Univerzitetni klinični center Maribor
Oddelek za psihiatrijo

in

Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije
SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PSIHIATRIJI

Varnostni zapleti pri pacientu – priložnost za učenje

Zbornik predavanj z recenzijo

Patient Safety Incidents – an Opportunity for Learning

Proceedings of Lectures with Peer Review

Maribor,
oktober 2011

Organizator:
Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za psihiatrijo in
ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE -
ZVEZA STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN
ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE
SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PSIHIATRIJI

SEMINAR Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji
Varnostni zapleti pri pacientu – priložnost za učenje
Maribor, 12. oktober 2011
Zbornik predavanj z recenzijo

Urednik:
mag. Branko Bregar

Recenzenta:
mag. Vesna Čuk
mag. Branko Bregar

Lektor:
Ludvik Sočič

Prevod:
Jurij Mesarič

Tehnično urejanje:
Jurij Mesarič

Programski odbor: Branko Bregar, Ivanka Videčnik, Viktorija Štiglic, Dragica Križanec, Barbara Možgan

Organizacijski odbor: Branko Bregar, Ivanka Videčnik, Viktorija Štiglic, Dragica Križanec, Barbara Možgan

Založila in izdala:
Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih
sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije
SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PSIHIATRIJI

Tiskarna:
ABO grafika d.o.o.

Naklada:
100 izvodov

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

616.89-083(082)

ZBORNICA zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev
medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji.
Seminar (2011 ; Maribor)
Varnostni zapleti pri pacientu - priložnost za učenje : zbornik
predavanj z recenzijo = Patient safety incidents - an opportunity
for learning : proceedings of lectures with peer review / [Seminar
Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji,
Maribor, 12. oktober 2011] ; [organizator] Univerzitetni klinični
center Maribor in Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije -
Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih
tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih
tehnikov v psihiatriji ; [urednika Branko Bregar]. - Ljubljana :
Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev
medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije,
Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji,
2011

ISBN 978-961-93121-1-7

1. Gl. stv. nasl. 2. Vzp. stv. nasl. 3. Bregar, Branko 4.
Univerzitetni klinični center (Maribor). Oddelek za psihiatrijo

257945600

Univerzitetni klinični center Maribor
Oddelek za psihiatrijo
in
ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE -
ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE
Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji

VARNOSTNI ZAPLETI PRI PACIENTU – PRILOŽNOST ZA UČENJE
sreda, 12. 10. 2011, Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za psihiatrijo

Program srečanja:

08.00 – 09.00 **Registracija udeležencev**
09.00 - 09.30 **Uvodni pozdravi**

I. SKLOP *moderator: Dragica Križanec, dipl. m. s.*

09.30 - 10.30 **Kako priti do večje varnosti v zdravstvu**
60 min izr. prof. dr. Andrej Robida
10.30 - 11.00 **Področje varnosti ZN (opozorilni nevarni dogodki)**
30 min mag. Breda Koban, viš. med. ses., univ. dipl. org

11.00 - 11.30 **ODMOR**

II. SKLOP *moderator: Dragica Križanec, dipl. m. s.*

11.30 - 12.00 **Pacient v središču strokovne skrbi - osredotočena zdravstvena nega**
30 min Ksenija Pirš, dipl. m. s. in Danijela Pušnik, dipl. m. s.
12.00 - 12.20 **Varnostne vizite – pomemben element uvajanja varnosti za paciente**
20 min asist. Saša Čelan Stropnik, dr. med.
12.20 - 12.40 **Vpliv timskega dela na kakovost in varnost v zdravstveni negi**
20 min mag. Mateja Lorber, viš. med. ses., univ. dipl. org.
12.40 - 13.00 **Zagotavljanje varnosti študentov na kliničnih vajah v psihiatričnem okolju**
20 min mag. Klavdija Čuček Trifkovič, prof. zdr. vzg., in Milena Pišlar, univ. dipl. org

13.00 - 13.20 **ODMOR**

III. SKLOP *moderator: Dragica Križanec, dipl. m. s.*

13.20 - 13.40 **Kako v zdravstveni negi lahko vplivamo na izboljšanje kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe**
20 min mag. Vesna Čuk, prof. zdr. vzg.
13.40 - 14.00 **Zagotavljanje varnosti s fizično omejitvijo pacienta**
20 min Aleš Zemljič, dipl. zn., univ. dipl. org. dela
14.00 - 14.30 **Varna obravnava pacienta z demenco**
30 min asist. Mojca Muršec, dr. med.
14.30 - 14.50 **Kontinuirana zdravstvena nega – osnova za preprečevanje padcev pri pacientih z demenco**
20 min Andreja Avguštin-Majcen, dipl. m. s.

14.50 - 15.30 **Vprašanja in diskusija**
40 min

Kazalo

Kako priti do večje varnosti pacientov v zdravstvu..... 1
How to Improve Patient Safety in Healthcare
izr. prof. Andrej Robida, dr. med.

Vpliv komunikacije in odnosov na nastop neželenih dogodkov v zdravstveni negi..... 10
The Impact of Communication and Relationships on the Occurrence of Undesirable Events in Healthcare
mag. Breda Koban, viš. med. ses., univ. dipl. org., pred.

Pacient v središču strokovne skrbi - osredotočena zdravstvena nega..... 18
Patient at the Centre of Professional Healthcare – Client-centred Care
Ksenija Pirš, dipl. m. s., QSM in Danijela Pušnik, dipl. m. s., QSM

Varnostne vizite – pomemben element uvajanja varnosti za paciente..... 30
Patient Safety Walkarounds – an Important Element of Implementing Patient Safety
asist. Saša Čelan Stropnik, dr. med., spec. psih.

Vpliv timskega dela na kakovost in varnost v zdravstveni negi 37
Impact of Teamwork on Quality and Safety in Nursing
mag. Mateja Lorber, viš. med. ses., univ. dipl. org.

Zagotavljanje varnosti študentov na kliničnih vajah v psihiatričnem okolju 44
Ensuring the Safety of Students in Clinical Practice in the Psychiatric Enviroment
mag. Klavdija Čuček Trifkovič, prof zdr. vzg., viš. pred. in Milena Pišlar, univ. dipl. org., pred.

Kako lahko v zdravstveni negi vplivamo na izboljšanje kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe 52
How Can Nursing Providers Improve the Quality and Safety of Healthcare
mag. Vesna Čuk, viš. med. ses. spec., prof. zdr. vzg., viš. pred.

Zagotavljanje varnosti s fizično omejitvijo pacienta..... 62
Ensuring Security with Physical Limitation of a Patient
Aleš Zemljič,dipl. zn., univ. dipl. org.

Zagotavljanje varnosti pri bolnikih z demenco ……69
Ensuring Safety Patients with Dementia
Asist. Mojca Muršec, dr. med., spec. psih.

Kontinuirana zdravstvena nega – osnova za preprečevanje padcev pri pacientih z demenco 74
Continuous Nursing – Basis for Prevention of Falls for Patients with Dementia
Andreja Avguštin Majcen, dipl. m. s.

Kako priti do večje varnosti pacientov v zdravstvu

How to Improve Patient Safety in Healthcare

izr. prof. Andrej Robida, dr. med.
Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave (www.prosunt.si)
e-pošta: andrej.robida@prosunt.si

Izvleček

Članek opisuje pristop k varnosti pacientov na podlagi znanstvenih dognanj. Prikazuje zastareli, škodljivi in nevarni način pristopa k škodljivim dogodkom v Sloveniji. Opisana je naša praksa na ravni države, stanovskih organizacij in zdravstvenih ustanov ter njene posledice za varnost pacientov. Sedanji pristop podpira kulturo strahu, zato se napake ne sporočajo; izvaja se defenzivna medicina, kar vodi v razsipavanje virov; vzdržuje se nepravičen sistem, ker se za napako obtoži posameznika ali se ga celo sodno preganja in se tako zmotno misli, da do napak ne bo več prihajalo; pacient poleg tega, da utrpi škodo zaradi napake, utrpi še škodo zaradi dolgotrajnih in dragih sodnih postopkov, ker se pri odškodninskih tožbah zahteva dokaz krivde.
Največji vpliv na izboljšanje varnosti pacientov ima kultura varnosti v zdravstvenih ustanovah.
Odgovornost za izboljšanje varnosti pacientov nosi vodstvo. Dokler ne bo vodstvo dajalo vsak dan zgleda za izboljšanje varnosti pacientov, promoviralo kulture varnosti pacientov, zapisalo in udejanjalo strategije, izobrazilo in usposobilo osebja za uporabo metod in orodij za varnost pacientov, načrtovalo in izvajalo programa varnosti pacientov z letnimi cilji in njihovim vrednotenjem, dalo virov za obvladovanje tveganj, vzpostavilo delujoče funkcije pooblaščenca za varnost pacientov, vzpostavilo sistema sporočanja napak brez strahu pred posledicami in pritegnilo zdravnikov k izboljšanju sistema varnosti pacientov, se bodo napake obravnavale po starem, pacienti, bodo utrpeli škodo, v javnosti se bodo pojavljala senzacionalistična poročila o »slabih« zdravnikih in medicinskih sestrah, zdravstveni strokovnjaki bodo sodno preganjani in ciklus neumnega in nevarnega pristopa k napakam se bo ponavljal iz dneva v dan.
Da bi prešli na nov sistemski način razmišljanja in sistemski pristop k napakam pa je potrebno novo znanje, ne samo govorjenje in pisanje, da je varnost pacientov naša prva skrb, ampak dosledno udejanjanje sistemskega in sistematičnega pristopa k varnosti pacientov.
Ključne besede: varnost pacientov, obtoževanje, kultura varnosti pacientov, sistemsko razmišljanje, odgovornost

Abstract

The article describes a patient safety approach, based on scientific findings. Slovenian approach, which is considered out-dated, dangerous and damaging, is also described together with Slovenian practice and its consequences at the national level and the level of professional organizations and healthcare institutions. This approach promotes a culture of fear, resulting in non-communication of errors, practice of defensive medicine and unjust system, which shifts blame onto shoulders of an individual. A new systematic way of thinking and a new systematic approach to the handling of errors demand new knowledge – not only talking that the patient safety is our main priority – and consistent execution.
Key words: patient safety, blaming, patient safety culture, system thinking, acountability

Uvod

Napake s škodo za pacienta zavzemajo povsod po svetu epidemiološke razsežnosti. Študije so pokazale, da vsak deseti pacient v akutni bolnišnici utrpi škodo za zdravje zaradi napak in ne zaradi komplikacije svoje bolezni (Brennan et al., Leape et al. 1991; 1991a; 1991b; Wilson et al.,1995; Vincent, Neale, Woloshynowych, 2001; Davis et al., 2002; Davis et al., 2003; Baker et al., 2004). Ekstrapolirani rezultati iz študije Inštituta za medicino v ZDA (Institute of medicine, 2000) kažejo, da v Sloveniji letno doživi škodo za zdravje zaradi napak okrog 35.000 (petintrideset tisoč) pacientov, ki se zdravijo v akutnih bolnišnicah, in jih zaradi tega umre več kot v prometnih nesrečah – od 410 do 890. Lastne študije o pogostnosti napak s škodo pri nas (še) nimamo.

Kaj delamo pri nas za izboljševanje varnosti pacientov? Uporabljamo zastareli način pristopa k napakam, ki izvira še iz bronaste dobe

1. *Obtoževanje posameznika*

Ko pride do napake s škodo za zdravje pacienta, pri nas še vedno obtožujemo posameznika. Ker imamo zdravstveni strokovnjaki človeške možgane, ki so zmotljivi, nepazljivi, nepozorni, … smo lahko kazensko preganjani in smo torej potencialni kriminalci. Zaradi tega, ker imamo človeške možgane? Ali zaradi tega, ker sta pravosodje in medicina ignorantna do znanosti o varnosti pacientov?

Zakaj je še vedno prisoten ta zastareli način obravnavanja napak, ki je nevaren in ima hude posledice predvsem za bodoče paciente, pa tudi za zdravstvene strokovnjake. Vodi v skrivanje napak in defenzivno medicino. Napak ne sporočamo, priložnost za učenje se izgubi in do poprave sistemov, v katerih delamo, ne pride. Pri nas prevladuje mit o nezmotljivosti zdravstvenih strokovnjakov, ki je prisoten med ljudmi, pacienti in mediji. Podpira ga zakonodaja in, kar je morda še huje, tudi stanovske organizacije, ki kot nekakšna država v državi s parasodnimi procesi odločajo, ali bodo njihovi člani dobili javni opomin ali odvzem licence, in se nato še prepirajo, ali je dovolj, če komu vzamejo licenco za »pol ure ali za celo uro«. Ovira je tudi v nas samih. Še vedno mislimo tako kot sodstvo, da se bo varnost pacientov izboljšala, če bodo posamezni zdravstveni strokovnjaki bolj pozorni, bolj skrbni in podobno. Morda se spomnite, kaj so vam govorili, ko ste bili študentje: bodite natančni, skrbni, pozorni … pri svojem delu. Če se je zgodila napaka, pa morda: »Drugič bodi bolj pozorna.« Ali: »Le kako si to storila, saj že vsaka študentka prvega letnika zdravstvene šole ve, da tako ne gre.« Tudi sami zdravstveni strokovnjaki, vzgojeni na ta način, mislijo, da je za napako največkrat kriv prav posameznik in če so vpleteni v dogodek, čutijo moralno sramoto (Robida, 2004).

Zgodba

Letos je okrožno sodišče v Celju dva zdravnika spoznalo kriva kaznivega dejanja povzročitve smrti iz malomarnosti ter ju obsodilo na pogojno kazen: šest mesecev zapora, pogojno za leto dni. Radiologu je tožilec očital, da je v svoji zasebni ambulanti kot koncesionar neke bolnišnice pri odčitavanju slike računalniške tomografije pacienta spregledal koloidno cisto v možganih. Drugi zdravnik v istem tragičnem primeru pa po mnenju tožilstva in tudi senata med dežurstvom v neki bolnišnici kot pristojni zdravnik ni pravočasno odredil diagnostičnih pregledov in nevroradioloških preiskav pri omenjenem pacientu. Komisija za izvedenska mnenja pri Medicinski fakulteti je za izdelavo mnenja o sliki določila zdravnika, ki je opazil osem milimetrov veliko cisto. Enako je menil še izvedenec nevrolog, ki je na sliki prav tako opazil cisto. Za dežurnega zdravnika je senat menil, da se je to zgodilo tudi zaradi

preobremenjenosti zdravnika v tem času, zato je šlo za najmanjšo stopnjo malomarnosti (Possni, 2011).

Komentar
Sodišče se je spraševalo »Kdo je kriv?« in ne »Zakaj se je to zgodilo?« Ravnalo je po zakonodaji, ki v 26. členu Kazenskega zakonika (2008) pravi: »Kaznivo dejanje je storjeno iz malomarnosti, če storilec ne ravna s potrebno pazljivostjo, s katero po okoliščinah in osebnih lastnostih mora in je zmožen kaj storiti ali opustiti.«
In zagrožene kazni za malomarnost? 179. člen:
(1) Zdravnik, ki pri opravljanju zdravniške dejavnosti iz malomarnosti ravna v nasprotju s pravili zdravniške znanosti in stroke in tako povzroči, da se komu občutno poslabša zdravje, se kaznuje z zaporom do treh let.
2) Enako se kaznuje zdravstveni delavec, ki pri svoji zdravstveni dejavnosti ravna v nasprotju s pravili stroke, pa pri tem povzroči, da se komu občutno poslabša zdravje ali ... (Kazenski zakonik, 2008).

2. *Spodbujanje sindrom ranljivega sistema*

Samo deklarativne izjave o tem, da je varnost pacientov prva prioriteta zdravstva, ne pomagajo. Zdravstvene ustanove še naprej podpirajo sindrom ranljivega sistema (Robida, 2004). Gre za sprevrženo maščevanje, zob za zob, in kazanje vseh lastnosti sindroma ranljivega sistema, ki ima tri patološke prvine:

- *lažno odličnost*: navzven se kažemo kot ustanova odličnosti;
- *obtoževanje posameznika*: spravimo se na tistega, ki je bil zadnji v verigi napak ali na sporočevalca, ker nam kvari »ugled«. Osnovano je na »osebnem modelu« razlaganja nastanka napak, kjer gre za »kazanje s prstom na krivca« in za zadovoljevanje primitivnih čustev z željo po kaznovanju;
- *zanikanje*: največkrat zanikamo, da gre za sistemski problem ali da je bilo sploh kaj narobe (Reason, Carthey, de Leval, 2001).

Vsaka od teh sistemskih patoloških prvin je globoko zakoreninjena v človeški psihi in je zato bolj ali manj prisotna v vseh organizacijskih kulturah, tudi v zdravstvu.

Ali imamo pri nas patološko ali tvorno kulturo varnosti?

Kulturo varnosti lahko opišemo kot patološko (»Briga nas, dokler nas ne ujamejo.«), reaktivno (»Varnost je pomembna. Veliko naredimo, ko pride do napake.«), preračunljivo (»Imamo vzpostavljene sisteme za obvladovanje vseh tveganj.«), proaktivno (»Obravnavamo probleme, ki jih odkrijemo.«) in tvorno (»Varnost je vpeta v vsakdanje delo, v vsako našo aktivnost.«) (Parker, 2006).

Posledice našega sedanjega ravnanja za varnost pacientov in našo lastno varnost

Pri nas se varnosti pacientov, osnovane na znanstvenih dokazih, le stežka lotevamo, na kar kažejo nedavni dogodki obravnave odmevnih tragičnih dogodkov, ki so pokazali ne samo na ignoranco, ampak tudi na aroganco vsaj ene stanovske organizacije, ki po mojem mnenju sploh nima kaj iskati pri analizi dogodkov, saj je to primarna stvar zdravstvene ustanove, kjer se je nesreča zgodila, oziroma regulatornega organa, ki je odgovoren za svoje državljane.

Najpomembnejše posledice starega, trdovratnega načina obravnavanja varnosti pacientov, podprtega z zastarelo zakonodajo, so:

1. Strah pred sporočanjem napak pri zdravstvenem osebju in posledično prikrivanje napak, zaradi česar se iz napak ne moremo učiti in ne moremo izboljševati varnosti pacientov.
2. Izvajanje defenzivne medicine, kar vodi v razsipavanje človeških virov, finančnih virov in podaljšuje čakalne dobe.
3. Vztrajanje pri mišljenju o nezmotljivih zdravstvenih strokovnjakih in pogromu, če se kdo predrzne biti zmotljiv. In to samo takrat, kadar napaka privede do škodljivih posledic za pacienta. Če posledic ni, se napaka sploh ne obravnava in zamujena je priložnost za učenje in izboljšanje procesa ali sistema, kjer se je napaka zgodila. Ker se napake ne analizirajo, se nič ne spremeni, in ko ponovno pride do napake v isti ustanovi ali drugje, spet postopamo po starem s kazanjem s prstom na posameznega zdravstvenega strokovnjaka. Tako vzdržujemo nepravičen in nevaren sistem.
4. Stanovske organizacije in sodstvo zmotno mislijo, ker nočejo razumeti delovanja človeških možganov, da bodo s kaznovanjem posameznika dosegle to, da bodo preostali zdravstveni strokovnjaki bolj pozorni in ne bodo delali napak. To najbrž sloni na predpostavki, da se bodo zdravniki in medicinske sestre tako tresli od strahu, ker jim grozi kriminalistično preganjanje, da ne bodo nikoli napravili nobene napake. A glej ga zlomka, napake se kar ponavljajo, saj imajo zmotljive človeške možgane. Morda pa je to le znak lenobe, ker sprememba zakonodaje in znanstvenega pristopa k izboljševanju varnosti pacientov zahteva nekaj napora in nekaj virov ali pa gre pri stanovskih organizacijah in pravosodju samo za vztrajanje pri sindromu ranljivega sistema.
5. Gre za dvojno škodovanje pacientu, najprej zaradi samega škodljivega dogodka in nato še zaradi dolgotrajnih in dragih sodnih postopkov, ker se pri odškodninskih tožbah zahteva dokaz krivde.

Česa vsega nimamo, pa bi že dolgo lahko imeli?

Brez strateške odločitve vrhnjega vodstva vsake zdravstvene ustanove v vsaki zdravstveni dejavnosti je izboljševanje varnosti pacientov iluzija in v je najboljšem primeru razdrobljena in na ramenih navdušenih posameznikov, a večje uspešnosti na ravni zdravstvene ustanove tako ni moč doseči. Potrebujemo močno voditeljstvo z izkazanim sodelovanjem pri izboljševanju kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave, izvajanje zdravstvene prakse na osnovi znanstvenih dokazov, vzdrževanje kulture varnosti, ki je pravična, odgovornost, sodelovanje pacientov, izobraževanje in opolnomočenje osebja, dogovorjene cilje kakovosti in varnosti z merili, vključno z merjenjem kulture varnosti, poti sporočanja napak, učenje iz napak, ocenjevanje tveganj in vpeljavo presoje zdravstvene prakse.

Kako naj bi izgledal sistem za varnost pacientov v zdravstveni ustanovi?

Za uspešno vzpostavitev sistema izboljševanja varnosti pacientov so potrebne naslednje prvine:

1. Zavezanost vodstva varnosti pacientov - varnost je prva prioriteta zdravstvene ustanove, ne samo na papirju
Vodstvo je model zgledovanja za osebja. Vrednote vodstva se nezavedno prenašajo na osebje. Vodstvo sodeluje in skupaj z zaposlenimi proslavlja uspehe pri izboljševanju varnosti pacientov. Poudarja razvoj in vpeljavo strategije in ciljev varnosti v vsakdanjo prakso in njihovo merjenje. Svet zavoda zahteva poročila o zastavljenih in izmerjenih ciljih za izboljševanje varnosti in redno pregleduje poročila na svojih sejah.

2. Kultura varnosti in njeno merjenje. Merjenje kulture varnosti in zastavljanje izboljšav na podlagi rezultatov
Vodstvo podpira učenje in inovacije, ceni vse zaposlene in jih opolnomoči, osredotoči se na varnost pacientov in spodbuja timsko delo. Usposabljanja za timsko delo v povezavi s spremembo kulture varnosti pacientov se je najbolje lotiti na ravni mikrosistema. Orodja za izboljševanje varnosti pacientov z oblikovanjem mikrosistema so pripravljena, prav tako usposabljanje za timsko delo (www. prosunt.si).

3. Varnost je vključena v strategijo zdravstvene organizacije
Vodstvo zastavi jasne prioritete za izboljševanje varnosti pacientov. Strategija je del strategije celotne zdravstvene ustanove. Udejanjanje strategije vodstvo spremlja in zahteva poročila, ker je večkrat potrebno strategijo prilagoditi glede na dobljene rezultate in probleme, ki nastajajo pri njenem izvajanju. Vodstvo poskrbi za pravila, navodila in usmeritve in daje spodbude v obliki priznanj in nagrad glede na uspešnost pri izboljševanju varnosti pacientov.

4. Izobraževanje in usposabljanje osebja in promocija varnosti
Ker gre za novo področje, kjer primanjkuje znanja, vodstvo poskrbi za izobraževanje in usposabljanje vsega osebja, ki dela s pacienti in svojci, in še posebej tistih, ko bodo potrebovali specifična znanja za posamezna področja varnosti pacientov, kot so: uvedba in vzdrževanje sistema za sporočanja varnostnih incidentov (točka 8), retroaktivna analiza napak (točka 9) in proaktivni pristop k obvladovanju tveganj. Potrebna so tudi znanja in usposabljanje za timsko delo s poudarkom na varnosti pacientov in znanju o modelu za izvajanje izboljšav in komunikaciji med osebjem in s pacientom, posebej še, ko je treba razkriti škodljivi dogodek.
Vodstvo poskrbi za uspešno komunikacijo z osebjem prek različnih kanalov za obveščanje (intranet, e-pošta, oglasne deske, sestanki, forumi).

5. Načrt in program varnosti s ciljnimi vrednostmi in njihovo vrednotenje
Glede na prioritete zdravstvene ustanove srednje vodstvo prilagodi načrte za varnost pacientov, postavi ciljne vrednosti in jih meri. Prioritete lahko sprejmemo na podlagi merjenja varnostnih incidentov. Pri dvomesečnem spremljanju v vseh šestih psihiatričnih bolnišnicah so bili po pogostnosti varnostni incidenti razporejeni po naslednjem vrstnem redu: padci, nasilje pacientov, pobeg ali samovoljen odhod iz bolnišnice, samopoškodbe pacientov, samomor (Čuk, 2008).

6. Pooblaščenec za varnost
Vzpostavitev funkcije pooblaščenca za varnost pacientov je izrednega pomena in ga zahteva tudi ministrstvo za zdravje. Naloge so tako obsežne in zahtevne, da bi v večjih ustanovah potrebovali delovno mesto s polno zaposlitvijo. Pri nas se to še ni zgodilo. Slabša rešitev je nepolni delovni čas za pooblaščenca. Najprimerneje je, da sta to dve osebi, zdravnik in medicinska sestra. Nekaj najpomembnejših nalog: nadzor izvajanja programa varnosti pacientov in koordinacija aktivnosti oddelkov, vez med odborom za kakovost in oddelki, sodelovanje pri analizi napak, predlaganje izboljšave za varnost pacientov glede na ugotovljena tveganja, sodelovanje pri oblikovanju pravil in navodil za varnost pacientov, oblikovanje sistema in komunikacijskih mehanizmov za nekaznovalno sporočanje napak, sodelovanje pri oblikovanju standardov za varnost pacientov, pomoč oddelkom pri izboljševanju varnosti pacientov, skrb za usposabljanje osebja o varnosti pacientov in za osvežilne izobraževalne programe.

7. Viri za obvladovanje tveganj

Vodstvo poskrbi za finančne, materialne in človeške vire, ki so potrebni za izboljševanje varnosti pacientov, za zaščiten čas za osebje, da se nauči veščin in da lahko sodeluje pri izboljševanju varnosti pacientov.

8. Sistem poročanja o varnostnih incidentih in njegova informacijska podpora

9. Usposobljeni ljudje za retroaktivno analizo napak ali skorajšnjih napak

10. Proaktivni sistem za obvladovanje tveganj

11. Pritegnitev zdravnikov
Brez pritegnitve zdravnikov za izboljševanje varnosti pacientov bo uspeh izostal ali pa bo le delen. Vrhnje vodstvo se osredotoči na to, kar je za zdravnike pomembno. Razumeti mora kulturo poklicne skupine zdravnikov, ki se razlikuje od kulture drugih poklicnih skupin (Yazbeck, 2004). Pri načrtovanju strategije, programov in ciljev varnosti pacientov ne izpustite zdravnikov. Zdravniki želijo, da je uvajanje izboljšav podprto z raziskavami. Kot za vse druge zdravstvene strokovnjake je tudi za zdravnike potrebno usposabljanje s pomočjo zunanjih strokovnjakov.

Kje začeti?

Najprej ugotovimo, kakšno je stanje kulture varnosti, kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave v posameznih enotah zdravstvene ustanove, ker nekatere aktivnosti že potekajo po posameznih enotah ali poklicnih skupinah (Robida, 2010). Tako dobimo izhodiščno stanje, na katerem zgradimo strategijo in obenem dobimo vpogled v dobre prakse. Morda imamo, na primer, urejeno sodobno standardizirano predajo pacientov v delovnih izmenah le na enem oddelku, na drugih pa ne; morda imamo urejeno infrastrukturo tako, da preprečujemo samomore; morda imamo standardiziran postopek ravnanja z agresivnimi pacienti.
Nato se lotimo strategije na ravni celotne zdravstvene ustanove, kjer sodelujeta vrhnje vodstvo in srednji management. Osnutek, ko ga sprejme vrhnje vodstvo, gre tudi v razpravo, tako da doseže vse osebje. Ko je strategija sprejeta, pričnemo z letnimi programi, kjer natančno določimo cilje, merila, ciljne vrednosti, zadolžitve in odgovornosti. Cilji posameznih enot morajo biti skladni s cilji celotne zdravstvene ustanove. Glede na letne programe izobrazimo osebje za njihovo izvajanje in jih naučimo praktičnih orodij za doseganje zastavljenih ciljev. Pri tem je v pomoč prebojni model, s katerim uvedemo izboljšavo v vsakdanje delo. Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave (ww.prosunt.si) skupaj z zdravstvenimi ustanovami izbere temo za izboljšavo. Sledi prvo usposabljanje osebja, ki dela v procesu, ki ga izboljšujemo. Nato vključimo model za izboljšave, kjer s kratkotrajnimi testi preizkušamo delovanje spremembe, ki smo jo uvedli. Del modela za izboljševanje je krog NIPU (Načrtuj-Izvedi-Preveri-Ukrepaj). Potem sledi drugo usposabljanje z razpravo o rezultatih. Vseskozi nudimo podporo udeleženim zdravstvenim ustanovam. Sledi končna konferenca o izboljšavi in objava rezultatov s prikazom v vsaki od sodelujočih ustanov ter sprememba vsakdanje prakse z izboljšavo, ki smo jo naredili (Robida, 2009).
Tiste zdravstvene ustanove, ki že imajo vzpostavljene sisteme vodenja kakovosti, pripravijo strategijo skladno s sistemom, ki ga imajo (največkrat gre za ISO 9001:2008 ali akreditacijo).

