



CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

614.253.5(082)

DNEVI Marije Tomšič (4 ; 2012 ; Dolenjske Toplice)
Odgovornost v zdravstveni negi / 4. dnevi Marije Tomšič,
Dolenjske Toplice, 19. in 20. januar 2012 ; [urednica Marjeta
Berkopec]. - Novo mesto : Splošna bolnišnica : Društvo medicinskih
sester, babic in zdravstvenih tehnikov : Visoka šola za zdravstvo,
2012

ISBN 978-961-91795-4-3 (Splošna bolnišnica Novo mesto)
1. Gl. stv. nasl. 2. Berkopec, Marjeta
259700224

Splošna bolnišnica Novo mesto
Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Novo mesto
Visoka šola za zdravstvo Novo mesto



4. DNEVI MARIJE TOMŠIČ

Odgovornost v zdravstveni negi



Dolenjske Toplice, 19. in 20. januar 2012

ORGANIZACIJSKO - PROGRAMSKI ODBOR:

Zlata Rebolj, Zdenka Seničar, Marjeta Berkopec, Mira Brodarič,
Darinka Hrovat, Karmen Janežič, Marta Kavšek, Matej Kocjančič,
Barbara Luštek, Milanka Markelič, Nataša Piletič, Ana Podhostnik,
Jožica Rešetič, Mojca Saje, Barbara Špilek

4. DNEVI MARIJE TOMŠIČ – Odgovornost v zdravstveni negi

Izdali in založili: Splošna bolnišnica Novo mesto v sodelovanju z
Društvom medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov
Novo mesto in Visoko šolo za zdravstvo v Novem mestu.

Urednica: Marjeta Berkopec

Recenzija: doc.dr. Bojana Filej

Lektorirala: Sonja Simčič

Oblikovanje in prelom: Špes, grafični studio, Novo mesto

Tisk: Collegium Graphicum d.o.o., Ljubljana

Naklada: 250

Novo mesto, januar 2012

UVODNIK

ODGOVORNOST V ZDRAVSTVENI NEGI

Zlata Rebolj¹

Strokovna srečanja, ki smo jih poimenovali »Dnevi Marije Tomšič,« s četrto ponovitvijo postajajo tradicionalna. Čeprav so potrebovala nekaj časa za uveljavitev, verjamem, da je strokovno javnost prepričala aktualnost in izbira vsebin, ki jih predstavljamo in o katerih se pogovarjamo.

Za četrto srečanje smo za vodilno temo izbrali odgovornost v zdravstveni negi.

Zakaj odgovornost? Saj smo vendar vsi odgovorni! Zelo dobro vemo, kaj odgovornost je!

Žal se nam v vsakdanjem poklicnem in privatnem življenju pogosto zdi, da odgovornost v vsej svoji širini in pomenu izginja. O odgovornosti sicer dosti govorimo, se je pa ne zavedamo in je žal dostikrat ne sprejmemo. Kaj nas vodi k neodgovornemu ravnanju, odklanjanju ali sprejemanju odgovornosti? Na to in podobna vprašanja nam bodo na tokratnem srečanju poskusili odgovoriti zelo znani in manj znani strokovnjaki, zagotovo pa so vsi zelo kompetentni, da nam predstavijo svoja predavanja.

Slovar slovenskega knjižnega jezika odgovornost definira kot »dolžnost sprejeti sankcije, dati opravičilo,« kot »lastnost, značilnost človeka, ki si prizadeva zadovoljevati norme, izpolnjevati zahteve, dolžnosti,« kot »nalogo ali obveznost,« kot »odnos, pri katerem mora kdo dajati pojasnilo, utemeljitev za svoje delo, ravnanje« ali kot »lastnost, značilnost tega, kar zaradi pomembnosti, posledic, zahteva veliko znanje, skrbnost.«

Uporabimo še drugo razlago, ki izhaja iz angleške besede »responsibility«. Beseda je sestavljena iz dveh besed: »response« - odziv in »ability« - zmožnost. Torej je odgovornost zmožnost odziva na nekaj. Če prevzamemo odgovornost, se odzovemo, v resnici dobimo moč, da neko stvar spremenimo.

Kako pa se kaže odgovornost v vsakdanjem življenju, kaj to je? Odgovornost je sprejemanje vseh posledic svojih odločitev. Prave odločitve so tiste situacije, za katere smo sprejeli odgovornost in smo svoje delo odpravili do konca. V vsakdanjem življenju se kar naprej nekaj odločamo in seveda zavedno ali nezavedno sprejemamo odgovornost. Tudi nepomembne odločitve lahko nosijo veliko odgovornost. Zjutraj, ko vstanemo, se na primer moramo

¹ Zlata Rebolj, dipl.m.s., pomočnica direktorice za zdravstveno nego, Splošna bolnišnica Novo mesto
zlata.rebolj@sb-nm.si

odločiti, ali se bomo oblekli ali ne, kako se bomo oblekli, kaj si bomo nadelili... Kaj ima v tem primeru odgovornost skupnega z odločitvijo? S pravilno odločitvijo smo prevzeli skrb za svoje zdravje, izgled, družbeno sprejemljivost.

Kako vidimo odgovornost medicinske sestre, zdravstvenega tehnika, vseh zaposlenih v zdravstveni negi? Odgovorni smo na več ravneh: do pacientov, sodelavcev, delodajalcev, svoje stroke, širše družbe, predvsem pa sami sebi. Za svoje delo prevzemamo etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost. Odgovorni smo, če odgovarjamo za svoja dejanja, za nudeno zdravstveno nego, drugemu osebju, višji avtoriteti, širši družbi, javnosti; če izpolnimo dane obljube, smo pošteni, izpolnimo dolžnosti do pacientov, do samih sebe, do kolegov in kolegic. Odgovornost je temeljni koncept, model etike zdravstvene nege.

Pojem odgovornosti lahko razdelimo na bolj osebni vidik – biti odgovoren – in na pravni vidik – imeti odgovornost. Obstajajo različna področja odgovornosti in sicer moralna, etična, profesionalna in pravna (Tschudin, 2004).

Odgovornosti se ljudje na široko izogibamo. Veliko bolj enostavno jo je odriniti drugam ali drugim in se potem pritoževati, kako slabo delajo. Tako ravnanje žal opazujemo tudi pri zaposlenih v zdravstveni negi, kar ni nič nenavadnega, ker smo v prvi vrsti ljudje, z vsemi svojimi dobrimi in slabimi lastnostmi.

Zakaj menim, da je med zaposlenimi v zdravstveni negi ravno tako? Odgovorite si na nekatera vprašanja in se vprašajte: »Kaj bi bilo potrebno storiti in kako?«

Ali sprejemamo odgovornost za dela in naloge, ki nam ji nalagajo sodelavci brez pismenih navodil in pooblastil in za katera nismo usposobljeni in tudi ne izobraženi? Ali neodgovorno sprejemamo vedenje sodelavcev, ki svoje frustracije zdravijo z neprimernim odnosom do pacientov in sodelavcev? Ali odgovorno opravljamo svoje delo in zagotavljamo pacientom oskrbo, h kateri nas zavezuje kodeks zdravstvene nege? Ali odgovorno ravnamo z orodji, aparaturami in materialom, ki ga uporabljamo pri svojem delu? Ali odgovorno ravnamo z informacijami, ki jih pridobimo pri opravljanju svojega dela? Ali odgovorno ravnamo s pacientovo dokumentacijo? Ali se odgovorno vedemo pri izvrševanju zakonov, pravil, navodil?

Veseli in ponosni smo, da se je našemu vabilu k sodelovanju odzval eminenten strokovnjak na pravnem področju, gospod profesor dr. Miro Cerar ml., ki nam bo predstavil odgovornost s pravnega vidika in nam s tem pomagal poiskati odgovore na vprašanja, ki se nam zastavljajo – kdaj in v kolikšni meri prevzeti odgovornost kot posameznik v zdravstveni negi in s tem tudi v sistemu.

K iskanju pravih odgovorov in odločitev pa nam bodo zagotovo pomagali tudi prispevki vseh ostalih predavateljev, ki so v pripravo svojih predavanj vložili veliko truda, znanja in časa, da nam bodo odgovorno predstavili svoj pogled na odgovornost.

Velika družbena in osebna odgovornost se kaže tudi v pomoči vseh, ki nam kakor koli pomagajo pri organizaciji četrtega strokovnega srečanja Dnevi Marije Tomšič.

Hvala gospodu Jožetu Colariču, predsedniku uprave in generalnemu direktorju tovarne zdravil Krka in gospe Miri Retelj, direktorici Splošne bolnišnice Novo mesto, ki nam od začetka stojita ob strani in nam pomagata uresničevati naše sanje in odgovornost.

Za gostoljubje se zahvaljujemo tudi gospodu Jožetu Muhiču, županu Občine Dolenjske Toplice.

Hvala vsem in vsakemu posamezniku, ki ste odgovorno sprejeli svojo nalogo, jo opravili in s tem pomagali k uspešni izvedbi strokovnega srečanja.

Literatura

1. Slovar slovenskega knjižnega jezika. Ljubljana: DZS; 2005.
2. Tschudin V. Etika v zdravstveni negi: razmerja skrbi. Ljubljana: Educy. Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2004.

PROGRAM SREČANJA

ČETRTEK, 19. januar 2012

Moderatorka: Zdenka Seničar

- 08.30 – 09.00 Registracija udeležencev
09.00 – 09.30 Otvoritev strokovnega srečanja in uvodni nagovor,
Zlata Rebolj, Splošna bolnišnica Novo mesto
09.30 – 09.40 Pozdravni nagovori
09.40 – 10.00 Odgovorno odgovarjam odgovornim,
Matej Kocjančič, Splošna bolnišnica Novo mesto
10.00 – 11.30 Nekateri vidiki pravne in etične odgovornosti v zdravstvu,
prof. dr. Miro Cerar, Univerza v Ljubljani, Pravna fakulteta
11.30 – 11.40 Razprava
11.40 – 12.00 Odmor

Moderatorici: Barbara Luštek, Mojca Saje

- 12.00 - 12.20 Odgovornost na preizkušnji,
Zdenka Seničar, Splošna bolnišnica Novo mesto
12.20 – 12.40 Pričakovanja svojcev in odgovornost medicinske sestre,
Slavica Roljič, Psihiatrična klinika Ljubljana
12.40 – 13.00 Osebna odgovornost izvajalcev v zdravstveni negi,
mag. Ana Podhostnik, Visoka šola za zdravstvo Novo mesto
13.00 – 13.10 Razprava
13.10 – 14.30 Kosilo

Moderatorici: Darinka Hrovat, Karmen Janežič

- 14.30 – 15.00 Odgovorno jemanje zdravil,
mag. Mojca Prah Klemenčič, Krka d.d.
15.00 – 15.20 Odgovornost medicinske sestre pri lajšanju pacientove bolečine na
kirurškem oddelku Splošne bolnišnice Novo mesto,
mag. Jožica Rešetič, Splošna bolnišnica Novo mesto

- 15.20 – 15.40 Medicinska sestra štiriindvajset ur na dan,
Marija Lokar, Splošna bolnišnica Novo mesto
- 15.40 – 16.00 Odgovornost v perioperativni zdravstveni negi,
Marjeta Berkopec, Splošna bolnišnica Novo mesto
- 16.00 – 16.20 Odgovornost anestezijske medicinske sestre,
Bernarda Hrovat, Splošna bolnišnica Novo mesto
- 16.20 – 16.30 Razprava
- 16.30 – 16.50 Odmor

Moderatorici: Marta Kavšek, Ana Podhostnik

- 16.50 – 17.10 Znanje in odgovornost za preprečevanje okužb, povezanih z zdravstvom,
dr. Viktorija Tomič, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo
Golnik
- 17.10 – 17.30 Odgovornost medicinskih sester pri preprečevanju bolnišničnih okužb,
Marija Al Nawas, Univerzitetni klinični center Ljubljana
- 17.30 – 17.50 Posebni varovalni ukrepi in načelo sorazmernosti,
asist. Simon Umek, Fakulteta za poslovne vede Ljubljana
- 17.50 – 18.00 Razprava
- 18.30 Kulturni program in večerja

PETEK, 20. januar 2012

Moderatorici: Mira Brodarič, Barbara Špilek

- 09.00 – 09.20 Professional, legal and ethical responsibilities of nurses in intensive care
units, Gordana Dragosev, predsednica UINARS Serbia
- 09.20 – 09.40 Odgovornost medicinske sestre in staršev pri zdravljenju otrok,
Gordana Rožman, Splošna bolnišnica Novo mesto
- 09.40 – 10.00 Odgovornost posameznika za svoje zdravje,
Petra Erpe, Polje harmonije, Družba za kakovost življenja d.o.o.
Tinkara Pacek, Splošna bolnišnica Brežice

- 10.00 – 10.20 Odgovornost študenta na klinični praksi v zdravstveni negi,
Miha Pleskovič, Silvija Šterk, Visoka šola za zdravstvo Novo mesto
- 10.20 – 10.30 Razprava
- 10.30 – 10.50 Odmor

Moderatorici: Nataša Piletič, Jožica Rešetič

- 10.50 – 11.10 Vloga babice pri izvajanju babiške nege, njena pristojnost in
odgovornost, Jelka Cimermančič, Splošna bolnišnica Novo mesto
- 11.10 – 11.30 Odgovornost delavcev v zdravstveni administraciji in medicinskih sester
pri pravilnem komuniciranju s pacienti,
Matej Žlak, Splošna bolnišnica Novo mesto,
Primož Žlak, Visoka šola za zdravstvo Novo mesto
- 11.30 – 11.50 Odgovornost medicinske sestre v endoskopiji,
Gordana Dragišič, Splošna bolnišnica Novo mesto
- 11.50 – 12.10 Odgovornost medicinske sestre v urgentni internistični ambulanti,
Natalija Kopina, Splošna bolnišnica Novo mesto
- 12.10 – 12.30 Odgovornost za informirano delovanje in odzivnost v zdravstveni negi,
Vesna Zupančič, Visoka šola za zdravstvo Novo mesto
- 12.30 – 12.50 Ali v centralni sterilizaciji velja pravilo 7P?,
Marta Benedik, Nada Jarkovič, Martina Peterlin, Splošna bolnišnica
Novo mesto
- 12.50 – 13.00 Razprava in zaključek srečanja

KAZALO

ODGOVORNOST V ZDRAVSTVENI NEGI Zlata Rebolj	5
PRIČAKOVANJA SVOJCEV IN ODGOVORNOST MEDICINSKE SESTRE Slavica Roljić	13
OSEBNA ODGOVORNOST IZVAJALCEV V ZDRAVSTVENI NEGI Ana Podhostnik	18
ODGOVORNOST MEDICINSKE SESTRE PRI LAJŠANJU PACIENTOVE BOLEČINE NA KIRURŠKEM ODDELKU SPLOŠNE BOLNIŠNICE NOVO MESTO Jožica Rešetič	25
MEDICINSKA SESTRA ŠTIRIINDVAJSET UR NA DAN Marija Lokar	32
ODGOVORNOST V PERIOPERATIVNI ZDRAVSTVENI NEGI Marjeta Berkopec	35
ODGOVORNOST ANESTEZIJSKE MEDICINSKE SESTRE Bernarda Hrovat	41
ZNANJE IN ODGOVORNOST ZA PREPREČEVANJE OKUŽB, POVEZANIH Z ZDRAVSTVOM Viktorija Tomič	48
ODGOVORNOST MEDICINSKIH SESTER PRI PREPREČEVANJU BOLNIŠNIČNIH OKUŽB Marija Al Nawas	49
POSEBNI VAROVALNI UKREPI IN NAČELO SORAZMERNOSTI Simon Umek	54
ODGOVORNOST MEDICINSKE SESTRE IN STARŠEV PRI ZDRAVLJENJU OTROK Gordana Rožman	66

ODGOVORNOST POSAMEZNIKA ZA SVOJE ZDRAVJE Petra Erpe, Tinkara Pacek	68
ODGOVORNOST ŠTUDENTA NA KLINIČNI PRAKSI V ZDRAVSTVENI NEGI Miha Pleskovič, Silvija Šterk, Mojca Saje	80
VLOGA BABICE PRI IZVAJANJU BABIŠKE NEGE, NJENA PRISTOJNOST IN ODGOVORNOST Jelka Cimermančič	87
ODGOVORNOST DELAVCEV V ZDRAVSTVENI ADMINISTRACIJI IN MEDICINSKIH SESTER PRI PRAVILNEM KOMUNICIRANJU S PACIENTI Matej Žlak, Primož Žlak, Mojca Saje	93
ODGOVORNOST MEDICINSKE SESTRE V ENDOSKOPIJI Gordana Dragišič	107
ODGOVORNOST MEDICINSKE SESTRE V URGENTNI INTERNISTIČNI AMBULANTI Natalija Kopina	111
ODGOVORNOST ZA INFORMIRANO DELOVANJE IN ODZIVNOST V ZDRAVSTVENI NEGI Vesna Zupančič	114
ALI V CENTRALNI STERILIZACIJI VELJA PRAVILO 7P? Marta Benedik, Nada Jarkovič, Martina Peterlin	128

PRIČAKOVANJA SVOJCEV IN ODGOVORNOST MEDICINSKE SESTRE

Slavica Roljić²

Povzetek

Svojci so pomembni partnerji pri zdravstveni obravnavi ter vir informacij in resursov. Med zdravljenjem v instituciji so tudi povezovalni člen med pacientovim domom in jim ponujajo emocionalno varnost z občutki zaupanja.

Pričakovanja svojcev pri obravnavi so odvisna od različnih dejavnikov, kot so odnos z obolelim, prognoza bolezni, možnosti zdravljenja ter perspektive prihodnosti obolelega. Percepcije svojcev v procesu obravnave so vezane na varnost, zanesljivost in odgovornost zaposlenih, spoštovanje človekovega dostojanstva, strokovnost, izvedbo aktivnosti zdravstvene nege ter upoštevanje posameznikovih potreb (Gaugler, Kane, 2007). Medicinska sestra je ključna oseba za vzpostavljanje dialoga s svojci in njihovo integracijo v proces obravnave, s čimer prevzame tudi odgovornost za transparentno in kakovostno zdravstveno nego (Ryan, Scullion, 2000; Seifert, 2001).

Pregled literature in izkušnje iz dela omenjajo svojce kot partnerje v procesu oskrbe, včasih pa tudi kot vir konfliktov (Ugollini, 2011; Abrahamson et al. 2011).

Ključne besede: pacient, svojec, odgovornost, medicinska sestra

Uvod

Bolezen in intervencije, povezane z njo, tako kot drugi pomembni življenjski dogodki ne prizadenejo le posameznikov, temveč tudi najbližje družinske člane ter njihove svojce. V tem kontekstu so tudi pričakovanja bolnikov in svojcev kot uporabnikov storitev zdravstvene nege zelo pomemben del obravnave. Izhajajo iz zakonskih podlag, že pridobljenih izkušenj in družbeno-kulturnih norm. Danes se informacije hitro širijo, tako so bolniki in njihovi svojci dobro obveščeni o pravicah, dolžnostih, spremembah pri zdravljenju in diagnostiki, bioloških zdravlilih, plačilu, čakalnih vrstah ter tudi o prijaznem človeškem odnosu, profesionalnem pristopu, kakovosti storitev in varnosti. Slednje najprej pogrešajo.

2 Slavica Roljić, dipl.m.s., Psihiatrična klinika Ljubljana
slavica.roljic@psih-klinika.si

Vloga svojcev v procesu obravnave

Svojci imajo kot aktivni partnerji nadvse pomembne vloge v procesu obravnave, so pomemben vir informacij, spodbujajo obolelega svojca k proaktivnemu sodelovanju, sodelujejo kot koterapevti pri organizacijskem delu ter tako prispevajo k implementaciji terapevtskih intervencij pri zdravljenju in zdravstveni negi obolelega.

V tem konceptu se skriva odgovornost medicinskih sester, ki je orientirana na zdravstveno vzgojne elemente samooskrbe pri zadovoljevanju življenjskih aktivnosti ter funkcioniranja obolelega v skupnosti.

Avtorja Irle in Ugolini (2009) opozarjata, da so svojci v procesu obravnave dvojno obremenjeni, in sicer fizično ter emocionalno, istočasno pa so tudi sodelavci. Spoprijemanje svojcev z obremenitvami, ki jih prinaša dvojna vloga, je odvisno od psihofizične konstitucije, subjektivnih bolezenskih izkušenj ali teorij ter socialnih resursov, vključno z odnosom. Zgodnja vključitev svojca v proces obravnave je nadvse pomembna, saj z obolelim pridobivata znanje in veščine za kompetentno obvladovanje položaja ter nadaljnje odločanje glede na bolezen in njene vplive na življenje obolelega in na svojca (Irle, b.l.).

Vključevanje svojcev kot aktivnih partnerjev v proces obravnave je odvisno od kakovosti medosebnega odnosa, situacije obolelega, načina spoprijemanja s problemi in odnosi do zdravja ter nenazadnje tudi od poteka bolezenskega procesa. Danes se zaradi povečanja deleža starostnikov v institucionalnem okolju vse pogosteje srečujemo s svojci, ki jim je potrebno posvetiti več pozornosti. Kakovostno delo s starostniki od medicinske sestre zahteva dobro poznavanje navad, potreb ter želja posameznikov. Prav te informacije lahko pridobimo od svojcev, ki predstavljajo most med domačim domom in novim institucionalnim okoljem, most med preteklostjo in sedanostjo. Konstantnost in kontinuiteta emocionalnega odnosa s svojci ponujata občutenje zaupanja in varnosti (Ugolini, 2009; Ryan, Scullion, 2000).

Müller-Hergl (b.l.) opisuje, da je občutek nemoči pri svojcih reakcija na izgubo, ki se kaže po odhodu v institucijo, saj se tudi vloga svojca - negovalca spremeni v vlogo svojca - obiskovalca. Nova vloga, ki s seboj nosi regulativne funkcije nadzora s tveganji za konflikt, zahteva prilagajanje na spremembe ter upoštevanje medosebnih dejavnikov družinske zgodovine in dinamike odnosov, kakor tudi socialnih izmenjav med obolelim, svojcem in zaposlenimi. Prijazen in empatičen odnos ter kontinuirana izmenjava informacij med udeleženi odločujoče vplivajo na sodelovanje v procesu obravnave. Pomembne dimenzije dobrega sodelovanja s svojci zadevajo kakovost odnosa, pogostost in zanesljivost kontakta, upoštevanje vrednot in norm ter obsežnost medsebojnega zaupanja.

Nikakor ne smemo zanemariti odnosa zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi s svojci, ki prispeva h kakovosti obravnave in k dobremu počutju vseh vpletenih. Zato je integracija svojcev v proces obravnave in oskrbe zelo pomembna (Abrahamson idr., 2011).

Pričakovanja svojcev v zdravstveni negi

V akutni fazi so svojci običajno zelo prizadeti, saj jih situacija doleti nepripravljene. Prav takrat je nadvse pomemben prvi kontakt s svojci, ki vključuje pozitivno sprejemanje okoliščin, profesionalno komunikacijo ter empatičen odnos z obolelim. Svojci takrat od medicinske sestre pričakujejo, da pristopi s potrpljenjem, jih povpraša in jim prisluhne brez obsodb, jim nudi zanesljivo in kontinuirano informacije o zdravstveni negi, jim ponudi podporo v njihovi odločitvi k zdravstveni obravnavi ali sprejemu v institucijo.

Visoka pričakovanja svojcev, posebej ob namestitvi v socialnovarstveni zavod, lahko razumemo kot skrb svojcev glede zdravstvene nege in oskrbe ter kakovosti življenja. Jezno nezadovoljstvo svojcev je pogosto povezano s podajanjem neustreznih informacij ob pomanjkanju podpore pri prilaganju svojcev na novo vlogo in naloge.

Stres svojcev ob namestitvi v institucijo vključuje številne dejavnike, kot so žalost ob izgubi, komunikacijske težave, pomanjkanje podpore ostalih družinskih članov in prijateljev, pomanjkanje nadzоровanja in vplivanja pri oskrbi, pomanjkanje možnosti podajanja lastnih pogledov na probleme v instituciji.

Avtorji Ryan, Scullion (2000) in Abrahamson et al (2011) navajajo, da zaposleni v zdravstveni negi bolj kritično ocenjujejo svojce kakor svojci njih ter ugotavljajo, da komunikacija med svojci in zaposlenimi ne dosega najvišje strokovne ravni, saj se svojci ne počutijo vključeni v proces obravnave kot enakovredni partnerji. V formalne strukture institucije je potrebno sistematično implementirati mnenja svojcev in obolelih, kar zahteva spremembo kulture obravnave z upoštevanjem posameznika z možnostjo fleksibilnega prilagajanja. Svojci, oboleli in zaposleni pričakujejo več individualno prilagojenih aktivnosti in ne le skupinsko delo.

Svojci pričakujejo, da jim bodo zaposleni v zdravstveni negi v procesu prilagajanja pomagali na spremembe zdravstvenega stanja njihovega svojca ter jim ponudili priložnost za pogovor o skupnih prizadevanjih za izboljšanje oskrbe. Menim, da imajo medicinske sestre znanje in strokovne kompetence s področja komunikacije, dela s svojci in njihove spremenjene vloge. Vloga svojca kot partnerja upošteva podporo skupnih interesov in svetovanje glede obravnave, ki vključuje pogovor o medsebojnih pričakovanjih z definiranjem možnosti ter vplivanjem na življenje obolelega. Podajanje pravočasnih informacij o pomembnih spremembah in sodelovanje v načrtu obravnave so prav tako pričakovanja svojcev.

Potrebe in pričakovanja svojcev so usmerjena na obolelega, saj se počutijo razbremenjeni, če zaupajo, da je za njihovega člana družine dobro preskrbljeno in da je v »dobrih rokah«. V prvem kontaktu s svojci moramo biti dobri poslušalci, saj imajo ogromno izkušenj, ki jih lahko implementiramo v koncept zdravstvene nege (Gaugler, Kane, 2007).

Zadovoljstvo svojcev z obravnavo

Ocenjevanje kakovosti obravnave lahko izmerimo z oceno zadovoljstva uporabnikov, pacientov ali njihovih svojcev. Avtorica kvalitativne raziskave (Reck-Hog, 1998) je

ocenjevala pričakovanja uporabnikov v ambulantni službi ter definirala osnovne dimenzije, ki so vključevale prijaznost, upoštevanje osebe, pripravljenost pomagati, kontinuiteto in konstantnost zaposlenih, informacije in svetovanje, zanesljivost, upoštevanje dogovorjenega, strokovno znanje in vestnost, zaupanje ter resno upoštevanje individualnih potreb in želja.

Realna slika o zadovoljstvu svojcev prispeva k reševanju problemov, izboljšanju storitev in odnosa v zdravstveni obravnavi ter ustvarjanju kulture kakovostne obravnave (Seifert, 2001).

V tem kontekstu je zagotovo potrebno vključiti varnost pacientov s stalnim timom sodelavcev in dnevno določenim časom za informacije. Pacienti in njihovi svojci imajo pravico do pritožbe, če menijo, da niso obravnavani v skladu z dogovorom ali strokovno doktrino. Pritožbene poti morajo biti v instituciji jasno opredeljene, saj so v Zakonu o pacientovih pravicah posebej definirane.

Medicinske sestre in vsi sodelavci v timu moramo nenehno stremeti k dvigu kakovosti obravnave, saj sta naša cilja zadovoljen bolnik in zadovoljen svojec. Kolikokrat pomislimo na ta skupni cilj in našo odgovornost za izvedeno delo?

Primer iz prakse

Gospod M. A., star 54 let, je več let hospitaliziran zaradi hude duševne motnje. Od svojcev ima samo mamo, ki je stara 82 let. Gospa prihaja na obiske najmanj dvakrat dnevno izven dogovorjenega časa obiskov. Ob svojih prihodih je bila vedno glasna, jezna, kritizirala je ostale paciente in osebje, imela je polno pripomb čez zdravstvo, vključila je tudi kritiko vodilnih ljudi v državi. Na opozorila se ni odzivala in jih ni želela slišati. Svoje neutemeljene pritožbe in nezadovoljstvo je širila tudi na vodilno osebje na kliniki. Zaradi motečih glasnih pripomb so prihajale prošnje s strani osebja in pacientov na oddelku ter vodij služb, da naj se pogovorimo z gospo in uredimo težave, ki so moteče za vse udeležene v procesu obravnave pacienta.

Na timskih sestankih smo iskali možne rešitve problemov, ki nastanejo ob prihodu gospe M. P. Mnenja so bila različna, tako smo poskušali z različnimi tehnikami in metodami ter uspeli s prijaznostjo, vztrajnostjo ter aktivnim vključevanjem gospe M. P. v terapevtske dejavnosti na oddelku. Z gospo smo se pogovarjali, jo pogosto samo poslušali. Gospa rada govori, opisuje svoje skrbi in težave zaradi sina ter pripomni še marsikaj drugega, kar je povezano z njenim življenjem, mladostjo, boleznimi ter vsakdanjimi težavami.

Po daljšem obdobju in našem prijaznem vztrajanju ter enotnem sodelovanju gospa M. P. še vedno prihaja na obiske tako kot doslej, vendar ni glasna, kričava in neučakana. Dobro sodeluje s člani tima, upošteva navodila na oddelku, je prijazna, le občasno ima izbruhe jeze, vendar se hitro pomiri.

Člani tima so gospo sprejeli z vsemi njenimi dobrimi in slabimi lastnostmi. Pogosto se z njo pogovarjamo tudi o drugih življenjskih težavah ter ji svetujemo pri različnih opravilih. Vsi člani tima smo seznanjeni z njenimi zdravstvenimi težavami, z njenimi sosedi, vemo o njeni

politični opredelitvi, o zdravstvenem stanju sorodnikov, znižanjih po trgovinah ter težavah pri vsakodnevnih opravkih na uradih.

Gospa M. P. je postala del oddelčnega tima z omejeno odgovornostjo ter terapevtska podpora sinu, kadar pride do relapsa bolezni. Kadar ne more priti ob dogovorjenem času, vedno pokliče po telefonu in se opraviči. V timu se hitro pojavi skrb in vprašanje, kje je gospa M. P.

Zaključek

Strokovni kadri v zdravstveni negi, ki sodelujejo v procesu zdravstvene obravnave, se morajo ob vseh aktivnostih spraševati o kakovosti načrtovane in izvedene aktivnosti, saj naj bi ta ponudila najvišjo stopnjo zadovoljstva pacientov in njihovih svojcev. Vključevanje svojcev v proces obravnave naj sloni na profesionalnem odnosu, prijazni komunikaciji in strokovnem znanju, saj prevzemamo tudi odgovornost za svoje delo.

Literatura

1. Abrahamson K, Pilemer K, Sechrist J, Sutior J. Does race influence conflict between nursing home staff and family members of residents? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2011;66 (6):750-55.
2. Gaugler EJ, Kane Lr. Families and Assisted Living. *The Gerontologist.* 2007; 47 (1):83-99.
3. Irle H. Die Rolle der Angehörigen in der medizinischen Rehabilitation- Aufgabe-Erwartungen-Empfehlungen. Dostopno na P\0400\Sozialmedizin\Projekte und Arbeitsgruppen\Angehörige u. Rehabilitation\070809_Angehörige.doc, dne 21.11.2011.
4. Müller Hergl C. Die Rolle Angehörigen im Verlauf der Krankheitsentwicklung: Hypothesen zu typischen Konstellation zwischen versorgenden Institutionen und hilfeschuchenden Angehörigen. Dostopno na https://www.uni-wh.de/fileadmin/media/g/pflege/dzd/Downloads/Arbeitspapiere/CMH_Angehoerige.pdf (21.11.2011).
5. Reck Hog U. Kundenerwartungen an ambulante Pflegedienst. Dostopno na <http://www.reck-hog.de/kderwart.htm> (23.11.2011).
6. Ryan AA, Scullion HF. Family and staff perceptions of the role of families in nursing homes. *J Adv Nurs.* 2000;32 (3):626-34.
7. Seifert M. Eltern als Partner-Qualitätsmerkmal von Einrichtungen der Behindertenhilfe. 6. Alsterdorfer Fachforum: 22. november 2001. Hamburg; 2001.
8. Ugolini B. Wenn Angehörige in der Betreuung und Pflege mitbestimmen. Dostopno na ArtikelZHAW.doc (20.10.2011).

OSEBNA ODGOVORNOST IZVAJALCEV V ZDRAVSTVENI NEGI

Ana Podhostnik³

Povzetek

Definicija odgovornosti v angleščini pomeni “responsibility” in je sestavljena iz dveh besed ‘response’ in ‘ability’, kar dejansko pomeni prevzeti odgovornost za nekaj, pomeni **zmožnost odzivanja**.

Hiroshi Nakajima (1993), nekdanji generalni direktor Svetovne zdravstvene organizacije, je kot odgovor na vprašanje, kaj pomeni biti medicinska sestra, odgovoril, da odgovor na to vprašanje nikakor ni preprost. Skrb za zdravje, preprečevanje bolezni in negovanje bolnih so reči, ki pravzaprav ne označujejo kakega določenega poklica, temveč so to področja, s katerimi se ukvarja marsikdo. Pravzaprav večino nege ne opravijo profesionalci, ampak pacientovi sorodniki in drugi. Po tradiciji nego in skrb za paciente opravljajo matere, babice, vnukinje, negovalke ali sosede. To se najbrž ne bo nikoli spremenilo in tega se povsem zavedajo tudi politiki in zdravstvene oblasti. Medicinske sestre vedo, da niso le aktivne izvrševalke zdravstvene nege, ki skrbijo za profesionalno opredeljene potrebe pasivnih pacientov, ampak ljudem pomagajo predvsem pri tem, da sami skrbijo za svoje zdravje. Res pa je tudi, da zaradi obremenjenosti v zdravstveni negi skorajda ni časa za preventivno in zdravstveno vzgojno delo. Delo medicinskih sester in njihovo izobraževanje morata biti usmerjena k temu cilju in naravnana tako, da se odzivata na lokalne in spreminjajoče se potrebe skupnosti. Dokler družba ne bo bolj cenila nege in dela žensk in ga tudi ne bo ustrezneje nagrajevala, tudi poklic medicinske sestre ne bo privlačen za mlada dekleta in fante. Čas je, da se sporazumemo glede ključnih vprašanj: kdo, zakaj ter kako delati v zdravstveni negi. Vir trajnostnega razvoja v zdravstvu in zdravstveni negi so zavzeti, motivirani, visoko strokovni in odgovorni kadri.

Ključne besede: odgovornost, medicinska sestra, zdravstvenik, zdravstvena nega, zdravstvo

³ Mag. Ana Podhostnik, Visoka šola za zdravstvo Novo mesto
ana.podhostnik@guest.arnes.si

Uvod

Ob poklicnem delu se vsaki medicinski sestri v ospredje postavlja vprašanje, povezano z odgovornostjo: do kje, koliko, za kaj, kako odgovarja za svoje delo? Odgovornost je kategorija, ki ima osnovno značilnost v kakovosti človekovih odnosov v družbi, do zavoda, do sodelavcev in do nalog, ki izhajajo iz poklicne dolžnosti. Medicinska sestra je odgovorna na več ravneh, in sicer do pacientov, svojih sodelavcev, delodajalcev, svoje stroke, do širše družbe, predvsem pa mora biti odgovorna do same sebe. Svoje delo opravlja v skladu s sprejeto zdravstveno doktrino in s kodeksom medicinske deontologije oziroma z drugimi strokovnimi in etičnimi kodeksi ter s svojo vestjo. Za svoje delo prevzema etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost (Gabor, v Černoga 2009).

Človekova osebnost je nekaj zelo posebnega, izvirnega in samosvojega, zaradi nje postane človek enkraten. Izoblikuje se s prepletanjem osebnih psihofizičnih lastnosti in značilnosti družbenega okolja, ki je prav tako pomemben dejavnik pri njihovem oblikovanju. Tako ima vsak človek, ki so ga objektivni pogoji oblikovali in motivirali, določeno strukturo svoje osebnosti, ki se odlikuje z mnogimi, individualno izraženimi lastnostmi. Pomembnejše teorije osebnosti lahko razvrstimo, glede na to, kam umeščajo izvor osebnosti in kje vidijo njeno težišče, v nekaj skupin. Izvor ali težišče je lahko oseba sama, njena biološka podlaga (biološke teorije), motivi (motivacijske teorije, psihodinamske in humanistične teorije), poteze (strukturne teorije), kognitivne značilnosti (kognitivne teorije) ali pa njeno okolje, dražljaji (vedenjske teorije), socialne situacije in socialno učenje (socialne teorije). Obstajajo tudi teorije, ki skušajo uravnoteženo obravnavati osebnostne in okoljske dejavnike kot izvore osebnosti: funkcionalne, integralne, interakcionistične in socialno-kognitivne teorije (Ratkovič v Podhostnik, 2011).

Pri dobrem poznavanju osebnostih lastnosti in sposobnosti gre za to, da povečamo razumevanje samega sebe in drugih. Vrednote predstavljajo stvari, ki so za nas v osebnem življenju in pri delu pomembne.

»Kakovost in varnost v zdravstvu sta vrednoti, zdravstveni sistem pa mora biti kakovosten in varen ne glede na krizne razmere,« je na začetku dvodnevne mednarodne konference o odličnosti v zdravstvu v Ljubljani poudaril minister za zdravje, ki opravlja tekoče posle, Dorjan Marušič. V Sloveniji po njegovih besedah prehajamo s kvantitete v kvaliteto: »Ne bomo se več hvalili, koliko bolnikov smo pregledali, temveč kako dobro smo jih pregledali.« Zdravstvena obravnava postaja čedalje bolj kompleksna, uvajanje novih tehnologij v zdravstvu pa pomeni enega največjih izzivov.

Družbena odgovornost podjetja - zdravstvene organizacije

Družbena odgovornost je poslanstvo posameznika in tudi vseh delovnih organizacij. Zeleni dokument opredeljuje DOP (Družbeno odgovornost podjetja) kot »koncept, znotraj katerega podjetja na prostovoljni osnovi in v sodelovanju s subjekti v svoje poslovanje integrirajo družbene in okoljske vidike« (Green Paper, 2002: 8). V današnjem času je družbena

odgovornost podjetja v bistvu splet ekonomske, pravne, etične in okoljske odgovornosti (Knez-Riedl, 2011). Pripravljavci dokumenta ločijo dve dimenziji DOP: notranjo in zunanjo.

Notranja dimenzija je v največji meri povezana z investicijami v intelektualni kapital, zdravje in varnost zaposlenih, ustvarjanje pogojev za spremenjene načine vodenja podjetij in upravljanja. Vse to ima poleg družbeno koristnih posledic seveda še en pomemben cilj, to je povečanje konkurenčnosti. Kot so v EU zapisali že v Lizboni, je DOP pomemben strateški cilj na »poti h graditvi najbolj dinamične in na znanju temelječe družbe na svetu, zmožne dolgoročne rasti, boljših zaposlitvenih možnosti in večje družbene kohezivnosti« (Green Paper, 2002: 4).

Avtorji, ki sicer posebej niso navedeni, se najprej posvetijo upravljanju človeških virov. Izhajajo iz predpostavke, da je za zdravstveno organizacijo danes najbolj žgoče vprašanje, kako pridobiti in obdržati sposobne zaposlene. V ta namen je ključno vseživljenjsko učenje, opolnomočenje zaposlenih, boljši pretok informacij, boljše ravnovesje med delom, družino in prostim časom, večja raznolikost zaposlenih, enako plačilo in možnost napredovanja za vse zaposlene, skrb za zaposljivost in varnost zaposlitve. Zdravstvene organizacije z roko v roki sodelujejo z lokalno skupnostjo pri oblikovanju programov usposabljanja mladih, kakor tudi pri programih prešolanja in šolanja starejših. Pomembna je tudi povečana vloga zdravstvene in varnostne kulture.

Zunanja dimenzija družbene odgovornosti v zdravstvu se izkazuje v spletnanju dobrih odnosov s subjekti, kot so lokalne skupnosti, dobavitelji, partnerji in pacienti. Zdravstvena organizacija mora razumeti svojo vpetost v lokalno okolje, pa naj si bo to doma ali pa drugod po svetu. Pri svojem delovanju v luči zelenega dokumenta pomembno prispeva k razvoju skupnosti z omogočanjem delovnih mest, zaslužka in opravljanju storitev za populacijo. Po drugi strani pa so vsa podjetja odvisna od zdravja, stabilnosti in razcveta lokalnega okolja. Neizogibna je tudi povezanost z lokalno skupnostjo, ki se dotika okoljskih dejavnikov (povzročanje hrupa, onesnaževanje zraka, vode, zemlje, svetlobno onesnaževanje, transport, kopičenje odpadkov itd.). V projektih DOP zato mnoga zdravstvena podjetja aktivno posegajo v reševanje problemov lokalne skupnosti, bodisi s prostovoljnimi delom zaposlenih bodisi s finančno ali pa strokovno pomočjo (Jančič, 2002). Tovrstne aktivnosti razvijajo in krepijo socialni kapital in zdravstvenim organizacijam omogočajo popolno vključitev v skupnost, kar je seveda pomemben pogoj pri nadaljnjih razvojnih projektih (Knez-Riedl, 2011).

Zato je nujen korenit poseg v izobraževanje zaposlenih, da bi ti lahko prevzeli nova merila poslovnosti, etike in okoljske vpetosti zdravstvene organizacije (Promoting a European framework for corporate social responsibility, 2001).

Odnos med medicinsko sestro in pacientom

Pravičnost je ena od osnovnih vrednot pri opravljanju poklica medicinske sestre. Odgovornost do pacienta pa dolžnost in vrednota obenem. Obe vrednoti se pri obravnavi pacienta vsakodnevno pojavljata. Kako naj bo delo medicinske sestre pravično in odgovorno do

pacienta? Odločanje o času obravnave, o izbiri materiala, o načinu dela ni vedno v domeni medicinske sestre. Soočanje z odvisnostjo v kompetencah in željo po učinkoviti in kompetentni zdravstveni negi mora vsaka medicinska sestra z odgovornostjo prevzeti nase.

Klemenčeva (2009) v članku opisuje tri različne modele odnosa med medicinsko sestro in pacientom, pri katerih se medicinska sestra sooča z dilemami pacientovih pravic in njegovih interesov nasproti pravicam in interesom zdravnikov ali ustanove: birokratski model, model v prid zdravnika in model, ki zagovarja interese pacienta. Ob vsaki odločitvi sprejme izvajalka zdravstvene nege za opravljeno delo tudi osebno odgovornost.

Pri **birokratskem modelu** so medicinske sestre zveste predvsem ustanovi, so poslušne, sledijo ukazom, nočejo motiti odnosov v hiši, zato so lahko žrtvovani pacienti.

Pri **modelu, ki zagovarja zdravnika**, medicinske sestre menijo, da so odgovorne samo zdravniku; sledijo nalogam v prid znanosti, raziskav, medicinske tehnologije, tudi na škodo pacientovih pravic. Cilj njihovega delovanja je ohranjati zaupanje med zdravnikom in pacientom, celo kadar to pomeni prikrivanje napak ali kršenje pacientovih pravic, o katerih pacient ali njegova družina nista poučena.

Najmanj zagovornikov ima **model, ki zagovarja pacientove interese**. Medicinske sestre v tem primeru zagovarjajo pacientovo avtonomijo, pravice pacientov in njihovih bližnjih do odločanja, jim pomagajo delovati v lastnem interesu in pripomorejo, da so tako poučeni, da lahko sprejemajo pravilne odločitve. Če so pacienti interesi v nasprotju z zdravnikovimi ali interesi ustanove, so medicinske sestre zagovornice pacientov in varujejo njihovo avtonomijo (Klemenc, 2009).

Samostojnost zdravstvene nege kot stroke dokazujemo tudi s prevzemanjem odgovornosti za vsako opravljeno aktivnost. Pri tem pa ne gre zanemariti dejstva, da brez dokumentiranja vsake aktivnosti v negovalno dokumentacijo pacienta le-tega ne bomo mogle dokazati. Koliko prelaganja odgovornosti na negovalni kader zaradi prekoračitve kompetenc srečamo pri sodnih procesih? Storjene napake, ki imajo večje posledice za pacienta, so vedno pogostejši vzrok uveljavljanja denarne in druge odškodnine. Po dosedanjih izkušnjah so medicinske sestre pri tem "potegnile krajši konec", saj se zdravniki z boljšo obrambo rešijo kazni oz. je ta za njih manjša. Samo prijaznost medicinskih sester ni dovolj, da zadovoljimo pacienta. Izredna profesorica zdravstvene nege dr. Olga Šušteršič je v intervjuju za Utrip (2011) na vprašanje, o čem odloča medicinska sestra, odgovorila: "... odločanje o vrsti in stopnji negovalnih problemov subjektov, ki jih skupaj s simptomi in vzroki preliva v negovalne diagnoze ter na osnovi tega načrtuje ZN v skladu s procesno metodo dela.«

Osebna odgovornost medicinske sestre

V deželah v razvoju in v razvitih deželah so potrebe po dobro organizirani zdravstveni negi izredno velike. Medicinska sestra ali zdravstvenik poučuje, vzgaja in pomaga pri delu, ki ga izvajajo zdravstvene, socialne in rehabilitacijske organizacije, družine in skupnosti.

Kot otroci smo sanjali, kaj bi radi postali. Z dokončano izobrazbo so se delno uresničile naše sanje. Iskanje zaposlitve v zdravstveni negi pa je drugi zalogaj sanj. Kje se bo naša karierna pot nadaljevala, ni odvisno samo od nas. Sanjska zaposlitev nas postavi na resnična tla. Do sedaj smo večinoma počeli stvari, ki so nam jih drugi nalagali. Sedaj uresničujmo svoje lastne sanje v stroki zdravstvene nege. Pri tem ne smemo pozabiti, da karkoli bomo počeli, počnimo to z odgovornostjo v okviru kompetenc in z velikim veseljem, saj delamo z ljudmi in za ljudi.

Kaj so kompetence?

Kompetence predstavljajo **nabor znanj in veščin** za uresničevanje zastavljenih ciljev in pomenijo prednosti pri izpolnjevanju poslanstva našega dela, kar pomeni tudi zadovoljstvo vodstva oz. lastnika podjetja.

Kompetence posameznika za opravljanje določenega dela so: znanja, sposobnosti, motivi, lastna samopodoba in vrednote.

