema pet korakov. Začne se z idejo po komuniciranju pri pošiljatelju (prvi korak). Ta idejo zakodira v sporočilo (drugi korak), ki nato potuje po kanalu do sprejemnika (tretji korak). Sprejemnik sporočilo dekodira (četrtykorak) in ga razume ter pošlje povratno informacijo (peti korak) (Littlejohn & Foss, 2009). Tako pošiljatelj kot prejemnik se morata strinjati glede pomena sporočila, zato moramo biti na ta del posebej pozorni.

Ključne – osnovne – komunikacijske veščine (KV) v zdravstvu so:

- Empatija: pomeni, da povemo nekaj, kar pacientu daje vedeti, da razumemo, kako se počuti, npr.: »Tako hitro se je zgodilo, ni čudno, da se v dani situaciji ne znajdete.«
- Podajanje opazk: ko vidimo ali slišimo nekaj, kar nam pove, kako se pacient počuti, npr.: »Pravite, da veste, kaj se bo zgodilo, vendar delujete zmedeno.«
- Opazovanje in poslušanje oz. iskanje znakov: gre lahko za besede, geste ali telesno govoričo. Zaznavanje verbalnih in neverbalnih znakov je pomembno za razumevanje pacientovih potreb.
- Psihološka osredinjenost oz. prepoznavanje in odzivanje na čustva, občutke in skrbi: pacienti cenijo skrb zdravstvenega osebja za njihove občutke.
- Uporaba premorov in tišine: tako upočasnimo tempo pogovora in s tem omogočimo pacientom, da razmislijo, kaj želijo povedati.
- Minimalna uporaba opazk oz. spodbudnih besed ali gest: npr. prikimavanje in uporaba besede, npr. »Nadaljujte.«
- Pogajanje in prošnja za dovoljenje: npr. »Bi bilo v redu, če se pogovoriva o vaših skrbih?«
- Aktivno poslušanje: pritrjevanje – oz. odzivanje na zaznano ali slišano, npr. »Vidim, da ste zaradi tega zelo razburjeni.«
- Aktivno poslušanje; povzemanje, da jasno pokažemo, da smo prepoznali vse znake, skrbi in vprašanja: npr. »Če prav razumem, imate skrbi glede obravnave za vašega moža in kako dolgo bo moral biti odsoten z delovnega mesta.«
- Refleksija: je uporaben način razbiranja znakov. Služi lahko tudi kot vprašanje, vendar se oseba lažje odzove na refleksijo. Uporabimo svoje ali pacientove besede, da preverimo, če smo pravilno razumeli, npr.: »Razmišljali ste, kaj se bo zgodilo ... [pavza] ...« (Bramhall, 2014).

Prav zato je izjemno pomembno zavedanje, da je treba poleg običajnega nabora znanj (Železnik et al., 2009) in osebnostnih lastnosti (Kvas, 2008) znati učinkovito komunicirati ne le s pacientom, ampak tudi s svojci, z reševalci, zdravniki, drugim zdravstvenim osebjem, administrativnim osebjem in obiskovalci ter z vsemi vzpostaviti funkcionalen proces komunikacije, kar nam bo pomagalo pri določitvi pravilne ocene zdravstvenega stanja pacienta (Hajdinjak & Meglič, 2012; Valongo Zani, et al., 2014). Ob meritvah vitalnih funkcij, pogovoru, opazovanju ter drugih aktivnostih je izrednega pomena poznavanje zakonitosti in značilnosti KV, tako pri pacientu, predvsem pa pri zdravstvenem osebjem. Pri tem je ključna tudi neverbalna komunikacija, za katero Ule (2009) pravi, da je zaradi svojih značilnosti vedno prisotna, predvsem pa hitra, saj za razbiranje neverbalnih znakov porabimo le nekaj trenutkov. S pravilnim razbiranjem pa lahko pridemo do informacij, ki jih pacient v danem trenutku zaradi različnih vzrokov (strah, novo okolje, neznanje) ni zmožen podati (Ule, 2009; Mackway-Jones, et al., 2014).

3 Razprava

Triažni sistemi temeljijo na upoštevanju vrednot človeškega življenja ter pravičnega in učinkovitega razvrščanja pacientov.

Izvajanje triaže pomeni prvi stik pacienta z zdravstvenim sistemom in začetek zdravstvene obravnave s strani usposobljene medicinske sestre. V okviru triaže dobi pacient informacije o tem, kako dolgo bo predvidoma čakal na pregled pri zdravniku. Dobi navodila, kje naj se v času čakanja zadrži in kako naj ravna v primeru poslabšanja zdravstvenega stanja. Na ta način se vzpostavi zaupen odnos med medicinsko sestro in pacientom. Pacient dobi občutek varnosti in urejenosti zdravstvene obravnave. Izvajanje triaže bistveno prispeva k dobri in učinkoviti organizaciji urgentnega oddelka. Triaža omogoča, da pacienta z različno prioriteto usmerimo na različne dele urgentnega oddelka. Na ta način eno dolgo čakalno vrsto razdelimo

v več krajših čakalnih vrst, kar skrajša čas čakanja posameznika. Takšen način dela omogoča tudi bolj učinkovito razporejanje zaposlenih glede na izobrazbo in izkušnje. Vsak bolnik tako prejme oskrbo, primerno njegovi stopnji prizadetosti oz. ogroženost.

Da bi TMS izvajale varno, kakovostno in učinkovito triažo potrebujejo znanje in izkušnje, ktere pridobijo tekom izobraževanja, šolanja in z delovnimi izkušnjami. Zato triažo izvajajo za to posebej usposobljena diplomirana medicinska sestra z vsaj tremi leti delovnih izkušen na področju urgentne medicine in opravljenim tečajem manchestrskega triažnega sistema. Po našem mnenju potrebuje TMS poleg opravljenega formalnega izobraževanja dodatna znanja in veščine, kot so sposobnost opravljanja več nalog hkrati, razumevanje kulturnih in verskih običajev, sposobnost natančnega in hitrega odločanja, se zna prilagoditi delavnim obremenitvam in drugim poklicnim profilom v zdravstvenemu timu, ima dobre osebnostne lastnosti in je odgovorna. Svoje delo opravlja profesionalno znotraj svojih kompetenc, pri svojem delu razmišlja kritično, ima visoko sposobnost skupinskega dela in dobro intuicijo. Poleg osnovnega razvrščanja pacientov v različne triažne kategorije ima TMS tudi zdravstveno vzgojno poslanstvo, odlične komunikacijske sposobnosti, znanje kako voditi edukacijo in intervju s pacientom. Poleg znanja in veščin TMS upošteva kodeks etike medicinskih sester, pri svojem delu zna pokazati empatijo in je odgovorna za svoje delo.

4 Literatura

Bračko, V., 2017. Triaža v urgentnih ambulantah: izzivi, težave in rešitve. In: R. Vajd & M. Gričar, eds. Urgentna medicina: izbrana poglavja 2017: zbornik. 24. mednarodni simpozij o urgentni. Portorož, 15.-17. junij 2017. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 19-24.

Bramhall, E., 2014. Effective communication skills in nursing practice. *Nursing Standard*, 29(14), pp. 53-59.

Cotič Anderle, M., 2009. Triaža – krizni menedžment urgentnih oddelkov. In: S. Majcen Dvoršak, A. Kvas, M.B. Kaučič, D. Železnik & D. Klemenc, eds. Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč. 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije – zbornik prispevkov z recenzijo: zbornik 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije. Ljubljana, 11. – 13. maj 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 213-218.

Černoga, A. & Bohinc, M., 2009. Profesionalna in etična odgovornost medicinske sestre. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 43(3), pp. 223-228.

Fairchild, R.M., 2010. Practical ethical theory for nurses responding to complexity in care. *Nursing Ethics*, 17(3), pp. 353-362.

Fleischer, S., Berg, A., Zimmermann, M., Wüste, K. & Behrens, J., 2009. Nurse-patient interaction and communication: A systematic literature review. *Journal of Public Health*, 17(5), pp. 339-353.

Fošnarič, L., 2010. Etični in kazenski vidik strokovnih napak v zdravstveni negi: magistrsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Hajdinjak G, Meglič R (2012). *Sodobna zdravstvena nega*, 2. dopolnjena izdaja. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, 45.

Kamenšek, P., 2004. Sodobni pristopi k organiziranosti zdravstvene nege: procesna organizacija. In: *Obzornik Zdravstvene Nege*, 2004; 38: 61-66.

Kerie, S., Tillahun, A. & Mandesh, A., 2018. Triage skill and associated factors among emergency nurses in Addis Ababa, Ethiopia 2017: a cross-sectional study. *BMC Research Notes*, 11(658), pp. 3-6.

Lorber M, Skela Savič B (2011). *Komunikacija in reševanje konfliktov v zdravstveni negi*. *Obzor Zdr N* 45 (4), 247-252.

Littlejohn, W.S. & Foss, K.A., 2009. *Encyclopedia of communication theory*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, pp. 690-694.

Mackway-Jones, K., Marsden, J. & Windle, J., eds. 2014. *Emergency triage*. 4rd ed. New York: John Wiley & Sons.

Rajapakse, R., 2015. Triaža v urgentni dejavnosti. *Zdravniški Vestnik*, 84(4), pp. 259-267.

Safari, S., Rahmati, F., Baratloo, A., Motamedi, M., Forouzanfar, M., Hashemi, B. & Majidi, A., 2015. Hospital and Pre-Hospital Triage Systems in Disaster and Normal Conditions; a Review Article. *Iranian Journal of Emergency Medicine*, 1(2), pp. 2-10.

Ule, M., 2009. Psihologija komuniciranja in medosebnih odnosov. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, pp. 170-227, 308-314.

Urbas, U., 2019 Odgovornost medicinske sestre pri manchesterskem sistemu triaže: magistrsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za socialno delo.

Valongo Zani, A., Marcon, S.S., Pamplona Tonete, V.L., Garcia de Lima Parada, C.M., 2014. Communicative process in the emergency department between nursing staff and patients: social representations. *OBJN: Online Brazilian Journal of Nursing*, 13(2), pp. 139-149.

Železnik, D., Verbič, M., Ovijač, D. & Trobec, I., 2009. Izobraževanje za poklice v zdravstveni negi. In: S. Majcen Dvoršak, A. Kvas, M.B. Kaučič, D. Železnik & D. Klemenc, eds. *Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč*. 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije – zbornik prispevkov z recenzijo: zbornik 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije. Ljubljana, 11. – 13. maj 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 10-11.

MODEL FLEKSIBILNOSTI MEDICINSKIH SESTER V SPLOŠNI BOLNIŠNICI CELJE

viš. pred. mag. Hilda Maze
viš. pred. mag. Darja Plank

Splošna bolnišnica Celje
hilda.maze@sb-celje.si
darja.plank@sb-celje.si

Izvleček

Izhodišča: V Strateški razvojni program Splošne bolnišnice Celje za obdobje 2019 – 2025 (Splošna bolnišnica Celje, 2019) smo za Področje zdravstvene nege zapisali, da imamo velik delež visoko usposobljenega kadra z ogromno izkušenj, vendar zaposleni premalo prehajajo med oddelki, kar ima za posledico premajhno poznavanje dela na drugih strokovnih področjih. To nam onemogoča reševanje kadrovske problematike, ki nastane zaradi izrednih razmer ali odhodov medicinskih sester. Namen prispevka je predstaviti izkušnje z uvedbo strategije fleksibilnosti v prakso.

Metode: Uporabili smo kvalitativen raziskovalni pristop. Podatke o izkušnjah medicinskih sester pri uvedbi strategije fleksibilnosti v prakso smo pridobili z neformalnimi intervjuji, v katerih je sodelovalo 11 glavnih medicinskih sester in 5 medicinskih sester vključenih v kroženje. Podatke o dejanskem številu vključenih medicinskih sester v kroženje smo pridobili med izvedbo rednih strokovnih nadzorov.

Rezultati: Od planiranih 20 kroženj diplomiranih medicinskih sester je bilo izvedenih pet in vse pri srednjih medicinskih sestrah. Izvedba se je zamaknila v oktober, nekateri so jo zaključili šele v letošnjem letu, niti niso vsi uspeli zagotoviti planiranega obsega štirih tednov.

Razprava in sklep: Projekt fleksibilnosti medicinskih sester nam je kljub vsem težavam uspelo izpeljati. Za natančno oceno usposabljanja na drugem oddelku bomo vsekakor morali pridobiti natančnejše informacije od vseh vključenih z evalvacijskim vprašalnikom. Izkušnje so pokazale, da smo na pravi poti, saj je večina sodelujočih zadovoljna z izkupičkom, pa naj bo to novo znanje, poznavanje razmer za delo drugje in širjenje socialne mreže. Tehnične težave pa bomo s skupnimi močmi že premagali. Izkazalo se je, da je večina glavnih medicinskih sester pozitivnih in vidi smisel, se pa najdejo tudi tiste, ki bi s tem najraje prenehale.

Ključne besede: fleksibilnost, kroženje, medicinske sestre, usposabljanje

1 Uvod

Fleksibilnost na delovnem mestu je opredeljena kot možnost zaposlenih, da si izberejo kdaj, kje in kako dolgo bodo delali (Bal & DeLange, 2014). Po drugi strani pa je fleksibilnost delovne sile v zdravstvu izkazana kot pot k povečanju organizacijske učinkovitosti ob upoštevanju pomanjkanja kadra in boljšega doseganja pacientovih potreb (Nancarrow, 2015). Skupen občutek in naraščajoče baze dokazov kažejo, da je mogoče s primernim usposabljanjem in nadzorom večji del zdravstvene oskrbe izvajati s kadri, ki niso nujno osnovni sestavni del oddelka (Sharma, 2012).

V Strateški razvojni program Splošne bolnišnice Celje za obdobje 2019 – 2025 (Splošna bolnišnica Celje, 2019) smo za Področje Zdravstvene nege zapisali, da imamo velik delež visoko usposobljenega kadra, vendar zaposleni premalo prehajajo med oddelki, kar ima za posledico premajhno poznavanje dela na drugih strokovnih področjih. Po drugi strani pa imamo velik delež starejših zaposlenih, ki imajo sicer v nekem deležu določene fizične omejitve, imajo pa tudi neprecenljive delovne izkušnje, za katere bi bila neizmerna škoda, če jih ne bi delili z mlajšimi. S tem namenom smo se odločili, da pripravimo strategijo za uvedbo fleksibilnosti zdravstvene nege v obliki kroženja kadra med oddelki.

18. aprila smo se dobili na moderiranem srečanju »Bodimo sami sprememba, ki jo hočemo – soustvarimo jo skupaj, ker znamo in zmoremo«. Ko smo razmišljali o fleksibilnosti medicinskih sester, smo prišli do zaključka, da nam kot izhodišče za pripravo strategije fleksibilnosti lahko služi izkušnja, ki smo jo dobili pri epidemije gripe v februarju 2019, ko je bilo v petek ob 14.00 uri potrebno takoj organizirati nov oddelek za oskrbo teh pacientov. Pogled medicinskih sester na to dogajanje se je precej razlikoval in je bil seveda odvisen od področja njihovega dela:

- olajšanje na internističnih oddelkih, kjer je bilo toliko pacientov, da so le te nameščali na hodnike, saj se je končno pokazala luč na koncu tunela z organiziranim pristopom, pomočjo in sodelovanjem;
- reševanje problema z hitro odzivnostjo, fleksibilnostjo, organizacijo in 24 urno dosegljivostjo koordinatork;
- izmenjava znanj in izkušenj, kirurške medicinske sestre so delale na internističnih oddelkih in obratno;
- skrb, občudovanje kako zmorejo napram tistim medicinskim sestram, ki so šle delat v drugo okolje;
- zelo stresno in obremenjujoče za medicinske sestre na kirurških oddelkih, ob prevzemanju drugih kirurških pacientov;
- zmeda, negotovost, panika, strah in iskanje rešitev;
- strah na kirurških oddelkih kako bodo organizirale delo, če bodo zaposleni zboleli.

Zaključek je bil, da zmoremo, znamo, hočemo, smo pripravljeni na naslednjo nujno stanje. Pomembna je pravilna predstavitev problema, kar bomo prenesli kot dobro prakso v naš vsakdan. Odločili smo se, da pripravimo načrt delovanja in organiziranja zdravstvene nege, v kolikor se gripa ali podobna izredna situacija ponovi, kar je bilo kasneje tudi realizirano.

V nadaljevanju srečanja smo podrobneje definirali pojem fleksibilnost. Znotraj oddelka si želimo skoraj 100% fleksibilnost (ambulanta – oddelek), razen tam, kjer je delo popolnoma različno, kot npr. funkcionalne diagnostike, dializa,... Pri zdravstvenih tehnikah je mogoča 100% zamenljivost, pri diplomiranih medicinskih sestrah znotraj področja 90 do 95% in med področji 70 do 80%.

Koristi fleksibilnosti za paciente so celostna obravnava in oskrba, ker imajo medicinske sestre več specialnih znanj in s tem večja varnost tako zanje kot paciente.

Koristi fleksibilnosti za zaposlene so lažja organizacija dela, možnost koriščenja letnega dopusta, širjenje socialne mreže, povezanost, širši pogled na stroko in delo, ter odkrivanje slepih peg na lastnem oddelku. Zaposleni dobijo uvid v problematiko na drugih oddelkih in njihove težave, kar vodi v spoštovanje dela drugih. Velikokrat je prav nepoznavanje dela drugih razlog za razmišljanje, da se drugje ne dela ali vsaj ne tako trdo kot na matičnem oddelku.

Pri načrtovanju fleksibilnosti smo se soočili s štirimi izzivi. Prvi izziv je bil, da nimamo izdelane strategije, kako usposobiti zaposlene za dolgoročno fleksibilnost, zato moramo pripraviti načrt usposabljanja. Drugi izziv je bil, da vsi še niso »kupili« fleksibilnosti. Vzrok temu je nezaupanje v nove sodelavce, ozka specializacija, ohranjanje položaja v svojem okolju, podcenjevanje novih obrazov. Rešitev vidimo v posredovanju pozitivnih učinkov dobrih praks med vse sodelavce. Tretji izziv predstavlja odpor starejših, ki jih je strah sprememb. Možne rešitve tega problema so v predstavitvi koristi kroženja za povečanje fleksibilnosti. Mlajši, ki že imajo izkušnje s kroženjem, le te predstavijo starejšim. Na kroženje bomo najprej poslali tiste, ki so izkazali pripravljenost. Vsaki medicinski sestri na kroženju bomo zagotovili mentorja. Četrty izziv je stres, ki bi ga lahko čutili zaposleni, če bi fleksibilnost uvedli od danes na jutri in brez tehtnega premisleka. V ta namen bomo vpeljali fleksibilnost kot stalno obliko dela, vsako leto bomo povečevali število zaposlenih vključenih v kroženje, nov kader bomo v fleksibilnost vpeljevali načrtno. Glavna medicinska sestra oddelka bo spremljala delavca na drug oddelku. Zaposleni morajo za usposobljenost za delo na več deloviščih dobiti pohvalo.

Ob pojmu fleksibilnosti se nedvomno pojavljajo tudi dvomi, zadržki in strahovi. Sodelujoči na delavnici so izrazili naslednje: strah, da delavci po kroženju ostanejo na drugem oddelku, upiranje fleksibilnosti, saj lahko delavci odgovorijo z bolniškim staležem, kako velike so koristi v primerjavi z vložkom – na kakšen način to izmeriti. Eden izmed predlogov je bil, da oblikujemo mobilni tim.

V nadaljevanju smo opredelili načrt kroženja. S kroženjem pričnemo 15. septembra 2019, trajalo bo 1 mesec. Vsaki osebi na kroženju se določi urnik, program kroženja bo določen na osnovi vsebin in postopkov, katere smo določili za uvajanje novo zaposlenih. Vsak delavec na kroženju bo izpolnil evalvacijski vprašalnik. V letu 2019 bomo izpeljali 20 kroženj diplomiranih medicinskih sester in srednjih medicinskih sester. Proces bomo pričeli kot izmenjavo para med naprej določenimi oddelki in seveda prva kroženja opredelili kot pilotni projekt. Težko je namreč predvideti vse dejavnike, če se s tem v takšnem obsegu še nikoli nismo srečali. Na kroženje bomo poslali delavce, ki imajo več kot štiri leta delovne dobe, kar pomeni da imajo na matičnem oddelku že določene izkušnje. Iz kroženja bodo izvzeti delavci z omejitvami zaradi bolezni in starejši od 55 let. Pred pričetkom bomo na oddelčnih sestankih informirali vse zaposlene in strategijo fleksibilnosti predstavili v bolnišničnem glasilu Monitor.

Določili smo možne pare za kroženje:

- Oddelek za žilno kirurgijo – Oddelek z angiologijo, endokrinologijo in revmatologijo,
- Pediatrični urgentni center – Otroški oddelek,
- Urgentni center – Oddelek za hematologijo in onkologijo,
- Nevrološki oddelek – Oddelek za ortopedijo in športne poškodbe,
- Centralni operacijski blok – Sterilizacija,
- Travmatološki oddelek – Oddelek za infektivne bolezni in vročinska stanja,
- Oddelek za interno intenzivno medicino – Odsek intenzivne medicine kirurških strok – Oddelek za anesteziologijo,
- Otroški oddelek kirurških strok – Oddelek za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo,
- Kardiološki oddelek – Oddelek za kirurgijo roke in plastiko,
- Oddelek za bolezni prebavil – Oddelek za splošno in abdominalno kirurgijo,
- Urološki oddelek – Oddelek za ledvične bolezni in dializo.