Odgovornosti za varnost pacientov

Čeprav so za kakovost in varnost zdravstvene obravnave pacientov odgovorni vsi, je ta odgovornost različno porazdeljena. Odgovornost pomeni odgovarjati za lastno delovanje, obnašanje in zadolžitve. Izvajanje zadolžitev se mora oceniti. Šele po jasnem razumevanju, kakšne zadolžitve imamo, in po oceni, kako jih izvajamo, sledijo posledice, pozitivne ali negativne.
Največjo odgovornost za vzpostavitev in spremljanje sistema varnosti pacientov *nosi vrhnje vodstvo* zdravstvene organizacije. Uresničevanje strategije je možno objektivno oceniti z vzpostavitvijo standardov izvajanja strategije.

Odbor za kakovost, ki ga sestavljajo direktor ustanove, strokovni vodja medicinske obravnave pacientov, strokovni vodja zdravstvene nege in vodja komisije za kakovost, sprejme strateško odločitev, da je varnost pacientov prva prioriteta zdravstvene ustanove, postavi jasna pričakovanja in jih sporoči vsem zaposlenim, svojo zavzetost za varnosti pacientov vidno pokaže zaposlenim z varnostnimi vizitami in dodeljevanjem primernih človeških, finančnih in tehnoloških virov za varnost pacientov, zgradi infrastrukturo za odkrivanje, sporočanje in analiziranje napak in stanj, ki niso varna, zagotovi zaščito tistim, ki napake sporočajo in/ali so vanje vpleteni, spremlja napredek varnosti pacientov z rednim pregledom kazalnikov varnosti pacientov, poskrbi za izgradnjo znanja in veščin varnosti pacientov za vse zaposlene, pritegne tudi zdravnike za sodelovanje pri aktivnostih za kakovost in varnost pacientov in identificira zdravnike navdušence za spremembe, pripravi letno poročilo o napredku uvajanja strategije in izpolnjevanje ciljev letnih programov za kakovost in varnost zdravstvene obravnave ter objavi rezultate o dosežkih na področju kakovosti in varnosti za osebje in paciente.

Pooblaščenec za varnost pacientov in komisija za kakovost zdravstvene obravnave in varnost pacientov skrbi za povezovanje aktivnosti med oddelki. Povezuje posamezne projekte in spremlja njihov napredek glede vsebine in časovnih rokov. Komisija poroča odboru za kakovost in pripravlja pisna trimesečna poročila. Vsako leto pripravi poročilo odboru za kakovost o napredku uvajanja strategije in izpolnjevanja ciljev letnih programov za kakovost in varnost zdravstvene obravnave. Pooblaščenec ima posebno vlogo tudi pri skrbi za zaupnost pri analizi napak. Odgovoren je direktorju zdravstvene ustanove.

Strokovni sveti obravnavajo in podpirajo ideje osebja za izboljšave. Ideje se zbirajo pri predstojnikih in glavnih medicinskih sestrah oddelkov, a vzpostavljen je tudi sistem, kjer zaposleni lahko podajo svoje ideje neposredno vodstvu zdravstvene ustanove.

Predstojniki in glavne medicinske sestre oddelkov koordinirano skrbijo za izvajanje in nadziranje strategije in letnih programov na posameznem oddelku ali enoti.

Delovna dolžnost vsakega člana *osebja* je sodelovati pri izvajanju strategije in programov. Sodeluje pri posameznih projektih za izboljševanje kakovosti in varnosti. Osebju je pri projektih (torej v tistem času, ko se projekt še ne izvaja kot vsakdanja praksa) potrebno zagotoviti zaščiten čas, jih navdušiti za nekaj novega in boljšega in jih izobraziti za nove veščine, kot je, na primer, zbiranje podatkov o modelu za izboljšave.

Kaj bi sistemski pristop k varnosti pacientov prinesel pacientom, zdravstvenim ustanovam in zdravstvenim strokovnjakom

Pacienti bi bili bolj varni, saj bi se sčasoma povečala varnost pacientov. Doživeli bi razlago, zakaj je do napake prišlo, in dobili bi opravičilo. Sistem nekrivdne škode, ali - še bolje - mediacije, bi jim omogočil, da bi dobili primerno kompenzacijo za škodo, ki ja nastala zaradi napake.

Zdravstvene ustanove bi pridobile zaupanje pacientov in lastnega osebja, saj bi se vedelo, da se napak ne skriva, da se jih obravnava pravično in da se poskrbi, da se uvedejo sistemski ukrepi za izboljševanje varnosti pacientov.

Zdravstveni strokovnjaki. Sistemski pristop k varnosti pacientom omogoča zdravstvenim strokovnjakom, da izboljšujejo varnost pacientov na znanstvenih osnovah, da sporočajo napake, ker vedo, da se napake pravično obravnavajo in da ne bo prišlo do neupravičenega obtoževanja posameznika. Navadili se bodo tudi na pošteno razkritje napak in opravičilo pacientu/svojcem in s tem ponovno pridobili njihovo zaupanje. Izobraževanje in usposabljanje jim bo omogočilo, da bodo na napake gledali sistemsko in ne samo s stališča »krivde« posameznika.

Zaključek

Naš odnos do varnosti pacientov moramo spremeniti z zasnovo sistemov in procesov, ki bodo pripeljali do večje varnosti pacientov in nas samih. Potrebujemo sistemsko razmišljanje, ki nam je tuje, kajti izobrazili smo se in se navzeli kulture, kjer menimo, da smo osebno odgovorni za popolnost svojega vsakdanjega dela. Prišel je čas, ko navdušenost posameznikov ali posameznih enot zdravstvene ustanove ni več dovolj za pristop k izboljševanju kakovosti zdravstvene obravnave in varnosti pacientov. Izboljšav se moramo lotiti sistemsko in sistematično, če res želimo pacientom dobro, da bomo zmanjšali nepotrebne smrti in nepotrebno trpljenje, povečali zanesljivost zdravstvene prakse in zaščitili tudi sami sebe pred zastarelim in škodljivim pristopom stanovskih organizacij in tudi pred pravnim sistemom pri obravnavanju napak s škodo za pacienta.

Literatura

1. Baker GR, et al. The Canadian adverse events study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. Can Med Assoc J. 2004;170:1678–86.
2. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalised patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med. 1991;324(6):370–7.
3. Čuk V. Zasnova obvladovanja neželenih dogodkov v procesu zdravstvene nege v psihiatričnih bolnišnicah [Magistrska naloga]. Kranj: Fakulteta za organizacijske vede; 2008.
4. Davis P, Lay-Yee R, Briant R, Ali W, Scott A, Schug S. Adverse events in New Zealand public hospitals. I. Occurrence and impact. N Z Med J. 2002;115:U271.
5. Davis P, Lay-Yee R, Briant R, Ali W, Scott A, Schug S. Adverse events in New Zealand public hospitals. II. Preventability and clinical context. N Z Med J. 2003;116:U624.
6. Institute of Medicine. To err is human. Building a safer health system. Washington: National Academy Press; 2000.
7. Kazenski zakonik. Uradni list Republike Slovenije št. 55/08 in 66/08.
8. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med. 1991;324(6):377–84.
9. Parker D, Matthew Lawrie M, Patrick Hudson P. A framework for understanding the development of organisational safety culture. Saf Sci. 2006;44(6):551–62.
10. Possni G. Zdravnika spregledala cisto, pacient umrl. Slovenske novice (objavljeno: 20. 06. 2011).
11. Reason JT, Carthey J, de Leval MR. Diagnosing "vulnerable system syndrome": an essential prerequisite to effective risk management. Qual Health Care. 2001;10(Suppl II):ii21–ii25.

12. Robida A. Opozorilni nevarni dogodki: kakovost v zdravstvu. Zdrav Vestn. 2004;73(9):681–687.
13. Robida A. Kultura varnosti pacientov - Pilotna raziskava o bolnišnični kulturi varnosti pacientov. Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave; 2010. Dostopno na: http://www.prosunt.si/assets/files/Kultura%20varnosti%20pacientov_2010.pdf (14.8.2011).
14. Robida A. Pot do odlične zdravstvene prakse. Ljubljana: Založba GV; 2009: 53.
15. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. BMJ. 2001;322(7285):517-9.
16. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. Med J Aust. 1995;163(9):458-71.
17. Yazbeck A. Introducing Clinical Pathways in the Slovene Hospital (Clinical) Setting: Professional Cultures and Changes in Organizational Behavior [Magistrska naloga]. Ljubljana: Ekonomska fakulteta; 2004.

Vpliv komunikacije in odnosov na nastop neželenih dogodkov v zdravstveni negi

The Impact of Communication and Relationships on the Occurrence of Undesirable Events in Healthcare

pred. mag. Breda Koban, viš. med. ses., univ. dipl. org., pred.
breda.koban@triera.net

Izvleček

Uspešno komuniciranje s pacientom je temeljna veščina pri delu medicinske sestre. Bolniki aktivno sodelujejo v procesu zdravstvene nege (ZN), izražajo zadovoljstvo z medicinskimi sestrami, z zdravstveno nego in njenimi izidi predvsem na osnovi uspešnega komuniciranja in odnosov. Velikokrat prav slaba ali nepopolna komunikacija povzroči pri bolnikih nejevoljo, slabo izkušnjo, ustvarja negativno oceno zdravstvene nege ali privede celo do neželenih dogodkov.

V prispevku je prikazan pomen komunikacije in odnosov v zdravstveni negi. Njihov pomen ne zajema samo načina sporazumevanja med medicinsko sestro in pacientom, ampak tudi razvoj osmišljanja življenja in dela medicinske sestre ter razvijanja medosebnih odnosov.

Kakšna bo komunikacija in odnosi med medicinsko sestro in pacientom, je odvisno od obeh, tako od znanja, spretnosti in veščin medicinske sestre kot tudi od pričakovanja, samozaupanja, avtonomnosti na drugi strani.

Neustrezna komunikacija in odnosi so najpogostejši vzroki za nastanek neželenih dogodkov v zdravstveni negi, prav tako pa so pomembni tudi za njihovo prepoznavanje, ustrezno reševanje in preprečevanje.

Ključne besede: komunikacija, medosebni odnosi, neželeni dogodek (napaka), zdravstvena nega, medicinska sestra

Abstract

Successful communication with patients is a fundamental skill requirement of nurses. Patients are actively involved in healthcare; they express their satisfaction or dissatisfaction regarding nurses, provided healthcare and its results primarily on the basis of effectiveness of communication and relationships. In many cases, it is poor or incomplete communication that makes patients ill tempered and causes bad experiences, creating a negative assessment of healthcare or even leads to adverse events. This paper highlights the importance of communication and relationships during healthcare. Their importance does not only include the mode of communication between a nurse and a patient, but also emphasizes the developments of empathy and interpersonal skills during a nurse's life and work. The interaction regarding communication and relationships between a nurse and a patient depends on both of them. It is about a nurse's knowledge, skills, and competence, on the one hand, and the patient's expectations, self-confidence and autonomy, on the other.

Inadequate communication and relationships are the most common causes of adverse events during healthcare, but it is equally important to identify and prevent them by adopting appropriate resolutions.

Keywords: communication, interpersonal skills, adverse events (errors), healthcare, nurse

Uvod

Komunikacija ni zgolj sredstvo za doseganje določenih ciljev, temveč srečanje dveh oseb, ki ju združuje kakšno dogajanje, ju povezuje in oba zavezuje (Ule, 2003). Zato lahko rečemo, da je komuniciranje osnova uspešne zdravstvene nege. Je zelo dinamičen in kompleksen proces izmeničnega dajanja in jemanja. Do komunikacije prihaja povsod, kjer se vzpostavlja odnos med ljudmi, ki je lahko zavesten ali ne, posreden ali neposreden.
Komunikacija je tudi edini način, da se naučimo, kdo smo, torej, da pridobimo ali ohranjamo lastno identiteto (Ule, 2003). Kdo smo in kaj smo, lahko ugotovimo šele po reakcijah drugih do nas. Komunikacija tako opredeljuje procese med ljudmi kot procese v nas samih. S komunikacijo zadovoljujemo lastne potrebe, vzpostavljamo socialno in psihofizično okolje. Izogibanje komuniciranju ali nepopolno/površno komuniciranje vodi do motenj v medosebnem komuniciranju in odnosih. Tako lahko v medosebnem komuniciranju govorimo o dveh vidikih komuniciranja: sporočanju informacij, dogodkov in predstavljanju samega sebe.
Pacienti sodelujejo v zdravstveni negi, jo pozitivno ocenjujejo in tudi njeni izidi so odvisni od uspešnega komuniciranja. Posebej cenijo sposobnost poslušanja (slišanja) in komuniciranja ter pripravljenosti, da si vzamemo čas zanje in se pogovorimo o njihovih problemih (povzeto po Lupton 1996 v Ule, 2003).
Pomembno je, da pazljivo poslušamo njihove probleme, odkrivamo njihove skrbi in bojazni. Med tem poskušamo ustvariti zaupljiv odnos s pacientom, sporočamo v razumljivem jeziku, uporabljamo jasne razlage, sprotno preverjamo, če je pacient razumel naša sporočila in upoštevamo njegova čustva ter se nanje odzivamo z empatijo. Topel in prisrčen odnos pozitivno vpliva na razbremenitev pacienta.
Flaherty (2002) meni, da je nezadovoljstvo razlog, ki ob slabem izidu in storjeni napaki motivira paciente, da se pritožijo. V večini primerov je dejanski vzrok v slabem sporazumevanju oziroma v čustveni plati dogajanja in ne v samem izidu. Pacienti se v takšnih primerih dejansko pritožujejo, da jih osebje ni razumelo, dovolj spoštovalo ali poslušalo.

Zakaj komuniciramo?

Ko razmišljamo o pomenu komuniciranja, velikokrat pomislimo le na majhen del procesa komuniciranja v zdravstveni negi, ki se nanaša na pacienta, svojce; zbiranje informacij, podajanje informacij, nasvetov, empatično komuniciranje, morda še na podporno komuniciranje.
Popolnoma pa pozabimo na bistveni del procesa komuniciranja. S pravilno in pozitivno komunikacijo :

- razvijamo in osmišljamo svoje življenje in delo,
- razvijamo odnose z drugimi,
- sodelujemo v osmišljanju in razvijanju odnosov med ljudmi.

Ustrezna komunikacija nam olajšuje delo s pacienti, hkrati pa z njo zadovoljujemo svoje potrebe: željo po uveljavitvi v poklicu, željo po vključenosti, pripadnosti, enakopravnosti, skrbi za druge, željo, da drugi skrbijo za nas, ko smo pomoči potrebni, po napredovanju, pozitivnem odnosu in spoštovanju tako s strani sodelavcev kot pacientov in njihovih svojcev (Ule, 2003). Mnoge raziskave kažejo, da je komuniciranje pomembno za ohranjanje fizičnega zdravja in da odsotnost komuniciranja ali neustrezno komuniciranje lahko ogrozita zdravje.
Ni mogoče ne komunicirati. Vsako srečanje, kontakt, molk, prezrtje, izogibanje daje neko sporočilo. Zato vsako izogibanje komuniciranju vodi do motenj v komuniciranju in odnosih, ki negativno vplivajo na vse, ki so v tistem trenutku posredno ali neposredno vključeni v komunikacijski proces.

Odnosi in komunikacija v zdravstveni negi

Odnos med medicinskimi sestrami in pacienti je kompleksnejši kot odnos med pacienti in zdravniki, saj medicinske sestre preživijo večino svojega delovnega časa neposredno ob pacientih. Tako je tudi komunikacija med njimi in pacienti kompleksnejša in v večini primerov poteka ves delovni čas. Odnos in komunikacija omogočata dobro poznavanje drug drugega. Govorimo lahko o »negovalnem komuniciranju« (Ule, 2006). To ni samo del medicinskega znanja, ki naredi medicinsko sestro bolj razumevajočo, ampak je hkrati spretnost, ki ji omogoča, da je njeno delo veliko bolj učinkovito.
Modeli komuniciranja s pacientom so lahko različni glede na udeležbo obeh sodelujočih v komuniciranju (medicinska sestra in pacient), namen komuniciranja in glede na količino in pretok informacij (povzeto po Charles et. all. v: Vodopivec Jamšek, 2009).

- Paternalistični model je model, kjer medicinska sestra v pogovoru s pacientom pridobiva informacije, ki jih nujno potrebuje za svoje delo na področju zdravstvene nege. Pacient je v pasivni vlogi in le odgovarja na vprašanja. V tem primeru medicinska sestra odloča o tem, kaj bo pri pacientu počela, odloča o tem, kar ona misli, da je najbolje za pacienta, ne da bi ugotovila dejanskih pacientovih potreb in problem.

- V informativnem modelu pacient prevzema nekoliko bolj aktivno vlogo pri ugotavljanju njegovih potreb po zdravstveni negi. Medicinska sestra pacienta seznani s potrebnimi negovalnimi intervencijami, pacient sodeluje pri tem.

- Posvetovalni model je usmerjen k pacientu. Ta model zagotavlja vzpostavitev medsebojnega odnosa med medicinsko sestro in pacientom. Šele vzpostavitev ustreznega odnosa omogoča medsebojno sodelovanje, zaupanje in skupno reševanje dejanskih potreb in problemov v skladu s pacientovimi stališči in prioritetami. Model zahteva veliko znanja, spretnosti ter empatičnega pristopa medicinske sestre. Bistvo modela je v aktivnem poslušanju, sproščenem vzdušju med pacientom in medicinsko sestro, motiviranju pacienta za podajanje informacij, preverjanju razumevanja informacij in ubesedenju občutkov in zaznav. Pacient lahko v takšnem okolju razvije zaupljiv odnos do medicinske sestre in zdravstvene nege.

V klinični praksi zdravstvene nege se običajno srečamo s kombinacijo posameznih modelov komuniciranja. Kakšen model bo prevladoval, je odvisno od mnogih dejavnikov:

- osebnih lastnosti in vrednot medicinske sestre,
- strokovnih in praktičnih znanj, pridobljenih s formalnim izobraževanjem,
- strokovnih in praktičnih znanj, pridobljenih s strokovnim izpopolnjevanjem,
- obvladovanja veščin s področja komunikacije in odnosov,
- družbenega okolja (družbene vrednote),
- delovnega okolja (pogoji dela, motivacija, zgledi vodilnih delavcev, vrednote delovnega okolja ...).

Na način komuniciranja in odnosov vpliva tudi pacient in njegovo razumevanje vloge v procesu zdravstvene nege. Svojo vlogo lahko napačno razume (Ule, 2003), na primer, kot:

- vlogo pasivnega posameznika, za katerega bodo poskrbeli drugi,
- posameznika s »slepo pego« (situacija se ne dogaja na zavestni ravni),
- občutek krivde, negotovosti, nezadostnosti,
- z občutkom manjvrednosti v družbi, v okolju zaradi odvisnosti, opravilne nesposobnosti, zmanjšane učinkovitosti, stigmatizacije …

- nejasne odgovornosti za svoje zdravje,
- preteklih negativnih izkušenj z zdravstveno nego,
- položaja v družbi, izobraženost ...

Komunikacija in odnosi naj bodo usmerjeni k pacientu in naj zajemajo:

- prepoznavanje pacientovih potreb in problemov, izkušenj, občutkov, pričakovanj in vplivov intervencij zdravstvene nege,
- celostni pristop, ki vključuje pacienta kot celoto z vsemi njegovimi psihičnimi, fizičnimi, duševnimi in duhovnimi potrebami in z vključitvijo njegovih najbližjih oziroma posameznikov, ki jih sam želi v procesu zdravstvene nege,
- partnerski odnos v celotnem procesu zdravstvene nege (reševanje problemov, soglasja, cilji, vloga pacienta, medicinske sestre, svojcev),
- zdravstvenovzgojno delo (zmanjševanje tveganj, preprečevanje, pospeševanje zdravja),
- aktivno izboljševanje in razvijanje pozitivnih odnosov med pacientom in medicinsko sestro (usklajevanje vloge in moči),
- planiranje in uspešna raba časa za navedene aktivnosti.

Bistvo obvladovanja komunikacije in odnosov predstavlja poslušanje, izražanje skrbi, empatija, motiviranje pacienta in podajanje ustreznih informacij.

Zakaj so potrebni boljši odnosi in boljša komunikacija v zdravstveni negi?

Pričakovanja in zahteve javnosti

Slovensko zdravstvo in zdravstvena nega se vključujeta v evropske in neposredno v svetovne integracije. Le-te poudarjajo pomen vključevanja pacientov v zdravstveno oskrbo in s tem tudi v zdravstveno nego. Uspešna in učinkovita zdravstvena nega zagotavlja izboljševanje odnosa med medicinsko sestro in pacientom in povečuje aktivno vlogo pacienta v tem procesu.

Pacienti postajajo vse bolj osveščeni, njihove zahteve in pričakovanja pa vsak dan večja. Prav tako se hitro razvijata medicina in zdravstvena nega. Večina držav s težavami sledi zahtevam in potrebam prebivalstva, ki postaja starejše, zaradi česar so večje tudi potrebe po zdravstveni negi na vseh nivojih zdravstvenega varstva. Razkorak med finančnimi možnostmi in možnostmi stroke prav tako pogojuje večje sodelovanje in vključevanje pacientov v proces zdravstvene nege, saj je le tako možno, da bo pacient razumel zmožnosti stroke, svojo odgovornost do zdravja in pomen aktivnega sodelovanja v procesu zdravstvene nege.

Pričakovanja posameznikov in javnosti se gibljejo v okvirih poznavanja možnosti zdravstva in zdravstvene nege. Včasih so prevelika, saj presegajo okvire realnih možnosti, drugič preskromna, odvisna od informacij in razumevanja zdravstvenega sistema in vloge posameznika. Pričakovanja pa so težko razumljiva posameznikom takrat, ko niso povezana s finančnimi ali materialnimi možnostmi, ampak le s strokovnim odnosom in profesionalno komunikacijo zdravstvenih delavcev.

Zahteve javnosti se kažejo v pogostih kritikah odnosov in komunikacije zdravstvenih delavcev in izvajalcev zdravstvene nege. Le-te izhajajo iz osebnih slabih izkušenj in posledic neustrezne komunikacije ter odnosov med pacienti, njihovimi svojci in zdravstvenimi delavci. Širjenje negativnih ocen se hitro posplošuje, kar negativno vpliva na bodoče uporabnike zdravstvenih storitev in zdravstvene nege, hkrati pa deluje destimulativno na zdravstvene delavce, ki se kljub temu trudijo po svojih najboljših močeh za izboljšanje komunikacije in odnosov s pacienti.

V zadnjem desetletju se spreminja strategija varnosti v zdravstvu tudi na nacionalnem nivoju (Ministrstvo za zdravje), saj poudarja pomen komunikacije in odnosov med pacienti in zdravstvenimi delavci kot pomemben faktor zadovoljstva tako izvajalcev kot uporabnikov in najboljših možnih izidov zdravstvene oskrbe.

Načini zagotavljanja strokovno ustrezne in varne komunikacije in odnosov

Stroka zdravstvene nege temelji na strokovnem znanju pomoči potrebnim v fizičnem, psihičnem, materialnem in duhovnem pomenu. Izrednega pomena je področje podajanja informacij in obvladovanje veščin strokovnega komuniciranja. Komuniciranje s pacienti pa je uravnoteženo, če medicinska sestra obvlada tri področja komuniciranja (Zidar Gale, 2011):

- vsebino, ki se nanaša na strokovno znanje s področja ZN in izmenjavo informacij (pravila, postopki, standardi …);
- proces, ki vsebuje odzive sogovornikov (razumevanje in obvladovanje odzivov – agresija, napetosti, nerazumevanje …);
- rezultat procesa komunikacije tako pri pacientu kot pri medicinski sestri.

Poznavanje vsebine in procesa pripelje do pozitivnega rezultata tako pri pacientu kot pri medicinski sestri in je osnova za razvijanje pozitivnega odnosa, njegovega ohranjanja ali izboljševanja.
Petrson (2000) dalje razdeljuje komunikacijo v štiri temeljne vrste, ki so pomembne predvsem pri komuniciranju s težavnimi pacienti:

- agresivno - medicinska sestra se odziva na agresivno komunikacijo pacienta z agresijo;
- pasivna - zajema pretirano prijaznost ali umik;
- pasivno-agresivna ali manipulativno neusklajena komunikacija (besedna – nebesedna), medicinska sestra se odzove prijazno, vendar so njene misli, občutki agresivni.

Vse tri oblike komuniciranja se nahajajo znotraj nagonskega pasu, kar pomeni, da način komuniciranja enega udeleženca v procesu komunikacije sproži nagon drugega udeleženca. Pri teh oblikah komuniciranja je velika verjetnost, da tisti, ki komunicira, potegne v neustrezno komunikacijo tudi druge sogovornike oziroma jih ustvari za »težavne sogovornike«.
Asertivno komuniciranje je zunaj nagonskega pasu, zato nam pomaga, da izboljšamo proces komuniciranja in medsebojne odnose. Medicinska sestra, ki obvlada asertivno vedenje, je samozavestna, ima pozitivne osebnostne lastnosti, pozitivno samopodobo, visoko samospoštovanje, usklajen idealni in resničnostni jaz, izraža zaupanje v lastna prepričanja, verjame vase. V komunikaciji sporoča pacientu, da ga spoštuje, sprejema njegov pogled na stvari, njegovo mnenje in občutke, vendar skuša s svojim znanjem in z izkušnjami poiskati skupaj s pacientom pravo pot do rešitve njegovih potreb in problemov.

Avtonomija kot odnos med medicinsko sestro in pacientom

Načelo avtonomije pacienta je eno od pomembnih načel v zdravstveni negi. Pomeni spoštovanje pravice pacienta do izbire in odločanja oziroma (povzeto po MacDonald v: Košir, 2002) pomeni, ne vmešavati se v osebni nadzor nad življenjem drugih in ne delovati v smeri, ki bi omogočila tak nadzor. Gre za osebno svobodo pacienta, da se v procesu zdravstvene nege sam odloči glede osebnih vrednot in prepričanj.
Avtonomne odločitve pacienta temeljijo na vrednotah posameznika, njegovi dobri informiranosti in razumevanju in so sprejete brez siljenja in omejitev ter s tehtnim razlogom in premišljenostjo.
Problem avtonomije se pojavi pri zdravstveni negi otrok, resno duševno bolnih in starejših pacientov, ki zaradi demence niso več sposobni samostojno odločati.

Dejavniki, ki vplivajo na povečano priznavanje avtonomije pacienta, so zakonska in poklicna uveljavljenost avtonomije, stopnja izobrazbe v družbi, možnost dostopa do primernih informacij in strah pred sodnimi postopki. Dejavniki, ki omejujejo avtonomijo pacienta, so tradicionalno vedenje, strah, pomanjkanje znanja, nedružinsko okolje in izvajalci zdravstvene nege, ki delujejo prisilno (povzeto po Hyland, 2002, v: Košir, 2003).
Avtonomijo pacientov je potrebno spoštovati in podpirati, vendar podobno kot nobeno etično načelo avtonomija ni absolutna. Medicinske sestre morajo zagotoviti, da njihove odločitve in dejanja najprej upoštevajo pacienta in da ne žrtvujejo kratkotrajne avtonomije za kak drug cilj, celo ne za dolgotrajno avtonomijo. Dober profesionalni odnos je sorazmerno lahko imeti s kompetentnim pacientom, vendar je tudi takrat osnova tega odnosa dobra komunikacija. V situacijah, ko se pacienti ne morejo samostojno odločati, pa se od tega odnosa pričakuje mnogo več, saj je paciente potrebno spoznati, da lahko zagovarjamo njihove interese (Tschudin, 2004).

Izboljševanje varnosti pacientov

Zmanjševanje in preprečevanje neželenih dogodkov je možno doseči z večjim vključevanjem in povezovanjem vseh, ki sodelujejo v procesu zdravstvene nege pacienta. Posebej pomembno je aktivno vključevanje pacienta kot enakopravnega partnerja. Pacienti, ki vedo kakšno zdravstveno nego lahko pričakujejo, na kaj naj bodo pozorni, kaj se od njih pričakuje, lahko bistveno pripomorejo k zmanjševanju neželenih dogodkov in njihovih posledic. Zgodnje odkrivanje tveganj preprečuje ali vsaj zmanjšuje morebitne neželene posledice, vendar je to povezano s kulturo zaupanja, poštenosti in odprtega sporazumevanja med pacienti in medicinskimi sestrami.