Lastne kompetence lahko razporedimo v kompetenčni krog, ki je razdeljen na skupine kompetenc:

- za delo z LJUDMI
- za delo z INFORMACIJAMI
- za OSEBNOSTNE in vedenjske lastnosti
- za zavzetost za doseganje rezultatov in prevzemanje odgovornosti
- za sposobnost uporabe funkcionalnega znanja in izkušenj
- za pozitiven odnos do sprememb in
- zavzetost za stalno učenje za obvladovanje lastnega dela in časa

Medsebojno sodelovanje medicinskih sester

Odklonitev pomoči ni le nekolegialno in neetično ravnanje do sodelavcev, temveč neetično in neodgovorno ravnanje do pacientov. Privede lahko do neustrezno izvedene zdravstvene nege in s tem v zvezi do škode pacienta. Bodisi kolegica ali kolega, ki odkloni pomoč, bodisi vodilna medicinska sestra, ki je bila na to opozorjena in ni strokovno odreagirala, se običajno ne zavedajo, da so v primeru škodovanja pacientu sokrivi. Če nam je pomoč odklonjena, smo o tem dolžni nemudoma obvestiti vodjo negovalnega tima, zatem vodilno medicinsko sestro oddelka in glavno medicinsko sestro zavoda. Če ni ustreznega razumevanja s strani managementa zdravstvene nege, o kršitvi kodeksa obvestimo častno razsodišče Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije. Kadar ima prijavitelj zaradi tega na delovnem mestu težave, lahko poišče pomoč tudi pri Delovni skupini za nenasilje pri isti zbornici (Černoga, 2009).

Zaključek

Ana Ladi Škerbinek pravi: "Ocenili bi lahko, da imajo slovenske medicinske sestre in zdravstveni tehniki dobro poklicno identiteto, jo pa slabše izražamo drugim in to celo čutimo, zato smo tudi manj zadovoljni s svojo poklicno kariero." Vzroke zagotovo lahko iščemo v dejstvu, da naš poklic v slovenskem prostoru izhaja iz avstroogrške hierarhije v zdravstvu, da smo še vedno na poti dokazovanja samostojnosti stroke in da spremenjena vloga terja več naporov, ki pa jih ni ravno prijetno sprejeti. V prihodnosti nas torej čaka predvsem zahtevna naloga graditve večje profesionalne samozavesti.

Pri poklicnem delu se veliko ljudi pusti voditi, igrajo po pravilih drugih in jim to tudi ustreza, saj se počutijo lagodno, ker jim ni treba razmišljati, kaj bodo delali jutri. To jim bodo povedali predpostavljeni (Škerbinek, 2000). Negovalni kader se ne sme zapeljati v tako igro. Vzgajati se mora in zoreti celo življenje. V vseh socialnih okoljih lahko pridobiva nova znanja in informacije o sebi in o svetu. Na ta način bogati svoj svet izkušenj in pridobiva nove sposobnosti, ki mu omogočajo poseganje po višjih in bolj zahtevnih ciljih ter s tem kompetentnost in sprejemanje odgovornosti za svoje delo. Znanje sodobne zdravstvene nege je temelj učinkovite in varne zdravstvene nege ter je garancija pacientom, da bodo v sistemu zdravstvenega varstva ustrezno oskrbljeni. Generalni direktor UKC Ljubljana mag. Simon Vrhunec je v intervjuju za Utrip (2011) ob stavki srednjih medicinskih sester v intenzivnih enotah med drugim odgovoril: "Dandanes se ne moremo izogniti prenosu kompetenc in odgovornosti med posameznimi poklicnimi skupinami, problematično pa je, če izobraževalni sistem temu ne sledi." Iz tega sledi, da bo potrebno večje povezovanje med izvajalci zdravstvenih storitev in izobraževalnimi ustanovami, ki morajo v stroki zdravstvene nege skupno načrtovati potrebe po znanju in kadru.

Poklicne kompetence so znanja, spretnosti in veščine, ki jih mora imeti posameznik, če želi uspešno opravljati določen poklic. »Če se odgovorno vedeš do sodelavcev, nimaš stavek, ampak zagnanost...," pravi Matjaž Mulej (Červek, 2011) in nadaljuje: "Obstaja velika razlika med počutjem ljudi v inovativnih in neinovativnih okoljih. Če mora človek delati rutinsko, se počuti kot stroj. Ta pa ima pravico do neodgovornosti. Vodje torej dajejo svojim sodelavcem pravico do neodgovornosti kot edino pravico, ki jim je še ostala. Drugega kot stroji brez lastne glave in lastne volje nimajo. Drugače je, če dajo ljudem možnost in obveznost za ustvarjalnost. To je mogoče tudi v okolju z rutinskim ročnim delom. Problem so torej vodje, ki zatrejo ustvarjalnost, in ne zaposleni."

Podoben pojav se dogaja v zdravstvu. Kot posledica tega so vedno bolj prisotne napake v zdravstveni negi, nezadovoljstvo medicinskih sester in nezadovoljstvo pacientov. Torej sprejmimo odgovornost do sebe in našega dela, do narave in do sveta, pa čeprav to pomeni manjši dobiček ali težjo pot. **Če nismo odgovorni najprej do sebe, kako bomo odgovorni za druge? Ključna lastnost odgovornih ljudi je uspešno zaključevanje začetega dela.**

Literatura

1. Anon. Kodeks medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije; 2006.
2. Černoga A. Profesionalna in etična odgovornost medicinske sestre, 2009. Dostopno na: http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/kongres_zbn/pdf/113B.pdf (14.11.2011).
3. Červek U. Podjetja se še ne zavedajo prednosti družbene odgovornosti, Delo, 2011. Dostopno na: <http://www.delo.si/druzba/delova-borza-dela/podjetja-se-e-ne-zavedajo-prednosti-druzbene-odgovornosti.html> (28.11.2011).
4. Jančič Z. Celostni marketing, Ljubljana: FDV, Knjižna zbirka Teorija in praksa, 1999.
5. Jančič Z. Nova družbena odgovornost podjetij, 2002. Dostopno na: <http://www.delavska-participacija.com/clanki/ID021204.doc> (1.7.2011).
6. Klemenc D. Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenem timu med medicinskimi sestrami in zdravniki – priložnost za nenehno izboljševanje kakovosti, 2006. Dostopno na: <http://vestnik.szd.si/st07-1/55-59.pdf> (1.7.2011).
7. Knez Riedl J. Družbena odgovornost podjetja in evropski strateški dokumenti, 2011. Dostopno na: http://www.center-rcv.org/public/RAZNO/DOP-ostalo/DOP_in_evropski_dokumenti.doc (14.11.2011).
8. Podhostnik A. Pacient – enakopraven partner v procesu zdravstvene nege, Zbornik 1. znanstveni simpozij z mednarodno udeležbo z naslovom, Celostna obravnava pacienta – kako daleč smo še do cilja?, Novo mesto, oktober 2011. Novo mesto: Visoka šola za zdravstvo Novo mesto; 2011.
9. Promoting a European framework for corporate social responsibility.. Green Paper. European Commission, Bruselj, 2001. Dostopno na: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2001/com2001_0366en01.pdf (14.11.2011).
10. Marušič D. Zdravstveni sistem mora biti kakovosten in varen ne glede na krizo, 2011. Dostopno na: <http://www.jupsline.net/showdoc.php?agencija=1321033648> (15.11.2011).
11. Miers M. Spodbujanje sodelovanja med strokovnjaki zdravstvenega in socialnega varstva: primer Velike Britanije, Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljšanje kakovosti, Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2006: 93-110.
12. Mihelič Zajec A. Šušteršič Olga, prva izredna profesorica zdravstvene nege v Sloveniji. Utrip 2011;11:14.
13. Nakajima H. Medicinske sestre potrebujemo bolj kot kdajkoli prej, 1993. Dostopno na <http://www.obzornikzdravstvenenege.si> (22.6.2011).
14. Škerbinek AL. Poklicna identiteta slovenskih medicinskih sester, Obzor Zdr N. 2000; 34: 11-5.
15. Vrhnjak S. V zdravstveni negi bomo dodatno zaposlovali, intervju z mag. Simonom Vrhuncem. Utrip 2011;11:16.

ODGOVORNOST MEDICINSKE SESTRE PRI LAJŠANJU PACIENTOVE BOLEČINE NA KIRURŠKEM ODDELKU SPLOŠNE BOLNIŠNICE NOVO MESTO

Jožica Rešetič⁴

Povzetek

Odgovornost je tudi v 21. stoletju še vedno ena od najpomembnejših vrednot pri delavcih v zdravstvu, se pravi tudi pri medicinskih sestrah. Bolečina je odsev pacientove čustvene reakcije na zaznavo bolečinskega dražljaja. Je kompleksna človekova izkušnja, ki je lahko pozitivna ali negativna. Za posameznika je zelo osebna, čustveno neprijetna izkušnja, ki jo vsak doživlja po svoje.

Način lajšanja bolečine pri pacientu predpiše zdravnik, medicinska sestra pa je pomemben del strokovne skupine za lajšanje le-te. Zato ima medicinska sestra pomembno vlogo pri lajšanju bolečine, saj prav ona na svojem delovnem mestu pri pacientu ocenjuje njeno moč. Medicinska sestra z ocenjevanjem jakosti bolečine, dajanjem analgetične terapije in opazovanjem njenih učinkov ter dokumentiranjem naredi bolečino vidno. V delokrog medicinske sestre na kirurškem oddelku sodi tudi lajšanje bolečine. Dolžnost in odgovornost medicinske sestre je njeno lajšanje, ki izhaja iz pravice pacientov, vendar pa je to odvisno tudi od njenega znanja, izkušenj in hotenj.

Ključne besede: pacient, čustvena reakcija, jakost bolečine, lajšanje bolečine

Uvod

»Kaj odgovornost pravzaprav je?« je vprašanje, ki se nam pogosto poraja. Kako se kaže v našem vsakdanjem življenju in delu? Odgovornost je sprejemanje vseh posledic svojih odločitev. Kadar se za nekaj odločimo, da bomo storili, v to vložimo vso svojo energijo in že s samo odločitvijo sprožimo določene posledice. Če pa se kasneje premislimo in izstopimo iz situacije, to pomeni, da nismo prevzeli odgovornosti za svojo odločitev.

⁴ Mag. Jožica Rešetič, pred., Splošna bolnišnica Novo mesto, Visoka šola za zdravstvo Novo mesto
jozica.resetic@sb-nm.si

Pri več generacijah je bila osebna odgovornost ena od najpomembnejših vrednot v družbi. Tudi v zdravstvu je imela ta odgovornost zelo pomembno vrednost. Poudarek je bil na tem, kar danes imenujemo »družbena odgovornost«, se pravi odgovornost, ki jo imamo danes do: dogovorov, obljub, pacientov, okolja, uporabnikov zdravstvenih storitev, soljudi... To obliko odgovornosti vsi zdravstveni delavci poznamo in jo spoštujemo.

Bolečina je kompleksna človekova izkušnja, ki je lahko pozitivna ali negativna. Pacienti ob sprejemu in po operaciji še danes trpijo zaradi bolečin, ker zdravstveni delavci o njej nimajo dovolj znanja in izkušenj ali napačno ocenijo njeno intenzivnost; včasih pa je vzrok tudi pretirana potrpežljivosti pacienta. Delavci v zdravstveni negi – medicinske sestre se bistveno premalo zavedamo pomena dobre zdravstvene nege z lajšanjem bolečine.

1. Odgovornost

Cepin (2005) govori, da **odgovornost** v angleščini pomeni "responsibility", ta je v resnici sestavljena iz dveh besed 'response' in 'ability' ('odziv'-'zmožnost'). Prevzeti odgovornost za nekaj pomeni **zmožnost odzivanja**. Če je že zase težko prevzeti odgovornost, je še bistveno težje, ko se kakšen dogodek zgodi na javnem mestu ali ko je več ljudi prisotnih. SSKJ odgovornost definira kot »dolžnost sprejeti sankcije, dati opravičilo«, kot »lastnost, značilnost človeka, ki si prizadeva zadovoljevati norme, izpolnjevati zahteve, dolžnosti«, kot »nalogo ali obveznost«, kot »odnos, pri katerem mora kdo dajati pojasnilo, utemeljitev za svoje delo, ravnanje« ali kot »lastnost, značilnost tega, kar zaradi pomembnosti, posledic zahteva veliko znanje, skrbnost«.



Slika 1: Odgovornost (www.skupina-aliansa.si/index.php?module, 2011)

1.1. Osebna odgovornost

Osebno odgovornost razumemo kot odgovornost do svojega življenja, svojih občutij, predvsem do sebe. Pomeni odgovornost, ki v središče postavlja posameznika. Posameznik, ki ima zdrav občutek za osebno odgovornost, koristi tudi skupnosti, družbi. Osebna odgovornost

je eden najbolj pomembnih sistemskih fenomenov, kar jih poznamo. Vpliva na naša partnerska in delavna razmerja. Če osebne odgovornosti ne prevzamemo, vpliva to na odnose v osebnem in poklicnem življenju. Osebna odgovornost je predpogoj za resnično delovno odgovornost delavcev v zdravstveni negi.

Za svoje obveznosti, naloge in pristojnosti medicinska sestra odgovarja sama. Osebna odgovornost je odvisna od več dejavnikov (izobrazbe, kompetentnosti, etičnosti, morale, humanosti..) in statusa, ki ga ima v zavodu (Dema, 2009).

Zaposleni v zdravstveni negi se pogosto ne zavedajo, da je plemenitenje osebnega kapitala posameznika prav njegova osebna odgovornost. Pri posamezniku kot delu organizacije gre tako za prizadevanje za povečanje vrednosti osebnega kapitala, ki se vsebinsko izraža s kompetencami na področju zdravstvene nege.

2. Bolečina

Bolečina je darilo narave človeku, ki pa ga človek ne mara. Je nujni obrambni mehanizem telesa na dogajanja v njem. Bolečina nas opozarja, da je z nami nekaj narobe.

Bolečina je neprijetna čutna in čustvena izkušnja človeka, ki se odraža na telesnem in čustvenem nivoju. Bolečina pogosto vpliva tudi na poslabšanje odnosov med partnerji, v družini, med sodelavci, v širšem socialnem okolju in družbi.

Bolečina je pogost spremljevalec našega življenja, spremlja nas od rojstva do smrti. Vsak človek ima po ženevski konvenciji pravico živeti brez bolečine. Sodobna medicina se vse intenzivneje prizadeva lajšati bolečine. Vse bolečine niso 100-odstotno obvladljive. Živeti popolnoma brez bolečin je tako ali tako iluzija. Niti ni zdravo, da ne čutimo nobenih sprememb, saj nas bolečina pogosto opozarja, da se z našim telesom nekaj dogaja.

Strokovnjaki na področju lajšanja bolečine menijo, da je treba vsako bolečino, akutno in kronično, lajšati. Nezdravljena bolečina ima škodljive učinke na organizem. Najboljši način lajšanja bolečine je tisti, ki odpravi vzrok.

2.1. Akutna bolečina

Značilnosti za nenadno, akutno bolečino, so: pospešen srčni utrip, zvišan krvni tlak, znojenje, pacient lahko natančno določi območje čutenja bolečine, njen značaj in čas trajanja. Akutna bolečina nastane nenadoma in ne traja dolgo (Gorjup, 2005). Vzrok nastanka je največkrat jasn. Med akutno bolečino spada tudi kooperativna bolečina. Kooperativna bolečina nastopi zaradi operacije, stopnjujejo pa jo še napetost, zaskrbljenost in strah pred izidom operacije. Akutna kooperativna bolečina je pričakovana in traja omejen čas. Ker je pacient v bolnišnici, ni nobenega opravičila, da bi trpel bolečino. Ko pacienta boli, lahko dobi pomoč, res pa je, da mora tudi sam aktivno sodelovati. Naš cilj mora biti, da pacientu bolečino odpravimo ali

zmanjšamo do te mere, da postane znosna. Ta bolečina je dobro dostopna zdravljenju in ne sme preiti v kronično bolečino.



Slika 2: Akutna bolečina (www.merjenjebolecine.si/bolec_hrbet.jpg, 2011)

2.2. Kronična bolečina

Kronična bolečina pa se izraža v izgubi mišične mase, čustvenih in socialnih težavah, ki imajo za posledico slabšo delovno uspešnost in nenazadnje izgubo dela. Pacienti s kronično bolečino imajo zaradi stalnih bolečin težave s spanjem, so nenehno utrujeni, kar je povsem logično, saj so kronično neprespani in tesnobno razpoloženi. Če je bolečina stalna, le-ta pacientu popolnoma spremeni osebnost, pacient obmiruje in opusti vsakdanje aktivnosti. Povečajo se strah, nemir, občutljivost in depresivno razpoloženje. To pomeni, da bolečina ni izolirana, ampak je osebna in povezana s človekom kot celoto (Ščavničar, 2004). Zaradi kronične bolečine postaja potr in čustveno labilen. Bolečine ne presoja kritično, ta postaja njegov osrednji problem. Ta pojav imenujemo »beg v bolečino«. Namen lajšanja kronične bolečine je izboljšanje kvalitete življenja, s tem da poskrbimo za dobro ali boljše počutje in čim bolj neovirano izvajane življenjskih aktivnosti. Raziskave so pokazale, da ima kar 25-50% starostnikov kronično bolečino, ki jih ovira v vsakdanji aktivnosti (Godec, 2004).



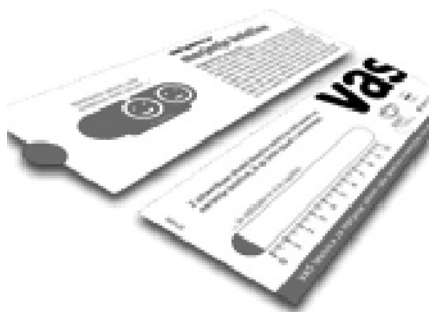
Slika 3: Kronična bolečina (www.stomatoestetika.si/zdravljenje_bolecine/, 2011)

3. Merjenje in lajšanje bolečine

Pacienti se na bolečino različno odzivajo. Kako jo občutijo, je odvisno od njihovega psihofizičnega počutja in dojemanja bolečine. Kljub velikemu napredku na področju zdravstva in farmakologije ostaja zdravljenje bolečine še vedno velik problem.

V deklaraciji, ki jo je mednarodno združenje za zdravljenje bolečine predstavilo tudi na sedežu EU v Bruslju, med drugim piše: Zaradi bolečine ne umre veliko ljudi, veliko pa jih umre z bolečinami. Iz dostopnih zapisov je razvidno, da še vedno 75% pacientov po operaciji čuti zmerno bolečino, kar 90% pa jih čuti bolečino vsaj enkrat med zdravljenjem v bolnišnici. Vzrok temu je nezadostno posvečanje bolečini in pomanjkljiva dokumentacija o bolečini in njeni terapiji. Najboljši indikatorji bolečine so poročanja pacienta samega, oziroma poročanja izkušenih oseb (medicinskih sester). Kazić (2005) pravi, da se na kirurškem oddelku srečujemo z akutno bolečino, ki je časovno omejena in je posledica pooperativne poškodbe tkiva in izgine z zaceljenjem tkiv.

Za določanje bolečine uporabljamo eno- ali multidimenzionalne lestvice. V zdravstvu najpogosteje uporabljamo enodimenzionalni lestvici, in sicer: VAS (vizualno-analogni lestvica) in lestvica obrazov. Uspešnost terapije bolečine skušamo določiti tako, da je pacient brez bolečin v mirovanju in pri gibanju. Tega cilja se pogosto ne doseže. Včasih se moramo zadovoljiti s tem, da se pacient počuti udobno in je zadovoljen z doseženim nivojem analgezije. Ocenjevanje bolečine je težje in bolj zahtevno pri starejših, dementnih pacientih. Pri njih je najbolj zanesljivo ocenjevanje s pomočjo opazovanja in pogovora. Svilenković (2005) navaja, da je po operativnem posegu bolj primerna uporaba ustne številčne lestvice. Bolnika vprašamo, koliko ga boli. 0 pomeni brez bolečine, 1-3 je znosna bolečina in zanjo ne potrebuje dodatnega analgetika, 4 do 5 je huda bolečina, 10 je najhujša bolečina, ki si jo lahko predstavljamo.



Slika 4: Merjenje bolečine www.merjenjebolecine.si/merjenje_bolecine.html, (15.11.2011)

Bolečino po operaciji lahko lajšamo na več načinov. Način lajšanja predpiše zdravnik. Medicinska sestra pa je pomemben del strokovne skupine za lajšanje bolečine pri pacientu. Da to delo lahko opravlja, potrebuje poleg znanja s področja zdravstvene nege še znanja o zdravih in postopkih zdravljenja bolečine. Ko začne pacient tožiti o bolečini, je to pogosto zato, ker ga nekaj boli. Zato se mora medicinska sestra zelo podrobno pozanimati o tej

bolečini. Zvedeti mora: mesto najhujše bolečine, jakost bolečine, smer širjenja bolečine, naravo bolečine (ostra, topa, krčevita, zbadajoča, pekoča), časovno opredelitev le-te (stalna, interminantna, dolgo trajajoča, novonastala), vplive na bolečino (kaj jo sproži in kaj jo omili) (Bresjanac, 2005).

Pri pacientu z bolečino najprej razmišljamo o tem, kaj je bolečino povzročilo, šele nato, kako jo bomo omilili. Bolečina kaže na poreklo in vzrok, redko pa je toliko značilna, da že sama po sebi sugerira dokončno diagnozo. Diagnozo zdravnik postavi glede na spremljajoče podatke o počutju, spremljajoče okoliščine in na najdbe pri pregledu ter nadaljnjih preiskavah (Godec, 2011). Bolečina po operaciji lahko predstavlja velik problem, ker v organizmu sproži vrsto dogajanj, ta pa lahko škodljivo vplivajo na organizem. Merjenje in nadziranje bolečine omogoča pospeševanje za zdravstveno nego koristnih in preprečevanje za zdravstveno nego škodljivih dogajanj. Tavčar (2004) pravi, da česar ne znamo meriti, tega ne moremo obvladati.

Na kirurškem oddelku se meri in beleži bolečino na vseh kirurških odsekih, najbolj natančno pa se jo meri in beleži v dokumente kliničnih poti, ki so izvedeni za določene operacije. V te dokumente se vnašajo meritve bolečine, predpisana in aplicirana analgetična terapija. Pred terapijo se bolečina ocenjuje in beleži. Jakost bolečine pa se ne meri v časovnih intervalih, kar je napaka. Na odsekih, ki nimajo dokumentov za klinične poti, pa se bolečina meri enkrat na dan, kar pa tudi ni v redu. Bolečina bi se morala meriti pred vsako aplikacijo analgetika in po njej. Upošteva pa se poročanje pacienta samega, oziroma poročanje izkušenih medicinskih sester, ki so najrealnejši indikator bolečine. Zavedamo se, da ne smemo dopustiti, da se bolečina razvije. Če začnemo že dovolj zgodaj z lajšanjem bolečine, je ta obvladljiva, poraba analgetikov je manjša in tudi možnost zapletov je manjša.

Pri merjenju bolečine je izredno pomembno tudi dokumentiranje. Dokumentiranje je pri zagotavljanju kakovostne oskrbe ključno. Je komunikacijska metoda, ki delavce v zdravstveni negi stalno informira o tem, kakšno zdravstveno nego in oskrbo je pacient prejel. Namen dokumentiranja zdravstvene nege je tudi doseganje zakonskih in profesionalnih standardov (Svilenkovič, 2005).

4. Zaključek

V današnji zdravstveni negi so spremembe nujno potrebne. Če jih bomo pravočasno zaznali in ustrezno ukrepali, bomo uspešnejši. Spremembe na področju zdravstva zahtevajo reforme tudi na področju zdravstvene nege. Največji dosežek je sprememba miselnosti na področju zdravstvene nege, kjer je izpostavljena odgovornost kot ena od najvišjih vrednot in z njo zadovoljen tudi pacient sam. Zavedamo se, da je že sedaj - in bo v prihodnosti še toliko bolj - **odgovornost** bistvenega pomena, če ne celo **odločilni faktor pri zagotavljanju uspešnosti** delovanja zdravstvene nege v prihodnosti.

Zdravstvena storitve zahtevajo od delavcev v zdravstveni negi veliko učinkovitost, strokovnost, korektnost in varnost. Da bomo na svojem področju oskrbe še bolj učinkoviti, bi bilo potrebno

med uporabniki naših storitev izvesti anketo in ugotoviti, kakšne so njihove prednostne potrebe, pričakovanja in želje.

Na področju zdravstvene nege je potrebno izdelati program za večjo motivacije zaposlenih, s tem se bo razvil čut odgovornosti, izboljšal način načrtovanja merjenja bolečine ter poročanje. Posledično pa se bo razvil tudi partnerski odnos med medicinskimi sestrami in pacienti.

Pričakovanja in zahteve po kakovostnem delu v bolnišnici so vse večji, pacienti imajo vse večje potrebe in pričakovanja, zato se moramo v bolnišnici na vseh področjih zdravstvene nege dela lotiti sistematično in odgovorno, tudi kar zadeva merjenja bolečine.

Literatura

1. Bresjanac M. Bolečina. Ljubljana: Seminarska naloga študentov medicine; Medicinska fakulteta Ljubljana; 2005.
2. Cepi M. Priročnik za menedžerje v mladinskih organizacijah. Ljubljana; 2005.
3. Dema H. Analiza poslovnega okolja v zdravstvu. Koper: Diplomsko delo. Fakulteta za management; 2009.
4. Godec M, Omejc H. Obvladovanje bolečine pri starejših: Ljubljana: XI Kongres in 141 skupščina slovenskega zdravniškega društva starost, staranje in skrb za stare. Zdravstveni vestnik. 2004; 73: 777-81.
5. Godec M. Obvladovanje bolečine pri starejših. Vita. Ljubljana: Morel tiskovna agencija; 2011.
6. Gorjup P. Izkušnje in problemi s katerimi se srečujejo medicinske sestre pri lajšanju pooperativne bolečine na oddelkih. In: Nunar Preko A, Buček Hajdarevič I. Zbornik predavanj Lajšanje akutne pooperativne bolečine: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2005.
7. Kazič S. Sodelovanje med oddelčnimi medicinskimi sestrami in službo za lajšanje pooperativne bolečine. In: Nunar Preko A, Buček Hajdarevič I. Zbornik predavanj Lajšanje akutne pooperativne bolečine: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2005.
8. Svilenkovič V. Napake pri ocenjevanju pojava bolečine. In: Nunar Preko A, Buček Hajdarevič I. Zbornik predavanj Lajšanje akutne pooperativne bolečine: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2005.
9. Ščavničar E. Celostna obravnava bolečine v zdravstveni negi. Zdrav Obzor. 2004; 38: 101-111.
10. Tavčar IM. Strateški management. Koper : Učbenik za podiplomski študij; Visoka šola za management v Kopru; 2004.

Slike

1. Slika 1: Odgovornost. Dostopno na: www.skupina-aliansa.si/indeks.php?module (15.11.2011).
2. Slika 2: Akutna bolečina. Dostopno na: www.merjenjebolecine.si/bolec_hrbet.jpg, (15.11.2011).
3. Slika 3: Kronična bolečina. Dostopna na: www.stomatoestetika.si/zdravljenje_bolecine/, (15.11.2011).
4. Slika 4: Merjenje bolečine. Dostopno na: www.merjenjebolecine.si/merjenje_bolecine.html, (15.11.2011).

MEDICINSKA SESTRA ŠTIRIINDVAJSET UR NA DAN

Marija Lokar⁵

Povzetek

Podoba medicinske sestre, zdravstvenega tehnika (v nadaljevanju medicinska sestra) oblikujejo osebnostne in strokovne lastnosti. Medicinska sestra pacientu nudi kompetentno zdravstveno nego, zato se nenehno izobražuje. Svoje znanje uporablja pri delu, ga prenaša na sodelavce in izobražuje ter vzgaja paciente. Zaveda se poklicne pripadnosti, priznava in spoštuje delo sodelavcev, posebno skrb namenja dijakom in študentom zdravstvenih šol ter pripravnikom. Medicinska sestra je zagovornica koristi pacienta in mu nudi fizično, psihično, socialno, duhovno ter moralno podporo, do sočloveka ima empatičen (čuteč) odnos. Njena dolžnost je dejavno vključevanje v družbeno življenje, promovira zdrav način življenja in deluje humano v vseh življenjskih okoliščinah. Delo opravlja odgovorno in z veseljem. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije ji je vodilo in spodbuda pri njenem delu.

Ključne besede: profesionalnost, pacient, zdravstvena nega

Med vsakodnevnim opravljanjem zdravstvene nege smo strokovni, spoštljivi in ustrežljivi. Pacient je naša prva skrb. Kot majhna deklica sem občudovala delo medicinskih sester, tudi danes imam med njimi vzornike. Mit o idealnosti zdravstvenih delavcev se je pri meni razblinil. Kljub vsej dobronamernosti smo ljudje tudi nepremišljeni, površni, včasih tudi lahkomiselni. Vsem nam je skupno, da se motimo, razlikujemo pa se po tem, kako reagiramo na svoje napake. Vesela sem, da sem del tima zdravstvenih delavcev, na svoje delo sem ponosna. Odgovornost pa mi nalaga tudi dolžnost, da izpostavim svoje razmišljanje, kakor ga čutim in doživljam.

Vemo, nemogoče se je srečati brez komunikacije. Če ne z besedo, pa neverbalno v okolico oddajamo sporočilo. Rada imam ljudi, pri katerih ob pozdravu začutim veselje zaradi srečanja. Predvidevam, da takšni z veliko volje in optimizma pristopajo do sočloveka. Na oglasni deski v naši bolnišnici sem prebrala: »To, kar najbolj pomaga, je veselje na obrazu in nič ne stane, a je največ vredno, je samo lep nasmeh. Je blagodejno in dragoceno in podarjeno s spoštovanjem,

5 Marija Lokar, TZN, Splošna bolnišnica Novo mesto
mari.lokar@gmail.com

ima milijonsko vrednost, pa vendar ne stane nič.« Škoda, da tega niso videli vsi! Zase si močno želim, da bi k bolniški postelji zmogla pristopati z vedrim obrazom in prinašala upanje in mir. Hudo je, če je suša v naravi, a še hujše je, če je suša v duši, je razmišljal naš pesnik Tone Pavček. Recesija je zajela vsa področja našega delovanja, a če si bomo zdravstveni delavci dovolili vzeti veselje srečanja, bomo kmalu mi polnili čakalne vrste. Ljudska modrost pravi, da je ljubezen edini zaklad, ki se množi z razdeljevanjem, je edini posel, pri katerem več zaslužiš, če več trošiš. Na ljubeznive in vesele ljudi lahko računamo kadarkoli in kjerkoli.

Kadar me pri delu obkrožajo dijaki, se pogosto zamislim, kaj jim lahko ponudim. Jim lahko dam optimizem in vnesem v njihovo življenje radost, kadar jo pogrešam na njihovih obrazih? Jim lahko ponudim upanje v lepo prihodnost, da v njihovih očeh prižgem iskrico veselja? Dam jim lahko samo to, kar sem. Če hočemo ali nočemo, kadar so med nami bodoči zdravstveni delavci, s svojim delom vplivamo nanje. Željni so znanja, informacij in izkušenj. Posrkajo vse, tudi tisto, česar mogoče mi ne želimo. Dijaki poslušajo in gledajo, ob tem se oblikujejo. Jim omogočamo, da svoje teoretično zanje združujejo s prakso? Kako mi oplemenitimo čas, ki ga preživimo s pacientom? S svojim delom namreč vzgajamo generacijo, ki bo lahko negovala tudi nas. Informacijski razvoj mladini pomeni izziv, hitro pridobivajo znanja in se osamosvajajo. Nekateri dijaki me presenetijo z izredno globokimi vprašanji, včasih pa se zamislim, kako si nekatere stvari poenostavijo. Učijo se od nas, želim si, da bi jim bili dober zgled.

Včasih, posebno če se ne počutim zelo dobro, se sama postavim v vlogo pacienta. Razmišljam, kako bi med snežno belimi, a trdimi rjuhami mineval čas. Ob tem mi je tudi hudo, zamislim se nad drobnimi stvarmi, ki me motijo. Verjamem v zakone narave: Le kar seješ, to lahko žanješ.

V naši bolnišnici včasih srečam paciente, ki izgubijo orientacijo. Samo nekaj sekund je potrebnih, da to opazimo in jim pomagamo. Čas je denar, zato vsi hitimo, tudi ko spremljamo pacienta, ki ne zmore tako hitrih korakov. Jaz znam počasi korakati ob pacientu, mu prisluhnem in čas izkoristim še za posredovanje navodil. Ko pa zaslišim, da na oddelku zazvoni telefon, pozabim na vso lepo pripravljenost in stečem do telefonske slušalke. Žal je tako.

In kako dobro imamo v naši splošni bolnišnici urejeno prehransko podporo zdravljenju! Veliko diet in možnosti dodatkov, okusna in očem vabljava hrana vzbuja dober tek. Pri hrani želi človek svoj mir. Kolikor je le mogoče, se vsi trudimo, da to našim pacientom omogočimo. Toda, včasih kdo potrebuje že preveč časa, da se pripravi k obroku, kaj šele, da poje. Kadar je veliko bolnikov odvisnih od naše pomoči pri hranjenju, pa je težava še veliko večja. Iskrena hvala svojcem, ki pomagajo hraniti svoje drage. Zaradi časovne omejenosti ali pa, po mojem mišljenju, včasih tudi zgolj zaradi strahu, da ocenjujejo našo strokovnost, v proces zdravstvene nege premalo vključujemo svojce. Dijaki po oddelkih so zelo dobrodošli pri hranjenju in drugih aktivnostih, toda nujno rabijo našo pomoč.

Informacijska revolucija je zajela tudi zdravstvo. Super, ni nam treba potrjevati kartic zdravstvenega zavarovanja, ni nam treba čakati na pisne izvide, lahko urejamo čakalne vrste itd. S klikom lahko dobimo veliko potrebnih informacij, hkrati pa s klikom dobimo tudi kup informacij, ki jih pri svojem delu ne potrebujemo! Mislim, da se prav na tem področju premalo zavedamo svoje odgovornosti. Ko je ponujena tako široka paleta informacij, je zelo

pomembna naša etična drža. Medicinske sestre smo s soglasjem pacienta kompetentne za podajanje le nekaj informacij svojcem. Je dopustno, da telefon brez privolitve pacienta podamo zdravniku, ki nekemu nekje sporoča zdravstveno stanje pacienta!? Medicinska sestra je zagovornik koristi pacienta, pomagati mu mora pridobiti informacije o zdravstvenem stanju, ga spodbujati in mu biti v oporo kot vez med njim in zdravnikom.

Na ta svet prijkamo nebolgljeni, popolnoma smo odvisni od oskrbe drugih. Pogosto taki tudi zapuščamo zemeljsko prizorišče. Navadno se z vsemi močmi borimo za samostojnost. Nudimo našim pacientom individualno, strokovno zdravstveno nego? Avtonomnost pacientom daje upanje in izboljšuje samopodobo. Kar zmore, naj vsak naredi sam. Nikar pacientom, ki nimajo inkontinence in zato ni medicinske indikacije, ne nameščajmo plenice. V kratkem času delovanja v bolnišnici sem od pacientov slišala, da je to najhujše, kar so doživeli. Nekateri zaradi strahu pred odvajanjem blata celo odklanjajo hrano. Kadar pa so potrebne plenice, jih nameščajmo uvidevno. Včasih smo res prepozni z nočno posodo ali ne zmoremo pacientu pomagati, da pride pravočasno do stranišča, vendar to so izjeme.

Medicinska sestra je s svojim znanjem dobrodošla tudi v lokalni skupnosti. Z zgledom podpira zdrav življenjski slog, je aktivna v skrbi za varno in zdravo okolje. Je nepogrešljiva v humanitarnih organizacijah (RK, Karitas, PGD) in tudi izven sten zdravstvenih ustanov skrbi za prepoznavnost in ugled zdravstvene nege. Kadar opazi nehumano obnašanje, se je dolžna oglasiti, da zaščiti šibkejše.

Tako razmišljam jaz, ko potujem po izbrani poti. V svojem življenjskem mozaiku želim zbrati čim več drobnih trenutkov sreče, delo medicinske sestre mi to omogoča. Samo kadar naredim vse, kar je v moji moči, se v mojem srcu oglasi posebna melodija radosti. Sprejemam dobronamerno izrečeno kritiko, bedim nad svojimi besedami in dejanji. Strinjam se s prijateljem, ki je zapisal, da si sam sebi najpravičnejši sodnik. Ne rabiš ne advokata, ne porote in v razsodbi ni pomote.

Medicinska sestra sem štiriindvajset ur na dan, zakaj ni dovolj le osem?! Ker medicinske sestre sledimo razvoju stroke, se nenehno izobražujemo, svoje znanje širimo in promoviramo zdrav življenjski slog. Moralno in kazensko smo dolžne nuditi nujno medicinsko pomoč. Kako lahko to zmoremo? Moj enostaven odgovor je, biti dobra medicinska sestra je kar način življenja.

Literatura

1. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije; 1994.

ODGOVORNOST V PERIOPERATIVNI ZDRAVSTVENI NEGI

Marjeta Berkopec⁶

Povzetek

Medicinska sestra za svoje delo skladno z Zakonom o zdravstveni dejavnosti prevzema etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost. V prispevku so prikazane različne vrste odgovornosti, s poudarkom na etični in profesionalni odgovornosti medicinske sestre v operativni dejavnosti.

Ključne besede: odgovornost, medicinska sestra, perioperativna zdravstvena nega

Uvod

Poročanje medijev o medicinskih sestrah, ki so morale sesti na zatožno klop, je prav gotovo eden izmed razlogov, da danes medicinske sestre več razmišljajo o svoji odgovornosti. Delo po naročilu zdravnika medicinske sestre ne odvezuje odgovornosti, saj vsak sam v mejah svojih kompetenc odgovarja za svoja dejanja.

Zbornica - Zveza je letos ob mednarodnem dnevu medicinskih sester in mednarodnem dnevu babic slovesno razglasila dokument o podobi medicinske sestre. V dokumentu je predstavljena podoba medicinske sestre, babice in tehnika zdravstvene nege, ki vključuje strokovno, osebnostno in zunanjo podobo. Osrednji cilj delovanja medicinske sestre, babice in tehnika zdravstvene nege je pacient, enkratno in neponovljiv v času in prostoru, zato je v skupini najvišjih vrednot njihovega vrednostnega sistema. Osrednja vrednota medicinske sestre, babice in tehnika zdravstvene nege je skrb za sočloveka. Temeljna načela za delo so humanost, moralnost, etičnost in strokovnost. Medicinsko sestro in tehnika zdravstvene nege zavezuje Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornica – Zveza, 2005). Babico zavezuje Kodeks etike za babice (Zbornica – Zveza, 2011).

Podlaga za delovno območje medicinske sestre, babice in tehnika zdravstvene nege so Poklicne aktivnosti v zdravstveni in babiški negi (Zbornica – Zveza, 2008, 2010, 2011).

⁶ Marjeta Berkopec, dipl.m.s., Splošna bolnišnica Novo mesto
marjeta.berkopec@sb-nm.si

Medicinska sestra, babica in tehnik zdravstvene nege za svoje delo prevzemajo etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost skladno z Zakonom o zdravstveni dejavnosti (ZZDej – UPB1, 55. člen) (www.zbornica-zveza, 2011).

Strokovna podoba medicinske sestre

Medicinska sestra samostojno in avtonomno izvaja delo diplomirane medicinske sestre skladno s temeljnimi odgovornostmi in področjem dela. Zdravstveno nego pacienta izvaja z upoštevanjem veljavnih strokovnih načel, smernic in standardov ter pacientu zagotavlja najvišjo možno raven varnosti in kakovosti v zdravstveni negi in oskrbi.

Vrednota medicinske sestre je znanje, ki je temelj za doseganje ciljev in strokovnega napredka. Medicinska sestra si prizadeva prenašati svoje znanje in izkušnje na člane negovalnega tima in druge, ki vstopajo v proces izobraževanja. Podlago za delo predstavlja dosežena stopnja izobrazbe na ravni dodiplomskega visokošolskega strokovnega izobraževanja ter vseživljenjsko učenje (www.zbornica-zveza, 2011).

Medicinska sestra in odgovornost

Odgovornost je večplastna, dinamična kategorija, pojem, katerega osnovna značilnost je kvaliteta človeških odnosov v družbi, pri delu, do sodelavcev, do prevzetih nalog, ki izhajajo iz njegovih poklicnih dolžnosti ali socialnega položaja (Šeparović, 1989).

Obstaja več vrst odgovornosti, njihov obseg in vsebina sta različna. Najvišja odgovornost je osebna moralna odgovornost, ki se odslkava v odgovornosti vsakega posameznika in v njegovi lastni oceni svojega ravnanja kot dobrega ali slabega; naslednjo vrsto odgovornosti predstavlja poklicno – deontološka odgovornost, torej tista, ki se navezuje na pravila stroke, obsežna v poklicnem deontološkem kodeksu. Ta vrsta odgovornosti prav tako za izpolnjevanje poklicnih dolžnosti postavlja visoka merila in pozna svoje lastne sankcije za kršitve teh dolžnosti. Odgovornost za te kršitve se vzpostavlja v okviru stanovskih združenj (v Sloveniji je to Zbornica zdravstvene nege Slovenije); sankcije, ki jih je v okviru te odgovornosti mogoče izreči, pa lahko predstavljajo omejitev ali odvzem pomembnih pravic. Pooblastilo za njihovo izrekanje je zato določeno s pravnimi normami. Na zadnje mesto v tej hierarhiji postavljamo odgovornosti različne vrste pravne odgovornosti: v ta okvir sodijo disciplinska odgovornost, odgovornost za povzročeno škodo (odškodninska odgovornost) in kazenska odgovornost za izvršeno kaznivo dejanje (Šelih, 1997).

Temelj za odgovornost (kogarkoli) temelji v ustrezni dolžnosti, ki jo je tisti, ki ga obvezuje, prekršil. Te dolžnosti opredeljuje stroka (pravila stroke, *lex artis*), prevzemajo jih pravila deontološkega kodeksa in raznovrstna ter številna pravna pravila (Šelih, 1997).

Zaposleni v zdravstveni negi pri obravnavi bolnika zavzemamo stališče, da je etičen in strokoven odnos do bolnika bolnikova pravica, ki jo morajo spoštovati vsi zdravstveni delavci.

Etika skrbi je za zdravstveno nego najbolj pomembna etična teorija, ker okvirno etično opredeljuje odnos, ki predstavlja osnovo zdravstvene nege in medsebojnega odnosa med medicinsko sestro in bolnikom – skrb. Iz etike skrbi izhajajo štiri etične sestavine: pozornost, odgovornost, pristojnost in odzivnost (Šmitek, 2003).

Odgovornost v perioperativni zdravstveni negi

Koncept odgovornosti, ki izhaja iz etike skrbi, ima pomembno mesto tudi v perioperativni zdravstveni negi. Skrb je neločljivo povezana z odgovornostjo, odgovornost pa z moralno. Kot pravi Šmitkova (2003), moralne odgovornosti ni možno določiti z načeli ali predpisi v obliki dolžnosti; možno jo je samo privzgojiti ali sprožiti v posamezniku/medicinski sestri, da se zave njene pomembnosti v odnosu do drugega. Za to sta potrebni znanje in moralno etično izoblikovano okolje.

Odgovornost za bolnika, ki prihaja na operativni poseg, mora postati samoiniciativna kakovost vsake operacijske medicinske sestre. Pomembno etično načelo delati dobro in ne škodovati, delati v korist pacienta pa vodilo pri delu. Kot pravi Šelihova (1997), nedvomno drži, da spoštovanje pravil stroke ni vedno preprosto in enostavno: ravnanje po pravilih v primerih, ko ni dovolj časa ali ni vseh potrebnih aparatov; izpolnitev zdravnikovega navodila, ki presega njene pristojnosti ali spolnitev navodila, ki je dano ustno, čeprav bi moralo biti pisno - te in prav gotovo številne druge okoliščine so tiste, ki lahko odpirajo pot kateri izmed odgovornosti medicinske sestre. Kot splošno pravilo bi torej morali uveljavljati zahtevo, da mora vsak udeleženec v procesu zdravljenja slediti pravilom svoje stroke in spoštovati pravila druge, na njegovo dejavnost vezane stroke.

Medicinska sestra se v operacijski sobi vsakodnevno srečuje s številnimi stresnimi situacijami: delo v zaprtem prostoru, časovni pritiski, nenadni preskoki od običajnih k intenzivnim nalogam, nična toleranca do napak, neprijetni prizori in zvoki, preveč hrupa ali nelagodna tišina, dolgotrajno delo v stoječem položaju. Priznava jih tudi mednarodni svet medicinskih sester (ICN, 2001). Vse te situacije pogosto zahtevajo hitre odločitve in takojšnje reakcije. Kot pravi Šeparović (1989), pa naglica povečuje možnost napak.

Medicinska sestra, ki sodeluje pri operativnem posegu, je članica operativne ekipe. Kljub temu da je kirurg odgovoren za operativni poseg, se mora operacijska medicinska sestra zavedati, da v mejah svojih kompetenc vsak sam odgovarja za svoja dejanja. Načelo zaupanja v člane tima, ki sodelujejo pri operativnem posegu, je pravilno, dokler ne pride do odstopanja od strokovnih standardov. Kljub podrejenemu položaju slepo uboganje navodil, kadar je navodilo očitno napačno ali neustrezno, medicinske sestre ne odvezuje odgovornosti.

Medicinska sestra, ki začne svojo poklicno kariero v operacijskem bloku, mora za samostojno delo osvojiti veliko specialnih znanj, privzgojiti pa ji je potrebno tudi zavest o pomenu aseptičnega vedenja v operacijski sobi. Pomembno vlogo in odgovornost ima pri uvajanju nove sodelavke kot mentorica, ki uči tudi z lastnim zgledom. Posledice nespoštovanja načel aseptične in sterilne tehnike dela namreč niso vidne takoj; zelo težko jih je dokazati. Pacientu

pa lahko povzročijo nepopravljivo škodo: okužbo kirurške rane, sepso, posledično lahko privedejo tudi do smrti. Medicinska sestra mora ob ugotovljeni prekinitvi aseptične in sterilne tehnike dela odreagirati takoj in ne sme čakati na ugoden trenutek, da bi na samem opozorila sodelavca/-ko na napako.

Zaradi slabe organizacije dela se lahko zgodi, da si sledita operativna posega, kjer se uporablja enak instrumentarij. V operacijskem bloku pa je samo en set teh instrumentov. Medicinska sestra v takem primeru lahko dobi navodila od kirurga, da instrumente opere ročno in skrajša postopek, sicer bo druga operacija odpadla. Današnji standardi predpisujejo pranje instrumentov v termodezinfektorju, kar pa seveda traja dalj časa kot ročno pranje, ki se je uporabljalo še do pred nekaj leti. Za pravilno reprocessiranje instrumentov je odgovorna medicinska sestra, zato mora strokovnost vedno pretehtati nad željo, ugoditi zdravniku.