Pare smo sestavljali na podlagi nekih skupnih vsebin, ki temeljijo na strokovnih in organizacijskih vidikih. Srednje medicinske sestre bodo imele v svojem programu usposabljanja

zajeta opazovanja pacientov na posameznem strokovnem področju in izvedbo postopkov. Diplomirane medicinske sestre bodo imele v programu poleg opazovanja pacientov zajete specifične posege.

Namen prispevka je predstaviti dejansko realizacijo strategije fleksibilnosti v prakso, zato smo si postavili naslednji raziskovalni vprašanji:

1. Kakšna je bila dejanska realizacija strategije fleksibilnosti v prvem letu izvajanja?
2. Kakšne so izkušnje zaposlenih s fleksibilnostjo?

2 Metodologija

Za uspešnost izvedbe projekta fleksibilnosti smo sprva načrtovali izvedbo posebne spletne ankete ločene za zaposlene in glavne medicinske sestre, vendar smo se kasneje odločili zgolj za kratke intervjuje, katere smo opravili z enajstimi glavnimi medicinskimi sestrami in petimi medicinskimi sestrami vključenimi v kroženje. Intervjuje smo izvedli osebno ali po telefonu med 17.2. in 3.3. 2020. Število in poimenski seznam vključenih v pilotni projekt smo pridobili med izvedbo rednih strokovnih nadzorov konec leta 2019.

3 Rezultati

Planirali smo, da bomo s kroženjem pričeli 15. septembra, vendar so se v poletnem času »zgodile in dogajale« kompetence. Zaradi sprememb v organizaciji dela so samo kroženje na večini oddelkov zamaknili za en mesec. Kljub planiranim štirim tednom tega potem na vseh oddelkih niso v celoti realizirali, zato so nekateri oddelki kroženje izvedli v krajši obliki in s tem nadaljevali še v tem letu. Od planiranih 20 diplomiranih medicinskih sester in 20 srednjih medicinskih sester, ki naj bi bile vključene v kroženje smo tako doslej realizirali kroženje 20 srednjih medicinskih sester in 5 diplomiranih medicinskih sester.

Dejanske izkušnje s kroženjem, ki smo jih pridobili s kratkimi intervjuji, smo združili v posamezne pomenske sklope, ki jih navajamo v nadaljevanju.

3.1 Izbor kandidatov za kroženje

Na oddelku so imeli tri prostovoljke, zato so imeli težave pri izboru.

Na drugem oddelku se ni nihče javil, zato je glavna medicinska sestra sama izbrala kandidatko, ki sodi v srednjo generacijo in ima po dvajsetih letih veliko delovnih izkušenj.

Diplomirana medicinska sestra se je javila sama, ker je želela spoznati delo na kirurškem oddelku.

Na kroženje morajo iti kandidati, ki imajo nekaj delovnih izkušenj, so zreli, iščejo nekaj novega. Glavna medicinska sestra je na kroženje poslala srednjo medicinsko sestro, ki ne hodi v nočno in ima nekajletne izkušnje.

Srednja medicinska sestra, ki je bila izbrana za kroženje je izjavila, da jo je glavna medicinska sestra dala na kroženje zato, ker stalno opozarja na probleme.

V kroženje so najprej vključili srednjo medicinsko sestro, ker je bil zaradi bolniških staležev velik manko med diplomiranimi medicinskimi sestrami.

3.2 Znanja in veščine

Diplomirani medicinski sestri iz Urgentnega centra sta na Oddelku za hematologijo opravile izpit za aplikacijo transfuzije in osvojili oskrbo podkožne venske valvule.

Srednja medicinska sestra je na Oddelku za infekcijske bolezni in vročinska stanja spoznala vrste bolnišničnih okužb, kakšna je razlika med njimi, iz katere izhaja tudi razlika v izvajanju izolacijskih ukrepov.

Srednja medicinska sestra se je naučila oskrbo nefrostome in posebnosti pri obravnavi pacienta po operativnem posegu.

Srednja medicinska sestra je videla kako poteka priprava na operativni poseg in da je pomembno na katero roko se namesti intravenska kanila.

3.3 Dolžina kroženja

Kroženje bi naj trajalo dva meseca, saj prvi teden spoznaš oddelek, zaposlene in ritem dela, drugi teden se še loviš, si še nekako v zraku, tretji teden si že nekako notri in takrat lahko pričneš pridobivati nova znanja.

En teden je premalo, rada bi videla delo v vseh izmenah.

Rotacija je bila po 3 tednih prekinjena, ker so sredno medicinsko sestro potrebovali na matičnem oddelku.

Štiri tedne je dovolj za osnovno prepoznavanje problemov pacientov.

3.4 Mentorstvo

Zdravstveni tehnik povedal, da se vidi, da so v zadnjih letih na Kardiološkem oddelku dobili veliko novega kadra, saj je mentorstvo odlično. Mentorica je narisala srce in razložila delovanje, dobil je vpogled na delo v več enotah. Želi si na kroženje prav na ta oddelek po diplomi, saj se bo tam najhitreje naučil vstavljanja intravenske kanile pri pacientih s težjim žilnim dostopom. Srednjo medicinsko sestro vključili v delo na Urgentnem centru tako na triaži kot ostalih delovnih enot, bili zelo prijazni in vse pokazali. Videla je, kakšni pacienti prihajajo tja in s kakšnimi problemi se srečujejo.

3.5 Opredelitev oddelkov

Glavna medicinska sestra Oddelka za bolezni prebavil meni, da opredeljeni pari oddelkov niso optimalno oblikovani in da bi se zagotovo več naučili z opazovanjem in nadzorom kritično bolnega pacienta, kar so nekoč že prakticirali.

Glavna medicinska sestra Nevrološkega oddelka želi biti za naprej v paru s Travmatološkim oddelkom, ker tam zdravijo nevrokirurške paciente.

Srednja medicinska sestra pravi, da je problematika pacientov preveč podobna, da bi se lahko naučila kaj novega.

3.6 Problemi

Predvsem starejše medicinske sestre je kroženja strah, se jim zdi popolnoma nepotrebno, saj tam, kjer so v celoti »obvladajo delo«, so pravzaprav v neki coni udobja.

Mlajše medicinske sestre se bojijo, da bi morale ostati na drugem oddelku.

Zaposlenega iz drugega oddelka je potrebno vključiti v urnik oddelka na katerem kroži, saj se kljub poenotenju urniki med oddelki še vedno razlikujejo predvsem za vikende.

Želijo ostati na oddelku, kamor so bili napoteni na kroženje, ker je tam manj dela oziroma več kadra.

Krožečo medicinsko sestro so lahko razpisali samo dopoldne, ker so bila takšna navodila.

Medicinsko sestro na kroženju lahko razpišeš samo v dopoldansko izmeno, ker morajo biti ob številčno skromni popoldanski ekipi vsi popolnoma samostojni za delo.

Ne moreš deliti terapije, ker je le te enostavno preveč in v tako kratkem času vsega ne moreš obvladati, zato se lahko vključuješ samo v nego pacientov.

Imaš probleme, ker moraš že na oddelku pokriti tri različna delovišča, potem pa moraš dati nekoga še na kroženje.

Ni bilo nobenega učinka, saj je bila medicinska sestra, ki je prišla na kroženje zelo nesrečna. Poleg tega je bil problem, ker ni imela pooblastil za delo v Birpisu in je morala vso to delo prepustiti ostalim zaposlenim.

Na kroženje prišla srednja medicinska sestra, ki je pričela z delom pred dvema mesecema in še ni imela nobenih izkušenj.

Medicinskim sestram vključenim v kroženje je potrebno zagotoviti koriščenje letnega dopusta. Medicinska sestra je v okviru kroženja pridelala precej presežnih ur.

3.7 Izkušnje

Zaposleni na oddelku so veliko spraševali medicinsko sestro, kako je bilo na kroženju. Srednja medicinska sestra bo ob pomoči glavne medicinske sestre pripravila prezentacijo z glavnimi vsebinskimi poudarki kroženja na drugem oddelku.

Dela se povsod, razlika je v zaporedju opravil. Velika razlika v trajanju vizit med internističnimi in kirurški oddelki.

Diplomirani medicinski sestre iz Urgentnega centra sta bili presenečeni nad količino negovalne dokumentacije na oddelku.

Srednja medicinska sestra je povedala, da se tudi na drugem oddelku vseskozi dela, vendar kljub temu občuduje svojo glavno medicinsko sestro, kako lahko s tako majhnim številom kadra zagotovi pokritje vseh izmen.

Iz drugega oddelka je prišla medicinska sestra, ki bi jo takoj obdržali.

S kroženjem na Pediatričnem urgentnem centru je srednja medicinska sestra pridobila celosten pogled na obravnavo otroka, prav tako potem druga s kroženjem na oddelku.

Prednost kroženja je v širini, ki jo dobiš z delom s pacienti na drugih področjih, znaš videti celega pacienta, dobiš nek interdisciplinarni pogled na stroko.

Na ta način se želi oblikovati pool ljudi oziroma mobilni tim, ki si želi delati na različnih deloviščih in jim ta sposobnost predstavlja ponos. Zanimivo je, da so zaposleni na oddelkih popolnoma seznanjeni s številom kadra v izmenah na drugih oddelkih ter tudi o tem, da je drugje več kadra, manjši obseg dela in da se na nekaterih oddelkih hodi precej počasneje.

4 Razprava

Realizacija kroženja je bila nekoliko manjša kot smo predvideli, saj aprila pri planiranju resnično nismo pričakovali problemov, ki so nastali po razmejitvi dela v skladu z dokumentom Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni negi in seveda čedalje številčnejših odhodov diplomiranih medicinskih sester. Problem z diplomiranimi medicinskimi sestrami je tako postal dvakratni. Kar naenkrat je nastopil večji obseg dela, ker razmejitev dela na vseh oddelkih dotlej ni bil takšna kot bi morala biti. Po drugi strani, pa so se začela odpirati delovna mesta na primarnem nivoju, kamor so množično odhajale. Nove diplomirane medicinske sestre pa smo, če smo jih sploh dobili, najprej vključili v delo na matičnem oddelku.

Preden se prične uvajati fleksibilnost v delovne procese, je nujno potrebno vse informacije jasno predstaviti vsem, ki bodo vključeni v spremembo in pravzaprav to podati kot dobro prakso (Clarke & Holdsworth, 2017). Prepričani smo, da brez izredno dobre informiranosti zaposlenih, za kar smo uporabili več mogočih komunikacijskih kanalov in dejstva da so strategijo pripravile glavne medicinske sestre same, strategije fleksibilnosti nikoli ne bi realizirali v praksi. Glavne medicinske sestre so potem druga drugo spodbujale k realizaciji, kar je imelo za posledico, da nobena na koncu ni želela izpasti kot edina, ki ji to ni uspelo.

Kot je razvidno iz rezultatov bomo morali najprej ponovno opredeliti pare oddelkov za rotacijo, zaposlene, ki bodo vključeni začasno prerazporediti na drug oddelok, da bodo imeli ustrezen urnik ter dostop do informacijskega sistema. Dobre izkušnje zaposlenih bomo delili z vsemi ostalimi, slabe pa skušali čimprej popraviti.

V začetku leta smo pripravili osnutek evalvacijskega vprašalnika za sodelujoče v kroženju, pa ga potem zaradi različnih objektivnih in subjektivnih okoliščin nismo zaključili in opravili anket. Informacije, ki smo jih pridobili z intervjuji nam bodo v pomoč pri dopolnitvi vprašalnika.

5 Zaključek

Intervjuji ki smo jih opravili so pokazali, da smo veliko težav povezanih z fleksibilnostjo zaposlenih predvideli že pri načrtovanju. Tiste, ki so se pokazale, pa bomo skušali čimprej odpraviti. To ne bi smel biti problem, saj smo že na začetku strategijo fleksibilnosti opredelili kot pilotni projekt. Strategija fleksibilnosti je lahko naš odgovor na vse bolj prisotno pomanjkanje kadra in nam bo nedvomno v pomoč pri združevanju negovalnega kadra na manjših oddelkih. Ne želimo si, da bi morali pričeti zapirati oddelke in s tem onemogočiti pacientom dostop do zdravstvene oskrbe. Predvsem manjši oddelki so namreč že danes problem, ko pride samo ob manjšem številu odsotnosti zaradi bolniških staležev do velikih težav, če se temu pridružijo še odhodi, je situacija lahko brezizhodna.

Literatura

Bal, P.M. & De Lange, A.H. 2014. From flexibility human resource management to employee engagement and perceived job performance across the lifespan: A multi-sample study. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 8(1), pp. 126-154.

Clarke, S. & Holdsworth, L., 2017. Flexibility in the workplace: Implications of flexible work arrangements for individuals, teams and organizations (Research paper), University of Manchester: Alliance Manchester Business School.

Nancarrow, S.A., 2015. Six principles to enhance health workforce flexibility. *Human Resources for Health*, 13(9), pp. 1-12.

Sharma, S., Ward, E., Burns, C., Theodoros, D. & Russell, T., 2012. Training the allied health assistant for the telerehabilitation assessment of dysphagia. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 18, 287 – 291.

Splošna bolnišnica Celje, 2019. Strateški razvojni program Splošne bolnišnice Celje 2019 - 2025. Celje: Splošna bolnišnica Celje.

VLOGA MENTORSKEGA PROCESA PRI ZAGOTAVLJANJU VARNEGA OKOLJA ŠTUDENTOV IN NOVO ZAPOSLENIH

*doc. dr. Sanela Pivač, mag. zdr. neg., spec. managementa, viš. pred.
Sedina Kalender Smajlovič, mag. zdr. neg., viš. pred.*

*Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin
spivac@fzab.si
skalendersmajlovic@fzab.si*

Izvleček

Zagotavljanje varnega okolja študentov in novo zaposlenih je povezano z usmerjenim vodenjem in nadzorom kliničnega usposabljanja, ki je pomemben in že utečen del izobraževalnega procesa oziroma profesionalnega razvoja zdravstvenih delavcev. Vsak novo zaposleni potrebuje osebo, ki mu pokaže, kako naj se znajde v novi vlogi in na katero se lahko obrne. Mentor mora biti dosegljiv in poznati mora kulturo in strukturo organizacije. Mentor, ki si prizadeva za kakovosten mentorski proces bo v poučevanje študentov in novo zaposlenih umeščal sodobne pristope in aktivne metode dela in krepil zagotavljanje varnega okolja študentov in novo zaposlenih. Za zagotavljanje varnega okolja študentov in novo zaposlenih so potrebni programi mentorstva, ki bodo omogočali razvoj potrebnih kompetenc od študenta do eksperta v zdravstveni stroki. Mentorski proces eden izmed procesov, ki je ključen za zagotavljanje učinkovitega razvoja in izobraževanja zaposlenih.

Ključne besede: mentorstvo, varnost, modeli, študenti, novo zaposleni

1 Uvod

Mentorski proces lahko opredelimo kot proces, v katerem izkušensko bogat posameznik pomaga mlajšemu pri njegovem razvoju in napredku ter kot proces usmerjanja in vodenja mladega neizkušenega človeka z nasveti in pojasnili. Povzamemo lahko, da je bistvo mentorstvo učenje praktične narave – gre za učenje o aktualnih stvareh posamezne organizacije, ki novega zaposlenega pomaga uvesti v organizacijsko kulturo podjetja (Kompetenca, n.d.). Mentorstvo je pregleden proces, v katerem mentoriranec pridobi modrost mentorja. Wong in Premkumar (2007) navajata, da obstaja več različnih pogledov na mentorski proces, kot tudi veliko razumevanj mentorskega procesa, pri čemer je v sodobnih opredelitvah kandidat – mentoriranec dejaven partner, ki prevzema odgovornost za svoje učno okolje in lastne prioritete učenja ter je vse bolj samo usmerjen (Bendelja, 2018).

Vloga mentorskega procesa se nanaša na zagotavljanje varnega okolja za študente in novo zaposlene. Kot navaja Pravilnik o pogojih, ki jih mora izpolnjevati zavod za izvajanje praktičnega pouka dijakov zdravstvenih šol in študentov visokošolskih zavodov za podelitev naziva učni zavod (2005) mora strokovna enota imeti izpolnjene ustrezne pogoje, ki zagotavljajo, da se dijak ali študent klinično usposablja z vodenjem strokovnih sodelavcev, ki so usposobljeni za pedagoško delo, imajo ustrezno izobrazbo in ki delujejo v skladu z zahtevami programa posameznih usmeritev in smeri izobraževanja. Poleg tega mora učni zavod zagotoviti najmanj 10 strokovnih primerov s področja, ki je predmet praktičnega izobraževanja in usposabljanja dijakov in študentov, strokovne enote morajo biti primerno opremljene; imeti morajo ustrezne

prostore (seminarski prostori, garderobe za dijake in študente ter učitelje) ter zadostno število medicinskih in drugih pripomočkov za delo po sodobnih načelih in metodah v posameznih strokah. Strokovne enote morajo za zagotavljanje varnega dela biti opremljene v skladu s predpisi s področja varstva pri delu. Kalender-Smajlovič in Pivač (2014) navajata, da poleg zakonskega pravilnika imajo visokošolski zavodi pripravljene interne pravilnike in navodila o izvajanju kliničnega usposabljanja študentov zdravstvene nege, kjer opredeljujejo pristojnosti, pravice in dolžnosti vseh deležnikov, nekateri učni zavodi pa imajo izdelane tudi protokole medsebojnega sodelovanja. Skela-Savič (2016) v Smernicah za izobraževanje na študijskem programu Zdravstvena nega – VS na področju zagotavljanja varnega okolja za študente navaja, da mora visokošolski zavod imeti jasen sistem odgovornosti za izvedbo pedagoškega procesa, zlasti na področju kliničnega usposabljanja, kjer je študent vključen v neposredno zdravstveno obravnavo. Sistem odgovornosti vključuje: vzpostavljen in preverljiv sistem mentoriranja študentov na kliničnem usposabljanju, zapisane cilji in kompetence kliničnega usposabljanja po specifičnih področjih ter evalvacija le teh in splošnih kompetenc študijskega programa, vzpostavljen sistem preverjanja tveganj iz vidika varnosti za študente in uporabnike storitev. Visokošolski zavod mora pred vstopom študenta v klinično okolje zagotoviti učenje in usposabljanje v simuliranem okolju, ki mora vključevati preverjanje znanja kot pogoj za vstop v neposredno delo v kliničnem okolju. Visokošolski zavod mora tudi zagotoviti, da vključevanje študentov v neposredno delo s pacienti ne povzroča tveganja za varnost pacientov. Zdravstveni zavodi so dolžni upoštevati tudi Zakon o varnosti in zdravju pri delu (2011). Standardi NMC (2013) v poglavju "Assuring the safety and effectiveness of practice learning" navajajo, da je najbolj pomembno vodilo pri zagotavljanju kakovosti v zagotavljanju trajnega varnega in učinkovitega kliničnega usposabljanja za vse udeležnike. Med pomembno prioriteto spada varnost in zagotavljanje dobrega počutja vseh udeležencev kliničnega usposabljanja. Standard opozarja tudi na zavezanost učnih baz k nenehni podpori, varni in učinkoviti klinični praksi, kljub nenehnim spremembam zdravstvenega sistema.

2 Zagotavljanje varnega okolja za študente in novo zaposlene

Zagotavljanje varnega okolja za študente in novo zaposlene se nanaša na več aspektov varnosti in sicer na varnost pacientov, varnost delovnih procesov, varnost študentov/novo zaposlenih/osebja in na varnost okolja. Zagotavljanje varnega okolja študentov in novo zaposlenih je povezano z usmerjenim vodenjem in nadzorom kliničnega usposabljanja, ki je pomemben in že utečen del izobraževalnega procesa oziroma profesionalnega razvoja zdravstvenih delavcev. Gre za metodološko posredovanje potrebnih spretnosti, znanja in izkušenj za opravljanje neke delovne naloge, ki vključuje tri komponente: vodenje, usmerjanje in prikazovanje. Pri tem želimo poudariti vzgojo za poklic in pridobivanje poklicnih spretnosti, veščin in znanj, zato lahko cilje usposabljanja tudi v zdravstveni negi opredelimo kot oblikovanje osebnosti, spreminjanje vedenja z osvajanjem poklicnih spretnosti in strokovno usposobljenost (Kermavnar, 2016).

Milavec – Kapun (n.d.) navaja, da je študentom zdravstvenih ved varnost pacienta kot tema predstavljena v začetku študija in skozi celoten študijski program. V izobraževalnem procesu študenti spoznajo Roper-Logan-Tierney teorijo, ki poudarja skrb za varno okolje pacienta, kot najpomembnejšo življenjsko aktivnost. Študenti spoznajo temeljne življenjske aktivnosti, nevarnosti v kliničnem okolju, kako ravnati varno, najpogostejše nezaželene dogodke, SVIP opredelitev, ocenjevalne lestvice in najbolj pogoste nezaželene dogodke. Zaradi vse večjih zahtev po varnosti pacientov se poleg ostalih zahtev (zvišanje števila vpisanih študentov) za izobraževanje študentov zdravstvene nege in babištva vključujejo tudi simulacije (Karnjuš & Pucer, 2012), ki bodo v prihodnosti zavzele še bolj pomembno vlogo v izobraževalnem procesu.

Namen simuliranega učenja je seznanjanje z različnimi stanji pacientov ter izvajanje različnih intervencij brez tveganja in nevarnosti, ki bi jim pacienti, študenti in začetniki bili izpostavljeni v stvarnem kliničnem okolju (Žvanut, et al., 2013).