Izboljšanje samozaupanja pacientov

Seznanjenost pacientov z možnostmi, ki jih nudi zdravstvena nega, oblikuje njihova realna pričakovanja. Seznanjenost mora biti nepristranska, strokovna, podprta z dokazi o možnostih zdravstvene nege in možnih izidih.
Aktivna vloga v procesu zdravstvene nege paciente vzpodbuja, da prevzamejo tudi aktivno vlogo v ohranjanju in izboljševanju lastnega zdravja. Prav tako v partnerskem odnosu z medicinskimi sestrami vedno bolj zaupajo lastni presoji, pomenu in možnostim lastne vloge v procesu zdravstvene nege. Na drugi strani spoznavajo realne možnosti, vlogo in omejitve stroke zdravstvene nege. Samozaupanje daje pacientom novo vlogo v zdravstveni negi, saj jih spreminja iz pasivnih v enakopravne in aktivne posameznike, jim povečuje moč in voljo za reševanje lastnih potreb in problemov ter jih vzpodbuja, da se borijo za svoje zdravje.
Pacienti, ki imajo razvito samozaupanje, lažje sprejmejo neželene dogodke, saj razumejo, da tudi v zdravstveni negi delajo samo ljudje s svojimi dobrimi in slabimi lastnostmi in da je zdravstvena nega le del zapletenega sistema zdravstvene oskrbe.

Sporazumevanje ob nastopu neželenega dogodka

Dobronamernost pomeni dolžnost medicinske sestre, da dela dobro, v skladu z dobrim, in pospešuje dobro, medtem ko načelo neškodljivosti pomeni, da preprečuje škodo ali zmanjšuje škodo, kjer je že prisotna. Za medicinsko sestro pomenita ti dve načeli posebno odgovornost za zaščito pacientov, delovanje v skladu z njihovimi interesi ter preučevanje, kako jim najbolje pomagati (povzeto po Šmitek v: Kadivec, 2004).
Kljub strahu pred osmešenjem in obsodbami, ki še vedno prevladujejo v naši kulturi in v strokovnih okoljih, pa pacienti želijo, da se govori o neželenih dogodkih. V mnogih primerih

želijo aktivno sodelovati in dobiti konkretne odgovore. V nasprotnem velikokrat po nepotrebnem sprožijo plaz nezadovoljstva in kritik v javnosti z namenom, da zadovoljijo lastni nemoči in da ublažijo prizadetost, ki jim je bila storjena. Ko je problem že v javnosti, ga ni možno več racionalno reševati, saj je resnica že izgubljena, udeleženci pa so preveč prizadeti, da bi bili zmožni realno videti problem in reševati nastalo situacijo.
Po priporočilu Wilson Report, Biti slišan (Being Hart, Department of Hart, 1994 v : Tschudin, 2004) naj bi bila v reševanje pritožb/neželenih dogodkov vključena naslednja načela: odzivnost, zvišanje kakovosti, strokovna učinkovitost, dostopnost, nepristranskost, enostavnost, hitrost, zaupnost in odgovornost.
Pacienti pogosto pravijo, da popolnoma razumejo, da se delajo napake, zanje pa bi bolj kot odškodnino želeli poštenost in opravičilo.
V slovenskem prostoru prinašata novosti Zakon o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/2008) in Pravilnik o mediaciji v zdravstvu (Uradni list RS, št. 77/2008). Oba govorita o načinu in možnosti reševanja nesporazumov/sporov v zdravstvu s pomočjo mediacije. Prednosti mediacije so številne, saj daje možnost zunajsodnega reševanja sporov med osebami, ki so bile vanj direktno vpletene. Temelji na prostovoljnem sodelovanju tako pacienta kot zdravstvenega delavca. Prinaša torej bistveno novost, saj lahko spore najbolje in najbolj učinkovito rešijo tisti, ki so bili vanje direktno vpleteni in so za iskanje rešitev tudi najbolj zainteresirani. Mediacija omogoča zaupnost reševanja sporov v najožjem krogu, omogoča dialog med udeleženci brez poznejših posledic, spodbuja in razvija komunikacijo, veča zaupanje med udeleženci in razvija pozitivne medosebne odnose.
Ključni element reševanja neželenih dogodkov je v času, načinu komunikacije in odnosu med udeleženimi neposredno ob njegovem nastopu. Govorimo lahko o elementih posveta s pacientom (Tate, 1994):

- priznanje, da se je neželeni dogodek zgodil,
- kratka razložitev nastanka neželenega dogodka ali preverjanje občutkov, prizadetosti pacienta (zakaj je jezen, prizadet ...),
- izraz obžalovanja,
- nudenje pomoči za zmanjšanje morebitnih posledic,
- neobtoževanje drugih,
- opis morebitnih posledic,
- opis ukrepov, ki bodo preprečili ponovitev neželenega dogodka.

Zavedanje in strokovna sposobnost reševanja neželenih dogodkov neposredno ob njihovem nastopu lahko v veliki večini zadovolji oba udeleženca.

Zaključek

Medicinske sestre spoznavamo, kako pomembno je za varnost in sodelovanje pacientov v zdravstveni negi poznati, razvijati in uporabljati učinkovito komunikacijo pri vsakdanjem delu s pacienti. S strokovno komunikacijo in profesionalnimi odnosi razvijamo in izboljšujemo stroko zdravstvene nege, izboljšujemo odnose v negovalnem in zdravstvenem timu. Razumevanje pomena komunikacije in odnosov nam omogoča spreminjanje in razumevanje aktivne vloge pacienta in njihovih svojcev v procesu zdravstvene nege in širše v procesu zdravstvene oskrbe. Veliko lažje tudi razumemo omejene možnosti v zdravstveni negi, saj jih lahko uspešno kompenziramo z uresničevanjem najpogostejših pričakovanj pacientov, to je z dobro voljo, profesionalnim odnosom in komunikacijo.
S profesionalnim pristopom razvijamo tudi lastno osebnost in spreminjamo pogosto popačeno vlogo medicinske sestre v ožjem profesionalnem in širšem družbenem okolju. Prav tako želimo s profesionalno komunikacijo in pozitivnimi medosebnimi odnosi vplivati na stroge hierarhične odnose znotraj zdravstva in zdravstvene nege in jih preoblikovati tako, da

stopnička na hierarhični lestvici ne bi pomenila samo pravic posameznikov, ampak tudi njihove dolžnosti, da v še večji meri in z lastnim zgledom ter dejanji vplivajo na razvijanje ustrezne komunikacije in medsebojnih odnosov tako znotraj kot zunaj zdravstvenega sistema.

Literatura

1. Flaherty M. Good communications cuts risk. Physician's Financial News. 2002;20:10–1.
2. Kadivec S. Zagotavljanje etičnih načel dobronamernosti in neškodljivosti v zdravstvenih ustanovah. Obzor Zdr N. 2004;38(3):211–7.
3. Košir A. Spoštovanje etičnega načela avtonomije – temelj obravnave bolnika kot subjekta v zdravstveni negi. In: Klemenc D, et all. Zdravstvena nega v luči etike. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2003: 238–48.
4. Petrson R. The Assertiveness Workbook. Oakland: New Harbinger Publications; 2000.
5. Pravilnik o mediaciji v zdravstvu. Uradni list Republike Slovenije št. 77/2008.
6. Tschudin V. Etika v zdravstveni negi, Razmerja skrbi. Ljubljana: Educy; 2004.
7. Tate P. The doctor's communication handbook. Oxford: Radcliffe Medical Press; 1994.
8. Ule M. Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine. Maribor: Aristej; 2003: 114–15.
9. Ule M. Spregledana razmerja; vloga negovalnega komuniciranja v zdravstvu. In: Filej B, et. al. Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege: zbornik referatov in posterjev/1. Simpozij zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2006: 165–19.
10. Vodopivec Jamšek V. Uspešno sporazumevanje zmanjšanja tveganje za zdravstvene napake. Dostopno na: /C:/dokuments%20and%20Settings/User/My%20Dokuments/Vlas... (9.8.2011).
11. Zidar Gale T. Kako komunicirati s težavnimi sogovorniki – pasti težavnih pogovorov in temeljna načela reševanja problemov po Harvardskih načelih. In: Kavčič BM, Vidnar N, Majcen Dvoršak S. Odličnost v zdravstvu – odprti za nove ideje/ Zbornik prispevkov z recenzijo. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije – Sekcija medicinskih sester v managementu; 2011: 109–21.
12. Zakon o pacientovih pravicah. Uradni list Republike Slovenije št. 15/2008.

Pacient v središču strokovne skrbi - osredotočena zdravstvena nega

Patient at the Centre of Professional Healthcare – Client-centred Care

Ksenija Pirš, dipl. m. s., QSM in Danijela Pušnik, dipl. m. s., QSM
Univerzitetni klinični center Maribor
ksenija.pirs@ukc-mb.si
danjijela.pusnik@ukc-mb.si

Izvleček

V prispevku je prikazano sistemsko spremljanje razvoja, implementacije, vrednotenja in izboljševanja kakovosti v zdravstveni negi v okviru procesa zdravstvene in babiške nege ter oskrbe v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor (v nadaljevanju UKC Maribor) ter strokovna urejenost področja, priprava, sprejem in uvajanje standardov, navodil za delo in zdravstveno-vzgojnih vsebin v Službi zdravstvene nege.
Številni izsledki raziskav potrjujejo, da zdravstvena nega kot integralni del zdravstvenega varstva pomembno vpliva na zdravje ljudi, spremembo zdravstvenega stanja pacienta v procesu obravnave, njegova pričakovanja in zadovoljstvo, česar ne zagotavljajo ločene aktivnosti, temveč procesna obravnava posameznika in njegove družine.
Z razvojem in merjenjem kakovosti, raziskovanjem, strokovnim izpopolnjevanjem in vseživljenjskim učenjem zaposleni v zdravstveni negi izboljšujemo kakovost in varnost obravnave pacientov.
Ključne besede: sistemski pristop, proces, kakovost v zdravstveni negi

Abstract

This paper highlights the development, implementation, evaluation, and improvement of healthcare quality of the nursing and midwifery care at the University Clinical Centre Maribor. This should be done in line with the professional regulations in the areas of preparing, adopting, and implementing standards, work instructions, and medical educational contents within the Healthcare Service. Many research results confirm that healthcare, as an integral part of health protection, has a significant impact not only on people's health but also on patient conditions during treatments, including their expectations and satisfaction. This cannot be provided by separate activities alone but only by procedural treatments for individuals and their families. Healthcare workers improve the quality and safety of patient's treatment by quality measurements and development, research work, professional development, and lifelong learning.

Keywords: system approach, process, quality in healthcare

Uvod

Ob številnih družbenih spremembah in dogajanjih v okolju zdravstvenega sistema, strokovnem razvoju, vse večji avtonomiji in osveščenosti uporabnikov zdravstvenih storitev, ki prevzemajo aktivno vlogo v procesu zdravljenja in negovanja ter odločilno vlogo pri sprejemanju odločitev, ob svetovni recesiji in krizi se soočamo s spoznanjem, da ni dovolj le vnašanje posameznih izboljšav, ki imajo svoj pričetek in konec v prilagoditvi na razmere v okolju. Navedeno se izkazuje za neučinkovito, saj se okoliščine neprestano spreminjajo. Tako ambicije obvladovanja sprememb ne morejo več biti usmerjene v trenutno prilagoditev na razmere v okolju zdravstvenega varstva, temveč v načrtno kreiranje lastne odličnosti zaposlenih v zdravstveni in babiški negi.

Pri vsakodnevnem delu s pacienti in njihovimi svojci ugotavljamo, da se stopnjujejo potrebe zaposlenih po novih znanjih, veščinah in usposobljenosti za številne nove, razvijajoče se naloge v delovnem procesu. Zdravstvene, socialnovarstvene, izobraževalne, stanovske in druge organizacije, ki delujejo ali sodelujejo v okolju zdravstvenega sistema, naj torej ustvarjajo okoliščine, ki bodo spodbujale in razvijale dodano vrednost storitev vseh posameznikov in posredno poklicnih skupin v zdravstvu. Vse bolj se identificira potreba po medpoklicnem, interdisciplinarnem in multidisciplinarnem, celostnem pristopu, ki predstavlja področje inovativnih prebojev na področju medpoklicnega sodelovanja, ob središču strokovnih prizadevanj za pacienta, odjemalca storitev.
Zaposleni v zdravstveni in babiški negi poudarjamo, da je potrebno uravnovesiti finančna in moralna prizadevanja in vzpostaviti pošteno ravnotežje med poslovnimi izidi in kakovostjo storitev zdravstvenih in drugih organizacij za uporabnike, ju preusmeriti v prid pacientov.
Pomen pridobivanja strokovnih in drugih znanj, vsebino in obseg našega dela utemeljujemo predvsem z naraščajočimi potrebami pacientov in njihovih svojcev.

Izhodišča

Prebivalci Republike Slovenije imajo pravico do varne (preprečuje zdravstveno škodo za pacienta), primerne (skladna s pacientovimi potrebami) in kakovostne zdravstvene obravnave (dosledno ustvarjanje izidov zdravljenja, ki so primerljivi s standardi ali najboljšimi praksami, ob upoštevanju naslednjih načel kakovosti: uspešnosti, varnosti, pravočasnosti, učinkovitosti, enakosti in osredotočenosti na paciente), na čemer temelji zaupanje ljudi v zdravstveni sistem) (Robida et al., 2006).
Zaradi mobilnosti pacientov v Evropski Uniji (EU) so vsi državljani držav članic upravičeni do primerljive kakovosti v zdravstvu. ***Ljudje želijo vedeti, ali je zdravstvena oskrba, ki so je deležni, osnovana na znanstvenih dokazih in najboljših praksah, ali je skladna s standardi. Pravico imajo do varne zdravstvene obravnave, ki je visoka vrednota državljanov EU.***
Raziskava Special Eurobarometer (2006) v EU je pokazala, da v povprečju vsak deseti hospitalizirani pacient doživi zdravstveno škodo zaradi varnostnega zapleta (nenameren ali nepričakovan dogodek, ki je ali bi lahko škodoval pacientu ob prejemanju zdravstvene oskrbe in ne nastane zaradi pacientove bolezni). Ocenjuje se, da v EU pride do milijona varnostnih zapletov v letu, vendar natančnih podatkov v zvezi s tem ni moč zagotoviti, saj v sistem poročanja niso zajete vse države članice (vključno s Slovenijo).
Izkušnje številnih evropskih in drugih združenj medicinskih sester kažejo, da je z znanstvenimi dokazi podprta praksa pogoj za zagotavljanje in razvoj kakovosti in varnosti v zdravstveni negi in oskrbi.
Griffiths s sodelavci (2008) opisuje strateške in praktične koristi za merjenje kakovosti. Medtem ko je *izboljšanje kakovosti zdravstvene nege obveza stroke zdravstvene nege*, so meritve kakovosti osrednjega pomena za omogočanje in podporo analiz in strateških odločitev. Prav tako lahko raziskave na področjih, kot so odnosi med strukturnimi procesi in pri zagotavljanju kakovosti, prispevajo *k razumevanju vloge zdravstvene nege pri zagotavljanju varnosti pacientov drugih poklicnih skupin in družbe.*
Uvajanje kakovosti in varnosti v zdravstveni negi in oskrbi je integralni del vzpostavitve celovitega sistema upravljanja na področju kakovosti in varnosti celotnega zavoda (Robida, 2009). Kot pristop k izboljšanju kakovosti in varnosti se mora uporabljati sistem nenehnih izboljšav, ki vključuje: ***standardizacijo delovnih procesov in zdravstvenih storitev****, redno merjenje kazalnikov kakovosti, identifikacijo vzrokov odstopanja, sistemsko in sistematično odpravljanje vzrokov, upravljanje s tveganji – risk menedžment.* Ministrstvo za zdravje (MZ) mora skupaj s stroko zdravstvene nege opredeliti nove kazalnike kakovosti za zdravstveno nego in oskrbo (prenos bolnišničnih okužb, postopke v zvezi z zdravili in storitvami, posebne

varovalne ukrepe, register škodnih dogodkov, kazalnike kakovosti na področju zagotavljanja varnostne kulture idr.).

Obvladovanje procesa zdravstvene in babiške nege ter oskrbe v UKC Maribor

V UKC Maribor je več kot 2.400 zaposlenih, od tega 500 diplomiranih in višjih medicinskih sester ter 800 srednjih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege, na 1.316 bolniških posteljah ležijo pacienti povprečno 6,9 dni, na leto odpustimo nekaj več kot 55.000 pacientov, več kot 10.000 se jih zdravi v enodnevni obravnavi, v specialistični ambulantni službi letno opravimo več kot 340.000 pregledov (Informantivni bilten UKC Maribor, 2011). Podatki kažejo, da se obseg in intenziteta dela povečujeta, kompleksnost obravnav se stopnjuje, ležalna doba pacientov se krajša.
V UKC Maribor je zdravstvena nega organizirana kot samostojna služba, ki je odgovorna za stroko zdravstvene nege, za učinkovito organizacijo dela in za gospodarno uporabo razpoložljivih virov v zdravstveni negi. V Službi zdravstvene nege delujejo naslednji organi: pomočnica direktorja UKC za zdravstveno nego, strokovni svet za zdravstveno nego, kolegij strokovnih vodij zdravstvene nege, koordinacija strokovnih vodij zdravstvene nege klinik in koordinacija strokovnih vodij zdravstvene nege klinike in samostojnih oddelkov.
Temeljna dejavnost Službe zdravstvene nege je zagotavljanje zdravstvene nege vsem pacientom, ki se zdravijo v UKC Maribor. Služba zdravstvene nege zagotavlja 24-urno zdravstveno nego pacientov z izmenskim delom, v ambulantno in drugo funkcionalno dejavnost pa se izvajalci zdravstvene nege vključujejo kot stalni člani zdravstvenih timov. Vzpostavljena je dinamična organiziranost timskega dela, kjer izvajalci zdravstvene nege sledijo potrebam pacientov po zdravstveni negi na posameznih programskih področjih (Brumen, 2005).

Sprejem pacienta
Na podlagi KZZ, napotnice z opredeljeno stopnjo nujnosti, čakalnega seznama, standardov zdravstvene nege in organizacijskih navodil izvajalci zdravstvene nege sprejmejo pacienta in ga pripravijo za nadaljnjo obravnavo. Če v timu sodeluje zdravstveni administrator, le-ta opravi administrativni sprejem. Če pacient nima urejenega zdravstvenega zavarovanja, ga na to opozorimo pred pričetkom obravnave.

Specialistična ambulantna zdravstvena oskrba z osnovno diagnostiko
Pri delu upoštevamo standarde specialistične ambulantne oskrbe z osnovno diagnostiko (laboratorij, EKG, radiologija idr.), standarde (ST), navodila za delo (NA) in zdravstvenovzgojne materiale (ZVM) zdravstvene in babiške nege (ZBN). Sodelujemo v diagnostično terapevtski obravnavi pacienta in samostojno izvajamo aktivnosti in intervencije v skladu s Poklicnimi aktivnostmi in kompetencami v ZBN. Izvajalci ZBN smo v skladu s svojo strokovno usposobljenostjo dolžni zagotoviti presojo stopnje nujnosti obravnave s strani zdravnika.
O postopku se vodijo zapisi v zdravstveno dokumentacijo pacienta v obliki ambulantnega kartona (Medis), ki ga prejme pacient ali njegov osebni/napotni zdravnik.
V primeru sprejema v bolnišnico izvajalci ZBN zagotovimo kontinuiteto podatkov pacienta z dokumentacijo ZBN od ambulantne obravnave naprej.

Zdravstvena in babiška nega ob sprejemu pacienta na oddelek
Po zaključeni ambulanti obravnavi zagotovimo ustrezni transport pacienta na oddelek. Ob sprejemu se ravnamo po NA 01-58-00 Sprejem bolnikov na oddelek (splošno navodilo) in dodatno po specifičnih navodilih posamezne strokovne obravnave (strokovnega področja). Za pacienta je odgovoren krajevno razporejen tim ZBN.

Sodelovanje v diagnostično terapevtski obravnavi pacienta
Izvajalci ZBN v skladu s Poklicnimi aktivnostmi in kompetencami v ZBN (2008) ter ST, NA, ZVM ZBN sodelujemo ali samostojno izvajamo aktivnosti in intervencije v diagnostično terapevtski obravnavi pacienta na področjih:

- Dajanje in priprava zdravil
- Diagnostično terapevtski posegi
- Aktivnosti na specialnih področjih (splošno)
- Aktivnosti na področju oftalmologije
- Aktivnosti na področju operativne dejavnosti
- Aktivnosti na področju endoskopske dejavnosti
- Aktivnosti na področju anesteziologije
- Aktivnosti na področju transfuzijske medicine
- Aktivnosti na področju babiške nege
- Aktivnosti na področju onkološke dejavnosti
- Aktivnosti na področju hemodialize / peritonealne dialize
- Aktivnosti na področju transplantacij
- Aktivnosti na področju dejavnosti ORL in avdiometrije
- Aktivnosti na področju interventne radiologije

Izvajalci ZBN dokumentiramo izvedene aktivnosti in intervencije v zdravstveno dokumentacijo (temperaturno-diagnostični-terapevtski list, drugi dokumenti in informacijski sistem Medis).

ZBN in oskrba
Izvajalci ZBN zagotavljamo celostno, individualno, na pacienta in svojce osredotočeno kontinuirano (24 ur) ZBN po procesni metodi dela, ki vključuje:

- ugotavljanje potreb po ZBN,
- postavitev ciljev z načrtom ZBN,
- izvajanje ZBN,
- vrednotenje ZBN.

Izhodišče PZN v UKC Maribor je konceptualni model Virginie Henderson (14 življenjskih aktivnosti):

- Dihanje
- Prehranjevanje in pitje
- Izločanje in odvajanje
- Gibanje (hoja, sedenje, ležanje, spreminjanje položaja)
- Spanje in počitek
- Oblačenje in slačenje
- Telesna temperatura
- Osebna higiena in urejenost
- Zagotavljanje varnega okolja
- Komunikacija – izražanje potreb in čustev
- Izražanje verskih čustev
- Koristno delo
- Razvedrilo in rekreacija
- Učenje in pridobivanje znanja

Aktivnosti in intervencije na področju življenjskih aktivnosti izvajamo v skladu z ST, NA, ZVM ZBN, sprejetimi v SZN, ter strokovnimi smernicami in drugimi viri. **Pacient je popolnoma seznanjen s predvidenim načrtom dejavnosti ZBN in mu je omogočeno sodelovanje pri izvajanju aktivnosti. Zaupanje pacienta in svojcev vpliva na večjo pripravljenost na sodelovanje v procesu zdravstvene nege, zdravstvene vzgoje in rehabilitacije.**
V klinični praksi ZN vodimo zapise v **obveznih dokumentacijskih obrazcih**:

- sprejemna dokumentacija ZN,
- načrt izvajanja ZN,
- poročilo ZN,
- bolnikov odpustni list - obvestilo SZN oddelka,

ter v **podpornih dokumentih**:

- ocena bolnikovega stanja ob vrnitvi,
- beleženje intenzivnega opazovanja,
- bolnikov odpustni list - informacije ob odpustu iz bolnišnice,
- kontrola antikoagulantne terapije,
- evidenčni list dane terapije,
- pregled negovalnih intervencij pri bolnikih, ki so bili sprejeti na oddelek.

V primeru potreb pacienta po socialni obravnavi se v proces zdravstvene obravnave vključijo socialni delavci (dipl. m. s. po zdravnikovem naročilu izpolni t. i. »Interno napotnico za socialno delavko«).
Na področju oskrbe so SVZN oddelkov odgovorne za planiranje, vodenje, vzdrževanje in nadzor osnovnih sredstev in drobnega inventarja v organizacijski enoti ter za oskrbo organizacijske enote s potrebnimi viri za kontinuirano zdravstveno obravnavo. Namestnice SVZN ter dipl. m. s. v izmenskem delu so odgovorne za vzdrževanje in nadzor osnovnih sredstev in drobnega inventarja ter za oskrbo organizacijske enote s potrebnimi viri za kontinuirano zdravstveno obravnavo s tem, da koordinirajo delo s servisnimi in oskrbnimi službami.

Aktivnosti na področju preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb, aktivnosti na področju sterilizacije
V ZBN izvajamo aktivnosti in intervencije na področju preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb v skladu z ST, NA, ZVM ZBN ter ON EOBO, pravilniki NAKOBO in bolnišnične higiene v UKC Maribor. Aktivnosti na področju sterilizacije izvajamo izvajalci ZBN na oddelkih, v funkcionalnih enotah (ambulante, operacijski prostori) in v centralni sterilizaciji UKC Maribor v skladu z NA ZBN.

Aktivnosti na področju babiške nege v obporodni dejavnosti
Babice v porodnem bloku izvajamo obporodno babiško nego po procesni metodi dela, vodimo vse aktivnosti pri normalnem porodu in sodelujemo v zdravstvenem timu pri vodenju patološkega poroda. Aktivnosti in intervencije izvajamo v skladu z ST babiške nege.

ZBN ob odpustu pacienta
Načrtovanje odpusta pacienta se prične že ob njegovem sprejemu. Pred odpustom se opravi zaključno, skupno vrednotenje doseženih ciljev ZBN. Načrtovanje odpusta pacienta obsega dogovor o datumu odpusta z lečečim zdravnikom, obvestilo svojcem o predvidenem odpustu, obvestilo ustreznim strokovnim službam o času predvidenega odpusta. Ob odpustu se

ravnamo po NA 01-90-00 Intervencije ob odpustu pacienta (splošno navodilo) in dodatno po specifičnih navodilih posamezne strokovne obravnave (strokovnega področja).

Sodelovanje ZBN pri kontrolnem pregledu po bolnišnični zdravstveni oskrbi
V primeru potrebnega kontrolnega pregleda pacienta v specialistični ambulanti (pacienta se vpiše v ustrezni čakalni seznam) izvajalci ZBN sodelujemo v skladu s Poklicnimi aktivnostmi in kompetencami v ZBN ter ST, NA, ZVM ZBN.

Merjenje procesa
Kazalniki kakovosti so: obvezni kazalniki kakovosti, določeni s strani MZ, ZZZS, dogovorjeni kazalniki v projektu PATH, kazalniki procesov zdravstvene obravnave, ki se izvajajo v UKC Maribor in posebej dogovorjeni kazalniki (zaključevanje popisov pacientov, predanalitske neskladnosti, delež internih strokovnih nadzorov, na katerih ugotovijo odstopanja od standardne zdravstvene obravnave). Skrbniki procesa **mesečno** merijo kazalnike kakovosti obvladovanja procesa zdravstvene in babiške nege ter oskrbe. V primeru odstopanj izvajajo ustrezne ukrepe in po potrebi obveščajo pomočnico direktorja UKC za ZN. O opozorilnem nevarnem dogodku takoj obvestijo tudi pooblaščeno osebo, ki ravna v skladu z navodili Ministrstva za zdravje. Pomočnica direktorja UKC za ZN o rezultatih poroča na Strokovnem svetu in na kolegiju direktorja ter na osnovi doseženih rezultatov po potrebi predlaga ustrezne ukrepe (korekcijske, korektivne, preventivne).

Arhiviranje dokumentacije
Vsa zdravstvena dokumentacija se hrani v skladu s PR o ravnanju z dokumentarnim in arhivskim gradivom v UKC Maribor in OP Obvladovanje zapisov kakovosti poslovanja.