V operacijskem bloku se uporablja veliko materialov, ki so namenjeni enemu bolniku in so velik strošek za ustanovo. Zaradi varčevalnih ukrepov in minimalnih zalog lahko medicinska sestra dobi navodila menedžmenta, da očisti in ponovno sterilizira te materiale. Delovanje medicinske sestre mora temeljiti na odločitvah v korist pacienta, saj pacient med operativnim posegom nima možnosti izbire in odločanja.

Medicinska sestra v operacijski sobi prevzema zelo veliko odgovornost pri štetju materiala in instrumentov. Za operiranega pacienta predstavlja preostali material zelo veliko tveganje. Štetje in kontrola materiala in instrumentov pred, med in po operativnem posegu je v operacijskem bloku standardiziran postopek. Vedno ga izvajata dve medicinski sestri. Šteje se glasno. O preštetem materialu se pred zapiranjem telesnih votlin glasno poroča operaterju, ki se mora na informacijo glasno odzvati. Končno štetje je pri zapiranju kože. Kljub časovnim pritiskom si je za štetje treba vzeti čas. Dolžnost operacijske medicinske sestre je, da ob ugotovljenem manku zahteva prekinitve operacije, dokler se material ne najde. Kirurg je prav gotovo odgovoren za izid operativnega posega, vendar pa štetje materiala pred, med in po operativnem posegu izvaja operacijska medicinska sestra, zato je zanj tudi odgovorna.

Odgovorno ali neodgovorno ravnanje?

Program dela v operacijskem bloku se razpisuje tedensko in dnevno. Paciente se v operacijski blok kliče glede na razpis dnevnih operacij, izjemoma se kliče naprej urgentne posege, glede na navodila operaterja. Protokol klicanja pacientov je zapisan tudi v projektni nalogi Organizacija dela v centralnem operacijskem bloku. Zdravnik naroči, da se pokliče pacienta iz sobe 10 za operacijo hernije. Pacient sicer ni razpisan na programu. Kdo bo odgovoren, če bo v operacijski blok pripeljan ali celo operiran napačen bolnik?

Vse zdravstvene delavce zavezuje kodeks etike in vsi imamo možnost razmišljati in delati moralno, humano in etično. Najpogostejše oblike nespoštovanja etičnih načel v operacijskem bloku: poimenovanje pacienta po diagnozi ali telesnem delu (žolčni kamni, varice, kolk, roka); neupoštevanje telesne zasebnosti in nepotrebno razgaljanje pacienta; glasen pogovor med člani operativne ekipe o osebnih zadevah pri pacientih, ki niso v splošni anesteziji; šale in

glasen smeh med člani operativne ekipe pri pacientih, ki niso v splošni anesteziji; razreševanje nesporazumov med zdravstvenimi delavci ob pacientu; tikanje in nespoštljivo imenovanje (brez gospod, gospa) pacientov; pogovor o pacientu v njegovi prisotnosti. Koliko zdravstvenih delavcev je ob zaznani kršitvi etičnih načel pripravljenih opozoriti sodelavca? Veliko lažje se je delati, da sploh nismo opazili. Ravnamo v takih primerih odgovorno?

Vsi zdravstveni delavci vemo, da je osnova za preprečevanje bolnišničnih okužb razkuževanje rok. Pa smo enako dosledni tudi, ko se nam mudi ali ko nas nihče ne vidi? Ali ob ugotovljeni nepravilnosti vedno opozorimo kršitelja, tudi ko je treba opozoriti nadrejenega, starejšo kolegico?

Delovno okolje in narava dela operacijskih medicinskih sester prav gotovo ne spodbuja zdravega načina življenja. Med dolgotrajnimi operacijami je nemogoče opraviti osnovne fiziološke potrebe, kaj šele pomisliti na dopoldansko malico. Kako kljub vsakodnevnim naporom in stresu ostati zdrav, saj na delu preživimo več kot tretjino svojega časa? Kako prepoznati in zmanjšati dejavnike tveganja in se odgovorno obnašati do svojega zdravja?

Medicinska sestra se mora zavedati, da je z izbiro poklica sprejela tudi dolžnost izpostavljanja nevarnosti in s tem večjemu tveganju za lastno zdravje. In kako je z odgovornostjo operacijske medicinske sestre do lastnega zdravja? Med operativnimi posegi, kjer je potrebno rentgensko slikanje, je tudi medicinska sestra, ki sodeluje pri posegu, izpostavljena nevarnostim ionizirajočega sevanja. Delovna organizacija zagotavlja vsa potrebna zaščitna sredstva, obvezno je tudi nošenje dozimetra. Delo v svinčenem plašču je res fizično zelo naporno, zato le-ta velikokrat ostane na stojalu tudi za ceno lastnega zdravja. Pri operativnem posegu prihaja do ostrega instrumentalnega prodiranja v človeško telo in izpostavljenost nevarnosti okužbe osebja je zelo velika (HIV, hepatitis). Medicinska sestra lahko okuži sebe, lahko pa okužbo prenese tudi domov in izpostavi nevarnosti še svojce. Kadar medicinska sestra zboli zaradi respiratornega infekta, navadno pride v službo, saj najprej pomisli, kdo bo delal namesto nje. Kljub temu da se okužba navadno razširi še na ostale sodelavce, se jih zelo malo odloči za bolniško. Zakaj se tako malo medicinskih sester cepi proti gripi?

Zaradi pomanjkanja kadra je po dežurni službi potrebno ostati še dopoldne v službi. Prva medicinska sestra pove, da je utrujena in se ne čuti sposobna za delo. Druga ostane po dežurstvu v službi, čeprav je utrujena, samo da ne bo potrebno priti sodelavki, ki ima prost dan. Katera medicinska sestra ravna odgovorno? Kdo bo zaščitil medicinsko sestro, ki je zaradi uvidevnosti do sodelavk ostala v službi in se ji je zgodila napaka pri delu?

Zaključek

Odgovornost za bolnika, ki prihaja na operativni poseg, mora postati samoiniciativna kakovost vsake operacijske medicinske sestre. Njeno delovanje mora temeljiti na odločitvah v korist pacienta. Etično načelo delati dobro in ne škodovati pa vodilo pri delu. Podlaga za delokrog operacijske medicinske sestre je dokument Aktivnosti zdravstvene nege za diplomirane medicinske sestre in zdravstvene tehnike v operativni dejavnosti, ki ga je izdala Zbornica

– Zveza. Delovanje po navodilih, ko so le-ta očitno neustrezna, ne izključuje odgovornosti. Tako kot vse medicinske sestre tudi medicinska sestra v operativni dejavnosti za svoje delo prevzema etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost v skladu z Zakonom o zdravstveni dejavnosti.

Literatura

1. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije; 1994.
2. Podoba medicinske sestre. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Dostopno na: http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/Podoba_medicinske_sestre.pdf (20.11.2011).
3. Predstavitev podobe medicinske sestre, babice in tehnika zdravstvene nege. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Dostopno na: http://www.zbornica-zveza.si/Medicinske_sestre_in_babice.aspx (20.11.2011).
4. Šelih A. Pravni vidiki odgovornosti in varstva medicinske sestre. *Obzor Zdr N.* 1997; 31:205-10.
5. Šeparović Z. Novo o položaju in odgovornosti medicinskih sester v zdravstvu. *Zdrav Obzor.* 1989; 23:31-42.
6. Šmitek J. Uporabnost teorij etike v zdravstveni negi. In: Klemenc D, Kvas A, eds. *Zdravstvena nega v luči etike.* Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2003: 13-9.

ODGOVORNOST ANESTEZIJSKE MEDICINSKE SESTRE

Bernarda Hrovat⁷

Povzetek

V referatu je predstavljen delokrog anestezijske medicinske sestre (AMS), področja dela in sodelovanje z ostalimi poklicnimi skupinami v zdravstvu. Predstavljena so področja odgovornosti, s katerimi se pri svojem delu srečuje. Z vidika poklicne odgovornosti so opisane aktualne dileme v zvezi z delitvijo dela med anesteziologom in anestezijsko medicinsko sestro. Referat ni napisan na podlagi raziskave, temveč vsebuje povzetke literature in razmišljanje avtorice o naslovni temi.

Ključne besede: medicinska sestra, anestezija, odgovornost

Uvod

„Medicinska sestra pri anesteziji izvaja ali sodeluje pri izvajanju sodobne specialne zdravstvene nege in anestezijskih storitev pri pacientu, ki potrebuje anestezijo, respiratorno nego, zdravljenje bolečine, kardiopulmonalno reanimacijo, in/ali ostale življenjsko pomembne storitve, kadarkoli je to potrebno. Sodobna, specializirana zdravstvena nega ob anesteziji vključuje v svojo prakso biološke, tehnične in behavioristične znanosti tam, kjer se nanašajo na paciente in njihove družine.“ (www.ifna.org, 2002)

Delo na tem področju zahteva od medicinske sestre poleg specifičnih teoretičnih in praktičnih znanj dobro fizično kondicijo in sposobnost za timsko delo ter psihično uravnoteženo osebnost. Pri svojem delu je vsakodnevno izpostavljena stresnim situacijam, saj dela s hudo prizadetimi, vitalno ogroženimi, pogosto tudi umirajočimi bolniki. Poleg tega pa mora imeti visoko razvite komunikacijske sposobnosti, da je lahko uspešna v sporazumevanju z bolnikom in njegovimi svojci kot tudi s člani negovalnega in zdravstvenega tima. Te sposobnosti so še posebno pomembne pri ugotavljanju potreb bolnikov po zdravstveni negi, kadar jih le-ti ne morejo izraziti. (Podiplomski študijski program specializacije za področje intenzivne zdravstvene nege in terapije ter anestezije, 1995).

7 Bernarda Hrovat, dipl.m.s., spec., Splošna bolnišnica Novo mesto
bernarda.hrovat@sb-nm.si

Predstavitev zdravstvene nege pri anesteziji

Področja delovanja anestezijske medicinske sestre:

- priprava pacienta na anestezijo in operativni/diagnostični poseg,
- perioperativni nadzor pacienta,
- neposredni pooperativni nadzor pacienta,
- sodelovanje pri zdravljenju akutne pooperativne bolečine,
- sodelovanje pri zdravljenju bolečine v protibolečinski ambulanti,
- sodelovanje pri oživljanju in oskrbi poškodovancev,
- sodelovanje pri oživljanju pacientov na bolniških oddelkih,
- sodelovanje pri transportih življenjsko ogroženih pacientov in poškodovancev,
- sodelovanje pri eksplantacijah in transplantacijah organov,
- sodelovanje pri poučevanju temeljnih in dodatnih postopkov oživljanja za medicinske sestre, zdravstvene tehnike in laike (Buček – Hajdarević, 2001).

Naloge anestezijske medicinske sestre so opisane v nadaljevanju.

Priprava aparatov in učinkovin (priprava, testiranje in vzdrževanje anestezijskega aparata, različnih monitorjev, črpalk, lovilca eritrocitov, grelcev tekočin, grelnih blazin, priročnih analizatorjev krvi).

Skrb za psihično pripravo pacienta na anestezijo in operativni poseg (sprejem pacienta v operacijski blok, preverjanje identitete, teščosti, morebitne prisotnosti zobne proteze, razlaga poteka nadaljnje priprave, pomiritev pacienta s pogovorom o njegovih skrbah, strahovih in vprašanjih.)

Fizična priprava pacienta (vzpostavitev periferne venskega pristopa oz. preverjanje delovanja obstoječega, namestitvev pripomočkov za nadzor pacientovih vitalnih funkcij, skrb za pacientovo udobje na operacijski mizi).

Priprava učinkovin (označevanje z imenom učinkovine, datumom in koncentracijo, skrb za aseptično ravnanje z učinkovinami). Ker anestezijske učinkovine delujejo na centralni živčni sistem, dihanje in delovanje srca, je to delo izjemno odgovorno, saj vsaka površnost, nezbranost ali nesporazum lahko privedejo do katastrofalnih posledic.

Skrb za varnost pacienta (zaščita pred padci, zaščita oči, vzdrževanje telesne temperature, postopki za zagotavljanje varnosti v povezavi s transfuzijo, RTG-zaščita, zaščita okončin pred pritiski in nefiziološkimi položaji).

Asistenca anesteziologu pri uvajanju v anestezijo, vzpostavitvi proste dihalne poti, vzdrževanju anestezije in zbujanju, izvajanje med- in pooperativnega nadzora pacienta, spremljanje in beleženje vitalnih funkcij.

Izvajanje diagnostično-terapevtskega programa po naročilu anesteziologa.

Oskrba z medicinskim potrošnim materialom, zdravili in sanitetnim materialom; sodelovanje s službo bolnišnične sterilizacije; skrb za nemoteno delovanje vseh prej naštetih naprav, kar zajema sprotno vzdrževanje in redno servisiranje; beleženje anestezioloških storitev ter porabe materiala in zdravil v računalniških programih Birpis in Lirpis ter celoten nadzor nad prometom z narkotiki – naročanje, transport, vodenje evidenc.

Značilnosti zdravstvene nege pri anesteziji

Večina bolnikov, s katerimi se srečuje medicinska sestra pri anesteziji, je zaradi pričakovanega operativnega posega v stresu, kadar gre za urgentne posege, pa so celo vitalno ogroženi. Medicinska sestra je pogosto edini človek, ki zazna bolnikovo stisko, oziroma edina, ki se ji bolnik upa stisko pokazati. Na področju psihične podpore bolniku lahko AMS deluje samostojno in neodvisno. Sicer je delo medicinske sestre v anesteziološkem zdravstvenem timu pretežno asistenca zdravniku, kar terja od medicinske sestre določeno poglobljeno znanje z medicinskega področja. Za varno delo je potrebno poznati delovanje številnih naprav in fizikalnih zakonitosti. Služba za anestezijo pokriva tudi področje reanimacije, kar terja specifično znanje ter sposobnost mirnega in hitrega reagiranja v urgentnih situacijah.

Značilnost zdravstvene nege pri anesteziji je velika intenzivnost dogajanj, sprejemanje hitrih odločitev in ukrepanj, uporaba in poznavanje visoke tehnologije, ki se nenehno izpopolnjuje. Pogoste so stresne situacije, fluktuacija in z njo povezano pomanjkanje kadra, kar dodatno obremenjuje tiste, ki ostajajo na teh zahtevnih delovnih mestih. Zaposleni se dnevno srečujejo z bolj ali manj tragičnimi človeškimi usodami, ki so posledica hudih bolezni ali poškodb. Takšne situacije in obremenitve pa sčasoma vplivajo na življenjsko filozofijo in spremenijo čustvovanje še tako zrelih in izdelanim osebnostim.

Organiziranost anesteziološke službe

Zaposleni v zdravstveni negi pri anesteziji so člani anesteziološkega tima, ki ga v ožjem pomenu sestavlja še zdravnik anesteziolog, v širšem pa tudi medicinska sestra iz prebujevalnice. Poleg tega AMS sodelujejo v negovalnem timu, ki ga sestavljajo še operacijske medicinske sestre, medicinske sestre z bolniških oddelkov in intenzivne terapije ter v širšem zdravstvenem timu, ki ga poleg prej naštetih sestavljajo še kirurg, bolničar, pogosto tudi radiološki inženir.

Anesteziološka služba je v Sloveniji formalno organizirana tako, da anesteziološki tim sestavljata medicinska sestra in zdravnik anesteziolog. Zdravnik oceni zdravstveno stanje pacienta in na podlagi te ocene ter seveda na podlagi operativnega posega, ki mu bo pacient podvržen, izbere vrsto in način anestezije. Če ni zdravstvenih zadržkov glede vrste anestezije, upošteva tudi želje pacienta. AMS pomaga zdravniku izvesti anestezijo na način, ki ga je izbral in ocenil kot najprimernejšega.

V zahodnoevropskih in skandinavskih državah ter v ZDA imajo drugačne ureditve. Anesteziologija ni izključno domena zdravnikov, pač pa jo, pod določenimi pogoji (dodatna

specialistična izobrazba, bolniki brez spremljajočih bolezni), izvajajo tudi medicinske sestre s formalno priznано specialistično izobrazbo za to delo. Druga možnost pa je, da en anesteziolog obvladuje dve operacijski sobi, intraoperativni nadzor in vzdrževanje anestezije pa izvajajo medicinske sestre s prav tako formalno priznано specialistično izobrazbo za delo na tem področju (Hrovat, Železnik, 2007).

V strokovnih krogih se ve, da v nekaterih slovenskih bolnišnicah zaradi resničnega pomanjkanja anesteziologov še vedno delajo na način, ko en anesteziolog dela na dveh operacijskih mizah, AMS pa so ves čas ob bolniku. Le po zaslugi takega načina dela se operativni programi izpeljejo v celoti. Tudi kjer ni tako hudega pomanjkanja anesteziologov in so le-ti razpisani v vse operacijske sobe, se zaradi različnih vzrokov občasno zgodi, da AMS dejansko sama izvaja intraoperativni nadzor in vzdržuje anestezijo z dodajanjem učinkovin po lastni presoji.

Aktualne dileme glede delitve dela

Pomanjkanje anesteziologov je globalni problem, ki Slovenije ni obšel. Pobude, da bi organizacijo anesteziološke službe v Sloveniji uredili po zgledu drugih držav in s tem nekoliko sprostili problem pomanjkanja anesteziologov, se v slovenski strokovni javnosti pojavljajo vsakih nekaj let. Leta 2002 jo je predstavil takratni minister za zdravje dr. Dušan Keber, leta 2005 takratni državni sekretar na MZ dr. Janez Remškar, leta 2011 pa strokovni svet UKC Ljubljana. *Nikdar doslej pobude niso dale AMS.*

Sekcija medicinskih sester v anesteziologiji kot najvišji strokovni organ tega področja ZN je na prvo in drugo pobudo odgovorila, da se s tem načeloma strinja, vendar le pod pogojem, da se pred uvedbo novega sistema uvede mednarodno primerljiv izobraževalni program, ki bo medicinskim sestram dal tudi formalno izobrazbo za to delo. Ob tem je potrebno poudariti, da slovenske AMS za svoje delo nimajo nobene dodatne izobrazbe, kar je edinstven primer v EU. Vsega, kar delajo in znajo, se priučijo ob delu z izkušenejšimi kolegicami in anesteziologi. Ob lanski pobudi strokovnega sveta UKC pa so predstavnice AMS iz UKC Ljubljana v izjavi za javnost poudarile, da bi v primeru uvedbe takega načina dela dejansko šlo zgolj za legalizacijo obstoječe prakse.

Odgovornost

Odziv zdravniške stroke (Sekcija za anesteziologijo SZZ) je bil vedno neverjetno oster in odklonilen, v lanskem letu pa tudi zelo žaljiv za vse medicinske sestre, ki delajo na tem področju. Prišlo je do osebnih obračunavanj z najbolj izpostavljenimi člani IO Sekcije medicinskih sester v anesteziologiji v blogih, strokovnih glasilih, do podtikanj, poniževanj, žaljenja in v končni fazi do ocene, da v anesteziologiji diplomiranih medicinskih sester ne potrebujejo. Ob tem je bilo vedno znova navrženo, da AMS ne odgovarjajo za nič, da je vsa

odgovornost na anesteziologu in da bi v primeru tožbe AMS bila vnaprej oprana vsakega suma nepravilnega ravnanja.

Pa je res tako? Na osnovi česa lahko kdorkoli tako trdi? Primera, ki bi to potrjeval v praksi ali za katerega bi veljalo, da je precedenčen, v sodobni slovenski sodni zgodovini ni, vsaj avtorica referata zanj ne ve. Na podlagi primerov z drugih področij medicine, ki so prišli na sodišče, pa je razbrati, da je bilo kljub vpletenosti ostalih članov zdravstvenega tima največkrat spoznano za krivo in obsojeno ravno osebje ZN. Še zlasti očitno je to v primerih, ko je bila pod vprašajem prekoračitev kompetenc negovalnega osebja.

Nesporno je, da AMS odgovarja za vse postopke in posege, ki jih izvaja znotraj svojih kompetenc. Kaj pa v situacijah, v katere je potisnjena takrat, ko je potrebno hitro posredovanje, zdravnika, v katerega pristojnosti je odločitev o tem posredovanju, pa ni zraven? Medicinska sestra ve, kaj je treba storiti in to v dobro bolnika tudi stori, vendar s tem zavestno prekorači svoje kompetence. Kdo bo odgovoren, če bo pri tem prišlo do zapleta? V anesteziji se ogromno dela opravi na podlagi obojestranskega zaupanja med zdravnikom in medicinsko sestro. Žal zgoraj opisana dogajanja zaupanja ne gradijo, prej ga rušijo. Že zaradi tega bi bilo prav, da bi se vprašali o odgovornosti posameznikov za takšno početje. Nenazadnje so pacienti tisti, ki čutijo in nosijo posledice odnosov med osebjem, ki jih obravnava. In nedvomno drži, da rušenje zaupanja v anestezioloških (ali drugih zdravstvenih) timih ne more prinesiti dobrih posledic.

»Zdravstvena nega pri anesteziji in v pooperativnem obdobju je sklop vseh opravil in nalog, ki so potrebne za čim boljši in nemoten potek anestezije v vseh fazah, za čim boljše bolnikovo psihofizično počutje, za njegovo varnost med uvajanjem v anestezijo, trajanjem anestezije in v pooperativnem nadzoru. Potrebno je, da tako definicijo zdravstvene nege sprejmejo tako nosilci te dejavnosti - medicinske sestre - kot tudi zdravniki. Tako se izognemo njenemu napačnemu pojmovanju. Medicinske sestre dobijo možnost, da se vrnejo na svoje delovno področje, za katerega so se usposobile. Daje jim tudi možnost, da ustvarijo lastno doktrino dela. V procesu zdravljenja so soodgovoren člen, niso anonimne, kar jih obvezuje, da za svoje področje dela prevzamejo tudi moralno, profesionalno in pravno odgovornost« (Spindler in Hribar - Habinc, 1994). Ta citat, ki sta ga pred skoraj dvajsetimi leti zapisali anesteziologinja in AMS v skupnem strokovnem prispevku, odraža zdrave in spoštljive odnose v anesteziološkem timu. Bodo prihodnje generacije teh dveh poklicev še imele takšne odnose?

Dokument Poklicne aktivnosti v ZN

Kako zelo pregreta je situacija, pove nadaljevanje zgodbe. Sekcija MS v anesteziologiji je v letu 2011 v skladu z namero Zbornice – Zveze, da se napišejo in v obliki uradnega dokumenta izdajo poklicne aktivnosti za vsa področja ZN, želela področje dela AMS formalno urediti na ta način. Člani delovne skupine za pripravo dokumenta so pripravili delokroge AMS z natančno razdelanimi poklicnimi aktivnostmi. Preden so jih dali v potrditev Zdravstvenemu svetu, so v izogib napačnim interpretacijam in ponovnim napadom z zdravniške strani delokroge dali v

pregled in presojo Razširjenemu strokovnemu kolegiju (RSK) za anesteziologijo. Predsednik tega organa, tudi sam anesteziolog, se je s temi delokrogii strinjal in jih tudi podpisal. Čeprav zadeva ni imela popolnoma nobene povezave z zgoraj omenjenimi pobudami o spremembah v organiziranosti anesteziološke službe, je ob tem v zdravniških vrstah znova završalo na podoben način, kot je bilo že predhodno opisano. Odprle so se neskončne razprave o tem, kaj AMS spet hočejo doseči in ponovno je bila močno prekoračena meja spoštljivosti. Poudariti je potrebno, da to ni bilo večinsko mnenje anesteziološke stroke. Verjetno so bili tisti, ki so ob vsem tem ohranili trezen in realen pogled na situacijo in se niso pustili potegniti v vrtnec obsojanja in obtoževanja v večini, vsekakor pa so nasprotniki sprejetja tega dokumenta, bili bolj glasni. Nekateri so AMS tudi priznali pravico do tega, da si končno uredijo svoj status in po možnosti enkrat v prihodnosti tudi izobraževanje. Že podpisano soglasje je bilo ob neodločenem glasovanju na RSK preklicano. Nadaljnja usoda dokumenta Poklicne aktivnosti v ZN pri anesteziji v času, ko je nastajal referat, še ni bila znana.

Najbolj sporen v celotnem dokumentu je bil izraz »sodelovanje«, s katerim je bil opisan delovni odnos v anesteziološkem timu, z razlago, da izraz sodelovanje pomeni enakovrednost obeh članov tima. V kratkem času so predstavniki anesteziološke stroke našli izraz »podpora«, ki so ga ocenili kot primernejšega, ker da le-ta ustrezneje opredeljuje vlogo in delo AMS.

Avtorica referata je za razlago pojmov sodelovanje in podpora pogledala v Slovar slovenskega knjižnega jezika (SSKJ). Beseda sodelovati, kot je opredeljena v SSKJ, pomeni biti dejavno povezan zaradi skupne dejavnosti v smislu pomagati komu pri opravljanju kake naloge, dejavnosti. Pomeni tudi skupaj z drugimi biti udeležen pri kakem delu ali spremljati kako dogajanje z mislimi, dejanji. Tudi beseda podpirati, kot je opredeljena v SSKJ, pomeni delati, da kdo je, ostane v pokončnem položaju ali postavljati opore. Ekspresivno predstavlja tudi dajati gmotno pomoč: lajšati komu življenjske razmere, podpirati brezposelne, invalide, finančno podpirati koga, predstavlja pa tudi omogočati komu določeno dejavnost.

»Izobraževanje iz anesteziologije je za zdravnike in za medicinske sestre neprekinjen proces, ki zahteva stalno dopolnjevanje in obnavljanje teoretičnega znanja in praktičnih vaj ter nabiranje kliničnih izkušenj. Dobro izobražena in izurjena medicinska sestra oziroma tehnik sta zdravnikova pomembna sodelavca.« (Petrun - Ulaga, 1994). Ta citat priznane slovenske anesteziologinje, star skoraj 20 let, ob zgoraj opisanih aktualnih dogajanjih najbrž ne potrebuje komentarja.

Razprava in sklep

Po subjektivni oceni avtorice AMS doživljajo svoje delo kot zelo raznoliko, zanimivo, psihično in fizično naporno, a tudi lepo. Po raziskavi, ki jo je avtorica referata opravila pred leti, čutijo zelo močno pripadnost svojemu delu (Hrovat, Železnik, 2007). Za vse, kar delajo, se čutijo zelo odgovorne. Žal pa je odgovornost nemerljiv pojem, ki ga je težko opredeliti in je zato podvržen številnim interpretacijam in tudi zlorabam. Pri vsakem koraku svojega dela lahko AMS naredi nepopravljivo škodo pacientu. Vsaka najmanjša nezbranost je lahko usodna za

pacienta. Tega se AMS močno zavedajo in svoje najboljše moči usmerjajo v to, da je zapletov čim manj oz. da jih čim prej opazijo in v čim večji meri preprečijo njihove posledice.

Literatura

1. Buček Hajdarevič I. Naloge medicinske sestre pri anesteziji. Diplomaska naloga. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2001.
2. Hrovat B, Železnik D. Izobraževanje medicinskih sester pri anesteziji – primerjalno v Sloveniji in v Evropi. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede; 2007.
3. Klinična anesteziologija z zdravstveno nego za medicinske sestre in tehnike. Ljubljana: Institut za anesteziologijo, Sekcija za anesteziologijo in intenzivno medicino; 1994.
4. Petrun Ulaga M. Priročniku na pot. Klinična anesteziologija z zdravstveno nego za medicinske sestre in tehnike. Ljubljana: Institut za anesteziologijo, Sekcija za anesteziologijo in intenzivno medicino; 1994; 4.
5. Spindler V, Hribar Habinc M. Standardi zdravstvene nege pri anesteziji in v kooperativnem nadzoru. Klinična anesteziologija z zdravstveno nego za medicinske sestre in tehnike. Ljubljana: Institut za anesteziologijo, Sekcija za anesteziologijo in intenzivno medicino; 1994: 202-8.
6. <http://www.ifna.info>, september 2006.
7. <http://www.sskj>, januar 2012
8. Zapisnik izrednega sestanka delovne skupine za anesteziologijo pri Zbornici - Zvezi. Ljubljana: 2002.

Ostala pregledana literatura:

1. Ruperčič A. Zdravstvena nega pri anesteziji s poudarkom na negovalnih diagnozah. Diplomsko delo. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2004.

ZNANJE IN ODGOVORNOST ZA PREPREČEVANJE OKUŽB, POVEZANIH Z ZDRAVSTVOM

Viktorija Tomič⁸

Povzetek

Okužbe, povezane z zdravstvom (OPZ), so kljub napredku medicinske znanosti še vedno problem in v večini držav 5 – 10 % bolnikov med hospitalizacijo pridobi OPZ. Z odkritjem in uporabo antibiotikov v štiridesetih letih prejšnjega stoletja se je pojavilo zmotno mnenje, da smo okužbe obvladali. Kmalu smo ugotovili, da uporabi antibiotikov neizogibno sledi pojav odpornih bakterij. Skozi desetletja rabe antibiotikov se je število odpornih bakterijskih vrst večalo, vzporedno pa so vzniknile tudi proti antibiotikom večkratno odporne bakterije, kot so proti meticilinu odporen *Staphylococcus aureus* (ang. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* – MRSA), enterobakterije, ki izločajo beta-laktamaze razširjenega spektra (ang. extended spectrum beta-lactamase – ESBL), proti vankomicinu odporni enterokoki (ang. Vancomycin-resistant Enterococci – VRE). Ker smo se zavedli, da z antibiotiki ne moremo dokončno odpraviti okužb, je preprečevanje širjenja večkratno odpornih bakterij in preprečevanje z zdravstvom povezanih okužb postalo pomemben del vseh diagnostičnih, terapevtskih in negovalnih opravil ob bolniku. Higiena rok z razkuževanjem je preprost in učinkovit način varovanja tako bolnikov kot zdravstvenih delavcev pred večkratno odpornimi in drugimi epidemiološko pomembnimi bakterijami. Prenos bakterij in posledično OPZ z rokami je najpogostejši način prenosa, a je nanj tudi najlažje vplivati. Dvig komplijanse pri razkuževanju rok je verjetno najučinkovitejši ukrep za znižanje pojavnosti OPZ, a dvig komplijanse je tudi dokaj kompleksen.

Čeprav pojava OPZ ne bomo mogli nikoli v celoti preprečiti, lahko z ustreznimi ukrepi, uporabo kakovostnih pripomočkov, rednim, ponavljajočim se izobraževanjem ter rednim preverjanjem izvajanja postopkov zagotovimo kakovostno, varno in odgovorno obravnavo bolnikov.

Ključne besede: okužbe, povezane z zdravstvom, preprečevanje, higiena

Literatura

Literatura je na voljo pri avtorici.

8 Dr. Viktorija Tomič, dr.med., Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

ODGOVORNOST MEDICINSKIH SESTER PRI PREPREČEVANJU BOLNIŠNIČNIH OKUŽB

Marija Al Nawas⁹

Povzetek

Sodobna zdravstvena nega je v zadnjih letih dosegla velik strokovni, raziskovalni in izobraževalni napredek. S tem je pridobila velik pomen v sodobni družbi, hkrati pa je prevzela veliko odgovornost pri opravljanju tega dela.

Zaradi vse večje zahtevnosti postopkov in posegov pri opravljanju zdravstvene nege se je povečalo tudi tveganje za nastanek bolnišničnih okužb. Le-te pa so lahko posledica tudi drugih dejavnikov, bodisi bolnikov bodisi okolja, v katerem bolniki bivajo.

Medicinska sestra je etično, pravno in strokovno odgovorna, da poskrbi za varno okolje bolnikov in za preprečevanje prenosa bolnišničnih okužb posredno ali neposredno od bolnika do bolnika.

V članku so podrobno predstavljena področja, ki jih mora, skladno z ustreznimi zakonodajo Republike Slovenije, poznati vsaka medicinska sestra.

Ključne besede: odgovornost, zakon, preprečevanje bolnišničnih okužb, nadzor

Uvod

Vsako leto zaradi bolnišnične okužbe zbolijo na milijone ljudi, ki se zdravijo zaradi različnih obolenj. Bolnišnične okužbe so velik problem za varnost pacientov ter veliko finančno breme, tako za bolnišnico kot tudi za posamezno državo. Zaradi tega je Svetovna zdravstvena organizacija skupaj s partnerji sprožila akcijo globalnega preprečevanja bolnišničnih okužb. Znano je, da bolnišničnih okužb ne moremo povsem preprečiti, lahko pa jih občutno zmanjšamo. Strokovnjaki računajo, da v Evropi na leto za bolnišničnimi okužbami zbolijo 7500 ljudi na milijon prebivalcev, kar je več kot 3 milijone pacientov na leto, od teh jih več kot 50 tisoč tudi umre (European Center for Disease Prevention and Control, 2008).

9 Marija Al Nawas, dipl.m.s., UKC Ljubljana, Služba za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb
marija.alnawas@kclj.si

Bolnišnične okužbe so pomemben kazalec kakovostne in varne oskrbe pacienta v bolnišnici, česar se je treba zavedati, prav tako tudi neposredne odgovornosti vsakega posameznika in vseh skupaj. Vsi zaposleni v bolnišnici morajo sodelovati zaradi zmanjševanja tveganja za nastanek bolnišničnih okužb pri bolnikih in osebju v bolnišnici.

ETIČNA ODGOVORNOST MEDICINSKIH SESTER PRI PREPREČEVANJU BOLNIŠNIČNIH OKUŽB

V kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije je med drugim zapisana temeljna naloga vsake medicinske sestre, in sicer krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, obnavljanje zdravja ter lajšanje trpljenja. To pomeni, da mora medicinska sestra opravljati svoj poklic v okviru svoje strokovne usposobljenosti pri odločanju, načrtovanju in nadzoru zdravstvene nege.

Hkrati ima medicinska sestra tudi dolžnost in odgovornost, da svoje strokovno znanje nenehno izpopolnjuje ter pridobljeno znanje posreduje vsem članom negovalnega tima.

Medicinska sestra mora upoštevati načela strokovnega ravnanja in lahko odkloni vsakršen poseg, ki bi bil po njenem strokovnem prepričanju za bolnika škodljiv.

Z upoštevanjem temeljnih načel kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov je preprečevanje bolnišničnih okužb eden od bistvenih elementov omenjenega kodeksa (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2002).

S preprečevanjem bolnišničnih okužb skrbimo za krepitev zdravja bolnikov in preprečevanje širjenja bolezni na druge bolnike.

Zato mora vsaka medicinska sestra opravljati svoje poklicno poslanstvo po načelih omenjenega kodeksa.

PROFESIONALNA ODGOVORNOST MEDICINSKIH SESTER PRI PREPREČEVANJU BOLNIŠNIČNIH OKUŽB

Beseda strokovnost pomeni biti sposoben izvajati funkcije. To pomeni, da si za delo zmožen, primeren in večš zaradi svoje izobrazbe, prakse, izkušenj in nadarjenosti. Čim več teh lastnosti ima delavec, tem večja je njegova strokovna odgovornost, večji so njegovi delokrogi in zmožnosti. Odgovornost pa pomeni, da si za tisto, kar delaš samostojno ali po naročilu nekoga drugega, odgovoren. Pomeni tudi dolžnost zdravstvenega delavca odgovarjati za opravljeno delo (Gabor, 2000). Medicinska sestra mora svoje strokovno delo opravljati tako, da ne prenaša bolnišničnih okužb na drugega bolnika, sodelavce ali druge ljudi.

Zato mora biti vsaka medicinska sestra dodatno usposobljena in izobražena s področja epidemiološkega spremljanja, preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb.

Poleg medicinskih sester pa je obvezno sistematično izobraževanje vseh zdravstvenih delavcev in drugih zaposlenih v bolnišnici. Seveda pa mora biti izobraževanje prilagojeno doseženi

stopnji strokovne izobrazbe in različnim ravнем tveganja za okužbe pri zdravstvenih delavcih in drugih zaposlenih ali bolnikih.

ZAKONSKA ODGOVORNOST MEDICINSKIH SESTER NA PODROČJU PREPREČEVANJA BOLNIŠNIČNIH OKUŽB

V Sloveniji ureja področje preprečevanja bolnišničnih okužb več zakonskih predpisov.

Najpomembnejša s področja preprečevanja bolnišničnih okužb sta:

Zakon o nalezljivih boleznih (Ur. list RS št. 33/2006)

Zakon predpisuje ukrepe za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb, ki nastanejo v vzročni zvezi z opravljanjem zdravstvene dejavnosti in ogrožajo zdravje prebivalcev Republike Slovenije.

Zakon določa tudi kazensko odgovornost medicinske sestre in ostalih sodelavcev, če ne izvajajo programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb (drugi odstavek 44. člen tega zakona) (Ur. list RS št. 33/2006).

Pravilnik o pogojih za pripravo in izvajanje programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb (Ur. list RS št. 74/1999)

Pravilnik določa minimalne strokovne, organizacijske in tehnične pogoje za pripravo in izvajanje programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb. Program izvajajo pravne in fizične osebe, ki opravljajo zdravstveno dejavnost.

V pravilniku je definirana tudi vloga medicinske sestre za obvladovanje bolnišničnih okužb (SOBO), ki je za obvladovanje bolnišničnih okužb odgovorna zdravniku (ZOBO).

Naloga medicinske sestre za obvladovanje bolnišničnih okužb je spremljanje in svetovanje glede izvajanja dogovorjenih postopkov za epidemiološko spremljanje, preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb, izpolnjevanje minimalnih tehničnih pogojev za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb, svetovanje glede nabave opreme in materiala, ki se uporablja pri diagnostičnih, terapevtskih, negovalnih in ostalih postopkih, organiziranje ustreznega usposabljanja zdravstvenih delavcev in drugih zaposlenih ter svetovanje pri načrtovanju gradbenih del v bolnišnici (Ur. list RS št. 74/1999).

PROGRAM PREPREČEVANJA IN OBVLADOVANJA BOLNIŠNIČNIH OKUŽB

Vsaka bolnišnica mora imeti za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb sprejet program. Le-tega potrdi strokovni direktor bolnišnice skupaj s Komisijo za obvladovanje bolnišničnih okužb (KOBO) (Lužnik in sod., 2003).

Obvezna vsebina programa za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb, ki ga določa Zakon o nalezljivih boleznih (Ur. list RS št. 33/2006) je:

- epidemiološko spremljanje bolnišničnih okužb,
- doktrina izvajanja vseh diagnostičnih, terapevtskih, negovalnih in ostalih postopkov,
- doktrina sterilizacije, dezinfekcije, čiščenja in rokovanja z odpadki,
- doktrina ravnanja z bolniki, z zdravstvenimi delavci in s sodelavci z okužbami,
- program zaščite zdravstvenih delavcev in sodelavcev na delovnih mestih,
- program usposabljanja zdravstvenih delavcev in drugih zaposlenih (Zakon o nalezljivih boleznih, 2006).

Omenjeni program je zavezujoč za vsako medicinsko sestro in vsakega zaposlenega v delovni organizaciji.

Zaključek

Bolnišnične okužbe so v vzročni zvezi z izpostavljenostjo pri postopkih diagnostike, zdravljenja, zdravstvene nege, rehabilitacije ali pri drugih postopkih v zdravstveni dejavnosti (Kraiger, 2002).

Spoštovanje in razvijanje etičnih vrednot poklica omogoča medicinski sestri osebno rast ter zadovoljstvo pri delu (Žunkovič, Brezovec, 2008) Medicinska sestra spoštuje temeljne bolnikove vrednote, kar ji omogoča, da svoje poklicno poslanstvo uspešno opravlja. Sledi naj moralnemu nauku, da ne stori drugemu tega, kar ne želi, da bi drugi storili njej (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2011).

Pri opravljanju poklicnega dela mora medicinska sestra upoštevati tudi določila, ki jih določa zakonodaja na področju preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb v Republiki Sloveniji.

Literatura

1. European Center for Disease Prevention and Control. 2008. Dostopno na: <http://ecdc.europa.eu/en/Pages/home.aspx/7/3/08>.
2. Gabor G. Moralna in strokovna odgovornost delavcev v zdravstveni negi (diplomska naloga). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2000.
3. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ur.list RS št.4/2002.
4. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Dostopno na: http://www.dmszt-nm.si/media/pdf/kodeks_etike.pdf (18.11.2011).
5. Kraigher A. Zakonske osnove za obvladovanje nalezljivih boleznih. Bolnišnična higiena, Ljubljana; 2002: 300-302.
6. Lužnik Bufon T, Škerl M. Strokovne podlage za pripravo programa za obvladovanje in preprečevanje bolnišničnih okužb: 2000-2003. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za klinično mikrobiologijo in hospitalne infekcije; 7:9.

7. Pravilnik o pogojih za pripravo in izvajanje programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb (Ur. list RS št. 74/1999). Dostopno na: <http://www.uradni-list.si/> (13.11.2011).
8. Zakon o nalezljivih boleznih (Ur. list RS št. 33/2006). Dostopno na: <http://www.uradni-list.si/> (13.11.2011).
9. Žunkovič N, Brezovec M. Etične dileme operacijske medicinske sestre v op bloku. Zbornik XXIV Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti – Vseživljenjsko izobraževanje. Bled; 2008: 132-6.

POSEBNI VAROVALNI UKREPI IN NAČELO SORAZMERNOSTI

SPECIAL PRECAUTIONARY MEASURES AND THE PRINCIPLE OF PROPORTIONALITY

Simon Umek¹⁰

Povzetek

Teoretična izhodišča: Ustava Republike Slovenije zagotavlja neposredno uresničevanje človekovih pravic in temeljnih svoboščin. Prav tako zagotavlja pravico do osebnega dostojanstva, iz katere izhajajo pravica do osebne svobode, pravica do duševne integritete in pravica do prostovoljnega zdravljenja. Z zakonom je mogoče predpisati zgolj način uresničevanja človekovih pravic in temeljnih svoboščin. Posegi v človekove pravice morajo biti skladni z načelom sorazmernosti in podvrženi sodni in ustavno-sodni presoji. Zakon o duševnem zdravju dovoljuje posege v različne človekove pravice, med katerimi sta še posebej izpostavljeni pravica do prostovoljnega zdravljenja in pravica do osebne svobode. Takšni posegi so dovoljeni tudi zoper osebe z diagnozo demence pri obravnavi v varovanem oddelku socialno varstvenega zavoda. Pri tem zakon osebi, ki se zdravi v varovanem oddelku socialno varstvenega zavoda, zagotavlja nekatere pravice in hkrati določa pogoje za uporabo posebnih varovalnih ukrepov. Zdravstveno in drugo strokovno osebje mora pri uporabi ukrepa telesnega oviranja s pasovi in ukrepa omejitve gibanja znotraj enega prostora dosledno spoštovati dostojanstvo posameznika.

Ključne besede: Zakon o duševnem zdravju, posebni varovalni ukrep, ustavno-sodna presoja, načelo sorazmernosti, pravica do osebnega dostojanstva

Abstract

Theoretical framework: The Constitution of the Republic of Slovenia provides a realization of human rights and fundamental freedoms directly on constitutional legal

¹⁰ as. Simon Umek, univ. dipl. prav., dipl. var., Fakulteta za poslovne vede, Ljubljana
simon_umek@yahoo.com

basis. The Constitution guarantees the right to human dignity, which inter alia includes the right to personal liberty, the right to mental integrity and the right to voluntary treatment. The law can prescribe only means of achieving human rights and fundamental freedoms. Interventions in human rights must be consistent with the principle of proportionality and must be a subject to judicial and constitutional review. Mental Health Act allows intervention in various human rights, among which particularly the right to voluntary treatment and the right to personal liberty are exposed. Those practices are permissible against a person with a diagnosis of dementia among the treatment process in the secure section of the social welfare institute. Person who is being treated in a secure section is provided with certain rights and the law also specifies the conditions for the use of special precautionary measures. Medical and other professional staff should fully respect the right to human dignity during the treatment with the use of the measure of physical obstruction with bands and the measure of restriction of movement within one room.

Key words: Mental Health Act, Special Precautionary Measure, Constitutional Court Review, Principle of proportionality, Right to Human Dignity

Uvod

V Republiki Sloveniji je do uveljavitve Zakona o duševnem zdravju (v nadaljnjem besedilu: ZDZdr) obstajala pravna praznina na področju uporabe prisilnih sredstev [posebnih varovalnih ukrepov, op. S.U.] v postopkih zdravljenja oziroma zdravstvene obravnave bolnikov z duševno boleznijo oziroma duševno motnjo (Gubenšek, 2004, str. 41). ZDZdr, sprejet leta 2008, je po dolgih letih podnormiranosti ureditve prisilnih sredstev pri zdravljenju duševnih bolezni in duševnih motenj prinesel v slovensko zakonodajo nove rešitve. Med drugim je zakonsko opredelil uporabo posebnih varovalnih ukrepov, kot sta telesno oviranje s pasovi in omejitev gibanja znotraj enega prostora, postopek njune uporabe in okoliščine, v katerih se ju lahko uporabi (Cvenkelj, 2009, str. 48). Pričujoči prispevek se bo ukvarjal izključno z ureditvijo posebnih varovalnih ukrepov, kot jih ureja ZDZdr.

Namen prispevka je opredeliti ustavne in zakonske temelje dopustnosti in omejenosti uporabe posebnih varovalnih ukrepov na podlagi ZDZdr pri varovancih socialno varstvenih zavodov z demenco. V prispevku se omejujemo zgolj na predstavitev nekaterih najpomembnejših civilnopravnih in ustavnopravnih vidikov, ki jih je potrebno upoštevati v praksi. Pri tem opozarjamo, da je za pravilno razumevanje obravnavane tematike, nujno opredeliti tudi nekatere druge pravne institute neprostovoljnega zdravljenja, ki imajo pomembne posledice pri uporabi posebnih varovalnih ukrepov.

Zgodovinski oris

Po sprejetju Ustave Republike Slovenije se je vse do sprejema ZDZdr glede nekaterih vprašanj v zvezi s pridržanjem osebe z duševno boleznijo oziroma duševno motnjo na zaprtem oddelku oziroma varovanem oddelku psihiatrične bolnišnice uporabljal Zakon o nepravdnem postopku (v nadaljnjem besedilu: ZNP) (Klakočar in Podobnik Oblak, 2010, pril. str. I). Prav tako je omenjeni zakon v 70. členu določal pravno podlago za uporabo njegovih določb v postopkih zdravljenja in rehabilitacije bolnikov z duševno boleznijo oziroma duševno motnjo v socialno varstvenih zavodih, vendar zgolj v primerih t.i. nujnih postopkov. Domovi za starejše so tipični primer socialno varstvenega zavoda, ki v postopkih zdravljenja in rehabilitacije obravnava številne bolnike z duševno motnjo, med katerimi številčno izstopajo bolniki z demenco. Glavna pomanjkljivost ureditve prisilne hospitalizacije ZNP je bila le urejanje t.i. nujnega postopka. To je postopek sodne kontrole o pridržanju, ki se je izvedel naknadno, in sicer potem ko je psihiatrična bolnišnica oziroma socialno varstveni zavod bolnika proti njegovi volji že hospitaliziral (Butala, 1999–2000, str. 89). ZNP ni urejal tako imenovanega rednega postopka (postopka na predlog). Slednji se uporabi, ko nevarnost, ki jo predstavlja bolnik, ne grozi neposredno, zaradi česar je mogoče, da oseba, o kateri se vodi postopek, do končanja postopka ostane na prostosti. ZNP tudi ni urejal položaja neprostovoljno pridržanih oseb. Prav tako ni urejal pravic varovancev v socialno varstvenih zavodih in pogojev za uporabo posebnih varovalnih ukrepov (ibidem).