Mentor ima pomembno vlogo v zagotavljanju varnosti. Petek Šter (2015) navaja, da je vloga mentorja v skrbi za profesionalni razvoj specializanta, njegovo dobro počutje, organizacija dela in izobraževanja in vzpostavitev sistema varnosti v lokalnem okolju.

Mentorstvo je proces usmerjanja, vodenja mladega oziroma neizkušenega človeka z nasveti in pojasnili (Govekar Okoliš & Kranjčec, 2016). Mentorstvo pomeni vodenje in podpora, ki jo v različnih oblikah mladi osebi ali začetniku (tj. posamezniku, ki vstopa v novo učno skupnost ali organizacijo) zagotavlja izkušena oseba (t. i. mentor), ta prevzame vlogo vzornika, vodnika, tutorja, inštruktorja ali zaupnika (Muršak, 2012).

3 Razprava

Mentorstvo je praktična oblika izmenjave znanj in izkušenj, ki prinaša praktično izkušnjo pridobivanja in podajanja znanja med mladimi in starejšimi, med novo zaposlenimi in tistimi, ki želijo svoje znanje in izkušnje prenesti na prihodnje rodove ali na sodelavce (Zupančič, 2012). Vloga mentorja v današnji družbi pridobiva vse večji pomen ali bolje rečeno, pospešeno se ji vrača nekdanja veljava. Uspešno mentorstvo je ob pripravljenosti mentoriranca precej odvisno od dobrih mentorjev. Prvi pogoj za sprejem vloge mentorja je zagotovo posedovanje določenega znanja, ki ga želimo prenesti, drugi, nič manj pomemben pogoj pa je usposobljenost za vodenje mentorskega procesa (Brečko & Painkreit, 2018).

Klinično usposabljanje je integralni del visokošolskega izobraževanja za poklic diplomirane medicinske sestre/diplomiranega zdravstvenika. Zagotavljanje kakovosti in varnosti v kliničnem usposabljanju sta pomembni iz vidika pridobivanja predmetno – specifičnih kompetenc v izobraževanju na področju zdravstvene nege. Kakovost in varnost sta opredeljeni na podlagi nacionalnih zakonskih določil in na podlagi mednarodnih standardov (Kalender - Smajlović & Pivač, 2014).

Znotraj mentorskega procesa je potrebno varnosti in zagotavljanju varnega okolja nameniti veliko pozornost, pri čemer je potrebno vključevati značilnosti same stroke, vidik organizacije dela, posamezne deležnike v mentorskem procesu ter same oblike mentorstva. Na področju mentorstva Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin skrbi za zagotavljanje kakovosti mentorskega procesa na vseh študijskih programih. V okviru programa za izpopolnjevanje je bil akreditiran nov študijski program za izpopolnjevanje »Mentorstvo v kliničnem okolju«, ki udeležencem – kliničnim mentorjem omogoča poglobljanje in nadgradnjo že pridobljenih kompetenc in sposobnosti za iskanje novih virov znanja na področju mentorstva študentov zdravstvenih ved. Je sodoben študijski program z vsebinami, ki so pripravljene v skladu z mednarodnimi standardi in usmeritvami. Program je zasnovan za uporabo med - profesionalnega sodelovanja in učenja za delo v sodobnem zdravstvenem varstvu in za vzpostavitev sodobnega registra izobraženih mentorjev za izvajanje mentorstva študentom v kliničnem okolju.

Na področju izpolnjevanja vloge mentorskega procesa pri zagotavljanju varnega okolja študentov in novo zaposlenih je potrebno tudi vzpostaviti register tveganj in standarde dela za ohranjanje kulture kakovosti in varnosti. Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin ima vzpostavljene procese na področju kakovosti in varnosti, vzpostavljen register tveganj, preverljiv sistem

mentorstva in opredeljene standarde dela. V okviru implementacije Smernic za izobraževanje v zdravstveni negi sodeluje s štirimi visokoškolskimi zavodi s področja zdravstvene nege s ciljem poenotenja izobraževanja v zdravstveni negi.

Potrebno je razviti ustrezne programe modelov mentorstva, ki bodo usmerjene k zmanjšanju števila nezaželenih dogodkov, skorajšnjih varnostnih napak. Modeli mentorstva naj vključujejo vsa potrebna delovna področja, kot so: strokovna dela (intervencije zdravstvene nege, diagnostično-terapevtski posegi), zagotavljanje varnosti in zdravja pri delu študentov in novo zaposlenih (varnost, pravilna uporaba osebne varovalne opreme, ocena tveganja, ustrezna ravnanja v primeru nezgod in incidentov, seznanjenost z navodili), skrb za varovanje okolja (odpadki, okoljska politika), poznavanje procesov, organizacije in pomenom zagotavljanja kakovosti.

Robida (2014) je na osnovi izvedene raziskave na 69 kliničnih mentorjih Fakultete za zdravstvo Jesenice ugotovil, da je znanje o varnosti pacientov med kliničnimi mentorji v zdravstveni negi pomanjkljivo, saj je bilo pozitivnih odgovorov le četrtnina. Podhostnik (2012) navaja, da nastanek napake ni vedno posledica ravnanja le enega delavca. Je sklop okoliščin, ki pripeljejo do incidenta, v katerem sodeluje veliko udeležencev. Temu na kratko pravimo organizacija dela.

4 Zaključek

Mentorstvo je zagotovo temeljni element učinkovitega razvoja in izobraževanja zaposlenih. Zelo pomembna je vloga mentorskega procesa pri zagotavljanju varnega okolja študentov in novo zaposlenih. Študenti in novo zaposleni, ki bodo delovali v smeri za zagotavljanje varnega okolja s poudarkom na zagotavljanju varnosti vseh delovnih področjih predstavljajo pomemben del v organizaciji. Poklici na področju zdravstva zahtevajo veliko mero praktičnih veščin in spretnosti, ki se jih pred vstopom v klinično okolje pridobiva v simuliranih pogojih, v večjem obsegu pa v kliničnih okoljih, zato zagotovo mentorstvo predstavlja pomemben del usposabljanja bodočih sodelavcev. Zavedati se je potrebno, da je klinično okolje kot najpomembnejši proces v organizaciji, kjer si ljudje nenehno prizadevajo za razvoj in doseganje napredka. Zato je potrebno mentorski odnos graditi z odprto komunikacijo, uporabo različnih metod pridobivanja znanja, usposabljanja, prenosom znanja, timskim delom in spodbujanjem kritičnega razmišljanja. Nenazadnje je potrebno v proces učenja umeščati sodobne pristope in aktivne metode dela poučevanja in učenja ter tako krepiti razvoj posameznika. Za zagotavljanje varnega okolja študentov in novo zaposlenih je potrebno razviti primeren program modelov mentorstva, saj bomo z dobro organiziranim in vodenim mentorstvom vplivali na stopnjo razvoja kompetenc od študenta, novince, napredujočega začetnika do kompetentnega izvajalca in eksperta.

Literatura

Bendelja, J. 2018. Razvoj mentorskih kompetenc v supervizijskem procesu: magistrsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta. Available at: http://pefprints.pef.uni-lj.si/5439/1/mag_delo_Judita_Bendelja.pdf [Accessed 3 March 2020].

Brečko, D. & Painkreit, S., 2018. Mentor in mentorski proces. HRM, februar/marec 2018. Available at: <https://sofos.si/wp-content/uploads/2018/02/Mentor-1.pdf> [Accessed 3 March 2020].

Govekar Okoliš, M. & Kranjčec, R., 2016. Mentorstvo v praktičnem usposabljanju v delovnih organizacijah. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.

Kalender-Smajlovič, S. & Pivač, S., 2014. Zagotavljanje kakovostne in varne izvedbe kliničnega usposabljanja študentov. 2014. In: S. Pivač, B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery & S. Kalender Smajlovič, eds. Klinično usposabljanje skozi EU direktivo in mednarodne standarde ter izkušnje v Sloveniji: količina in kakovost kliničnega usposabljanja: zbornik predavanj, 8. šola za klinične mentorje, Jesenice, 18. 9. 2014. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo, pp. 16-20.

Karnjuš, I. & Pucer, P., 2012. Simulacije – sodobna metoda učenja in poučevanja v zdravstveni negi in babištvu. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(1), pp. 57-66.

Kermavnar, N. & Govekar - Okoliš, M., 2016. Pogledi mentorjev in študentov zdravstvene nege na praktično usposabljanje. *Andragoška spoznanja*, 22(2), pp. 23-27.

Kompetenca, 2019. Available at: https://kompetenca.si/nase_novice/73/mentorski_sistem_strateski_nacrt_ali_nujno_zlo/ [Accessed 3 March 2020].

Milavec Kapun, M., n.d. Študenti zdravstvenih ved in varnost pacientov. Ljubljana: Univerza v Ljubljani. Available at: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Dostopnost-in-varnost-zdravstvenega-varstva/Varnost/Delavnice-4/Studenti-zdravstvenih-ved-in-varnost-pacientov.pdf> [Accessed 3 March 2020].

Muršak, J., 2012. Temeljni pojmi poklicnega in strokovnega izobraževanja. Ljubljana: Center RS za poklicno izobraževanje.

Nursing and Midwifery Council, 2013. Assuring the safety and effectiveness of practice learning. Available at: <http://www.nmc-uk.org/Documents/EdandQA/Annexe%20two%20FINAL.pdf> [Accessed 23 August 2014].

Petek Štern, M., 2015. Vloga mentorja v zagotavljanju varne obravnave bolnikov. Ljubljana: s.n. Available at: http://www.drmed.org/wp-content/uploads/2015/11/1230_Vloga-mentorja-v-zagotavljanju-varne-obravnave-bolnikov.pptx-2011.-2015.pdf [Accessed 3 March 2020].

Podhostnik, A., 2012. Reakcija 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. Available at <http://www.dmszt-nm.si/media/pdf/zbornik-DMT-2013.pdf#page=98> [Accessed 3 March 2020].

Pravilnik o pogojih, ki jih mora izpolnjevati zavod za izvajanje praktičnega pouka dijakov zdravstvenih šol in študentov visokošolskih zavodov za podelitev naziva učni zavod, 2005. Uradni list Republike Slovenije, št. 103.

Robida, A., 2014. Odnos in znanje kliničnih mentorjev zdravstvene nege o varnosti pacientov. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(3), pp. 220-226.

Skela Savič, B. 2016. Smernice za izobraževanje v zdravstveni negi na študijskem programu prve stopnje Zdravstvena nega (VS). Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice. Available at: https://www.fzab.si/uploads/file/zaklenjeno_Koncne%20smernice_RSKZN_Strateski%20svet%20ZN_BSS_OZN.pdf [Accessed 3 March 2020].

Wong, A. & Premkumar, K., 2007. An introduction to mentoring principles, processes and strategies for facilitating mentoring relationships at a distance. Available at: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.560.8409&rep=rep1&type=pdf> [Accessed 3 March 2020].

Zakon o varnosti in zdravju pri delu, 2011. Uradni list Republike Slovenije, št. 43.

Zupančič, M., 2012. Mentorstvo - znanje preteklosti za ideje prihodnosti. *Andragoška Spoznanja*, 18(2), pp. 66-73.

Žvanut, B., Jurgec, S. & Karnjuš, I., 2013. Analiza potreb po uporabi simulacij v procesu vseživljenjskega učenja medicinskih sester. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(1), pp. 28-37.

POMEN NAPREDNIH ZNANJ ZA RAZVOJ BABIŠTVA

Barbara Sfiligoj, dipl. babica

Nina Trifoni, dipl. m. s., spec. org. in manag.

Splošna bolnišnica Jesenice

Ginekološko porodniški oddelek

barbara.sfiligoj@sb-je.si

nina.trifoni@sb-je.si

Izvleček

V porodnišnici Jesenice smo v preteklih letih naredili veliko sprememb na področju babištva. S spremenjeno prakso v porodni sobi, uspešno vpeljavo babiške ambulante, delovanjem babiškega oddelka in začetkom ambulante za dojenje, smo pripomogli, da so se babice pričele dodatno izobraževati in strmeti k rasti babištva.

Poklic babice je odgovoren in zelo specifičen poklic. Po zaključenem visokošolskem študijskem programu babištva, je babica usposobljena strokovnjakinja zdravstvene in babiške nege na področju ginekologije in reproduktivnega zdravja. Z razvojem zdravstvene in babiške nege pa se kaže potreba po dodatnem, bolj specifičnem izobraževanju babic. Za razvoj babištva se bodo morale babice po končani visokošolski izobrazbi usmerjeno izobraževati, saj bo le to pripomoglo k kakovostni, bolj napredni babiški in zdravstveni oskrbi žensk in tudi k razvoju babiške in zdravstvene nege.

V prispevku bomo predstavili, kako so se v preteklosti izobraževale babice in kako pomembno je, da bi se babicam omogočilo po končanem visokošolskem študiju pridobiti napredna znanja z možnostjo vpisa v podiplomski študij, kot drugje po Evropi. Z izvajanjem podiplomskega študija bodo diplomirane babice lahko pričele z raziskovanjem v lastni stroki.

Ključne besede: *babištvo, znanje, kompetence*

1 Izobraževanje babic skozi čas

Pred ustanovitvijo prvih šol za babice, so bile babice priučene za pomoč pri porodih. Njihova izobrazba je bila pomanjkljiva. Obiskovale so zasebne tečaje pri učiteljih porodništva in jih spremljale pri porodih. Tako so si pridobile nekaj praktičnega znanja o porodih. Če so opravljale tečaj za babice, so po zaključku imele izpit in tako postale »izprašane babice«. Da je bila babica uveljavljena jo je moral potrditi še deželni urad.

Babiške šole so bile ustanovljene v slovenskih pokrajinah za časa vladanja cesarice Marije Terezije (1717 – 1780) v Ljubljani, Gradcu, Celovcu in Trstu. V Sloveniji se za začetek organiziranega babištva šteje leto 1753, ko je bila ustanovljena Babiška šola v Ljubljani.

Najprej je izobraževanje trajalo zgolj 2 meseca, nato 5 mesecev. Po letih 1815 so se babice izobraževale šest mesecev. Po letu 1927 je izobraževanje trajalo že 18 mesecev, od leta 1948 pa 2 leti. Po reformah šolstva v letu 1960 in uvedbi osnovnih šol, so se babice po osnovni šoli

šolale 4 leta.

V letih 1989 - 1991 je Višja šola za zdravstvene delavce v Ljubljani razpisala specializacije iz področja ginekološko porodniške zdravstvene nege za višje medicinske sestre. V letu 1996 / 97 pa so na Visoki šoli za zdravstvo v Ljubljani vpisali prvo generacijo programa ginekološko – porodniške smeri (Kralj, 2004).

Bolonjsko visokošolsko izobraževanje je sestavljeno iz dveh osnovnih stopenj, ki v različnih kombinacijah trajata v skupnem obsegu pet let, kar vodi do pridobitve magistrskega naziva (Kennedy, 2015). Babištvo, kot ena od zdravstvenih strok kljub bolonjski reformi in novim možnostim, ki jih je ta prinesla, še ni nadgradila študija na drugi ravni.

Diplomirana babica naj bi opravljala zahtevne kompetence. Posledično večina evropskih držav za področje babištva predvideva diplomu prve in diplomu druge bolonjske stopnje.

Diplomant, ki konča dodiplomski študij babištva, naj bi imel v državi članici EU možnost opravljati vsaj naslednje dejavnosti (European commission, 2005):

- dajati informacije o ustreznem načrtovanju družine in svetovati;
- diagnosticirati potek nosečnosti, spremljati normalen potek nosečnosti;
- izvajati preiskave, potrebne za spremljanje poteka normalnega razvoja nosečnosti;
- predpisovati preiskave, potrebne za čimprejšnje diagnosticiranje rizičnih nosečnosti, in v zvezi s tem svetovati;
- izvajati program šole za starše in celostne priprave na porod, vključno s svetovanjem o higieni in prehrani;
- skrbeti za mater in ji pomagati med porodom ter med porodom spremljati stanje ploda v maternici z ustreznimi kliničnimi metodami in tehničnimi sredstvi;
- izvajati spontane porode vključno s prerezom presredka, če je potrebno; v nujnih primerih pa tudi porod v medenični vstavi;
- prepoznavati tiste opozorilne znake abnormalnosti pri materi ali otroku, ki morda zahtevajo pregled pri zdravniku, in temu pomagati, kadar je to potrebno; izvajati ustrezne intervencijske ukrepe v zdravnikovi odsotnosti, zlasti ročno odstranitev placente, ki ji morda sledi ročni pregled maternice;
- pregledovati in negovati novorojenega otroka; ukrepati po lastni presoji v primeru potrebe in izvajati takojšnje oživljanje, če je potrebno;
- negovati mater in spremljati njen napredek v poporodnem obdobju ter ji nuditi vse potrebne nasvete o negi otroka, da bo omogočila novorojenemu otroku optimalen razvoj;
- izvajati zdravljenje, ki ga predpiše zdravnik;
- voditi ustrezno zdravstveno dokumentacijo.

Kompetence diplomiranih babic so zahtevne in obsežne, izobraževanje iz babištva nujno potrebuje nadgradnjo v drugo stopnjo. To je v skladu z Mednarodnim združenjem babic (ICM, 2014), ki spodbuja različne oblike nadaljevanja študija in vseživljenjskega oziroma nadaljnega izpopolnjevanja.

Babiški poklic v svetu ima različne načine izobraževanja. Poleg splošne izobrazbe za babice, so na voljo tudi usmerjene specializacije, ki nudijo napredna znanja na različnih področjih.

2 Babištvo danes

Babica je danes prepoznana, kot odgovorna zdravstvena strokovnjakinja, ki lahko s svojim znanjem in kompetencami podpira, pomaga, neguje in svetuje ženskam med nosečnostjo, porodom in poporodnim obdobjem, ter izvaja babiško nego novorojenčka in dojenčka. Znanje in kompetence ki jih pridobi v času šolanja mora znati uporabiti v praksi. Študent babištva mora v času študija izvesti predpisane posege in tako pridobiti praktične veščine, spretnosti in znanja za kasnejše opravljanje svojega poklica.

Matere in dojenčki so ranljiva skupina populacije in zato je ena izmed glavnih nalog babic zagotavljanje kontinuirane babiške nege matere in dojenčke. Kontinuiteta in skrb za zdravo nosečnico, porodnico in otročnico ter zdravega novorojenčka, od načrtovanja družine do šestega tedna po porodu, prinaša številne prednosti tako za starše kot tudi za babice. Njihovo delo je neprekinjeno, vzpostavi se vez zaupanja in pretok informacij je hitrejši. Ležalna doba zdrave otročnice in novorojenčka v porodnišnici se krajša in zato je potrebno zagotoviti kontinuirano babiško skrb za otročnice in novorojenčke na domu (Premru Sršen, et al., 2011).

Babica lahko deluje v bolnišnicah, na kliniki, v zdravstvenih domovih, v skupnosti in na domu. Je oseba, ki je uspešno zaključila predpisane študijske obveznosti, vpisana v register zdravstvenih delavcev in je pridobila licenco za opravljanje dela znotraj države.

Diplomirana babica s svojim znanjem in kompetencami lahko samostojno pri zdravi nosečnici opravi 5 pregledov v nosečnosti (Navodila o spremembah in dopolnitvah za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 2002), vodi porodnico, pri kateri porod poteka normalno in zdravo otročnico na babiškem oddelku. Poleg naštetega, bi se z dodatnim izobraževanjem vključevala še v kontinuirano babiško zdravstveno nego v domačem okolju.

Tako kot v preteklosti, je v večini porodnišnic babica še vedno zgolj zdravnikova pomočnica. Babice v Sloveniji so le redko zaposlene v dispanzerjih za ženske, kjer bi opravljale svetovanja in skrbele za nosečnice. Največjo avtonomijo imajo babice le v porodni sobi. Čeprav obstaja pravna podlaga za vodenje zdrave nosečnice, pri kateri babica samostojno opravi 5 preventivnih pregledov že od leta 2002, so takšne ambulate bolj redkost. Izgovor je pomanjkanje kadra. Vendar je v veliki meri razlog tudi neznanje in strah pred odgovornostjo.

Babice lahko prevzamejo del nalog, ki jih sedaj opravlja zdravnik. S takšnim načinom dela bi razbremenile zdravnike, ki bi lahko več časa posvetili kritično bolnim nosečnicam. S pomočjo babice bi zdravstveni tim lahko postal učinkovitejši, kar bi povečalo zadovoljstvo, zaupanje in zdravje uporabnic. Poleg tega pacientke babico lažje povprašajo glede primerne prehrane in telesne aktivnosti med nosečnostjo ter znakov poroda, medtem ko so zdravniki bolj usmerjeni v medicinsko obravnavo.

V porodnišnici Jesenice so se babice srečevale z enakimi strahovi. Najbolj jih je skrbelo, če imajo dovolj znanja, da lahko prevzamejo takšno odgovornost. Ob spodbudi in pomoči zdravnikov so počasi nastajale spremembe, babice pa so postajale samozavestnejše. Čeprav spremembe niso nastale čez noč smo veseli, da so babice pri svojem delu avtonomne in strmiijo k novostim. Razlog za spremembe so bile predvsem želja žensk, ki so si želele drugačne oskrbe. Želele so biti informirane in soodločati o postopkih. Želele so biti središče dogajanja. Ravno zaradi njih so bile spremembe nujno potrebne.

Babice v porodnišnici Jesenice so dodatna znanja pridobivale tako, da so delo opravljale skupaj z zdravniki. Ko so pridobile dovolj izkušenj so samostojno opravljale preglede v babiški ambulanti, vodile fiziološke porode in izvajale babiške vizite. Njihovo znanje je tako kot v preteklost le priučeno, ni formalno pridobljeno, zato se vse bolj čuti potreba po naprednih znanjih tudi v babištvu, kar pa v Sloveniji trenutno še ni na voljo.