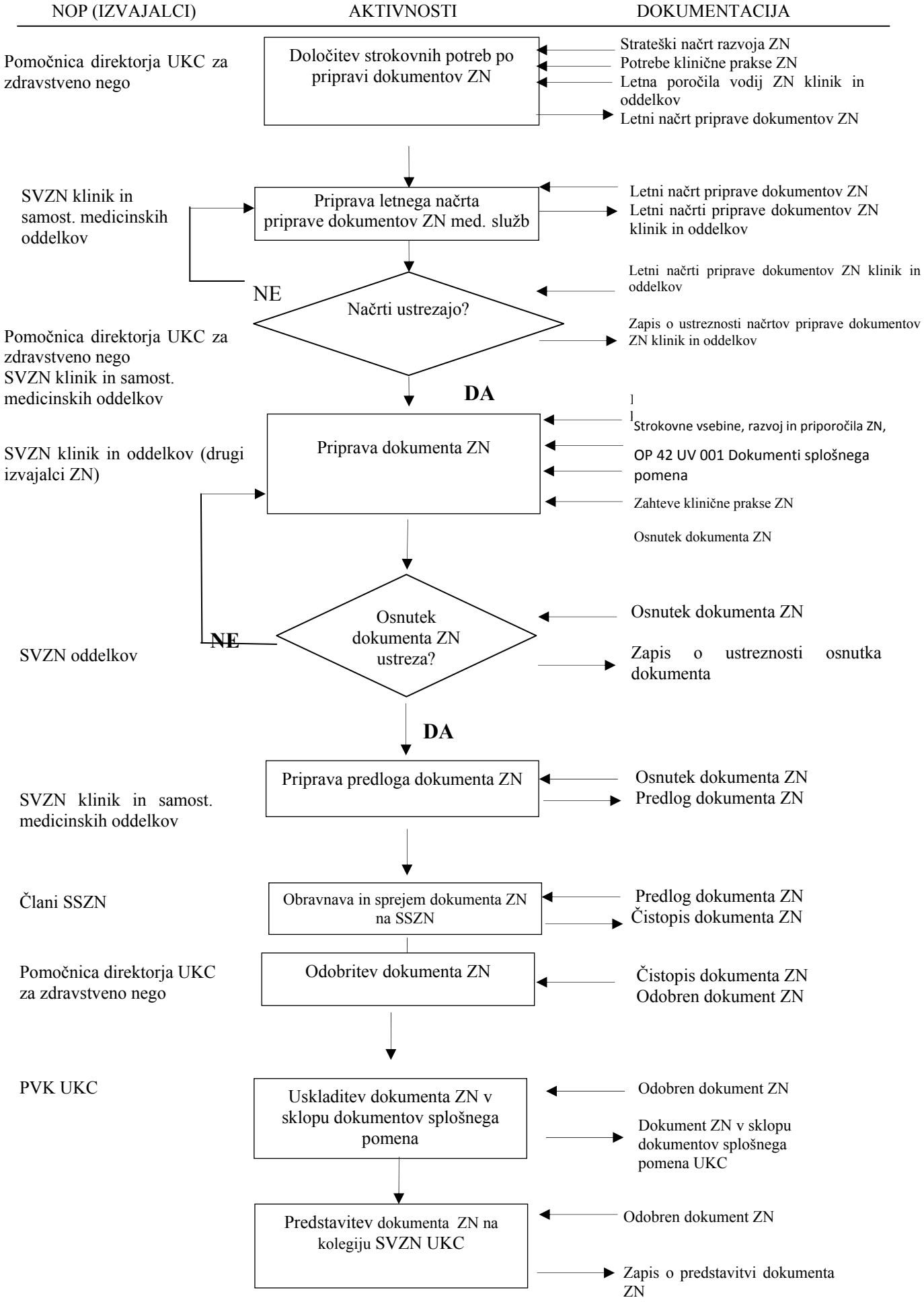
Nadzor nad izvajanjem procesa
Nadzor nad izvajanjem procesa se izvaja skladno z OP Nadzor procesov, proizvodov, storitev in statusno označevanje ter obvladovanje neskladnosti. Za nadzor nad izvajanjem dokumenta oziroma procesa so odgovorni in pooblaščeni skrbniki procesov, vsak za svoje področje. O tem vodijo zapise. Zapisi so podlaga za izvajanje korekcijskih, korektivnih in preventivnih ukrepov. O izvajanju teh ukrepov se vodijo ustrezni zapisi. Nadzor se izvaja najmanj enkrat v letu. Izvedbeni dokumenti, ki so potrebni, so organizacijski predpisi, organizacijska navodila, standardi, protokoli, klinične smernice, klinične poti, standardi, navodila za delo, zdravstvenovzgojni materiali ZBN v okviru Službe zdravstvene nege.
Menedžment zdravstvene nege in oskrbe naj poleg ***nacionalnih kazalnikov kakovosti*** oblikuje in spremlja tudi ***lastne standarde kakovosti*** (Kadivec et al., 2011). V Službi zdravstvene nege UKC Maribor po enotni metodologiji dela (oblikovani obrazci) pripravljamo negovalne standarde (standarde negovalnih intervencij), navodila za delo in zdravstvenovzgojne materiale, namenjene pacientom in njihovim svojcem.

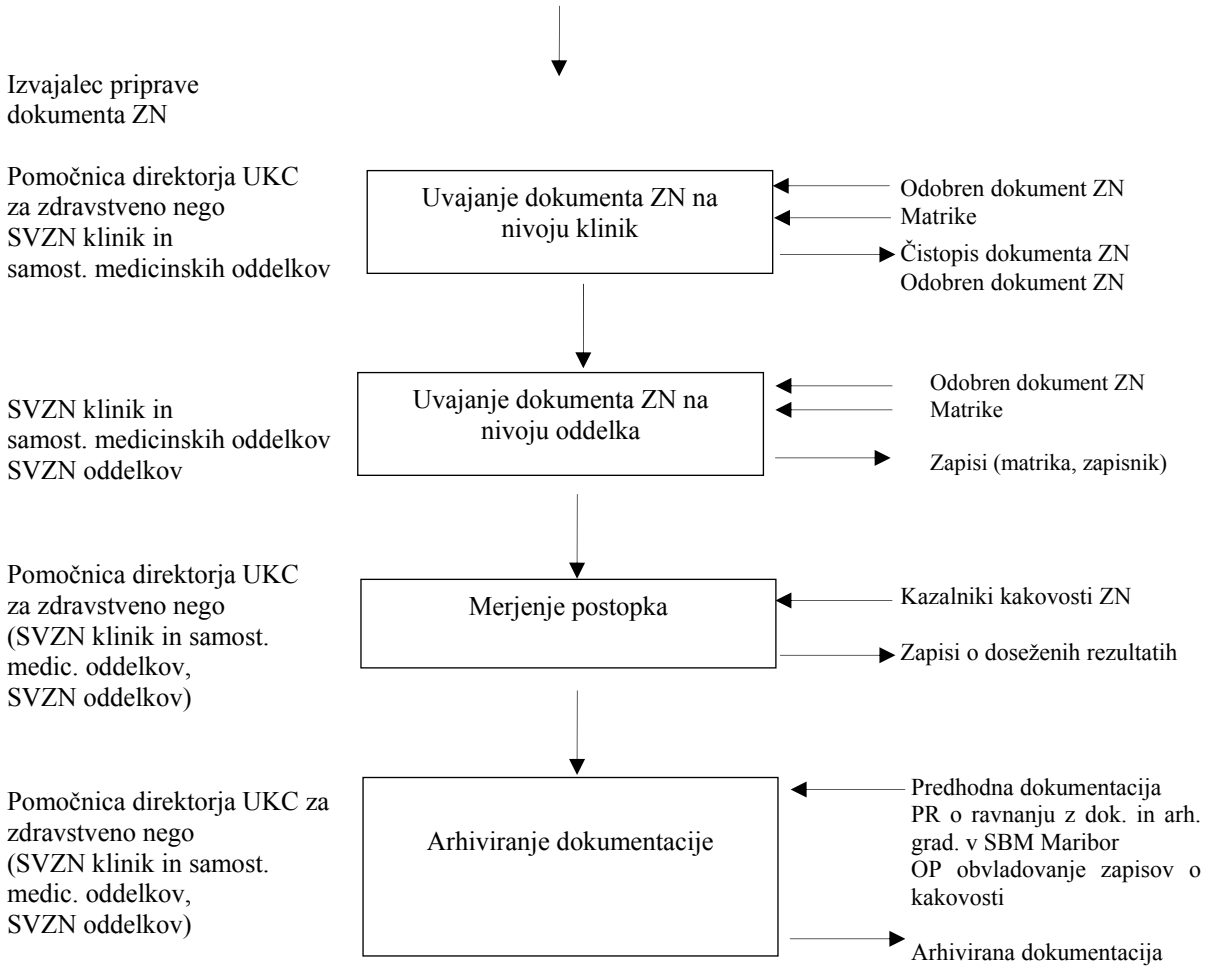
Proces priprave, sprejema in uvajanja dokumentov v zdravstveni in babiški negi

Trebar (2010) meni, da je namen uporabe standardnih rešitev poenaostavitev postopka, ki pa zahteva kreativnost pri reševanju specifičnih problemov. Pri tem je potrebno upoštevati izhodišča sistemskega razmišljanja: primarna je celota (sistem), gradnike sistema in procese, ki potekajo v sistemu, je potrebno prilagoditi sistemu, sistem je potrebno razumeti celovito, tako, kot deluje v okolju: vsak sistem je edinstven, cilji sistema so na prvem mestu, vloga delov sistema in njegovih procesov je, da podpirajo celoto, vsi deli sistema in procesi so medsebojno odvisni, majhne spremembe povzročajo velike učinke, maksimiranje delov sistema in procesov suboptimira celoto (sistem) (Trebar, 2010).

Ključnega pomena je vzpostaviti lastne mehanizme dokazovanja pomena in vpliva kakovosti zdravstvene nege na izide zdravljenja in oskrbe pacientov ter razvoja področja kakovosti in varnosti na podlagi lastnih raziskav. Izziv stroki naj bo zato optimiranje celote, kajti to je osnova za večje sistemske preboje. Na principu vključenosti vseh udeležencev sloni tudi model odličnosti oziroma vrhunske kakovosti. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013 (2008) za oblikovanje ustreznih postopkov in procesov vodenja načela TQM priporoča: osredotočenost na rezultate, osredotočenost na odjemalce, koristi za zaposlene, koristi za družbo, kakovost dejavnosti, vključenost zaposlenih, učinkovito vodenje s sodelovanjem zaposlenih, izobraževanje in usposabljanje zaposlenih.
Strokovna in organizacijska urejenost področja zdravstvene in babiške nege v UKC Mariboru sledi tem usmeritvam, zaposleni so vključeni v vse faze procesa obvladovanja zdravstvene in babiške nege, so ključni nosilci, avtorji dokumentov v zdravstveni in babiški negi.

Postopek priprave, sprejema in uvajanja dokumentov v zdravstveni in babiški negi





Slika 1: Diagram aktivnosti procesa priprave, sprejema in uvajanja dokumentov v zdravstveni in babiški negi v UKC Maribor (2008).

Določitev strokovnih potreb po pripravi dokumentov ZBN
Pomočnica direktorja UKC za zdravstveno nego na osnovi strateškega načrta razvoja ZBN, potreb ZBN v klinični praksi in realizacije letnega načrta aktivnosti ZBN (letna poročila vodij ZN klinik) pripravi letni načrt priprave dokumentov v ZBN.

Priprava letnega načrta dokumentov ZBN klinik in oddelkov
Na osnovi tega načrta priprave dokumentov ZBN strokovni vodje zdravstvene nege (SVZN) klinik in samostojnih medicinskih oddelkov pripravijo podrobnejši načrt priprave dokumentov po posameznih oddelkih. Načrt zajema naslove posameznih dokumentov, izvajalce in terminski plan priprave. Načrt priprave dokumentov ZN klinike uskladijo s SVZN posameznih oddelkov.

Načrti ustrezajo?
SVZN klinik in samostojnih medicinskih oddelkov uskladijo načrt priprave dokumentov ZN na Strokovnem svetu za zdravstveno nego (SSZN), potrdi jih pomočnica direktorja UKC za zdravstveno nego.
Če načrti priprave dokumentov ZN posameznih klinik ne ustrezajo, se vrnejo SVZN klinik in samost. medicinskih oddelkov v dopolnitev.

Priprava dokumentov v ZBN
Na osnovi sprejetih načrtov izvajalci ZBN začnejo pripravjati dokumente, pri tem upoštevajo sprejet terminski plan. Pri pripravi dokumentov upoštevajo strokovne vsebine, smernice in

priporočila stroke ZBN, strokovne zahteve ISO 9001:2000 in zahteve oziroma pogoje klinične prakse.

Osnutek dokumenta ustreza?
Pripravljen osnutek dokumenta ZBN pregleda in po potrebi dopolni SVZN oddelka. Pri tem upošteva navodila priprave dokumenta Službe zdravstvene nege (SZN). Če dokument ni ustrezno pripravljen, ga vrne izvajalcu ZBN, ki ga je pripravil.
Usklajen dokument ZBN podpiše in ga posreduje SVZN klinike in samost. medicinskih oddelkov.

Priprava predloga dokumenta ZBN
SVZN klinike in samost. medicinskih oddelkov pregledajo **osnutek** dokumenta ZBN, ga po potrebi dopolnijo. Če dokument ZBN kljub dogovorjenemu postopku priprave ne ustreza, ga vrnejo SVZN posameznega oddelka (vodijo zapise).
Če dokument ZBN ustreza, ga oblikujejo kot **predlog.** Posredujejo ga odgovorni osebi za pripravo, sprejemanje in uvajanje dokumentov v ZBN, ki ga pripravi za obravnavo in sprejem na SSZN.

Obravnava in sprejem dokumenta na SSZN
Odgovorna oseba za pripravo, sprejemanje in uvajanje dokumentov v ZN pripravi predloge dokumentov ZN za vse člane SSZN, jih predstavi na SSZN, ki praviloma poteka tedensko.
Če je pripravljenih več dokumentov ZBN, s pomočnico direktorja UKC za ZN in SVZN klinik in samost. medicinskih oddelkov uskladita prioritetni vrstni red obravnave in sprejema dokumentov na SSZN.
O obravnavanih in sprejetih dokumentih ZBN se vodijo zapisi (zapisniki sej SSZN s sklepi, številčenjem sprejetih dokumentov). SVZN klinik in samost. medicinskih oddelkov na osnovi zapisnika pripravijo čistopise dokumentov ZBN.
Če je bil obravnavan predlog zaradi potrebnih dopolnil zavrnjen, je SVZN klinike dolžan pripraviti dopolnitve dokumenta do naslednjega sestanka SSZN.
V primeru sprejema predloga dokumenta ZBN, SVZN klinike in samost. medicinskih oddelkov v sodelovanju z odgovorno osebo za pripravo, sprejemanje in uvajanje dokumentov v ZBN pripravi čistopis dokumenta v sedmih dneh in ga posreduje v odobritev pomočnici direktorja UKC za zdravstveno nego.

Odobritev dokumenta
Pomočnica direktorja UKC za zdravstveno nego odobri čistopis dokumenta ZBN. Odgovorna oseba za pripravo, sprejemanje in uvajanje dokumentov v ZBN v sodelovanju z vodjo Centra za kakovost in organizacijo UKC uskladi dokument v sklopu dokumentov splošnega pomena v UKC.

Predstavitev dokumenta na kolegiju strokovnih vodij zdravstvene nege
Odobrene dokumente ZBN predstavijo avtorji, izvajalci ZBN, na prvem kolegiju SVZN UKC, ki poteka praviloma mesečno.

Uvajanje dokumentov na nivoju klinik
Pomočnica direktorja UKC za zdravstveno nego preda odobrene dokumente ZN prek matrik SVZN klinik in samost. medicinskih oddelkov, ki pripravijo ustrezno število dokumentov ZBN za posamezne oddelke klinik in matrike za uvajanje dokumentov ZBN na oddelke (SVZN oddelkov). Uvajanje dokumentov ZBN se izvaja na koordinacijah ZN klinik in samost. medicinskih oddelkov mesečno, s pomočjo matrik in zapisnikov.

Uvajanje dokumentov na nivoju oddelka
SVZN oddelkov uvajajo dokumente ZBN na nivoju oddelkov v okviru rednih organizacijskih in internih strokovnih izpopolnjevanj, ki potekajo mesečno. O tem vodijo zapise na matrikah in v zapisnikih organizacijskih sestankov.

Merjenje procesa
SVZN oddelkov izvajajo interne strokovne nadzore, preverjajo strokovno usposobljenost izvajalcev ZBN in izvajajo redno strokovno presojo. Na osnovi teh aktivnosti ugotovijo in evidentirajo **število korektivnih, korekcijskih in preventivnih ukrepov** v službi ZN posameznega oddelka. O tem SVZN oddelka vodi zapise.
Ugotovljena odstopanja odpravljamo v okviru presoj in strokovnih nadzorov na področju ZBN, ki se izvajajo po načrtu pomočnice direktorja UKC za zdravstveno nego. Spremlja se **delež realiziranih dokumentov ZN glede na letni načrt.**

Arhiviranje dokumentacije (obrazcev)
Vsa dokumentacija ZN se hrani v skladu s PR o ravnanju z dokumentarnim in arhivskim gradivom v UKC Maribor in OP Obvladovanje zapisov o kakovosti.
Dokumenti, ST, NZD in ZVM, se hranijo v t. i. rastočih mapah, ki so nameščene v delovnih prostorih in so dostopne zaposlenim v zdravstveni in babiški negi ter na internetni strani UKC Maribor.

Priloge: dokumenti (obrazci):
- Navodila za pisanje ST.
- Navodila za pisanje NA.
- Navodila za pisanje ZVM.

Zaključek

Kakovost postaja vse bolj integriran sistem, pri čemer se vsi delni pristopi združujejo v edinstveni sistem kakovosti. V času vse večje javne porabe sredstev je ZZZS dolžan skupaj z drugimi javnimi službami opravičiti nadaljnje naložbe z zagotavljanjem stroškovne učinkovitosti in večje produktivnosti zaposlenih. Deloma je ta zahteva povezana z željo po večji javni odgovornosti in kakovosti storitev. Toda z vidika širšega gospodarskega okolja bodo prihranki iz naslova učinkovitosti najverjetneje postali ključna usmeritev organizacij v prihodnje.
Kako preseči stanje v Sloveniji, ko se na kakovost še vedno gleda kot na stvar posameznika, posamezne poklicne skupine ali lokalnih prizadevanj? Z večjim trudom stvari ne bomo bistveno spremenili. Potrebne so spremembe, zlasti v organizacijski kulturi, te pa dosežemo z izboljševanjem kakovosti in varnosti pacientov (Robida et al., 2006).
Slednje zahteva nove organizacijske in strokovne pristope *vključevanja vseh sodelujočih udeležencev*, kar v *središče delovanja postavlja odjemalca/kakovost* in teži k *dolgoročnemu zadovoljstvu odjemalcev* in hkratnemu *poslovnemu uspehu sistemov* ter zagotavljanju *koristi za vse zainteresirane strani (izpolnitev vseh zahtev odjemalcev, ki jih organizaciji postavljajo zaposlenih in širša družba).*
V prizadevanjih, da bi uvedli sistem upravljanja celovite kakovosti in nenehnega izboljševanja kakovosti v UKC Maribor, v Službi zdravstvene nege trenutno pripravljamo Proces zdravstvene in babiške nege ter oskrbe in sistematično urejamo dokumente glede na posamezna strokovna področja, saj priprava, sprejem in uvajanje standardov, navodil za delo in zdravstvenovzgojnih vsebin poteka že od leta 2002. V Službi zdravstvene nege UKC

Maribor smo namreč v vse organizacijske enote uvedli 470 dokumentov, 152 standardov negovalnih intervencij, 92 navodil za delo, 64 zdravstvenovzgojnih vsebin, 10 navodil za perioperativno zdravstveno nego, 16 navodil za delo na področju strokovnega izpopolnjevanja, 15 navodil za delo na področju prehrane in dietetike, 48 navodil za delo na področju za bolnišnično higieno in nekatere druge dokumente.
Za sistemski razvoj kakovosti in varnosti v zdravstveni in babiški negi pa je potrebno vzpostavi tudi lastne *nacionalne mehanizme* razvoja področja kakovosti in varnosti na podlagi lastnih raziskav.
Je morda čas za sistemske preboje zdravstvene nege, za premike od lokalnega do nacionalnega sistema v sedanjih razmerah? Moč inovativnosti se izraža v sodelovanju in izmenjavi znanja med vsemi akterji in nivoji. Družbena in organizacijska raven sta odločilni pri ustvarjanju priložnosti za razvoj vrhunskih ekspertov, inovatorjev in kakovostnikov (Gladwell, 2008).
Inovativna okolja, ki s promocijo, z razvojem in merjenjem kakovosti, raziskovanjem in kolaborativnim učenjem izboljšujejo kakovost in varnost obravnave pacientov in omogočajo uspešno komunikacijo na državni ravni (z nacionalnimi telesi / agencijami za kakovost in varnost v zdravstvu), so Nacionalni centri za razvoj kakovosti in odličnosti v zdravstveni negi. Organizacijo oziroma institucionalizacijo kakovosti predvideva tudi Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe, ko navaja *razvojno raziskovalno skupino, za razvoj in implementacijo smernic/ protokolov / priporočil klinične prakse in raziskovanja ter razvojnih interesnih področij raziskovanja ob upoštevanju etičnih načel.*

Literatura

1. Brumen M. Služba zdravstvene nege. Dostopno na: http://www.ukcmb.si/index.php?id=sluzba-zdr-nege0 (20.08.2011).
2. Gladwell M. Outliers: Penguin books; 2008.
3. Griffiths P, Jones S, Maben J, Murrells T. State of the art metrics for nursing: a rapid appraisal. London: National Nursing Research Unit, King's College London; 2008.
4. Informativni bilten Univerzitetnega kliničnega centra Maribor. Maribor: UKC Maribor; 2011: 8.
5. Kadivec S, Bregar B, Buček Hajdarević I, Černivec J, Horvat M, Klemenc D, et all. Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe zdravstvenega varstva v RS za obdobje od 2011 do 2020. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2011.
6. Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni negi babiški negi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije; 2008.
7. Priprava, sprejem in uvajanje dokumentov v ZN (N-01-78-00). Maribor: Služba zdravstvene nege, Univerzitetni klinični center Maribor; 2008.
8. Robida A, Yazbeck AMY, Kociper B, Mate T, Marušič D. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2006: 4, 11.
9. Robida A. Pot do odlične zdravstvene prakse. Ljubljana: Planet GV; 2009: 269.
10. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008 – 2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev« (ReNPZV). Uradni list Republike Slovenije št. 72/ 2008.
11. Special Eurobarometer 241/ Wave 64.1, 64.3 – TNS Opinion and Social, Medical Errors, januar 2006.
12. Trebar A. Kreativno snovanje novih proizvodov in storitev. Ljubljana: Slovensko združenje za kakovost in odličnost; 2010.

Varnostne vizite – pomemben element uvajanja varnosti za paciente

Patient Safety Walkarounds – an Important Element of Implementing Patient Safety

asist. Saša Čelan Stropnik, dr. med., spec. psih.
Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za psihiatrijo
sasa.celanstropnik@ukc-mb.si

Izvleček

V članku je predstavljen model varnostnih vizit in pogovorov o varnosti kot elementov, ki pripomorejo k izboljšanju varnosti bolnikov v bolnišnicah, tudi psihiatričnih. V članku navajamo število varnostnih zapletov v tuji literaturi, saj podatkov o varnostnih zapletih v slovenskih psihiatričnih bolnišnicah nimamo.
Poseben poudarek namenjamo varnostnim zapletom v psihiatričnih bolnišnicah: padcem, pobegom, fizičnemu omejevanju pacientov ter napakam pri predpisovanju zdravil. Opisujemo rizične faktorje, povezane s padci pacientov v bolnišnicah, ter ključne preventivne mere padcev. Navajamo demografske in diagnostične dejavnike, povezane s pobegom, okoljske in sistemske dejavnike ter dejavnike, ki zmanjšajo riziko za pobeg. Naštevamo napake pri predpisovanju zdravil ter strategije za zmanjševanje rizika poškodb in smrti pacientov ob njihovem fizičnem omejevanju.
Članek nas seznani z namenom in cilji izvajanja varnostnih vizit in varnostnih pogovorov ter s potekom, izvajalci in merili uspešnosti. Z varnostnimi vizitami in varnostnimi pogovori skušamo zagotoviti kulturo varnosti v obravnavi bolnikov ter poročanje o varnostnih zapletih brez strahu za posledice.
Pomembno je zagotoviti medprofesionalno sodelovanje, saj bo le takšno izvajanje varnostnih vizit in pogovorov o varnosti še uspešnejše in bo zdravstvena obravnava pacientov postala še varnejša.
Ključne besede: varnostna vizita, pogovori o varnosti, varnostni zaplet, psihiatrična bolnišnica

Abstract

The paper presents a model of patient safety walkarounds and safety talks as elements that help to improve patient safety in hospitals. In the paper we present statistics of safety incidents from other countries, because there is no data about safety incidents in Slovenian psychiatry hospitals. Special emphasis is given to safety incidents in psychiatric hospitals: falls, elopement, seclusion and restraint, and drug errors. We describe risk factors associated with falls in hospital and key fall prevention measures, demographic and diagnostic variables associated with elopement, environmental and system factors associated with elopement, factors that minimalize elopement risk, drug prescribing errors, and strategies for minimalizing risks for injury and death related to seclusion or restraint.
The article informs us about intent, goals, procedures, and measurement of success rate of implementing safety walkarounds and safety talks. With safety walkarounds and safety talks we are trying to ensure the culture of safety in patient treatment and reporting of safety incidents without fear of consequence. It is important to ensure cooperation among professionals of different disciplines, because this is the only way to ensure more successful patient safety walkarounds and safety talks and better safety of medical treatment.
Key words: patient safety walkarounds, safety talks, safety incidents, psychiatric hospital

Uvod

Zdravstvena dejavnost je področje z visokim tveganjem zaradi neželenih dogodkov. Načrtovana mora biti tako, da preprečuje napake in neželene dogodke, saj je bolnik ob sprejemu v bolnišnico izpostavljen različnim virom nevarnosti.
Naloga zdravstvenih delavcev je, da nevarnosti prepoznajo, jih v največji možni meri zmanjšajo in jih skušajo preprečiti. To lahko dosežejo z uvajanjem varnostnih vizit in razgovorov o varnosti, ki zahtevajo medsebojno sodelovanje različnih poklicnih profilov.
Po podatkih iz ameriške literature vsaj 44.000 Američanov vsako leto umre zaradi medicinskih napak. Predvidevajo, da bi lahko bila številka še višja – 98.000. Celo če upoštevamo nižjo vrednost, je številka smrti zaradi zdravstvenih napak višja od številke, ki jo pripisujemo osmim vodilnim vzrokom smrti (Herzog et al., 2002).
Medicinskim napakam v psihiatriji so v Ameriki posvečali malo pozornosti, dokler se ni med letoma 1988 in 1998 pojavila serija študij. Ugotovili so, da se je v psihiatričnih ustanovah zaradi fizičnega omejevanja pojavilo 142 primerov smrti. Poročilo je bilo sprejeto z enakim skepticizmom kot v drugih medicinskih strokah, ko so se pojavila prva poročila o medicinskih napakah (Herzog et al., 2002).
Podatkov o varnostnih zapletih v slovenskih psihiatričnih bolnišnicah nimamo.

Dejstvo je, da (Ministrstvo za zdravje, 2006; Feitelberg, 2006):

- izboljšanje pacientove varnosti pomeni globoke spremembe v klinični kulturi;
- napake so produkt tako obstoječega sistema kot posameznikovega vedenja;
- napake se lahko preprečijo;
- preprečevanje napak pomeni učenje psihiatričnih profesionalcev iz izkušenj drugih medicinskih strok;
- pot za povečevanje varnosti je izmenjava klinične prakse.

Varnostne vizite so proces, v katerem vodstvo obišče oddelek/enoto in se pogovarja z osebjem, ki neposredno dela s pacienti (Ministrstvo za zdravje, 2006, Feitelberg, 2006).

Pogovori potekajo o:

1. varnostnih zapletih, ki so pripeljali do škode za pacienta, osebja, obiskovalce;
2. varnostnih zapletih, ki bi lahko pripeljali do škode;
3. potencialnih problemih in možnih rešitvah.

Vodstvo nato opravi seznam prioritet ter skupaj z osebjem in komisijo za kakovost poišče rešitve (Ministrstvo za zdravje, 2006).

Pogovori o varnosti (Ministrstvo za zdravje, 2006) so:

- kratki, enostavni,
- brez posledic za osebje: udeleženci se pogovarjajo o varnostnih problemih in iščejo rešitve zanje,
- namen in cilj je: visoko zavedanje o varnostnih problemih.
- To so priporočila, ki jih uporablja osebje, da se vsakodnevno pogovarja o potencialnih varnostnih problemih.

Varnostni zaplet je nenameren, nepričakovan dogodek, ki ***je ali bi lahko škodoval pacientu ob prejemanju zdravstvene oskrbe in ne nastane zaradi narave pacientove bolezni*** (Robida, 2006).

Kateri varnostni zapleti na psihiatriji so pomembni?

1. padci,
2. pobegi,
3. napake pri predpisovanju zdravil,
4. fizično omejevanje pacientov.