Poleg ZNP je prisilno napotitev in sprejem bolnika na zdravljenje v psihiatrično bolnišnico, če je zaradi duševne bolezni ogrožal svoje življenje ali življenje drugih ljudi ali je povzročal veliko škodo sebi ali drugim, v 49. členu urejal Zakon o zdravstveni dejavnosti (v nadaljnjem besedilu: ZZDej). V omenjeni člen je bilo vgrajeno varovalo proti kršenju človekovih pravic, saj so lahko zdravniki nekoga prisilno sprejeli na zdravljenje le v izjemnih primerih. Če pa je prišlo do takšnega primera, je zakon zdravnike in zdravstvene delavce zavezoval, da so o tem obvestili sodišče (Jelen Kosi, 2000, 34). Žal pa ZZDej ni omenjal še enega zelo pomembnega pogoja za dopustnost pridržanja, ki ga je sicer določal ZNP, namreč da je morala biti preprečitev stikov z zunanjim svetom nujno potrebna. ZNP je s tako opredelitvijo dal ukrepu pridržanja značaj ultima ratio; uporabil se je lahko le, če nevarnosti ni bilo mogoče odpraviti z milejšimi ukrepi izven psihiatrične bolnišnice (Galič, 1998, str. 298).

Zakonodaja ni urejala uporabe prisilnih sredstev in omejitev, do katerih prihaja v psihiatričnih bolnišnicah oziroma socialno varstvenih zavodih [op. S.U.] (na primer uporabe prisilnega jopiča, privezovanja na posteljo, izolacije in drugih ukrepov, ki omejujejo svobodo gibanja) (Butala, 1999–2000, str. 89). Ker zakonodaja ni določala pogojev za dopustnost izvajanja teh prisilnih ukrepov in omejitev, tudi ni določala (sodnega) nadzora pri njihovi uporabi (ibidem). V Sloveniji je v zvezi z uporabo prisilnih sredstev in omejitev obstajal le priročnik z naslovom Priporočila in smernice za uporabo posebnih varovalnih ukrepov v psihiatriji, ki ga je sestavila posebej v ta namen sestavljena skupina psihiatrov, imenovanih s strani razširjenega strokovnega kolegija za psihiatrijo (Gubenšek, 2004, str. 3).

V samem priročniku je bilo navedeno, da so smernice potrebne za zagotavljanje kakovostne in enotne obravnave nujnih stanj pri osebah z duševnimi motnjami ter zaradi zagotavljanja varnosti vseh udeležencev (Dernovšek in Novak-Grubič, 2000, str. 4). V prvi vrsti je bil namen priprave priročnika v poenotenju prakse in šele nato v varovanju človekovih pravic. Priročnik je našteval vrste prisilnih ukrepov, določil je kriterije, kdaj se je smelo uporabiti katerega od ukrepov in način njihove uporabe (Gubenšek, 2004, str. 3). Socialno varstveni zavodi so glede uporabe posebnih varovalnih ukrepov sprejeli svoja interna navodila, ki so večinoma povzemala priročnik (ibidem).

Ustavno sodišče Republike Slovenije (v nadaljnjem besedilu: US RS) je dne 4.12. 2003 v odločbi U-I-60/03 ugotovilo neskladje nekaterih določb ZNP (od čl. 70 do čl. 81) z ustavo in jih razveljavilo. Med drugim je US RS v 23. točki obrazložitve ugotovilo neustavno ureditev ukrepov prisile in drugih omejitev, katerih namen je zagotoviti varnost bolnika. US RS je ugotovilo, da ZNP glede uporabe prisilnih ukrepov in omejitev ne določa ničesar, kar pomeni, da je bila odločitev o uporabi prisilnih ukrepov in omejitev prepuščena zgolj presoji zdravnika psihiatra, ki je zdravil posameznega bolnika. Zaradi varstva pravic bolnika je sodišče naložilo zakonodajalcu, da jasno opredeli primere in pogoje, pod katerimi je dopustno uporabiti tovrstne ukrepe. Poleg tega je naložilo urediti določene oblike kontrole (nadzorne mehanizme) nad uporabo teh ukrepov.

Demenca kot duševna motnja

Moje mnenje je, da je nekatere pravne institute neprostoVOLjnega zdravljenja v socialno varstvenih zavodih urejal že ZNP v prej omenjenih razveljavljenih določbah. Nasprotno, Galič meni, da je ZNP urejal le prisilno pridržanje v psihiatričnih organizacijah, pustil pa je nerazrešeno vprašanje sodnega varstva v ostalih primerih »neprostoVOLjnih namestitvev« v različnih »zaprtih« socialnih domovih oziroma ustanovah za duševno prizadete ter v »zaprtih oddelkih« domov za ostarele, kjer uveljavljeni hišni režim omejuje gibanje znotraj zavoda in prepoveduje zapustitev zavoda (Galič, 1998, str. 308). Po Galičevem mnenju gre pri tem za osebe, ki zaradi duševne nerazvitosti ali starostnih demenc niso sposobne samostojnega življenja in s tem ogrožajo svoje življenje in zdravje, pri katerih pa psihiatrično medicinska obravnava ni potrebna oziroma ni mogoča (ibidem).

Glede na to, da gre pri starostni demenci praviloma za nepopravljiva in nespremenljiva stanja (Galič, 1998, str. 309), je obravnava varovancev v socialno varstvenih zavodih lahko deloma drugačna, saj gre za namestitve, ki običajno traja daljši čas kot pri bolnikih v psihiatričnih bolnišnicah. Za potrebe tega prispevka je potrebno opredeliti bolezensko stanje demence, ki je relevantno pri obravnavi uporabe posebnih varovalnih ukrepov v socialno varstvenih zavodih.

Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj definira duševno motnjo kot klinično značilno vedenje ali psihološke sindrome ali trpljenje pri posamezniku, povezano s trenutno stisko ali nesposobnostjo ali zelo povečano tveganostjo za nastanek bolečin, smrti ali izgube svobode. Kakršenkoli je že temeljni vzrok, se mora pri posamezniku kazati kot vedenjska,

psihološka ali biološka disfunkcija (Jelen Kosi, 2000, str. 10). Zelo poenostavljeno lahko duševne motnje razdelimo na dve veliki skupini, in sicer na psihoze in na nepsihotične motnje (Jelen Kosi, 2000, povz. po Tavčar, 1994, str. 8).

Do neprostoVOLjnega sprejema v psihiatrično bolnišnico ali v socialno varstveni zavod pride običajno zaradi pojava psihotičnega stanja. Za mnoga od teh stanj so značilne psihoze. Med organske psihoze, pri katerih gre običajno za motnje zavesti, mišljenja, čustvovanja, spoznavnih sposobnosti ipd. spadajo akutna (organska halucinacija po zastrupitvi, delirij) in subakutna (poencefalični sindrom) ter kronična psihotična stanja, predvsem demence (Alzheimerjeva demenca, potravmatska demenca) z enostavno psihopatološko sliko spominske opustošenosti in nebogljenosti ali še z dodatnimi psihotičnimi primesmi. Pri kroničnih psihozah so značilne predvsem motnje spominske funkcije. Skupni imenovalac vseh psihoz, tudi demence [op. S.U.], pa je izguba realitetne kontrole oziroma izgubljen občutek za realnost. Bolnik s psihozo živi v nekem drugem svetu, ki ga označujejo in obvladujejo predvsem blodnje in halucinacije ter močno spremenjena čustvena stanja. Ne zaveda se bolezenske narave svojega spremenjenega stanja, ki ga doživlja kot nedvomno realnost. Prav tako je nedostopen oziroma nekritičen za verbalno korekcijo psihopatoloških doživetij. Ker so psihopatološka doživetja njegova realnost, se po njih tudi ravna (Jelen Kosi, 2000, povz. po Žvan, 1994, str. 47 in nasl.).

Pri kroničnih organskih psihozah, predvsem pri demencah raznih vrst, je ne glede na to, ali so prisotne blodnje, halucinacije in čustvene spremembe, karakteristično tudi to, da oboleli za demenco postaja psihično in fizično nebogljen in odvisen od pomoči drugih oseb. Ti bolniki se izgublajo, lahko povzročijo nesrečo, zastrupitev, požar, so skrajno zanemarjeni, ob telesnih boleznih ne poiščejo pomoči zdravnika ipd. Demenca je pogosto razlog za prisilno hospitalizacijo (Jelen Kosi, 2000, prim. Žvan, 1994, str. 47 in nasl.).

V zvezi s spremembami spoznavnih sposobnosti, čustvovanja, mišljenja in spremembami telesnih sposobnosti je potrebno omeniti, da se znaki različno izražajo v različnih stadijih bolezni. V zgodnjem stadiju demence se pojavijo pozabljanje, motnje v orientaciji, osebnostne spremembe, nihanje razpoloženja, slabo presojanje, pomanjkanje iniciative in motnje računanja. V srednjem stadiju se začnejo večje motnje spomina in pogostejša obdobja zmedenosti. Bolnik postane izrazito časovno neorientiran, postane sumničav, pojavi se stalna hoja in nemir ter težave pri opravljanju dnevnih aktivnosti (Makuc, 2010; povz. po Pentek, 2000). V zadnjem stadiju bolezni pričnejo telesne funkcije vse slabše opravljati svoje funkcije. Bolnikova komunikacija z okolico je zelo omejena, bolnik se začne zapirati v svoj svet, ni več aktiven in ne prepozna svojih bližnjih (ibidem, str. 4).

Pri starostnikih z demenco, pri katerih ni ugotovljena tudi prisotnost drugih duševnih motenj, je obstoj pogojev za uporabo posebnih varovalnih ukrepov relativno redek. Kot navedeno zgoraj, dementni bolniki pogosto ne predstavljajo neposredne nevarnosti oziroma ogrožanja svojega življenja ali življenja drugih ljudi ali nevarnosti za povzročitev velike škode sebi ali drugim, še posebno, če so kot starostniki nameščeni v socialno varstveni zavod, kjer je večino časa v neposredni bližini prisotno strokovno in zdravstveno osebje. Več o pogojih za uporabo posebnih varovalnih ukrepov pri starostnikih z demenco bo obravnavano v nadaljevanju.

Ustavna izhodišča za uporabo posebnih varovalnih ukrepov

Uporaba posebnih varovalnih ukrepov, kot sta telesno oviranje s pasovi in omejitve gibanja znotraj enega prostora, predstavlja omejitev in poseg v človekovo pravico, zagotovljeno z Ustavo: pravico do osebne svobode (16. čl. Ustave) in pravico do osebnega dostojanstva in varnosti (34. čl. Ustave). Kot posledica totalitarnih ideologij moderne dobe je v 20. stoletju izrazito stopilo v ospredje spoznanje o pomenu človekovega dostojanstva kot izvora človekovih pravic. Ustava na prvo mesto svobodne in demokratične ustavne ureditve, ki zagotavlja temeljne človekove pravice in svoboščine, postavlja človekovo dostojanstvo in njegovo duhovno, politično in gospodarsko svobodo (Šturm, 2002, str. 362). Izhodišče za temeljno ureditev svobodne in demokratične družbe je pojmovanje, da ima človek svojo lastno vrednost in da sta svoboda in enakost trajni temeljni vrednosti državne enotnosti (Šturm, 2002, str. 103).

Človekove pravice in svoboščine niso neomejene. Omejene so v primerih, ko jih omejuje že Ustava, kar je potrebno upoštevati tako pri pravici do osebne svobode, kot pri pravici do osebnega dostojanstva in varnosti. Ustava obe pravici izrecno omejuje s tem, ko določa primere, v katerih je mogoče človeku odvzeti osebno svobodo (16. in 19. čl. Ustave), kot tudi, da omogoča poseg v pravico do osebnega dostojanstva (15. čl. Ustave). Podobno velja tudi za poseg v pravico do prostovoljnega zdravljenja, v katero se posega z odreditvijo neprostovoljne hospitalizacije v zaprtem oddelku psihiatrične bolnišnice ali varovanem oddelku socialno varstvenega zavoda. Naj omenim, da pravica do prostovoljnega zdravljenja iz 51. člena Ustave zagotavlja pravico do zdravljenja, kot tudi pravico do zavrnitve zdravljenja (Galič, 1998, str. 286).

Seveda pa ustavno pooblastilo, da zakon natančneje opredeli omejitve navedenih človekovih pravic, še ne pomeni, da lahko zakon te omejitve poljubno določi. Zakonodajalca, pa tudi izvršilno oblast in druge nosilce javnih pooblastil (psihiatrične bolnišnice in javni socialno varstveni zavodi), ne samo pri realnih dejanjih in posegih, ampak tudi pri njihovih splošnih predpisih in konkretnih pravnih aktih zavezuje načelo sorazmernosti (2. čl. Ustave). Skladno s tem načelom, ki izvira iz načela pravne države (2. čl. Ustave), je vsaka omejitev človekovih pravic dopustna le v obsegu in na način, ki je nujen, primeren in sorazmeren za dosego legitimnega namena, zaradi katerega je pravica omejena (Šturm, 2002, str. 55).

Poleg navedenega je potrebno upoštevati, da so človekove pravice omejene z enako močnimi pravicami drugih (15. čl. Ustave); z izvajanjem ustavnih pravic ne smejo biti kršene ustavne pravice drugih oseb (Galič, 1996, str. 346). Iz te načelne omejitve človekovih pravic izhaja tudi temelj za prisilno pridržanje oseb v psihiatrični bolnišnici oziroma v socialno varstvenem zavodu. Prav tako iz načelne omejitve človekovih pravic izhaja temelj za uporabo posebnih varovalnih ukrepov. Navedeno se lahko uporabi, ko bolnik ogroža življenje in zdravje drugih oseb ali pa jim povzroča hudo premoženjsko škodo. Pri izreku navedenih ukrepov je potrebno odločiti v konfliktu enako močnih temeljnih človekovih pravic, in sicer pravice do osebne svobode, pravice do prostovoljnega zdravljenja in pravice do osebnega dostojanstva bolnika (starostnika z demenco) na eni strani ter pravico drugih ljudi do življenja, varnosti, lastnine, ki jih bolnik krši ali ogroža, na drugi strani (Galič, 1998, str. 287). Odločitev o uporabi posebnega varovalnega ukrepa torej ni odvisna le od

ugotovitve duševne bolezni bolnika in s tem ugotovitve potrebe po zdravljenju, temveč tudi od ugotovitve kršitve oziroma ogroženosti pravic drugih oseb, poleg tega pa tudi od ugotovitve, ali je kršitev oziroma ogroženost tako močna, da upravičuje omejitev pravic bolnika.

Ureditev posebnih varovalnih ukrepov v Zakonu o duševnem zdravju

Od ukrepov zdravljenja je potrebno razlikovati ukrepe prisile in omejitve, katerih namen je zagotoviti varnost, ko oseba neposredno ogroža sebe ali druge. Zakon o duševnem zdravju v 29. členu opredeljuje posebne varovalne ukrepe, pogoje za njihovo uporabo, čas trajanja ukrepa, spremljanje varovanca, pri katerem so uporabljeni posebni varovalni ukrepi, nujnost ustreznega vodenja dokumentacije, odredbodajalca, obveščanje nadrejenega, obveščanje svojcev, odvetnika in zastopnika ter pravico do zahteve za upravni nadzor.

Prvi odstavek omenjenega člena določa, da je posebni varovalni ukrep po naravi stvari nujen ukrep. Zdravnik ali drug zdravstveni oziroma strokovni delavec v socialno varstvenem zavodu, ki odredi takšen ukrep mora pretehtati, ali so podane okoliščine, ki utemeljujejo uporabo teh ukrepov kot ultima ratio (skrajne sredstvo). Ukrep se lahko uporabi le, če nevarnosti ogrožanja ali kršitev ni mogoče odpraviti z milejšimi sredstvi oziroma načini (Galič, 1996, str. 253).

Nadalje zakon določa, da se lahko posebni varovalni ukrep uporabi v socialno varstvenem zavodu med drugim zaradi omogočanja zdravljenja starostnika z demenco ali zaradi odprave oziroma obvladovanja nevarnega vedenja osebe, kadar je ogroženo njegovo življenje ali življenje drugih, huje ogroženo njegovo zdravje ali zdravje drugih ali z njim povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim ter ogrožanja ni mogoče preprečiti z drugim, blažjim ukrepom. Omenjenih ukrepov pri starostniku z demenco običajno ni mogoče uporabiti iz razloga zdravljenja, saj se demence ne zdravi (prim. Klakočar, Podobnik Oblak, 2010, str. VI). Pri starostnih demencah gre praviloma za nepopravljiva in nespremenljiva stanja (prim. Iglar, 2008; povz. po Galič, 1998, str. 308).

V zvezi z uporabo posebnega varovalnega ukrepa zoper starostnika z demenco iz razloga odvracanja oziroma obvladovanja nevarnosti, ko je ogroženo njegovo življenje, huje ogroženo njegovo zdravje ali če si povzroča hudo premoženjsko škodo, je potrebno opozoriti na 51. člen Ustave. Ta zagotavlja pravico do prostovoljnega zdravljenja. Spoštovanje človekove svobodne volje je tudi pri zdravljenju vrhovno načelo (Galič, 2001, str. 48). Če je namreč ravnanje, ki je lastnemu zdravju škodljivo, ali zavrnitev zdravljenja, posledica svobodne volje ali zavestne odločitve, človeka k drugačnemu ravnanju ni mogoče prisiliti. Podobno kot ogrožanje lastnega življenja ali povzročanje hude škode lastnemu zdravju ali premoženju ne more opravičevati prisilne hospitalizacije, tako ne more takšno ogrožanje opravičevati uporabe posebnih varovalnih ukrepov (prim. Galič, 1998, str. 288). Pri tem pa poudarjam, da pravica do prostovoljnega zdravljenja temelji na postavki o spoštovanju človekove svobodne volje. Vendar pri starostnikih z demenco v določenih primerih o svobodni volji za zavrnitev zdravljenja zaradi same narave duševne motnje ni mogoče govoriti, saj je bolnikova volja pod vplivom različnih psihopatoloških doživetij na področju volje, mišljenja, motenj zavesti,

čustvovanja (Galič, 1998; povz. po Žvan, 1994, str. 40). Ker svobodne volje ni, tudi ni mogoče reči, da prisilno zdravljenje oziroma uporaba posebnih varovalnih ukrepov pri obravnavi pomeni njeno kršitev. Pač pa bi v primeru, ko bi prepustili samemu sebi bolnika, ki se v takšnem primeru upira varstvu in zdravljenju, lahko ogrozili njegove druge ustavne pravice, in sicer pravico do življenja (17. čl. Ustave), pravico do osebnega dostojanstva in varnosti (34. čl. Ustave) in pravico do zdravstvenega varstva (51. čl. Ustave). V tovrstnih primerih, ko bolnik z demenco zaradi narave bolezni ni sposoben sprejeti zavestne odločitve o načinu zagotavljanja svoje varnosti in zdravljenja, varstvo drugih njegovih pravic zahteva, da njegovo odločitev nadomesti država. To je zaradi posebnega ustavnega varstva huje prizadetih oseb (52. čl. Ustave) država tudi dolžna napraviti (prim. Galič, 1998, str. 288). Bolnikovega zavračanja zdravljenja in z njim povezane uporabe posebnih varovalnih ukrepov je mogoče prezreti le v primeru, ko bolnik ni več sposoben oblikovati pravno relevantne izjave o zdravljenju. Če je sposoben, je njegova zavrnitev zdravljenja in uporaba posebnih varovalnih ukrepov za zdravnika pravno zavezujoča, pa četudi je ogroženo njegovo življenje ali zdravje (prim. Galič, 1996, str. 51).

V zvezi z uporabo posebnega varovalnega ukrepa zoper starostnika z demenco iz razloga odvrčanja oziroma obvladovanja nevarnosti, ko je ogroženo življenje drugih oseb, huje ogroženo zdravje drugih oseb ali če drugim povzroča hudo premoženjsko škodo, je potrebno opraviti tehtanje. Podobno je v primeru, ko bolnik z demenco ni sposoben oblikovati pravno relevantne volje pa ogroža svoje življenje, zdravje ali premoženje. V teh primerih že ZDZdr določa dodatni pogoj, in sicer da ogrožanja ni mogoče preprečiti z drugim, blažjim ukrepom. Skladno z načelom sorazmernosti je potrebno presoditi, ali uporaba posebnih varovalnih ukrepov zadostuje trem kumulativnim kriterijem: nujnosti, primernosti in sorazmernosti v ožjem pomenu besede. Kriterij nujnosti obstaja, če ni mogoče odvrniti nevarnosti oziroma ogrožanja na noben drug način oziroma z uporabo drugega milejšega sredstva. Kriterij primernosti obstaja, v kolikor je uporaba posebnega varovalnega ukrepa smiselna, razumna in se z njegovo izvedbo doseže legitimna odprava nevarnosti oziroma ogrožanja. Kriterij sorazmernosti v ožjem pomenu besede pa je podan, če obstaja razumno sorazmerje med prizadetostjo ustavne pravice starostnika z demenco (npr. pravica do osebne svobode), ki jo povzroči uporaba posebnega varovalnega ukrepa in med koristjo, ki jo pridobi starostnik ali druge ogrožene osebe z uporabo omenjenega ukrepa (npr. pravica do zdravja).

Drugi odstavek obravnavanega člena določa, da se posebni varovalni ukrepi uporabljajo v oddelkih pod posebnim nadzorom in v varovanih oddelkih. Ta določba se navezuje predvsem na obveznosti, ki jih nalaga peti odstavek istega člena. Slednja določa, da se osebo, pri kateri je bil uporabljen poseben varovalni ukrep, nadzoruje, spremlja njene vitalne funkcije in strokovno obravnava ves čas trajanja posebnega varovalnega ukrepa. Nadalje zakon določa, da se o izvajanju posebnega varovalnega ukrepa v zdravstveno dokumentacijo osebe vpišejo natančni podatki o razlogu, namenu, trajanju in nadzoru nad izvajanjem ukrepa. O izvajanju posebnih varovalnih ukrepov socialno varstveni zavodi vodijo posebno evidenco. Gre za izjemno pomembna določila, saj je zdravstvena dokumentacija ključna pri presoji upravičenosti in zakonitosti uporabe posebnega varovalnega ukrepa.

Tretji odstavek določa, da sta posebna varovalna ukrepa telesno oviranje s pasovi in omejitev gibanja znotraj enega prostora. Z izrecno opredelitvijo posebnih varovalnih ukrepov je zakon prepovedal vsa druga prisilna sredstva, ki so se uporabljala v praksi in ki jih je opredeljeval že omenjeni priročnik (prim. Gubenšek, 2004, str. 5). Ograjica na postelji, ovirni jopič in zamrežena postelja tako niso več dopuščeni kot posebni varovalni ukrepi (prim. Iglar, 2008, str. 21). Diskretni nadzor in stalni nadzor, ki prav tako ne sodita med posebne varovalne ukrepe, sta kot ukrepa iz priročnika zajeta v obveznost strokovne obravnave v času trajanja posebnega varovalnega ukrepa (5. odst. 29. čl. ZDZdr).

V zvezi z uporabo ukrepa telesnega oviranja s pasovi je potrebno izpostaviti, da se ukrep uporabi pri avtoagresivnih, heteroagresivnih in pri zelo agitiranih bolnikih (Gubenšek, 2004, str. 7). Zakon v zvezi s omenjenim posebnim varovalnim ukrepom ni jasen in določen. Gubenšek pod pojmom telesna fiksacija s pasovi obravnava zgolj fiksacijo na posteljo (ibidem). V praksi se pri določanju tega ukrepa pojavlja tudi fiksacija s pasovi na voziček (Pravilnik o uporabi posebnih varovalnih ukrepov v Domu upokojujencev Center, Tabor-Poljane, 2010). Namena ukrepa fiksacije na posteljo, ki je odprava nevarnosti oziroma kršitev agresivnega oziroma zelo agitiranega bolnika, kjer se običajno uporabijo tudi zdravila, po naravi stvari ni mogoče zasledovati in doseči s fiksacijo na voziček. Fiksacija na posteljo zagotavlja, da se bolnik uleže na posteljo. Ne glede na razlike med ležečim in sedečim položajem bolnika, je očitna razlika med posteljo in vozičkom. Postelja običajno ni premična kot voziček, omogoča večjo varnost in lažjo uporabo zdravil, hkrati pa zagotavlja individualnost obravnave znotraj prostora, ki ni prehoden. Glede na naravo posebnih varovalnih ukrepov in stroge pogoje njihove uporabe, pod ukrepom telesnega oviranja s pasovi ni mogoče razumeti fiksacije s pasovi na voziček. Po mojem mnenju ZDZdr dovoljuje zgolj telesno fiksacijo s pasovi na posteljo.

V zvezi z uporabo ukrepa omejitve gibanja znotraj enega prostora je potrebno poudariti, da tudi glede tega ukrepa zakon ni jasen in določen. S pomočjo jezikovne razlage v pravu je mogoče razumeti prostor kot sobo oziroma zaprt oddelek. Zagotovo prostor ni zamrežena postelja. Omejitev gibanja pomeni, da se bolniku onemogoči izhod iz prostora. Pri tem je pomembno vedeti, da se ukrep izvaja, ko bolnik svoje volje niti ne more oblikovati. Izvedbe ukrepa, ko bolnik poda zanj privolitev, za potrebe tega prispevka ne obravnavam. Namena ukrepa, ki je odprava nevarnosti oziroma kršitev, glede na stroge pogoje njegove uporabe in spricho dejstva, da se ob ukrepu omejitve gibanja znotraj enega prostora običajno uporabi tudi zdravila, ni mogoče zasledovati in doseči z zaklepanjem v sobo ali na zaprt oddelek. Takšen ukrep bi se lahko izvedel zgolj z omejitvijo gibanja znotraj prostora, ki ni nevaren za bolnika. Gre za sobo z oblazinjenimi stenami z zvočnimi in svetlobnimi efekti ter vodno posteljo, kjer se je do sprejema ZDZdr izvajal prisilen ukrep izolacije (Gubenšek, 2004, str. 11). Oblazinjene sobe naj bi omogočale, da se bolnik v njih vzravnano premika, v primeru potrebe pa pritisne na gumb (Iglar, 2008; povz. po Lamovec, 1995, str. 293).

Na tem mestu je potrebno omeniti posebne metode zdravljenja, kot jih določa ZDZdr in nekatere druge ukrepe, ki jih praksa zmotno opredeljuje kot posebni varovalni ukrepi. Kot je razvidno iz Pravilnika o uporabi posebnih varovalnih ukrepov v Domu upokojujencev Center, Tabor-Poljane iz leta 2010, socialno varstveni zavod opredeljuje med posebnimi varovalnimi

ukrepi tudi medikamentozne (kemične) ukrepe, uporabo tehničnih sredstev in kombinacijo vseh. ZDZdr med posebnimi varovalnimi ukrepi medikamentoznih ukrepov ne določa, zato je takšno opredeljevanje v nasprotju z zakonom. ZDZdr v 9. členu opredeljuje posebne metode zdravljenja, ki po naravi stvari sicer predstavljajo hud poseg v pravico do človekovega dostojanstva ter v pravico do telesne in duševne celovitosti, vendar zakon njihovo uporabo omejuje zgolj na psihiatrične bolnišnice. Prav tako zakon ne opredeljuje nikakršnih tehničnih ukrepov kot posebnih varovalnih ukrepov. Uporaba sredstev in načinov, s katerimi se posega v človekove pravice in temeljne svoboščine, mora biti natančno določena v zakonu in hkrati skladna z Ustavo. Vsakršna uporaba ukrepov, ki jih zakon ne opredeljuje, lahko predstavlja temelj za ugotavljanje kazenske in odškodninske odgovornosti osebe, ki ukrep odredi.

Četrty odstavek 29. člena določa, da se posebni varovalni ukrep uporabi le izjemoma in lahko traja le toliko časa, kolikor je nujno potrebno glede na razlog njegove uvedbe. Posebni varovalni ukrep telesnega oviranja s pasovi ne sme trajati več kot štiri ure, posebni varovalni ukrep omejitve gibanja znotraj enega prostora pa ne več kot 12 ur. Po preteku navedenega obdobja zdravnik preveri utemeljenost ponovne uvedbe posebnega varovalnega ukrepa. Časovna omejenost ukrepov izhaja neposredno iz sodne prakse Evropskega sodišča za človekove pravice (zadevi Winterwerp proti Nizozemski ter X. proti Združenemu kraljestvu). Sodišče je časovno omejenost opredelilo kot enega od pogojev za prisilno hospitalizacijo (Jelen Kosi, 2000, str. 37). Glede na kritike, ki so se pojavile v javnosti (prim. Žmitek, 2009, str. 7), o neustrezni rešitvi ugotavljanja ponovne uvedbe ukrepa, pojasnujem, da je mogoče zakon razumeti na način, da lahko zdravnik preveri utemeljenost ponovne uvedbe posebnega varovalnega ukrepa že pred potekom zakonskega časa. Ključno je, da obstajajo razlogi za podaljšanje ukrepa v trenutku poteka omenjenega časa.

Šesti odstavek obravnavanega člena določa, da lahko odredi posebni varovalni ukrep le zdravnik. Ta mora o odreditvi in izvedbi posebnega varovalnega ukrepa najkasneje v 12 urah od njegove odreditve pisno obvestiti direktorja socialno varstvenega zavoda, najbližjo osebo, odvetnika in zastopnika ter v določenih primerih zakonitega zastopnika. Nadalje pa sedmi člen določa izjemo od zgornje določbe, saj dopušča, da posebni varovalni ukrep v izjemni situaciji, in sicer, če zdravnik ni prisoten ob osebi, uvede tudi drug zdravstveni oziroma strokovni delavec v socialno varstvenemu zavodu. O tem mora takoj obvestiti zdravnika, ki brez odlašanja odloči o utemeljenosti uvedbe ukrepa. Zakon še določa, da se izvajanje ukrepa takoj opusti, če ga zdravnik ne odredi. V vsakem primeru mora strokovni delavec o obvestilu zdravnika napraviti pisni zaznamek. Zakon v obeh primerih zahteva pisno dokumentacijo. Na ta način se lahko zagotovi ustrezno ugotavljanje dejanskega stanja, kar bi bilo morebiti potrebno pri presoji upravičenosti in zakonitosti odreditve posebnega varovalnega ukrepa.

Za potrebe tega prispevka problematika v zvezi s sodno pristojnostjo pri sprejemanju odločitev o uvedbi prisilne hospitalizacije in posebnih varovalnih ukrepov ne bo obravnavana. Z zvezi s tem pa osmi odstavek določa, da bolnik, odvetnik, zakoniti zastopnik, najbližja oseba in zastopnik lahko predlagajo izvedbo upravnega nadzora nad odreditvijo in izvedbo posebnega varovalnega ukrepa skladno s predpisi, ki urejajo upravni nadzor v zdravstveni dejavnosti. Ne glede na pristojnost upravnega organa pri presoji zakonitosti posebnega varovalnega ukrepa,

Ustava v 120. členu zagotavlja sodno varstvo proti odločitvam upravnih organov. Skladno s stališčem Ustavnega sodišča (sklep opr. št. U-I-2/92) ne gre za kršitev pravice do sodnega varstva, kljub nesodni pristojnosti za odločanje o uporabi posebnega varovalnega ukrepa, če je zagotovljeno sodno varstvo zoper takšno odločitev v upravnem sporu (Galič, 1998; povz. po Oberhammer, 1995, str. 373).

V zvezi s problemi v praksi je smiselno v prispevku izpostaviti drugi odstavek 5. člena Evropske konvencije o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin (EKČP). Konvencija, ki zavezuje Republiko Slovenijo k neposredni uporabi, namreč določa, da je potrebno osebo, ki ji je odvzeta prostost, takoj, v jeziku, ki ga razume, poučiti o razlogih za odvzem prostosti. Omenjena določba, kot je v zadevi Wan der Leer proti Nizozemski potrdilo Evropsko sodišče za človekove pravice, se nanaša na vse primere odvzema prostosti, ne le na kazenske (Galič, 1998, str. 291). Procesne kavelje, ki jih v 19. členu določa slovenska Ustava (npr. poučitev o razlogih za odvzem prostosti in pisno obvestilo, pravica do odvetnika, pravica, da se na željo obvesti najbližje), veljajo za vse primere odvzema prostosti, torej tudi za prisilno hospitalizacijo (Galič, 1998, str. 292).

Zaključek

Problematika uporabe posebnih varovalnih ukrepov kot sredstva za odvzem oziroma omejitev svobode predstavlja eno od osrednjih tem v razpravah o razmerju med medicino in pravom. Že v izhodišču je moč ugotoviti, da je v našem civilizacijskem in pravnem krogu dopusten odvzem ali omejitev svobode in s tem povezana neprostovoljna zdravstvena obravnava starostnikov z demenco. Legitimen namen posebnih varovalnih ukrepov je odvrnitev nevarnosti, ki jo starostnik povzroča bodisi sebi bodisi drugim bodisi premoženju. Naloga zdravstvenega in strokovnega osebja v socialno varstvenih zavodih pri neprostovoljni obravnavi starostnikov z demenco je, da pri uporabi posebnih varovalnih ukrepov upoštevajo ustavno zagotovljene pravice bolnikov. Uporaba posebnih varovalnih ukrepov mora biti strogo omejena zgolj na primere, ki so nujni za odvrnitev nevarnosti in kršitve pravic. Pri tem je potrebno spoštovati kriterije načela sorazmernosti. Vsakršno protipravno odrejanje posebnih varovalnih ukrepov predstavlja pravno podlago za obstoj kazenske in odškodninske odgovornosti zdravstvenega in strokovnega osebja.

Literatura

1. Butala A. Problematika obravnavanja oseb z duševnimi motnjami: (analiza stanja v zvezi z obiski varuha človekovih pravic v nekaterih psihiatričnih bolnišnicah in socialno-varstvenih zavodih). In: Reberšek Gorišek J, Flis V, Rijavec V, eds. Zbornik: Medicina in pravo: izbrana poglavja: 1999-2000; Maribor: Splošna bolnišnica; 2001: 87-92.
2. Cvenkelj M. Varstvo oseb po Zakonu o duševnem zdravju [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2009.

3. Dernovšek MZ, Novak Grubič V. Priporočila in smernice za uporabo posebnih varovalnih ukrepov v psihiatriji. In: Republiški strokovni kolegij za psihiatrijo: Ustanova za razvoj slovenske psihoterapije; Ljubljana: Viceversa: slovenske psihiatrične publikacije: priročniki; 2001.
4. Galič A. Pravna ureditev neprostovoljne hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici. In: Polajnar Pavčnik A, Wedam Lukič D. Zbornik: Pravo in medicina, 1998; Ljubljana: Zbirka pravna obzorja; 1998: 285-309.
5. Galič A. Prisilna hospitalizacija duševnih bolnikov. Pravnik: revija za pravno teorijo in prakso. 1996; 6/8: 345-359.
6. Galič A. Prisilna hospitalizacija psihiatričnega bolnika. In: Reberšek Gorišek J, Flis V, Rijavec V, eds. Zbornik: Medicina in pravo: izbrana poglavja: 1999-2000; Maribor: Splošna bolnišnica; 2001: 47-58.
7. Gubenšek M. Prisilna sredstva v psihiatriji in človekove pravice [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2004.
8. Iglar A. Kritika obstoječe ureditve postopka prisilne hospitalizacije in predlogi za novo ureditev [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2008.
9. Jelen Kosi V. Pravna ureditev neprostovoljne hospitalizacije [magistrsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2000.
10. Klakočar U, Podobnik Oblak N. Zakon o duševnem zdravju in njegovo izvajanje v praksi. Pravna praksa 2010; 20: II-VII.
11. Makuc B. Pravna ureditev na področju duševnega zdravja [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2010.
12. Šturm L. Komentar k 2. členu Ustave. In: Šturm L. (ured.): Komentar Ustave RS. Fakulteta za podiplomske državne in evropske študije, Ljubljana, 2002.
13. Šturm L. Komentar k 3. členu Ustave. In: Šturm L. (ured.): Komentar Ustave RS. Fakulteta za podiplomske državne in evropske študije, Ljubljana, 2002.
14. Šturm L. Komentar k 34. členu Ustave. In: Šturm L. (ured.): Komentar Ustave RS. Fakulteta za podiplomske državne in evropske študije, Ljubljana, 2002.
15. Žmitek A. Zakon o duševnem zdravju v praksi. Pravna praksa 2009; 33: 6-9.

Pravni viri:

1. Ustava Republike Slovenije. Uradni list Republike Slovenije, št. 33/1991.
2. Evropska konvencija o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin, št. 7/1994 in 33/1994.
3. Zakon o duševnem zdravju. Uradni list Republike Slovenije, št. 77/2008.
4. Zakon o nepravdnem postopku. Uradni list SRS, št. 30/1986.
5. Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list Republike Slovenije, št. 9/1992.
6. Zakon o pacientovih pravicah. Uradni list Republike Slovenije, št. 15/2008.
7. Odločba Ustavnega sodišča Republike Slovenije, opr. št. U-I-60/03.
8. Sklep Ustavnega sodišča Republike Slovenije, opr. št. U-I-2/92.
9. Sodba ES v zadevi Winterwerp proti Nizozemski, Ser. A, št. 33, par. 40.
10. Sodba ES v zadevi X proti Združenemu Kraljestvu, Ser. A, št. 46, par. 45.
11. Sodba ES v zadevi Wan der Leer proti Nizozemski, Ser. A, št. 170, par. 27.
12. Pravilnik o uporabi posebnih varovalnih ukrepov v Domu upokojujencev Center, Tabor-Poljane, 2010. Dostopno na: <http://www.duc.si/index.php?location=961> (19.02.2011).

ODGOVORNOST MEDICINSKE SESTRE IN STARŠEV PRI ZDRAVLJENJU OTROK

Gordana Rožman¹¹

Povzetek

Kadar mora otrok v bolnišnico, bodisi zaradi preiskav bodisi zaradi zdravljenja, je to hudo zanj, starše in za vso družino. Prisotnost staršev in njihovo sodelovanje pri zdravljenju je za otroka zelo pomembno. Sodelovanje je lažje, če so starši seznanjeni o poteku zdravljenja in o hišnem redu na oddelku. V kolikor pa se vzpostavi spoštljiv odnos med otrokom, starši in osebjem otroškega oddelka, lahko govorimo o vzajemnem sodelovanju.

Ključne besede: bolan otrok, starši, medicinska sestra, sodelovanje

Otroški oddelek v Splošni bolnišnici Novo mesto je lansko leto praznoval petdeset let. Od začetka pa vse do danes je doživel različne organizacijske in zakonske spremembe. Število hospitalizacij z leti narašča, vendar pa je ležalna doba krajša. Na oddelku se zdravijo vsi otroci do 18. leta starosti. Zaradi raznolikosti obolenj in poškodb je delo medicinske sestre odgovorno, pri tem pa je potrebno upoštevati starost in kulturno raznolikost otrok in njihovih staršev oziroma spremljevalcev.

Za danes odprte, a nekoč zaprte bolnišnice v Sloveniji je zaslužen prof. Pavle Kornhauser, ki je bil med ustanovitelji Evropske zveze za pravice otrok v bolnišnici (1980).

Leta 1989 je bila sprejeta listina o pravicah otrok v Konvencijo združenih narodov o otrokovih pravicah, ki izhaja iz Deklaracije o človeških pravicah.

Hospitalizacija je lahko za otroka ter starše zelo neprijetna izkušnja, saj se otrok in starši borijo s strahom, ker ne vedo, kaj jih čaka za zidovi bolnišnice. Bivanje v bolnišnici postavlja otroka in njegove starše v izredno stresno situacijo. Medicinska sestra lahko že ob prvem stiku s primerno komunikacijo vzpostavi dobre medsebojne odnose. Motivirane in zaupljive starše lahko bolje vključimo v zdravstveno nego, saj se bolan otrok zaradi tega počuti veliko varneje. Zato ima eden od staršev pravico do sobivanja pri otroku do njegovega dopolnjenega petega leta starosti.

¹¹ Gordana Rožman, dipl.m.s., Splošna bolnišnica Novo mesto
gordana.rozman@sb-nm.si

Če bolezensko stanje otroka dopušča, je za boljše in lažje sodelovanje dobro, če medicinska sestra ob sprejemu razkaže oddelek (sobo, igralnico, stranišče...) in jih seznanji s hišnim redom. Ker gre za veliko informacij, imamo za ta namen v bolniških sobah plakat s hišnim redom, v roke pa dobijo še priročno oddelčno zloženko z anketo. Premalokrat se vprašamo, ali smo bili dovolj razumljivi? Kakšna je bila govorica našega telesa? Smo uporabili besede in stavke, ki so starše ali otroke pomirili, smo jim dali dovolj jasna in razumljiva navodila?

Zdravstvena nega otroka je zahtevno področje, saj zahteva od medicinskih sester veliko znanja in izkušenj. Moramo se zavedati, da otrok ni pomanjšani odrasli človek, in temu primerno moramo prilagoditi obravnavo in pristop. Trend zdravstvene obravnave je, da so v zdravstveno nego čim bolj zgodaj vključeni tudi otrokovi starši. Ti v celotnem procesu zdravljenja vse bolj dobivajo vlogo enakovrednih partnerjev, ki vedno bolj suvereno sodelujejo pri sprejemanju odločitev o nadaljnjem poteku postopkov in posegov.

Medicinska sestra, ki se kot profesionalka znajde v spletu vseh teh ugodnih in manj ugodnih okoliščin, mora znati uporabiti vsa znanja in spretnosti. Njena najpomembnejša naloga je, da vselej deluje v korist otroka.

Še vedno pa se postavlja vprašanje odgovornosti, ki jo prevzemajo starši (spremljevalci) otroka v bolnišnici. Spremljevalci v »pretirani« skrbni za neizpolnjene pravice njihovega bolnega otroka zelo radi pozabijo tudi na dolžnosti, ki so prav tako zapisane poleg vseh pravic; tudi te je treba upoštevati, tudi o njih je potreben razmislek.

V Splošni bolnišnici Novo mesto se izvaja projekt Strah ima velike oči, okoli ga pa nič ni, ki deluje v sklopu projekta o kakovosti in odličnosti slovenskih bolnišnic. V povezavi z njim prihajajo k nam otroci iz bližnjih in bolj oddaljenih vrtcev in šol, si ogledajo Otroški oddelek, oddelek mavčarne in reševalno postajo. Cilj projekta je preprečevanje strahu pred morebitno hospitalizacijo.

Delo in naloge zdravstvenega tima, ki sodeluje v procesu hospitalizacije otroka, so usmerjene v zadovoljevanje psihičnih, fizičnih in socialnih potreb otroka. Naš kazalnik kakovosti je ozdravljen otrok in zadovoljni starši.

Literatura

1. Bele T. Sprejem otroka na pediatrični oddelek. Diplomsko naloga. Maribor: Visoka zdravstvena šola; 2006.
2. Moj otrok mora ostati v bolnišnici. Ljubljana: Zveza prijateljev mladine Slovenije, Forum za pravice otrok v bolnišnici; 2009.
3. Moj otrok mora ostati v bolnišnici. Pleterški Rigler D. (ur.) Ljubljana: Zveza prijateljev mladine Slovenije, Forum za pravice otroka v bolnišnici; 2009:10-31.
4. Varna zdravstvena oskrba. Priporočila za paciente. Ministrstvo za zdravje, oddelek za kakovost; 2008.

ODGOVORNOST POSAMEZNIKA ZA SVOJE ZDRAVJE

Petra Erpe, Tinkara Pacek¹²

Povzetek

IZHODIŠČA: Raziskave kažejo, da se zdravje na lestvici vrednot uvršča zelo visoko, celo na prvo mesto. Kljub temu pa se ljudje premalo zavedamo, da lahko sami največ storimo za ohranitev in povrnitev zdravja. Zdrav slog življenja omogoča splošno boljše počutje in je nesporno izredno pomemben tako za ohranjanje in krepitev telesnega, duševnega, duhovnega in socialnega zdravja, kot tudi za izboljšanje že načetega zdravja. Zato moramo prevzeti odgovornost za svoje zdravje in se temu primerno tudi vesti.

METODA: Raziskava je bila izvedena med naključno izbranimi anketiranci. Zajela je 198 anketirancev. Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela. Kot instrument smo uporabili anketni vprašalnik, ki je obsegal 18 vprašanj odprtega in zaprtega tipa. Vprašanja so bila razporejena v tri sklope: demografski podatki, anketirančeva skrb in odgovornost za svoje zdravje in anketirančevo izpolnjevanje pacientovih dolžnosti.

Pridobljene podatke smo statistično obdelali s pomočjo računalniškega programa Microsoft Office. Dobljene rezultate smo prikazali s pomočjo opisne statistike in ponazorili v tabelah.

REZULTATI: 41,9% anketiranih postavlja zdravje kot vrednoto na prvo mesto, 47% jih ocenjuje svoje zdravje kot zelo dobro in dobro, 37,3% anketirancev priznava, da za svoje zdravje skrbi zelo slabo oziroma skoraj nič. 47,7% anketiranih pogosto občuti stres, 36,9% je telesno nedejavnih, 36,7% ima nepravilno prehrano. Za 85,9% anketiranih se odgovornost do zdravja kaže kot izogibanje dejavnikom tveganja, 81,3% se jih zaveda, da so sami odgovorni za svoje zdravje, vendar jih je kljub temu 45,0% priznalo, da niso odgovorni do svojega zdravja. 32,8% se jih vedno odzove na preventivne preglede, le 62,1% anketiranih pa je izjavilo, da upošteva navodila zdravstvenih delavcev.

RAZPRAVA: Način življenja anketiranih nekaterim prav gotovo zmanjšuje kakovost življenja in jih vodi k nastanku kroničnih nenalezljivih bolezni. Posameznike je potrebno motivirati, da prevzamejo odgovornost za svoje zdravje. Ni dovolj, da le vemo, da smo sami odgovorni za svoje zdravje, potrebno se je tako tudi vesti.

¹² Petra Erpe, dipl.m.s., Polje harmonije, Družba za kakovost življenja d.o.o.
Tinkara Pacek, dipl.m.s., Splošna bolnišnica Brežice
tinpac79@gmail.com, petra.erpe@gmail.com

Ključne besede: odgovornost, zdrav življenjski slog, posameznik, zdravje

Summary

STARTING POINTS: Research shows that health is ranked very high on the scale of values, even as high as the first place. However, people are not sufficiently aware that we are the ones who can do the most to maintain and restore health. A healthy lifestyle enables the general well-being and is undoubtedly of great importance both to conserve and enhance the physical, mental, spiritual and social health, as well as to improve health that has already been damaged. Therefore, we must take the responsibility for our health and act accordingly.