Številne evropske države že izvajajo samostojno babiško obravnavo zdravih nosečnic, porodnic in otročnic z novorojenčki in njihovih družin (Emons in Luiten, 2001).

V Veliki Britaniji babice prevzemajo odgovornost za mater in novorojenčka v času nosečnosti, poroda in 28 dni poporodnega obdobja. Babice pridobijo izobrazbo na univerzi v sklopu tri ali štiriletnega študijskega programa babištva (Jurković, 2004).

V Kanadi babice izvajajo ultrazvočno diagnostiko, predpisujejo določena zdravila, opravljajo vakumski porod, asistirajo zdravniku pri carskih rezih. Za vsa ta dodatna znanja potrebujejo dodatno izobraževanje in izdana potrdila o opravljeni specializaciji (The University of British Columbia, 2013).

V nekaterih evropskih državah babice izvajajo izobraževanje o načrtovanju družine, izvajajo poporodne obiske na domu, opravljajo ultrazvočne preglede, skrbijo za potek sladkorne bolezni pri nosečnici, anemije in hipertenzije.

Babice v ZDA se lahko specializirajo za pare, ki se soočajo z neplodnostjo. Babice ne nadomestijo zdravnika, vendar jim pomagajo skozi procese, postopke, jim nudijo moralno oporo, jih informirajo o drugih možnostih, npr. naravnih metodah fertilizacije. Imajo možnost opravljati specializacijo za nosečnice in presejalne teste za novorojence (informiranje staršev za testiranja glede na individualne potrebe), specializacijo iz poroda na domu, obravnavo mladoletnih in visoko rizičnih nosečnic.

Po raziskavi (Mivšek, et al., 2016) je interes za podiplomski študij babištva močno izražen ne samo pri strokovnih organizacijah in izobraževalcih, temveč tudi med diplomanti. Nadaljevanje izobraževanja v babištvu je poleg dviga kakovosti storitev babištva ključnega pomena tudi za uvajanje z dokazi podprte prakse in za pridobivanje avtonomnosti v profesiji.

3 Zaključek

Za razvoj babiške zdravstvene nege je ključnega pomena nadgradnja obstoječega izobraževalnega programa v drugo stopnjo. Babice bodo tako formalno pridobile napredna znanja in kompetence, ki jim bodo omogočile opravljanje bolj specifičnih nalog. Nalog se ne bodo zgolj priučile, pač pa skozi proces izobraževanja pridobile veščine, ki jih bodo lahko uporabile v praksi.

Po mnenju Mivškove, et al. (2016) je težava pri dvigu izobraževanja babic na podiplomsko raven v Sloveniji zaradi pomanjkanja ustreznega akademskega kadra. V določenem obdobju je razvoj slovenskega babiškega izobraževanja namreč zastal – ključna ovira je bilo pomanjkanje akademikov s področja babištva, ki bi izobraževanje lastne stroke usmerili na podiplomsko raven.

Spremembe, ki smo jih uvedli v porodnišnici Jesenice dokazujejo, da se babištvo razvija in nujno potrebuje nova naprednejša znanja oziroma specializacije določenih področij babištva, saj bomo v prihodnosti le na ta način zagotavljali kvaliteto babiškega poklica.

Literatura

Emons, J.K. & Luiten, M.I.J., 2001. Midwifery in Europe – An inventory in fifteen EU member states. Leusden: Deloitte and Touche Nederland.

European Commission, 2005. Directive EU 36/2005/ES. [pdf] European Commission. Available at: <https://eurlex.europa.eu/eli/dir/2005/36/> [Accessed 29 February 2020].

Jurković, H., 2004. Porod kod kuće. In: A. Francetić & M. Perušić, eds. XXVIII. Simpozij Hrvatske udruge primalja s međunarodnim sudjelovanjem: zbornik. Opatija, 17. – 19. april 2004. Opatija: Hrvatske udruge primalja podružnica Rijeka, pp. 322-329.

Kennedy, D., 2015. Pisanje in uporaba učnih izidov: praktični vodnik. Ljubljana: CMEPIUS.

Kralj, B., 2004. Ob 250-letnici babiške šole v Ljubljani – zgodovinski oris. Obzornik zdravstvene nege, 38(1), pp. 7-11.

Mivšek, A.P., Baškova, M. & Wilhelmova, R., 2016. Midwifery education in central-eastern Europe. Midwifery, 33, pp. 43-45.

Navodila o spremembah in dopolnitvah za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 2002. Uradni list Republike Slovenije št. 33/2002.

Premru Sršen, T., Cerar, V., Prelec, A. & Drolc, T., 2011. Vloga babice v predporodnem, porodnem in poporodnem varstvu v Sloveniji. In: A. Dovč & S. Ilovar, eds. Novakovi dnevi: zbornik. Ljubljana, 20. - 21. maj 2011. Ljubljana: Medicinski razgledi, pp. 9-18.

The University of British Columbia, 2013. The midwifery programme. [online] Available at: <https://midwifery.ubc.ca/program> [Accessed 2 March 2020].

PRIKRITA APLIKACIJA ZDRAVIL V ZDRAVSTVENEM SISTEMU

Denis Džamastagić, dipl. zn.
Psihiatrična bolnišnica Begunje
denis.dzamastagic@gmail.com

doc. dr. Branko Bregar
Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana
Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin
branko.bregar@psih-klinika.si

Izvilleček

Uvod: Prikrita aplikacija zdravil brez vednosti pacienta, kljub pogostosti in dobronamernosti ostaja ena izmed močno prezrtih tem tako iz etičnih, pravnih kot tudi političnih perspektiv. Namen raziskave je raziskati prikrito aplikacijo zdravil in predstaviti na dokazih podprt protokol za varno aplikacijo prikritih zdravil v klinični praksi.

Metode: Izveden je bil sistematični pregled tuje in domače strokovne ter znanstvene literature. Uporabljeni sta bili analiza in sinteza pregleda dokazov iz zbirke podatkov CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink, WILEY in PubMed, med letoma 2009 do 2019. Za iskanje virov je bil oblikovan PICO konceptualni model s ključnimi besedami: »patient«, »covert medication«, »administration«. Analiza virov je bila izvedena z odprtim kodiranjem.

Rezultati: Identificiranih je bilo 40 kod, ki so združene v 5 vsebinskih kategorij: (1) razširjenost prikrite aplikacije zdravil, vzroki in najpogostejše skupine pacientov, ki prejemajo prikrita zdravila, (2) etične dileme zdravstvenih delavcev pri prikriti aplikaciji zdravil, (3) argumenti proti prikriti aplikaciji zdravil, (4) argumenti za uporabo prikrite aplikacije zdravil, (5) ukrepi za varno aplikacijo prikrite aplikacije zdravil.

Diskusija in zaključek: Prikrita aplikacija zdravil mora biti opredeljena s profesionalnimi smernicami in protokoli, ki celostno in multidisciplinarno urejajo področje.

Ključne besede: zdravstveni delavci, zavajanje, medikametoza, terapija

1 Uvod

Prikrito aplikacijo zdravila lahko razumemo kot situacijo, kadar se zdravilo, ki je navadno skrito v tekočini ali hrani, aplicira pacientom brez njihovega soglasja ali soglasja skrbnika (Wong, et al., 2005). Prikrita aplikacija zdravil je tako namerno zavajanje uporabnikov zdravstvenih storitev, ki ima različne negativne učinke tako na uporabnike kot tudi na izvajalce zdravstvene oskrbe (Abdool, 2017). Čeprav je prikrita aplikacija zdravil od izvajalcev zdravstvene oskrbe najpogosteje upravičena z najboljšimi interesi za zdravljenje in zagotavljanje varnosti pacienta, je obseg prikritega dajanja zdravil prepogost in neraziskan in odpira, tako etična, kot moralna vprašanja (Tweddle, 2009; Hung, et al., 2012; Munden, 2017).

Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slove-

nije (Zbornica-Zveza, 2014), opredeljuje izvajalce zdravstvene nege in oskrbe kot zagovornike pacientov in njihovih pravic, ki z njihovim soglasjem izvajajo predvidene postopke zdravstvene nege in oskrbe. Kodeks zdravniške etike (2016) v 16. členu opredeljuje, da kadar ni znana volja pacienta, ki ni sposoben odločanja o sebi, se zdravnik posvetuje s svojci ali z bližnjimi in predlaga takšno zdravljenje, ki je po njegovi presoji pacientu v največjo korist. Zakon o duševnem zdravju (2008) v 39. členu opredeljuje zdravljenje oseb v oddelku pod posebnim nadzorom brez njene privolitve, če ogroža svoje ali življenje drugih, če je ogrožanje posledica duševne motnje, zaradi katere ima oseba moteno presojo realnosti in nima sposobnosti obvladovanja svojega ravnanja.

Glede na pomanjkanje tuje, predvsem pa domače literature, menimo, da je v Sloveniji treba opredeliti področje prikrite aplikacije zdravil in poiskati etično in moralno rešitev za zagotavljanje varnosti pacientov.

2 Metode

Uporabljen je bil sistematični pregled literature.

2.1 Namen in cilji raziskave

Namen raziskave je bil s sistematičnim pregledom literature raziskati prikrito aplikacijo zdravil ter na podlagi pridobljenih ugotovitev izdelati in predlagati, na dokazih podprt, protokol za aplikacijo prikritih zdravil v zdravstvenem in socialnem varstvu.

2.2 Metoda pregleda literature

Za iskanje podatkov smo uporabili tuje podatkovne baze, kot so CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink, WILEY in Pub Med. Za iskanje dokazov po podatkovnih bazah smo oblikovali konceptualni okvir PICO (Population, Intervention, Comparison and Outcomes approach) (Ho, et al., 2016) z naslednjimi ključnimi iskalnimi zvezami: P (Pacinet ali Populacija) »patient«, I (Intervencija), »covert medication« (Primerjava), ki v naši raziskavi ni bila definirana, I (Izid) »administration«. V podatkovnih bazah smo postavili omejitveni kriterij objave članka med letoma 2009 in 2019. V podatkovnih bazah CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink, WILEY smo ključne besede konceptualnega okvirja PICO povezali z Boolovim operaterjem »AND«. V Pub Medu smo ključne besede nizali brez Boolovih operatorjev »patient«, »covert medication«, »administration«.

2.3 Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Izbor literature je temeljil na dostopnosti in vsebinski ustreznosti. V raziskavo smo uvrstili le literaturo, ki obravnava prikrito aplikacijo zdravil v zdravstvenem in socialnem varstvu. V končni pregled je bilo brez sive literature uvrščenih 17 raziskav, ki smo jih razvrstili po hierarhiji dokazov, kot sta opredelila Polit in Beck (2012). Od zajetih raziskav v pregledu literature je bilo največ mnenj avtorjev (Tweddle, 2009; Latha, 2010; Antony, 2012; Farrar, et al., 2012; Kala, 2012; Sarin, 2012; Yeomans, 2012; Griffith, 2016a; Griffith, 2016b; Macauley, 2016; Abdool, 2017; Munden, 2017; Sheldon, 2017; Simpson, 2017). V pregled literature smo uvrstili tudi presečni kvantitativni raziskavi (Kirkevold & Engedal, 2009; Haw & Stubbs, 2010b) in sistematični pregled literature (Haw & Stubbs, 2010a). Za večjo težo naših ugotovitev smo v raziskavo vključili tri tuje protokole za varno aplikacijo prikritih zdravil (NHS Foundation Trust, 2012; The Nati-

onal Institute for Health and Care Excellence, 2014; Care Quality Commision, 2018) ter edini domači vir (mnenje avtorja), ki opredeljuje problematiko prikrite aplikacije zdravil v Sloveniji (Džamastagić, et al., 2019). Analiza virov je bila izvedena z kodiranjem njihovih rezultatov. Pri tem smo uporabili odprto kodiranje, kar pomeni, da smo vsebino virov, ki je pomembna za naše cilje, dodeljevali kode. Pomensko podobne kode smo na koncu združili v kategorije (Tabela 1) (Saldana, 2015).

3 Rezultati

Tabela 1: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorija	Kode	Avtorji
Razširjenost prikrite aplikacije zdravil, vzroki in najpogostejše skupine pacientov, ki prejemajo prikrita zdravila	Obseg prikritega dajanja zdravil prepogost in neraziskan – stigmatizirane skupine pacientov – pacienti z duševnimi motnjami – pacienti s kognitivnimi motnjami – nezmožnosti razumevanja zdravljenja – slab uvid – zavračanje zdravil	Kirkevold & Engedal, 2009; Haw & Stubbs, 2010; Latha, 2010; Hung, et al., 2012; Abdool, 2017; Simpson, 2017
Etične dileme zdravstvenih delavcev pri prikriti aplikaciji zdravil	Poseg v avtonomijo pacienta – zavajanje pacienta – dobronamernost dela – zaščita pacientov – odvzem pravice pacientu, da zavrne zdravljenje – kršitev zaupanja med zdravstvenimi delavci in pacienti – zakonitost prikrite aplikacije	Tweddle, 2009; Latha, 2010; Sarin, 2012; Yeomans, 2012; Macauley, 2016; Sheldon, 2017; Abdool, 2017; Simpson, 2017
Argumenti proti prikriti aplikaciji zdravil	Pomen za terapevtski odnos – pomen za zmanjšan uvid v bolezen – lažji način za slabše izobraženega negovalnega kadra – nezaupanje v zdravstvene delavce in zdravstveni sistem – pomen za izid zdravljenja – pomen za sodelovanja pacienta	Latha, 2010; Antony, 2012; Sarin, 2012; Sheldon, 2017;
Argumenti za uporabo prikrite aplikacije zdravil	Zdravljenje hudih duševnih motenj – obvladovanje kriznih stanj – preprečevanje potrebe po uporabi fizične sile – preprečevanje aplikacije terapije proti pacientovi volji – preprečevanje pogostih hospitalizacij – umiritev agresivnosti – preprečevanje poslabšanja telesnega in duševnega zdravlja – pomanjkanje časa zaposlenih v zdravstvu – lajšanje telesnih bolečin – prikrito aplikacijo zdravil izvajajo vsi – zmanjševanje trpljenja pacientov – manj restriktivna kot uporaba posebnih varovalnih ukrepov	Latha, 2010; Kala, 2010; Antony, 2012; Farrar, et al, 2012; Sheldon, 2017; Abdool, 2017; Munden, 2017
Ukrepi za varno aplikacijo prikrite aplikacije zdravil	Premislek pred aplikacijo – posvetovanje z multidisciplinarnim timom – dosledno dokumentiranje – dokumentiranje nesodelovanja pacienta – pogovor s svojci pacienta – posvet s pacientovim osebnim zdravnikom – razmislek o alternativah – pred vsako prikrito aplikacijo je treba pacientu ponuditi zdravila – dokumentiranje zdravnika, ki je zdravilo predpisal, kot tudi medicinske sestre	Haw & Stubbs, 2010; Farrar, et al, 2012; NHS Foundation Trust, 2012; The National Institute for Health and Care Excellence, 2014; Griffith, 2016a; Griffith, 2016b; Care Quality Commision, 2018

4 Razprava

V raziskavi ugotavljamo, da je prikrita aplikacija »siva cona«, o kateri je zelo malo raziskanega. Rokovanje z zdravili je v tujini pogosto opredeljeno s profesionalnimi smernicami in protokoli (Royal College of Nursing, 2019), ki celostno in multidisciplinarno urejajo področje. Smernice in protokoli so razviti z namenom, da povečujejo varnost tako pacientov kot zaposlenih, prav tako pa, da olajšajo neposredno klinično delo. Pomagajo tudi v primerih, ko pride do etičnih in strokovnih dilem, kot je »prikrita aplikacija zdravil«. Za smernico na področju rokovanja zdravil se posebej poudarja, da je uveljavljanje odgovornost multidisciplinarnega tima. Vprašanje aplikacije zdravil pacientom brez njihove vednosti je v zdravstvu spodbudilo premalo pozornosti, in sicer tako iz etičnih, pravnih kot tudi političnih perspektiv (Munden, 2017).

Avtorji (Yeomans, 2012; Sarin, 2012; Sheldon, 2017) vidijo prikrito aplikacijo zdravil sporno z vidika varnosti pacienta. Pacient, ki prejema prikrito aplikacijo zdravila, ne more poročati o stranskih učinkih zdravila, drobljenje in odpiranje kapsul vpliva na mehanizem delovanja zdravila. Navodila farmacevtov glede drobljenja tablet in odpiranja kapsul so jasna – vsako drobljenje in odpiranje kapsul imata lahko resne posledice, ki vplivajo na zdravje in zdravljenje. V raziskavi pri pacientih z motnjo požiranja (Farrar, et al., 2012) strokovnjaki pri drobljenju zdravil navajajo naslednje klinične zaplete: spremembe količine absorpcije zdravilne učinkovine, ki so lahko pri veliki absorpciji smrtno nevarne, ali v primeru premajhne absorpcije, neučinkovite pri zdravljenju. Tablete z zdrobljenimi gastrozistentnimi sloji povzročajo prehitro sproščanje zdravilne učinkovine. Do sproščanja zdrobljenih zdravil lahko pride pri stiku s hrano ali tekočino. Zdravstveni delavci, ki drobijo zdravila, so lahko izpostavljeni delcem učinkovin, ki so lahko strupeni. V klinični praksi je v izogib drobljenju zdravil treba več razmisliti o alternativnih oblikah zdravilnih učinkovin, kot so solucije oziroma kapljice (Stegemann, et al., 2012). Pred vsako prikrito aplikacijo se je treba posvetovati v celotnem zdravstvenem timu o tem, katere alternative so sporne prakse (Yeomans, 2012).

V literaturi zasledimo tudi več protokolov (NHS Foundation Trust, 2012; The National Institute for Health and Care Excellence, 2014) za varno prikrito aplikacijo zdravil. Protokol za prikrito aplikacijo zdravil zdravstvenemu osebju nalaga premislek pred aplikacijo, ali je terapija potrebna za reševanje življenja in izboljšanje duševnega zdravja pacienta, kjer se zdravstveni delavec zaveda namena in posledic prikrite aplikacije zdravil. Najpomembnejše pri odločitvah za prikrito aplikacijo zdravil je dokumentiranje. Obrazec mora podpisati zdravnik, ki je zdravilo predpisal, kot tudi medicinska sestra, ki je zdravilo aplicirala prikrito« (NHS Foundation Trust, 2012). Nacionalni inštitut za kakovost v zdravstvu v Angliji zagotavlja standarde za domove starejših ter v 6. točki upravljanja z zdravili opredeljuje prikrito aplikacijo zdravil. Prikrita aplikacija zdravil naj se izvaja le v izrednih okoliščinah, kadar je aplikacija v skladu z angleškim zakonom o duševnem zdravju (The National Institute for Health and Care Excellence, 2014). Potreben je multidisciplinarni posvet o varnosti prikrite aplikacije in se ne sme izvajati pred posvetovanjem multidisciplinarnega zdravstvenega tima, ki skrbi za varovanja. O prikriti aplikaciji zdravil je treba napisati pisno poročilo in se o aplikaciji posvetovati s svojci (Haw & Stubbs, 2010a; Farrar, et al., 2012). Griffith (2016b) protokol za zakonito in varno prikrito aplikacijo zdravil mora vsebovati: zakaj sta zdravljenje in aplikacija zdravil, ki jih pacient zavrača, potrebna, ali so bile alternative upoštewane, zakaj so bile alternative zavrnjene, ali je pacient zmožen privoliti v zdravljenje, zakaj je prikrita aplikacija zdravil v najboljšem interesu za pacienta, ali je prikrita aplikacija najmanj restriktiven ukrep, ali so bile vse druge metode izčrpane, ali so farmacevti podali mnenje o varni aplikaciji prikrite terapije, katere so politike in protokoli za dokumentiranje prikritih zdravil.

5 Zaključek

Na podlagi ugotovitev pregledane literature smo pripravili protokol varne in pregledne prikrite aplikacije zdravil, ki pacientom in zaposlenim v zdravstvenem varstvu omogoča varno aplikacijo prikritih zdravil. Protokol zaposlenim, predvsem zaposlenim v zdravstveni negi, omogoča, da se za prikrito aplikacijo ne odločajo sami. Ponuja nabor vseh obveznih postopkov po zgledu tuje literature in vključenih strokovnjakov, s katerimi se je treba posvetovati pred prikrito aplikacijo zdravil. Pred tem je vedno potrebna tudi ocena zdravnika, ki pregleda pacienta, se z njim pogovori in mu predstavi možne zaplete pri odklanjanju zdravljenja. Če ima pacient odvzeto opravilno sposobnost, je treba v celoten proces vključiti njegove zakonite skrbnike. Pomembno je, da se pacientu pred prikrito aplikacijo zdravila zdravilo tudi ponudi. Obvezno je dokumentiranje, kolikokrat je bilo določeno zdravilo ponujeno in kolikokrat ga je pacient zavrnil. Protokol vsebuje pregled zdravil, ki jih bo pacient prejel prikrito. Protokol, ki je obravnavan multidisciplinarno z vključitvijo vseh strokovnjakov v zdravstvenem timu, tudi s farmacevtom, ki usmerja k varni prikriti aplikaciji zdravil, odobri zdravnik. Ključno za celoten postopek je obveščanje pacientovih svojcev, posvet s pacientovim osebnim zdravnikom in pred vsako aplikacijo zdravil le-ta pacientu ponuditi.