1. PADCI V BOLNIŠNIČNEM OKOLJU (Jayaram et al, 2008)

Rizični faktorji, povezani s padci:

1. Močna korelacija:
    - delirij, demenca ali kognitivni deficit,
    - komplikacije telesne bolezni, npr. Parkinsonova bolezen, mišična oslabelost,
    - samodestruktivno vedenje,
    - uporaba zdravil, ki so: antidepresivi, nevroleptiki, dolgo delujoči benzodiazepini, uporaba treh ali več zdravil hkrati.
2. Šibka korelacija:
    - Uporaba zdravil
        - antikonvulzivi,
        - kratko delujoči benzodiazepini,
        - kratko delujoči hipnotiki,
        - tip 1 A antiaritmikov,
        - diuretiki.
    - Uporaba alkohola

Ključne preventivne mere padca:

- Bodi pozoren na specifične faktorje s strani bolnika!
    - spremembe psihičnega statusa,
    - anamneza o zlorabi zdravil ali alkohola,
    - anamneza o poškodbah ali zlomih,
    - nedavna oslabelost ali ataksija,
    - aritmija.
- Modificiraj rizične faktorje okolja!
    - primerno obuvalo in primerna dolžina oblačil,
    - uporaba ograje,
    - dobra osvetlitev.
- Modificiraj uporabo zdravil!
    - uporaba minimalne potrebne doze in števila zdravil,
    - skušaj se izogniti uporabi treh ali več zdravil pri istem pacientu,
    - bodi posebno pozoren, če obstajajo rizični faktorji za uporabo antidepresivov, nevroleptikov.
- Izboljšaj fizično funkcioniranje!
    - fizioterapevtski programi,
    - treningi ravnotežja.
- Povečaj edukacijo o rizičnih faktorjih!

2. POBEGI IZ BOLNIŠNIČNEGA OKOLJA (Jayaram et al, 2008)

Demografski in diagnostični dejavniki, povezani s pobegom:

- mladost,

- moški spol,
- antisocialna osebnostna motnja,
- komorbidnost zlorabe psihoaktivnih substanc ali craving po substancah,
- pomanjkanje adekvatnega terapevtskega odnosa s sestrami in zdravniki,
- impulzivnost pri mentalni retardaciji ali demenci, drugače kognitivno oškodovani pacienti ali pacienti s shizofrenijo,
- zaskrbljenost za varnost ljubljenih oseb, npr. mladoletnih otrok, zaskrbljenost za osebne predmete ali življenjsko situacijo,
- v anamnezi pobegi med prejšnjimi hospitalizacijami,
- pacient negira potrebo po hospitalizaciji.

Okoljski in sistemski dejavniki, povezani s pobegi:

- lahek dostop do zunanjega okolja, politika odprtih vrat,
- pobegi med menjavo izmene, v času obrokov, v dneh pred vikendom,
- slabo razmerje med številom pacientov in številom osebja,
- tendenca pacientov, da pobegnejo zgodaj v poteku hospitalizacije,
- slaba komunikacija med osebjem, nejasna navodila zdravnikov,
- pacientovo slabo razumevanje potrebe po hospitalizaciji in zdravljenju,
- neprostovoljna hospitalizacija,
- dolge hospitalizacije.

Dejavniki, ki zmanjšajo riziko za pobege:

- Ali so vrata zaklenjena?
- Je pacientovo bivanje omejeno na enoto, ima privilegije zunaj enote?
- Ali je pacientovo razumevanje potrebe po hospitalizaciji ustrezno?
- Ali se pacientova družina zaveda rizika pobega in ali lahko pomaga zmanjšati ta riziko?
- Ali so sestre odstranile pacientova oblačila in obuvala, ima pacient status povečanega nadzora?
- Naj bodo vrata zaklenjena ročno ali elektronsko, da se zmanjša možnost, da bi pacient odšel skupaj z obiskovalci ali osebjem?

3. NAPAKE PRI PREDPISOVANJU ZDRAVIL (Jayaram et al, 2008)

- **Predpisovanje zdravil:**
    1. indikacije za uporabo zdravila ni,
    2. zdravilo je kontraindicirano,
    3. bolnik je alergičen na zdravilo,
    4. zdravilo je indicirano, vendar je doza neprimerna,
    5. pogostost uporabe zdravila je nekonsistentno s farmakinetičnim profilom zdravila,
    6. navodilo je nepopolno glede na: zdravilo, dozo, pogostost uporabe,
    7. ni označene alergije.
- **Prepisovanje zdravil:**
    1. navodilo ni prepisano,
    2. navodilo je nepravilno prepisano,
    3. zdravilo se preneha dajati brez zdravnikovega navodila,
    4. ni označene alergije.
- **Navodilo ni primerno predano farmacevtskemu osebju.**
- **Uporaba zdravil:**

1. bolnik vzame napačno dozo,
2. zdravilo se da napačnemu bolniku,
3. zdravilo v napačnem času in po napačni poti,
4. uporabi se napačna doza, v napačni obliki,
5. zdravilo se uporabi brez navodila zdravnika.

4. FIZIČNO OMEJEVANJE PACIENTOV V BOLNIŠNICAH (Jayaram et al, 2008)

Vzroki poškodb ali smrti, povezani s fizičnim omejevanjem, in strategije za zmanjševanje rizika:

- Asfiksija:
  - izogibati se je treba fizičnemu omejevanju pacienta v nagnjenem položaju, da bi se izognili zadušitvi,
  - če je pacient omejen leže, je treba biti pozoren na aspiracijo,
  - poseben riziko so pacienti z različnimi deformacijami,
  - odstrani predmete iz okolice pacientovega obraza.
- Strangulacija:
  - posebno rizični so geriatrični pacienti in pacienti z deformacijami.
- Zastoj srca:
  - oceni pacientovo somatsko stanje,
  - bodi pozoren na znake srčnega zastoja.
- Ogenj:
  - pazi na paciente, ki kadijo,
  - preišči pacienta in njegovo sobo in odstrani skrite predmete,
  - prepreči dostop do vžigalnikov/vžigalic,
  - uvedi kontinuiran monitoring.

Pacientove značilnosti, ki zvišajo rizik agresivnega vedenja:

- anamneza o preteklem nevarnem vedenju,
- moški spol,
- adolescentni ali mladi odrasli,
- intoksicirani z alkoholom ali drogami,
- slabše socio-ekonomsko ozadje,
- nizka izobrazba in/ali nizka inteligenca,
- akutni situacijski faktorji, kot so: izguba službe, izguba pomembnega drugega,
- verbalna agresija, jeza ali labilno razpoloženje.

Predlogi za varno delo s potencialno nevarnimi pacienti:

- ostani pozoren,
- uporabljaj intuicijo in klinično znanje,
- imej na razpolago hitro dosegljive izhode,
- ohrani način, da pokličeš na pomoč (telefon, piščalka, alarmni gumb),
- uporabljaj težko pohištvo, ki se ga ne da premikati,
- okolje naj bo brez predmetov, ki se lahko uporabijo kot orožje,
- vedi, da lahko posamezniki nosijo orožje,
- prepoznaj pacientov strah ali nemoč,
- pomagaj pacientu najti rešitev za krizo,
- če pacient izgubi kontrolo, poudari posledice nasilja,
- poudari kazenski pregon, če je pacientovo nasilje posledica osebnostne motnje ali zlorabe psihoaktivnih substanc.

Varnostne vizite in pogovori o varnosti so **pomemben element pri izboljševanju kakovosti in varnosti bolnika**.

Namen izvajanja varnostnih vizit in pogovorov o varnosti (Ministrstvo za zdravje, 2006)
Osnovni namen je UVAJANJE IN SPODBUJANJE KULTURE VARNOSTI.

1. Seznanjanje zaposlenih o varnostnih zapletih, o funkcionalnih problemih, ki bi lahko privedli do opozorilnih nevarnih dogodkov in bi lahko vplivali na slabšo varnost bolnikov v bolnišnici,
2. vpogled v varnost pacientov in seznanjanje o varnostnih zapletih vseh zaposlenih, tudi vodilnih,
3. vzpostavitev komunikacije o varnosti pacienta med zaposlenimi, vodstvom oddelka, vodstvom bolnišnice,
4. priložnosti, da se poiščejo izboljšave in uvede napredek pri uvajanju varnostne kulture.

Cilji varnostnih vizit in pogovorov o varnosti (Ministrstvo za zdravje, 2006)
Osnovni cilj je IZBOLJŠANJE VARNOSTI ZA PACIENTE, OSEBJE IN OBISKOVALCE.

- Prepoznati potencialne nevarnosti za paciente, osebje in obiskovalce,
- povečati poročanje o varnostnih zapletih,
- spoznati, da se prek evidentiranja varnostnega zapleta učimo in izboljšujemo ter da cilj ni obtoževanje posameznikov,
- izboljšanje delovanja osebja.

Potek varnostnih vizit in pogovorov o varnosti (Ministrstvo za zdravje, 2006)

- Na oddelčnih sestankih je treba zaposlene informirati o pomenu in poteku varnostnih vizit in pogovorov o varnosti.
- Politika neobtoževanja!

Navodila (Ministrstvo za zdravje, 2006)

1. Varnostna vizita je napovedana vnaprej,
2. opredeljena so delovišča, na katerih se izvajajo varnostne vizite in pogovori o varnosti,
3. varnostna vizita poteka s celotnim timom na oddelku,
4. po končani varnostni viziti je potrebno predlagane in dogovorjene ukrepe zabeležiti, določiti čas za izvedbo ukrepov in odgovorno osebo.

Izvajalci varnostnih vizit (Ministrstvo za zdravje, 2006)

- Predstojnik,
- glavna medicinska sestra,
- vsi zaposleni v okviru oddelka,
- vodstvo bolnišnice.

Merilo uspešnosti (Ministrstvo za zdravje, 2006)

1. Število izvedenih varnostnih vizit in pogovorov o varnosti glede na načrt,
2. število varnostnih zapletov, ki jih je osebje odkrilo in o njih razpravljalo,
3. število odkritih potencialnih dogodkov, ki bi lahko privedli do neljubih dogajanj,
4. delež uspešno izvedenih ukrepov,
5. delež uspešno izvedenih sprememb na posameznem strokovnem področju.

Zaključek

Psihiatri so tako kot drugi zdravstveni profesionalci zaskrbljeni za zdravje svojih pacientov. Tudi v vsakodnevni psihiatrični praksi se je treba začeti zavedati, da se varnostni zapleti dogajajo, da lahko imajo velike posledice za pacienta. Varnostne vizite in pogovori o varnosti so elementi, ki nam lahko pomaga pri preprečevanju ali omiljenju varnostnih zapletov, seveda brez namena iskanja krivcev, temveč z namenom iskanja rešitev, ki bi izboljšale kakovost obravnave in povečale varnost psihiatričnih bolnikov.

Začnimo se zavedati, da:

- se varnostni zapleti dogajajo,
- imajo lahko velike posledice,
- jih poskušamo preprečiti ali vsaj omiliti,
- ni namen iskati krivce, temveč rešitve.

Viri in literatura:

1. Feitelberg SP. Patient Safety Executive Walkarounds. 2005 Lawrence Patient Safety Award Winner. Vohs and Lawrence Awards Special Feature: Garfield Centennial; 2006.
2. Herzog A, Shore MF, Beale RR, Padrino SL, Vogel VA, Freshman M. Patient safety and psychiatry. Recommendations to the board of trustees of the American Psychiatric Association. Arlington: American Psychiatric Association; 2002.
3. Jayaram G, Herzog. A Safe MD, Practical Applications and Approaches to Safe Psychiatric Practice. Committee on Patient Safety. Arlington: American Psychiatric Association; 2008.
4. Ministrstvo za zdravje Slovenije. Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice (ur. Robida A); 2006. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost_in_varnost_sistema_zdravstvenega_varstva/za_strokovno_javnost_kakovost_in_varnost_v_zdravstvu/uvajanje_izboljsevanja_kakovosti_v_bolnisnice/ (15.9.2011).
5. Robida A. Uvajanje kakovosti v bolnišnice. Ministrstvo za zdravje Ljubljana; 2006.

Vpliv timskega dela na kakovost in varnost v zdravstveni negi

Impact of Teamwork on Quality and Safety in Nursing

mag. Mateja Lorber, viš. med. ses., univ. dipl. org.
Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede
mateja.lorber@uni-mb.si

Izvleček

Izhodišča: Timsko delo je najuspešnejši in najbolj učinkoviti način vključevanja zaposlenih v organizacijski razvoj. Timsko delo okrepi medsebojno povezanost, sodelovanje, poveča razumevanje vodij in zaposlenih ter posledično izboljša varnost in kakovost zdravstvene nege. *Metode:* Z raziskavo smo želeli ugotoviti vpliv timskega dela na varnost in kakovost v zdravstveni negi. Raziskava je temeljila na kvantitativni metodologiji. Kot metodo raziskovanja smo uporabili poizvedovanje, za metodo zbiranja podatkov pa anketni vprašalnik, ki je vseboval vprašanja zaprtega tipa. V raziskavo so bile vključene štiri bolnišnice v Sloveniji, sodelovalo je 6 % zaposlenih v zdravstveni negi v slovenskih bolnišnicah. Uporabili smo različne statistične metode s pomočjo računalniškega programa SPSS 16,0. Z uporabo opisne statistike smo ugotavljali statistično pomembne razlike med posameznimi spremenljivkami ter s pomočjo korelacijske analize ugotovili povezanost med posameznimi spremenljivkami. Nato smo z regresijsko analizo ugotavljali vpliv neodvisnih spremenljivk na preučevano odvisno spremenljivko. *Rezultati:* Iz analize podatkov je razvidno, da vodje v zdravstveni negi še vedno premalo spodbujajo zaposlene k timskemu delu in medsebojnemu sodelovanju. Z regresijsko analizo smo ugotovili, da timsko delo statistično pomembno vpliva na varnost (β=0,313; p<0,001) in kakovost (β=0,185; p<0,001) zdravstvene nege. *Diskusija in zaključki:* Vodje v zdravstveni negi se premalo zavedajo pomena in vpliva timskega dela na varnost in kakovost zdravstvene nege. Pri uvajanju, spremljanju in zagotavljanju varnosti in kakovosti je potrebno dati poudarek predvsem osebnemu ter posledično tudi skupinskemu razvoju zaposlenih v zdravstveni negi. Motivirani in zadovoljni zaposleni so ključni dejavnik zagotavljanja varnosti in kakovosti v zdravstveni negi.

Ključne besede: zdravstvena nega, kakovost, varnost

Abstract

Introduction: Teamwork is the most successful and most effective way of employee involvement in organizational development. Teamwork strengthens interactions and cooperation, enhances the understanding of leaders and employees, and thus improves the safety and quality of care. *Methods:* In this study we wanted to determine the influence of teamwork on safety and quality in nursing. The survey was based on quantitative methodology. As a research method, we used enquiry, as method of data collection we used a questionnaire which contained closed questions and document analysis. The study included 6% of nursing employees in Slovenian hospitals. We used different statistical methods using computer program SPSS 16.0. Differences between individual variables were analysed by the t-test, while correlation analysis was used to identify the relationship between variables. Then we used regression analysis of the influence of independent variables on the dependent variable studied. *Results:* The analysis shows that leaders in nursing are still failing to adequately promote teamwork and cooperation among employees. By regression analysis we find that teamwork statistically significant impacts safety (β = 0.313, p <0.001) and quality (β

= 0.185, p <0.001) in nursing. *Discussion and conclusions:* Leaders in nursing are insufficiently aware of the importance and impact of teamwork on safety and quality of care. Introduction, monitoring and providing of safety and quality should start with particular emphasis on individual and group development of employees in nursing. Motivated and satisfied employees are a key factor in ensuring safety and quality in nursing.
Key words: nursing, quality, safety

Uvod

Potreba po timskem delu se je začela izražati z ugotovitvijo, da zahteve po čim hitrejšem in bolj kakovostnem obravnavanju pacientov narekujejo sodelovanje različnih strokovnjakov. Znano je, da je tim v primerjavi s posameznikom bolj prilagodljiv, produktiven in kreativen, hkrati pa predstavlja večji potencial za oblikovanje in doseganje idej. Možina (2002) navaja, da uspešno timsko delo narekujejo štirje dejavniki timskega dela: proces odločanja, narava dela, velikost tima in vloga vodje. Pomembno vodilo timskega dela je skupni cilj, ki je dosegljiv le na osnovi dobrega medsebojnega komuniciranja in sodelovanja. Poleg dobrih medsebojnih odnosov in komunikacije je timu nujno potreben dober vodja, saj je vodenje eden najbolj učinkovitih načinov, kako izboljšati storilnost tima. Dobri vodje tima so bistvenega pomena za ohranjanje varnosti pacientov (Firth-Cozens, 2001) in prej ko se jim nudi usposabljanje in podpora, ki jo potrebujejo za to nalogo, boljšo kakovost oskrbe bomo dosegli. Lorber (2010) ugotavlja, da so med pomembnimi dejavniki, ki vplivajo na učinkovitost tima: vodenje, medsebojni odnosi, komunikacija, motiviranost, timska naravnanost in medsebojno zaupanje vseh članov tima. Ambrož in Ovsenik (2002) ugotavljata, da je zaradi posledic organizacijskih sprememb v delovanju organizacij mogoče delovati in dosegati cilje organizacije le s timskim načinom dela. Medtem pa Skela Savič (2005) navaja, da lahko le timski pristop okrepi medsebojno povezanost in sodelovanje, poveča razumevanje vodij in zaposlenih v zdravstvu ter razširja uspešno prakso vodenja. Salas in sodelavci (2008) ugotavljajo, da je timsko delo sestavni del delovnega okolja, ki vodi k varnosti in kakovosti zdravstvene nege. Boddington in sodelavci (2006) navajajo, da je sprejetje standardiziranih orodij in vedenje zaposlenih učinkovito pri krepitvi timskega dela in zmanjševanju tveganj. Usposabljanje tima je metoda dela, katere namen je zagotoviti člane tima s kompetencami, potrebnimi za učinkovito in uspešno timsko delo.

Kakovost in varnost v zdravstveni negi

Cilj vsake bolnišnice je ustvariti najvarnejše možno okolje za paciente in osebje, kar je možno doseči le z ustvarjanjem kulture varnosti. Gandhi in sodelavci (2003) ugotavljajo, da je podpora organizacije bistvenega pomena za učinkovitost tima in strategijo varnosti pacientov. Izboljšave na področju varnosti pacientov so predvsem posledica organizacijskega in individualnega učenja. Zagotavljanje varnosti pacientov v zdravstveni negi je povezano z veliko odgovornostjo in predstavlja zelo zahtevno nalogo. Leonard s sodelavci (2004) ter Boddington s sodelavci (2006) ugotavljajo, da sta učinkovita komunikacija in timsko delo ključnega pomena za zagotavljanje varnosti pacientov in visoke kakovosti v zdravstveni negi. Področje človeških dejavnikov poudarja interakcijo med ljudmi in njihovim okoljem, ki prispevajo k uspešnosti, varnost in kakovosti delovnega okolja ter izvedenih storitev (Grandjean, 1980; Wilson, 2000). Lahko rečemo, da pet komponent delovnega sistema (oseba, naloga, orodje in tehnologija, psihično okolje ter organizacijski pogoji) vplivajo druga na drugo in jih je potrebno upoštevati pri zagotavljanju kakovosti. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije je v Nacionalnih usmeritvah za razvoj kakovosti v zdravstvu (2006)

kakovost definiralo z naslednjimi kriteriji: uspešnost, varnost, pravočasnost, učinkovitost, enakost in osredotočenje na pacienta.

Carayon in sodelavci (2006) navajajo, da je pri zagotavljanju varnosti in kakovosti pomembno zavedanje o tem:

- da organiziranje dela vpliva na varnost pacientov ter hkrati tudi na rezultate zaposlenih in organizacije,
- organiziranje dela vpliva na procese dela, ki posledično vpliva na rezultate,
- da je posameznik v središču delovnega procesa, lahko je ponudnik zdravstvenih storitev, član tima ali pacient,
- da mora biti sistem dela uravnotežen in mora upoštevati zahteve različnih interesnih skupin, ki so vključene v proces,
- vpliva na končni izid za paciente, zaposlene in organizacijo.

V mnogih raziskavah (Adorian et al., 1990; Firth-Cozens, 1998; Firth-Cozens, 2001; Reith, 1998) so bile ugotovljene koristi timskega dela pri zmanjševanju napak pri delu ter izboljšanju kakovosti in varnosti pacientov.

Namen in hipoteze

Zaradi zavedanja pomena zagotavljanja varnosti in kakovosti v zdravstveni negi smo želeli ugotoviti dejavnike, ki vplivajo na kakovost in varnost v zdravstveni negi. Zastavili smo si dve hipotezi:
Hipoteza 1: Timsko delo statistično pomembno vpliva na varnost pacientov v zdravstveni negi.
Hipoteza 2: Zagotavljanje varnosti statistično pomembno vpliva na kakovost v zdravstveni negi.

Metode

Raziskava je temeljila na kvantitativni metodologiji. Uporabili smo deskriptivno raziskovalno metodo, za metodo zbiranja podatkov pa anketni vprašalnik, ki je vseboval vprašanja zaprtega tipa, ter analizo dokumentov. V raziskavo so bile vključene štiri bolnišnice v Sloveniji. Razdelili smo 750 anketnih vprašalnikov, kar predstavlja 26,8-odstotni vzorec med 2802 zaposlenimi v zdravstveni negi v sodelujočih bolnišnicah. Vrnjenih je bilo 509 anketnih vprašalnikov, kar predstavlja 6-odstotni vzorec vseh zaposlenih v zdravstveni negi v slovenskih bolnišnicah. V raziskavi smo uporabili dva anketna vprašalnika, enega za vodje in drugega za preostale zaposlene v zdravstveni negi.

Rezultati

Povprečna starost anketiranih vodij je bila 43,5 let, povprečna starost zaposlenih pa 38 let. Povprečna starost zaposlenih in vodij se razlikuje za 5,5 let. Povprečna starost vodij v zdravstveni negi nam pove, da je anketiranec v povprečju postal vodja pri 38 letih. Vodje so v povprečju na vodilnem položaju 10 let (10 % jih je na vodilnem položaju 1 leto ali manj in 6 % več kot 25 let). Zaposleni, ki so vrnili anketni vprašalnik, so v povprečju zaposleni v bolnišnici 16,5 let, kar kaže na to, da dobro poznajo razmere v bolnišnici in delujejo kot strokovnjaki na svojem področju. V tabeli 1 so prikazane povprečne vrednosti odgovorov za vodje in zaposlene s koeficientom variabilnosti ter rezultati t testa za preučevane spremenljivke.

Tabela 1: Primerjava med vodji in zaposlenimi in statistično pomembne razlike

	PV vodje	Koef. variab. (%)	PV zapo.	Koef. variab. (%)	t	p
Timsko delo	4,54	8,1	4,01	18,1	10,197	**<0,001**
Reševanje problemov	4,26	9,1	3,94	18,1	6,036	**<0,001**
Komunikacija	3,97	8,3	3,74	14,3	5,357	**<0,001**
Medosebni odnosi	4,12	8,6	3,75	16,9	7,679	**<0,001**
Varnost	4,08	8,2	3,92	15,9	6,368	**<0,001**
Kakovost	4,27	8,3	3,90	16,3	7,838	**<0,001**

S t testom smo preverili, ali med posameznimi povprečnimi vrednostmi mnenj vodij in mnenj zaposlenih obstajajo statistično pomembne razlike. Ugotovili smo statistično pomembne razlike pri vseh šestih proučevanih spremenljivkah: timsko delo (t=10,197; p<0,001), reševanje problemov (t=6,036; p<0,001), komunikacija (t=5,357; p<0,001), medosebni odnosi (t=7,679; p<0,001), varnost (t=6,368; p<0,001) in kakovost (t=7838; p<0,001).

Regresijska analiza

V tabeli 2 so predstavljeni rezultati regresijske analize za spremenljivko timsko delo. Iz rezultatov razberemo, da imajo na timsko delo pomemben vpliv stopnja izobrazbe zaposlenih (β=0,053; p=0,002), vedenje vodij (β=0,104; p=0,002), izbrane značilnosti vodij (β=0,085; p<0,001), komunikacija (β=0,686; p<0,001), medosebni odnosi (β=0,173; p<0,001) in motivacija zaposlenih (β=0,124; p<0,001). Ti dejavniki pojasnijo skoraj 94 % celotne variabilnosti timskega dela v zdravstveni negi.

Tabela 2: Rezultati regresijske analize za timsko delo

Timsko delo	Značilnosti	B	ß	p
R^2=0,936	Starost (leta)	-0,003	-0,039	0,352
	Leta zaposlitve v bolnišnici	0,001	0,021	0,622
	Stopnja izobrazbe	0,037	0,053	**0,002**
	Vedenje vodij	0,003	0,104	**0,002**
	Izbrane značilnosti vodij	0,098	0,085	**<0,001**
	Komunikacija	0,976	0,686	**<0,001**
	Medosebni odnosi	0,201	0,173	**<0,001**
	Motivacija	0,152	0,124	**<0,001**

V tabeli 3 so predstavljeni rezultati regresijske analize za spremenljivko varnost. Iz rezultatov razberemo, da imajo na varnost pacientov pomemben vpliv: starost (β=0,161; p=0,016), stopnja izobrazbe zaposlenih (β=0,149; p<0,001), vedenje vodij (β=0,221; p<0,001), izbrane značilnosti vodij (β=0,004; p=0,021), komunikacija (β=0,008; p=0,019), medosebni odnosi (β=0,068; p=0,026), reševanje problemov (β=0,363; p<0,001), timsko delo (β=0,313; p<0,001) in vodstvene kompetence vodij (β=0,212; p<0,001). Ti dejavniki pojasnijo 68,4 % celotne variabilnosti varnosti pacientov.

Tabela 3: Rezultati regresijske analize za varnost

Varnost	Značilnosti	B	ß	t	p
R ²=0,684	Starost (leta)	0,008	0,161	2,429	**0,016**
	Stopnja izobrazbe	0,068	0,149	5,566	**<0,001**
	Leta zaposlitve v bolnišnici	0,005	0,102	1,550	0,122
	Vedenje vodij	0,239	0,221	4,194	**<0,001**
	Reševanje problemov	0,245	0,363	4,792	**<0,001**
	Medosebni odnosi	0,051	0,068	1,110	**0,026**
	Timsko delo	0,202	0,313	4,481	**<0,001**
	Komunikacija	0,007	0,008	0,105	**0,019**
	Izbrane značilnosti vodij	0,003	0,004	0,103	**0,021**
	Kompetence vodij	0,138	0,212	4,125	**<0,001**

V tabeli 4 so predstavljeni rezultati regresijske analize za spremenljivko kakovost. Iz rezultatov razberemo, da imajo na kakovost v zdravstveni negi pomemben vpliv stopnja izobrazbe zaposlenih (β=0,128; p=0,012), vedenje vodij (β=0,389; p<0,001), izbrane značilnosti vodij (β=0,052; p=0,042), komunikacija (β=0,049; p=0,025), medosebni odnosi (β=0,036; p=0,034), reševanje problemov (β=0,230; p<0,001), timsko delo (β=0,185; p<0,001), varnost (β=0,209; p<0,001) in vodstvene kompetence vodij (β=0,345; p<0,001). Ti dejavniki pojasnijo skoraj 82 % celotne variabilnosti kakovosti v zdravstveni negi.

Tabela 4: Rezultati regresijske analize za kakovost

Kakovost	Značilnosti	B	ß	t	p
R ²=0,818	Starost (leta)	0,006	0,096	1,892	0,059
	Stopnja izobrazbe	0,008	0,128	2,526	**0,012**
	Leta zaposlitve v bolnišnici	0,006	0,010	0,484	0,629
	Vedenje vodij	0,563	0,389	9,690	**<0,001**
	Reševanje problemov	0,209	0,230	3,977	**<0,001**
	Medosebni odnosi	0,036	0,036	0,782	**0,034**
	Timsko delo	0,160	0,185	3,466	**0,001**
	Komunikacija	0,059	0,049	0,919	**0,025**
	Izbrane značilnosti vodij	0,052	0,052	1,728	**0,042**
	Kompetence vodij	0,423	0,345	8,452	**<0,001**
	Varnost	0,279	0,209	6,234	**<0,001**

Razprava

Ugotovili smo, da vodje s statistično pomembno višjo povprečno vrednostjo menijo, da je timsko delo na oddelku, ki ga vodijo, učinkovito in da lahko vsi zaposleni sodelujejo v timu. Prav tako smo ugotovili, da vodje ocenjujejo, da so komunikacija in medosebni odnosi na oddelku, kjer so zaposleni, uspešni in učinkoviti. Hkrati tudi ugotovimo, da vodje statistično pomembno višje ocenjujejo zagotavljanje varnosti in kakovosti zdravstvene nege na oddelku, kot jo ocenjujejo preostali zaposleni v zdravstveni negi. Organizacije so učinkovitejše, če imajo vzpostavljeno timsko delo, kar omogoča boljšo uporabo znanja posameznikov ter s tem pripomore k zagotavljanju večje varnosti in kakovosti v zdravstveni negi. Pri timskem delu mora vodja skrbeti za doseganje uspešnosti in učinkovitosti na osnovi prispevkov vsakega posameznika. Naloga vodje je, da poskrbi za enakopravno porazdeljen prispevek vseh članov tima, uspešno komunikacijo in hkrati vzpodbuja dobre medosebne odnose. Hkrati je dober vodja lahko le tisti, ki ne dela razlik med zaposlenimi. Ugotovitve naše raziskave podpirajo

spoznanja mnogih avtorjev (Lipičnik in Možina 1998; Adrinek 2004; Reader et al., 2007), ki navajajo, da je medsebojno komuniciranje vseh članov tima ključnega pomena za delovanje tima v zdravstveni negi, kar ugotovimo z najvišjo vrednostjo standardiziranega regresijskega koeficienta proučevanih neodvisnih dejavnikov na timsko delo. Skela Savič (2007) ugotavlja, da so učinkovito vodeni timi v zdravstvu izjemnega pomena pri zagotavljanju varne obravnave pacientov in so povezani z večjo kakovostjo zdravstvene obravnave. Robida (2006) ugotavlja, da se o timskem delu v zdravstvu govori že dolgo časa, čeprav sistemskega pristopa v večini držav še ni, predvsem zaradi vedno večje kompleksnosti dela, hitrega razvoja novih spoznanj, tehnologije, vedno večjih zahtev pacientov ter pomanjkanja zdravstvenih strokovnjakov. Sodelovanje v timu je po njegovem mnenju pomemben element kakovosti v zdravstvu, sam sistem zdravstvene oskrbe pa mora biti organiziran tako, da vzpodbuja povezovanje in sodelovanje med različnimi skupinami. Ugotovitve naše raziskave podpirajo ugotovitve mnogih avtorjev (Firth-Cozens, 2001; Boddington et al., 2006; Carayon et al., 2006; Gandhi et al., 2003; Leonard et al., 2004), ki so ugotovili, da timsko delo, komunikacija, medosebni odnosi in vodenje pomembno vplivajo na varnost in kakovost v zdravstveni negi. Glede na navedene rezultate lahko potrdimo obe zastavljeni hipotezi.
Leonard in sodelavci (2004) ugotavljajo, da ne samo razlike v načinu komuniciranja med zdravniki in medicinskimi sestrami, ampak tudi kompleksnost zdravstvenega procesa zahteva učinkovito komunikacijo, dobre medosebne odnose ter uspešno timsko delo za zagotavljanje varne in kakovostne oskrbe. Da je lahko kultura sprememb in varnosti uspešna, so tako vodje kot zaposleni v zdravstveni negi ključnega pomena. Spremembe v zdravstveni negi morajo biti vgrajene v vsakodnevno delo in biti zaznane pri zagotavljanju varnosti in kakovosti zdravstvene nege s strani vseh zaposlenih.