METHOD: A survey was conducted among randomly selected respondents. It included 198 respondents. The descriptive method of work was used. We used the questionnaire survey as the instrument, and it consisted of 18 questions both of open and closed types. The questions were organized into three sections: the demographic data, the respondents concern and responsibility for their own health and the respondents' compliance of the patient's duties.

The acquired data was statistically processed with the Microsoft Office computer program. We have shown the obtained results using descriptive statistics and illustrated them in tables.

RESULTS: 41.9% of the respondents put health as a value in the first place, 47% rate their health as very good and good, 37.3% of the respondents admit that they take care of their health poorly or not at all. 47.7% of the respondents often feel stressed, 36.9% are physically inactive and 36.7% have an incorrect diet. 85.9% of the respondents believe that responsibility for the health means avoiding risk factors, 81.3% are aware that they are responsible for their own health, but 45.0% nevertheless admitted that they are not responsible for their health. 32.8% always respond to the invitations for preventive check-ups, and only 62.1% of the respondents acknowledged that they comply with the instructions given to them by medical professionals.

DISCUSSION: For some respondents, their way of life certainly reduces the quality of their life and leads to the development of chronic non-communicable diseases. It is necessary to motivate individuals to take responsibility for their own health care. It is not enough to just know that we are responsible for our own health, but we also need to act accordingly.

Key words: responsibility, healthy lifestyle, individual, health

Uvod

Raziskave kažejo, da se na lestvici vrednot zdravje uvršča zelo visoko, celo na prvo mesto. Kljub temu pa se ljudje premalo zavedamo, da lahko sami največ storimo za ohranitev in povrnitev zdravja. Zdravstveni delavci in drugi strokovnjaki si prizadevamo, da bi zdravju naklonjen življenjski slog privzgojili otrokom že v najzgodnejši dobi, a za spreminjanje škodljivih navad ni nikoli prepozno.

Zdravje posameznika omogoča in zagotavlja kakovostno življenje in je temeljni vir razvoja vsake družbe. Vemo, da praktično ni področja družbenega življenja, ki ne bi vplivalo na zdravje. Zanj je v prvi vrsti odgovoren vsak posameznik, država pa je v sodelovanju s stroko in znanostmi pristojna in odgovorna za ustvarjanje razmer, v katerih lahko ljudje skrbijo za zdrav življenjski slog (Frankič, 2010).

Ena osnovnih človekovih pravic je pravica do največje mogoče stopnje zdravja, in sicer ne glede na raso, vero, politično prepričanje ali ekonomsko in socialno stanje. Najpomembnejši družbeni cilj je doseganje najvišje možne zdravstvene stopnje. Zdravje je opredeljeno kot pozitivna vrednota, kot skupek človeških lastnosti, način delovanja telesa ter človekovega odnosa do naravnega in družbenega okolja, kar omogoča telesno in družbeno blagostanje. Človeška narava namreč terja, da se le-ta stalno prilagaja spremembam za izboljšanje lastnega zdravja. Vsak dan smo izpostavljeni številnim tako dobrim in kot slabim vplivom vsega, kar nas obdaja. Če označimo nek dejavnik za škodljivega, menimo, da je vpliv njegovega delovanja na naše zdravje in počutje neugoden. Bolezen lahko označimo kot skupek odzivov na delovanje škodljivih vplivov. Meja med zdravjem in boleznijo je določno opredeljena (Kisner in sod., 2000).

Razumevanje odgovornosti za zdravje izhaja iz načina, kako pojmujeemo zdravje (Voljč, 1990). Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje zdravje kot stanje popolne telesne, duševne in socialne blaginje in ne zgolj odsotnost bolezni ali okvar (WHO, 2011). Čajevec (2001) pa pravi, da je zdravje rezultat dobrega fizičnega stanja, pravilne prehrane, zdravega okolja, uspešnega obvladovanja stresa in odgovornosti za lastno zdravje. Kisner in sod. (2000) navajajo, da je dobro zdravje poglavitni dejavnik socialnega, gospodarskega in osebnostnega razvoja in je pomembna dimenzija kakovosti življenja. Politični, gospodarski, socialni, kulturni, okoljski, vedenjski in biološki dejavniki lahko izboljšajo kot tudi poslabšajo zdravje.

Zdravje pojmujeemo kot družbeni projekt in kot informacijo o splošni kakovosti življenja in vrednotah družbe. Zdravje kot družbeni projekt pomeni stalne, dogovorjene in usklajene družbene akcije. Te izhajajo iz stalnega načrtovanja, izvajanja, evalvacij številnih strokovnjakov, politikov in so usmerjene v uveljavljanje politike, ki ne bo spodbujala gospodarskega razvoja, ki bi neposredno ali posredno načeljal zdravje ljudi. Zdravje torej ne zadeva zgolj ali predvsem »golega« posameznika, temveč je stvar posameznika, ki biva v družbi z določeno kvaliteto, bolj ali manj rizično za zdravje tega in mnogih posameznikov in v družbi, ki manj ali več investira v zdravje prebivalstva (Kraševc Ravnik, 1990).

Kadarkoli govorimo o zdravju, moramo imeti v mislih zdravje posameznika kot zdravje družbe in če se pogovarjamo o odgovornosti, tudi ta zadeva tako posameznika kot družbo (Voljč, 1990).

Država zagotavlja zdravstveno varstvo in skrb za zdravje z oblikovanjem, sprejemanjem in izvajanjem politike, strategije in programov promocije zdravja (Frankič, 2010). Odgovornost za zdravje navaja tudi Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki določa nosilce družbene skrbi za zdravje ter njihove naloge; v 2. členu navaja, da ima vsakdo pravico do najvišje stopnje zdravja in dolžnost skrbeti za svoje zdravstveno stanje. Sem sodi tudi dolžnost, pomagati drugemu v bolezni ali poškodbi in prepoved ogrožanja zdravja drugih.

S sprejetjem Zakona o pacientovih pravicah (ZPacP) smo dobili tudi dolžnosti pacientov. O njih govori 54. člen omenjenega zakona.

Pacienti so pri krepitvi, varovanju in povrnitvi lastnega zdravja dolžni dejavno sodelovati z izvajalcem zdravstvenih storitev. Ravno tako so dolžni podati vse informacije v zvezi s spremembami zdravstvenega stanja, glede morebitnega izostanka na pregled in zdravljenje ter o tem pravočasno obveščati zdravstvene delavce. Spoštovati so dolžni vse objavljene urnike in predpisane organizacijske postopke (Balažic et al, 2009). Zakon tudi določa, da je dolžnost pacienta biti obziren in spoštljiv do drugih pacientov in do zdravstvenih delavcev ter sodelavcev (Zakon, 2008). Nobene pravice po ZPacP ni mogoče odreči pacientu s sklicevanjem na nespoštovanje in neizpolnjevanje pacientovih zakonskih dolžnosti, še najmanj pa pravice do zdravstvene pomoči. V ZPacP ni predvidenih sankcij za pacienta, če krši dolžnosti (Balažic et al, 2009).

Odgovornost za zdravje se razume kot pravica avtonomnega posameznika, ki jo uresničuje na podlagi izbire med različnimi, zanj ustreznimi postopki za ohranjanje in izboljšanje zdravja ter preprečevanja bolezni in kot pravica posameznika, da vpliva na razmere, ki bistveno determinirajo zdravje (Kramberger, 1990).

Poudarjanje in vpeljevanje individualne odgovornosti za zdravje se je začelo izvajati v razvitih industrijskih deželah že v 60. letih, ko se je začela kriza družb blagostanja. Te finančno niso bile več sposobne slediti naraščajočim stroškom v zdravstvu, ob sočasni izgubi iluzij, da bo medicina sposobna ob večjih finančnih sredstvih pozdraviti večino bolezni.

Sodobni način življenja spodbuja nastanek in razvoj tako imenovanih civilizacijskih bolezni in ima številne negativne posledice za javno zdravje.

Nezdravo prehranjevanje, nezadostna telesna dejavnost, kajenje in uživanje alkoholnih pijač so značilnosti nezdravega življenjskega sloga. Dokazano je, da spadajo dejavniki nezdravega življenjskega sloga med ključne vzroke nastanka in napredovanja najpomembnejših kronično nenalezljivih bolezni ter pojavljanja zapletov pri njih: to so bolezni srca in ožilja, sladkorne bolezni, nekatere vrste raka, nekatera kronična pljučna obolenja, debelost in osteoporoza ter druge bolezni mišično–kostnega sistema. Nezdravo prehranjevanje in nezadostna telesna dejavnost sta tesno povezana s pojavljanjem in vzdrževanjem znanih fizioloških dejavnikov tveganja v zvezi s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi, kot so na primer zvišan krvni tlak ter zvišane vrednosti holesterola in glukoze v krvi (Maučec-Zakotnik in sod., 2005). Od sedmih ključnih dejavnikov tveganja za nastanek kronično nenalezljivih bolezni (zvišan krvni tlak in holesterol v krvi, zvišan indeks telesne mase, nezadostno uživanje zelenjave in sadja, telesna nedejavnost, alkohol in kajenje) jih je pet tesno povezanih z načinom prehranjevanja.

Zdrav slog življenja omogoča splošno boljše počutje in je nesporno izredno pomemben tako za ohranjanje in krepitev telesnega, duševnega, duhovnega in socialnega zdravja, kot tudi za izboljšanje že oškodovanega zdravja. Zato moramo prevzeti del odgovornost za svoje zdravje nase, kajti zdravje je tudi sad uravnoteženega načina življenja.

NAMEN RAZISKAVE

Namen raziskave je bil ugotoviti, kako odgovorno se vedejo anketiranci do svojega zdravja, katerim dejavnikom tveganja za nastanek kronično nenalezljivih bolezni se izpostavljajo in kako odgovorni so glede izpolnjevanja dolžnosti pacientov, ki jim jih nalaga Zakon o pacientovih pravicah.

METODE

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela. Podatki so bili pridobljeni s pomočjo kvantitativne tehnike zbiranja podatkov. Kot instrument smo uporabili nestrukturiran vprašalnik, oblikovan za potrebe raziskave. Anketni vprašalnik je obsegal 15 vprašanj zaprtega tipa in 3 vprašanja odprtega tipa. Vprašanja so bila razporejena v tri sklope: demografski podatki, anketirančeva skrb in odgovornost za svoje zdravje in anketirančevo izpolnjevanje pacientovih dolžnosti.

Med naključno izbrane anketirance smo razdelili 198 anketnih vprašalnikov. Vprašalnike smo dobili vrnjene od vseh anketirancev. Anketiranje je potekalo novembra 2011 med prebivalci Novega mesta, Krškega, Brežic in okolice. Vzorec je bil izbran po tehniki naključnega vzorčenja.

REZULTATI

Sodelovalo je 74 oseb moškega in 124 oseb ženskega spola. Po izobrazbeni strukturi je 5 anketiranih z nedokončano osnovno šolo, 24 z dokončano osnovno šolo, 40 z dvo- ali triletno poklicno šolo, 59 s štiriletno srednjo šolo ali gimnazijo, 10 z višjo šolo in 60 z visoko šolo, fakulteto ali akademijo.

Na vprašanje, katera vrednota jim pomeni največ, je zdravje postavilo na prvo mesto 83 anketiranih (41,9%). 93 anketiranih (46,9%) pa je zdravje uvrstilo na drugo mesto - za družino. Najmanj pomembni vrednoti sta bili kariera in položaj v družbi.

Tabela 1 Subjektivna ocena zdravstvenega stanja - glede na izobrazbo

	Zelo dobro		Dobro		Srednje		Slabo		Zelo slabo		Skupaj	
	f	f%	f	f%	f	f%	f	f%	f	f%	f	f%
Nedokončana osnovna šola	1	0,5	3	1,5	1	0,5	0	0	0	0	5	2,52
Osnovna šola	1	0,5	7	3,5	10	5,0	4	2,0	2	1,0	24	12,1
Dve ali tri letna poklicna šola	5	2,5	18	9,1	19	9,6	7	3,5	1	0,5	50	25,3
Štiri letna srednja šola ali gimnazija	10	5,0	23	11,7	16	8,1	0	0	0	0	49	24,8
Višja šola	2	1,0	4	2,0	4	2,0	0		0	0	10	5,0
Visoka šola, fak., akademija	12	6,1	32	7,1	14	7,1	2	1,0	0	0	60	30,3
Skupaj	31	15,6	87	32,3	64	32,3	13	6,5	3	1,5	198	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2011

31 (15,6%) anketiranih svoje zdravje ocenjuje kot zelo dobro, 87 (32,3%) kot dobro, 64 (32,3%) kot srednje, za slabo 13 anketirancev (6,5%) in za zelo slabo 3 anketiranci (1,5%). Z zgornje tabele je razvidna ocena zdravstvenega stanja glede na izobrazbo. Višje in visoko izobraženi anketiranci svoje zdravje ocenjujejo boljše kot anketiranci z osnovno šolo in dvo-ali triletno poklicno šolo.

Tabela 2 Ocena skrbi za zdravje - glede na starost

Odgovor:	Zelo		Dobro		Bolj malo, premalo		Skoraj nič		Zelo slabo		Skupaj	
	f	f%	f	f%	f	f%	f	f%	f	f%	f	f%
Starost:												
do 25 let	4	2,0	1	0,5	3	1,5	2	1,0	3	1,5	13	6,6
26 do 35 let	19	9,6	26	13,1	21	10,6	11	5,5	12	6,1	89	44,9
36 do 45 let	5	2,5	23	11,7	8	4,0	22	11,1	10	5,0	68	34,3
46 do 55 let	2	1,0	5	2,5	4	2,0	7	3,53	3	1,5	21	10,6
56 let in več	1	0,5	2	1,0	0	0	1	0,5	3	1,5	7	3,5
SKUPAJ	31	15,7	57	28,8	36	18,2	43	21,7	31	15,6	198	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2011

31 (15,7%) anketiranih za zdravje zelo skrbi, 57 (28,8%) jih pravi, da skrbijo dobro, 36 (18,2%) bolj malo oziroma premalo, 43 (21,7%) anketiranih skoraj nič in zelo slabo skrbi za zdravje 31 (15,6%) anketiranih.

Mlajši anketiranci (stari do 35 let) nekoliko boljše skrbijo za svoje zdravje, saj jih 50 (49,0%) navaja, da za svoje zdravje skrbijo zelo oziroma dobro. Anketirancev, starejših od 35 let, ki skrbijo za svoje zdravje zelo dobro ali dobro, je 38 (39,6%). 46 (47,9%) anketiranih, starih nad 35 let, za svoje zdravje ne skrbi nič oziroma zelo slabo.

Anketiranci imajo naslednje dejavnike tveganja: 41 (20,7%) anketiranih ima visok krvni tlak, kadi 50 (25,5%) anketiranih, telesno nedejavnih je 73 (36,9%) anketiranih, 33 (16,7%) jih ima povišane maščobe v krvi, 39 (19,7%) povišano telesno težo, 72 (36,7%) anketiranih ima nepravilno prehrano, pogosto je izpostavljeno stresu kar 93 (47,7%) anketiranih in 15 (7,6%) anketiranih tvegano pije alkoholne pijače. Stresu je izpostavljenih več žensk 65 (32,8%) kot moških (30,1%).

Na odprta vprašanja, kaj si anketirani predstavljajo pod pojmom »odgovornost za zdravje«, smo dobili naslednje odgovore: 170 (85,9%) anketiranih je odgovorilo, da se morajo izogibati dejavnikom tveganja (kajenje, alkohol, neredna prehrana, telesna neaktivnost, stres), 15 (7,6%) jih je navedlo, da morajo redno in pravočasno obiskovati zdravnika, 10 (5,0%), da upoštevajo navodila zdravnikov in ostalega zdravstvenega osebja, 3 (1,5%), da poslušajo svoje telo. Na vprašanje, kdo je odgovoren za njihovo zdravje, jih je 161 (81,3%) odgovorilo, da so odgovorni oni sami, 21 (10,6%) jih meni, da sta zato odgovorna zdravnik in medicinska sestra, 13 (6,6%) jih meni, da država. Po 1 (0,5%) odgovor so dobili geni, partner in družina. Na vprašanje, ali menijo, da so sami dovolj odgovorni za svoje zdravje, jih je 73 (36,8%) odgovorilo, da so, 36 (18,2%), da so premalo odgovorni. 89 anketirancev(45,0%) pa je menilo, da niso odgovorni za svoje zdravja.

Na sklop vprašanj izpolnjevanja pacientovih dolžnosti smo dobili naslednje odgovore: 65 anketiranih (32,8%) se vedno odzove vabilu za preventivni zdravstveni pregled, 70 anketiranih (35,3%) se jih odzove pogosto, nikoli pa se ne odzove 18 (9,0%) anketiranih. 45 (22,7%) še nikoli ni bilo povabljenih na preventivni zdravstveni pregled. 141 (71,2%) poda zdravstvenim delavcem vedno resnične podatke o svojem zdravstvenem stanju, 46 (23,2%) jih je odgovorilo, da se je že zgodilo, da so kakšen podatek prikriili. 11 (5,5%) anketiranih velikokrat kakšen podatek zamolči. Anketirani najpogosteje zamolčijo svoje podatke glede nezdravega načina življenja (84 ali 42,4%), 36 ali 18,2% glede počutja, 28 (14,1%) glede bolečin, ki jih imajo, 23 (11,6%) glede rednega jemanja zdravil, 20 (10,1%) glede bolezni, ki so jo imeli tisti trenutek, 10 (5,0%) glede bolezni v družini, 8 (4,0%) glede prejšnjih poškodb in 4 (2,0%) glede alergij, ki jih imajo. 110 (55,5%) anketiranih se vedno drži ure naročanja na dogovorjeni pregled ali preiskavo, 74 (37,4%) raje pridejo malo prej, 11 (5,5%) anketiranih pa je navedlo, da pogosto zamujajo. Svoj termin pregleda pri zdravniku odpove 167 (84,3%) anketiranih, ostalih 31 (15,7%) pa tega žal ne stori. Vedno upošteva vsa navodila zdravstvenega osebja 123 anketiranih (62,1%), ostali anketirani (75 ali 37,9%) navodil ne upoštevajo vedno.

RAZPRAVA

Anketna vprašanja se nanašajo na pomen zdravja kot vrednote, subjektivno oceno zdravstvenega stanja, skrb za lastno zdravje, pojavljanje dejavnikov tveganja, kaj je odgovornost za zdravje, kdo je odgovoren za zdravje posameznika in vprašanja o izpolnjevanju dolžnosti pacientov, ki jih opredeljuje Zakon o pacientovih pravicah.

Zdravje postaja ena najpomembnejših vrednot za vse kategorije prebivalstva, od otrok do odraslih. Za zdravo osebo pomeni zdravje samostojnost, delovanje, skrb za druge, notranji mir, druženje, družino, dom, socialno podporo... Za hudo bolnega človeka je zdravje lahko le sposobnost, da se v postelji ponovno sam usede (Frankič, 2010).

Tudi v naši raziskavi so anketiranci potrdili, da zdravje uvrščajo izredno visoko. Slabih 42% ga je postavilo na prvo mesto. Slaba polovica anketiranih je zdravje postavila na drugo mesto, takoj za družino. Veliko avtorjev navaja, da je družina temelj vsega. Zalokar Divjak (2000) pravi, da je »človek socialno bitje, ki mora čutiti, da nekomu pripada, da je nekdo pripravljen zanj skrbeti, ga varovati, tolažiti«. Zato se tudi v primeru načetega zdravja najprej zatečemo k svoji družini, ki nam daje moč in nam pomaga, da bolezen premagamo lažje in pogumneje.

Svoje zdravstveno stanje ocenjujejo sodelujoči v anketi dobro, saj sta kar dve tretjini anketiranih odgovorili, da je njihovo zdravstveno stanje dobro in zelo dobro. Opazili pa smo, da so anketiranci kljub trditvi, da je njihovo zdravje dobro ali zelo dobro, navedli kar nekaj dejavnikov tveganja, ki njihovemu zdravju škodujejo. Vprašanje je bilo subjektivne narave in bi bilo morda potrebno dodati za bolj jasno sliko še vprašanje, katere bolezni jim je potrdil zdravnik.

Pri skrbi za svoje zdravje so bili odgovori kar enakomerno porazdeljeni. Menimo, da je to nekakšen dejanski odraz današnje družbe. Posamezniki vedno več svojega prostega časa posvečajo rekreaciji, opuščajo razvade in poskrbijo za svojo prehrano. Na drugi strani pa se veliko ljudi zaradi hitrega tempa življenja in vedno daljšega delavnika ne utegne redno prehranjevati, se ukvarjati z rekreacijo ali se sprostiti.

Skrbeti za svoje zdravje pomeni predvsem zdravo živeti. Zdravo pa živimo, če se čim manj izpostavljam tako imenovanim dejavnikom tveganja, to je negativnim vplivom na naše zdravje, kar posledično vodi k razvoju kroničnih degenerativnih bolezni (Mišigoj Durakovič, 2003).

Opazamo povezavo med subjektivno oceno zdravstvenega stanja in skrbjo za zdravje: tisti anketirani, ki ocenjujejo svoje zdravstveno stanje kot srednje dobro ali slabo, tudi za svoje zdravje storijo bolj malo ali skoraj nič.

Čeprav so anketirani svoje zdravje ocenili pozitivno, pa skrbijo predvsem podatki o njihovih dejavnih tveganja. Kajti slaba polovica anketiranih je pogosto izpostavljena stresu, dobra tretjina ima nepravilno prehrano in je telesno nedejavna. Kar četrtnina anketiranih je kadilcev. Predvsem je zaskrbljujoč podatek, da se kajenje pojavlja predvsem pri anketirancih do 35 let.

Kajenje in alkohol spadata med najbolj znana dejavnika tveganja za nastanek številnih motenj in bolezni, hkrati pa sta dejavnika, ki ju je mogoče povsem odpraviti. Odvisnost od tobaka

spada med bolezni odvisnosti, zato jo je potrebno zdraviti. Od leta 2001 je odvajanje od kajenja postalo del redne zdravstvene dejavnosti in ga krije tudi zdravstveno zavarovanje.

Strokovnjaki s področja javnega zdravja ugotavljajo, da so ponekod po svetu pretežno kronične nenalezljive bolezni (kot na primer bolezni srca in ožilja, rak, sladkorna bolezen) najpogostejše in se že pojavljajo kot prava epidemija. Med vzroki za tako stanje je tudi hiter prehod k sedečemu načinu življenja, ki se navadno pojavlja v družbi, kjer se neuravnoteženo prehranjujejo ter kadijo tobak in uživajo alkohol (Lobnik Zorko, 2006).

Tudi zdravstveno stanje, povezano z nezdravo prehrano, neredno telesno dejavnostjo in nezdravim življenjskim slogom Slovencev je slabo. Bolezni srca in žilja so v 50% glavni vzrok umrljivosti prebivalcev Slovenije. Debelost se tako kot v drugih zahodnih državah povečuje tudi v Sloveniji, saj že lahko govorimo o epidemiji čezmerne hranjenosti in debelosti. Imamo 54,6% čezmerno prehranjenih in 15% debelih odraslih Slovencev. Pojavnost sladkorne bolezni je ocenjena na 4,3% odraslih prebivalcev. Zvišano raven sladkorja ima 4% do 6% Slovencev. Število pregledanih s povišanim krvnim tlakom se je med obdobjem 1996/97 in 1990/91 statistično povečalo z 39,1% na 48,8%. Povišan holesterol ima kar 60% odraslih Slovencev (Maučec-Zakotnik in sod., 2005).

Pogosta izpostavljenost stresu je vsekakor škodljiva, saj vpliva na vsa področja našega delovanja. Vendar Carroll (1994) pravi, da se vsem stresnim situacijam in dogodkom preprosto ni moč izogniti. Pravzaprav to tudi ne bi bilo dobro, saj je stres bistveni del življenja. Če ga lahko nadzorujemo, je pozitivna sila, ki izboljšuje dosežke in povečuje učinkovitost, ohranja pazljivost in tako varuje pred nevarnostjo.

Vsakodnevno ali pogosto je stresu podvrženo nekoliko več žensk, kar ugotavljajo tudi avtorji raziskave Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije (Zaletel-Kragelj in sod., 2004). V tej isti raziskavi ocenjujejo stopnjo tveganega stresnega vedenja v populaciji odraslih Slovencev na 24,3%, kar je za polovico manj, kot smo dobili podatek v naši raziskavi.

Anketirani se sicer zavedajo škodljivosti nezdravega načina življenja, saj jih je kar 85,9 % odgovorilo, da si odgovornost za zdravje predstavljajo kot izogibanje dejavnikom tveganja. Odgovornost do zdravja povezujejo še z rednimi in pravočasnimi obiski pri zdravniku ter upoštevanjem strokovnih navodil zdravstvenega osebja. Anketirani vedo, da so za svoje zdravje v največji meri odgovorni sami, del odgovornosti pa naslavljajo tudi na zdravstveno osebo in državo.

Tudi Jevšnik in Bauer (2009) ugotavljata, da je odgovornost za zdravje predvsem dolžnost vsakega posameznika. Toda da bi lahko učinkovito skrbeli za zdrav življenjski slog, je odgovornost države, da v sodelovanju s stroko in razvojem znanosti ustvari ustrezne razmere za zdravo življenje. Glede na to, da se sodelujoči anketirani dobro zavedajo odgovornosti za svoje zdravje, vedo, da lahko sami storijo največ, pa je le dobra tretjina teh, ki mislijo, da ravna odgovorno glede svojega zdravja. Žal tako ne ravna kar 45% anketiranih.

Čeprav v Zakonu o pacientovih pravicah ni predvidenih sankcij za pacienta, ki krši svoje dolžnosti, mu ni mogoče odreči nobenih pravic zaradi tega, a posameznik tudi s spoštovanjem svojih dolžnosti kaže del odgovornosti za zdravje. V svojih odgovorih so navedli, da zdravstveno osebje nosi soodgovornost, zato se nam zdi prav, da je ta odnos pošten. Seveda, potrebno si je izbrati zdravnika, ki mu lahko zaupamo, vendar to ne pomeni, da se mu prepustimo in vso skrb in za svoje dobro počutje in zdravje prepustimo njemu. Pri tem je nujno, da sodelujemo tudi sami in ne samo naša kartica zdravstvenega zavarovanja.

Rezultat, da se le ena tretjina anketiranih vedno odzove vabilom na preventivne zdravstvene preglede, kaže na neodgovoren odnos do svojega zdravja. Vemo, da se ravno na presejalnih pregledih, kjer se pregleduje navidezno zdrave ljudi (ljudi, ki niso v zdravstveni oskrbi), pogosto odkrije prisotnost zgodnje oblike bolezni in se lahko začne z zgodnjim zdravljenjem. Zato je pomembno, da spodbujamo ljudi k sodelovanju v programih, jim dajemo ustrezne informacije in širimo zavest ljudi o možnosti zgodnjega odkrivanja bolezni.

Boljši pa so rezultati glede podajanja resničnosti podatkov zdravstvenim delavcem, saj se jih tega drži kar 71%. Tisti, ki zamolčijo podatke, jih najpogosteje ravno zaradi nezdravega življenjskega sloga. Teh je dobrih 40%. Kako pomembni so resnični in popolni podatki, ki nam jih posredujemo pacienti, vemo vsi. Vendar se očitno še vsi pacienti ne zavedajo, da lahko s prikrivanjem podatkov sebi le škodijo. Verjetno, pa se pacienti še vedno bojijo kritik in morebitnih posledic.

Na predvidene preglede in preiskave prihaja ob dogovorjeni uri dobra polovica anketiranih, nekateri pa še vseeno malo prej. 84% svoj termin pregleda odpove, če se ga ne mora udeležiti. Ljudem je treba povedati, naj hodijo na preiskave pravočasno, da ni treba priti uro pred predvidenim terminom in da odpovedo termin pregleda, če se ga ne morejo udeležiti. Kajti tako bodo tudi oni sami prispevali h krajšemu čakalnemu času in h kvalitetnejšim storitvam, ki jih pričakujejo.

Navodila zdravstvenega osebja upoštevata slabi dve tretjini anketiranih. Tudi v tem primeru bi jim morali dopovedati, kako pomembno je, da sodelujejo pri zdravljenju, da upoštevajo navodila glede pravilnega jemanja zdravil, diet, vaj, razvad... Zavedati se morajo, da je pacient enakovreden partner v procesu zdravljenja, zato je predvsem za njega dobro, da to tudi upošteva.

Zaključek

Ljudje se zavedamo, da smo predvsem sami odgovorni za svoje zdravje, vendar smo za to pripravljeni premalo storiti. S skrbjo za sebe in zdravje izboljšujemo kakovost našega življenja. V preteklosti so ljudje zbolevali predvsem zaradi slabe higiene in nalezljivih bolezni, danes pa govorimo o civilizacijskih boleznih, saj slog življenja določa zdravje bolj, kakor se tega zavedamo.

Z vidika varovanja zdravja je promocija zdravega življenjskega sloga zelo pomembna. Vanj so zajete aktivnosti zdravega prehranjevanja, telesne aktivnosti, omejenega pitja alkoholnih pijač, odvajanje od kajenja ter obvladovanje stresa. Način življenja anketirancev nekaterim prav gotovo zmanjšuje kvaliteto življenja, kar kažejo rezultati ankete. Vsak posameznik pa bi se moral zavedati, da s svojim ravnanjem škodi zdravju. Prepogosto se namreč dogaja, da se šele ob konkretnih težavah zavemo, kako malo cenimo oz. storimo za svoje zdravje. Zato je pomembno, da smo odgovorni za svoje zdravje in živimo zdravo.

V prihodnje bo moral vsak izmed nas storiti več zase in se odgovorno vesti do svojega zdravja. Že iz preprostega razloga, ker bo popravljanje napak (zdravljenje) vedno manj plačevala država in bo zdravljenje postalo vedno večji strošek za naš lastni žep.

Dobro vemo, da znamo zdravje ceniti šele takrat, ko zbolimo. Takrat bi dali vse (in tudi damo), da bi ozdraveli. In potem kaj kmalu pozabimo na hude tegobe, bolečine, svojo nemoč. Pa ne bi smelo biti tako! Do svojega zdravja moramo biti odgovorni vedno in povsod, saj lahko le človek, ki se dobro počuti, izpolnjuje svoje delovne in družinske obveznosti, prosti čas pa izkoristi za svoje konjičke, šport in razvedrilo.

Vsak posameznik bi se moral zavedati, da je sam odgovoren za svoje zdravje, da je zdravje del kulture.

Literatura

1. Balazic J, Brulc U, Ivanc B, Korošec D, Krajc K, Novak B, et. al. Zakon o pacientovih pravicah s komentarjem. Ljubljana: GV Založba; 2009.
2. Carroll. Veliki družinski vodnik za zdravo življenje. Kako izboljšamo prehrano, ohranimo kondicijo, zmanjšamo stres in preprečimo zdravstvene težave. Ljubljana: DZS; 1994.
3. Čajavec R. Medicina športa. Prehrana. Celje; 2001:15.
4. Frankič M. Prevezemio svoj del odgovornosti za zdravje. Dostopno na: <http://web.vecer.com/portali/vecer/v1/default.asp?kaj=3&cid=2010051005538922> (1.11.2011).
5. Jevšnik M, Bauer M. Splošno o zdravstveno ustreznih, varni hrani in prehranjevanju. Naša lekarna; št. 35, september 2009: 42.
6. Kisner in sod. Ljubljana: Ministrstvo RS za šolstvo in šport 1998; 2000:17.
7. Kraševac Ravnik E. Odgovornost za zdravje. Zdrav Var. 1990; 29: 307-8.
8. Kramberger B. Odgovornost za zdravje kot osrednje vprašanje drugačne konceptualne zasnove razvojne zdravstvene politike. Zdrav Var. 1990; 29: 303-6.
9. Lobnik Zorko A. Strategija za preprečevanje kroničnih bolezni v Evropi: dejavnosti na področju javnega zdravja; vizija CINDI. Ljubljana: CINDI Slovenija; 2006: 9-10.
10. Maučec Zakotnik J in sod.. Nacionalni program prehranske politike od 2005 do 2010. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2005.
11. Mišigoj Durakovič M. Telesna vadba in zdravje: znanstveni dokazi, stališča in priporočila; 2003.
12. Voljč B. Kaj je odgovornost za zdravje? Zdrav Var. 1990; 29: 301-2.
13. WHO: Constitution of the World Health Organization – Basic Documents (internet). 2011. Dostopno na: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf> (29.10.2011).
14. Zakon o pacientovih pravicah. Uradni list Republike Slovenije št. 15/2008.

15. Zaletelj Kragelj L, Fras Z, Maučec Zakotnik J. Tvegana vedenja, povezana z zdravjem, in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije. Z zdravjem povezan življenjski slog. CINDI Slovenija. Medicinska fakulteta. Ljubljana; 2004.
16. Zalokar Divjak Z. Vzgajati z ljubeznijo. Gora; 2000:16-18.

ODGOVORNOST ŠTUDENTA NA KLINIČNI PRAKSI V ZDRAVSTVENI NEGI

Miha Pleskovič, Silvija Šterk, Mojca Saje¹³

Povzetek

Redna zaposlitev na oddelku se od klinične prakse, ki jo izvajajo šole in njeni študenti, razlikuje v več vidikih. Tako se lahko pričakuje, da se med medicinskimi sestrami na oddelku in praktikanti lahko pojavijo različna mnenja glede dojemanja odgovornosti tako do pacienta kot tudi do samega strokovnega zdravstvenega dela. Kaj naj bi študentu pomenila odgovornost na klinični praksi? Študenti se pogosto sprašujejo, zakaj medicinske sestre pogosto kritizirajo njihov pristop do dela. Čeprav opravljajo isto delo in komunicirajo z istimi pacienti, se jim neredko zgodi, da jim medicinske sestre, zaposlene na oddelku, očitajo pomanjkanje odgovornosti, izogibanje obveznostim in splošni primanjkljaj zainteresiranosti za stroko, ki jo bodo v bodočnosti opravljali. Iz tega dejstva se lahko izpelje hipoteza, da je percepcija negovalne odgovornosti neskladna med dojemanjem redno zaposlenih zdravstvenih delavcev in študenti zdravstvenih šol. Enega izmed razlogov se lahko najde v razlikovanju med teorijo, ki jo učijo na zdravstveni šoli, in prakso, ki je implementirana v vsakodnevno rutinsko delo medicinskih sester na oddelkih, medtem ko se lahko drugega najde v nepoznavanju pravic in dolžnosti tako študentov kot medicinskih sester oz. mentorjev na klinični praksi. Toda ne glede na razloge se lahko neskladje ugotovi, oceni in popravi samo s primerjavo med praktičnimi izkušnjami medicinskih sester na klinični praksi in študenti, ki le-to opravljajo. Delno sliko lahko ponudijo tudi pacienti, saj so neposredni udeleženci procesa klinične prakse in pogosto tudi potencialne žrtve pomanjkanja odgovornega vedenja. Zpomniti si je potrebno, da ustrezna odgovornost prinaša učinkovite delovne navade, pozitivno mišljenje zunanjih partnerjev in splošno izboljšavo na vseh vidikih zdravstvene nege.

Ključne besede: Vrednote, pravice in dolžnosti študentov, odgovornost, klinična praksa

¹³ Miha Pleskovič, študent, Visoka šola za zdravstvo Novo mesto
Silvija Šterk, študentka, Visoka šola za zdravstvo Novo mesto
Mojca Saje, pred., Visoka šola za zdravstvo Novo mesto
miha.pleskovic@gmail.com; silvija.sterk@gmail.com; mojca.m.saje@gmail.com

Abstract

There are many differences between the regular employment at a ward and the clinical practice, which is carried out by schools and their students. Thus, differences in opinion between the nurses at the ward and the trainees, on the perception of responsibilities to both patients and the professional health care, can be expected. What should the responsibility during the clinical practice training mean to the student? Students often wonder why the nurses often criticize their approach to work. Even though they do the same job and communicate with the same patients, it is quite common for the nurses at the ward to complain about their lack of responsibility, avoiding obligations and the general lack of interest for their future profession. From this fact we can form a hypothesis, that the perception of the nursing responsibility by the regularly employed health professionals is not compatible with the perception of the medical school students. One of the reasons can be found in the differentiation between the theories taught at the medical schools, and the practice, implemented in the daily working routine of nurses at the wards. The other reason can be found in the lack of knowledge of the rights and duties of both students and nurses, or rather mentors of the clinical practice. But, whatever may be the reason; the incompatibility can be discovered, evaluated and corrected only by comparing the practical experience of the nurses involved with the clinical practice and the students, who are performing it. A partial image can also be provided by the patients, for they are the direct participants in the process; and they are also the potential victims of the lack of responsible behavior. We need to remember that the appropriate responsibility also brings efficient working habits, positive opinion of the outside partners and the general improvement of all aspects of health care.

Key words: values, the rights and duties of students, responsibility, clinical practice training

Uvod

Odgovornost je večplastni pojem. Zaradi različnih dojemanj posameznikov se lahko odgovornost definira kot skorajda nepomemben element v njihovem življenju, kot samoumevnost, kot dolžnost in vrlina do bližnje okolice ali kot neobhodno razmišljanje, ki se lahko dotika same narave in časti človeka. V zdravstveni negi se odgovornost definira kot razvrstitev kompetenc med posameznimi hierarhičnimi strukturami zdravstvenih delavcev. Študenti na zdravstvenih šolah takšno pojmovanje odgovornosti pogosto opredeljujejo s popolno zamenjavo kompetenc takoj, ko se povzpnejo navzgor po stopnji izobrazbe, pri čemer se pa zelo pogosto pozablja, da napredek v znanju kompetence le nadgradi in v nikakršnem smislu ne spremeni. Po drugi strani pa se medicinske sestre, ki imajo izkušnje z delom v zdravstveni negi, tega pojmovanja zavedajo. Zaradi takšnega različnega mišljenja lahko pride do raznih razhajanj, kadar se srečata dve nasprotujoči si sili - izkušene medicinske sestre in študenti na klinični praksi.

Definicija odgovornosti

Sámo odgovornost je težko definirati. Lahko bi jo opisali kot skupek predpisov, opravi in postopkov, za katere je določen izbrani posameznik, od katerega se pričakuje, da jih bo spoštoval in v najvišji kakovostni meri, kolikor jo je sposoben opravljati, izvajal. Toda kako bi potem definirali ostale skupke odgovornosti, za katere posameznik dejansko čuti moralno zavezanost in jih vede ali nevede opravlja? V tem oziru bi morali potem odgovornost definirati kot množico opravi in dejavnosti, do katere posameznik čuti zavezanost, ponos in/ali pozitivne emocije, kateri le-temu posamezniku nudijo motivacijo za izpolnjevanje teh dejavnosti. Toda spet odgovornost zajema ne le opravi, do katerih oseba čuti moralno zavezanost, temveč tudi ostala opravi, do katerih oseba ne čuti moralne zavezanosti, ampak se kljub temu zaveda, da jih mora implementirati v svoje vsakodnevno rutino.

Odgovornost pomeni biti odgovoren za to, kar delaš in o čemer odločaš samostojno ali po naročilu nekoga drugega. Čeprav je izredno pomemben dejavnik za dobro opravljanje dela, je kljub temu samo eden izmed mnogih pogojev, ki zajemajo dobro strokovno znanje, natančnost, odgovornost, spretnost, sposobnost reševanja problemov in komunikativnost (Verčko Pernat, 2003). Prav tako je odgovornost tudi izjemno pomembna komponenta osebnostnega razvoja, saj zajema večplastno duševno in intelektualno stanje orientiranosti. Dejstvo je, da človek brez razvitega čuta za odgovornost škodi samemu sebi in okolici. Zakaj tudi okolici? Ker čut za odgovornost zajema tudi dojemanje drugih oseb ter njihovih potreb, iz česar se lahko izpelje, da ustrezna odgovornost privede tudi do ustrezne komunikativnosti in ustreznih medsebojnih odnosov.

Posameznik s pomočjo lastne odgovornosti dostopa do lastnih občutkov in zavezanostjo do notranjih vrednot, ki jih skriva v svojem globokem osebnem značaju, ki se manifestira v odnosu do lastnega poklica. Odgovornost, občutek in zavezanost angažira posameznika v lastni notranjosti, iz česar se posledično izoblikujejo vrednote, ki imajo za slednjo osebo globok osebni značaj (Berkopec, 2010).

Če vzamemo v obzir vse zgoraj naštetje definicije, lahko potegnemo zaključek, da je odgovornost večdimenzionalen pojem, ki igra pomembno vlogo v telesnem, duševnem, spoznavnem in opravi in procesu zdravstvenega delavca. Občutek odgovornosti je implementiran v vse življenjske vidike človeka in je nasploh glavni temelj za ohranjanje in vzdrževanje družbenih norm, vrednot in pričakovanj.

Kaj je klinična praksa?

Pojma klinična praksa prav tako ni lahko definirati. Glavni razlog je v tem, da se klinično prakso jemlje kot nekaj samoumevnega za šoloobvezujoče osebe in se največkrat definira s pomočjo elementov, ki jih klinična praksa predstavlja. Za razložitev namena prakse je to lahko dovolj, ampak kljub temu je študentom prikrajšana konkretna definicija, ki bi povzela samo bistvo klinične prakse. Ena izmed definicij bi se lahko glasila, da je praksa za študenta brezplačna, praktična, obvezna in ustvarjalna samostojna dejavnost, ki spremeni naravo okolice

in njega. Če prakso opredelimo na tak način, je človek bitje prakse. Navsezadnje, če pomislimo na razne interakcije med praktikanti, redno zaposlenim medicinskim osebjem, pacienti in njihovimi svojci, se lahko klinično prakso prikaže kot živo entiteto, v kateri posamezniki delujejo kot »celice«, specifično izobrazena zdravstveno-negovalna ekipa pa kot »organ«.

Temeljni cilj in temeljno bistvo klinične prakse je, da njeni izvajalci spoznajo način dela in opravilne sposobnosti, ki pritičejo določenemu področju, kjer se klinična praksa izvaja. V okviru Pravilnika o izvedbi kliničnih vaj - prakse, povzetega iz pravnega akta Visoke šole za zdravstvo v Novem mestu (2009), mora klinična praksa zajemati naslednje cilje:

- študent mora spoznati pomen zdravstvene nege,
- študent mora poglobiti znanje o zdravstveni negi,
- študent mora spoznati značilnosti delovanja in organiziranja zdravstvene nege,
- študent se mora naučiti sodelovanja z drugimi zdravstvenimi sodelavci,
- študent mora spoznati timsko delo in multidisciplinaren pristop,
- študent mora pridobiti spretnosti za izvajanje diagnostičnih in terapevtskih posegov,
- študent mora utrditi individualni in celostni pristop do pacientov,
- študent se mora naučiti dokumentiranja dela in njenega poročanja,
- študent mora pridobiti kritično presojo med teorijo in prakso zdravstvene nege,
- študent mora poglobiti moralno-etični odnos in odgovornost do pacientov.

Vednost, znanje, sposobnost in spretnost so skupne strukturne sestavine, ki oblikujejo tip ustreznega izobraževanja in izobrazbe (Blažič in sod., 2003). Ker je klinična praksa prav tako ena izmed oblik izobraževanja, se lahko le-to zlahka oblikuje s zgornjimi naštetimi strukturnimi sestavinami. Iz tega se lahko izpelje, da je klinična praksa vzgojno-izobraževalni proces, katerega se relativno lahko organizira, izpelje ter na koncu oceni in evidentira.

Pravice in dolžnosti

Tako kot vsake druge pogodbene zavezanosti ima tudi proces klinične prakse svoje določbe, ki se jih morajo držati tako študentje kot tudi zaposleno negovalno osebje, zdravstvena ustanova, v kateri se klinična praksa izvaja in šolska ustanova. V namen ocene odgovornega vedenja študentov na klinični praksi v zdravstveni negi je potrebno poznati določila, pravice in dolžnosti slednjih. Po navodilih pravnega akta Visoke šole za zdravstvo v Novem mestu (Pravilnik o izvedbi kliničnih vaj - prakse, 2009) so pravice študentov naslednje:

- pravica do ustrezno usposobljenega strokovnega sodelavca,
- pravica do strokovne prakse, ki ustreza učnemu načrtu,
- pravica do aktivnega sodelovanja v negovalnem timu,
- pravica do 30-minutnega odmora za malico,
- pravica do spoštovanja študentove osebnosti in dostojanstva,

- pravica do varnega delovnega okolja,
- pravica do ustreznih zaščitnih sredstev.

Po drugi strani pa morajo študenti poznati in upoštevati naslednje dolžnosti (Pravilnik o izvedbi kliničnih vaj - prakse, 2009):

- dolžnost do rednega, vestnega in odgovornega opravljanja zaupanih nalog,
- dolžnost do upoštevanja navodil strokovnega sodelavca v učni bazi,
- dolžnost do upoštevanja predpisov o varstvu pri delu,
- dolžnost so uporabe predpisanih zaščitnih sredstev,
- dolžnost do upoštevanja Kodeksa etike medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije,
- dolžnost do vodenja predpisane dokumentacije o poteku klinične prakse,
- dolžnost do opravljanja klinične prakse v dogovorjenem terminu,
- dolžnost do prihoda na delovno mesto ob točno določeni uri,
- dolžnost do izpolnitve delovnega časa, ki je dogovorjen z mentorjem in učno bazo,
- dolžnost do izvajanja zdravstvene nege po sprejetih in veljavnih strokovnih navodilih,
- dolžnost do prijave vseh neželenih dogodkov strokovnemu sodelavcu in učni bazi,
- dolžnost do zagotovitve ustrezne pomoči v situacijah, ki jim niso dorasli,
- dolžnost do ekonomičnega ravnanja in vzdrževanja delovnih pripomočkov,
- dolžnost do prijave okvar delovnih pripomočkov strokovnemu sodelavcu,
- dolžnost do opravljanja dnevne klinične prakse, dokler dela s pacientom ne prevzamejo zaposleni v učni bazi, dokler ne zaključijo začetega dela in dokler ne dobijo dovoljenja strokovnega sodelavca,
- dolžnost do spoštovanja človekovih pravic in načel Kodeksa etike medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije ter Zakona o bolnikovih pravicah in dolžnostih,
- dolžnost do sporočitve strokovnim sodelavcem v učni bazi vsake morebitne opravičene odsotnosti s klinične prakse v roku enega dneva,
- dolžnost do upoštevanja hišnega reda, ki velja v učni bazi.

Odgovornost študenta na klinični praksi se odraža v njegovem poznavanju in upoštevanju dolžnosti. Bolj se zaveda svojih obveznosti, bolj se tudi zaveda pomena odgovornega vedenja.