Literatura

- Abdool, R., 2017. Covert Medication: Legal, Professional, and Ethical Considerations. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 45(2), pp. 168–169.
- Antony, J.T., 2012. On the need to have „rules“ to regulate covert medication. *Indian journal of psychiatry*, 54(3), pp. 266–268.
- Care Quality Commission, 2018. Administering medicines covertly. Available at: <https://www.cqc.org.uk/guidance-providers/adult-social-care/administering-medicines-covertly> [Accessed 19 March 2019].
- Džamastagić, D., Živič, Z. & Bregar, B., 2019. Prikrita aplikacija zdravil. *Utrip*, 18(4), pp. 30–32.
- Farrar, H.M., Stewart, C. & Sturdevant, D., 2012. Covert medication administration: the practice of hiding medications in long-term care settings. *Journal of gerontological nursing*, 38(8), pp. 14–20.
- Griffith, R., 2016a. Can covert administration of medicines be in a patient's best interests? *British Journal of Nursing*, 25(15), pp. 872–873.
- Griffith, R., 2016b. Covert administration of medicines: a contentious issue. *British Journal of Community Nursing*, 21(5), pp. 261–263.
- Haw, C. & Stubbs, J., 2010a. "Covert Administration of Medication to Older Adults: A Review of the Literature and Published Studies," *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(9), pp. 761–768.
- Haw, C. & Stubbs, J., 2010b. Administration of medicines in food and drink: a study of older inpatients with severe mental illness. *International psychogeriatrics*, 22(3), pp. 409–416.
- Ho, G.J., Liew, S.M., Ng, C.J., Hisham Shunmugam, R. & Glasziou, P., 2016. Development of a Search Strategy for an Evidence Based Retrieval Service. *Public Library of Science*, 11(12), p. e0167170.
- Hung, E.K., McNiel, D.E. & Binder, R.L., 2012. Covert medication in psychiatric emergencies: is it ever ethically permissible? *The Journal Of The American Academy Of Psychiatry And The Law*, 40(2), pp. 239–245.
- Kala, A.K., 2012. Covert medication; the last option: A case for taking it out of the closet and using it selectively. *Indian journal of psychiatry*, 54(3), pp. 257–265.
- Kirkevold, O. & Engedal, K., 2009. Is covert medication in Norwegian nursing homes still a problem? A cross-sectional study. *Drugs & aging*, 26(4), pp. 333–344.
- Kodeks zdravniške etike, 2016. [online] Available at: <https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/zbornicni-akti/kodeks-2016.pdf?sfvrsn=2> [Accessed 14 February 2019].
- Latha, K.S., 2010. The noncompliant patient in psychiatry: the case for and against covert/surreptitious medication. *Positive psychiatry, neuroscience, end of life, and others essays*, 8(1), pp. 96–121.
- Macauley, R.C., 2016. Covert Medications: Act of Compassion or Conspiracy of Silence? *The Journal of clinical ethics*, 27(4), pp. 298–307.
- Munden, M.L., 2017. The covert administration of medications: legal and ethical complexities for health care professionals. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 45(2), pp. 182–192.
- NHS Foundation Trust, 2012. Guidance for the Covert Administration of Medication. [pdf] NHS Foundation Trust. Available at: <https://www.humber.nhs.uk/Downloads/Services/Pharmacy/Guidelines/Covert%20medication%20>

guidance%20in%20HFT.pdf [Accessed 19 March 2019].

Polit, D.F. & Beck, C.T., 2012. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Royal College of Nursing, 2019. Professional guidance on the administration of medicines in healthcare settings. Available at: <https://www.rpharms.com/Portals/0/RPS%20document%20library/Open%20access/Professional%20standards/SSHM%20and%20Admin/Admin%20of%20Meds%20prof%20guidance.pdf?ver=2019-01-23-145026-567> [Accessed 25 March 2019].

Saldana, J. 2015. *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. London; SAGE.

Sarin, A., 2012. On covert medication: The issues involved. *Indian journal of psychiatry*, 54(3), pp. 271–272.

Sheldon, C.T., 2017. Proof in the pudding: the value of a rights based approach to understanding the covert administration of psychotropic medication to adult inpatients determined to be decisionally-Incapable in Ontario's Psychiatric Settings. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 45(2), pp. 170–181.

Simpson, C., 2017. Covering It Up? Questions of Safety, Stigmatization, and Fairness in Covert Medication Administration. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 2(45), pp. 204–211.

Stegemann, S., Gosch, M. & Breitzkreutz, J., 2012. Swallowing dysfunction and dysphagia is an unrecognized challenge for oral drug therapy. *International journal of pharmaceutics*, 430(1-2), pp. 197–206.

The National Institute for Health and Care Excellence, 2014. *Managing medicines in care homes (2014) NICE guideline SC1, recommendations*. [online] Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs85/chapter/Quality-statement-5-Medication-reviews> [Accessed 5 February 2019].

Tweddle, F., 2009. Covert medication in older adults who lack decision-making capacity. *The British Journal of Nursing*, 18(15), pp. 936–939.

Vaughn, L., 2013. *Bioethics: Principles, issues, and cases*. 2nd ed. New York: Oxford University Press.

Wong, J.G., Poon, Y. & Hui, E.C., 2005. „I can put the medicine in his soup, Doctor!“. *Journal of medical ethics*, 31(5), pp. 262–265.

Yeomans, P., 2012. Jam today: the law and ethics of covert medication. *British Journal of Healthcare Assistants*, 18(22), pp. 298–301.

Zakon o duševnem zdravju, 2008. Uradni list Republike Slovenije, št. 77. Available at: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO2157> [Accessed 2 March 2020].

Zakon o pacientovih pravicah, 2008. Uradni list Republike Slovenije, št. 15. Available at: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4281> [Accessed 14 February 2019].

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornica-Zveza), 2014. *Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije in Kodeks etike za babice Slovenije*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

PROTOKOL ZA VARNO APLIKACIJO ZDRAVIL**Ime in priimek pacienta:****Datum rojstva pacienta:****Datum:**

Je pacientu odvzeta opravilna sposobnost? DA/NE Je pri pacientu podan predlog za odvzem opravilne sposobnosti? DA/NE Je pri pacientu sprožen postopek za postavitve skrbnika za poseben primer? DA/NE	
Kolikokrat je pacient zavrnil zdravila (v 24 urah)? Kolikokrat so bila zdravila pacientu ponujena (v 24 urah)? Je pacient v preteklosti že odklanjal zdravljenje? DA/NE	
Katero zdravilo se predvideva, da bo pacientu aplicirano prikrito?	
Zakaj je aplikacija zdravil potrebna, katere so lahko posledice za zdravje pacienta?	
Katere alternative so bile predlagane v multidisciplinarnem timu? Zakaj niso bile uporabljene? Kdo je sestavljal multidisciplinarni tim?	
Ocena zdravnika: • Pacient ni sposoben razumeti zdravljenja. DA/NE • Pacient potrebuje zdravila za nadaljevanje zdravljenja. DA/NE • Z odklanjanjem zdravil se lahko pacientu poslabša zdravstveno stanje. DA/NE	Ocena, narejena dne Ime in priimek zdravnika Podpis
Zdravstveni delavci, ki so sodelovali pri odločitvi o prikriti aplikaciji zdravil Ime in priimek Podpis Datum	
Konzultacija s farmacevtom. DA/NE (Ime in priimek farmacevta, datum konzultacije, datum pregleda terapije, datum izvida priporočil farmacevta za varno prikrito aplikacijo zdravil) Farmacevta je kontaktiral: Ime in priimek Podpis Datum	
Konzultacija s pacientovim osebnim zdravnikom? DA/NE	
O prikriti aplikaciji zdravil so obveščeni pacientovi svojci. DA/NE Datum, ime in priimek zaposlenega, ki je kontaktiral svojce, ime in priimek svojcev.	

Ime in priimek zaposlenega, ki je izpolnil protokol:

Datum:

Podpis:

USTREZNOST RAZPOREJANJA MEDICINSKIH SESTER V EIT KLINIKE GOLNIK S TOČKOVNIM SEZNAMOM TISS 28 IN VPLIV NA KAKOVOST ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE

Anton Justin, mag. zdr. nege

*Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, Oddelek za intenzivno nego in terapijo
anton.justin@klinika-golnik.si*

doc. dr. Saša Kadivec

*Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, Oddelek za intenzivno nego in terapijo
sasa.kadivec@klinika-golnik.si*

Matic Jerman, dipl. zn.

*Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, Oddelek za intenzivno nego in terapijo
matic.jerman@klinika-golnik.si*

Izvleček

Uvod: *Kakovostna in varna zdravstvena obravnava bolnikov je v razvitem svetu osrednjega pomena za vsak zdravstveni sistem. Na kakovost pomembno vpliva število in izobrazba negovalnega kadra, število negovalnega kadra vpliva tudi na pojav neželenih dogodkov.*

Metode: *Uporabljena je bila kvantitativna tehnika zbiranja podatkov s točkovnim seznamom TISS - 28. Za potrebe zbiranja podatkov smo uporabili namenski in nenaključni vzorec 505 bolnikov, ki so se v obdobju od decembra 2018 do decembra 2019 zdravili na Oddelku za intenzivno nego in terapijo Klinike Golnik, 195 žensk (38,61%) in 210 moških (61,39%). Opravljenih je bilo 5519 ocen po točkovnem seznamu TISS-28, vsako delovno izmeno je medicinska sestra za vsakega bolnika vnesla opravljene negovalne aktivnosti in intervencije. Podatki so bili statistično obdelani z računalniškim programom Microsoft Office Excell 2016. Izvedena je bila opisna statistika: frekvenca in odstotki.*

Rezultati: *Največji razkorak med potrebnimi in prisotnimi medicinskimi sestrami v delovnih izmenah je v januarju 2019 ($N = -4,93$) in februarju 2019 ($N = -7,58$), največji primanjkljaj je bil v popoldanski izmeni februarja 2019 ($N = -9,09$). Največ primerov neželenih dogodkov (50%) v obdobju ocenjevanja je bilo ugotovljenih v mesecih januar 2019 in februar 2019.*

Diskusija in zaključek: *Ustrezna kadrovska zasedba in struktura je povezana z zadovoljstvom zaposlenih, vpliva na raven kakovostne in varne zdravstvene obravnave, na zadovoljstvo zaposlenih, na pojavnost neželenih dogodkov. V naši raziskavi se je pokazalo, da je v zimskih mesecih največji razkorak med potrebnim in prisotnim številom negovalnega kadra v delovnih izmenah. V tem obdobju se je zgodilo polovico vseh letnih neželenih dogodkov. TISS 28 je pomembno orodje za izračun potreb po negovalnem kadru, ki temelji na izračunu izvedenih negovalnih aktivnosti.*

Ključne besede: *medicinska sestra, točkovni seznam TISS 28, razporejanje kadra, kakovostna zdravstvena nega, neželeni dogodki*

1 Uvod

Zagotavljanje varnosti in sistem izboljševanja kakovosti nista ločeni aktivnosti, pač pa del vsakodnevne prakse. Kultura varnosti je tista, v kateri se vsakdo nenehno in dejavno zaveda svojega prispevka k delovanju ustanove in možnosti, da gredo stvari lahko narobe. Je kultura odprtosti in pravičnosti, v kateri se ljudje zavejo, kaj je šlo narobe, stvari popravijo in nenehno izboljšujejo procese, ter iščejo sistem, da postanejo bolj odporni na napake (Robida, 2013).

V Sloveniji se v bolnišnicah za ugotavljanje potreb po zdravstveni negi (ZN) uporablja enoten sistem: Slovenska kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege (SKZBZN). S strani Zdravstvenega sveta Ministrstva za zdravje Republike Slovenije je bila leta 2011 SKZBZN prepoznana kot ustrezna metoda za izračunavanje potreb po izvajalcih zdravstvene in babiške nege v bolnišnicah. V svetu za ugotavljanje potreb po ZN uporabljajo kategorizacijo ZN, v enotah intenzivnega zdravljenja pa vse več točkovne sezname. Točkovni sezname za merjenje potreb po ZN in za merjenje obremenjenosti medicinskih sester (MS) v enotah intenzivne terapije (EIT) so bili razviti kot rezultat prizadevanj za boljšo razporeditev in izkoristek obstoječega negovalnega osebja, prikaz zahtevnosti zdravstvene nege, odločanje o potrebnem številu MS ter obvladovanju stroškov. Kar 50% vseh stroškov v EIT se porabi za ZN, hkrati pa premalo MS pomeni nezadosten nadzor nad pacienti, večje število neželenih dogodkov ter porast bolnišničnih okužb (Luzar Hozjan & Svilar, 2016).

Therapeutic Intervention Scoring System (TISS) je eden izmed točkovnih seznamov, ki se uporablja v EIT, razvit je bil leta 1974 kot TISS -76. Točkovni seznam je temeljil na ocenjevanju obremenjenosti MS, vrsti in številu terapevtskih intervencij v EIT (Miranda, et al., 2003).

Leta 2003 so TISS - 76 točkovni seznam poenostavili v verzijo TISS – 28. S TISS - 28 se točkujejo intervencije, ki so zbrane v sedem skupin: standardne aktivnosti, kardiovaskularna podpora, specifične intervencije, umetna ventilacija, ledvična podpora, nevrološka podpora, podpora presnovi (Miranda, et al., 2003).

Merjenje delovne obremenitve je ključnega pomena za prepoznavanje potreb po številu MS, za zagotovitev varne zdravstvene oskrbe pacienta in racionalizacije finančnih sredstev za zdravstveno nego (Choi, et al., 2010). Prav merjenje delovne obremenitve vzpodbuja tudi European Federation of Critical Care Nursing Associations (EfCCNa), ki dodaja, da je potrebno vrednotiti delo medicinskih sester v EIT (EfCCNa, 2007). V zdravstveni negi, kjer se srečujemo s finančnimi omejitvami, obremenjenostjo/ preobremenjenostjo medicinskih sester, vse večjo odgovornostjo in hitrimi odločitvami v kliničnih okoljih, prav gotovo ne smemo pozabiti na merjenje obremenjenosti MS (Hadley, et al., 2005). Raziskave so pokazale, da 2, 9 do 16, 6 % pacientov, ki se zdravi v akutnih bolnišnicah utrpi eno ali več napak s škodo (Robida & Simčič, 2011; Ausserhofer, et al., 2012). Polovica neželenih dogodkov se smatra za prepričljive, pri 5% do 13% neželenih dogodkov pa je pacient umrl (Smits, et al., 2010). V slovenskih bolnišnicah se letno zgodi okoli 35000 neželenih dogodkov in zaradi tega umre okoli 350 ljudi (Robida & Simčič, 2011).

Okoli 8-12% bolnikov, ki so sprejeti v večjo akutno bolnišnico ima izkušnje z neželenimi dogodki zaradi zdravljenja, tretjina vodi v zmerno do hude poškodbe, izpade zdravja ali smrt (Lunevicius, et al., 2018). Pomemben element nastanka neželenih dogodkov je število in izobraženost kadra.

Namen raziskave je bil ugotoviti ustreznost razporejanja MS v EIT Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik (Klinika Golnik) s pomočjo točkovnega sistema TISS - 28, ter vpliv na kakovost in varnost zdravstvene obravnave.

2 Metode

Za potrebe raziskave je bila uporabljena kvantitativna tehnika zbiranja podatkov s točkovnim seznamom TISS - 28. Za iskanje literature v slovenskem in angleškem jeziku smo uporabili ključne besede: kategorizacija zdravstvene nege, TISS, obremenjenost medicinskih sester, v angleškem jeziku: categorization of nursing care, TISS, workload of nursing care. V raziskavo smo vključili osemnajst raziskovalnih člankov. Kriteriji za pridobitev člankov so bili dostopnost celotnega članka, ter objava članka od leta 2009 do leta 2019. Za pridobitev literature smo uporabili podatkovne baze: PubMed, Research Gate, Google Učenjak. Novejše literature na tematiko optimiziranja in razporejanja medicinskih sester s pomočjo točkovnega seznama TISS -28 ni na voljo, zato je bila potrebna uporaba starejše literature, v katerih so bile narejene analize uporabe različnih točkovnih seznamov v EIT.

V raziskavi smo si zastavili raziskovalna vprašanja:

RV1: V kakšnem obsegu so bile medicinske sestre razporejene v delovne izmene glede na stopnjo težavnosti obravnavanih bolnikov po točkovnem seznamu TISS - 28?

RV2 : V katerem časovnem obdobju je bilo poročanih največ skorajšnjih ali neželenih dogodkov?

2.1 Inštrument

Točkovni seznam TISS 28, je bil razvit za potrebe vrednotenja težavnosti obravnave pacientov in s tem povezane obremenjenosti MS. S pomočjo točkovnega seznama TISS 28 se vsakega pacienta ocenjuje vsako delovno izmeno. Točkovni seznam TISS 28 opredeljuje intervencije ZN, ki se jih vrednoti z vrednostmi od 1 do 5 točk. Intervencije so razdeljene na sedem različnih sklopov (Standardne aktivnosti, Kardiovaskularna podpora, Specifične intervencije, Umetna ventilacija, Ledvična podpora, Nevrološka podpora, Podpora presnovi). V vseh sklopih skupaj se tako spremlja 28 različnih intervencij, ki se vrednotijo z vnaprej določenim številom točk. Skupni seštevek točk v eni izmeni lahko znaša največ 46 točk. Vsaka točka, ki jo ovrednoti točkovni seznam TISS se nato enači z 10,6 minutami dela MS. Tako lahko dobljene točke ovrednotimo v minutah opravljenega dela MS in s tem izračunamo potrebe posameznega bolnika.

2.2 Vzorec

Za potrebe zbiranja podatkov smo uporabili namenski in nenaključni vzorec bolnikov, ki so se v obdobju od decembra 2018 do decembra 2019 zdravili na Oddelku za intenzivno nego in terapijo Klinike Golnik. V raziskavo je bilo vključenih 505 bolnikov. Skupno je bilo opravljenih 5519 ocen po točkovnem seznamu TISS-28. V raziskavo je bilo vključeni 195 žensk (38,61%) in 210 moških (61,39%).

Za potrebe raziskave smo analizirali prepoznane in poročane neželene dogodke, ki so se v obdobju december 2018 - december 2019 zgodili v EIT. Imeli smo 18 poročil, ki smo jih razdelili v štiri vsebinska področja: šest pri zdravljenju z zdravili in zdravstveni oskrbi bolnikov, tri iz področja nasilja in iz dobave medicinsko potrošnega materiala.

2.3 Potek raziskave in obdelava podatkov

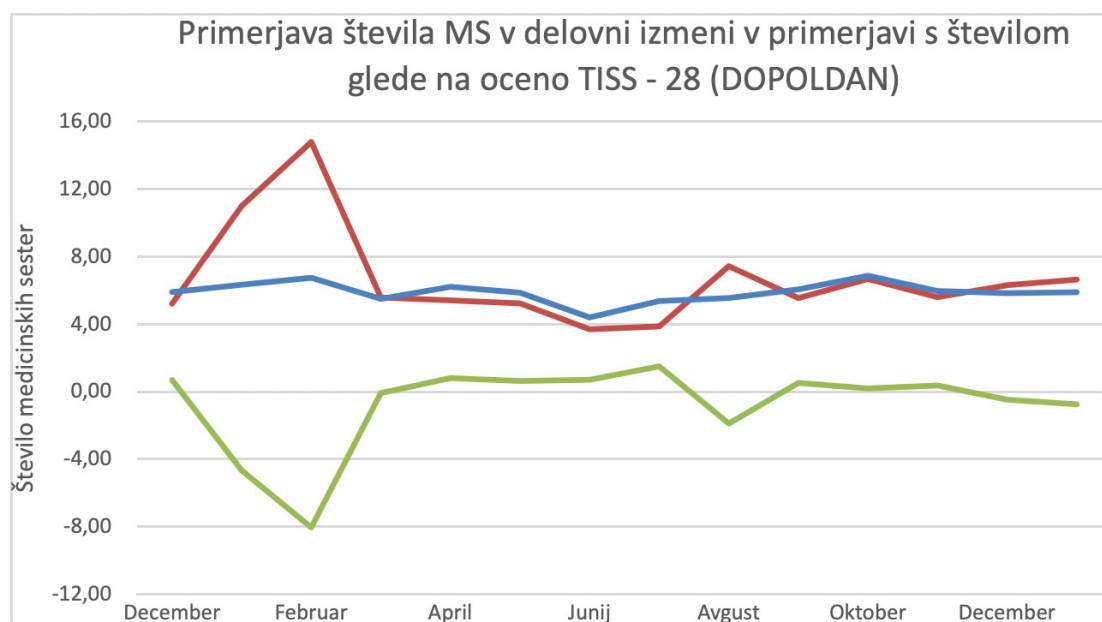
Zaposleni v EIT so bili predčasno poučeni o uporabi TISS - 28 programa. Zbiranje podatkov je potekalo v vseh delovnih izmenah (dopoldanska izmena, popoldanska izmena, nočna izmena). Podatke so vpisovali zaposleni, ki so vodili bolnike v izmeni. Za pridobitev podatkov je bila narejena v programu Microsoft Excel 2016 ocenjevalna lestvica TISS - 28 prevedena v slovenski jezik. Zaposleni je v delovni izmeni ocenil in vrednotil opravljene negovalne aktivnosti in intervencije pri bolniku, ki jih je izvajal. Vsi dobljeni podatki so bili nato obdelani s pomočjo statističnega programa Microsoft Office Excell 2016. Rezultati so bili prikazani z opisno statistiko: frekvence in odstotki.