Zaključek

Znano je, da je timsko delo v zdravstvu slabše razvito, čeprav je jasno, da posamezen strokovnjak ne more obvladati vsega znanja in znati vseh veščin, ki jih pacient potrebuje v okviru zdravstvene obravnave. Vodstvo mora vzdrževati odprto komunikacijo, vzpodbujati in ugotavljati učinkovitost timskega dela, omogočati sodelovanje pri oblikovanju ciljev ter načrtovati osebni strokovni razvoj vsakega posameznika. Delovanje vsake organizacije je odvisno od medosebnih odnosov, ki nastajajo tako med zaposlenimi kot tudi uporabniki storitev, pacienti. Oblikovanje medosebnih odnosov in učinkovitost timskega dela za varnost pacientov in kakovostne zdravstvene storitve predstavlja temelj uspešne in konkurenčne organizacije. Vodje so tisti, ki morajo iskati nove poti in možnosti, kako ostati konkurenčen oziroma konkurenčnost še izboljšati.

Literatura

1. Adorian D, Silverberg DS, Tomer D, Wamosher Z. Group discussions with the health care team: a method of improving care of hypertension in general practice. J Human Hypertens. 1990;4(3):265-8.
2. Adrinek M. Komuniciranje v projektnih timih [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2004.
3. Ambrož M, Ovsenik M. Humana paradigma vodenja sprememb v postindustrijski družbi. Socialno delo. 2002;41(3-4):127–39.
4. Boddington R, Arthur H, Cummnings D, Mellor S, Salter D. Team resource management and patient safety: a team focused approach to clinical governance. Clin Governance Int J. 2006;11(1):58-68.
5. Carayon P, Schoofs Hundt A, Karsh BT, Gurses AP, Alvarado CJ, Smith M, et al. Work system design for patient safety: the SEIPS model. Qual Saf Health Care. 2006;15(1):i50-8.
6. Firth-Cozens J. Celebrating teamwork. Qual Health Care. 1998;7:S3-7.
7. Firth-Cozens J. Cultures for improving patient safety through learning: the role of teamwork. Qual Health Care. 2001;10(2):ii16-31.
8. Gandhi TK, Graydon-Baker E, Barnes JN, Neppl C, Stapinski C, Silverman J, et al. Creating an integrated patient safety team. Joint Comm J Qual Saf. 2003;29(3):383-90.

9. Grandjean E. Fiting the task to the man: an ergonomic approach. London: Taylor&Francis; 1990.
10. Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. Qual Saf Health Care. 2004;13(1):i85-90.
11. Lipičnik B, Možina S. Psihologija v podjetjih. Ljubljana: Državna založba Slovenije; 1998.
12. Lorber M. Vedenje, značilnosti in kompetence vodij v povezavi z zadovoljstvom in pripadnostjo zaposlenih v zdravstveni negi [magistrsko delo]. Koper: Univerza na primorskem; 2010.
13. Možina S. Vodja in vodenje. In. Možina S. Management nova znanja za uspeh. Radovljica: Didakta; 2002:472-618.
14. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS; 2006.
15. Reader TW, Flin R, Mearns K, Cuthbertson BH. Interdisciplinary communication in the intensive care unit. Br J Anaesth. 2007;98(3):347-52.
16. Reith M. Risk assessment and managment: lessons from mental health inquiry reports. Med Sci Law. 1998;38:221-6.
17. Robida A. Nacionalne smernice za razvoj kakovosti v zdravstvu. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2006.
18. Salas E, DiazGranados D, Weaver SJ, King H. Does team training work? Principles in health care. Acad Emerg Med. 2008;15(11):1002-9.
19. Skela Savič B. 2005. Zakaj se spremembe v zdravstvu odvijajo (pre)počasi? Neprofitni Management. 2005;3(1):31–5.
20. Skela Savič B. Dejavniki uspešnega izvajanja sprememb v slovenskem zdravstvu [doktorska disertacija]. Kranj: Univerza v Mariboru; 2007.
21. Wilson JR. Fundamental and ergonomics in theory and practice. Appl Ergon. 2000;31:557-67.

Zagotavljanje varnosti študentov na kliničnih vajah v psihiatričnem okolju

Ensuring the Safety of Students in Clinical Practice in the Psychiatric Enviroment

mag. Klavdija Čuček Trifkovič, prof zdr. vzg., viš. pred.
Milena Pišlar, univ. dipl. org., pred.
Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Mariboru
klavdija.trifkovic-cucek@uni-mb.si

Izvleček

Izhodišča: Zagotavljanje varnosti študentov na kliničnih vajah je ena od prioritetnih nalog tako izobraževalne ustanove kot kliničnega okolja. Študenti so ob pridobivanju znanja in izkušenj predvsem v kliničnem okolju izpostavljeni številnim nevarnostim, ki lahko ogrožajo njihovo lastno varnost. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, katera zaščitna sredstva študenti uporabljajo za zagotavljanje varnosti na kliničnih vajah in ali so bili v psihiatričnem okolju izpostavljeni nasilju s strani pacientov. *Metode:* Izvedena je bila kvantitativna raziskava s pomočjo anketnega vprašalnika. V raziskavi je sodelovalo 63 študentov 3. letnika Fakultete za zdravstvene vede Univerze v Mariboru. Za analizo podatkov je bil uporabljen statistični paket SPSS verzija 19. *Rezultati:* Analiza podatkov je pokazala, da se študenti zavedajo pomena zagotavljanja varnosti pri delu in za to uporabljajo zaščitna sredstva ter si redno razkužujejo roke. Ugotovljene so bile statistično pomembne razlike med spolom in uporabo primerne obutve ($p < 0,01$) ter uporabo zaščitnih rokavic pri odvzemu krvi iz prsta ter vene in venske kanile ($p < 0,05$). Polovica študentov na psihiatričnem področju ni bila izpostavljena nasilju s strani pacientov. *Diskusija in zaključki:* Študenti so v naši raziskavi izrazili mnenje, da je v kliničnem okolju poskrbljeno za varnost, vendar jih je skoraj tretjina navajala občasno lastno izpostavljenost tako verbalnemu kot fizičnemu nasilju. Kljub temu so študenti med kliničnimi vajami na psihiatričnem področju izgubili občutek strahu in nelagodja. V literaturi je predvsem zaslediti, kako zagotavljati varstvo in varno obravnavo pacientov, manj pa, kako zagotoviti varnost zdravstvenih delavcev, še manj študentov v kliničnem okolju.
Ključne besede: študent zdravstvene nege, varnost pri delu, klinično okolje, zdravstvena nega v psihiatriji

Abstract

Introduction: Ensuring the safety of students in clinical practice is one of the priorities of the educational institutions as well of the clinical institutions. While acquiring knowledge and experience in the clinical setting in particular, students are exposed to a many hazards that can jeopardize their own safety. With this research we wanted to determine what protective equipment students use to ensure safety in clinical practice and/or whether they were exposed to violence by patients in psychiatric settings. *Methods:* Research data was collected by quantitative survey (a questionnaire). 63 3rd-year students of the Faculty of Health Sciences, University of Maribor took part in the survey. Data was analysed by using the SPSS statistical package, version 19. *Results:* An analysis of the obtained data showed that students are aware of the importance of safety at work, and that they use protective equipment for this purpose and regularly disinfects their hands. Statistically significant differences between sexes in the area of appropriate footwear ($p <0.01$) and use of protective gloves when collecting blood from a finger and veins and venous cannulae ($p <0.05$) were found. A half of the students in the psychiatric environment had not been exposed to violence caused by patients. *Discussion and conclusions:* Students in our survey expressed a view that safety is taken care of in a clinical setting although almost one third of the students occasionally reported their own

exposure to verbal and physical violence. During their clinical practice in the psychiatric setting the students, nevertheless, lost the feeling of fear and uneasiness. There is a lot of literature on how to ensure protection and safe treatment of patients, and less on how to ensure the safety of health workers, and even less on how to ensure safety of students in the clinical setting.

Uvod

Varnost je opredeljena kot stanje varnega, biti varen pa pomeni, da je posameznik v stanju, ko mu ne grozi nevarnost ali kaj neprijetnega (Hvala, Mihelič Zajec, 2010). Varnost človeka lahko definiramo tudi kot »majhno verjetnost, da bodo pridobljene vrednote ogrožene« (Baldwin, 1997). Pri izvedbi zdravstvenih storitev je varnost eden izmed najpomembnejših dejavnikov v zagotavljanju zdravstvenega varstva. Varna zdravstvena obravnava preprečuje škodo za pacienta.

V Sloveniji je uveden Sistem spremljanja opozorilnih nevarnih dogodkov, ki vključuje obravnavo najhujših varnostnih zapletov pri pacientih. Ministrstvo za zdravje ga je vzpostavilo že leta 2002, vendar pa so bili predpisi na tem področju pomanjkljivi. Izvajalci so še posebej izpostavljali skrb glede zaupnosti in nekaznovanosti v primeru poročanja o tovrstnih incidentih. Z letom 2009 se začenja natančnejše vodenje evidenc o varnostnih zapletih pri pacientih (Simčič, 2010). Ministrstvo za zdravje RS je leta 2010 izoblikovalo Nacionalno strategijo kakovosti in varnosti v zdravstvu. Namen strategije je učinkovito razvijati sistematičnost in strokovnost nenehnega izboljševanja zdravstvene obravnave ter varnosti pacientov ob upoštevanju šestih načel kakovosti v zdravstvu: varnost, uspešnost, pravočasnost, učinkovitost, enakopravnost in osredotočenost na pacienta ter upoštevanje načel vodenja kakovosti (prav tam).

Kakovost in varnost v zdravstvu sta pojava, ki presegata domeno ene poklicne skupine. Pomenita več poklicno odgovornost izvajalcev v zdravstvenem timu in odgovornost izobraževalnega in zdravstvenega sistema. To pomeni, da mora biti zdravstvena obravnava varna, uspešna in učinkovita, spodbujati mora partnerski odnos s pacienti, biti mora koordinirana in povezana, enako dostopna in razpoložljiva (Kociper, 2007).

Varnost študenta v kliničnem okolju

Klinične vaje so bistveni element študija zdravstvene nege, kjer študenti preverjajo lastno teoretično znanje in ga prenašajo v prakso, pridobivajo dodatna znanja in veščine oziroma jih utrjujejo. Učenje v kliničnem okolju pa nosi s seboj tudi izpostavljenost nekaterim nevarnostim, ki vplivajo na zmanjšanje varnosti posameznika (Gaberson, Oermann, 2007). Študenti so lahko izpostavljeni okužbam pri delu, poškodbam, nezgodam pa tudi nasilju. Slednje je še dodatno pričakovati na psihiatričnem področju. Ob prihodu v klinično okolje se študenti srečujejo z novimi in neznanimi stvarmi, ob katerih pogosto občutijo strah in nelagodje. Tam so lahko ranljive tarče zaradi svojega mesta v hierarhiji, lastne negotovosti in specifičnosti pacientovih zdravstvenih stanj.

Owen in sod. (1998) so ugotovili, da so bili pri 75 % incidentov zaradi nasilnega vedenja pri pacientih predhodno prisotni opozorilni znaki. Le-te je pogosto težko zaznati in pravilno interpretirati tudi izkušenemu zdravstvenemu delavcu. Študent, ki mu primanjkuje znanja in izkušenj, pa je ob tem še v toliko večji dilemi.

Ukrepi za zagotavljanje varnosti študenta v kliničnem okolju

Študent mora biti pred prihodom na klinične vaje seznanjen s pravilniki za zagotavljanje varnosti pri delu, navodili in smernicami. Dobro mora biti poučen o preprečevanju nevarnosti okužb, o varnih tehnikah dela, preprečevanju nezgod in ukrepih ob le-teh. Seznaniti ga je potrebno z možnostjo nastanka nasilja pri pacientih z duševnimi motnjami in poudariti pomen predvidevanja, prepoznavanja in preprečevanja incidentov. Ob zagotavljanju lastne varnosti pa je velikega pomena zagotavljanje pacientove varnosti, ki jo Evropska unija uvršča med visoko pomembne.
Pred pričetkom kliničnih vaj vsi študenti opravijo laboratorijske vaje v učilnici za zdravstveno nego. Pri učenju negovalnih intervencij se poudarja dosledno upoštevanje varnih tehnik dela in uporaba zaščitnih sredstev. Vsebine, ki se nanašajo na preprečevanje specifičnih okužb in varne tehnike dela, pa so vključene tudi v druge obvezne predmete (Nerat, Gönc, 2009).
Vsi študenti, ki obiskujejo FZV UM morajo biti cepljeni proti hepatitisu B.
Na uvodnem seminarju ob začetku kliničnih vaj šolski koordinator poudari pomen umivanja in razkuževanja rok, uporabe predpisanih zaščitnih sredstev, ravnanja z infektivnimi odpadki, predstavi standard ukrepov ob pojavu bolnišničnih okužb in standard ukrepov ob poškodbi z ostrimi predmeti, na kar se študente opozarja skozi celoten potek kliničnih vaj.
Študenti se ob pojavu težav in incidentov v prvi vrsti obračajo na svoje mentorje v kliničnem okolju, ki so prisotni ves čas poteka kliničnih vaj.
Ob izvajanju aktivnosti zdravstvene nege je študent dolžan delovati po navodilih kliničnega mentorja ali drugih strokovnih delavcev. Učni zavod zagotovi študentu potrebne delovne pripomočke, ki so vezani na proces dela, in deluje skladno s predpisi s področja varstva pri delu. Za zaščitno obleko in obutev poskrbi študent sam oziroma njegov učni zavod.
Varnost zagotavljajo: študenti sami s svojim znanjem, zanesljivostjo pri delu in resnim pristopom, klinično okolje z zagotavljanjem mentorske mreže, delovnih sredstev in razmer za delo in izobraževalna ustanova z izvajanjem verificiranega izobraževalnega programa in strokovnimi izvajalci.

Namen raziskave

Namen raziskave je bil pridobiti mnenje študentov o zagotavljanju varnosti na kliničnih vajah v psihiatričnem okolju. Odgovoriti smo želeli na naslednja raziskovalna vprašanja:

- S katerimi zaščitnimi sredstvi študenti zagotavljajo varnost na kliničnih vajah?
- Ali so bili študenti v psihiatričnem okolju izpostavljeni nasilju s strani pacientov?

Metode dela

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela. Izvedena je bila kvantitativna raziskava, kjer smo podatke zbrali s strukturirano anketo. Anketiranci so odgovarjali na zaprta in odprta vprašanja. Raziskava je bila izvedena v mesecu juliju 2011. Za analizo je bil uporabljen statistični paket SPSS verzija 19.
Vzorec
V raziskavi je sodelovalo 63 študentov rednega dodiplomskega visokošolskega študijskega programa zdravstvene nege, ki so vpisani v 3. letnik Fakultete za zdravstvene vede Univerze v Mariboru, kar znaša 59,4 % rednih študentov 3. letnika. 56 (88,9 %) jih je bilo ženskega in 7 (11,1 %) moškega spola. Največ študentov je bilo v starostni skupini 21 do 22 let in najmanj v skupini nad 25 let. Povprečna starost je bila 22,5 let.

Leta	Število	Odstotek	Veljavni odstotek	Kumulativni odstotek
21-22	43	68,3	68,3	68,3
23-24	15	23,8	23,8	92,1
nad 25	5	7,9	7,9	100,0
Skupaj	63	100,0	100,0	

Sl. 1. *Starost*

Etični vidik
Za izvedbo raziskave smo pridobili soglasje vodstva Fakultete za zdravstvene vede Univerze v Mariboru. Študenti so bili ustno seznanjeni z vsebino in namenom raziskave. Sodelovali so prostovoljno in bili seznanjeni z anonimnostjo raziskave ter dejstvom, da lahko sodelovanje odklonijo. Vsi anketirani študenti so klinične vaje na psihiatričnem področju opravili v študijskem letu 2010/2011.

Rezultati

Podatki so pokazali, da večina študentov, in sicer 52 (82,5 %), razmišlja o lastni varnosti na kliničnih vajah, o njej ne razmišljata 2 (3,2 %) anketiranca, včasih o njej razmišlja 9 (14,3 %) anketirancev (Sl. 2).

Možni odgovori	Število	Odstotek	Veljavni odstotek	Kumulativni odstotek
1	52	82,5	82,5	82,5
2	2	3,2	3,2	85,7
3	9	14,3	14,3	100,0
Skupaj	63	100,0	100,0	

Legenda: 1 – da; 2 – ne; 3 – včasih

Sl. 2. *Razmišljanje o lastni varnosti*

38 (60,3 %) študentov je mnenja, da je na kliničnih vajah poskrbljeno za varnost študentov, tako ne meni 5 (7,9 %) študentov. 20 (31,7 %) študentov je mnenja, da je za varnost študentov na kliničnih vajah poskrbljeno le včasih (Sl. 3).

Možni odgovori	Število	Odstotek	Veljavni odstotek	Kumulativni odstotek
1	38	60,3	60,3	60,3
2	5	7,9	7,9	68,3
3	20	31,7	31,7	100,0
Skupaj	63	100,0	100,0	

Legenda: 1 – da; 2 – ne; 3 – včasih

Sl. 3. *Zagotavljanje varnosti študentov na kliničnih vajah*

53 (84,1 %) študentov na psihiatričnem področju med opravljanjem kliničnih vaj ni imelo občutka ogroženosti lastne varnosti, medtem ko je 10 (15,9 %) študentov ta občutek doživelo (Sl. 4).

Možni odgovori	Število	Odstotek	Veljavni odstotek	Kumulativni odstotek
1	10	15,9	15,9	15,9
2	53	84,1	84,1	100,0
Skupaj	63	100,0	100,0	

Legenda: 1 – da; 2 – ne

Sl. 4. *Ogroženost lastne varnosti na psihiatričnem področju*

Izmed 10 (100 %) študentov, ki so imeli občutek ogroženosti lastne varnosti, je občutke in dogodke, ki so jih sprožili, opisalo 6 (60 %) študentov, 4 (40 %) pa ne. Študenti, ki so opisali svoje občutke, so izpostavili strah, nemoč in bojazen, da bi jim pacient kaj naredil. Med dogodki so opisali verbalno nasilje (grde besede, nadiranje s strani pacientov) in fizično nasilje (udarec v trebuh, drgnjenje pacienta ob študentko).
Podatki so pokazali, da se študenti v veliki večini zavedajo pomena zagotavljanja varnosti in pri delu uporabljajo zaščitna sredstva (Razpredelnica 1). Presenetljiv je podatek, da 15 (23,8 %) študentov le včasih uporablja zaščitne rokavice pri odvzemu krvi iz vene, 3 (4,8 %) študenti pa jih sploh ne uporabijo pri omenjeni aktivnosti.

Razpredelnica 1. *Zagotavljanje lastne varnosti z uporabo zaščitnih sredstev*

	da		**ne**		**včasih**	
Trditev	N	[%]	N	[%]	N	[%]
z zaščitno obleko	58	92,1	1	1,6	4	6,3
z uporabo zaščitnih rokavic pri odvzemu krvi iz prsta	34	54,0	15	23,8	14	22,2
z uporabo zaščitnih rokavic pri odvzemu krvi iz vene	45	71,4	3	4,8	15	23,8
z uporabo zaščitnih rokavic pri nastavljanju i.v. kanile	52	82,5	1	1,6	10	15,9
s primerno obutvijo	56	88,9	3	4,8	4	6,3
z uporabo maske	41	65,1	5	7,9	17	27,0
z rednim razkuževanjem rok (od pacienta do pacienta)	62	98,4	1	1,6	0	0,0
z rednim razkuževanjem rok (umazano perilo)	60	95,2	0	0,0	3	4,8
z rednim razkuževanjem rok (telesne tekočine)	63	100	0	0,0	0	0,0

Iz razpredelnice 2 je razvidno mnenje študentov o pristopih in zagotavljanju varnosti na psihiatričnem področju. Večina študentov je bila pred začetkom kliničnih vaj (KV) seznanjena s predpisi za zagotavljanje varnosti pri delu. V kliničnem okolju so se počutili varno in so dosledno uporabljali vsa zaščitna sredstva, navodila in smernice za varnost pri delu ter standarde aktivnosti zdravstvene nege. Večina študentov meni, da so jim bili mentor, šolski koordinator in drugi člani negovalnega tima v oporo. Je pa kar 73 % študentov ob začetku KV na psihiatričnem področju občutilo strah in neugodje, ob zaključku pa sta bila strah in neugodje deloma prisotna pri 14,3 % anketiranih, enako kot na začetku pa pri 1,6 % študentov. 33,3 % študentov ni bilo v času KV na psihiatričnem področju izpostavljenih nikakršnim stresnim situacijam, medtem ko so jih preostali občutili deloma. Večina študentov na oddelku ni bila nikoli sama in dobra polovica anketiranih se ob spremstvu pacientov ni počutila ogrožena. 49, 2 % študentov se s fizično agresijo s strani pacientov ni soočila, 50,8 % pa se jih ni soočilo z verbalno agresijo s strani pacientov.

Razpredelnica 2. *Zagotavljanje varnosti študentov v psihiatričnem okolju*

Trditev	1		2		3		4	
	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]
pred KV sem bil seznanjen s predpisi za zagotavljanje varnosti pri delu	3	4,8	13	20,6	17	27,0	30	47,6
v kliničnem okolju sem se počutil popolnoma varno	2	3,2	8	12,7	33	52,4	20	31,7
pri izvajanju ZN sem dosledno uporabljal vsa zaščitna sredstva	0	0,0	2	3,2	17	27,0	44	69,8
pri izvajanju ZN sem dosledno upošteval navodila in smernice za varnost pri delu	1	1,6	2	3,2	11	17,4	49	77,8
pri izvajanju ZN sem upošteval standarde aktivnosti ZN	0	0,0	0	0,0	15	23,8	48	76,2
v času KV mi je bil mentor v oporo	0	0,0	2	3,2	14	22,2	47	74,6
v času KV mi je bil šolski koordinator v oporo	2	3,2	3	4,8	9	14,2	49	77,8
v času KV sem imel podporo s strani članov negovalnega tima	0	0,0	6	9,5	25	39,7	32	50,8
pred začetkom KV sem občutil strah in neugodje	17	27,0	15	23,8	15	23,8	16	25,4
v času KV sem bil večkrat izpostavljen stresnim situacijam	21	33,3	21	33,3	15	23,8	6	9,5
na oddelku sem bil pogosto sam	40	63,5	12	19,0	9	14,3	2	3,2
na oddelku sem se počutil neprijetno	41	65,1	10	15,9	11	17,4	1	1,6
ob spremstvu pacientov sem se počutil ogrožen	34	54,0	22	34,9	4	6,3	3	4,8
soočal sem se s fizično agresijo pacientov	31	49,2	18	28,6	9	14,3	5	7,9
izpostavljen sem bil verbalnim napadom s strani pacientov	32	50,8	18	28,6	7	11,1	6	9,5
ob zaključku KV sta bila strah in neugodje še vedno prisotna	53	84,1	3	4,8	6	9,5	1	1,6

Legenda: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – deloma se strinjam; 3 – večinoma se strinjam; 4 – v celoti se strinjam

S pomočjo statističnega programa SPSS smo ugotavljali korelacije med posameznimi spremenljivkami. Analiza je pokazala, da se pojavlja statistično pomembna razlika pri spremenljivki spol glede na uporabo primerne obutve za zagotavljanje varnosti pri delu ($p = 0,033$), saj so moški manj pomena dajali primerni obutvi za zagotavljanje varnosti pri delu. Pri spremenljivki starost glede posameznih parametrov so se razlike pokazale, vendar niso bile statistično pomembne. Ravno tako se je pokazala pomembna statistična razlika med uporabo zaščitnih rokavic pri odvzemu krvi iz prsta in krvi iz vene ($p = 0,000$), kjer se je izkazalo, da študenti pri odvzemu krvi iz prsta redko uporabljajo zaščitne rokavice. Podobno se je pokazala statistično pomembna razlika ($p = 0,042$) pri odvzemu krvi iz prsta, kjer študenti redkeje uporabljajo zaščitne rokavice kot pri odvzemu krvi iz venske kanile.

Diskusija in zaključki

Na osnovi izvedene raziskave smo ugotovili, da večina študentov Fakultete za zdravstvene vede Univerze v Mariboru razmišlja o lastni varnosti na kliničnih vajah. To je potrdilo 52 (82,5 %) študentov. Prav tako je več kot polovica študentov mnenja, da je v celoti zagotovljena varnost na kliničnih vajah, vendar skoraj tretjina (31,7 %) študentov meni, da je le-ta zagotovljena samo včasih.

Študenti se zavedajo pomena varnosti pri delu, kar zagotavljajo z uporabo različnih zaščitnih sredstev. Podatki so pokazali, da večina študentov uporablja zaščitne rokavice pri odvzemu

krvi iz vene ali venske kanile, manj pa pri odvzemu krvi iz prsta, kjer zaščitne rokavice dosledno uporablja le dobra polovica študentov. Podobno je pokazala raziskava Nerat in Gönc (2009), kjer 67 % študentov pri odvzemu krvi iz prsta ni uporabljalo zaščitnih rokavic. Omenjena raziskava je pokazala, da študenti ne upoštevajo varnih tehnik dela pri rokovanju z ostrimi predmeti.

Analiza podatkov v naši raziskavi je pokazala, da 92,1 % študentov redno uporablja zaščitno obleko, 88,9 % ustrezno obutev in si redno razkužuje roke pri prehodu med pacienti, pri rokovanju z umazanim perilom in telesnimi tekočinami, manj pa uporabljajo zaščitno masko.

Na prvo raziskovalno vprašanje o uporabi zaščitnih sredstev za zagotavljanje študentove varnosti na kliničnih vajah lahko odgovorimo, da študenti redno uporabljajo zaščitno obleko in obutev, si redno razkužujejo roke in redno uporabljajo zaščitne rokavice pri odvzemih krvi iz vene in venske kanile.

Analiza podatkov o zagotavljanju varnosti študentov v psihiatričnem okolju je pokazala, da so bili študenti pred začetkom kliničnih vaj seznanjeni s predpisi o zagotavljanju varnosti pri delu. V kliničnem okolju se jih je 31,7 % počutilo popolnoma varno, več kot polovica se jih je večinoma počutila varno, 12,7 % le občasno in 3,2 % se jih ni počutilo varno.

Študenti so redno upoštevali navodila in smernice za varnost pri delu in standarde aktivnosti zdravstvene nege. V času kliničnih vaj so jim oporo nudili mentor, člani negovalnega tima in šolski koordinator.