Študenti in odgovornost

Splošno znano dejstvo je, da se naše človeško znanje iz dneva v dan nenehno povečuje. Učni zavodi bi zato morali svojim študentom nuditi možnost za razvoj kritičnega mišljenja kot sestavni del intelektualne zrelosti. Vedno večja zahtevnost znanja potrebuje tudi vedno večjo usposobljenost logično-strokovnega razmišljanja, zato je kritično mišljenje zelo pomembno za

pripadnike zdravstvene stroke (Pahor, 2006). Novejše aparature, obloge in negovalni procesi lahko povzročijo, da lahko ne le študenti, ampak tudi zaposleno negovalno osebje podvomi v svoje znanje, zaradi česar začne postopoma omejevati lastno odgovornost v zdravstvenem poklicu in se vedno bolj sklicevati na kompetence, ki so jim ali jim niso dodeljene.

Študentje pogosto razmišljajo, da se bodo z višanjem lastne izobraževalne stopnje vedno bolj odmikali od izvajanj osnovne zdravstvene nege pri pacientu, kot je npr. anogenitalna in/ali ustna nega, in da se bodo samoopredeljevali samo z »elitnimi« negovalnimi posegi, kot je npr. odvzem krvi ali nastavljanje intravenozne poti. Po navodilih poklicnih aktivnosti in kompetenc v zdravstveni in babiški negi (2008, st. 39-90) se lahko definira dejstvo, da se z višjo stopnjo izobrazbe pridobi tudi višjo stopnjo kompetenc in s tem posledično večjo odgovornost. Medicinska sestra se izobražuje za delo s pacienti in ne zaradi pacientov. V tem oziru bi morale šolske ustanove lastne študente stalno seznanjati in osveževati informacije glede kompetenc, ki so jih slednji že pridobili in jih sedaj ne zamenjujejo, ampak nadgrajujejo.

Študenti se za študij zdravstvene nege odločijo iz različnih razlogov, katere bi lahko razdelili med skrbjo (»Rad bi pomagal bolnim in onemoglim.«), osebno rastjo (»S pomočjo drugim bom tudi jaz postal/a boljša oseba.«), usmerjenostjo k boleznimi (»Ljudi bi rad zdravil.«), profesionalizmom (»Z zdravstveno službo bom postal/a pomembna oseba.«) in varno službo (»Zdravstvo je ena izmed najbolj stabilnih služb.«) (Pahor, 2006). Toda poraja se vprašanje, kaj se študentje sploh učijo. Skrb za druge ljudi navsezadnje ne predstavlja lahke naloge, zato se mnogi študenti srečujejo s problemom vzpostavljanja lastne samozavesti v zdravstveni praksi. Le-to še izdatno intenzivirajo odstopanja med teoretičnim znanjem in praktičnim delom, ko študenti, ki so pravkar prispeli na klinično prakso, ugotovijo, da jim pridobljeno znanje v šolski ustanovi pomanjkljivo pripomore k učinkovitemu izvajanju praktičnega dela. Od tega trenutka dalje je samo še vprašanje časa, kdaj in v kolikšni meri se bodo študenti začeli izogibati odgovornosti (Kelly, 1992; povzeto po: Pahor, 2006). Po drugi strani pa se primanjkovanje samozavesti odraža kot posledica neizkušenosti študentov glede praktičnih izkušenj, kar se s vedno večjo kapaciteto klinične prakse izboljšuje, zaradi česar študentje tekom teoretičnega in praktičnega študija pridobivajo in krepijo lastni kritični um. Lahko bi rekli, da študenti izoblikujejo svoj um in mišljenje od laičnega k profesionalnemu pojmovanju zdravstvene nege (Pahor, 2006). V povezavi z lastnimi mislimi in mnenji ter strokovnimi smernicami sodobnega zdravstva nastajajo novejši, sodobnejši in radikalnejši pristopi, kateri lahko ob primernem vodenju, usmerjanju in motiviranju prispevajo k celokupni izboljšavi zdravstvene nege.

Jasno dejstvo je, da se šolski in zdravstveni zavod med seboj razlikujeta v tolikšni meri, da so študenti nenehno izpostavljeni različnemu znanju z obeh strani. V tem pogledu delujejo kot mediatorji in posredovalci povratnih informacij z nasprotnih strani. Toda študenti niso poslani kot mediatorji, ampak se udeležujejo klinične prakse z namenom pridobivanja praktičnih izkušenj, katere bi s svojim mišljenjem povezali s teoretičnimi izhodišči ter si tako ustvarili lastne delovne vrednote, norme in odgovornosti. Zakaj se potem vsi trije stebri dobrega zdravstva držijo tako samostojno? Navsezadnje je samozavest študenta ter s tem posledično vrednote in odgovornosti pogojena razumevanju in čimbolj učinkovitemu povezovanju

med stebrom teorije (šolska ustanova) in stebrom prakse (zdravstvena ustanova). V primeru kontinuiranega razhajanja med slednjima dvema se lahko v mišljenju študenta razvijejo še večji dvomi, razpوتا in pomanjkanja odgovorne zavesti. V nasprotnem, bolj ugodnem primeru, pa bi s povezavo dveh različnih stebrov na določenih točkah pozitivno vplivali na tretji steber (študenti oz. praktikanti) in na njegovo splošno strukturo, ki jo lahko redefiniramo kot boljša samozavest, večji poudarek na vrednotah, zainteresiranost za pridobitev dodatne odgovornosti ter potrebno motivacijo za nadaljnje izobraževanje.

Zaključek

Odgovornost, ki jo goji vsak posamezen študent, je hkrati zelo močna in zelo krhka osebna lastnost. Krepi jo močna samozavest, predanost lastnemu poklicu, zunanja motivacija in jasno določene vrednote. Ob vsaki najmanjši pohvali je lahko študent vedno bolj predan lastni odgovornosti, a ga lahko prav tako tudi vsaka najmanjša graja uniči. Medicinske sestre imajo pri svojem delu obširna znanja s področja zdravstvene nege, ki ga v teoretični obliki študent pridobi tekom študija, zaživi pa šele po prenosu v prakso v kliničnem okolju ob pomoči izvrstnih kliničnih mentorjev. In to je šele začetek dobre prakse in odgovornosti študentov zdravstvene nege.

Literatura

1. Berkopec M. 2. dnevi Marije Tomšič. Vrednote v zdravstveni negi. Novo mesto, 21. in 22. januar 2010. Novo mesto: Splošna bolnišnica Novo mesto, Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Novo mesto, Visoka šola za zdravstvo Novo mesto; 2010.
2. Blažič M, Ivanuš Grmek M, Kramar M, Strmčnik F. Didaktika. Novo mesto: Visokošolsko središče, Inštitut za raziskovalno in razvojno delo; 2003.
3. Pahor M. Medicinske sestre in univerza. Domžale: Izolit; 2006.
4. Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2008.
5. Pravilnik o izvedbi kliničnih vaj - prakse. Novo mesto: Visokošolsko središče Novo mesto: Visoka šola za zdravstvo Novo mesto; 2009.
6. Verčko Pernat S. Zdravstvena nega 1: učbenik za 1. letnik. Maribor: Obzorja; 2003.

VLOGA BABICE PRI IZVAJANJU BABIŠKE NEGE, NJENA PRISTOJNOST IN ODGOVORNOST

Jelka Cimermančič¹⁴

Povzetek

V zadnjem stoletju je razvoj celotnega sistema zdravstvenega varstva ljudi sprožil številne spremembe ne samo v vlogi medicinske sestre in zdravstvenega tehnika, temveč tudi v vlogi babice. Zaradi hitrega razvoja znanosti na zdravstvenem področju se je pojavila potreba po dvigu strokovne izobrazbe tudi na področju poklica babice. Posledica tega procesa je širjenje pristojnosti in odgovornosti nosilk tega poklica.

Dejavnost babiške nege ima v sedanjem zdravstvenem sistemu pomembno vlogo. Babice kot strokovnjakinje na področju babištva in babiške nege avtonomno prevzemajo naloge in odgovornost na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva ter na področju šolstva. So samostojne strokovnjakinje v babiškem in negovalnem timu ter članice zdravstvenega tima, v katerem z drugimi strokovnjaki sodelujejo v zdravstveni obravnavi žensk in otrok. Podpirajo, negujejo in svetujejo ženski med nosečnostjo, porodom in poporodnem obdobju ter izvajajo babiško nego novorojenčka in dojenčka. Imajo pomembno vlogo pri zdravstveni vzgoji ženske, družine in širše družbene skupnosti. Delovanje babice vključuje prenatalno vzgojo, pripravo na odgovorno starševstvo, posega pa tudi na področje zdravja žensk, spolnosti ali reproduktivnega zdravja.

Babice izvajajo svoje delo kot samostojne in avtonomne osebe z upoštevanjem veljavnih strokovnih načel, smernic in standardov. Tako zagotavljajo najvišjo možno raven varnosti in kakovosti v babištvu. Zavezuje jih Kodeks etike za babice.

Ključne besede: babica, babiška nega, odgovornost

KDO JE BABICA

Definicija

Babica je oseba, ki je uspešno zaključila javno priznani študijski program babištva, ki temelji na ICM (Mednarodna zveza babic) osnovnih kompetencah za babiško prakso in ICM

¹⁴ Jelka Cimermančič, dipl. babica, Splošna bolnišnica Novo mesto
jelka.cimermancic@sb-nm.si

standardih za izobraževanje babic, je vpisana v register zdravstvenih delavcev, je pridobila licenco za opravljanje babiške dejavnosti, uporablja strokovni naziv babica in dokazuje usposobljenost za izvajanje babiške prakse.

Babica je prepoznana kot odgovorna in zanesljiva strokovnjakinja, ki dela v partnerstvu z žensko, jo podpira, neguje in svetuje med nosečnostjo, porodom in v poporodnem obdobju. Spremlja žensko med porodom, pri čemer se zaveda lastne odgovornosti, izvaja pa tudi babiško nego novorojenčka in dojenčka. Ta skrb vključuje preventivne ukrepe, promocijo normalnega poroda, prepoznavanje zapletov pri materi in otroku, dostop do zdravstvene oskrbe ali druge ustrezne pomoči ter izvedbo nujnih ukrepov.

Babica ima pomembno vlogo pri zdravstveni vzgoji in izobraževanju ženske, družine in širše družbene skupnosti. Njeno delovanje vključuje prenatalno vzgojo, pripravo na odgovorno starševstvo, posega pa tudi na področje zdravja žensk, spolnega ali reproduktivnega zdravja ter zdravja otrok.

Babica lahko deluje na domu, v skupnosti, bolnišnicah, na kliniki ali v zdravstvenih domovih - definicija poklica babice, ki jo je sprejela Mednarodna zveza babic (ICM). (Durban, Južnoafriška republika; junij 2011).

Osebnostna in strokovna podoba babice

Nosečnost oz. rojstvo otroka je čustven, spoštovanje vzbujajoč dogodek v življenju človeka. Prav zato ni presenetljivo, da sega delovanje babic globoko v zgodovino človeštva.

Že v procesu izobraževanja babic se poudarjajo komunikacija, kritično analitično razmišljanje, izkustveno doživljanje, sposobnost reševanja problemov, kar vodi k raziskovanju in nadaljnjemu strokovnemu in osebnostnemu razvoju. Skrb babice za osebnostno rast in strokovni razvoj se odražata v njeni pozitivni osebnosti in strokovni (poklicni) podobi oz. v odnosu do same sebe, žensk, njihovih partnerjev, otrok in družine.

Vidiki pozitivne osebnostne in strokovne podobe babice

1. Razvite lastnosti, kot so zaupanje (v samo sebe in v ljudi, s katerimi dela), sposobnost dajati samo sebe in sprejemati druge, spoštovanje, sposobnost dogovarjanja, odprtost, sprejemanje drugačnosti, pripravljenost na kompromise.
2. Nudenje pomoči ženski, otroku, družini in pri tem uporabljati kombinacijo strokovnega babiškega znanja in lastnosti lastne osebnosti.
3. Sposobnost za opazovanje obnašanja žensk in hkratna sposobnost uporabe tistih pozitivnih osebnostnih in strokovnih lastnosti, ki najlažje in uspešno pripeljejo do želenega cilja.
4. Zanesljivost, avtonomnost, kreativnost in aktivno prizadevanje za razvoj in napredek babištva.
5. Čustvena opora in humana obravnava žensk, partnerjev in otrok.
6. Razsodnost in etična strpnost.

7. Odločnost v določenih situacijah, katere namen je doseganje optimalnega izida.
8. Moralna odgovornost.
9. Stremljenje k odličnosti, ker se zaveda, da njeno delovanje vpliva na ugled stroke.

Uspešno in učinkovito opravljanje svojega dela, kar opredeljuje naziv specialistka babiške stroke. Ta zahteva od babice sposobnost ustreznega odločanja, intuicijo, zanesljivo psihomotorno spretnost in specializacijo na posameznih področjih babištva. Prav takšna babica se kasneje odlikuje s sposobnostjo povezovanja znanja in izkušenj, zato lahko deluje preudarno brez naglih in nepremišljenih odločitev.

Vrednota babice

V veliki meri je to znanje, ki je temelj za doseganje ciljev in strokovnega napredka. Babica si prizadeva prenašati svoje znanje in izkušnje na člane babiškega in negovalnega tima ter druge, ki vstopajo v proces izobraževanja. Podlaga za delo predstavlja dosežena stopnja izobrazbe in vseživljenjsko učenje.

BABICA- NOSILKA BABIŠKE NEGE in NJENA TEMELJNA VLOGA V BABIŠKI DEJAVNOSTI

Babica je strokovnjakinja na področju babištva in babiške nege, ki avtonomno prevzema naloge in odgovornost na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva ter področju šolstva. Je samostojna članica v babiškem in negovalnem timu ter zdravstvenem timu, v katerem z drugimi strokovnjaki sodeluje v zdravstveni obravnavi žensk in otrok.

Ima pomembno vlogo pri zdravstveni vzgoji ženske, družine in širše družbene skupnosti. Njeno delovanje vključuje prenatalno vzgojo, pripravo na odgovorno starševstvo, posega pa tudi na področje zdravega žensk, spolnosti ali reproduktivnega zdravlja ter zdravlja otrok.

Podpira, neguje in svetuje ženski med nosečnostjo, porodom in v poporodnem obdobju ter izvaja babiško nego novorojenčka in dojenčka. Ta skrb vključuje preventivne ukrepe, promocijo naravnega poroda, prepoznavanje zapletov pri materi in otroku, dostop do zdravstvenega varstva ali druge ustrezne pomoči ter izvajanje prve pomoči (ICM, 2005).

PODROČJA DELOVANJA BABICE

1. PRIMARNA RAVEN ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Vloga babice v prednosečnostnem obdobju in pri načrtovanju družine

Prednosečnostno in predporodno zdravstveno varstvo je del varovanja reproduktivnega zdravlja in obsega vse postopke, ki jih opravljamo pred nosečnostjo in med njo s ciljem, da se bo zdravi materi rodil zdrav otrok. Usmerjeno je v babiško zdravstveno vzgojo, ki temelji na

promociji zdravega spolnega življenja, zdravega družinskega življenja, načrtovanja družine in promociji odgovornega starševstva.

Babica deluje v ginekoloških dispanzerjih.

Vloga babice v obdobju nosečnosti

Babica izvaja visokokakovostno skrb za nosečnice, da doseže njeno optimalno zdravje med nosečnostjo. Ima znanje in kompetence, da lahko svetuje nosečnici in družini.

Babica deluje v:

- šoli za starše (svetovanje v nosečnosti in priprava na porod),
- ginekoloških dispanzerjih (pet pregledov v nosečnosti, ki jih lahko opravi babica, svetovanja),
- patronažni službi (en obisk na domu v času nosečnosti).

Vloga babice v poporodnem obdobju po odpustu iz porodnišnice

Babica deluje preventivno vzgojno in izvaja babiško nego.

Deluje v:

- patronažni službi (babiška nega otročnice in novorojenčka oz. dojenčka na domu, svetovanje);
- ginekoloških dispanzerjih (opravljanje določenih meritev, odgovarjanje na vprašanja o porodu in poporodnem obdobju, svetovanje, v prihodnosti jemanje brisov materničnega vratu);
- šoli za starše po porodu (v Sloveniji je ta program še v nastajanju; namenjen je otročnici in partnerju kot pomoč pri pripravi na poporodno obdobje ter nego in prehrano novorojenca).

2. SEKUNDARNA in TERCIARNA RAVEN ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Vloga babice pri porodu

Babica izvaja visokokakovostno in kulturno sprejemljivo obporodno skrb ter varen in strokoven porod. Vsi njeni ukrepi so usmerjeni v zagotavljanje optimalnega zdravja ženske in otroka.

Deluje v porodni sobi, kjer:

- opravi oz. se seznanj s celotno anamnezo in oceni vitalne znake pred porodom;
- z ustreznimi postopki varno vodi prvo porodno dobo in hkrati porodnici nudi psihično oporo in ugodje; sodeluje s spremljevalci v porodni sobi in jih vodi skozi proces poroda;
- v sodelovanju z zdravnikom pravilno in utemeljeno aplicira vsa aktualna zdravila;
- vodi porod, porodnici daje navodila in jo pri tem vzpodbuja;
- ustrezno ravna ob zapletih;
- oskrbi novorojenčka.

Ob tem tesno sodeluje z drugimi člani zdravstvenega tima (babica, porodničar, pediater, anesteziolog...).

Vloga babice po porodu

Babica deluje v porodni sobi, kjer še tri ure neguje in intenzivno nadzira stanje matere (krvavitev, vitalni znaki...) in otroka (vitalni znaki, dojenje...). Ob zapletih je njen odziv hiter in odločen.

Področja delovanja babice so lahko tudi oddelek za porodnice in novorojence, oddelek intenzivne nege za porodnice in novorojence, oddelek za ginekologijo.

KODEKS ETIKE ZA BABICE

Sekcija MS in babic je članica Mednarodne zveze babic (ICM) od leta 1990. Ker v tem času Kodeks etike za babice v Sloveniji še ni bil oblikovan, se je izvršni odbor Sekcije MS in babic odločil, da se bo do izida slovenskega kodeksa uporabljal prevedeni Mednarodni kodeks etike za babice, ki ga je izdal ICM. Prevod je bil sprejet l. 2005. Kodeks etike za babice Slovenije smo slovenske babice dobile na mednarodni dan babic, 5. maja leta 2011. Ta nas pri svojem delu zavezuje v sedmih načelih:

1. Babica pri svojem delu spoštuje in zagovarja temeljne človekove pravice, pravice matere, otroka in družine.
2. Babica spoštuje pravico ženske do izbire in odločanja.
3. Babica spoštuje zasebnost in dostojanstvo ženske, otroka in družine. Pri tem jo zavezuje poklicna molčečnost.
4. Babica je v okviru svojih poklicnih pristojnosti samostojna. Dolžna je izvajati kakovostno in varno babiško nego, utemeljeno na stroki ter je zanjo moralno, etično, strokovno in pravno odgovorna.
5. Babica deluje zdravstvenovzgojno in promovira zdravje.
6. Babica se zaveda medsebojne odvisnosti na strokovnem področju in sodeluje z drugimi strokovnjaki.
7. Babica si prizadeva za vseživljenjsko učenje, za širitev znanja in za raziskovalno delo.

Literatura

1. Definicija babice. Durban, Južnoafriška republika; 2011.
2. Kodeks etike za babice. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester babic Slovenije; 2011.

3. Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2008.
4. Predlog strategije razvoja zdravstvene nege in oskrbe zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije; 2011.

ODGOVORNOST DELAVCEV V ZDRAVSTVENI ADMINISTRACIJI IN MEDICINSKIH SESTER PRI PRAVILNEM KOMUNICIRANJU S PACIENTI

LIABILITY IN COMMUNICATION BETWEEN PATIENTS, HEALTHCARE ADMINISTRATIVE ASSISTANTS AND NURSES

Matej Žlak, Primož Žlak, Mojca Saje¹⁵

Povzetek

Teoretična izhodišča: stil komuniciranja je odvisen od naše samopodobe, ki se oblikuje v odvisnosti od okolja, družbe, kulture. Sogovornika moramo sprejeti takšnega, kot je, hkrati pa se moramo zavedati pomembnosti pozitivne samopodobe. Pri komuniciranju se odzovemo na način, ki se v nas oblikuje od otroštva, prek dobe odraščanja in poklicne usmeritve. Naš odziv je lahko agresiven, pasiven, manipulativen ali asertiven. Asertivno vedenje pripomore, da se pri komuniciranju mi in naš sogovornik počutimo bolje. Dopusčamo, da ima druga stran različna stališča, obenem pa smo odločni pri uresničevanju lastnih želja, ne da bi pri tem oškodovali drugega.

Namen prispevka: prikazati glavne značilnosti komuniciranja in ozavestiti, da se lahko z asertivnim vedenjem izognemo konfliktni situaciji. S teoretičnim raziskovanjem bomo ugotovili, kako se s pomočjo asertivnega vedenja izogniti konfliktnim situacijam s pacienti, predstavili prednosti asertivnosti skozi komunikacijski proces dela zdravstvenega administratorja in medicinskih sester, in sicer od podajanja informacij pacientom, preverjanja razumevanja, do razreševanja konfliktnih situacij. Zadali smo si cilj, da ugotovimo, katera oblika komuniciranja prevladuje ter preverimo, ali imajo stopnja izobrazbe, stres in delovne izkušnje vpliv na asertivno vedenje.

15 Matej Žlak, zdr. administrator, Splošna bolnišnica Novo mesto
Primož Žlak, študent, Visoka šola za zdravstvo Novo mesto
Mojca Saje, pred., Visoka šola za zdravstvo Novo mesto
zlak.matej@gmail.com; primoz@zlak.si; mojca.m.saje@gmail.com

Metode: metoda raziskave je temeljila na deskriptivni metodi empiričnega raziskovanja. Kot instrument smo uporabili anketni vprašalnik, na katerega so odgovarjali zdravstveni administratorji in medicinske sestre, zaposlene v Splošni bolnišnici Novo mesto. Vprašanja so bila zaprtega tipa.

Rezultati: raziskava je pokazala, da med zaposlenimi v zdravstveni administraciji (79 %) in zdravstveni negi (64 %) prevladuje asertivna oblika komuniciranja. Zastavljene hipoteze so pridobljene skozi analizo praktičnega dela. Zastavljene hipoteze so: *zaposleni z višjo stopnjo izobrazbe so pri komunikaciji bolj asertivni; zaposleni pod stresnimi delovnimi pogoji so manj spretni pri asertivnem komuniciranju; večletne delovne izkušnje zaposlenih ne prispevajo k asertivnosti.*

Razprava: dobljeni rezultati raziskave kažejo, da je večina zaposlenih v zdravstveni administraciji in zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Novo mesto asertivnih. Ta oblika komunikacije je s strani avtorjev zaželena, saj se zaposleni v zdravstvu srečujejo s pacienti, ki so središče pri bolnišnični obravnavi. Za boljše informiranje zaposlenih o komunikaciji s pacienti je potrebno izobraževanje, katerega smoter bi bilo ozaveščanje o pomenu asertivnosti pri delu.

Ključne besede: pasivnost, agresivnost, manipulativnost, asertivnost, zdravstvo

Abstract

Theoretical framework: Styles of communication depend on our self-image that is influenced by factors such as our environment, society, and culture. We have to accept interlocutors the way that they are and at the same time consider the importance of a positive self-image. While communicating, we respond in a way that we have developed since childhood and through our workplace experiences. Our response can be aggressive, passive, manipulative, or assertive. Assertive behaviour helps us and our interlocutor to feel better, we allow for the other party to have a different point of view while firmly carrying out our own wishes without causing harm to others.

Purpose: The purpose of article is to present the fact that assertive behaviour can be used to avoid conflict situations as well as be the type of behaviour expected from employees in healthcare. With the theoretical research of assertive behaviour we found out how to avoid conflicts situations with patients and talked about assertivity through the communication process of employees in healthcare. In this case we set the goals to figure out which form of communication prevails and check whether the education, experience and stress have impact on assertive behavior.

Methods: The method of study was based on the descriptive method of empirical research. As an instrument we used the questionnaire, which were divided employees in healthcare administrative assistants and nurses in Splošna bolnišnica Novo mesto.

Results: The survey results showed that majority of health care administrative assistants (79 %) and nurses (64 %) use assertive style of communication. The hypotheses are derived through the analysis of practical work. The set hypotheses are; *workers with higher education level are more assertive; employees under stressful working conditions are less assertive; working experiences of employees do not contribute to assertivity.*

Discussion: Results of research showed that the majority of employees in healthcare administrative assistants and nurses in Splošna bolnišnica Novo mesto are assertive in communication with patients. Assertivity as communication form is preferred by the authors as most desired, because the patients are centre for hospital treatment. To better inform employees about communication with patients should be educated; the goal of this would be awareness of the importance of assertivity at work.

Key words: passivity, aggression, passiv-agression, assertiveness, health care

Uvod

Delo z ljudmi pomeni poseben izziv, ki je nekaterim bolj, drugim manj prijeten. V bolnišnici sta zdravstveni administrator in medicinska sestra pogosto prvi osebi, ki stopita v kontakt s pacientom, potrebnim pomoči, zato je prav, da se znata ustrezno odzvati ter ohraniti takten in spoštljiv odnos. Število pacientov, njihovo zanimanje za zdravstvene postopke ter zavest o pravicah iz dneva v dan rastejo. S tem se večajo tudi možnosti nesporazumov, ključni vzrok pa je zagotovo neučinkovita komunikacija, ki pogosto vodi v nepotrebne izbruhe jeze, in to tako pacientov kot zaposlenih. Agresivno vedenje seveda ni pravi ključ do razumevanja. Potrebno je ubrati drugo pot, to je asertivnost. Pri asertivnosti gre za prepričljivo in vljudno odločnost, spoštovanje samega sebe in drugih. Asertivno komuniciramo, ko s sogovornikom jasno in neposredno izmenjujemo stališča. Delo v zdravstveni administraciji in zdravstveni negi od nas pogosto zahteva soočenje in komunikacijo s sogovorniki, ki jih ne poznamo. Zavedati se moramo, da je lahko prvi vtis ključen pri našem nadaljnjem pogovoru. Pri komuniciranju nikakor ne smemo pozabiti, da lahko sogovornik drugače zazna naše sporočilo. Zato moramo skrbno izbrati besede, pa tudi ustrezen način sporočanja. Da bomo pri tem še bolj pristni in verodostojni, pa besedno sporočilo podkrepimo še z nebesedno govorico.

Pomen samopodobe pri komuniciranju

Samopodoba je ključni dejavnik osebne sreče in zadovoljstva v medsebojnih odnosih. Pomeni zavedanje o lastnih dobrih lastnosti, vrlinah, spretnostih, znanjih in posebnostih. Če želimo ustvariti dober odnos, moramo najprej spoštovati samega sebe, šele tedaj lahko sprejmemo druge ljudi takšne, kot so in tako izpolnimo pogoj za komunikacijo, ki bo temeljila na spoštovanju sogovornikov (Petrovič Erlah, 2004).

Wendy (2004) opisuje, da je posebej v konfliktnih situacijah pri komunikaciji pomembno, da dobro poznamo sami sebe. Pogosto naša notranja nesoglasja vplivajo na naše vedenje in miselne procese. Po navadi se sploh ne zavedamo povodov, ki sprožijo ustaljeno reakcijo. Ne zavemo se, da imamo možnosti spremeniti svoj odziv.

OBLIKE KOMUNICIRANJA

Komuniciranje nam v večini primerov ne dela posebnih težav, ko smo v prijaznem okolju, kadar se počutimo udobno, sproščeno. Zatakne pa se, ko stvari postanejo kompleksnejše in moramo izraziti naše nestrinjanje, izreči kritiko, komu enostavno reči ne ali koga pohvaliti. Takrat se odzovemo na način, ki je v nas zakoreninjen že od otroštva, izoblikuje pa se skladno z okolico, družbo in kulturo, ki nas obkroža. Nekako prevladuje mnenje, da morajo biti dekleta ponižna, da ne ugovarjajo. Drugače pa se pričakuje od dečkov, ki jih vzgajajo, da si bodo lahko z agresivnostjo zagotovili svoje mesto v svetu. Zato je najustreznejša oblika našega odziva na stresne situacije asertivnost.

Asertivnost

»Asertivnost je osebnostno-vedenjska značilnost, ki jo lahko opredelimo kot komunikacijsko zmožnost zavedanja in uveljavljanja osebnih interesov ali kot učinkovito izmenjavo misli in občutkov na način, ki upošteva in dopušča mnenje in čustvovanje drugih.« (Prebil, 2009, str. 29)

Slovenski jezik besede asertivnost ne pozna, sama beseda, kot pravi Petrovič Erlah (2004), izhaja iz anglosaksonskega jezikovnega območja in ima tri korenine:

- »be assertive« (»biti asertiven«) pomeni imeti in izražati pozitivno zaupanje, gotovost in samozavest;
- »assertion«, ki se uporablja tudi kot »assertiveness«, pomeni vztrajanje pri določeni stvari, opisuje zmožnost postaviti se za svoje pravice in izraziti misli, občutke in prepričanja na neposreden, pošten in ustrezen način, ki ne krši pravic drugega;
- »assert«, ki pomeni zahtevati nekaj, uveljaviti se, zagovarjati.

Iz zgornje definicije asertivnosti lahko povzamemo, da biti asertiven pomeni varovati svoje pravice tako, da pri tem ne ogrožamo pravic drugih. Lahko bi rekli, da je življenjski scenarij asertivne osebe napisan na način »jaz sem O.K., ti si O.K.« V tem primeru zmagata obe strani (Rungapadiachy, 2003).

Agresivno komuniciranje

Pri agresivnosti gre za podzavestno napadalno vedenje, ki ga ukažejo naši možgani, takoj ko začutimo, da smo potisnjeni v kot in obstaja le možnost, da z vso močjo udarimo po »napadalcu«. Vsi ljudje se občasno zatekamo k agresivnosti, celo najbolj pasivni se znajo včasih obnašati agresivno. Nekateri pa so po naravi nasilni, nagnjeni k pretiravanju. Oviram se ne poskušajo izogniti, ampak gredo čez vse in poteptajo vse pred seboj. Agresivnost daje občutek, da smo težave rešili, čeprav je v resnici drugače. Oseba z agresivnim načinom komunikacije

odlično funkcionira s pasivno naravnanim sogovornikom. Ta kombinacija je na videz idealna, saj agresivnež dobi svojo potrditev, pasivnež pa se tako ali tako noče izpostavljati in tako vlada navidezen mir (Chalvin, 2004).

Pasivno komuniciranje

Pasivnost v komuniciranju izhaja iz refleksa, ki je zakoreninjen v naših možganih in se izraža kot beg, boj za preživetje. Vsak se kdaj pa kdaj vede pasivno, vendar se nekateri pogosteje zatekajo k pasivnosti kot drugi. Pasivno usmerjeni poznajo prednosti takega vedenja in pričakujejo, da bodo neprijetne situacije same od sebe minile. Po navadi jim ne uspe in izpadejo kot poraženci, a situacije, v katerih jim uspe, jim dajejo navdih in upanje, zato znova uporabijo strategijo pasivnega vedenja. Sogovornika, ki v komunikaciji deluje pasivno, poleg zunanjih znakov spoznamo tudi po uporabljenih izrazih. Zanj so značilne besede, ki povedo, da se je sprijaznil z usodo in ne namerava narediti ničesar, da bi prišlo do spremembe.

Manipulativno komuniciranje

Od agresivne in pasivne oblike komuniciranja se manipulativna loči po tem, da ne gre za podzavestno reakcijo, temveč za zavestno delovanje, ki ga taka oseba uporablja z namenom, da bi podprla svoje pasivno ali prikrla agresivno vedenje. Da bi svoje cilje dosegla po ovinkih, je potrebna izredna bistrournost in dobra organizacija misli. Položaj manipulativne osebe ni vedno v ospredju, čeprav je njegova vloga vodilna. Bolje se počuti v ozadju, ker na dvoumen način manipulira z ostalimi. Svojega mnenja ne deli z ostalimi, reakcije manipulatorja izvemo prek posrednika. Vedenje preračunljivega človeka primerjajo s kameleonom. Za doseg cilja z lahkoto hlini izraze jeze, strahu, prizadetosti. Zanj je značilno delovanje iz ozadja, saj najprej spozna mnenje sogovornika, šele nato razkrije svoje. Sogovornike s tišino pripravi, da povedo svoje mnenje in tako pridobi dragocene podatke (Chalvin, 2004).

KONFLIKT PRI KOMUNICIRANJU S PACIENTOM

Kot je že bilo navedeno, nam komunikacija v umirjenem, sproščenem okolju ne predstavlja posebnega napora. Drugače je, ko pride do spora v sporazumevanju. *»Konflikt je stanje, ko dva ali več sistemov znotraj istega sistema, oziroma teritorija ne funkcionirata optimalno zaradi (delne) neusklajenosti sistemov.«* (Iršič, 2004)

Do konflikta lahko pride, ko se interesi vpletenih oseb ne skladajo. Neusklajenost interesov sama po sebi še ne pomeni konflikta, dokler lahko osebi funkcionirata v sistemu. Na osnovi te nekompatibilnosti interesov se lahko razvije konfliktna interakcija, ki pomeni vsako interakcijo, ki je motena zaradi neusklajenosti (Iršič, 2004). Konfliktna situacija imajo nekaj skupnih značilnosti: za konflikt potrebujemo najmanj dve osebi, katerih cilja se medsebojno izključujeta; v konfliktnem odnosu je poudarek na oškodovanju, porazu nasprotnika ter na lastni zmagi; dejanja udeležencev spora so si nasprotujoča; vsaka stranka si želi prevesiti moči v lastno korist (Rungapadiachy, 2003). Prebil (2009) navaja, da pri nesoglasju v komunikaciji nastanejo mnenjske razlike na odnosni in vsebinski ravni. Če se s sogovornikom ne razumemo in nimamo ustreznega medsebojnega odnosa, obstaja velika možnost, da bo pri komunikaciji

prišlo do konflikta. Ta pa lahko temelji samo na jezikovni ravni, ko sogovornika nismo razumeli, oziroma na neverbalni, ko nismo zaznali znakov nebesedne komunikacije ali smo si jih napačno razlagali. Ljudje pogosto kot razlog za nesoglasje oziroma prepir navajajo konflikt. V resnici je pravi vzrok v neznanju reševanja konfliktov na konstruktiven način.

Konfliktne situacije so tudi koristne. Iršič (2004) meni, da nam pomagajo ozavestiti probleme v odnosu, ki jih je potrebno rešiti, spodbujajo spremembe, mobilizirajo energijo in povečujejo motivacijo za soočenje s problemi, vnašajo dinamiko v življenje, pripomorejo k ustrežnejši odločitvi ter znižujejo napetost. Konflikti vzpodbudijo osebnostno rast; uspešno rešeni dajejo samozavest in omogočijo večje zaupanje drug drugemu in samemu sebi.

Asertivnost kot metoda obvladovanja nesporazumov

Asertivno vedenje nam lahko, ko so na vidiku konflikti, občutno olajša doživljanje situacije in odzivanje nanjo. Če hočemo uspeti z asertivno komunikacijo, mora biti naše vedenje usklajeno s sporočilom, ki ga posredujemo – uskladiti je potrebno verbalno in neverbalno komunikacijo. Vzrok naših težav so pogosto ljudje okoli nas, zaradi katerih se včasih neprijetno počutimo. V takih situacijah nas drži, da bi jim v obraz povedali, kar jim gre. Tukaj asertivnost svetuje, naj na problem gledamo iz lastne strani, kot na naš lasten problem. Predlaga uporabo »jaz« stavkov in »ti« oziroma »vi«. Na ta način onemogočimo napad sogovornika, ki bi sicer imel občutek, da se spravljam o nanj z obtoževanjem. Hkrati na tak način, ko problem predstavimo kot naš lasten, skušamo s sogovornikom najti skupno ugodno rešitev, ne da bi ga pri tem pritisnili ob zid in ga postavili v obrambni položaj. S tehniko personalizacije problema postavimo krivca za konflikt v širše okolje. Sogovornika ne kritiziramo osebno, ampak izhajamo iz dejstva, da »njemu enaki« reagirajo na podoben način (Chalvin, 2004).

Tehnika DESC nam omogoča, da povemo, a z besedami ne prizadenemo. Temelji na štirih korakih (Chalvin, 2004):

D (describe) – opisati: natančno in objektivno opišemo dejstva in vedenje, ki so povzročili težave. Tak opis omogoča izhodiščno točko za reševanje konflikta.

E (express) – izraziti: govorimo o svojih čustvih, ki smo jih doživeli ob neprijetnih dogodkih, izrazimo svojo kritiko ali nestrinjanje s takšnim ravnanjem.

S (specify) – podrobno razložiti: pojasnimo, kakšno bi bilo pričakovano ravnanje sogovornika, da bi se neprijetnosti končale.

C (consequences) – posledice: opišemo pozitivne posledice, ki bodo nastale po spremembi ravnanja. Poudarimo pričakovane ugodnosti in predstavimo neprijetnosti, do katerih bo prišlo, če ne spremenimo ravnanja.

Izgovorjene besede nosijo s seboj čustven naboj, ki pri poslušalcih samodejno zbudijo predstave, nastale na podlagi posameznikovih doživetij, izkušenj in mnenj. S pravilno izbiro lahko pomembno vplivamo na razpoloženje sogovornika ali preusmerimo konflikt v fazo reševanja.

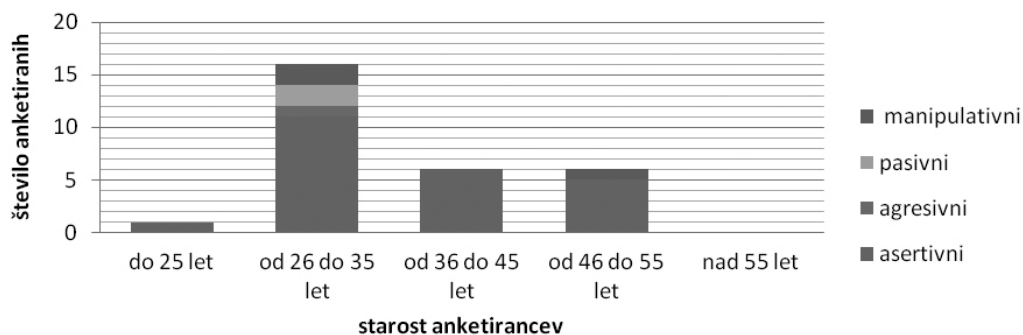
NAMEN RAZISKAVE

Glede na trend rasti števila pacientov se večajo možnosti, da pride ob zadovoljevanju njihovih potreb po zdravljenju do konfliktnih situacij. Delo v zdravstveni administraciji med ostalim zajema tudi sprejem pacientov, ki so namenjeni na specialistični pregled ali pa se na administratorja obrnejo zgolj po nasvet ali informacijo. Medicinske sestre, ki pomagajo pacientu do ozdravitve, imajo s komunikacijo vpliv na odnos s pacientom. Namen raziskave je bil ugotoviti, kakšna komunikacijska oblika prevladuje med zaposlenimi v administraciji in zaposlenimi v zdravstveni negi. Poleg tega so bile zastavljene tri hipoteze. Zastavljene hipoteze so: zaposleni z višjo stopnjo izobrazbe so pri komunikaciji bolj asertivni, večletne delovne izkušnje zaposlenih ne prispevajo k asertivnosti, zaposleni pod stresnimi delovnimi pogoji so manj spretni pri asertivnem komuniciranju.

Da bi si ustvaril številčno predstavbo in ugotovil deleže prevladujočih komunikacijskih stilov med zaposlenimi v zdravstveni administraciji in zaposlenimi v zdravstveni negi, smo kot metodo za raziskavo izbrali anketni vprašalnik, ki smo ga povzeli po avtorici Marie Joseph Chalvin. Sestavljen je iz zaprtih vprašanj, s katerimi so se zaposleni opredelili glede navedenih trditev. Anketni vprašalniki so bili razdeljeni med 63 zaposlenih v zdravstveni administraciji in med 30 zaposlenih medicinskih sester Splošne bolnišnice Novo mesto. Vrnjenih je bilo 49 anket.

REZULTATI – ZAPOSLENI V ZDRAVSTVENI ADMINISTRACIJI

Med anketiranimi so bili 4 moški in 25 žensk. Iz rezultatov je razvidno, da je pričakovana oblika komuniciranja, torej asertivna, prisotna pri 12 anketirancih, ki so stari do 35 let, in pri 11 anketirancih, katerih starost se giblje od 36 do 55 let.

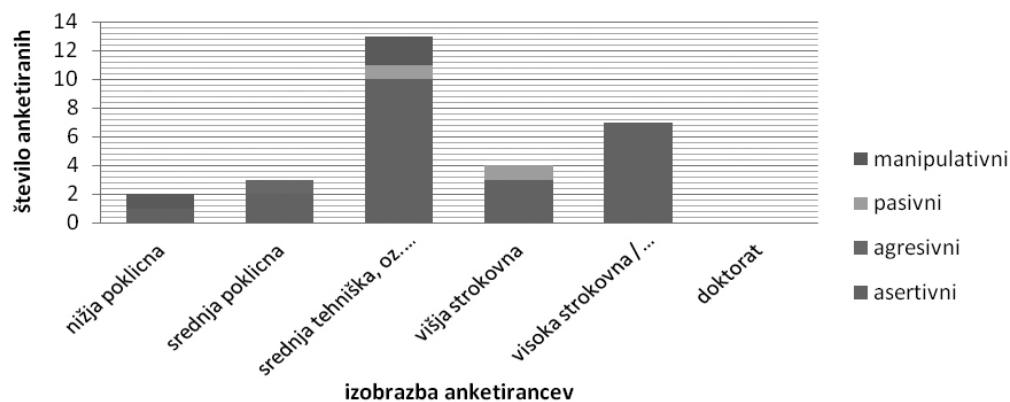


Graf 1: Komunikacijske oblike glede na starost anketirancev

Izobrazba anketirancev

Med izobraževalnimi procesi si nabiramo dragocene izkušnje na strokovnih področjih in v komunikaciji, saj moramo svoje znanje večkrat tudi predstaviti ostalim. Tako je možno pričakovati, da bodo bolj izobraženi anketiranci bolj spretni v komunikaciji od tistih z nižjimi stopnjami izobrazbe.

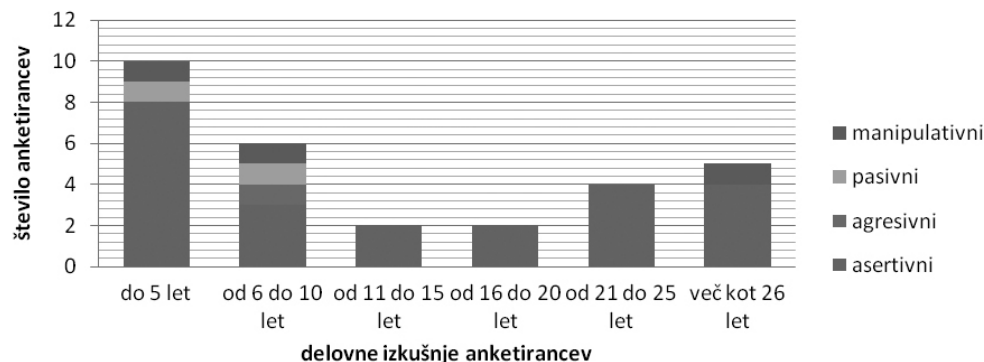
Iz rezultatov raziskave je razvidno, da bolj izobraženi niso nujno tudi asertivni (bolj uspešni) v komunikaciji. Več kot polovica (skoraj 57%) anketirancev, ki so pri komunikaciji asertivni, imajo srednjo tehniško ali nižjo izobrazbo.



Graf 2: Komunikacijske oblike glede na stopnjo izobrazbe

Delovne izkušnje

Na vedenjske lastnosti v veliki meri vplivajo družina z vzgojo ter okolje, nekaj vpliva pa ima tudi socialna vpetost posameznika. Naš odziv v komunikaciji je odvisen tudi od izkušenj, ki smo si jih poprej pridobili iz podobnih situacij, vendar pa menimo, da sta v prvi vrsti za asertivno vedenje odgovorni asertivna vzgoja in pozitivna samopodoba. Prevladovali so asertivni anketiranci, ki imajo za seboj od 5 do 15 let delovnih izkušenj (57% anketirancev).

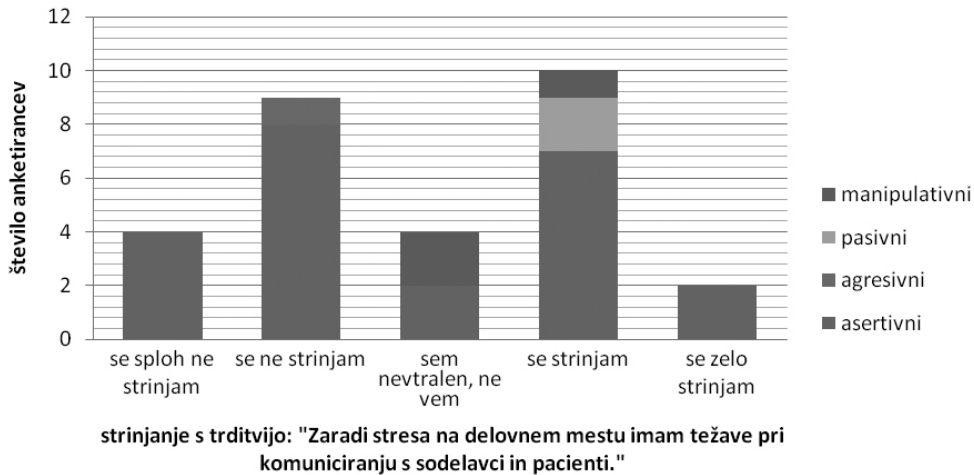


Graf 3: Komunikacijske oblike glede na delovne izkušnje

Stres na delovnem mestu in težave pri komuniciranju

Vpliva stresa na način komunikacije v teoretičnem delu nismo posebej raziskovali. Rungapadiachy (2003) piše, da je za optimalno delovanje potrebna določena mera vzburjenosti. Premalo le-te lahko povzroči neučinkovitost zaradi nezainteresiranosti, prevelika mera pa vodi v stres. V stresni situaciji lahko odreagiramo z begom, bojem, ohromelostjo ali, kot bi bilo najbolj optimalno, s prilagoditvijo, ki temelji na reševanju problema. Če ne reagiramo na pravi način, nam to zagotovo povzroča težave pri komunikaciji.