Analiza neželenih dogodkov je bila izvedena s pomočjo analize podatkov, ki je temeljila na kvalitativni vsebinski analizi. Urejene podatke smo razčlenili na sestavne dele, da smo dobili enote kodiranja. V nadaljevanju smo kode primerjali in podobne združili v kategorije (Vogrinc, 2008).

3 Rezultati

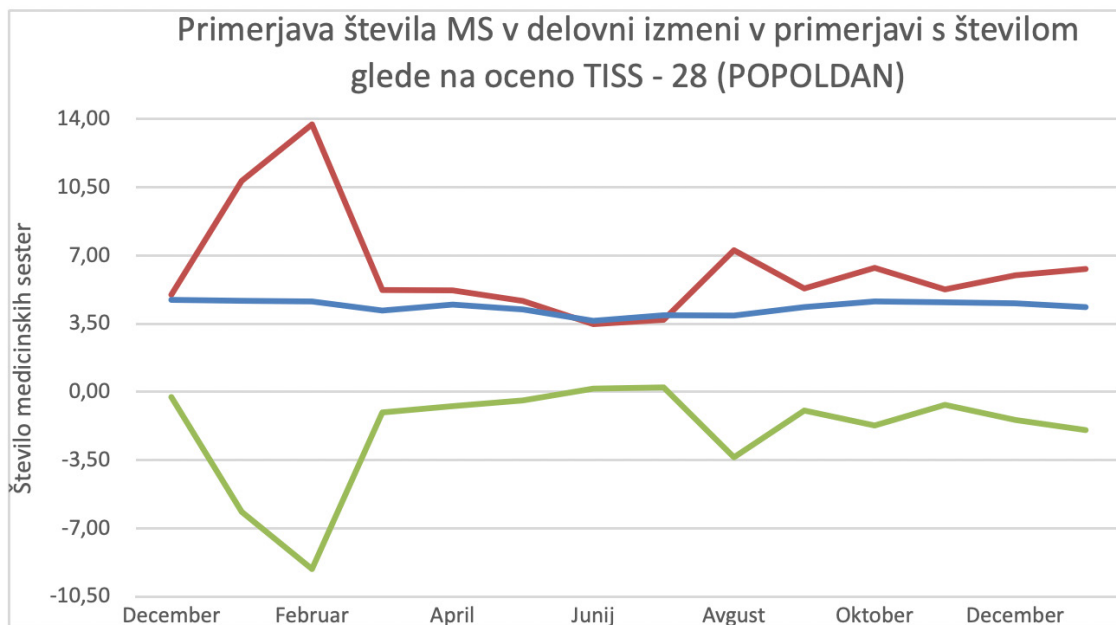
RV1: V kakšnem obsegu so bile medicinske sestre razporejene v delovne izmene glede na stopnjo težavnosti obravnavanih bolnikov po točkovnem seznamu TISS - 28?

S pomočjo točkovnega sistema TISS - 28 so bile MS razporejene v delovne izmene. Slike 1 - 3 pokažejo razporejenost MS glede na stopnjo težavnosti obravnave bolnikov.



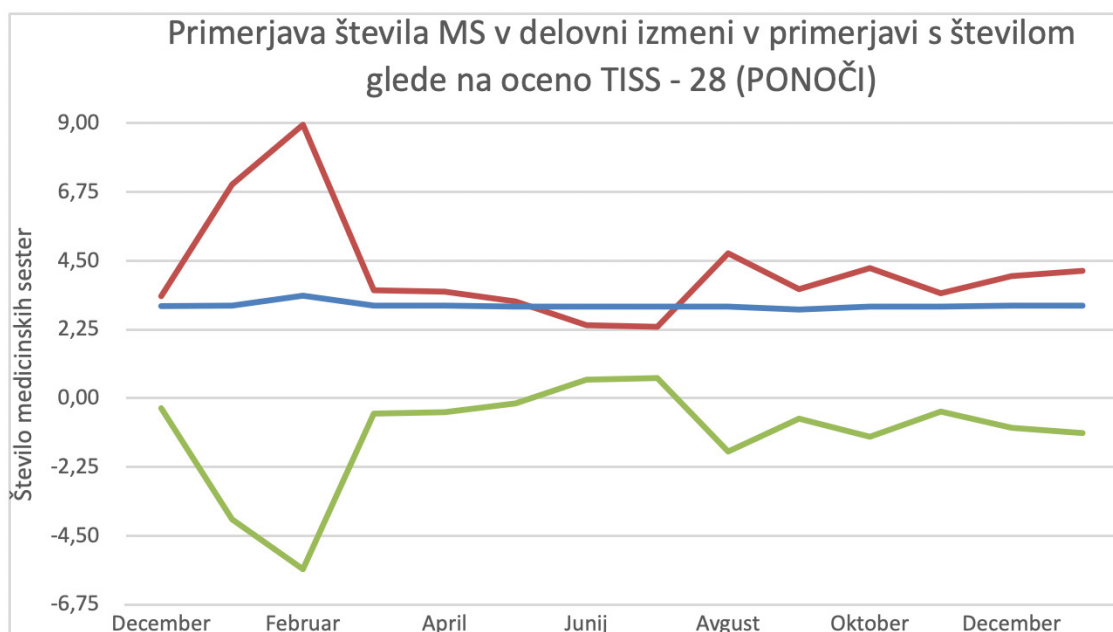
Slika 1: Primerjava števila MS (dopoldan) december 2018 - december 2019

Slika 1 prikazuje razporejenost MS v dopoldanskih delovnih izmenah v obdobju od decembra 2018 do decembra 2019. V mesecih januar 2019 ($N = -4,67$) in februar 2019 ($N = -8,05$) je moč videti odklon kjer je glede na ocene točkovnega seznama TISS - 28 potreba po MS večja kot je bila dejanska kadrovska zasedba v delovni izmeni. Za obdobje v mesecih od aprila do julija pa je v nasprotju s prej omenjenim obdobjem moč opaziti več kadra v delovni izmeni, kot ga prikaže točkovni seznam TISS - 28. Pregled rezultatov za celotno obdobje prikaže povprečno razliko ($N = -0,75$) medicinske sestre v dopoldanskih delovnih izmenah, kar pomeni v povprečju manjko ene MS.



Slika 2: Primerjava števila MS (popoldan) december 2018-december 2019

Slika 2 prikazuje razporejenost MS v popoldanskih delovnih izmenah v obdobju od decembra 2018 do decembra 2019. V mesecih januar 2019 ($N = -6,15$) in februar 2019 ($N = -9,09$) je moč videti večji odklon kjer je glede na ocene točkovnega seznama TISS - 28 potreba po MS večja kot je bila dejanska kadrovska zasedba v delovni izmeni. Za obdobje v mesecih od junija ($N = 0,17$) do avgusta ($N = 0,23$) pa je v nasprotju s prej omenjenim obdobjem moč opaziti več kadra v delovni izmeni, kot ga prikaže točkovni seznam TISS - 28. Pregled rezultatov za celotno obdobje prikaže povprečno razliko ($N = -1,965$) medicinske sestre v popoldanskih delovnih izmenah, kar v povprečju pomeni manjko 2 MS.



Slika 3: Primerjava števila MS (ponoči) december 2018-december 2019

Slika 3 prikazuje razporejenost MS v nočnih delovnih izmenah v obdobju od decembra 2018 do decembra 2019. V mesecih januar 2019 (N= -3,96) in februar 2019 (N= -5,59) je moč opaziti večji odklon kjer je glede na ocene točkovnega seznama TISS – 28 potreba po MS večja kot je bila dejanska kadrovska zasedba v delovni izmeni. Za obdobje v mesecih od junija do julija pa je v nasprotju s prej omenjenim obdobjem moč opaziti več kadra v delovni izmeni, kot ga prikaže točkovni seznam TISS – 28. Pregled rezultatov za celotno obdobje prikaže povprečno razliko (N= -1,14) MS v nočnih delovnih izmenah, kar pomeni v povprečju manjko 1 MS.

RV2 : V katerem časovnem obdobju je bilo poročanih največ skorajšnjih ali neželenih dogodkov v EIT Klinike Golnik?

Tabela 1: Število neželenih dogodkov po vsebini v obdobju december 2018-december 2019

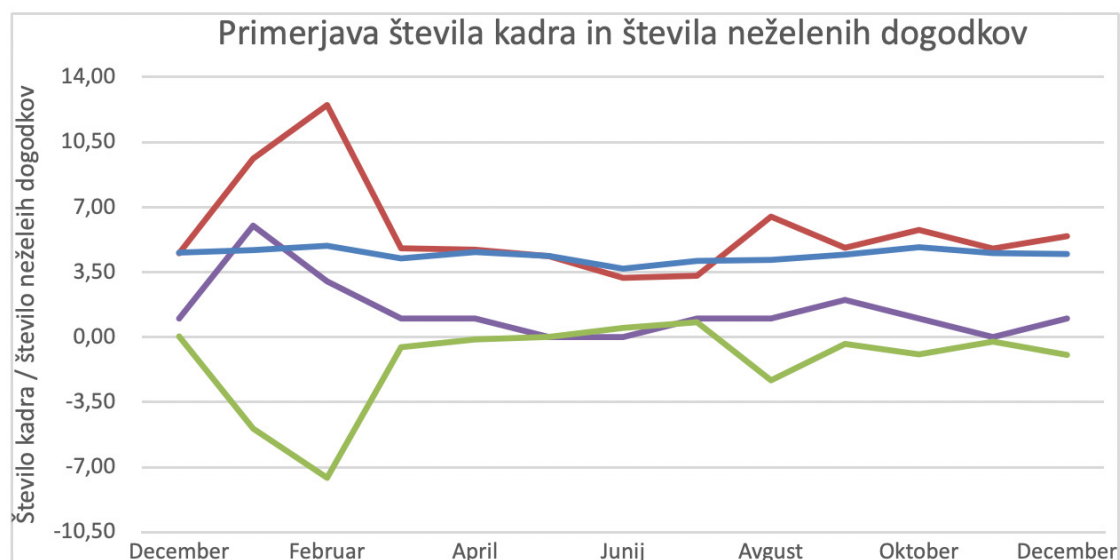
Vrsta neželenega dogodka/napake	Število dogodkov
neželeni dogodki pri obravnavi / oskrbi bolnikov	6
neželeni dogodki pri zdravljenju z zdravili	6
nasilje	3
neželeni dogodki pri dobavi/naročanju medicinsko tehničnega materiala	3
SKUPAJ	18

Tabela 1 prikazuje število neželenih dogodkov / napak po štirih različnih kategorijah. V kategoriji neželeni dogodki pri obravnavi / oskrbi bolnika podatki prikažejo šest neželenih dogodkov, prav tako je bilo šest neželenih dogodkov pri zdravljenju z zdravili. Najmanj neželenih dogodkov je iz področja nasilje ter dobavi/naročanju medicinsko tehničnega materiala. Skupaj je v obdobju ocenjevanja zabeleženih 18 različnih neželenih dogodkov.

Tabela 2: Število neželenih dogodkov po mesecih v obdobju december 2018-december 2019

Mesec	Število dogodkov
December 2018	1
Januar 2019	6
Februar 2019	3
Marec 2019	1
April 2019	1
Maj 2019	0
Junij 2019	0
Julij 2019	1
Avgust 2019	1
September 2019	2
Oktober 2019	1
November 2019	0
December 2019	1

Tabela 2 prikazuje število neželenih dogodkov za posamezni mesec. Rezultati prikazujejo največje število neželenih dogodkov / napak v mesecih januar 2019, mesecu februar 2019 ter september 2019. V ostalih mesecih je število neželenih dogodkov manjše oz. jih ni bilo prepoznanih in registriranih.



Slika 4 Primerjava kadra v povezavi z neželenimi dogodki (vse izmene skupaj) v obdobju december 2018-december 2019

Slika 4 prikazuje primerjavo med številom MS za vse izmene skupaj v povezavi z oceno TISS-28 in številom neželenih dogodkov v enoti EIT.

4 Razprava

Sodobne zdravstvene ustanove upravljajo veliko zelo kompleksnih storitev, največkrat pod velikimi časovnimi pritiski in pogosto s pomanjkljivimi viri (človeški, materialni, znanje,...). Poleg tega so v procese vključeni različni profili zdravstvenega osebja in v takih pogojih dela se zgodovinska pričakovanja o popolnosti klinične prakse zlahka uničijo. V takih pogojih je potrebno postaviti učinkovita orodja za varno delo. Zdravstvo se pri tem velikokrat zgleduje po panogah, ki so že veliko prej uskladile produktivnost in varnost, kot sta letalstvo in jedrska energija. V teh panogah, ki z visoko zanesljivostjo upravljajo zelo zapletene tehnologije in raznoliko usposobljeno osebje, so se naučili, da kadar pride do napak, kaznovanje osebja spodbuja zanikanje, strah in skrivanje napak (Castel, et al., 2015 cited in Kadivec, 2019). H kulturi varnosti bistveno prispeva prepoznavanje in poročanje neželenih dogodkov.

Prav zato je bil namen raziskave ugotoviti ustreznost razporejanja kadra s pomočjo točkovnega sistema TISS 28 in vpliv na kakovost in varnost zdravstvene obravnave. Rezultate, ki smo jih pridobili s pomočjo izvedene raziskave smo želeli primerjati z drugimi obstoječimi rezultati uporabe točkovnega seznama TISS 28 vendar jih pri pregledu strokovne literature nismo zaznali.

V raziskavi nas je zanimalo kako ustrezno so bile MS razporejene v delovne izmene glede na stopnjo težavnosti obravnavanih bolnikov. Iz analize rezultatov lahko ugotovimo, da nam največje odklone v razporeditvi MS glede na prikaz točkovnega seznama TISS-28 predstavljata mesec januar 2019 in februar 2019. V tem obdobju je na Kliniki Golnik zaznati predvsem večjo obremenjenost MS, ki je po našem mnenju posledica sezonskega gibanja bolnikov: epidemija večjega števila sprejetih bolnikov zaradi virusnih okužb, večja odsotnost MS zaradi pojava bolniških odsotnosti in potrebe po negi otroka in februarja zaradi želje po koriščenju letnega dopusta zaradi šolskih počitnic otrok. Pacienti, ki se zdravijo na Kliniki Golnik zaradi obstruktivnih bolezni kot sta KOPB in astma, v primeru zbolevanja za gripo, tvegajo hude zaplete, ki

vodijo v hospitalizacijo, dolgotrajno jemanje zdravil proti okužbi ali celo smrt (Anon, 2016).

Prav zaradi tega točkovni seznam TISS 28 prikaže veliko potrebo po MS, ki pa ji nismo mogli slediti, saj nismo imeli na voljo dovolj MS. Prav tako je zanimiv podatek za dopoldanske in popoldanske izmene v mesecu avgustu 2019, saj v tem obdobju kljub majhnemu številu bolnikov v primerjavi z drugimi meseci lahko vidimo večjo razliko v primerjavi med številom MS ki so delale v teh izmenah in številom MS, ki jih je za to namenil točkovni seznam TISS-28. Ugotovimo, da nam točkovni seznam TISS-28 dobro opiše povezavo med številom TISS točk in zahtevnostjo obravnave bolnikov. Ne ponudi pa nam ocene potreb po medicinskih sestrah zgolj glede na število bolnikov, pač pa tudi glede na stopnjo težavnosti obravnave le-teh. Vendar so že Miranda, et al. (2003) ugotovili, da točkovni seznam TISS 28 ne zajema vseh aktivnosti MS ter tako ni povsem optimalno orodje za vrednotenje obremenjenosti MS v delovnih izmenah, saj ostaja kar 45% negovalnih aktivnosti v EIT nerazporejenih. Prav tako so raziskave v številnih EIT pokazale, da je postavljena meja 46 točk izredno visoka, ker v večini EIT ena MS skrbi za dva bolnika v delovni izmeni. EIT se po zahtevnosti ZN zelo razlikujejo med seboj, v večini raziskav je povprečen rezultat TISS-28 31 točk na pacienta (Telles & Castilho, 2007).

V času opazovalnega obdobja smo analizirali 18 neželenih dogodkov. Le-te smo pregledali in jih primerjali z rezultati, ki nam jih je prikazal točkovni seznam TISS 28. Primerjava števila neželenih dogodkov po mesecih pokaže, da se jih je največ zgodilo v mesecu januarju 2019 (N=6) in februarju (N=3), najmanj pa v mesecih maj, junij in november 2019 (N= 0). Ko število neželenih dogodkov primerjamo s številom MS razporejenih po delovnih izmenah ugotovimo, da se je največ neželenih dogodkov (50%) zgodilo v obdobju kjer je bilo MS po oceni točkovnega seznama TISS-28 premalo (mesec januar in februar 2019). Glede na ugotovljeno predvidevamo in povezujemo, da je število neželenih dogodkov lahko posledica preobremenjenosti kadra zdravstvene nege. Do enakih ugotovitev so prišli tudi tuji avtorji v raziskavah, ki poudarjajo kako pomembno je razmerje med številom MS in bolnikov. Veliko število bolnikov za katere mora skrbeti MS tako povezujejo z več napakami, manj zadovoljstva pri delu in na splošno z manj varno zdravstveno nego (National Nurse United, 2020). Nekateri drugi avtorju poudarjajo tudi, da ima velika obremenitev MS tesno povezavo s pritožbami bolnikov in njihovih svojcev. Prav tako veliko obremenitev MS povezujejo z nasiljem nad medicinskimi sestrami (Havaei & MacPhee, 2020).

5 Zaključek

Iz vsakdanje prakse nič kolikokrat slišimo govorice o tem, kako preobremenjeno je osebje zdravstvene nege. Obstoječi sistemi, ki jih uporabljamo za razporejanje zdravstvenega kadra v negovalne izmene so večinoma zastareli ali pa le-teh sploh ne uporabljamo. Po pregledu pridobljenih rezultatov in analize le-teh smo mnenja, da je obremenjenost medicinskih sester zelo pomemben dejavnik, ki vpliva na strokovnost opravljenega dela medicinskih sester. Vsekakor se v prihodnje želimo usmeriti v bolj kakovostno in varno zdravstveno nego, ki pa je brez primerne števila medicinskih sester in primerne razporeditve le-teh prav gotovo ne moremo doseči.

Literatura

Andersson, A., Frank, C., Willman, A.M.L., Sandman, P.O. & Hansebo, G., 2015. Adverse events in nursing: a retrospective study of reports of patient and relative experiences. *International Nursing Review*, 62(3), pp. 377-385.

Anon., 2016. Vaccination and lung disease. [pdf] European Lung Foundation. Available at: <https://www.euro->

peanlung.org/assets/files/en/publications/vaccinationandlungdisease.pdf [Accessed 28 February 2020].

Ausserhofer, D., Schubert, M., Engberg, S., Blegen, M., de Geest & S., Shweindmann, R., 2012. Nurse-reported patient climate in Swiss hospitals. *Swiss Medical Weekly*, 142, pp. 1-9.

Castel, E., Ginsburg, L., Zaheer, S. & Tamim, H., 2015. Understanding nurses' and physicians' fear of repercussions for reporting errors: clinician characteristics, organization demographics, or leadership factors? *BMC Health Services Research*, 15, 326.

Choi, JH., Lee, KM., Lee, MA., 2010. Relationship between Hospital Nurses Perceives patient safety culture and their safety care activities. *Journal of Korean Academy of Foundations of Nursing*, 17(1), pp.64-72.

European Federation of Critical Care Nursing Associations (EfCCNa), 2007. Position Statement on workforce requirements within European Critical Care Nursing.

Available at: <http://www.efccna.org/downloads/Position%20Statement%20Workforce%20EfCCNa%202007.pdf> [Accessed 10 March 2020].

Hadley, F., Graham, K. & Flannery, M., 2005. Our health, our future: Creating quality workplaces for Canadian nurses (Workforce Management Objective A: Assess Use, Compliance and Efficacy, Nursing Workload Measurement Tools). Retrieved from Canadian Nurses Association. Canadian policy research networks Inc.

Havaei, F. & MacPhee, M., 2020. The impact of heavy nurse workload and patient/family complaints on workplace violence: An application of human factors framework. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/nop2.444> [Accessed 10 March 2020].

Kadivec, S., 2019. Zagotavljanje varnosti v kliničnem okolju. In: S. Kadivec, ed. *Akutno poslabšanje kroničnih bolezni (pljučni rak, astma, intersticijske bolezni) : zbornik predavanj z recenzijo : program za zdravstveno nego*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, pp. 17-23.

Kellet, P. & Gottwald, M., 2015. Double-checking high risk medications in acute settings: a safer process. *Nursing Management*, 21(9), pp. 16-22.

Lunevicius, R. & Haagsma, J., 2018. Incidence and mortality from adverse effects of medical treatment in UK, 1990-2013: levels, trends, patterns and comparisons. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(7), pp. 558-564.

Luzar Hozjan, K. & Svilar, V., 2016. Uporabnost točkovnih sistemov za vrednotenje zahtevnosti zdravstvene nege v enoti intenzivne terapije. In: D. Doberšek, ed. *Anesteziologija, intenzivna terapija, transfuziologija: skupaj za bolnika*. Rogaška Slatina, 1. in 2. april 2016. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziologiji, pp. 174-182.

Miranda, D.R., Nap, R., Rijk de, A., Schaufeli, W. & Lapichino, G., 2003. Nursing Activities score, *Critical Care Medicine*, 21(2), pp. 374-382.

National Nurses United, 2020. National Campaign for Safe RN-to-Patient Staffing Ratios [online] Available at: <https://www.nationalnursesunited.org/ratios> [Accessed 28 February 2020].