Študenti so ob prihodu na klinične vaje v večini občutili strah in neugodje; le 27,0 % študentov tega ni občutilo. Strah in neugodje so ob zaključku kliničnih vaj večinoma zbledeli, občutilo jih je le še 1,6 %. Tretjina študentov na oddelku ni bila nikoli izpostavljena stresnim situacijam in večina se jih je tam počutila ugodno. Več kot polovica študentov ni bila nikoli sama na oddelku in se tam ni počutila neprijetno, medtem ko jih je cca 18 % navajalo, da so se počutili bolj ali manj neprijetno in da so bili občasno sami.

Polovica študentov se nikoli ni soočala s fizično ali z verbalno agresijo pacientov. Skoraj tretjina navaja občasno agresijo, manj kot 10 % študentov pa je bilo izpostavljenih tako fizični kot verbalni agresiji.

Tako lahko na drugo raziskovalno vprašanje o izpostavljenosti študentov nasilju s strani pacientov v psihiatričnem okolju odgovorimo, da polovica študentov ni bila izpostavljena nasilju s strani pacientov.

Medicinske sestre so ob izvajanju negovalnih intervencij izpostavljene številnim nevarnostim za zmanjševanje lastne varnosti. Zmotno je prepričanje, da je nasilje nad medicinskimi sestrami v psihiatričnem okolju nekaj normalnega ali da prijava incidentov povzroča dodatno delo. Takšno prepričanje lahko privede do nepopolnega poročanja o nasilnih incidentih in zmanjšuje pomen obvladovanja nasilja (Reynolds, 2010).

Psihiatrična zveza medicinskih sester (APNA) zagovarja spoštljivo in dostojanstveno obravnavo pacientov z duševnimi motnjami v varnem in kulturno občutljivem okolju s poudarkom na pacientovem sodelovanju, osebni svobodi in avtonomiji (APNA, 2007; Reynolds, 2010). V takšnem okolju naj poteka tudi sodelovanje pacienta, medicinske sestre in študenta zdravstvene nege.

Boyd (2007) predlaga nekatere varnostne nasvete študentom zdravstvene nege pri opravljanju kliničnih vaj v psihiatričnem okolju. Študentom svetuje, da dosledno poslušajo poročila strokovnih delavcev o vseh obravnavanih pacientih in se prepričajo, da so jih popolnoma razumeli. Pri tem morajo upoštevati navodila članov negovalnega tima glede morebitnih incidentov in ukrepanja zdravstvenih delavcev ter lastne vloge. Na oddelku se naj ne izolirajo, naj ostanejo v skupini. Pri pacientih naj bodo pozorni na spremembe v vedenju in prisotnost znakov nemira. Opazovati je potrebno verbalno in neverbalno komunikacijo, ob tem pa morajo biti pozorni tudi na nevarne predmete v okolju, ki bi za paciente ali druge lahko

pomenili nevarnost. S pacientom je potrebno vzpostaviti empatičen odnos, ob tem pa obdržati profesionalno distanco.
Fizično nasilje nad člani negovalnega tima je v psihiatričnih ustanovah pogosto. Študenti zdravstvene nege morajo razumeti, kako znižati svoje osebno tveganje in kaj storiti, ko do nasilja pride (prav tam).

Literatura:

1. APNA. Position Statement on the Use of Seclusion and Restraint. 2007. Dostopno na: http://www.apna.org/files/public/APNA_SR_Position_Statement_Final.pdf (19. 8. 2011).
2. Baldwin DA. The Concept of Security. Review of International Studies. 1997;23:5–16.
3. Boyd JL. Safety tips for Psychiatry Nursing Students. 2007. Dostopno na http://www.ehow.com/facts_5958865_safety-tips-psychiatry-nursing-students.html (18. 8. 2011).
4. Gaberson KB, Oermann MH. Clinical Teaching Strategies in Nursing. New York: Springer Publishing Company; 2007.
5. Hvala N, Mihelič Zajec A. Pomen dejavnikov varnosti in učinkovitosti pri klinični praksi: izkušnja študentov zdravstvene nege. In: Bobnar A, Vettorazzi R, eds. Partnerstvo, znanje in razvoj na zdravstvenem področju: zbornik predavanj z recenzijo / 2. študentska konferenca s področja zdravstvenih ved. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta; 2010.
6. Kociper B. Kakovost in varnost zdravstvene oskrbe. In: Čuk V, eds. Kakovost in varnost v psihiatrični zdravstveni negi: zbornik prispevkov. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v psihiatriji; 2007.
7. Nerat J, Gönc V. Študenti zdravstvene nege in upoštevanje varnih tehnik dela pri rokovanju z ostrimi predmeti. In: Majcen Dvoršak S, eds. Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč. 7. Kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2009.
8. Owen C, Tarantello C, Jones M, Tennant C. Violence and Aggression in Psychiatric Units. Psychiatr Serv. 1998;49(11);1452-7.
9. Reynolds T. Violence & Interventions in Psychiatric Nursing. 2010. Dostopno na: http://www.ehow.com/facts_5730538_violence-interventions-psychiatric-nursing.html#ixzz1VkQn6kzV (18. 8. 2011).
10. Simčič B, eds. Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010 – 2015). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS; 2010.

Kako lahko v zdravstveni negi vplivamo na izboljšanje kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe

How Can Nursing Providers Improve the Quality and Safety of Healthcare

mag. Vesna Čuk, viš. med. ses. spec., prof. zdr. vzg., viš. pred.
UP VŠZ Izola, Psihiatrična bolnišnica Idrija
vesna.cuk@vszi.upr.si

Izvleček

Teoretično izhodišče: Izboljševanje kakovosti in varnosti v zdravstveni negi lahko obvladujemo s spiralnim modelom. S sistematičnim raziskovanjem in z analiziranjem procesa zagotovimo ustrezne spremembe, ki odpravijo neustreznosti. Predpostavljali smo, da izvajalci zdravstvene nege s svojim vedenjem vplivajo na učinkovitost zdravstvene nege in na varnost pacientov ter da sta znanje in usposobljenost izvajalcev pomembna vplivna dejavnika. *Metode dela:* Namen prispevka je predstaviti del ugotovitev vzporedne kvantitativne raziskave, ki je bila izvedena v psihiatričnih bolnišnicah. Z vprašalnikom smo ugotavljali stališča o dejavnikih kakovosti in varnosti v psihiatričnih bolnišnicah ter ugotavljali razlike med skupinama neposrednih udeležencev neželenih dogodkov v zdravstveni negi ter vodstvenimi medicinskimi sestrami. *Rezultati:* Ugotovili smo, da neposredni izvajalci s svojim vedenjem vplivajo na učinkovitost zdravstvene nege in na varnost pacientov. Stališča neposrednih udeležencev neželenih dogodkov in vodstvenih medicinskih sester se pomembno razlikujejo in vplivajo na stališča o neželenih dogodkih ter na organizacijsko vedenje izvajalcev zdravstvene nege. Najbolj vplivni dejavniki za neželene dogodke v zdravstveni negi so človeški faktorji, povezani z organizacijo dela, navodili za delo, znanjem ter usposobljenostjo izvajalcev. *Razprava in zaključki:* Raziskovanje je pomembno zaradi vzpostavljanja povezanosti med teorijo in prakso in za izboljšanje procesov kakovosti v zdravstveni negi na psihiatričnem področju. Organizacijske izboljšave in humanizacijski ukrepi neposredno vplivajo na kakovost in varnost v zdravstveni negi ter na povečevanje učinkovitosti zdravstvene oskrbe ter varnosti pacientov v bolnišničnem okolju.
Ključne besede: kakovost, varnost, zdravstvena nega, psihiatrična bolnišnica

Abstract

Introduction: Improvement of quality and safety in healthcare can be managed through a spiral model. Thorough systematic research and analysis process ensures the appropriate changes to remedy inadequate. We assumed that health care providers with their behavior affect the effectiveness of nursing care and patient safety, and that knowledge and qualification of providers are important influential factors. *Methods:* The purpose of this paper is to present findings of a parallel quantitative survey conducted in psychiatric hospitals. In the questionnaire, we assessed the views of the quality and safety factors in psychiatric hospitals and observed differences between the two groups of nursing staff - direct participants of adverse events and management nurses. *Results*: We found that direct providers and their behavior affect the effectiveness of nursing care and patient safety. Observations of direct participants of adverse events and management nurses differ significantly and affect the views of adverse events and the organizational behavior of health care providers. The most influential factors for adverse events in nursing care are human factors related to work organization, work instructions, knowledge and training. *Discussion and conclusions:* The research is important for establishing the connection between theory and practice, and for the quality improvement processes in healthcare in the psychiatric field. Oganizational improvements and humanasing actions directly affect the quality and safety in

nursing care and increase the effectiveness of health care and patient safety in hospital environment.
Key words: quality, safety, nursing care, psychiatric hospital

Uvod

Uporabniki in plačniki si spremembe predstavljajo v skladu s svojimi pričakovanji. Varnost in kakovost sta povezani z organizacijsko kulturo v bolnišnicah, z izobraževanjem, usposabljanjem, s spremembo vzorcev obnašanja in vrednot izvajalcev ter uporabnikov. Cilj upravljanja s tveganji in zagotavljanja varnosti je, da se napake preprečujejo, kjerkoli je to mogoče (Razvoj, 2001).
Z učinkovitostjo storitev za uporabnika in stroko so povezani tudi varnostni zapleti ali neželeni dogodki v zdravstveni oskrbi, ki se v klinični praksi dogajajo vsak dan. Dovzetnost in občutljivost za spremljanje in izboljševanje procesov ter odpravljanje napak vključenih v procese je zelo subjektivna in krajevno zelo različna. Zdravstveni sistem je urejen hierarhično. Zdravstvena nega v bolnišnicah deluje kot strokovno podporni proces. Varnostni zapleti in odkloni od zdravstvene oskrbe, izvajanje procesa zdravstvene nege ter doseganje varnosti in želene uspešnosti se med bolnišnicami razlikujejo. V splošnem ugotavljamo pomanjkljivosti v večini zdravstvenih sistemov po svetu (Robida, 2009). Spremljanje kakovosti zdravstvene oskrbe spodbuja raziskave o pojavnosti varnostnih zapletov ali neželenih dogodkov v različnih okoljih, raziskovanje organizacijske kulture in infrastrukture, razvoj informacijske tehnologije in sistemov poročanja, poročila o dobrih praksah in raziskovanje ter pridobivanje znanja o intervencijah v praksi za izboljšanje varnosti pacientov. Spodbujajo se rešitve za zmanjšanje tveganj v zdravstveni oskrbi in povečanje varnosti pacientov. Najpomembneje je ne škodovati oziroma vedenje o tem, kako zmanjšati škodo. Posebno področje delovanja programa za varnost pacientov zajema tudi usposabljanje in učenje izvajalcev in uporabnikov za večjo varnost in kakovost zdravstvene oskrbe na osnovi učenja iz napak (Poldrugovac, Simčič, 2010).

Kakovost in varnost v zdravstvu

Zdravstvene ustanove so odgovorne, da sistematično zagotavljajo in izboljšujejo kakovost oskrbe pacientov s pomočjo sistemov izboljševanja kakovosti. To je zbir postopkov, ukrepov in dejavnosti, katerih namen je zagotavljati, da zdravstvena oskrba dosega določena merila v poteku procesa ugotavljanja bolnikovih potreb do izida zdravljenja (Nacionalne, 2006). Zaposleni v zdravstveni negi imamo še vedno premalo znanja o kakovosti, varnosti ter namenu spremljanja kazalnikov kakovosti, varnostnih zapletov, kliničnih poteh.
Sistem upravljanja s tveganji v zdravstveni negi je pomemben za razvijanje kakovosti v zdravstvu. Organiziranost dejavnosti zdravstvene nege je vplivni dejavnik razvoja stroke in kakovosti v zdravstveni negi (Čuk, 2010). Zaposleni v zdravstveni negi v delovnem okolju pogosto doživljajo stresne situacije in preobremenjenost ter pri tem ne čutijo podpore vodilnih in vodstvenih delavcev (Skela Savič, 2006). Strategija vodstva zdravstvenih zavodov ni povsod v podporo kakovosti v zdravstvu. Odnos izvajalcev do spremljanja neželenih dogodkov je povezan s kulturo vedenja v bolnišnicah. Če želimo v zdravstvu sistematično zagotavljati kakovost in varnost, moramo imeti zapisane standarde, ker bomo tako zmanjšali variabilnost med izvajalci zdravstvene oskrbe (Robida, 2009). Pomembna so jasno napisana navodila, ki so zasnovana na tehničnem in teoretično strokovnem znanju in po korakih opisujejo, kako izvesti določeni postopek. Navodila vsebujejo tudi napotke, kako ravnati v specifičnih okoliščinah, če pride do zdravstvene napake (Sekavčnik, 1997; Kersnik, 2001; Kadivec, 2010).

Proces nenehnega izboljševanja kakovosti zajema načrtovanje tistih aktivnosti, ki pomembno vplivajo na izide zdravstvene oskrbe (Robida, 2004). V zdravstveni negi je za spremljanje varnostnih zapletov uporaben spiralni model (Čuk, Balantič, 2006; Čuk, 2008). Kakovost se kaže v vsakem prehodu med uporabnikom in izvajalcem (Kersnik, 2001). Vloga uporabnika in izvajalca se lahko menjava, odvisno od vloge in odločitve, kakšni opredelitvi glede kakovosti bo sledila zdravstvena organizacija. Nenehno izboljševanje kakovosti v zdravstvu zahteva kulturo organizacije, ki razmišlja o kakovosti in po njenih načelih tudi vsakodnevno deluje. Kultura varnosti je kultura, ko se vsakdo zaveda, da gredo stvari lahko narobe, in deluje tako, da ugotavlja tveganja, da je poročanje o varnostnih zapletih odprto in pošteno in se ljudje lahko učijo iz stvari, ki so šle narobe ter tako preprečijo prihodnje podobne varnostne zaplete ali neželene dogodke (Robida, 2009).

Kakovost in varnost v zdravstveni negi

Nacionalne smernice za zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi (2000) v strukturi opredelijo, da so izvajalci zdravstvene nege odgovorni za organizacijo dela, ki omogoča sistematično vzdrževanje prostorov in opreme ter preprečevanje dejavnikov tveganja, zagotovljeno je tekoče vzdrževanje objektov in prostorov, reden nakup in vzdrževanje opreme za diagnostično terapevtske storitve in zaščitna sredstva za zaposlene v zdravstveni negi. Potrebno je zagotoviti tudi ustrezno opremo in prostore ter pripomočke za varno namestitev in gibanje pacientov ter izvajanje varne zdravstvene nege. V procesu zdravstvene nege se pričakuje, da izvajalci upoštevajo standarde zdravstvene nege, navodila in predpise, ki se nanašajo na zagotavljanje varnega bivanja in obravnave pacientov, sprotno ugotavljajo in preprečujejo dejavnike tveganja, ki lahko vplivajo na zdravljenje in zdravstveno nego.
Proces zdravstvene nege vključuje oceno pacientovih potreb (zbiranje podatkov in negovalnih problemov na osnovi štirinajstih življenjskih aktivnosti, postavljanje ciljev in načrtovanje zdravstvene nege, izvajanje načrta in vrednotenje dosežkov aktivnosti ter negovalnih intervencij, ustrezno dokumentiranje). Struktura opredeljuje organizacijo, opremo in izvajalce: število, kadrovske standarde na osnovi kategorizacije pacientov in delovne obremenjenosti izvajalcev zdravstvene nege. Izidi pričakujejo zadovoljnega pacienta in zadovoljstvo zaposlenih (Nacionalne smernice za zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi, 2000; Hajdinjak, Meglič, 2006). Raziskovanje kakovosti v zdravstveni negi omogoča vpogled v kakovost lastnega dela in na podlagi doseženega ustrezne ukrepe za višjo raven kakovosti zdravstvene nege, ki zajema pomemben delež aktivnosti v zdravstveni oskrbi (Nacionalne smernice za zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi, 2000; Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika, 2005). V psihiatričnih bolnišnicah je bila izvedena pilotska raziskava z namenom ocenjevanja kakovosti dela in zadovoljstva z vodenjem v zdravstveni negi (Čuk, 2006b; Čuk, Gnezda, 2007). Na vzorcu medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov smo zbirali informacije o kakovosti zdravstvene nege. Ugotovili smo, da na stališča o kakovosti izvajanja zdravstvene nege pomembno vpliva tudi motiviranje za pridobivanje znanja, spretnosti, veščin ter usposabljanja. Različne ocene pri zdravstvenih tehnikih (ZT) in medicinskih sestrah (MS) pokažejo na različnost vlog in nalog v negovalnem in zdravstvenem timu. Analiza vodenja v negovalnih timih je pokazala odnose do drugih, načine učenja in oblike reševanja problemov. Anketiranci so menili, da probleme rešujejo skupinsko s pogovori (83 %), manjši je bil delež odgovorov, da jih to ne zanima in probleme prepustijo drugim ali da ne zaupajo drugim in probleme rešujejo sami. Zaposleni dajejo prednost izpolnjevanju nalog (51 %) pred dobrimi medsebojnimi odnosi (49 %). Do povečanih delovnih obremenitev v zdravstveni negi prihaja zaradi povečanega obsega dela, neupoštevanja pravil, neustrezne kadrovske zasedbe, izpadov osebja ter dela prek časovnih norm (Kersnik, 2001; Poredoš, 2002). Zaradi vpetosti medicinskih sester v vsakdanje delovne

naloge prihaja do kvantitativnih presežkov obremenitev in posledično do padca učinkovitosti ter dolgoročno do poslabšanja zdravstvenega stanja (Stričevič et al., 2006). Največ ugotovljenih varnostnih zapletov kot poklicnih okužb pri izvajalcih zdravstvene nege je bilo posledica vboda z injekcijsko iglo (Stare, Kersnič, 2003). Kakovost delovnega življenja je izražena z možnostmi zaposlenih, da z delom v svoji organizaciji zadovoljijo svoje osebne potrebe. Ugotavljanje kakovosti delovnega življenja zaposlenih v zdravstveni negi v slovenski bolnišnici je pokazalo, da se z višanjem izobrazbe nižajo leta dela v zdravstveni negi. (Peršolja Černe, 2011). Medicinske sestre in zdravstveni tehniki v psihiatriji pomagajo ljudem, ki iščejo pomoč v duševnih stiskah. Kako doživljajo svojo vlogo, je odvisno od spoštovanja lastnega področja dela. V raziskavi (Čuk, 2006a; Čuk, Klemen, 2010) so ugotovili, da je zadovoljstvo na delovnem mestu pomembno. Rezultati so pokazali, da je bilo 95,41 % anketirancev zadovoljnih s svojo službo in vlogo v poklicu. Velik delež (66,06 %) je opozoril na utrujenost na delu in doživljanje stresnih situacij. Sodelavci doživljajo medicinske sestre kot koristne, jih pa manj cenijo. Delo v zdravstveni negi je v zdravstveni oskrbi organizirano drugače kot delo drugih (Peršuh, 2001). Poleg procesov dela so pomembni organizacija dela in resursi, ki lahko pomembno vplivajo na kakovost dela, izide zdravstvene oskrbe in zagotavljanje varnosti za paciente (Kohn, 2000; Page, 2004). Profesionalno delovanje je faktor izboljševanja kakovosti in varnosti pacientov. Programi za povečevanje varnosti za paciente so usmerjeni v aktivnosti poučevanja in usposabljanja zaposlenih, dobre klinične prakse in smernice, v razvoj in raziskovanje ter poročanje o neželenih dogodkih (Henley, 2007). Medicinske sestre in zdravstveni tehniki so v zdravstvu največja in najbolj izpostavljena profesionalna skupina. 24-urna zdravstvena nega zahteva neprekinjeno delovanje službe zdravstvene nege in kontinuiteto procesne obravnave (Oblak, 2003; Skela Savič, 2006). Na izgorevanje med zdravstvenim osebjem vplivajo dejavniki, ki so povezani z naravo dela, z organiziranostjo dela, s slogom vodenja zaposlenih in s komunikacijo med zaposlenimi. Najboljša zaščita pred pojavi izgorevanja zdravstvenega osebja v klinični praksi je skupinsko delo zaposlenih in dokazano je, da s timskim delom zaposlenih veliko pridobijo tudi pacienti (Rakovec Felser, 2006; Čuk, Klemen, 2010). Zaradi dobrega sodelovanja med zaposlenimi se dvigne raven njihove osebnostne in strokovne rasti, kar vodi do izboljšav pri delu in posledično do boljše zdravstvene oskrbe. V raziskavi o neželenih dogodkih so ugotovili visoko stopnjo pojavljanja dogodkov v zdravstveni negi. Ugotovili so, da na varno klinično prakso vplivajo neustrezna organizacija dela in procesi ter pomanjkljiva podpora človeških virov v povezanosti z znanjem in usposobljenostjo (Čuk, 2010).

Metode dela

Osnova za raziskovanje je bila pilotska študija iz leta 2006, s katero smo ugotovili, da se neželeni dogodki v zdravstveni negi zgodijo povsod. Cilj kvantitativne raziskave na drugem nivoju je bil v letu 2007 z metodo anketnega vprašalnika ugotavljati stališča o zagotavljanju kakovosti in varnosti v zdravstveni negi na vzorcu neposrednih udeležencev neželenih dogodkov in vodilnih medicinskih sester v petih psihiatričnih bolnišnicah in na oddelku za psihiatrijo. Na osnovi analize podatkov o spremljanju neželenih dogodkov v zdravstveni negi smo ugotavljali stališča o vplivnih dejavnikih, ključnih vzrokih ter ugotavljali povezanost in interakcije med organizacijskimi razmerji oziroma komponentami dela. Opazovana skupina (N 1) so bili neposredni udeleženci neželenih dogodkov, ki so odgovorili na vprašalnik, kontrolna skupina (N 2) pa vodstvene, oddelčne in timske medicinske sestre.

Rezultati

V prvem delu raziskave smo ugotavljali pogostost in vrsto neželenih dogodkov. V drugem delu smo ugotavljali stališča na vzorcu neposrednih udeležencev neželenih dogodkov (N1=70) in jih primerjali s stališči na vzorcu vodilnih medicinskih sester (N2=65).
Analizo podatkov o neželenih dogodkih smo primerjali z nacionalnimi smernicami za zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi. Ugotavljali smo stališča o vplivnih dejavnikih in značilnostih dela in interakcije med organizacijskimi razmerji oziroma komponentami dela glede na teoretična izhodišča (Marolt, Gomišček, 2005).
V izbranem obdobju so izpolnjevali enake obrazce v vseh bolnišnicah ob neželenih dogodkih neposredno udeleženi izvajalci zdravstvene nege. Vzporedno smo ugotavljali, kakšen odnos imajo vodilne in timske medicinske sestre do spremljanja neželenih dogodkov. Stališča o neželenih dogodkih pri zdravstveni negi v psihiatričnih bolnišnicah je izrazilo 70 neposrednih udeležencev. V analizi kvalitativnih odgovorov smo iz vprašalnikov povzeli stališča glavnih medicinskih sester (N2) o vplivnih dejavnikih za neželene dogodke. Stališča o vplivnih dejavnikih smo primerjali med obema skupinama anketirancev. Odgovore smo vsebinsko združili (Tabela 1).

Dejavniki za neželene dogodke pri pacientih in izvajalcih	N1	%	N2	%
ORGANIZACIJA DELA: nejasna pravila, neustrezen razpored dela, časovna stiska, premalo kadra, neustrezen kader, neustrezna organizacija dela, nejasna odgovornost, odsotnost nadzora dela in odsotnost nadzora pacientov	58	25,66	35	18, 62
TEHNOLOGIJA DELA: ni napisanih postopkov, neustrezna tehnologija dela, neustrezni postopki, ni ocene tveganja, ni načrta, ni opazovanj in nadzora pacientov, neustrezne metode za oceno tveganj, ni kategorizacije zahtevnosti zdravstvene nege, visoka zahtevnost procesa dela, visoka intenzivnost dela	44	19,47	45	23, 94
VPLIV ČLOVEKA: značilnosti pacientov, bolezensko stanje, napetost, strah, časovna stiska, sočasnost del neusposobljenost, neprimerna reakcija, neizkušenost, neuporaba pripomočkov in opreme, neupoštevanje delovnih navodil, delovne obremenitve	56	24,78	58	30, 85
DELOVNO OKOLJE: značilnosti psihiatričnih bolnišnic, zahtevno bolniško okolje, varovani oddelek, tehnične pomanjkljivosti, neustrezni pripomočki za delo, značilnosti bolezni, vplivi bolniškega okolja	68	30,00	50	26,60

Tabela 1: Primerjava stališč o poreklu vzrokov za neželene dogodke

Analiza pokaže, da so neposredni udeleženci v največjem številu odgovorov menili, da je najpomembnejši razlog za neželene dogodke v bolnišničnem okolju na varovanih intenzivnih oddelkih v napetem in obremenjenem delovnem okolju. Neželeni dogodki so najbolj pogosto posledica značilnosti bolezni psihiatričnih pacientov, prevelikega števila pacientov na intenzivnem varovanem oddelku in premalo osebja. Po ocenah neposrednih izvajalcev je vzrok za neučinkovito vedenje preobremenjenost osebja, ki je najpogosteje povezana s časovno stisko, neustrezno oceno tveganja zaradi pomanjkanja izkušenj, z napetostjo in s strahom. Težavnost dela kot pomemben razlog za neželene dogodke ocenjujejo kot posledice neučinkovitih intervencij zaradi sočasnosti del, časovne stiske, preobremenjenosti negovalnega osebja, neustrezne organizacije, nenapisanih postopkov dela, tehničnih napak in neustrezne neuporabe opreme. Značilnosti dela so: organizacija in metode dela, vpliv

bolniškega okolja in opreme ter človeški faktorji, ki so povezani z vedenjem in značilnostmi bolnikov ter značilnostmi zaposlenih. Analiza vzrokov je osnova za koncept uvajanja izboljšav in intervencij v delovne procese in za preprečitve ponovitve neželenih dogodkov v povezanosti z vplivnimi dejavniki (Tabela 1).

Testirali smo hipotezo, da med vplivnimi dejavniki ni razlik. Ničelno hipotezo sprejmemo in potrdimo, da imajo različni vzroki pomemben vpliv na vrsto in pogostost neželenih dogodkov. Vrednost Hi kvadrat=11,228; DF=3; stopnja statistične značilnosti: P-Value = 0,01. Neposredni izvajalci (N1) se pri delu počutijo odgovorne za pravilno reagiranje in izvajanje postopkov v nepredvidljivih situacijah. Rezultati kvalitativne analize odgovorov N1 pokažejo primerljivo organizacijo dela v zdravstveni negi v psihiatričnih bolnišnicah, različna pa je struktura in število kadra v posamezni delovni izmeni in razporeditev dela v delovnih izmenah. Obrazci so bili nepopolno izpolnjeni, zato za primerjavo določenih parametrov na vprašalnikih ni bilo na razpolago zadostnega števila bolj zanesljivih podatkov.

Neposredni udeleženci nastop neželenih dogodkov bolj pogosto povezujejo z neustrezno organizacijo dela, pomanjkanjem kadra in nejasnimi navodili za delo kadra kot s pomanjkljivim znanjem in izkušnjami. Proces zdravstvene nege se izvaja v vseh psihiatričnih bolnišnicah. Negovalno osebje skrbi za paciente v bolnišnicah 24 ur na dan, zato člani neprestano sodelujejo med seboj v izmenskem delu, pri delitvi del ter pri izvajanju delovnih nalog, poročanju, informiranju in sodelovanju z drugimi profesionalnimi skupinami v zdravstvenem timu. Pri izvajanju neprekinjenega zdravstvenega varstva je za procese zdravstvene nege v bolnišnicah značilna določena organizacija dela in profesionalno vedenje. Za strokovni opis negovalnih problemov uporabljajo podobno terminologijo, med delovnimi izmenami se povsod izvajajo podobni rutinski postopki in stereotipno vedenje. V procesih dela prevladujejo izkustveni standardi pričakovanega vedenja in standardizirani urniki dela. V posameznih psihiatričnih bolnišnicah je zelo različna struktura in razpoložljivost negovalnega kadra. Anketiranci prve skupine so bili v večini mnenja, da je razlog pomanjkanja nadzora in odsotnost negovalnega osebja v času nastopa neželenega dogodka predvsem potreba po sočasnem opravljanju dela hkrati in premajhno število kadra. Polovica anketirancev ob neželenem dogodku kot pomanjkljivost navede tudi nesodelovanje preostalih članov zdravstvenega tima.