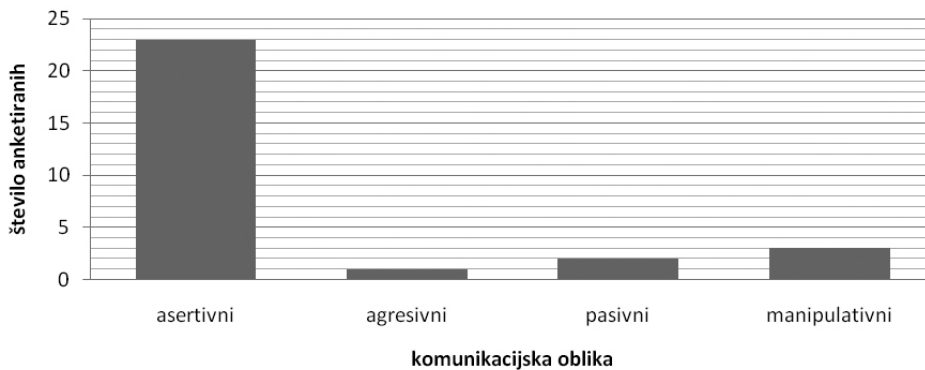
Rezultati raziskave kažejo, da večina anketirancev (52%, od tega 92% asertivnih) ne doživljajo težav pri komunikaciji zaradi stresa na delovnem mestu. Štirje anketiranci so bili neopredeljeni.



Graf 4: Vpliv stresa na obliko komuniciranja

Prevladujoča komunikacijska oblika

Na podlagi zbranih odgovorov iz anketnega vprašalnika, ki smo ga povzeli po avtorici Marie Joseph Chalvin, smo prišli do prijetnega spoznanja, da je pri zaposlenih v zdravstveni administraciji prevladujoča komunikacijska oblika asertivnost.

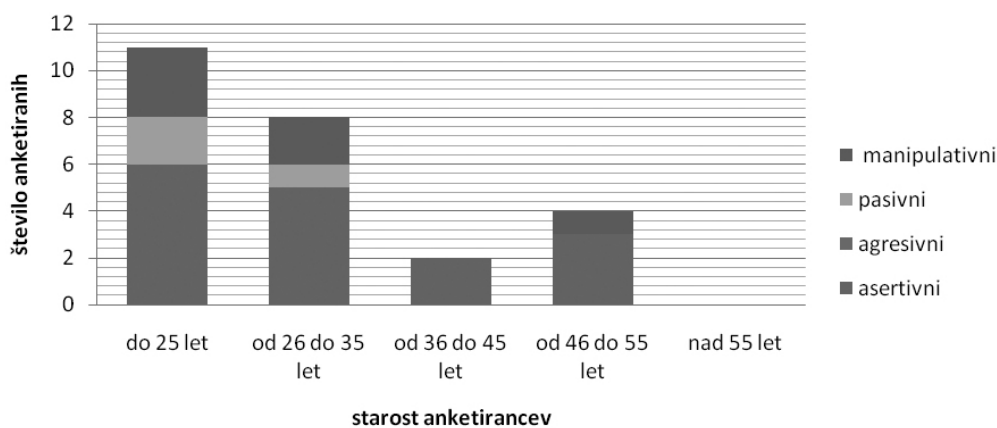


Graf 5: Komunikacijske oblike v zdravstveni administraciji

Tudi teoretiki navajajo, da se od zaposlenih v zdravstvu pričakuje asertivnost. Rungapadiachy (2003) predpostavlja, da pacienti ne poznajo vedno svojih pravic. Od zdravstvenih administratorjev je odvisno, ali bo pravicam pacientov po ustrezni oskrbi zadoščeno.

REZULTATI – ZAPOSLENI V ZDRAVSTVENI NEGI

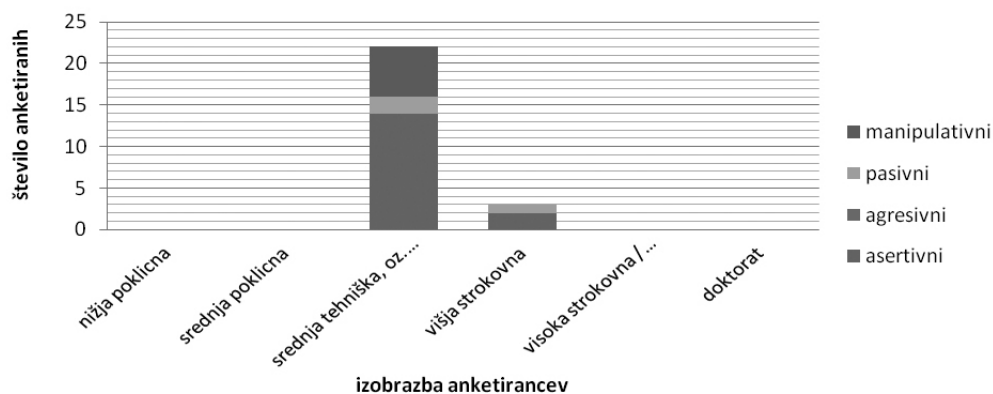
Med anketiranimi sta bila 2 moška in 23 žensk. Asertivnost kot pričakovana oblika komuniciranja je pri medicinskih sestrah prisotna pri 6 anketirankah, ki so stare do 25 let. Kot je iz rezultatov razvidno, asertivnost prevladuje pri mlajši populaciji zaposlenih, saj je ta prisotna še pri skupini zaposlenih, ki je stara od 25 do 35 let.



Graf 6: Komunikacijske oblike glede na starost anketirancev

Izobrazba anketirancev

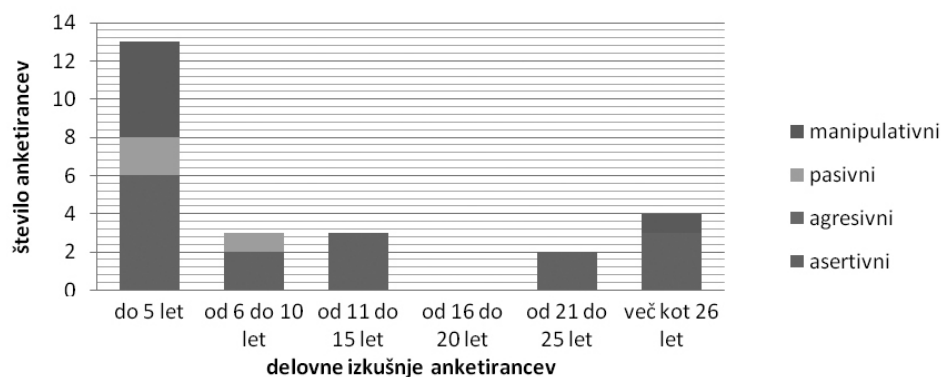
Medicinske sestre že v času šolanja spoznavajo metode komuniciranja, ki jim pomagajo pri pravilni in učinkoviti komunikaciji s pacienti. Pri tem je pričakovati, da bodo zaposleni z višjo stopnjo izobrazbe bolj asertivni kot zaposleni, ki imajo nižjo stopnjo izobrazbe. Višja izobrazba in s tem več izkušenj iz izobraževalnih procesov dajeta rezultate boljše komunikacije, v tem primeru asertivnost, kot obliko pravilne komunikacije. Iz rezultatov je razvidno, da prevladuje asertivnost pri medicinskih sestrah (56%), ki imajo srednjo tehniško izobrazbo.



Graf 7: Komunikacijske oblike glede na stopnjo izobrazbe

Delovne izkušnje

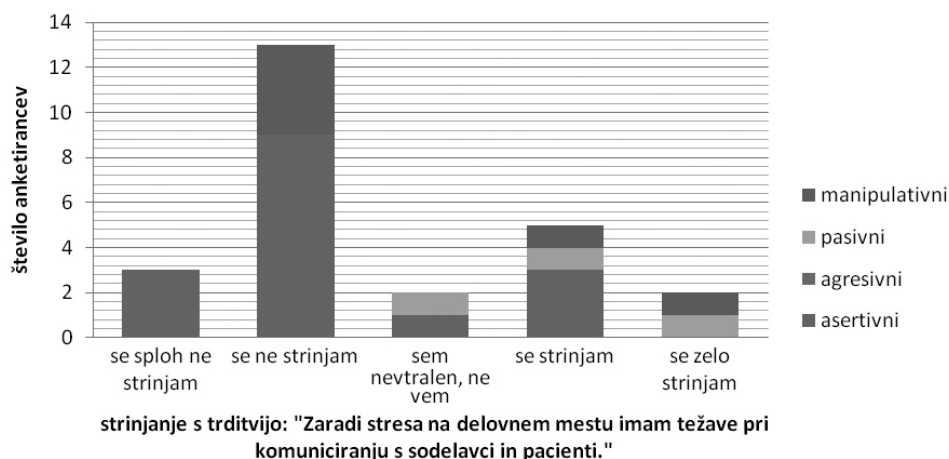
Večji delež anketirancev je starih do 25 let, zato je bilo pričakovati, da bodo delovne izkušnje vplivale na asertivno komuniciranje pri deležu mlajših medicinskih sester. Iz rezultatov je razvidno, da ima delež medicinskih sester z asertivnim vedenjem manj delovnih izkušenj (do 5 let). V tem obdobju prevladuje tudi delež zaposlenih, pri katerih prevladuje manipulativno vedenje. Iz tega izhajamo, da manj delovnih izkušenj skozi leta zaposlitve vpliva na asertivno vedenje medicinskih sester, saj si skozi daljše obdobje komunikacijskih izkušenj izoblikujejo asertivno vedenje kot prevladujoče med zaposlenimi v zdravstveni negi.



Graf 8: Komunikacijske oblike glede na delovne izkušnje

Stres na delovnem mestu

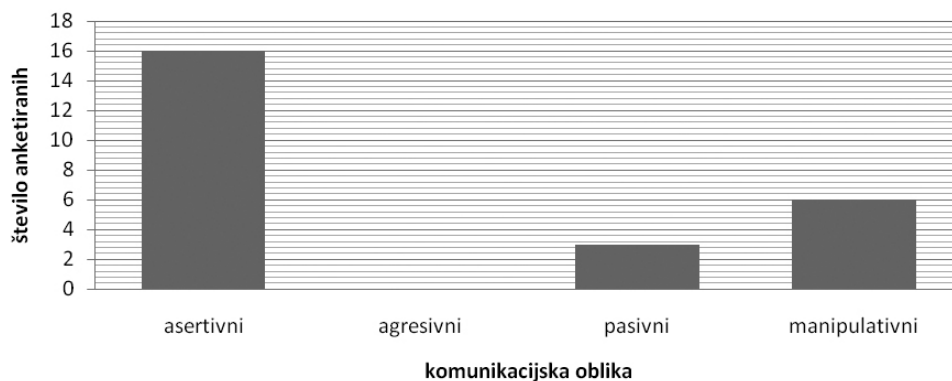
Stres, ki ga doživljajo medicinske sestre, v večji meri povzroča nepremišljenost pri komuniciranju s pacienti. V stresni situaciji odreagirajo z begom, bojem ali s prilagoditvijo, ki temelji na premišljenem reševanju konfliktov in nestrinjanj v odnosu medicinske sestre s pacienti. Rezultati kažejo, da zaposleni, pri katerih prevladuje asertivno vedenje, nimajo težav pri komuniciranju s sodelavci in pacienti (75%).



Graf 9: Vpliv stresa na obliko komuniciranja

Prevladujoča komunikacijska oblika

Na podlagi anketnega vprašalnika, sestavljenega po avtorici Marie Joseph Chalvin, smo prišli do spoznanja, da je večina (64%) medicinskih sester pri komunikaciji asertivnih. Rezultati tako sovpadajo s trditvami teoretikov, da je asertivno vedenje pričakovana oblika komunikacije medicinske sestre s pacienti.



Graf 10: Komunikacijske oblike zaposlenih v zdravstveni negi

Razprava

Predvidevali smo, da bodo anketiranci z višjo stopnjo izobrazbe bolj asertivni, saj med izobraževanjem večkrat pride do komunikacijskih izzivov, ki jih morajo obvladati. V mislih imamo nastope pred množico, zagovore znanja ipd. Tako bi lahko imeli več prakse in bi se pravilneje odzivali v komunikaciji. Raziskava kaže, da asertivno vedenje

ni povezano s stopnjo izobrazbe ne pri zdravstvenih administratorjih ne pri medicinskih sestrah. Medicinske sestre, ki so na podlagi raziskave asertivne, imajo srednjo tehniško izobrazbo.

Na naš odziv v komunikaciji vpliva mnogo dejavnikov. Ko smo aktivni na lastnem poklicnem področju, so tudi delovne izkušnje eden izmed dejavnikov, ki bi lahko imele vpliv. Pa vendar iz literature izhaja, da vseeno prevladuje vpliv vzgoje, samopodobe in družbe. Tako smo oblikovali hipotezo, da večletne delovne izkušnje ne prispevajo k asertivnosti. Hipoteza se je izkazala za pravilno, saj je raziskava pri administrativnih delavcih pokazala, da prevladujejo asertivni anketiranci, ki imajo do 15 let delovnih izkušenj. Raziskava med medicinskimi sestrami je pokazala skorajda enake rezultate; asertivnost prevladuje pri medicinskih sestrah, ki imajo do 5 let delovnih izkušenj. S tem so manj izkušene medicinske sestre bolj asertivne pri komunikaciji s pacienti.

Zaradi visokih pričakovanj pacientov in sodelavcev pride pri delu v zdravstvu mnogokrat do napetosti, obilica delovnih obveznosti pa lahko kaj kmalu povzroči stresno doživljanje situacije. Na osnovi tega smo postavili hipotezo, da so zaposleni pod stresnimi delovnimi pogoji manj spretni pri asertivnem komuniciranju. Na podlagi rezultatov raziskave smo hipotezo ovrgli, saj večina anketirancev iz zdravstvene administracije nima težav zaradi stresa na delovnem mestu. Tudi asertivno opredeljene medicinske sestre nimajo večjih težav pri komuniciranju pod stresnimi pogoji. Tako smo dobili potrditev, da so asertivni zdravstveni delavci odprte osebe, ki so sposobne dojeti želje in namen sogovornika ter mu posredovati svoj pogled na zadevo ter ne glede na stresne situacije večinoma reagirajo pravilno.

Temelj odgovorne komunikacije s pacienti je uporaba pravilne komunikacije. To, da je asertivnost prevladujoča oblika komuniciranja med zdravstvenimi delavci, tako administratorji kot medicinskimi sestrami, je bil pričakovan rezultat raziskave (Rungapadiachy, 2003). Z asertivnim vedenjem lahko pacientu ponudimo optimalno storitev. Zavedati se moramo, da so med zaposlenimi prisotne tudi druge oblike vedenja, ki niso najbolj primerne za delo z ljudmi. V primeru pojava težav v komunikaciji in konfliktih s pacienti ali sodelavci bi bilo dobro, da bi se o načinu reagiranja medsebojno pogovorili in opozorili na situacije, kjer bi se lahko odzvali drugače. Tako bo naše delovanje še bolj uspešno, pacienti pa bodo z našimi storitvami še bolj zadovoljni.

Čeprav je večina zaposlenih v zdravstveni administraciji in zdravstveni negi asertivnih, bi bilo dobro, da bi v zdravstvenih organizacijah občasno organizirali izobraževanja na temo komunikacije in asertivnosti, saj bi zaposleni na tak način izpopolnili svoja znanja na tem področju. To bi pripomoglo k odgovornejši komunikaciji s pacienti.

Literatura

1. Chalvin M J. Kako preprečiti konflikte. Radovljica: Didakta; 2004.
2. Iršič M. Umjetnost obvladovanja konfliktov. Ljubljana: Rakmo; 2004.

3. Petrovič Erlih P. Asertivnost: zakaj jo potrebujemo in kako jo pridobimo. Nazarje: Argos; 2004.
4. Prebil A. Komunikacija v zdravstvu. Celje: Celjska Mohorjeva družba; 2009.
5. Rungapadiachy D. Medsebojna komunikacija v zdravstvu. Ljubljana: Educy; 2003.
6. Wendy G. Vsakdanji nesporazumi: kako se jim izogniti ali jih rešiti. Ljubljana: Mladinska knjiga; 2004.

ODGOVORNOST MEDICINSKE SESTRE V ENDOSKOPIJI

Gordana Dragišić¹⁶

Povzetek

V zadnjih dvajsetih letih je endoskopija prerasla v esencialno sredstvo v diagnostiki in terapiji. Vzporedno s tem se je zdravstvena nega razvila v visoko kvalificirano vejo, ki zahteva odgovorno zdravstveno nego pacientov in asistenco zdravniku.

Ključne besede: endoskopije, odgovornost, zdravstvene nega, medicinska sestra

Uvod

Endoskopija je instrumentalna diagnostična metoda zdravljenja, ki omogoča pregled površine nekaterih votlih organov skozi naravne odprtine. Omogoča tudi pregled nekaterih votlin in organov skozi steno ali med klasičnim operacijskim posegom. Pri endoskopiji lahko odvezemamo vzorce tkiv za pregled pod mikroskopom, s pomočjo endoskopij odstranjujemo tudi tujke (Smrkolj, 1995).

V zadnjih dvajsetih letih je endoskopija prerasla v esencialno sredstvo v diagnostiki in terapiji. Vzporedno s tem se je zdravstvena nega razvila v visoko kvalificirano vejo, ki zahteva odgovorno zdravstveno nego pacientov in asistenco zdravniku (WHO, 2005).

Razvoj endoskopije poteka že več kot dvesto let in stremi k razvoju instrumentov, ki so danes predvsem gibljivi in dovršeni v smislu higienske neoporečnosti, vzporedno z instrumenti pa se razvija tudi optika (Hekič, 2006).

V preteklosti je bila endoskopija predvsem diagnostična, sedaj pa jo kot diagnostično-terapevtsko in operativno medicinsko metodo izvajajo že skoraj v vseh vejah medicine: interna medicina (gastroenterologija, pulmologija, kardiologija), abdominalna in torakalna kirurgija, nevrokirurgija, pediatrija (Hekič, 2006).

Medicinska sestra je v okviru svojih kompetenc usposobljena za zadovoljevanje potreb po zdravstveni negi in oskrbi, za zdravstveno vzgojo in izobraževanje, za organizacijo dela in razvojno raziskovalno dejavnost. Na tem področju je medicinska sestra ekspert in ima pravico

16 Gordana Dragišić, dipl.m.s., Splošna bolnišnica Novo mesto

pobude in nadzora. Sodeluje pri realizaciji diagnostično-terapevtskega programa, katerega pobudnik je zdravnik (Pajnikihar, 1999).

Ker ima medicinska sestra vse pomembnejšo in odgovornejšo vlogo v endoskopiji, je Evropsko združenje medicinskih sester v endoskopiji (ESGENA) razvilo *Evropski delovni profil za medicinske sestre v endoskopiji*, v katerem razlaga, da so odgovornosti medicinske sestre naslednje:

- Medicinska sestra v endoskopiji je odgovorna za profesionalno holistično zdravstveno nego pacienta, vključno z zagotavljanjem fizične varnosti in dobrega psihičnega počutja pacienta pred, med in po preiskavi, da se preprečijo kakršnekoli pričakovane in morebitne komplikacije.
- Medicinska sestra v endoskopiji je odgovorna za visokokvalificirano tehnično asistenco med endoskopskimi preiskavami.
- Medicinska sestra v endoskopiji je odgovorna za izboljševanje sodelovanja med multidisciplinarnim timom, endoskopsko enoto in inštitucijo, kjer je zaposlena.
- Medicinska sestra v endoskopiji je odgovorna za varno opremo delovnega okolja v dobrobit njej/njemu, pacientom, kolegom in pacientovim negovalcem.
- Medicinska sestra v endoskopiji je odgovorna negovati pripomočke v dobrobit njej/njemu, pacientom, kolegom in pacientovim negovalcem.
- Medicinska sestra v endoskopiji je odgovorna, da pripomore k natančnemu in ustreznemu dokumentiranju in shranjevanju podatkov (www.esgena.org).

Odgovornost medicinske sestre v endoskopiji delimo na:

SAMOSTOJNA VLOGA

1. Pomaga zdravemu in bolnemu v štirinajstih temeljnih aktivnostih (po V. Henderson).
2. Priprava in nega instrumentov.
3. Zdravstvena vzgoja.
4. Dokumentiranje zdravstvene nege.

VLOGA V TIMU

1. Pridobivanje pacientovega soglasja
2. Sodelovanje z ostalimi timi
3. Izpolnjevanje medicinske dokumentacije

SODELUJOČA VLOGA

1. Jemanje vzorcev med endoskopijo
2. Aplikacija terapije pred, med in po endoskopiji (Klemenc, 2007).

Vloga endoskopske medicinske sestre je specifična, zato se od nje pričakujejo naslednja znanja:

- znanje anatomije, fiziologije, patofiziologije, pomembne za endoskopske diagnostične preiskave,
- poznavanje procesa zdravstvene nege in sposobnost le-tega aplicirati v endoskopske preiskave,
- poznavanje standardov za enotno prakso,
- znanje psihologije,
- znanje farmakologije, terapije, anesteziologije, reanimacije,
- poznavanje zdravstvene vzgoje in procesa bolezni,
- znanje o konstrukciji, delovanju in uporabnosti endoskopov in endoskopskih pripomočkov ter temeljito znanje in razumevanje preiskav,
- znanje o diagnostičnih in terapevtskih endoskopskih preiskavah, vključno z indikacijami, kontraindikacijami, izvajanjem, tveganji in komplikacijami,
- znanje o konstituciji, funkciji, uporabnosti in morebitnih napakah (in naključnih možnih dogodkih) endoskopskih pripomočkov,
- poznavanje smernic, predpisov, zakonskih določil,
- povezovanje s proizvajalci specifičnih pripomočkov ter poznavanje navodil za uporabo,
- znanje o nevarnosti infekcij v endoskopiji,
- znanje o prenosih infekcij v endoskopiji,
- znanje o potencialnem tveganju za osebje in paciente med procesom endoskopije,
- znanje o dokumentiranju in reprocesiranju endoskopskih pripomočkov,
- znanje o pravnih predpisih o dokumentiranju,
- znanje o osnovnih principih kliničnega menedžmenta, specifičnega za endoskopijo,
- kontinuirano izobraževanje na področju endoskopije, splošne zdravstvene nege in skrbi za zdravje,
- delovanje po načelu etičnih in profesionalnih standardov,
- poznavanje smernic, predpisov in pravnih določil v osnovni in zdravstveni negi v endoskopiji,
- zbiranje podatkov, dokumentiranje, analiziranje, interpretiranje in kritična evalvacija literature,
- znanje o osnovah pedagogike ter metod učenja in poučevanja (www.esgena.org).

Endoskopski poseg je poseg v pacientovo intimnost, zato je medicinska sestra odgovorna, da v okviru svojih kompetenc pacientu zagotovi, da so pred, med in po posegu zadovoljene pacientove potrebe. Posebnost endoskopskih preiskav je, da je pacient z endoskopskim timom relativno kratek čas, vendar je ta stik zelo intenziven. Zato je zelo pomembno, da je proces zdravstvene nege usmerjen v psihično pripravo pacienta, saj ima pacient aktivno vlogo in je za kakovost preiskave ključnega pomena sodelovanje pacienta. Sodelovanje pacienta pa lahko pričakujemo, če pacient razume, zakaj je preiskava potrebna in kako le-ta poteka.

Kontinuirano izobraževanje je ključnega pomena, če hoče medicinska sestra zadovoljiti pacientove potrebe.

Literatura

1. European Union Standards for Nursing and Midwifery: Information for Accession Countries. EU Directives 77/452/EEC. World health organization; 2005; 4-7. Dostopno na : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/102200/E92852.pdf (12.12. 2011).
2. ESGENA Core Curriculum for Endoscopy Nursing. European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and associates. Munich; 2008. Dostopno na: http://www.esgena.org/index.php/publ_guide/publications/ (12.12. 2011).
3. Hekič B. Vloga medicinske sestre v endoskopski diagnostiki. Obzor Zdr N. 2006; 40.
4. Klemenc D. Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenem timu med medicinskimi sestrami in zdravniki – priložnost za nenehno izboljševanje kakovosti. Zdrav Vest. 2007;76 (1): 55 - 9.
5. Pajnhikar M. Teoretične osnove zdravstvene nege. Maribor: Visoka zdravstvena šola; 1999: 20– 4.
6. Smrkolj V. Kirurgija. Ljubljana: Sledi; 1995: 117–20.
7. Klemenc D. Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenem timu med medicinskimi sestrami in zdravniki – priložnost za nenehno izboljševanje kakovosti. Zdrav Vest. 2007; 76 (1): 55 - 9.

ODGOVORNOST MEDICINSKE SESTRE V URGENTNI INTERNISTIČNI AMBULANTI

Natalija Kopina¹⁷

Povzetek

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki za svoje delo prevzamejo etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost. Odgovornost pomeni, da si za tisto, kar delaš in izvajaš samostojno ali po naročilu nekoga drugega, tudi odgovoren. Triaža je odgovorno in strokovno zahtevno delo. Potrebno je obširno strokovno znanje, sposobnost presoje in delovne izkušnje.

Ključne besede: odgovornost, vrste odgovornosti, triaža, triažni sistemi

Uvod

Na izid zdravljenja vpliva pravočasno in strokovno nudenje medicinske oskrbe. Z njo rešujemo življenja življenjsko ogroženih pacientov. Urgentna medicina je v zadnjih letih doživela hiter in dinamičen razvoj. Medicinske sestre in zdravstveni tehniki, kot največja skupina zdravstvenih delavcev, predstavljajo velik človeški in intelektualni potencial. S svojim strokovnim delom pospešujejo in dvigujejo kakovost in učinkovitost zdravstvene obravnave pacientov.

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki svoje delo opravljajo s sprejeto zdravstveno doktrino in s kodeksom medicinske deontologije. Za svoje delo prevzemajo etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost.

Profesionalna in etična odgovornost

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki pri svojem delu ravnajo po načelih, ki jih narekuje Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Za vsako medicinsko sestro in druge člane negovalnega tima je odgovorno delovanje skladno s tem kodeksom obvezno. Odgovornost je temeljni etični model zdravstvene nege. Vloga in pristojnosti medicinske sestre so jasno opredeljene, za naloge prevzemajo medicinske sestre polno odgovornost. Odgovornost je kategorija, ki se kaže v kakovosti medčloveških odnosov v

17 Natalija Kopina, dipl.m.s., Splošna bolnišnica Novo mesto

družbi. Medicinska sestra je odgovorna na več ravneh: do pacienta, sodelavcev, delodajalca, svoje stroke, družbe, predvsem in najbolj pa mora biti odgovorna sama do sebe. Medicinske sestre in zdravstveni tehniki so za izvajanje urgentne zdravstvene nege pacientov pristojni, ker so zato strokovno izobraženi in ustrezno usposobljeni. Zato prevzemajo:

1. osebno moralno odgovornost,
2. strokovno poklicno deontološko odgovornost za izvajanje dejavnosti po veljavnem poklicnem kodeksu, smernicah in strokovnih standardih,
3. pravno odgovornost - disciplinsko odgovornost, odškodninsko odgovornost, kazensko materialno odgovornost.

Področje odgovornosti opredeljuje tudi 55. člen Zakona o zdravstveni dejavnosti RS (Gabor, 2000).

Triažni sistem in izvajalci

Zaradi obremenjenosti urgentnih ambulant ne morejo biti vsi pacienti hkrati oskrbljeni. Laično in tudi strokovno mnenje je, da bo pacient na urgentnem oddelku oskrbljen takoj, zato je nujno določanje prioritete obravnave oziroma triaža takoj ob sprejemu pacienta v ambulantno. Triaža je odgovorno in strokovno zahtevno delo. S triažo se vsakodnevno srečuje osebje na urgentnih oddelkih. Je proces, ki se na urgentnih oddelkih pri obravnavi pacienta uporablja že zelo dolgo. Za triažo je potrebno obširno strokovno znanje, dobra sposobnost presoje in delovne izkušnje (Cotič, 1996).

Pojem triaža pa ni čisto jasen. Ta izraz se uporablja za napotitev ali usmeritev pacienta na določeno lokacijo, v resnici pa je ocena pacientovega zdravstvenega stanja in določitev prioritete. Kriteriji, po katerih se obravnava pacienta v urgentni ambulanti, namreč ni ura prihoda, temveč ogroženost pacienta. V primeru napačne triaže lahko pride do poslabšanja zdravstvenega stanja pacienta ali celo smrti.

Poznamo številne sisteme triažiranja pacientov, ki imajo natančno izdelane protokole. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci se s triažo ukvarja že dolgo, saj je to eno izmed pomembnih področij dela v urgentni ambulanti. V avstralskem in manchestrskem sistemu triažiranja delajo medicinske sestre s dodatno pridobljenim znanjem in delovnimi izkušnjami na področju urgentne zdravstvene nege in so kompetentne za triažo. V Sloveniji takšnih kompetenc še ni (Gričar, 2007).

Zaključek

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki s svojim etičnim in moralnim ravnanjem dvigujejo ugled poklica, ki ga odgovorno opravljajo. Pogosto pa so izpostavljeni strokovni in laični presoji. Za medicinsko sestro in zdravstvenega tehnika je nujno, da ima trdno in široko znanje, ki omogoči iskati nove in še boljše temelje zdravstvene nege.

Začetni korak v triaži je splošna ocena pacientovega zdravstvenega stanja čim prej po prihodu pacienta na urgenco. Dolžnost in odgovornost medicinske sestre oziroma zdravstvenega tehnika je, da v triažni oceni ne postavljamo medicinske diagnoze, ampak določamo prioriteto obravnave pacienta na podlagi klinične ocene.

Literatura

1. Anon. Kodeks medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije; 2006.
2. Cotič M. Triaža v urgentni internistični ambulanti. In: Bručan A, Gričar M, eds. Urgentna medicina – izbrana poglavja, Portorož, 26.-29. Junij 1996. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino; 1996: 397-00.
3. Gabor G. Moralna in strokovna odgovornost delavcev v zdravstveni negi. Maribor: Univerza v Mariboru. Fakulteta za zdravstvene vede; 2000.
4. Gričar M. Pomen triaže v urgentni medicini. In: Štromajer D, Cotič AM, Mahnič S, eds. Zbornik predavanj 1. kongresa Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci, Čatež 18.-20. Oktober 2007. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci; 2007: 47-48.
5. Žmauc J. Status in odgovornost zdravstvenega tehnika. Odgovornost medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 4. in 5. april 1997.

ODGOVORNOST ZA INFORMIRANO DELOVANJE IN ODZIVNOST V ZDRAVSTVENI NEGI

Vesna Zupančič¹⁸

Povzetek

Biti informiran je v današnjem času težko dosegljiv ideal. Informiranost je prevečkrat rezultat lastne potrebe po določenih informacijah, kot pa je občutek dolžnosti za kakovostno in varno delo. Izvajalci zdravstvene nege zaradi poplave deklaracij, zakonov, predpisov in drugih okoliščin le delno poznajo službe pomoči in pravice tako s področja zdravstvenega kot socialnega varstva. To vpliva na sposobnost odgovornega informiranega delovanja, na odzivnost za celostno obravnavo pacienta. Cilj raziskave je bil ugotoviti, kako izvajalci zdravstvene nege ocenjujejo stopnjo informiranosti o službah pomoči in pravicah s področja zdravstvenega in socialnega varstva; ugotoviti, kje in od koga dobijo potrebne informacije; kdo je odgovoren za stopnjo njihove informiranosti; kje vidijo ovire za informiranost; ali izvajalci zdravstvene nege odgovornost za informirano delovanje in odzivnost doživljajo kot dolžnost v celostni obravnavi pacienta.

Podatki so pridobljeni s pomočjo deskriptivne in kavzalno neeksperimentalne metode ter kvantitativne tehnike. Kot instrument smo uporabili anketni vprašalnik, sestavljen iz trditev, odprtih in zaprtih vprašanj, na katere so odgovorili izvajalci zdravstvene nege, izbrani po priložnostnem vzorcu. V analizo smo vključili prvih sto v celoti izpolnjenih anketnih vprašalnikov. Na podlagi ugotovitve, da je pri medicinskih sestrah na delovnem mestu izražena potreba po višji stopnji informiranosti, lahko sklepamo o potrebi po reorganizaciji sistema informiranja tako na osebni ravni kot na ravni organizacije in države. Ključna sta odločitve in prizadevanje vseh udeleženih za vseživljenjsko učenje, socialno mreženje in ciljno informiranje. Nujna je izgradnja vzdržnostnega sistema motiviranja, ki kot zunanja spodbuda podpira notranjo motivacijo izvajalca zdravstvene nege.

Ključne besede: etična odgovornost, informiranost, motiviranost, celostna obravnavo, izvajalci zdravstvene nege

¹⁸ Vesna Zupančič, dms, univ.dipl.soc.ped., Predavateljica za predmetno področje zdravstvena nega, Visoka šola za zdravstvo Novo mesto
vesna.zupancic@guest.arnes.si

Uvod

Konceptualne spremembe zahtevajo od izvajalcev zdravstvene nege kontinuirano spremljanje razvoja in informiranje o dogajanjih tako znotraj stroke kot širše. Informiranost kot obveščenost, poučenost za ustrezno delovanje (SSKJ, 2005) je v današnjem času izziv tudi za medicinske sestre. Ključna sta odločitev in prizadevanje vseh udeležениh za vseživljenjsko učenje, socialno mreženje in ciljno informiranje za varno in kakovostno delo na področju zdravstvene nege in drugih področjih. Informirati se za to, da se pacientu posreduje ali mu pojasni potrebne informacije, je nujna etična praksa vsakega izvajalca zdravstvene nege. V poplavi različnih deklaracij, zakonov, predpisov je težko biti informiran vedno o vsem. Ob pomanjkanju časa, hitrem tempu življenja, preobremenjenosti in kronični utrujenosti je informiranost vse bolj privilegij posameznikov in ljudi, ki največkrat niso vpeti v neposredno delo v različnih delovnih procesih. Medicinske sestre zaradi nujnosti kontinuitete ob neposrednem delu pri pacientu večinoma niso deležne tega privilegija. Pričakovane posledice so poleg globalnega vpliva na profesionalno delo tudi slabo poznavanje pravic tako s področja zdravstvenega kot socialnega varstva in vpliv na sposobnost odgovornega informiranega delovanja in odzivnosti za celostno obravnavo pacienta.

Informacijska pismenost in sodobni pristopi v zdravstveni negi pacienta

Beseda informacija izvira iz latinske besede »informatio«, ki pomeni pojem, predstavo, skupek spoznanj, sporočilo itd. Informacija so ovrednoteni podatki v specifični situaciji, vse, kar se o določeni stvari pove. Po Slovarju slovenskega knjižnega jezika se kot informacija pojmuje obvestilo, pojasnilo, oziroma celoto vednosti o določeni dejavnosti ali področju. Informiranje je proces seznanjanja s podatki za dvig stopnje informiranosti.

Informiranost, obveščenost ali poučenost se neposredno povezuje z uspešnostjo in s tem kakovostjo delovanja, kar v zdravstveni negi ocenjujejo tudi in predvsem pacient sam in njegovi bližnji. Informacijsko pismen posameznik, kar velja za medicinsko sestro, pacienta ali njegove bližnje, je sposoben določiti obseg potrebne informacije; uspešno in učinkovito pridobiti potrebne informacije; kritično ovrednotiti informacije in informacijske vire; vključiti izbrane informacije v svoje osnovno znanje; uspešno uporabiti informacije za doseganje natančnejše določenega cilja; razumeti ekonomske, pravne in družbene vidike uporabe informacij ter pridobivati in uporabljati informacije skladno z etičnimi pravili in pravnimi predpisi (Merila in kazalci informacijske pismenosti v visokem šolstvu, 2010).

Posamezna informacija je predstavljena s podatki. Podatek je opredmeteno dejstvo o določeni stvari. Gre za dejstvo, ki o določeni stvari kaj pove ali se nanjo nanaša (SSKJ). Podatek je zgolj zabeležen element brez prave smiselne vsebine. Podatek preide v informacijo takrat, ko ga lahko povežemo z nekim drugim podatkom in vsebinsko zaključimo. Ko tako smiselno povežemo več podatkov med seboj, dobimo novo, vsebinsko zaključeno in jasno sporočilo, ki se imenuje informacija (Eppler, 2003). Če je količina podatkov tako velika, da se jih v času,

ki je na voljo za ukrepanje, na njihovi osnovi ne da interpretirati, se lahko zgodi, da s podatki ni posredovana nobena informacija.

S podatki torej medicinske sestre predstavimo znanje, ki ga posredujemo pacientom in njihovim bližnjim. Prejeta informacija spremeni posameznikovo znanje, vpliva na njegove odločitve in ravnanje. Kakovost informacij opredeljujejo dostopnost, točnost, popolnost, ustreznost, relevantnost, razumljivost, objektivnost, pravočasnost in preverljivost. Informacije predstavljajo osnovo za odločanje. Proces odločanja in s tem prava odločitev temeljita na pravih informacijah.

Medicinske sestre z informiranjem pacienta delujejo v smeri ozaveščanja. Samo informirana medicinska sestra lahko skladno s svojimi kompetencami celostno informira pacienta. Pravica pacienta do informiranja je dolžnost medicinske sestre. Informiranje kot ozaveščanja pacienta in krepitev njegove moči vključuje tudi upoštevanje stopnje samooskrbe. Temeljno pravilo našega delovanja je, »da lahko medicinska sestra namesto pacienta kaj naredi le tedaj, kadar ta nima volje, ne zmore ali ne zna«.

Sodobni pristopi v zdravstveni negi temeljijo na prizadevanjih za celostno in kontinuirano obravnavo, kar je osnovna značilnost integralnega pristopa. Ta opredeljuje vseobsegajočo in sodelujočo skrb za pacienta v obliki celostnega odziva na njegove potrebe in na način, ki pacienta postavlja v središče in vključuje njegove zmožnosti (Zupančič, 2011). Večproblemske situacije, v katerih se znajdejo pacienti, zahtevajo medpoklicno in medsektorsko sodelovanje s predpostavko aktivnega vključevanja pacienta in vseh njegovih virov. To spreminja prakso zdravstvene nege v smeri nujnosti odgovorne informirane odzivnosti izvajalcev in pacientov.

Odgovornost za odzivnost - vrednota skrbi v zdravstveni negi

Odgovornost v angleščini pomeni »responsibility«. Beseda je sestavljena iz dveh besed: »response« (odziv) in »ability« (zmožnost). Prevzeti odgovornost za nekaj pomeni torej **zmožnost odzivanja**. Odzivnost lahko opredelimo kot lastnost, značilnost posameznika ali določene skupine. Odzivati se pomeni z določenim dejanjem kot posledico določenega dejstva pokazati, izraziti odnos, stališče do tega dejstva. Odzvati se pomeni odgovoriti, reagirati na potrebo, situacijo, stališče z določenim dejanjem (SSKJ).

Sevenhuijsen (2003) je opredelila odzivnost kot enega izmed štirih elementov skrbi:

- pozornost kot sposobnost prepoznati potrebo po skrbi,
- odgovornost kot pripravljenost in sposobnost ustrezno ukrepati,
- kompetentnost ali posredovanje virov in znanja za zadovoljevanje konkretnih potreb ter
- odzivnost ali vzajemno občutljivost, sposobnost za interakcijo in sprejemanje skrbi.

To so štiri vrednote, ki predstavljajo jedro etike skrbi in temeljijo na zaupanju kot pogoju, ki skrb omogoča.

Odgovornost je ontološko dejstvo samoevidence, je zapisal Hans Jonas (Ošljaj, 1997), ki navaja, da je potrebno razlikovati pojma odgovornosti za nekaj ter odgovornosti pred nečim. Odgovornost pred nečim je odgovornost določeni zavezujoči instanci, ki smo ji dolžni polagati račun. Ta instanca je lahko vest. Po Baertschi (1371, v Stres, 1999) je vest »človekova sposobnost, zavoljo katere umna bitja zaznajo ali spoznavajo dobro in zlo, kar jim omogoča, da svoja dejanja ocenjujejo, usmerjajo in sama sebe presojujejo«.

Nieburhova teorija odgovornosti je sredstvo za umeščanje koncepta odgovornosti v etični okvir. Etika odzivnosti sprašuje, kaj se dogaja in v tem prepoznamo odgovor - osebo, ki se odziva. Vsa naša dejanja so odziv na dejanja, storjena nam, in na naše tolmačenje le-teh. Skozi poslušanje slišimo in se potem odzivamo. Odzovemo se bolj zaradi izziva kot iz želje po idealnem ali iz vdanosti kakšnemu temeljnemu zakonu (Niebuhr, 1963, v Tschudin, 2003).

Nirburh povzema Sokratovo misel o nujnosti spoznavanja samega sebe in je mnenja, da je to osnova vsega človekovega delovanja. Z vsako dejavnostjo odločamo, izbiramo in zaupamo sebi, kar sloni na nadaljnji domnevi, da je to, kar nam je vsem skupno, naša človekoljubnost.

Tschudinova (2003) meni, da smo ustvarjalne in odzivne osebe, kar pomeni, da za ustvarjalnost potrebujemo svobodo in da se iz zvestobe svoje ustvarjalnosti odgovorno odzivamo. Pri tem se odzivnost in odgovornost dopolnjujeta.

Etika skrbi razvije svojo obliko razumskosti, ki je usmerjena v prepoznavanje potreb in v povezave med odgovori in potrebami v kontekstu odnosa. Odgovornost za odzivnost in informirano delovanje je dolžnost vsakega izvajalca zdravstvene nege, saj samo informiran izvajalec zdravstvene nege lahko izvaja varno in kakovostno zdravstveno nego.

Človekova veličina oziroma izjemnost v naravi je prav v tem, da ustvarja svet vrednot in te vrednote udejanja (Kovačič Peršin, 1997). Etičnih odnosov ne moremo doseči samo z znanjem, ampak jih lahko dosežemo predvsem z ustrezno motivacijo in odločitvijo.

Motivacija za informirano delovanje

Motivacija je močno povezana s človekovim delom in z njegovimi aktivnostmi tako v vsakdanjem kot poklicnem življenju. Ker vsako človekovo delovanje sproži vzrok in posledice, potrebuje vsak izvajalec zdravstvene nege nekaj, kar ga vodi, da delo dobro opravi in s tem pridobi želene rezultate. Tako torej ni dovolj, da izvajalec zdravstvene nege nekaj zna, ampak mora to tudi želeti doseči. Pripravljenost, želja, zanimanje, volja, spodbuda, moč, zagon, upanje..., vse to z eno besedo poimenujemo motivacija. Sistem motiviranja in nagrajevanja je občutljiva tema in deluje predvsem na človekovo voljo. Koncept volje je težko v celoti ovrednotiti. Gre predvsem za vztrajanje in izboljševanje določenega dela, kljub temu, da je težko. Volja in hotenje usmerjata delovanje izvajalca zdravstvene nege na poti h gotovosti za ustreznost svojega delovanja. Vzrok za začetek delovanja v zdravstveni negi je potreba pacienta, družine ali skupnosti. H gotovosti pa pripomorejo predvsem znanje, udejanjanje

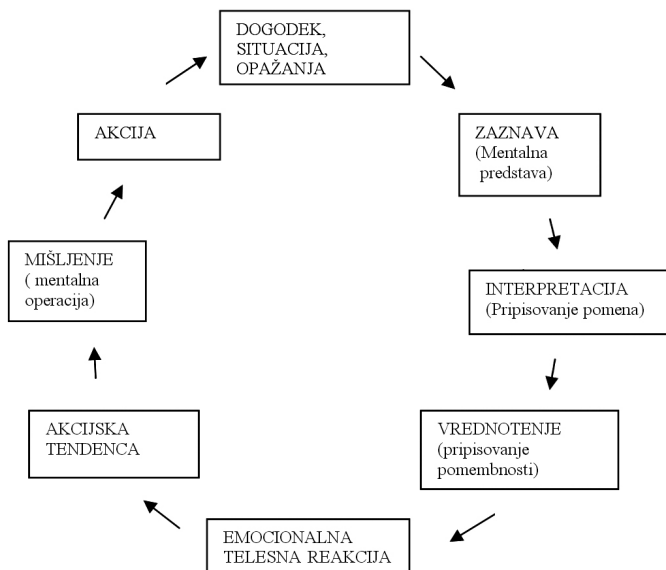
tega znanja ter pozitivno vrednotenje rezultatov pri vsakdanjem delovanju na področju zdravstvene nege.

Delovanje ljudi ima po Stresu (1999) določene značilnosti. Njegove ugotovitve lahko prenesemo tudi na področje zdravstvene nege in strnemo v sedem točk:

1. Preden medicinska sestra začne z delom, si bolj ali manj jasno predstavlja, kaj in kako bo delala. Človek mora vedeti, kaj hoče narediti, in se vsaj delno zavedati posledic svojega dejanja. Vseh posledic pa navadno ni mogoče predvideti.
2. Človek si dejanj in njihovih sadov (plače) ne samo želi, ampak jih tudi hoče. Želja medicinske sestre lahko ostane zelo močna, vendar ne bo nikoli učinkovita. Hotenje pa predstavlja možnost izvršitve. Kadar nekaj medicinska sestra zares hoče, to tudi stori.
3. Vsako delovanje medicinske sestre je motivirano s ciljem, ki ga želi z njim doseči.
4. Volja se sproži zaradi nagiba. Ta nagib ali stimulus volje je dobrina. Vse, kar medicinska sestra hoče, hoče zato, ker imamo tisto za dobro, oziroma za vrednoto. Nemogoče je nekaj hoteti, pa ne imeti tistega za dobro.
5. Obstaja zadnji cilj ali zadnji subjektivni smoter vsega človeškega hotenja in delovanja. Govorimo o srečnosti, popolni dovršitvi, kar praviloma doživljajo delu predane medicinske sestre.
6. Človek si sam izbira neposredne cilje svojih dejanj in se da privlačiti takšni ali drugačni vrednoti, takšnemu ali drugačnemu cilju. Tudi medicinska sestra ima sposobnost, zmožnost in pravico svobodne izbire.
7. Iz svobodnosti sledi odgovornost. Medicinska sestra je za svoja dejanja odgovorna, ker je sama njihov nosilec, začetnik in storilec.

Na prakso zdravstvene nege vplivajo osebne vrednote medicinske sestre, ki so rezultat osebne izbire ali učenja, družbene vrednote, ki poudarjajo, kako je treba skrbeti za posameznika in vrednote organizacij (zavodov), kjer so medicinske sestre zaposlene. Vrednote uokvirjajo tudi sprejemanje odločitev na vseh ravneh. Odločanje je del delovnih obveznosti izvajalcev zdravstvene nege. Odločati se pomeni izraziti voljo, kako naj bo ali z razmišljanjem prihajati v stanje, ko je potrebno kaj narediti, uresničiti (SSKJ). Vodstvene odločitve, strokovne odločitve, etične odločitve in pomoč drugim pri lažšanju sprejemanja odločitev vsebujejo odgovornost. Teža odgovornosti je manjša, če poznamo in zaupamo lastnemu sistemu odločanja. Kaj se dogaja v strokovnem delavcu od trenutka zaznave dogodka, situacije, potrebe pa do odziva, dobro opredeli model krožne emocionalne reakcije (Slika 1).