Robida, A., 2013. Napake pri zdravstveni obravnavi pacientov: sistematična analiza globljih vzrokov napak in njihovo preprečevanje: priročnik: Znanostjo do večje varnosti pacientov. Bled: Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave, Prosunt.

Robida, A. & Simčič, B., 2011. Zaznavanje kulture varnosti v splošnih bolnišnicah. Poročilo ministrstva za zdravje za vse splošne bolnišnice. Ministrstvo za zdravje, pp. 2-26.

Santos, P.R., Rossi Rocha, F.L. & Sampaio, C.S., 2019. Actions for safety in the prescription, use and administration of medications in emergency care units. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40(esp), e20180347.

Smits, M., Zegers, M., Groenewegen, P.P., Timmermans, D.R.M., Zwaan, L., van Der Wal, G. & Wagner, C., 2010. Exploring the causes of adverse events in hospitals and potential prevention strategies. *Quality Safe Health Care*, 19(5), pp.1-7.

Telles, S.C. & Castilho V., 2007. Staff cost in direct nursing care at an intensive care unit. *Latino-am Enfermagem*, 15(5), pp. 1005-1009.

Vogrinc, J., 2008. Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

MEDIACIJSKI CENTER ZDRAVSTVENEGA DOMA LJUBLJANA KOT VAREN PROSTOR ZA REŠEVANJE NESPORAZUMOV IN SODOBNI UČNI CENTER

*Romana Zupan, dipl. m. s., mediatorica
ZD Ljubljana – IRROZ, Mediacijski center ZD Ljubljana
romana.zupan@zd-lj.si*

*Tadeja Kolander, dipl. m. s., mediatorica
ZD Ljubljana – Center, ZV šolskih otrok in mladine
tadeja.kolander@zd-lj.si*

Izvleček

Mediacijski center Zdravstvenega doma (ZD) Ljubljana od leta 2015 predstavlja varen prostor za reševanje nesporazumov in sporov v zdravstvu. Udeleženci k mediaciji pristopijo prostovoljno in ob neformalnem in popolnoma zaupnem postopku s pomočjo mediatorja poskušajo najti skupno rešitev. Pri mediacijah sodelujejo mediatorji, ki so strokovno usposobljeni, v celotnem postopku nevtralni, ohranjajo ustrezno kulturo pogovora, varujejo dostojanstvo vseh udeležencev ter zagotavljajo zaupnost povedanega. Občasno so spori, nesporazumi in nezadovoljstvo spremljevalci našega poklicnega okolja. Prisotni so lahko med pacienti in zdravstvenim osebjem, kot tudi med samimi zaposlenimi. Komunikacijske veščine so temelj za ustvarjanje zaupnega medsebojnega odnosa in najboljše orodje za preprečevanje ter reševanje nesporazumov. V želji dodatno obogatiti kvaliteto naših storitev in prispevati k čim boljši medsebojni komunikaciji, Mediacijski center od leta 2018 deluje tudi kot sodobni učni center, kjer se v teoriji predstavljena dejstva preizkusijo tudi v praksi s simuliranim pacientom v simulacijskem okolju, kar predstavlja sodobno, kakovostno in varno metodo usposabljanja. Namen članka je predstaviti delovanje Mediacijskega centra ZD Ljubljana skozi obe glavni dejavnosti. Mediacija kot alternativno in mirno reševanje sporov se vedno bolj uveljavlja v zdravstvu. Tudi uporabniki naših storitev ter zaposleni jo čedalje bolj prepoznajo kot ponujeno možnost na poti iskanja sprave. S posredovanjem znanja o komunikacijskih veščinah pripomoremo h kakovostnemu sporazumevanju, spoštovanju in boljših medsebojnih odnosih.

Ključne besede: *delovanje Mediacijskega centra, nesporazumi, komunikacijske veščine, simulirani pacient*

1 Uvod

Nesporazumi in spori so del našega življenja in z njimi se srečujemo tudi v zdravstvu. Občasno nastajajo tako v odnosu s pacienti in njihovimi svojci, kot tudi med zaposlenimi. ZD Ljubljana je že pred leti prepoznal potrebo, da uporabnikom svojih storitev, zaposlenim in drugim ponudi mediacijo kot miren, zaupen ter neformalen način reševanja sporov. Le ta se kot alternativni način mirnega reševanja sporov vedno bolj uveljavlja na številnih področjih (pravo, družinska razmerja, potrošništvo, šolstvo...). V letu 2015 je bila ustanovljena mediacijska pisarna ZD Ljubljana. Ob izobraževanju mediatorjev med zaposlenimi v ZD Ljubljana, se je izkazalo, da lahko osvojene mediacijske veščine, poleg ustreznega vodenja mediacijskega postopka, močno pripomorejo k boljši medsebojni komunikaciji na vseh nivojih, tako v odnosu do pacientov, obravnavi pritožb, kot tudi med zaposlenimi in vodstvom. Osnova mediacijskih tehnik

so specifične komunikacijske veščine, ki gradijo vsak medosebni odnos. Prvotna dejavnost Mediacijskega centra se je tako nekaj let kasneje nadgradila v sodobni učni center, ki izvaja izkustvene učne delavnice s pomočjo simuliranega pacienta. Namen prispevka je predstaviti obe dejavnosti Mediacijskega centra ZD Ljubljana.

2 Mediacijski center ZD Ljubljana kot varen prostor za reševanje nesporazumov

Mediacijski center ZD Ljubljana predstavlja varen prostor za reševanje nesporazumov in sporov v zdravstvu. Ustanovljen je bil junija 2015 in od otvoritve mediacijske pisarne septembra 2015 deluje v svojih prostorih na lokaciji Aškerčeva 4 v Ljubljani. Organizacijsko je del Inštituta za raziskave in razvoj osnovnega zdravstva ZD Ljubljana, njegovo delovanje pa je povsem samostojno in deležno velike podpore vodstva ZD Ljubljana.

Mediacija je oblika mirnega, zaupnega in neformalnega reševanja nesporazumov in sporov s pomočjo strokovne osebe – mediatorja, ki kot tretja, nevtralna oseba pomaga strankama, da se slišita, povesta vsak svojo zgodbo, občutke, pričakovanja, prepoznata skupne interese, skleneta sporazum ali dogovor. Ker je najboljša rešitev tista, do katere prideta stranki sami, z rešitvijo spora na novo oblikujeta medsebojna razmerja in odnose. Zaradi svoje narave je postopek do strank prijaznejši in prilagojen njunim interesom. Do rešitve prideta po mirni poti s prepoznavanjem in upoštevanjem čustev, kar stabilizira odnos in omogoča nadaljnje sodelovanje. V zdravstvu je mediacija zelo učinkovit način reševanja sporov, saj vpletenim pomaga hitro ter ponovno vzpostavlja zaupanje in medsebojno sodelovanje.

Pri mediacijah sodelujejo **mediatorji**, ki so strokovno usposobljeni, v celotnem postopku nevtralni, ohranjajo ustrezno kulturo pogovora, varujejo dostojanstvo vseh udeležencev ter zagotavljajo zaupnost povedanega. V Mediacijskem centru ZD Ljubljana pri mediaciji vedno sodelujeta dva mediatorja, ki ju stranki izbereta s seznama mediatorjev.

Udeleženci pristopijo k mediaciji prostovoljno, ko nesporazuma ali spora ne morejo rešiti sami ali s pomočjo svojega okolja, ko potrebujejo tretjo osebo, ki skrbi za enakovredno pozicijo obeh strani, ko želijo ohraniti odnos in sodelovati tudi v prihodnje in ko so pripravljeni po neformalni poti poiskati skupne interese in jih spoštovati. Udeleženci so lahko vsi zaposleni v ZD Ljubljana in tudi iz drugih zdravstvenih ustanov. Rešujemo nesporazume in spore med zdravstvenimi delavci in sodelavci, med pacienti in zdravstvenimi delavci, vodstvom, drugimi zdravstvenimi zavodi, lahko pa je vpletena tudi zavarovalnica, poslovni partnerji in drugi.

Kako se začne postopek mediacije? Predlagatelj mediacije je lahko kdorkoli; sodelavec, vodja, predstojnik ali ena od oseb, vpletenih v nesporazum. Predlagatelj izpolni Predlog za začetek mediacije, ki je kot obrazec dostopen vsem zaposlenim ZD Ljubljana, Prav tako pa lahko pokliče ali piše na e-naslov v Mediacijski center (mediacijski.center@zd-lj.si) in na kratko opiše spor ter navede vpletene osebe oz. kandidate za mediacijo. Vodja Mediacijskega centra kontaktira vse navedene osebe, pojasni postopek mediacije in če se vsi prostovoljno strinjajo s postopkom, se dogovorijo najprej za predmediacijsko srečanje. To srečanje poteka ločeno z vsako stranko posebej, prisotna pa sta oba mediatorja. Stranki se ponovno obrazloži postopek in ponudi priložnost, da pove svojo zgodbo in videnje spora. Nato se dogovorijo za prvo skupno srečanje, na katerem pa pred začetkom mediacije vsi udeleženi podpišejo Pogodbo o mediaciji, s katero se zavezujejo k zaupnosti in prostovoljnosti. Mediacija daje možnost, da se začne spor reševati takoj in običajno tudi hitro, in že z nekaj srečanji pride do dogovora. Skupen dogovor se na željo strank zapiše, lahko pa se zagotovi tudi izvršilni naslov, ki da dogovoru pravno moč.

Mediacijski center je tudi prostor za iskren pogovor ali posvet. Zaposleni ZD Ljubljana na ta način razrešujejo težave, ki se nanašajo na neustrezne medsebojne odnose, nerazumevanje med sodelavci, obrekovanje, vodenje in osebne stiske. Pogovori temeljijo na zaupnosti in iskrenosti.

Nezadovoljstvo in nesporazumi bodo, žal, vedno spremljevalci našega poklicnega okolja, ki pa se jih lahko naučimo prijazno in spoštljivo reševati ter z ustreznimi komunikacijskimi veščinami preprečevati. Zato Mediacijski center ZD Ljubljana deluje tudi kot učni center.

2.1 Mediacijski center ZD Ljubljana kot sodobni učni center

Mediacijski center ZD Ljubljana od leta 2018 deluje kot sodobni učni center. Organizira redna usposabljanja z delavnicami o komunikacijskih veščinah, ki so osnovno orodje uspešnega dela z ljudmi, dobrega vodenja in kakovostnih medsebojnih odnosov.

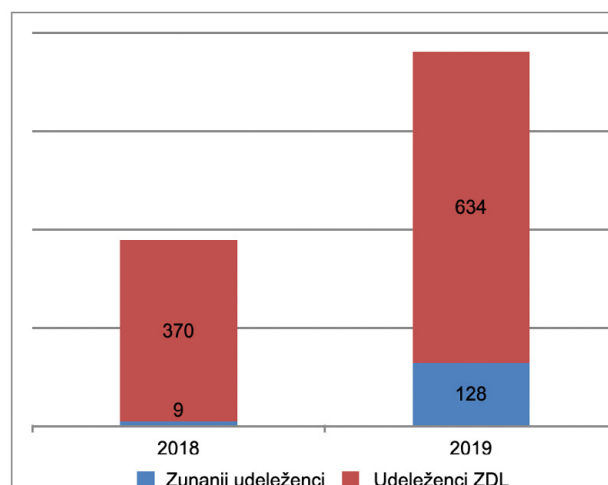
Delavnice v Mediacijskem centru se v povprečju izvajajo dvakrat tedensko. V skupini je največ dvanajst udeležencev, kar zagotavlja kvalitetnejšo izvedbo in aktivno sodelovanje vseh udeležencev.

Delavnice, ki se trenutno izvajajo v Mediacijskem centru, so:

- Uspešna komunikacija in reševanje nesporazumov v zdravstvu
- Sporočanje slabe novice
- Kako v skrbi za druge poskrbeti zase
- Kakovost se začne z vstopom skozi vrata – Informator in telefonist v zdravstvu
- Utrjevanje mediacijskih veščin za mediatorje ZD Ljubljana
- Usposabljanje simuliranega udeleženca
- TTT Vodenje delavnic

Potekajo tudi krajša predavanja:

- Veščine uspešne komunikacije
- Mediacija v zdravstvu in uporaba mediacijskih veščin
- Prednosti reševanja nesoglasij z mediacijo
- Razvojno ocenjevanje in letni pogovor – Priprava in izvedba
- Veščine odličnega nastopa



Slika 1: Udeležba na usposabljanjih v Mediacijskem centru ZD Ljubljana

Število udeležencev na usposabljanjih Mediacijskega centra je v porastu. V letu 2018, ko smo začeli z rednim izvajanjem delavnic in predavanj, je bilo 379 udeležencev, v letu 2019 pa že 762 (Slika 1). Vedno bolj so usposabljanja prepoznana tudi pri zunanjih udeležencih, ki niso zaposleni v ZD Ljubljana.

2.2 Prednosti našega učnega centra

Učenje v našem centru poteka na sodoben, napreden način, saj se večina učnih delavnic izvaja s pomočjo simuliranega udeleženca. Izobraževalne delavnice so namenjene vsem timom v zdravstvu in ostalim sodelavcem (informatorji, telefonisti, ...). Večina delavnic temelji na učenju in izpopolnjevanju komunikacijskih veščin v različnih zahtevnih situacijah, s katerimi se redno srečujemo (neustrezno vedenje pacienta ali zdravstvenega delavca, nerealna pričakovanja pacienta, sporočanje slabe novice, komunikacija med vodjem in zaposlenimi, ipd.).

Številne raziskave so pokazale, da za izboljšanje veščin komunikacije ne zadošča samo učenje iz knjig in udeležba na predavanjih. Teoretično znanje je sicer osnova za razumevanje značilnosti sporazumevanja, vendar to za njegovo učinkovito izvajanje v praksi ni dovolj. Komunikacijskih veščin se je najučinkoviteje možno naučiti ali jih spremeniti prav z izkustvenimi metodami učenja (Zidanšek, et al., 2013).

Za doseganje čim višjega nivoja kakovosti, raznolikosti in dejanskega izkustva se poslužujemo različnih metod učenja:

- aktivna soudeležba vseh udeležencev skozi proces izobraževanja
- razprava o primerih težavnega sporazumevanja iz delovnega okolja udeležencev,
- opazovanje situacije (ogled igranega scenarija, opazovanje trenerja komunikacijskih veščin pri vodenju komunikacije v zahtevni situaciji),
- ogled videoposnetkov in filmov,
- vključitev simuliranih pacientov ali udeležencev in aktivno sodelovanje v simulacijah,
- analiza in ocena skupine udeležencev in trenerja komunikacijskih veščin o opravljenem zaigranem scenariju.

Z opisanim dosežemo, da udeleženci teoretično predstavljena dejstva v učnem procesu na interaktiven način sprejmejo, jih opazujejo, nato pa tudi praktično preizkusijo v več zaigranih situacijah s pomočjo simuliranega udeleženca.

2.3 Simulirani pacient ali udeleženec in simulacija

Izobraževanje zdravstvenih delavcev s pomočjo simulacij je v svetu in pri nas v polnem razmahu (Karnjuš & Pucer, 2012). Tako vse pomembnejšo vlogo v učenju nasploh in tudi v učenju komunikacije dobivajo simulirani oziroma standardizirani pacienti ali udeleženci, ki prevzamejo vlogo pacientov ali svojcev.

Simulirani pacient je zdrava oseba, ki je usposobljena igrati vlogo pacienta na realističen način. S pomočjo simuliranega pacienta se je možno učiti preprostih komunikacijskih spretnosti kot tudi bolj zapletenih oblik sporazumevanja (Zidanšek, et al., 2013).

Oseba, ki igra simuliranega pacienta ali udeleženca, je za to vlogo ustrezno usposobljena in naučena, kako odigrati določeno situacijo oz. bolezensko stanje. Simulacija temelji na vnaprej pripravljenem scenariju.

Pri učenju komunikacijskih veščin v Mediacijskem centru udeleženca soočimo s težavnim vedenjem simuliranega pacienta. S pomočjo stenske projekcije se posnema delovno okolje (npr. ambulanta, čakalnica), da se čim bolj približamo realnosti. Želeno je, da so udeleženci izobraževalnega modula oblečeni v delovna oblačila, da je stopnja doživljanja resničnosti čim večja (Karnjuš & Pucer, 2012). Po naših izkušnjah se večina sodelujočih tako vživi v situacijo, da ob tem doživlja veliko mero realnega stresa in odziv tudi lastnih čustev.

To vodi do optimalnega doživetja realne situacije in tako ustvarja učinkovito izobraževalno simulacijo (Karnjuš & Pucer, 2012).

Udeleženci izobraževalnega modula, ki opazujejo komunikacijo soudeleženca s simuliranim pacientom, se ob tem prav tako izkustveno učijo.

Vsaki simulaciji sledi analiza / ocena ter povzetek, tako s strani učečega v simulaciji kot tudi trenerja komunikacijskih veščin. K analizi videnega so pozvani tudi ostali udeleženci, ki poudarijo pozitivne vidike izvedene komunikacije. Tako vsestransko izkustveno učenje zahteva manjše število udeležencev, saj ti nenehno aktivno sodelujejo.

Prednosti učenja s simuliranim pacientom:

- učinkovitejše učenje, ker temelji na lastnem izkustvu,
- sprotno prilagajanje simuliranega pacienta glede na odziv, komunikacijo ter znanje udeleženca,
- napake v komunikaciji nimajo škodljivih posledic,
- učni proces se lahko kadarkoli prekine (za dodatne napotke),
- iskrene povratne informacije tudi s strani simuliranega pacienta,
- omogoča ponovitev simulacije z istim scenarijem za izboljšanje ali utrditev znanja,
- večji občutek varnosti udeleženca (kadar so veščine pomanjkljive),
- omogoča boljšo pripravljenost in višjo raven samozavesti pred povratkom v delovno okolje in izpostavljenostjo podobnim situacijam.

3 Razprava

ZD Ljubljana preko Mediacijskega centra vpeljuje učinkovit način preprečevanja in reševanja nesporazumov ter sporov. S tem pripomore k še kvalitetnejši obravnavi pacientov, zaupanju, spoštovanju in zadovoljstvu tako pacientov kot tudi zaposlenih. Ob nastalih nesoglasjih se ne išče krivca, ampak skupne interese in rešitve. Mediacija vzpostavlja novo kulturo odnosov, s poudarkom na sodelovanju, komunikaciji in medsebojnem poslušanju.

Mediacijski center za mediatorje organizira obnovitvene delavnice in nadaljevalna izobraževanja. Usposablja tudi nove mediatorje. Vse zaposlene želi ozavestiti o mediacijskem postopku, da znajo mediacijo predstaviti in nanjo napotiti.

Dobro medsebojno sporazumevanje je osnova za vzpostavitev kakovostnega odnosa, sodelovanja ter zaupanja, tako med zaposlenimi kot tudi v odnosu do pacientov. Posledično je prav ustrezna komunikacija velikokrat eden od glavnih kriterijev dobre obravnave in osebnega zadovoljstva, tako na strani pacienta kot zdravstvenega delavca. Učenje komunikacijskih veščin s simuliranim pacientom predstavlja napredno obliko usposabljanja v zdravstvu. Teoretično znanje se podkrepi z igro scenarijev iz delovnega okolja, pri čemer sodeluje vnaprej usposobljen simulirani pacient. Tovrstno učenje je varno, dviguje samozavest in omogoča utrditev

znanja. Dostopno naj bo vsakemu zdravstvenemu delavcu, ki v sebi prepozna potrebo po pridobitvi ali nadgraditvi tovrstnih znanj.

Komunikacijske veščine so v odraslih ljudeh že zelo izoblikovane in zasidrane. Spreminjanje ni enostavno. Nadgrajevanje znanja zahteva ponavljanje izkustvenih delavnic. Pri nekaterih zdravstvenih delavcih je možno zaznati tudi odklanjanje tovrstnega učenja in prepričanje v zadostno usposobljenost v komunikacijskih veščinah.

4 Zaključek

Mediacijski center ZD Ljubljana je prostor mirnega in zaupnega reševanja sporov v zdravstvu in sodobni učni center. Z mediacijo vstopa v različne spore in nesoglasja ter poizkuša najti ravnovesje in skupni interes med sprtima stranema. Včasih zadošča že odkrit pogovor ter aktivno medsebojno poslušanje, ki ga usmerja usposobljen mediator. Med uporabniki naših storitev je Mediacijski center prepoznan kot prijazen prostor, kjer se lahko izrazijo stiske, ki nastanejo v medsebojnih odnosih s pacienti in sodelavci. Pogosto ga opišejo kot prostor, kjer so tudi izobraževanja drugačna, uporabna, osebno doživeta, zanimiva, manj formalna in dejavna. Vsi sodelavci Mediacijskega centra se trudijo za čim višji nivo prijazne medsebojne komunikacije.

Ustrezne komunikacijske veščine so tiste, ki zdravstvenim delavcem pomagajo, da lahko vodijo ustrezno sporazumevanje in ohranijo profesionalen ter dober medsebojni odnos, tako s pacienti kot tudi s sodelavci. Dobri medsebojni odnosi prispevajo k dobremu počutju v delovnem okolju in boljši kakovosti življenja.

Predpogoj za uspeh v mediaciji je osebna odločitev in želja po rešitvi spora. Le z iskrenim sodelovanjem lahko mediacijski postopek pomaga najti skupno rešitev ter boljšo prihodnost v medsebojnih odnosih. Tudi učenje in nadgradnja komunikacijskih veščin zahtevata posameznikovo aktivnost, saj spreminjanje že ustaljenih komunikacijskih vzorcev potrebuje ustrezno izobraževanje in dovolj ponavljanj v praksi, da se novi vzorci ponotranjijo.

Literatura

Karnjuš, I. & Pucer, P., 2012. Simulacije – sodobna metoda učenja in poučevanja v zdravstveni negi in babištvu. Obzornik zdravstvene nege, 46(1), pp. 57-64.

Zidanšek, A., Rifel, J. & Švab, I., 2013. Poučevanje sporazumevanja s pomočjo videa in simuliranih bolnikov – 15 let izkušenj Medicinske fakultete v Ljubljani. Zdravstveni vestnik, 82, pp. 192-199.

KOMUNIKACIJA, KLJUČ DO USPEŠNEGA PRIDOBIVANJA KADRA V ZDRAVSTVENI NEGI

*Bojana Sečnjak, mag. zdr. - soc. manag., dipl. m. s.
Univerzitetni klinični center Maribor
bojana.secnjak@ukc-mb.si*

*Hilda Rezar, mag. zdr. neg.
Univerzitetni klinični center Maribor
Fakulteta za zdravstvene vede, Univerza v Mariboru
hilda.rezar@ukc-mb.si*

*Igor Robert Roj, univ. dipl. org., dipl. zn.
Univerzitetni klinični center Maribor
Fakulteta za zdravstvene vede, Univerza v Mariboru
IgorRobert.ROJ@ukc-mb.si*

Izvleček

Uvod: Komunikacija je pomemben dejavnik pri pridobivanju in ohranjanju ustreznega kadra v zdravstveni negi. Zelo pomemben je odnos in komunikacija do študentov zdravstvene nege. Usmeritve, ki jih pridobijo v času kliničnega usposabljanja so pomembne pri njihovih nadaljnjih odločitvah. Profesionalna komunikacija v timu vpliva na odločitev ali si v prihodnosti želijo študentje postati del negovalnega in zdravstvenega tima. Prednosti omogočanja izvajanja pomoči pri aktivnostih zdravstvene nege v zavodih, kot oblika študentskega dela, so pridobivanje strokovnih veščin in izkušenj, prepoznavanje organizacijske kulture, prepoznavanje delovnih mest ter delovnih procesov.

Metode: Uporabljena je bila metoda kvantitativnega neeksperimentalnega raziskovanja. Podatki so bili pridobljeni s tehniko anketiranja. Uporabili smo namenski vzorec, vanj so bili vključeni dodiplomski študenti zdravstvene nege in podiplomski študenti, ki so pred tem zaključili študij zdravstvene nege in opravljajo ali so opravljali študentsko delo v zdravstveni negi. Za izvajanje anketiranja smo pridobili soglasje komisije za raziskovanje v Službi zdravstvene nege zavoda. Statistično analizo smo izvedli s pomočjo spletnega orodja 1KA enklik anketa in programom SPSS.

Rezultati: Poslanih je bilo 50 vabil za izpolnjevanje ankete. Anketo je izpolnilo 38 študentov zdravstvene nege. Ugotovili smo, da se študenti strinjajo, da komunikacija in medosebni odnosi vplivajo na kasnejšo željo po zaposlitvi.

Diskusija in zaključek: Že opravljene raziskave na področju študentskega dela v zdravstveni negi podajajo ugotovitve, da večina študentov zdravstvene nege opravlja študentsko delo izven področja zdravstvene nege. V Univerzitetnem kliničnem centru Maribor, se tako kot v ostalih zdravstvenih zavodih, srečujemo z velikimi obremenitvami pri zaposlenih na področju zdravstvene in oskrbe. Študentsko delo se nam zdi odlična priložnost, s pomočjo katerega študenti spoznajo zavod kot potencialnega delodajalca. Zelo pomembno je, da študentom znamo približati zdravstveno nego v zavodu in jim dati možnost, da začutijo pripadnost poklicni skupini, pri čemer ima pomembno vlogo komunikacija in odnos s strani vseh zaposlenih v negovalnem in zdravstvenem timu.

Ključne besede: medicinska sestra, študent, zdravstvena nega

1 Uvod

Medicinske sestre morajo obvladati profesionalno komunikacijo, ki se odraža tako do pacientov in sodelavcev ter tudi vseh ostalih vključenih v delovni proces. Profesionalna komunikacija in medosebni odnosi v zdravstveni negi so ključni pri uspešnem odnosu med medicinsko sestro in pacientom ter sodelavci (Škerbinek, 1992).

Beseda ima v današnjem času veliko moč. Komuniciramo na verbalen in na neverbalen način. Za uspešno komuniciranje je zelo pomembno, da delamo na lastni komunikaciji. Pri komunikaciji je zelo pomembno, na kakšen način jo izražamo in tudi to da znamo poslušati in slišati (Ramovš, 2014).

Na delovnem mestu ves čas komuniciramo s sodelavci, pacienti in drugimi s katerimi sodelujemo pri delu. Sebe in naš način komunikacije pa predstavimo že s prvim stikom (Rešetič, 2014).

V timu kjer delamo preživimo zelo veliko časa. Dobri medsebojni odnosi vplivajo na naše počutje na delovnem mestu in tudi na kakovost življenja in dela. Normalno je da v nekem delovnem okolju prihaja do konfliktov, ampak zelo pomembno pa je, da znamo te konflikte rešiti takoj (Terseglav, 2010, cited in Skubic & Petek, 2014).

Rešetič (2014) pravi, da je pri našem delu več kritik kot pohval. Pohvale so redko izrečene, morda se komu sploh ne zdijo smiselne. Pohvala lahko prinese zelo pozitivne učinke, saj so zaposleni potem bolj motivirani za delo. V svoji študiji, ki jo je izvedla v Splošni bolnišnici Novo mesto ugotavlja, da je prišlo med leti 2011 in 2013 do porasta pohval.

Odnosi v domačem okolju posredno vplivajo tudi na naše počutje v službi. Pomembno je da smo zadovoljni, ker to zadovoljstvo odražamo tudi na zunaj. Dobri medsebojni odnosi so odvisni tudi od vodje. Posledica dobrih medsebojnih odnosov je v bistvu dobro počutje v delovnem okolju, vse pa vpliva tudi na osebno rast zaposlenega in zadovoljstvo pri delu (Skubic & Petek, 2014).

Študenti se srečujejo tudi s tem, da v sklopu kliničnega usposabljanja, kot v času opravljanja študentskega dela prehajajo med različnimi timi. Tudi pogosta menjava študentov prispeva k sprejemu, ki ga je študent deležen ko pride na oddelek. Vse to seveda vpliva na to kako se študent počuti v nekem timu. Žal še vedno nekateri zaposleni mislijo, da ni vredno vlagati časa v mlade, kar je posledica večjih dejavnikov, tako pogoste menjave študentov, kot tudi primerjave med njimi (Sully & Dallas, 2010).

Študentsko delo je med študenti zelo razširjeno. Redko pa študenti dobijo priložnost opravljanja študentskega dela na področju zdravstvene nege.

Študentsko delo v Sloveniji lahko opravlja oseba s statusom dijaka, ki je dopolnila 15 let, oseba s statusom študenta in osebe, ki imajo status udeležencev izobraževanj starejših in so mlajše od 26 let. Študentsko delo pomeni začasno in občasno opravljanje dela, podlaga za delo pa je študentska napotnica (Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, 2020).

2 Metode

Z raziskavo smo želeli ugotoviti mnenja študentov ali komunikacija in medsebojni odnosi

vplivajo na odločitev o kasnejši zaposlitvi v zavodu. Izvedena je bila kvantitativna metoda raziskovanja, ki je temeljila na neeksperimentalni metodi raziskovanja. Raziskava je bila izvedena na namenskem vzorcu dodiplomskih in podiplomskih študentov zdravstvene nege, ki opravljajo študentsko delo in tudi pri tistih študentih, ki so študentsko delo opravljali, pa so ga zaradi različnih razlogov prenehali opravljati.

Za izvedbo raziskave smo pridobili soglasje Službe zdravstvene nege v zavodu. Za izvedbo anketiranja smo uporabili odprto kodno spletno aplikacijo 1KA. Anketiranje je potekalo v mesecu februarju 2020. K izpolnitvi vprašalnika smo povabili 50 študentov, vprašalnik pa je pravilno izpolnilo 38 študentov. Podatke smo obdelali s pomočjo spletnega orodja 1KA enklik anketa in s pomočjo programa SPSS (verzija 26).

3 Rezultati

Odzivnost na raziskavo je bila 76 %. Spletno anketo je sicer želelo izpolniti več študentov, vendar so bile neustrezno zaključene in zato niso veljavne. Vprašalnik je bil sestavljen iz 32 vprašanj oz. trditev. Na označene trditve so odgovarjali po 4. stopenjski Likertovi lestvici,

- 1 - nikakor se ne strinjam,
- 2 - se ne strinjam,
- 3 - se strinjam,
- 4 - popolnoma se strinjam.

V raziskavi je sodelovalo 38 anketirancev od tega 31 (81,6 %) žensk in 7 (18,4 %) moških. Največ anketiranih je bilo starih 22 let in sicer 12 (31,6 %), 9 (23,7 %) anketiranih je bilo starih 21 let, 7 (18,4 %) je bilo starih 23 let, 4 (10,5 %) 24 let in po 3 (7,09 %) anketirani so bili stari 25 in 26 let. Povprečna starost anketirancev je bila 22 let. Anketiranih v tretjem letniku dodiplomske študijske smeri zdravstvena nega je v raziskavi sodelovalo 14 (36,8 %), absolventov dodiplomske študijske smeri zdravstvene nege 12 (31,6%), v prvem letniku podiplomske študijske smeri na 2. stopnji (predhodno zaključen dodiplomski študijski program zdravstvene nege) 8 (21,1 %), v drugem letniku podiplomske študijske smeri na 2. stopnji (predhodno zaključen dodiplomski študijski program zdravstvene nege) 3 (7,9 %) in 1 (2,6 %) absolvent podiplomske študijske smeri na 2. stopnji (predhodno zaključen dodiplomski študijski program zdravstvene nege).

Anketo je izpolnilo 35 študentov, ki še aktivno opravljajo študentsko delo in 3 študenti, ki dela ne opravljajo več. Največ anketirancev (12) opravlja študentsko delo od 1-6 mesecev, kar predstavlja 31,6 %.

2 anketiranca, ki sta sodelovala sta označila, da študentskega dela ne opravljata več zaradi zaposlitve v zavodu, kjer sta opravljala študentsko delo. Ena oseba pa je študentsko delo zaključila zaradi prevelike oddaljenosti od doma v času absolventa.

Anketirancem so, v vprašalniku, bile ponujene različne trditve v zvezi z organizacijsko kulturo, odnosih in komunikaciji v času izvajanja študentskega dela, ki smo jih razdelili v 4 sklope in sicer: osebna strokovna rast (vprašanja 1 - 3), občutek pripadnosti, odnosi in motivacija (vprašanja 4 - 10 in 24 - 25), komunikacija (vprašanja 11 - 15 in 26 - 27) in vpliv komunikacije na željo o zaposlitvi (vprašanja 16 - 17). Ocenjevali so jih na lestvici od 1 - 4. Najbolje $SO = 3,58$ ($SD = 0,482$) so anketiranci ocenili trditve, ki se nanašajo na osebno strokovno rast in sicer so se te trditve nanašale na poglobljanje strokovnega znanja, delovnih izkušenj in možnost spoznavanja organizacijske kulture oddelka, na katerem so opravljali študentsko delo. Najslabše

SO = 2,99 (SD = 0,517) so ocenili sklop trditev, ki se nanašajo na občutek pripadnosti, odnose in motivacijo. Te trditve se nanašajo na občutke sprejetosti v negovalnem in zdravstvenem timu, pohvale glede dela, upoštevanje predlogov, odnose v timih in motivacijo za delo. Trditve na področju komunikacije so anketiranci ocenili s povprečno oceno SO = 3,22 (SD = 0,461) in vpliv komunikacije na željo o zaposlitvi s SO = 3,46 (SD = 0,562).

Z najvišjimi povprečnimi ocenami SO = 3,87 (SD = 0,343) so anketiranci ocenili trditev, da mora vsak zaposleni v zdravstvu imeti znanje o komunikaciji, SO = 3,79 (SD = 0,413) trditev, da je za izvajanje zdravstvene oskrbe potrebno znanje verbalne in neverbalne komunikacije, SO = 3,71 (SD = 0,46) trditev, da se v času opravljanja študentskega dela pridobivajo delovne izkušnje in SO = 3,61 (SD = 0,547) trditev, da v času študentskega dela imajo možnost spoznati organizacijsko kulturo oddelka.

Z najslabšimi povprečnimi ocenami SO = 2,66 (SD = 0,745) so anketiranci ocenili trditev, ki se nanaša na upoštevanje njihovih predlogov za izboljšave organizacije, SO = 2,68 (SD = 0,842) trditev glede jasnih in razumljivih navodil za delo. SO = 2,71 (SD = 0,654) trditev glede izražanja stališč v zdravstvenem timu in SO = 2,79 (SD = 0,777) trditev, ki se nanaša na zaupanje glede stisk, ki jih anketiranci doživljajo ob delu.

Tabela 1: Rezultati trditev

TRDITVE	N	Srednja ocena	Standardni odklon
01./ V času opravljanja študentskega dela poglobljam strokovno znanje.	38	3,42	0,599
02./ V času opravljanja študentskega dela pridobivam delovne izkušnje.	38	3,71	0,460
03./ V času opravljanja študentskega dela imam možnost spoznati organizacijsko kulturo oddelka.	38	3,61	0,547
04./ Čutim se sprejet-a v negovalni tim.	38	3,26	0,644
05./ Čutim se sprejet-a v zdravstveni tim.	38	3,08	0,632
06./ Za opravljeno delo sem pohvaljen-a.	38	3,32	0,620
07./ Upoštevali so moje predloge za izboljšave organizacije.	38	2,66	0,745
08./ Odnose v negovalnem timu dojemam kot ustrezne.	38	2,92	0,632
09./ Odnose v zdravstvenem timu dojemam kot ustrezne.	38	2,87	0,623
10./ Negovalni tim me motivira za delo.	38	3,11	0,727
11./ Komunikacija do mene temelji na dialogu.	38	3,21	0,704
12./ Komunikacijo v negovalnem timu ocenjujem kot ustrezno.	38	3,00	0,735
13./ Komunikacijo v zdravstvenem timu ocenjujem kot ustrezno.	38	2,84	0,638
14./ Komunikacija v negovalnem timu vpliva na mojo zavzetost za delo.	38	3,47	0,647
15./ Komunikacija v zdravstvenem timu vpliva na mojo zavzetost za delo.	38	3,29	0,694
16./ Komunikacija v interdisciplinarnem timu vpliva na mojo željo po zaposlitvi v ustanovi.	38	3,45	0,602
17./ Medosebni odnosi v interdisciplinarnem timu vplivajo na mojo željo po zaposlitvi v ustanovi.	38	3,47	0,557
18./ Delovno okolje mi omogoča učinkovito komunikacijo.	38	3,03	0,753
19./ Vedno prejmem jasna in razumljiva navodila za delo.	38	2,68	0,842
20./ Zaposlenim lahko zaupam stiske, ki jih doživljam ob delu.	38	2,79	0,777

21./ Vsak zaposleni v zdravstvu mora imeti znanje o komunikaciji.	38	3,87	0,343
22./ Za izvajanje zdravstvene oskrbe je potrebno znanje verbalne in neverbalne komunikacije.	38	3,79	0,413
23./ Komunikacija temelji na dialogu.	38	3,50	0,647
24./ V negovalnem timu lahko izrazim svoje stališče.	38	3,03	0,636
25./ V zdravstvenem timu lahko izrazim svoje stališče.	38	2,71	0,654
26./ Menim, da imam dovolj znanja o komuniciranju v negovalnem timu.	38	3,26	0,554
27./ Menim, da imam dovolj znanja o komuniciranju v zdravstvenem timu.	38	3,13	0,623

Anketirance smo tudi vprašali, da ocenijo koliko medsebojni odnosi v interdisciplinarnem timu vplivajo na njihovo željo o zaposlitvi v ustanovi. Povprečna ocene te trditve je bila $SO = 3,47$ ($SO = 0,557$). Trditev, da komunikacija v interdisciplinarnem timu vpliva na njihovo željo po zaposlitvi v ustanovi pa so ocenili s $SO = 3,45$ ($SD = 0,602$).

4 Razprava

O rezultatih lahko govorimo samo na našem vzorcu, saj je bilo zelo malo sodelujočih in rezultatov ne moremo posploševati. V prihodnje si želimo še bolj spremljati in vrednotiti študentsko delo. Študentsko delo v zavodu lahko opravljajo študenti 3. letnika ali absolventi dodiplomske študijske smeri zdravstvena nega in podiplomski študenti, ki so predhodno zaključili študij zdravstvene nege.

Študentsko delo vpliva na razvijanje veščin in spretnosti, ki si jih pridobivajo študenti. Spoznavajo delovno klimo in organizacijo ter zdravstveno nego na različnih področjih. V okviru raziskave smo pridobili deloma pričakovane rezultate.

Glede komunikacije v negovalnem timu se študenti strinjajo, da je ustrezna. Prav tako se strinjajo, da je ustrezna komunikacija v zdravstvenem timu. Ustrezno ocenjujejo komunikacijo v zdravstvenem timu. Večina se jih strinja s tem, da komunikacija v negovalnem timu vpliva na zavzetost za delo, v nekoliko manjšem odstotku, pa so se popolnoma strinjali, da komunikacija v zdravstvenem timu vpliva na zavzetost pri delu. Do razlike prihaja predvsem zaradi tega, saj študenti in potem tudi zaposleni, večino časa sodelujejo z negovalnim timom.

Pomen medosebnih veščin poudarjata Boyd in Dare (2014) saj so za medicinske sestre zelo pomembne, ker so v nenehni interakciji s pacienti in sodelavci v timu. Medicinske sestre, ki imajo razvite te veščine so zelo uspešne na delovnem mestu in tudi v zasebnem življenju. Zaposlenim, ki delajo skupaj v timu, je pomembno, da delo dobro opravijo in da je tudi njihova medsebojna komunikacija ustrezna. Prav je da zaposleni ves čas razvijajo te veščine, saj s tem izboljšujejo odnos in komunikacijo do drugih članov tima in pacientov.

Ugotovili smo, da komunikacija v interdisciplinarnem timu in medsebojni odnosi vplivajo na željo po kasnejši zaposlitvi.

5 Zaključek

Z raziskavo, ki smo jo izvedli, smo ugotovili, da imajo študenti dobre izkušnje na področju komunikacije, medosebnih odnosih v timu in organizacijski kulturi v času opravljanja študent-

skega dela. Komunikacija do študentov temelji na dialogu in s tem se čutijo sprejete v tim. Menimo, da ugotovljeno zelo pomembno vpliva tudi na uspeh in kvaliteto opravljenega dela. Polovica študentov se popolnoma strinja s trditvijo, da komunikacija in medosebni odnosi v interdisciplinarnem timu vplivajo na željo po kasnejši zaposlitvi. V praksi želimo tudi na podlagi te raziskave poiskati načine kako motivirati zaposlene, da pritegnejo študente in jih sprejmejo v negovalni tim. Za študentsko delo v zdravstveni negi se ne odločijo vsi, ti pa ki se, se jim to zdi enkratna priložnost da spoznajo organizacijo v kateri delajo, organizacijsko klimo. Skozi ta način tudi delodajalec prepozna bodoče zaposlene. V času pomanjkanja medicinskih sester in posledično veliko priložnosti, ki jih imajo za zaposlitev, je zelo pomembno, da bodoče zaposlene prepoznamo, jih vzpodbujamo k njihovem razvoju in motiviramo, da ostanejo v poklicu, za katerega so se izobrazili.

Literatura

Boyd, C. & Dare, J., 2014. Communication skills for nurses. United Kingdom: John Wiley & Sons, Ltd.

Ramovš, K., 2014. Z učinkovito komunikacijo do boljših medosebnih odnosov. In: T. Požarnik, ed. Medsebojni odnosi v zdravstveni negi: zbornik prispevkov, 6. dnevi Marije Tomšič, Dolenjske Toplice, 23. januar 2014. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 50-55.

Rešetič, J., 2014. Vpliv pohval in pritožb na dobre medsebojne odnose. In: T. Požarnik, ed. Medsebojni odnosi v zdravstveni negi: zbornik prispevkov, 6. dnevi Marije Tomšič, Dolenjske Toplice, 23. januar 2014. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 56-67.

Skubic, Š. & Petek, B., 2014. Dobri medsebojni odnosi. Z učinkovito komunikacijo do boljših medosebnih odnosov. In: T. Požarnik, ed. Medsebojni odnosi v zdravstveni negi: zbornik prispevkov, 6. dnevi Marije Tomšič, Dolenjske Toplice, 23. januar 2014. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 50-55.

Sully, P. & Dallas J., 2010. Essential Communication Skills for Nursing & Midwifery. Edinburgh; New York: Mosby/Elsevier.

Škerbinek, L., 1992. Profesionalna komunikacija medicinske sestre. Obzornik zdravstvene nege, 26(1/2), pp. 29-32.

Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, 2020. Začasno in občasno delo dijakov in študentov. Available at: <https://www.gov.si teme/zacasno-in-obcasno-delo-dijakov-in-studentov/> [Accessed 26 Februar 2020].



NAPREDNO ZNANJE

KOMUNIKACIJA

KAKOVOSTNA ZDRAVSTVENA OBRAVNAVA

NAPREDNA ZDRAVSTVENA NEGA

MEDIACIJA

TIMSKA OBRAVNAVA

POVEZOVANJE