Slika 1: Model krožne emocionalne reakcije (KER- model; Milojevič, 1999)



Vir: Milojevič, Z (1999). Psihoterapija i razumevanje emocija. Beograd: Prometej

Etično dejanje je biti odgovoren in se resnično zavedati, kaj se dogaja, biti pripravljen ukvarjati se s tem vprašanjem in kakovostno delati.

Oprelitev problema in cilji raziskave

Informiranost postaja zaradi različnih okoliščin vse bolj težko dosegljiv ideal za izvajalce zdravstvene nege. Je pa le-ta nujna za celostno obravnavo pacienta. Pogoj za medsektorsko povezovanje in s tem za celostno obravnavo pacienta na podlagi integralnega pristopa je informiranost strokovnih delavcev o možnostih pomoči v lokalni skupnosti in odziv oziroma ustrezna reakcija na potrebe pacienta.

Z izvedbo raziskave smo želeli spodbuditi zavedanje o odgovornosti za informirano delovanje in pokazati na dejstvo, da ta vpliva na odzivnost izvajalcev zdravstvene nege v celostni obravnavi pacienta.

Na podlagi zastavljenih ciljev smo želeli ugotoviti:

- kako izvajalci zdravstvene nege ocenjujejo stopnjo svoje informiranosti o službah pomoči in o pravicah s področja zdravstvenega in socialnega varstva in ali ta zadostuje njihovim lastnim potrebam in zahtevam delovnega mesta;
- kje in od koga običajno dobijo potrebne informacije;

- za koga menijo, da je odgovoren za stopnjo njihove informiranosti;
- kje izvajalci zdravstvene nege vidijo ovire za informiranost na področju zdravstvenega in socialnega varstva;
- ugotoviti, ali izvajalci zdravstvene nege odgovornost za informirano delovanje in odzivnost doživljajo kot dolžnost v celostni obravnavi pacienta.

Metodologija

Kot instrument smo uporabili anketni vprašalnik, sestavljen iz trditve ter odprtih in zaprtih vprašanj. Na navedene trditve so izvajalci zdravstvene nege odgovorili s stopnjo strinjanja po Likertovi lestvici, oz. glede na podana navodila. V raziskavi so sodelovali strokovni delavci s področja zdravstvene nege, ki so se udeležili strokovnega srečanja v organizaciji Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Novo mesto v mesecu maju 2011 in priložnostno v ustanovah v JV regiji v mesecu juliju 2011. V analizo smo vključili prvih sto v celoti izpolnjenih anketnih vprašalnikov. Podatki so pridobljeni s pomočjo deskriptivne in kavzalne neeksperimentalne metode in obdelani s pomočjo statističnega paketa SPSS in delno z Microsoft Excelom.

Rezultati

Na podlagi analize 100 v celoti izpolnjenih vprašalnikov s strani izvajalcev zdravstvene nege ugotavljamo, da je vzorec vključeval 88% žensk in 12% moških. Povprečna starost sodelujočih je izračunana na podlagi kumulativnih frekvenc in znaša 38 let, največ respondentov je v starostni skupini od 41- 50 let (Mo: 45,5 let) in ima od 21- 25 let delovne dobe (Mo: 22,5 let). Izračunano povprečje glede dolžine delovne dobe je 16 let.

5% medicinskih sester je navedlo, da so zaposlene v zasebnem sektorju, 12% na področju javnega socialnega varstva, 83% pa v javnem zdravstvu. V raziskavo se je vključilo 43% izvajalcev zdravstvene nege s V. stopnjo izobrazbe, 24% s VI. stopnjo izobrazbe, 29% s VII. stopnjo, 4% pa s specializacijo ali magisterijem. Tistih, ki so na vodilnem položaju ali odgovorni za delo vsaj osmih ljudi, je bilo 14%.

Povprečna podana ocena (aritmetična sredina \bar{x}) respondentov na podlagi Likertove lestvice glede stopnje lastne informiranosti o službah pomoči na področju zdravstvenega varstva za potrebe delovnega mesta je (3,8), za osebne potrebe (3,7). Informiranost o pravicah je nekoliko nižja, in sicer (3,7) za potrebe dela in (3,6) za lastne potrebe.

Respondenti so ocenili, da so ljudje na splošno slabo informirani o možnostih pomoči in pravicah s področja zdravstvenega varstva (3,2) in socialnega varstva (3,1).

Informiranost strokovnih delavcev so povprečno ocenili za eno stopnjo nižje (3,7) od samoocene.

Menijo, da je sodelovanje strokovnih delavcev med zdravstvenim in socialnim varstvom nujno (98%), vendar v prizadevanjih za celostno obravnavo pacientov na območju JV regije po oceni respondentov (3,4) še ni najboljše.

96% jih navaja, da se pri njihovem vsakdanjem delu kaže potreba po informiranosti o delu drugih služb. Večina se jih je že znašla v položaju, da niso bili informirani, da bi odgovorili na potrebe pacienta, čeprav bi to morali.

Pri vsebinski analizi smo povzeli razloge za njihovo odločitev o tem, da posamezno informacijo posredujejo naprej, in jih strnili v treh točkah:

1. Razlogi na strani izvajalca zdravstvene nege

- Kompetentnost za posredovanje odgovora

(*»odvisno, kdaj in komu- varovanje osebnih podatkov«*)

- Odgovornosti, poklicna dolžnost

(*»zaradi vesti«, »zaradi zavedanja, da nekdo potrebuje pomoč«, »zaradi empatije; etike«, »zaradi dolžnosti«*)

- Odgovornost in motivacija za kakovostno delo

(*»poznavanje situacije«, »prošnja pacienta, sodelavke«, »osebna seznanjenost in presoja«, »za seznanitev, pojasnilo«, »zaradi uspešno opravljenega dela«, »zaradi pričakovanja, da jo bomo v primeru potrebe deležni tudi sami«, »iz želje, da se pomaga storiti karkoli«*)

2. Razlogi glede informacije same

- Prepričanost o resničnosti, strokovnosti, pomembnosti in uporabnosti informacije

(*»da je to res, kar mislim povedati«, »če bo pacientu koristilo«, »zaradi nujnosti širjenja informacij na sodelavce«, »odvisno od tega, kdo jo je nam posredoval«*)

3. Razlogi na strani pacienta

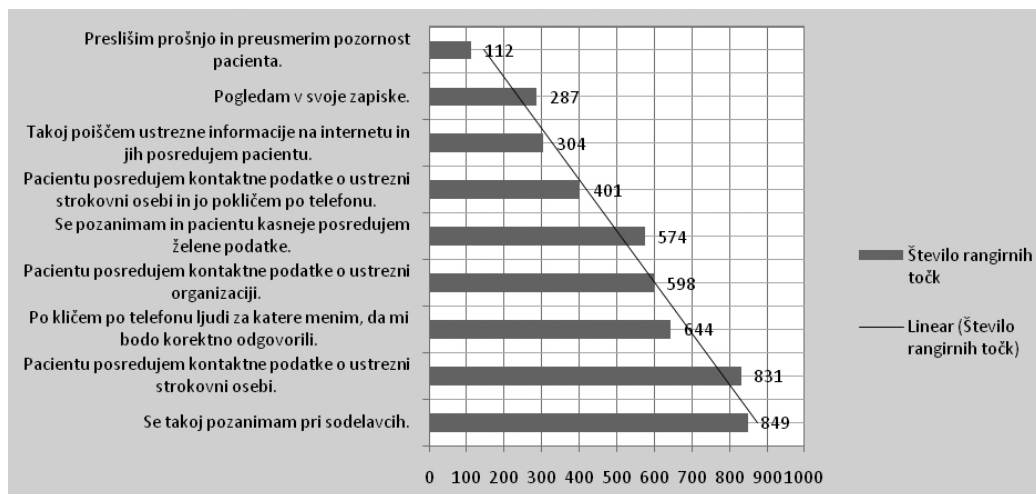
(*»nujnost potrebe po informaciji - teža problema«, »potreba po reševanju problema«,*

»globina odnosa«, »zainteresiranost pacienta«, »od tega, kakšne posledice bi imelo

posredovanje te informacije pacientu«, »od tega, kako je pacient vztrajen«)

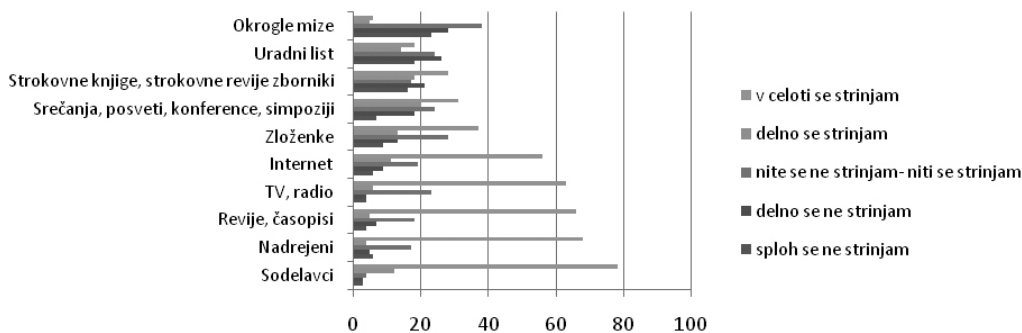
Rezultati rangiranja trditev od 1-10 (1- najmanj pogosto, 10 - najbolj pogosto) na podlagi tega, kaj najpogosteje storijo, če pacient potrebuje dodatne informacije ali pomoč iz drugega strokovnega področja (Graf 1) nakazujejo, da se respondenti najpogosteje obračajo za dodatne informacije na sodelavce.

Graf 1: Rangiranje navedenih trditev glede na pogostost ukrepanja



Te ugotovitve so v skladu z rezultati ocene po Likertovi lestvici glede osebne pomembnosti posameznih virov pridobivanja potrebnih informacij za delo v prizadevanjih za celostno obravnavo (Graf 2).

Graf 2: Pomembnost posameznih virov informacij za medicinske sestre



Respondenti menijo, da je nujno vseživljenjsko izobraževanje in ciljno informiranje zaradi:

»hitrega razvoja, ker smo v času sprememb«; »ker praksa drugače ne sledi dosežkom razvoja«; »zaradi potrebe in dolžnosti za obnavljanje znanja«; »za lažje delo in sledenje novim smernicam«; »zaradi prenosa znanj naprej, npr. na študenta«; »zaradi problemov na terenu«; »pri odpustu pacienta«; »zaradi koristi pacientov«; »zaradi zahtev pacientov«; »zaradi posredovanja najnovejših podatkov«; »za osebno rast in strokovnost«; »preprosto zato, ker delamo z ljudmi«.

Odgovornost za informirano delovanje respondenti v 22% nalagajo samo sebi, v 26% sebi in delodajalcu, 52% pa jih meni, da je odgovornost na delodajalcu, zaposlenem, na zbornici, medijih in vladi.

Glede na oceno po Likertovi lestvici respondenti ovire za informiranost vidijo predvsem v pomanjkanju lastne motivacije (3,4), v nejasnem pregledu nad pravicami (3,3), da posamezne organizacije ne širijo informacij o svojem delu, in da so posamezne informacije slabo dostopne (x: 3,2), v preobremenjenosti (3,1), v nezdravi tekmovalnosti (2,7) in nasprotujočih informacijah (2,4).

V opisnem delu so izrazili, da vidijo pomanjkljivo informiranost kot oviro v sodelovanju med zdravstvenim in socialnim varstvom za celostno obravnavo. Izpostavili so tudi *»pomanjkanje specifičnih izobraževanj z drugih področij in ne samo iz zdravstvene nege«*, *»nepoznavanje del, kompetenc drug drugega«*, *»premalo zavedanja o pomenu informiranosti«*, *»različnost pogledov na stanje v družbi«*, *»premajhen pretok informacij–slaba komunikacija«*, *»hitrost odzivanja–preveč birokracije«*, *»organizacijske ovire, nepovezanost in premalo medsebojnega sodelovanja«*, *»ni rednih sestankov in skupnih srečanj«*, *»egocentričen vodilnih, nesprijemanje novitet – čas lesene žlice«*, *»razhajanja v interesih«*, *»gledanje na svoje pristojnosti«*, *»pomanjkanje fleksibilnosti«*, *»jemanje našega prizadevanja s strani pacientov za samoumevno«*, *»pomanjkanje časa«*, *»preobremenjenost«*, *»premalo zaposlenih«*, *»nezainteresiranost«*, *»pomanjkanje osebnega prizadevanja«*, *»nezaupanje–vsak štiti svoje področje«*, *»osebne prepreke–zavist, nagajanje«*, *»neusklajenost, vzvišenost, nevljudnost«*, *»izgovor, da ni dovolj časa, v resnici pa gre za nezainteresiranost – ker nimamo nič od tega«*, *»premalo osebnega kontakta, vendar se izboljšuje«*.

Na odprto vprašanje, kaj se je spremenilo pri pacientu, ko so mu posredovali pomembno informacijo, so respondenti izpostavili predvsem *»zadovoljstvo pacienta«*, *»razbremenitev«* in *»novo upanje za rešitev problema, ki jih je zelo obremenjeval«*.

Po njihovem mnenju bi do izboljšanja stopnje informiranosti v prizadevanjih za celostno obravnavo pripeljalo predvsem: *»zavedanje vsakega posameznika, zakaj smo v službi«*, *»sprotno in sistematično informiranje in ozaveščanje vseh, ki delajo na tem področju«*, *»sistem bi moral biti informacijsko naravnani in sistematično distribuirati informacije po različnih kanalih ter preveriti prejemanje in razumevanje teh informacij«*, *»nujen naraščajoč interes vodstva za sodelovanje in povezovanje«*, *»pogostejša skupna srečanja, izobraževanja, predavanja in odprta komunikacija«*, *»bolj javno dostopne informacije, odprtost organizacij«*, *»sprejeti protokoli ravnanja v določenih situacijah ob pomanjkanju informacij«*, *»lokalna srečanja različnih služb, predstavnikov, dogovor o najučinkovitejšem sodelovanju«*, *»promocija sodelovanja in pomena prizadevanja vseh za informiranost«*, *»to poudarjati že v času šolanja«*.

Ob preverjanju informiranosti glede možnosti pomoči na področju duševnega zdravja se je izkazalo, da so respondenti slabo informirani o možnostih pomoči s tega področja. V večini (87%) so odgovorili pritrdilno, da poznajo Zakon o duševnem zdravju, vendar pa v večini ne poznajo ne ključnih oseb (76%) ne nevladnih organizacij (64%), ki delujejo na tem področju.

Menili so, da je njihova odzivnost na potrebe pacienta ustrezna (4,1) in da so delno informirani, da pacientu ponudijo izbiro (3,7). Strinjajo se, da informiranost vpliva na varnost in kakovost storitve (4,3).

V zaključnem delu so respondenti opredelili, da sta sodelovanje in informiranost strokovnih delavcev obeh področij nujna.

Razprava

Na podlagi raziskave smo ugotovili, da je pri medicinskih sestrah na delovnem mestu izražena potreba po višji stopnji informiranosti. Medicinske sestre se delno zavedajo primanjkljaja na področju informiranosti tako za svoje lastne potrebe kot tudi v prizadevanjih za celostno obravnavo pacienta. Vendar je jasno, da je na poti do informiranosti prisotnih veliko ovir. Razkril se je diskurzivni pogled na ovire, kot so pomanjkanje časa, preobremenjenost in preveč informacij na eni strani ter pomanjkanje notranje motivacije in zunanjih spodbud s strani delodajalca na drugi strani. Z razvojem informacijske tehnologije in s hitrim dostopom do množice elektronskih virov različnih oblik, vsebin in vrednosti je postal dostop do informacij sicer lažji, vedno pomembnejše pa postajajo sposobnosti, znanja in tudi druge okoliščine, s pomočjo katerih lahko iz množice podatkov izluščimo prave in jih koristno uporabimo.

To lahko povežemo z ugotovitvami Antona Stresa, ki v svoji razpravi (1999) navaja, da večino naših dejanj uravnavajo navade in splošno sprejeta pravila. Čim bolj močna, obsežna in jasna so, tem manj se človeku zastavlja vprašanje, kaj mora narediti. Navaja, da je usodna težava v tem, da družbena pravila odpovedo ali pa pridejo v notranje protislovje med seboj ravno ob najbolj odločilnih življenjskih vprašanjih. Takrat, ko bi njihovo oporo ali pomoč najbolj potrebovali, smo najbolj obremenjeni z osebno odgovornostjo.

Glede na jasno in zelo pogosto navedbo pomanjkanja časa za kakovostno delo pri respondentih lahko izluščimo časovni pritisk kot zelo obremenjujoč dejavnik za izvajalce zdravstvene nege v želji po kakovostni individualizirani celostni obravnavi. Pomanjkanje časa vpliva na kakovost obravnave pacienta s strani neposrednih izvajalcev zdravstvene nege, kar so v raziskavi dokazali Teng, Hsiao in Chou (2010). V raziskavi so prišli do ugotovitev, da časovni pritisk na medicinske sestre lahko zmanjša pacientovo dožemanje zdravstvene nege kot kakovostne v smislu zanesljivosti, odgovornosti in varnosti. Čas, ki ga prebijemo ob pacientu, neposredno prispeva k zadovoljstvu pacientov. Časovni pritisk tudi ovira sposobnost učinkovite odločitve in ustvarja negativna čustva ter izčrpanost medicinske sestre.

Če to povežemo, dobimo vzročno posledično zvezo, ki vodi v zelo zmanjšano motivacijo izvajalcev zdravstvene nege za informirano delovanje, kar pa vodi v »začarani krog« nezadovoljstva. Samorefleksija vseh udeleženih in komunikacija sta nepogrešljiva elementa v prizadevanjih za napredek.

Respondenti so odkrito izrazili, da na odzivnost in posredovanje informacij vpliva tudi odnos pacienta. Če v dejavnost zdravstvene nege prenesemo misli Rogersa (v Rus, 1997), so za

uspešnega izvajalca zdravstvene nege pomembne tri značilnosti: kongruentnost, brezpogojno pozitiven pogled na pacienta in empatično razumevanje. Kongruentnost predpostavlja, da je medicinska sestra s pacientom brezpogojno poštena. Kongruentnost se kaže v tem, da je tisto, kar pove, absolutno v skladu s pacientovimi čustvi. Brezpogojno pozitiven pogled je stališče oz. ideal, h kateremu si moramo vsakodnevno prizadevati.

Respodenti so opredelili, da je odgovornost za informirano delovanje tako na njihovi strani kot na strani delodajalcev, zbornice in širše. Gosar (1994) je izpostavil, da je vprašanje odgovornosti eno bolečih vprašanj. Odgovornost ljudi, ki so na kakršen koli način prišli na vodilna in odločilna mesta v družbi, je dandanes toliko večja, ker imajo posamezniki ali skupine mnogokrat neprimerno večji vpliv na tek in razvoj družbenega življenja, kakor bi ga po umskih in moralnih sposobnostih v resnici smeli imeti. Sklepanje kompromisov je znak sposobnosti, da spoznaš resnico tudi tedaj, ko ta ni očitna na prvi pogled. Tako dejanje ne izvira iz slabosti, marveč je le dokaz umske gibčnosti in moralne moči.

Dejstvo, da imamo diplomo in s tem status strokovnjaka za določeno področje, nam ne zagotavlja strokovne rabe moči. Strokovna moč ni nekaj, kar preprosto imamo (ali nimamo) v sebi, prav tako pa ni pridobljena oz. podeljena z nekakšnim »trajnim mandatom«.

V raziskavi smo na podlagi analize prišli do ugotovitve, da pričakovanje vsesplošne informiranosti ne more in ne sme biti samoumevno. Sistem posredovanja informacij je potrebno na novo zastaviti, saj se posamezne ključne informacije za celostno obravnavo pacienta najverjetneje zaradi »preobilnih informacij in posredovanja na napačen način, v napačnem času ali na nerazumljiv način v preveliki dozi v sistemu izgubijo«.

V profesionalnem kodeksu imajo izvajalci zdravstvene nege v drugem načelu navedeno, da v primeru, ko se vprašanja pacienta nanašajo na področja zunaj zdravstvene nege, ga medicinska sestra napoti k ustreznemu strokovnjaku. Odgovornost za odzivnost in informirano delovanje je vsaj v posredovanju kontaktnih podatkov o ključni osebi za konkretni problem z namenom celostne obravnave pacienta, vendar ob zavedanju, da je to komaj zadovoljiv standard odziva.

Sodelovanje med zdravstvenim in socialnim varstvom za potrebe celostne obravnave pacienta ni zadovoljivo, kar vpliva na deficit informiranosti za celostno obravnavo ali za integralni pristop v zdravstveni negi. Z istim instrumentom je bila predhodno izvedena raziskava na temo informiranosti kot pogoju za sodelovanje med zdravstvenim in socialnim varstvom na vzorcu 30 izvajalcev zdravstvene nege in 30 strokovnih delavcev s področja socialnega varstva iz jugovzhodne regije. Ugotovitvi obeh raziskav se dopolnjujeta in kažeta na to, da se strokovni delavci soočajo z diskurzom preobilja ali pomanjkanja informacij in z zavedanjem, da je celostna obravnava pacienta v sistemu zdravstvenega varstva ali uporabnika v sistemu socialnega varstva zgolj parcialna. Poskusi preseganja teh omejitev vse prevečkrat temeljijo na osebnih angažiranosti posameznih strokovnih delavcev ali celo na asertivnosti človeka, ki potrebuje kompleksno pomoč, ali njemu pomembnih oseb (Zupančič, 2011).

Uletova (2003) navaja, da raziskave kažejo, da vsak posameznik razvije svoj lasten splošni duševni sistem prilagajanja, ki mu omogoča, da se odzove na vsako situacijo z določenimi odgovori.

Rezultatov te raziskave nikakor ne moremo posploševati na celotno populacijo medicinskih sester, a vendar kažejo na nujnost posvečanja pozornosti tudi procesom informiranja, saj informiranost vpliva na odzivnost, ki je temelj delovanja v zdravstveni negi.

Zaključek

Znameniti Sokratov rek - Vem, da nič ne vem. - je za današnji čas še kako aktualen. Razmere kličejo po vzpostavitvi kritičnega stališča do obstoječega sistema medsektorskega informiranja, ki duši možnosti za razvoj etično zadovoljive skrbi. Ignoranca nasproti odzivnosti ni pravi odgovor na obstoječe stanje, še posebno ne v zdravstveni negi, kjer gre za poseben način vstopanja in delovanja v zasebni in intimni svet posameznika, ki je trenutno v vlogi pacienta. Bolezen kot ovira v človekovem življenju ne sme biti razlog za vstop »množice strokovnjakov v zasebno življenje posameznika« ali »socialne izolacije in potiskanja na družbeni rob«. Uravnoteženje obeh možnosti prinaša integralni pristop v strategijah skrbi, tudi v zdravstveni negi. Odgovornost in dolžnost izvajalcev zdravstvene nege v prizadevanjih za celotno obravnavo v njenem najširšem pomenu se začne prav pri dvigu stopnje lastne informiranosti. Potrebno je reorganizirati sistem informiranja tako na osebni ravni kot na ravni organizacije in države. Nujna je izgradnja vzdržnega sistema motiviranja, ki kot zunanja spodbuda podpira notranjo motivacijo izvajalca zdravstvene nege. Kompetence medicinske sestre so široke, a vendar omejene. Prav motivirana odgovornost za dojetanje dolžnosti v smislu odzivnosti na potrebe pacienta v obliki integralnega pristopa ter samozavest kot gotova posledica informirane odzivnosti pri delovanju v odnosu s pacientom botrujeta k zadovoljstvu vseh udeleženih. Ključna sta odločitve in prizadevanje vseh udeleženih za vseživljenjsko učenje, socialno mreženje in ciljno informiranje.

Literatura

1. Epler MJ. Managing information quality. Berlin: Hedelberg 2003; Dostopno na: http://www.google.com/books?hl=sl&clr=&cid=nRcCx0riH_4C&oi=fnd&cp=PR9&dq=Manag+information+quality&ots=peFk0aAdGA&sig=Lwui4Xi0Kyueanj7FsJKkvi1kA#v=onepage&q=Managing%20information%20quality&f=false (23.11.2011).
2. Gosar M. Sodobna socialna etika: sociološke in gospodarske osnove. Ljubljana: Rokus; 1994.
3. Kovačič Peršin P. Etično kot drža in mesto etične misli v času postideologij. In: Rus V, eds. Etika in morala v sodobni družbi. Ljubljana: Društvo T.G. Masaryk za filozofsko antropologijo, etiko, ter za humanistične in družbene vede: Anthropos; 1997: 115-121.
4. Merila in kazalci informacijske pismenosti v visokem šolstvu. Ljubljana: Zveza bibliotekarskih društev 2010; Dostopno na: http://www.ris.org/uploadi/editor/1287236122infolit_solvenian.pdf (23.11.2011).
5. Milojević Z. Psihoterapija i razumevanje emocija. Beograd: Prometej; 1999.

6. Ošlaj B. Princip odgovornosti kot etično posredovanje med svobodo in bitjo. In: Rus V, eds. Etika in morala v sodobni družbi. Ljubljana: Društvo T.G. Masaryk za filozofsko antropologijo, etiko, ter za humanistične in družbene vede: Anthropos; 1997: 275-287.
7. Rus V. Med socialno psihologijo in etiko. In: V. Rus V, eds. Etika in morala v sodobni družbi (str. 190-206). Ljubljana: Društvo T.G. Masaryk za filozofsko antropologijo, etiko, ter za humanistične in družbene vede: Anthropos; 1997: 190-206.
8. Sevenhuijsen S. Prostor za skrb. Pomen etike skrbi za socialno politiko. In:
9. Sevenhuijsen S, Švab V, eds. Labirinti skrbi: pomen perspektivne etike skrbi za socialno politiko. Ljubljana: Mirovni inštitut, Inštitut za sodobne in politične študije; 2003: 13-39.
10. Slovar slovenskega knjižnega jezika. Ljubljana: DZS; 2005.
11. Stres A. Etika ali filozofija morale. Ljubljana: Družina; 1999.
12. Theng CI., Hsiao FJ., Chou TA. Nurse-perceived time pressure and patient-perceived care quality. *Journal of Nursing Management*, 2010;18, 275- 284; Dostopno na: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&hid=106&csid=46fcffb3-0e9b4794-8113-6efd40595b91%40sessionmgr111> (20.11.2011).
13. Tschudin V. Etika v zdravstveni negi: razmerja skrbi. Ljubljana: Educy. Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2004.
14. Ule M. Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine. Maribor: Aristej; 2003.
15. Zupančič V. Etična odgovornost v skrbi za informirano delovanje kot skupni imenovalac v prizadevanjih za celostno obravnavo na področju zdravstvenega in socialnega varstva. In: Železnik D, Kaučič BM, eds. Gradimo prihodnost: odprti za spremembe in nove izzive na področju raziskovanja zdravstvenih in socialnih ved: zbornik predavanj z recenzijo. Maribor: Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec, Založba Pivec; 2011: 116-123.

ALI V CENTRALNI STERILIZACIJI VELJA PRAVILO 7 P?

Marta Benedik, Nada Jarkovič, Martina Peterlin¹⁹

Povzetek

Centralna sterilizacija kot samostojna enota Splošne bolnišnice Novo mesto nudi podporo (s sterilnim materialom) vsem bolnišničnim oddelkom. V prispevku je predstavljen oddelek centralne sterilizacije in sodelovanje z ostalimi oddelki.

Ključne besede: centralna sterilizacija, instrumentarij, operacijska mreža, seznam, naročilnica

Uvod

Centralna sterilizacija (CS) je samostojna enota Splošne bolnišnice Novo mesto. Deluje šesto leto in nudi podporo s sterilnim materialom vsem bolnišničnim oddelkom, operacijskim sobam, ambulantam, lekarni in kuhinji.

Zaposleni v CS imamo še vedno občutek, da nas naši sodelavci ne poznajo. Odločile smo se, da se predstavimo ter tako pripomoremo k boljšemu sodelovanju. Sodelovanje je eno izmed pomembnih dejavnikov odgovornosti.

Naše delo temelji na pripravi instrumentarija, sanitetnega materiala in perila za sterilizacijo. Vključuje pa tudi transport do končnih uporabnikov. Na prvi pogled nič posebnega, vendar je naše delo izjemno odgovorno.

V enoti je zaposlenih 11 SMS/ZT in ena DMS. Stalno je v dopoldanskem času iz službe za čiščenje, transport in kurirska dela razporejena bolniška strežnica.

Naše delo ni neposredno ob bolniku, zagotovo pa za bolnika. Tudi v naši enoti spoštujemo pravila 7 P in jih dnevno apliciramo v naše delo.

¹⁹ Marta Benedik, ZT, Splošna bolnišnica Novo mesto
Nada Jarkovič, ZT, Splošna bolnišnica Novo mesto
Martina Peterlin, SMS, Splošna bolnišnica Novo mesto

Pravila smo poimenovala tako:

- PRAVI ODDELEK
- PRAVO ŠTEVILO INSTRUMENTOV – SEZNAMI
- PRAVI INSTRUMENTI NA OP. MREŽI, SETU
- PREDPISANI NAČIN – NAČIN ČIŠČENJA IN VRSTA STERILIZACIJE
- PRAVI ČAS – URNIK TRANSPORTA
- POPOLNA DOKUMENTACIJA – VODENJE ZAPISOV VSEH POSTOPKOV DELA, NAROČILNICA, IZDAJNICA
- PARTNERSTVO IN SODELOVANJE MED VSEMI ZAPOSLENIMI V ZDRAVSTVENI NEGI – KLJUČNO

PROCES STERILIZACIJE poteka v petih fazah: čiščenje, priprava in pakiranje, postopka sterilizacije, skladiščenje ter izdaja in uporaba. Vidimo, da predstavlja zaključen krog, ki se začne v sami op. sobi ali na oddelku in konča, ko je sterilni material (instrumentarij in ostali pripomočki) pripravljen za ponovno uporabo.

Sterilizacija je prvi in najpomembnejši člen v verigi preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb, saj se storitve uporabljajo v vsej ustanovi in ravno postopek sterilizacije s sodobnimi tehnološkimi procesi po evropskih standardih omogoča visoko stopnjo varnosti. Enota CS ni ločena enota in njen uspeh je možen le v povezovanju z oddelki in operacijskimi sobami.

Razvoj znanosti na področju kirurgije, novih materialov in instrumentov, novih tehnik sterilizacije, aparatur, razvoj in uporaba kemikalij ter nastanka rezistence različnih mikroorganizmov ter pojavov novih bolezni narekuje nenehen razvoj dela na celotnem področju dela v sterilizaciji. Ne moremo si ga več predstavljati brez organiziranega in celovitega pristopa. Zavedamo se potreb po nenehnem izpopolnjevanju znanja. Delo v sterilizaciji narekujejo številne evropske norme ter pravilniki (o preprečevanju bolnišničnih okužb, iz varstva pri delu) ter še druga priporočila.

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki v sterilizaciji v svojem delokrogu obvladujejo celotno področje procesiranja materiala od dekontaminacije, transporta, dezinfekcije, čiščenja, kontrole in nege instrumentov, pakiranja pred sterilizacijskim postopkom, različnih vrst sterilizacijskih postopkov, celotne dokumentacije s področja polnitve sterilizatorjev do nadzora kvalitete postopkov, shranjevanja tehnične dokumentacije, skladiščenja sterilnega materiala ter transporta iz sterilizacije.

Sterilizacija je pomemben del procesa v celostni obravnavi bolnika. V bolnišnici Novo mesto se tega zavedamo od začetka obstoja sterilizacije, zato sledimo novim smernicam na področju sterilizacije.

Proces sterilizacije je organiziran na način enosmerne poti. S tem je onemogočeno križanje umazanega, čistega in sterilnega materiala. Barva tal označuje tri cone: rdeče - nečisto, modro - čisto, zeleno - sterilno cono. Termodezinfektorji med seboj ločujejo nečisto in čisto cono,

medtem ko prehodna parna sterilizatorja fizično ločujeta čisto in sterilno cono. Pot oz. proces obdelave sterilizacije materiala je možna le po tej poti.

PRAVI ODDELEK

Vsi uporabniki naših storitev želijo, da se material, ki so ga oddali v proces sterilizacije, tehnično brezhiben vrne pravemu oddelku. Vsak oddelek, ambulanta ima v transportnem vozičku za umazan instrumentarij označeno posodo, v katero se odlagajo instrumenti oziroma material, ki je namenjen za reprocessiranje. V postopku priprave instrumentov se označi ime oddelka in operacijske sobe, le tako se je možno izogniti nepotrebnim zapletom.

Najpogostejše težave nastopijo pri zamenjavi setov in pri izposoji med oddelki, npr. set subclavia, razni pripomočki za fizioterapijo, ki so označeni za določen oddelek, na naročilnici pa so naročeni na drug oddelek. Pri transportu nečistega materiala v CS iz določenih enot prihajajo instrumenti neustrezno pripravljene. Zaradi nepazljivosti velikokrat ostanejo na skalpelih rezila ali uporabljene igle.

PRAVO ŠTEVILO - SEZNAMI

Racionalizacija materiala je danes še kako potrebna, zato imamo v enoti CS seznam setov, ki jih naši uporabniki naročajo. Nekateri seti vsebujejo poleg natančnega števila sanitetnega materiala in tekstila še določeno število instrumentov. Pri realizaciji naročilnic včasih opazimo, da se število instrumentov ne ujema s številom naročenih setov, oddelki naročajo sanitetni material na zalogo ali zaradi pomanjkanja časa naročijo material, ki je namenjen za operacijsko sobo. Naš največji uporabnik je prav gotovo centralni operacijski blok (COB). Sezname mrež vsebujejo natančno število in vrsto instrumentov. Pri sestavljanju operacijskih mrež včasih nastopijo težave, ko se pri eni operaciji uporabi več mrež, instrumenti pa so pomešani ali manjkajo.

PRAVI INSTRUMENTI NA OPERACIJSKI MREŽI, SETU

Vsak instrument ali pripomoček ima ime, npr. pinceta krg, kohlea, preparator, klešče za endoskopijo itd. Pri specialnih, ki se uporabljajo, npr. pri ortopedskih operacijah, so nepogrešljiv pripomoček fotografije mrež, kjer so instrumenti dobro vidni. Priprava naročenih setov je precej težavna, kadar se instrumenti ne ujemajo s seznamom v setu, npr. preveč pincet, brez šivalnika. Pogosto se uporabljajo domača imena, npr. špička, srajčka, ki jih v šifrantu ni.

PREDPISAN NAČIN ČIŠČENJA IN VRSTE STERILIZACIJE

Čiščenje instrumentov in pripomočkov je zahteven in odgovoren proces, ki terja veliko zbranosti in pravilnega odločanja oseb, ki to delo izvajajo. Vsekakor je danes obdelava

instrumentov v termodezinfektorju nepogrešljiva. Endoskopski instrumenti, kamere, optike, vrtalke itd. so velik izdatek za ustanovo, zato potrebujejo posebno nego (mehanično čiščenje in skrbno oljenje) po navodilih proizvajalca. Prejete instrumente med pripravo za nadaljnjo obdelavo opazujemo in morebitne poškodbe ali nepravilnosti takoj sporočimo lastniku. V normativih je določeno enoslojno pakiranje setov, ki so namenjeni za uporabo oddelkom. Dvoslojno pakiranje je zaradi lažjega rokovanja namenjeno izključno operacijskim sobam. Najpogostejši način sterilizacije je avtoklaviranje, plazma, sterilizacija pa je namenjena instrumentom in pripomočkom, ki so termolabilni. Morebitne napake pri izbiri načina sterilizacije lahko poškodujejo ali onemogočijo funkcionalnost instrumenta.

PRAVI ČAS - URNIK TRANSPORTA

Vsi naši uporabniki imajo urnik za transport umazanega in sterilnega materiala. Oseba, ki je v umazani coni, sproti preverja, ali transport umazanega materiala poteka po urniku. Po krajšem časovnem zamiku obvesti za to zadolženo službo, da pripelje manjkajoči voziček. Kar nekaj oddelkov želi zaradi premajhnega števila instrumentov prioriteto obdelavo, da jim instrumente še isti dan vrnemo v ponovno uporabo. Prav tako tudi v COB-u zaradi pomanjkanja mrež dnevno sporočajo, kaj želijo za naprej. Za kar se da nemoteno delovanje vseh uporabnikov je nujno beleženje na tabli, ki je na vidnem mesu v CS.

POPOLNA DOKUMENTACIJA - VODENJE ZAPISKOV VSEH POSTOPKOV DELA, NAROČILNICA, IZDAJNICA

Opravljanje tako specialnega postopka, kot je sterilizacija, zahteva veliko predpisov, predvsem o rokovanju z infektivnimi materiali in instrumenti, npr. ki so bili uporabljeni pri bolniku s hepatitisu B, C, MRSA, HIV... Izdelana imamo vsa navodila o čiščenju in uporabi termodezinfektorjev in sterilizatorjev. Zelo pomembna dokumentacija so naročilnice, ki predstavljajo neko vrsto komunikacije z našimi uporabniki. Pri oddelkih, kjer se število setov in materiala ne ujema s številom naročenega, se izda še izdajnica z vsemi popravki. Na izdajnici je razvidno dejansko stanje izdanega materiala in s tem tudi stroški. Vse, kar ni naročeno, zabeležimo v posebnem seznamu. Ker dnevno izdajamo material, bi bilo pravilno naročanje za sprotne potrebe in ne na zalogo. S tem bi bile pokrite potrebe v normalni porabi, to pa je izvedljivo le pri natančnem določanju in pri poslednji oddaji naročil.

PARTNERSTVO IN SODELOVANJE MED VSEMI ZAPOSLENIMI

Komunikacija s centralno sterilizacijo (zaposlenimi) kaže odnos uporabnikov do nas. Zaradi včasih površnega sodelovanja ali celo nesodelovanja v vseh smereh prihaja do nepotrebnih zapletov in slabe volje. Velikokrat slišimo opazke in komentarje na naš račun. Tako kot mi, ki sicer prihajamo iz oddelkov in vaše delo malo poznamo, ne moremo soditi vas, želimo, da nas

kot svoje sodelavce sprejmete tudi vi. Skrajni čas je, da tudi zaposleni v zdravstveni negi na vseh področjih stopimo skupaj in uresničimo svoje poslanstvo. Dosegli pa ga bomo le takrat, ko bomo sposobni sodelovanja in odprte komunikacije. Enote, ki skrbno in natančno oddajo naročilnice, si zaslužijo vso pohvalo, ker nam s tem zelo olajšajo delo. Veselimo se nadaljnega sodelovanja z vami, le tako bomo lahko vedno boljši.

Viri

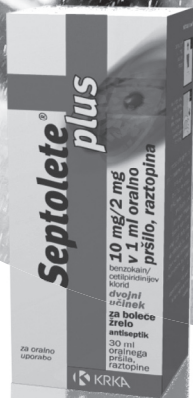
1. Belšak M. Medicinske sestre zaposlene v centralni sterilizaciji in operacijskem bloku z roko v roki. Dostopno na: http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/sekcije/Zbornik-2009_sterilizacija.pdf. (24.11.2011).
2. Prisavec T. Centralna sterilizacija v SB Jesenice v novi podobi. In: Žagar A. Zbornik predavanj Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v sterilizaciji. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v sterilizaciji ; 2011.
3. Žagar A. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v sterilizaciji. Dostopno na: http://www.zbornica-zveza.si/Sekcija_medicinskih_sester_in_zdravstvenih_tehnikov_v_sterilizaciji.aspx. (24.11.2011).

SREČANJE SO OMOGOČILI

Generalni sponzor:



Naredimo vse, da bi razumeli boleče grlo.



Zato smo se za vas postavili ob velikansko lužo, ko je mimo peljal avto. In pršilo Septolete plus se pri vnetem grlu res izkaže, saj:

- ✔ **hitro lajša močnejšo bolečino,**
- ✔ **hitro doseže široko površino grla,**
- ✔ **preprečuje nadaljnje okužbe.**



Septolete[®]
In vaše grlo spet deluje.

www.krka.si

KRKA

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

Pred uporabo natančno preberite navodilo!

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



doreta[®]

tramadol in paracetamol 37,5 mg in 325 mg
filmsko obložene tablete



Usklajeno nad bolečino

Doreta[®] (tramadol & paracetamol)

Slovenija, 01/2012, 2012-15995, RB/MZ.

Sestava Ena filmsko obložena tableta vsebuje 37,5 mg tramadolijevga klorida, kar ustreza 32,94 mg tramadola, in 325 mg paracetamola. **Indikacija** Simptomatsko zdravljenje srednje močnih do močnih bolečin. **Odmerjanje in način uporabe** Odrasli in mladostniki (12 let in starejši) Odmerek je treba individualno prilagoditi glede na jakost bolečine in bolnikov odziv. Kot začetni odmerek se priporočata 2 tableti Dorete. Po potrebi bolnik lahko vzame dodatni odmerek, vendar ne več kot 8 tablet na dan. Med posameznimi odmerki naj ne mine manj kot šest ur. **Otroci** Pri otrocih, mlajših od 12 let, učinkovitost in varna uporaba Dorete ni bila dokazana, zato zdravljenja z njo ne priporočamo. **Kontraindikacije** Preobčutljivost za zdravilni učinkovini ali katerikoli pomožno snov. Akutna zastrupitev z alkoholom, uspavalni, centralno delujočimi analgetiki, opioidi ali psihotropnimi zdravili. Doreta ne smejo jemati bolniki, ki jemljejo zaviralce monoaminooksidaze (MAO) ali pa so jih prenehali jemati pred manj kot dvema tednoma. Huda jetrna okvara. Nezadostno zdravljena epilepsija. **Previdnostni ukrepi** Doreto moramo uporabljati previdno pri bolnikih, odvisnih od opioidov, bolnikih s poškodbami glave, bolnikih, ki so nagnjeni h konvulzivnim motnjam, bolnikih z motnjami delovanja žolčnega trakta, bolnikih v šoku, bolnikih z motnjami zavesti neznanega vzroka, z okvarami dihalnega centra ali dihalne funkcije ter pri bolnikih z zvišanim intrakranialnim tlakom. **Medsebojno delovanje z drugimi zdravili in druge oblike interakcij** Odsvetujemo pitje alkohola, sočasno jemanje s karbamazepinom in drugimi encimskimi induktorji, z opioidnimi

agonisti in antagonistami (buprenorfinom, nalbupinom, pentazocinom). Interakcije lahko nastopijo pri sočasnem jemanju Dorete s serotonergičnimi zdravili, z drugimi zaviralci osrednjega živčevja, z varfarinom podobnimi snovmi, z drugimi zdravili, ki zavirajo CYP3A4, in z zdravili, ki znižujejo prag za nastanek krčev. **Nosečnost in dojenje** Doreta vsebuje fiksno kombinacijo zdravilnih učinkovini, tudi tramadola, zato naj je ne bi jemale nosečnice in matere, ki dojijo. **Preveliko odmerjanje** Pri prevelikem odmerjanju se lahko pojavijo znaki in simptomi zastrupitve s tramadolom ali paracetamolom oziroma z obema zdravilnima učinkovinama. **Posebno opozorilo** Največji odmerek pri odraslih in mladostnikih, starejših od 12 let, naj ne preseže 8 tablet zdravila Doreta na dan. Da ne bi prišlo do nenamernega prevelikega odmerjanja, je treba bolnike opozoriti, naj ne presežejo priporočenega odmerka in naj brez posvetovanja z zdravnikom sočasno ne jemljejo nobenega drugega zdravila, ki vsebuje paracetamol (vključno z zdravili, ki se dobijo brez recepta) ali tramadolijev klorid. **Neželeni učinki** Najpogostejši neželeni učinki, ki so se pojavili pri kliničnih preizkušanjih, opravljenih s kombinacijo paracetamola in tramadola, so bili navzea, omotica in zaspanost. Pogosto se lahko pojavijo glavobol, tresenje, zmedenost, spremembe razpoloženja (anksioznost, nervoznost, evforija), motnje spanja, prebavne motnje (bruhanje, zaprtje, suha usta, driska, bolečine v trebuhu, dispepsija, flatulenca), potenje in srbečica. **Način izdajanja** Zdravilo se izdaja samo na recept. **Oprema** 20 filmsko obloženih tablet. **Datum priprave besedila** Maj 2011.

Samo za strokovno javnost. Pred uporabo preberite celoten povzetek glavnih značilnosti zdravila.
Krka, d. d., Novo mesto, Šmarješka cesta 6, 8501 Novo mesto, www.krka.si

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



ICU Medical, Inc.

MicroCLAVE®



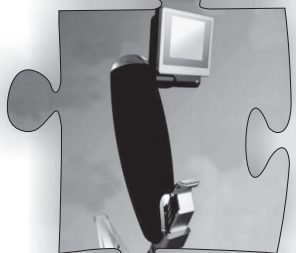
MAJHEN,
UČINKOVIT
IN EDINSTVEN

+PHARMAMED
INOVACIJE, KI REŠUJEJO ŽIVLJENJA

PHARMAMED-MADO, d.o.o., Leskoškova 9E, 1000 Ljubljana
T 01 / 541 22 30, F 01 / 541 22 31, info@pharmamed.si



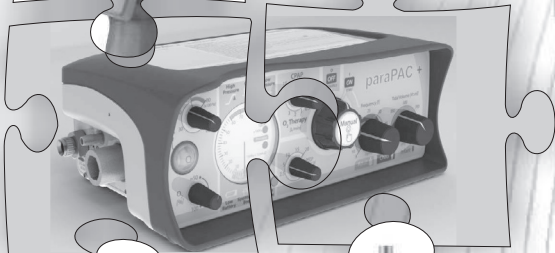
LABORATORIJSKE ANALIZE



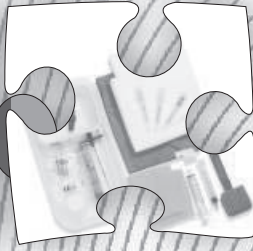
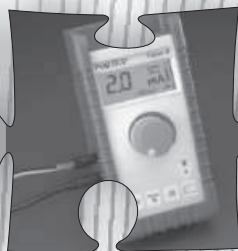
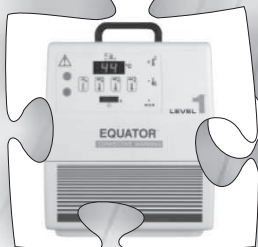
TEMPERATURNA OSKRBA BOLNIKA



TERAPIJA BOLEČINE



ŽILNI PRISTOP





Občina Dolenjske Toplice

Društvo podeželskih žena Dolenjske Toplice

Vinogradništvo in vinarstvo PRUS, Krmačina