Iz analize podatkov o neželenih dogodkih je razvidno, da so v psihiatričnih bolnišnicah v zdravstveni negi primerljive oblike zagotavljanja varnosti, obravnave pacientov in evidentirani varnostni zapleti. Ugotavljamo, da je občutek varnosti ali občutek ogroženosti izvajalcev zdravstvene nege v psihiatričnih bolnišnicah pomemben del organizacijske klime, ki pomembno vpliva na izvajanje aktivnosti v zdravstveni negi. Predpostavljali smo, da je usposobljenost izvajalcev najbolj vpliven dejavnik za neželene dogodke, vendar s testom Hi kvadrat tega ne moremo potrditi. Usposobljenost osebja, pomanjkanje znanja in izkušenj ni vplivnejši dejavnik od drugih (Hi kvadrat=0,494; stopnja prostosti: DF=1; statistična značilnost: P-Value = 0,482, kar je več kot 0,05).

15 % neposrednih izvajalcev ocenjuje, da so možni vzroki za neželene dogodke tudi neizkušenost, negotovost, napetost in neustrezna reakcija izvajalcev. Najbolj izpostavljeno se počuti predvsem negovalno osebje na sprejemnih intenzivnih varovanih oddelkih v vseh psihiatričnih bolnišnicah. V stališčih neposrednih izvajalcev je bilo pogosto izraženo, da se počutijo kot najbolj izpostavljena delovna skupina tudi pri zagotavljanju varnosti, saj s pacienti na bolniških oddelkih preživijo največ časa. Ne strinjajo se z načinom dela, saj se drugi zdravstveni delavci v neposredno delo pri zagotavljanju varnosti praviloma ne vključujejo. V 90 % se je beleženje neželenih dogodkov izboljšalo s povečevanjem znanja o kakovosti procesov dela. V začetku evidentiranja je zaposlene spremljal občutek ogroženosti in nezadovoljstva, zato so bili zapisi nepopolni, površni in pomanjkljivi. 50 % anketirancev, ki so bili neposredno udeleženi v neželenem dogodku, je izrazilo subjektivno bojazen pred

posledicami na delu v odnosu do nadrejenih. Ugotavljali smo ovire za spremljanje neželenih dogodkov pri zdravstveni negi v psihiatričnih bolnišnicah in ugotovili, da jih najbolj motijo pomanjkljivi obrazci.
V analizi podatkov smo ugotavljali, kakšno je bilo vedenje pri neposrednih izvajalcih. Pri strokovnih postopkih in izvajanju posebnih varovalnih ukrepov ter zagotavljanju varnosti so predpisana pravila v povezavi z znanjem, izkušnjami in usposobljenostjo neposrednih izvajalcev ob neželenem dogodku. Izvajalci zdravstvene nege najpogosteje uporabljajo vedenje, ki temelji na pravilih stroke zdravstvene nege in izvajanju navodil po odločitvah zdravnika. Vedenje je bilo povezano z izpolnjevanjem navodil za delo ali izkustvenimi standardi in znanjem, veščinami in usposobljenostjo na podlagi rutinskih, značilnih vzorcev vedenja zaposlenih, ki pa niso standardizirani. Iz opisov dogodkov je razvidno, da se vedenje izvajalcev glede na vrsto neželenega dogodka med seboj razlikuje. Neposredni udeleženci neželenih dogodkov so med razlogi za izboljševanje kakovosti ocenili veliko razlogov, ki bi jih bilo potrebno podrobno analizirati, saj bi z odpravljanjem vzrokov izboljšali procese dela. Predpostavljali smo, da bi s humanizacijskimi ukrepi zmanjšali občutek težavnosti dela oziroma doživljanje delovnih obremenitev neposrednih izvajalcev, ki izvajajo zagotavljanje varnosti in druge aktivnosti zdravstvene nege. Vnos ukrepov v delovne procese zdravstvene nege bi zmanjšal občutek težavnosti dela in doživljanje delovnih obremenitev.
V kontrolni skupini (N2=68) so bile vodilne in timske medicinske sestre šestih psihiatričnih bolnišnic. Na vprašanje o vplivnih dejavnikih ali vzrokih za pojav neželenih dogodkov pri zdravstveni negi je odgovorilo 85,29 % anketiranih glavnih in timskih medicinskih sester (n=58). Analiza odgovorov je pokazala, da v vseh psihiatričnih bolnišnicah pri več kot polovici odgovorov prevladuje stališče in prepričanje medicinskih sester, da so zaposleni dovolj usposobljeni za svoje delo in da so neželeni dogodki in zdravstvene napake povezani z lastnostmi pacientov ter z naravo bolezni v psihiatričnih bolnišnicah. Ugotavljali smo pogostost spremljanja kriterijev kakovosti v zdravstveni negi (ZN) v psihiatričnih bolnišnicah. V zdravstveni negi se v bolnišnicah uporabljajo kriteriji kakovosti povprečno v 56 %. Pomembnost spremljanja neželenih dogodkov v zdravstveni negi po bolnišnicah so ocenili v 51,85 %, spremljanje opozorilnih dogodkov v 74,01 %, pomen internih analiz so ocenili v 31,48 %. Kot bolj pomembna ocenjujejo delovna navodila (75,92 %) in uporabo metode kategorizacije zahtevnosti zdravstvene nege (77,77 %). Pomembnost izobraževanja in usposabljanja zaposlenih ocenjujejo v 57,40 %. Po ocenah anketirancev imajo kriteriji kakovosti različen vpliv na kakovost (Hi kvadrat=47,013; stopnje prostosti: DF=9; statistična značilnost: P-Value=0,000).
Iz odgovorov je razvidno, da se oddelčne in timske medicinske sestre v velikem deležu strinjajo s stališčem, da so za kakovost v zdravstveni negi pomembni spremljanje neželenih dogodkov in uporaba delovnih navodil, kategorizacije zahtevnosti zdravstvene nege in izpolnjevanje negovalne dokumentiranje. Kazalci kakovosti so pomembni za organizacijske izboljšave procesa zdravstvene nege in posledično vplivajo na zmanjševanje števila neželenih dogodkov. V opazovanem časovnem obdobju so v bolnišnicah vzpostavili sistem evidentiranja neželenih dogodkov pri zdravstveni negi. Sistem ukrepanja in poročanja o neželenih dogodkih in varnostnih zapletih v bolnišnicah poteka zelo različno. 57 % anketirancev ocenjuje, da se v psihiatrični zdravstveni negi po bolnišnicah povečuje evidentiranje in uporaba obrazcev za spremljanje neželenih dogodkov ter uporaba internih obrazcev. Analize neželenih dogodkov v zdravstveni negi se izvajajo večinoma enkrat v letu. Anketiranci ocenjujejo, da so v vseh bolnišnicah napisani posamezni interni standardi zdravstvene nege, ki določajo smernice za obseg opravljenega dela. V vseh bolnišnicah v veliki meri izpolnjujejo negovalno dokumentacijo (90 %). Vodstvene medicinske sestre bolniških oddelkov v psihiatričnih bolnišnicah v 95 % ocenjujejo, da se zaradi povečevanja znanja zmanjšuje strah pred posledicami in izboljšuje kakovost zapisov na obrazcih. V 95 %

podpirajo evidentiranje neželenih dogodkov, ker menijo, da to vpliva na izboljševanje kakovosti v psihiatrični zdravstveni negi.
Kodirali smo odgovore anketirancev iz odprtega vprašanja in ugotavljali, **kako** bi izboljšali kakovost v zdravstveni negi na psihiatričnem področju. Najpogostejše trditve so predstavljene kot **SWOT analiza** prednosti, pomanjkljivosti, priložnosti in nevarnosti v notranjem in zunanjem okolju pri izboljševanju kakovosti in varnosti pri zdravstveni negi v psihiatričnih bolnišnicah (Tabela 2).

PREDNOSTI	**POMANJKLJIVOSTI**
- zbiranje podatkov za poročila in analize neželenih dogodkov - izboljša se proces zdravstvene nege - izboljša se dokumentiranje - zmanjšujejo se napake - preprečujejo se zapleti - skrb za boljšo organizacijo dela - več je jasnih navodil za delo - boljša komunikacija med osebjem - dokumentiranje postopkov dela - boljše reševanje problemov - dokumentiranje je dokazno gradivo - zaščita izvajalcev zdravstvene nege	- preveč administracije - ni jasnih navodil za ukrepanje ob neželenih dogodkih - nenatančen načrt dela in postopkov - preveč subjektivna ocene - manj svobode pri odločanju - pomanjkanje timskega dela - preveč direktivno vodenje - prevelika kontrola in nadzor - premalo pogovorov - premalo timskega dela - dodatno nepotrebno delo - pomanjkanje usposobljenosti - pomanjkanje izkušenj - ni dodatnega izobraževanja
PRILOŽNOSTI	**NEVARNOSTI - TVEGANJA**
- izboljševanje kakovosti procesov dela - sprotno reševanje problemov - preprečevanje neželenih dogodkov - preventivno delovanje - učenje iz napak - dodatno izobraževanje in usposabljanje kadra - boljša vertikalna in horizontalna komunikacija v timu - izogibanje napakam in nepravilnostim - uporaba za statistično obdelavo podatkov, za raziskave in analize - supervizija med člani - tekoče spremljanje - evalvacija - izboljšanje pogojev dela - izboljševanje obrazcev - boljša organizacija dela - izboljšanje strokovnosti - povezovanje znanja in praktične usposobljenosti - boljša obveščenost in poučevanje pacientov in svojcev - večja usposobljenost negovalnega kadra	- subjektivna presoja izvajalcev - nepotrebno dodatno delo - iskanje krivca in napak - pritisk vodilnih - neustrezna organizacija dela - premalo kadra - preobremenjenost kadra - premalo časa za sprotno spremljanje - evidentiranje brez analiz in ukrepov - negativna klima v timu (medsebojno obtoževanje) - nejasna navodila za delo - povečana možnost pritožb (krivdni postopki) - napačen način analize podatkov in ukrepov - neustrezne poti informiranja - neprimeren način reševanja problemov - neusposobljenost za delo - neustrezni pogoji za delo - pomanjkanje ustreznih pripomočkov za delo - obsojanje izvajalcev - negotovost pri delu - nezadovoljstvo zaposlenih - negativne izkušnje pacientov - nejasne kompetence

Tabela 2: SWOT analiza o izboljševanju kakovosti pri zdravstveni negi v psihiatričnih bolnišnicah

Razprava

Najboljši način za izboljšanje procesa je podrobno preučevanje, analiziranje in spreminjanje procesov zdravstvene nege. To nam omogoča stalno spremljanje in evidentiranje neželenih dogodkov ali varnostnih zapletov. Učinkoviti ukrepi bi vplivali na organizacijo dela, zmanjšanje delovnih obremenitev, povečevanje varnosti zaposlenih, izboljšanje metod dela, standardizacijo postopkov dela, izboljšanje timskega dela in usposabljanje zaposlenih. Koncept rešitve neželenih dogodkov pri zdravstveni negi v psihiatričnih bolnišnicah smo načrtovali s spiralnim modelom. Analizo podatkov lahko uporabimo za načrtovanje izboljšav delovnih procesov, saj zanesljivo lahko zaključimo, da evidentiranje neželenih dogodkov omogoča spremljanje odklonov od pričakovane učinkovitosti in uspešnosti in daje objektivne podatke. Zapisovanje podatkov je odvisno od znanja in stališč izvajalcev zdravstvene nege. Kultura varnosti kot sistem vrednot pomeni relativno trajno pozitivno motivacijsko in čustveno naravnanost posameznika, skupine ljudi ter skupnosti. Z nenehnim izboljševanjem zdravstvene prakse lahko ugotovimo, kakšne so stvari v resnici in kako je kaj sestavljeno, kar kakovost v osnovi tudi pomeni. Izboljševanje procesa pomeni reševanje problema s pomočjo sistematičnega raziskovanja in z analiziranjem procesa. Ugotavljanje ključnih vzrokov za nastop neželenih dogodkov omogoča, da se izdelajo ukrepi in uvedejo spremembe, ki odpravijo neustreznosti ter zagotovijo, da se odkloni od kakovosti in varnosti v prihodnje ne bodo več ponavljali.

Zaključek

Kultura varnosti kot sistem vrednot pomeni relativno trajno pozitivno motivacijsko in čustveno naravnanost posameznika, skupine ljudi ter skupnosti. Kakovost v osnovi pomeni, da s spremljanjem procesov in nenehnim izboljševanjem zdravstvene prakse izmerimo in ugotovimo, kakšne so stvari v realnosti in kako dejansko potekajo procesne aktivnosti. Izboljševanje procesa pomeni reševanje problema s sistematičnim raziskovanjem in z analiziranjem procesa. Ugotavljanje ključnih vzrokov za nastop neželenih dogodkov omogoča, da se izdelajo ukrepi in uvedejo spremembe, ki odpravijo neustreznosti ter zagotovijo, da se odkloni od kakovosti in varnosti v prihodnje ne bodo več ponavljali.

Literatura

1. Čuk V. Komuniciranje v zdravstveni negi. In: Rajkovič et al., eds. Zbornik 25. mednarodne konference o razvoju organizacijskih znanosti, Slovenija, Portorož, 15.-17. marec 2006. Kranj: Moderna organizacija; 2006a: 148.
2. Čuk V. Kako se nacionalne smernice za zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi izvajajo v praksi. In: Čuk V, eds. Strokovno srečanje Raziskovanje, izobraževanje in razvoj v psihiatrični zdravstveni negi (podtema Pravice bolnikov in zaposlenih), Maribor, 26. oktober 2006. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege; 2006b: 45–51.
3. Čuk V, Gnezda S. Izgorevanje in delovne obremenitve medicinskih sester. In: Trampuž R, eds. Izgorevanje - stiska ali izziv: [zbornik prispevkov], Ajdovščina, 24. marca 2007. Nova Gorica: Društvo MS in ZT Nova gorica; 2007:16–33.
4. Čuk V. Koncept reševanja neželenih in neobičajnih dogodkov pri zdravstveni negi v psihiatričnih bolnišnicah [magistrsko delo]. Kranj: Univerza v Mariboru; 2008.
5. Čuk V. Obvladovanje neželenih dogodkov v zdravstveni negi v psihiatričnih bolnišnicah. Obzor Zdr N. 2010;44(1):21–6.
6. Čuk V, Klemen J. Izgorevanje osebja v zdravstveni negi na psihiatričnem področju. Obzor Zdr N. 2010;44(3):179–88.
7. Hajdinjak G, Meglič V. Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2006.
8. Henley, V. Certified Nurses report fever adverse events, 2007; http:// nursingworld.org.(17. 10. 2010)

9. Kadivec S. Krožki kakovosti. In: Skela Savič, et. al. Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010: 94-103.
10. Kersnik J. Kakovost zdravstvene nege. Obzor Zdr N. 2001;35(3):272–4.
11. Kohn L, Corrigan J, Donaldson MS, eds. The Err is human: Building a Safer Health System. Washington: National Academy Press; 2000.
12. Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika; 2005. Dostopno na: http://gov.si/mz/mz-splet.nsf (4. 9. 2010).
13. Marolt, J.; Gomišček, B. Management kakovosti. Kranj; Moderna organizacija: 2005.
14. Rakovec Felser Z. Pojav izgorevanja med zdravstvenim osebjem. Obzor Zdr N. 2006;40(3):143–148.
15. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2006.
16. Nacionalne smernice za zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege; 2000.
17. Oblak T. Stresni dejavniki pri operacijskih medicinskih sestrah. Obzor Zdr N. 2003;37(3):287–310.
18. Poldrugovac M, Simčič B, eds. Priročnik o kazalnikih kakovosti. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS; 2010.
19. Poredoš P. Kako ukrepati v primeru nezadostne kakovosti. Zdravniški vestnik. 2002;71(12):731–74.
20. Page A. Keeping patients safe, Transforming the work Enviroment and patient safety. Washington: Institute of medicine; 2004.
21. Peršuh B. Zagotavljanje 24-urne zdravstvene nege v bolnišnici. Obzor Zdr N. 2001;35(6):247–57.
22. Peršolja Černe M. Kakovost promocije zdravja na delovnem mestu z vidika proaktivnosti za zdravje. Obzor Zdr N. 2011;45(1):213–8.
23. Razvoj in izvajanje sistemov izboljševanja kakovosti v zdravstvenem varstvu. Ljubljana: Zdravje in družba; 2001.
24. Robida A. Opozorilni nevarni dogodki, Zdravniški vestnik; 2004 (73): 681–87.
25. Robida A. Pot do odlične zdravstvene prakse. Ljubljana: Planet GV; 2009.
26. Sekavčnik T. Razvijanje standardov in kriterijev kakovosti zdravstvene nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege; 1997.
27. Skela Savič B. Organizacijska kultura in uvajanje sprememb v slovenskih bolnišnicah: subkulture in mesto zdravstvene nege. Obzor Zdr N. 2006;40(4):185–264.
28. Stare M, Kersnič P. Pogostost poškodb z ostrim predmetom v operacijskem bloku KC Ljubljana. Obzor Zdr N. 2003;37(2):53–7.
29. Stričevič J, Balantič Z, Čelan D, Turk Z. Vpliv delovnih obremenitev medicinskih sester na humanizacijo njihovega dela. In: Rajkovič V, eds. Zbornik 25. mednarodne konference o razvoju organizacijskih znanosti, Slovenija, Portorož, 15.-17. marec 2006. Kranj: Moderna organizacija; 2006: 1566–73.

Zagotavljanje varnosti s fizično omejitvijo pacienta

Ensuring Security with Physical Limitation of a Patient

Aleš Zemljič, dipl. zn., univ. dipl. org.
Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za psihiatrijo
07aless@gmail.com

Izvleček

Teoretično izhodišče: Nasilje na delovnem mestu je družbeni problem, ki se pojavlja povsod v svetu in na vseh področjih dela, ki zahtevajo sodelovanje širše skupine ljudi. Medicinske sestre in zdravstveni tehniki so najpogosteje vključeni in vpleteni v agresivne dogodke s pacienti in tudi njihovimi svojci. Pacienti praktično vsak dan ogrožajo njihovo osebno integriteto in stopajo v osebni prostor zdravstvenega osebja, so do njih nasilni in agresivni. Namen članka je predstaviti značilnosti intervencij zdravstvene nege, ki jih izvajajo medicinske sestre in zdravstveni tehniki na področju zdravstvene nege na psihiatričnem področju pri delu s pacienti z agresivnim in nasilnim vedenjem. *Metode:* Z metodo analize negovalne dokumentacije bomo predstavili pogostost ukrepov za obvladovanje nasilnega vedenja pacientov v bolnišničnem okolju in posledice neželenih dogodkov ob izvajanju teh ukrepov. *Rezultati:* S pomočjo tabel smo prikazali število izvedenih fizičnih omejitev pri pacientih z nasilnim vedenjem za 5-letno obdobje in letošnje leto do zadnjega dne v mesecu juliju. Ugotovili smo vrsto in pogostost neželenih dogodkov, ki so v tem obdobju nastali med izvajanjem posebnih varovalnih ukrepov. *Razprava:* Delo z agresivnimi ljudmi medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom povzroča dodaten stres pri obvladovanju vseh aktivnosti in negovalnih intervencij, ki jih izvajajo za paciente oziroma skupaj s pacienti.
Ključne besede: posebni varovalni ukrepi, agresivnost, obvladovanje nevarnega vedenja

Abstract

Introduction: Violence in the workplace is a social problem that occurs everywhere in the world and in all areas. Nurses and medical technicians are often involved and engaged in aggressive events with patients and their relatives. Patients virtually every day threaten their personal integrity and personal space, and express violent and aggressive behaviour. The purpose of this article is to present the characteristics of nursing interventions performed by nurses and medical technicians in the field of health care in the psychiatric field, working with patients with aggressive and violent behavior. *Methods*: The method of analysis of nursing documentation will introduce measures to control the frequency of violent behavior by patients in a hospital environment and the consequences of adverse events to the implementation of these measures. *Results*: Using the tables we show the number of executed physical limitations for patients with violent behavior for the entire 5 year period and in this year until the last day of the month of July. We determined the type and frequency of adverse events for the same period, incurred during the implementation of specific safeguards. *Debate*: Working with aggressive people causes additional stress to nurses and medical technicians and impacts the management of all activities and nursing interventions.
Keywords: special protections, aggression, control of dangerous behavior

Uvod

V Sloveniji zdravstvene ustanove merijo kakovost in varnost obravnave pacientov s kazalniki kakovosti, ki v večini temeljijo na neželenih dogodkih. Vemo namreč, da je zdravstvena dejavnost področje z visokim tveganjem ravno zaradi neželenih dogodkov, ki pa največkrat ne

nastanejo zaradi same bolezni, ampak kot posledica procesa zdravljenja, kar lahko pripelje do smrti, resnih okvar, zapletov in trpljenja pacientov (Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika, 2005).
Da bi preprečili posamezne neželene dogodke in zagotavljali varnost pacientov, zdravstvenega osebja ter drugih pacientov se na področju psihiatrije uporabljajo posebni varovalni ukrepi (v nadaljevanju PVU). Nepredvidljivi in agresivni pacienti so stalnica pri obravnavi psihiatričnih pacientov, ki so jim najpogosteje izpostavljene medicinske sestre in zdravstveni tehniki.
Medicinske sestre in zdravstveni tehniki vsak dan izvajajo intervencije za zagotavljanje varnosti v bolnišničnem okolju pri pacientih, ki izražajo verbalno in fizično agresijo. Agresivno vedenje pogosto izražajo tudi svojci. Zaradi pomembne vloge pri vzpostavljanju neposrednega stika in drugih interakcij zdravstvenih delavcev z bolniki in drugimi osebami se v zdravstveni negi na psihiatričnem področju pričakujejo številne profesionalne, kognitivne in vedenjske spretnosti.

Agresivno in nasilno vedenje

Večina pacientov, ki se zdravijo v psihiatrični bolnišnici, ni agresivna, kljub temu pa je verjetnost nasilnega vedenja pri pacientih z duševnimi motnjami višja kot pri splošni populaciji. Literatura opredeljuje agresivno vedenje kot agresijo, nasilje, kriminal in sovražnost. Izraz *agresivnost* se uporablja za ljudi in živali. Pri ljudeh agresija označuje verbalno nasilje, fizično nasilje nad predmeti ali fizično nasilje nad ljudmi (tudi samomorilna in samopoškodovalna dejanja). *Nasilje* se uporablja le pri opisovanju človeškega vedenja in označuje fizično nasilje s strani ene osebe nad drugo. *Kriminal* je opredeljen kot namerna kršitev kazenskega prava, *sovražnost* pa je ohlapnejši izraz, ki največkrat označuje razdražljivost, sumničavost in ljubosumje v povezavi z verbalno agresijo (Citrome, 2011).
Agresivnost ima številne definicije. Po eni je agresija opredeljena kot verbalni ali fizični napad na drugo živo bitje ali predmete, nasilnost pa je pripravljenost biti nasilen (Kores – Plesničar, 2006). Ne glede na vzroke, zaradi katerih nasilje nastopi, je takrat porušeno ravnovesje med impulzi in njihovo kontrolo. Ko so impulzi poudarjeni in intenzivnejši, lahko posameznik postane preokupiran z nasilnimi mislimi, strahovi in željami.
Agresivnost je problem v družbi nasploh in je resen družbeni in zdravstveni problem. Nasilno vedenje ni nujno povezano s psihopatološko simptomatiko, po drugi strani pa lahko različne duševne motnje (pa tudi telesna bolezen ali zastrupitev) v določenih okoliščinah sprožijo agresivno vedenje.
Psihopatološki simptomi agresivnosti največkrat predstavljajo urgentno psihiatrično stanje, saj izhajajo iz motenj razpoloženja, mišljenja ali vedenja, ki zahteva takojšnje ukrepanje. Vzrok za nastanek simptomov so najrazličnejše somatske bolezni, neželeni učinki zdravil, zastrupitve ali interakcije zdravilo – zdravilo. Del simptomov izhaja tudi iz fizične ali emocionalne travme (Turčin, Kores – Plesničar, 2009).
Zdravstvena nega na psihiatričnem področju obravnava paciente, katerih zdravstveno stanje tako ali drugače pogojuje agresivno vedenje. Največkrat se srečujemo z agresivnim vedenjem pri pacientih s psihičnimi motnjami, kot so: disocialna osebnostna motnja, zloraba psihoaktivnih substanc, shizofrenija, bipolarna afektivna motnja (manija) in organske psihične motnje – delirantna stanja, stanja zamračenosti (Andrejek – Grabar, 2009).

Ukrepi za zmanjševanje nastanka agresivnega vedenja

Podobno kot na vseh področjih zdravstva tudi v psihiatrični zdravstveni negi moramo stremeti k temu, da je naše ravnanje s potencialno agresivnim pacientom usmerjeno v preventivo in s

tem v pravočasno odkrivanje agresivnosti. Psihiatrični pacienti se vedejo drugače, kot v večini pričakujemo od duševno zdravih ljudi, zato moramo razvijati predvsem korekten, human, pa vendarle odločen in jasen postopek obravnave pacienta.
S pacientom se pogovarjamo umirjeno, jasno in odločno. Pri tem se izogibamo ukazovalnemu tipu verbalizacije. Pacientu pustimo dovolj osebnega prostora, tega pa si zagotovimo tudi sami. Ob tem pazimo, da z neverbalno komunikacijo ne podiramo vsega, kar smo si predhodno zgradili z verbalno komunikacijo.
Kadar z verbalno in neverbalno komunikacijo ne dosežemo pomiritve pacienta, po naročilu zdravnika pacientu apliciramo ustrezno terapijo ali pa se zdravnik odloči za restriktivnejše ukrepe obvladovanja agresivnega vedenja – PVU, ki pa jih ne uporabljamo samo v te namene.

Posebni varovalni ukrepi – PVU

Zakon o duševnem zdravju (2008) (v nadaljevanju ZDZdr) v 1. odstavku 29. člena opredeljuje PVU kot nujni ukrep, ki se ga uporabi zaradi omogočanja zdravljenja osebe ali zaradi odprave obvladovanja nevarnega vedenja osebe, kadar je ogroženo njeno življenje ali življenje drugih, huje ogroženo njeno zdravje ali zdravje drugih ali z njim povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim in ogrožanja ni mogoče preprečiti z drugim, blažjim ukrepom.
ZDZdr opredeljuje dva načina izvajanja ukrepa, in sicer: telesno oviranje s pasovi in omejitev gibanja znotraj enega prostora. V preteklosti so psihiatrične smernice opredeljevale PVU skozi stalni nadzor, diskretni nadzor, medikamentozni PVU, ograjico na postelji, ovirni jopič in mrežnice.
Danes uporabljamo metodi, ki ju predpisuje ZDZdr: medikamentozno zdravljenje s hitro trankvilizacijo oziroma nevroleptizacijo z nizko in visoko potentnimi antipsihotiki v kombinaciji z anksiolitiki in ograjico na postelji (Turčin, Kores – Plesničar, 2009). V intenzivnih enotah Oddelka za psihiatrijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor (v nadaljevanju UKC Maribor) imajo praviloma vsi pacienti že v osnovi delovanja zdravstvene nege *diskretni nadzor*, ki se ne predpisuje posebej. *Stalni nadzor* uporabljamo pri pacientih, ki so potencialni kandidati za izbruh agresivnosti, pri pacientih s suicidalnimi in samopoškodovalnimi nagnjenji in tistih, pri katerih uporabljamo metodi, ki ju predpisuje ZDZdr.
V sklopu zagotavljanja varnosti pacientov pri ležečih pacientih uporabljamo *ograjico na postelji*, predvsem pri starostnikih in telesno oslabelih (delirantna stanja, polinevropatije) z namenom preprečitve padcev s postelje. Pri dolgotrajno ležečih pacientih uporabljamo še antidekubitusne blazine za preprečevanje razjed zaradi pritiska in antikoagulantno terapijo nizko molekularnih heparinov za preprečevanje trombembolij in njihovih komplikacij.
PVU – omejitev gibanja znotraj enega prostora le redko uporabljamo, saj za ta namen nimamo ustreznega prostora. Metodo uporabljamo v primeru manjšega števila pacientov na enoti, ko uporabimo sobo za nadzor, ki omogoča neprekinjeno 24-urno opazovanje pacienta.

PVU – telesno oviranje s pasovi

Kljub temu, da ZDZdr opredeljuje uporabo ukrepa telesnega oviranja pacientov s pomočjo pasov na oddelkih pod posebnim nadzorom in varovanih oddelkih, se le-ta uporablja tudi na drugih kliničnih oddelkih zdravstvenih zavodov. Dejstvo, da se pacienti z agresivnim vedenjem pojavljajo na skoraj vseh kliničnih oddelkih, opravičuje uporabo pasov tudi tam. Vendar vseeno zbode v oči tisti del uporabe ukrepa, ki zahteva neprekinjeno opazovanje pacientov, ki ga izvajamo na psihiatričnih oddelkih v posebej za to pripravljenih sobah za neprekinjen nadzor. Drugod pacienti ležijo v navadnih bolniških sobah, brez neprekinjenega nadzora in z uporabo pripomočkov, ki ne zajemajo standardov oviranja pacientov s pasovi

(npr. povoji, rjuhe …) in uporabo potrošnega materiala, ki omogoča lažje negovanje agresivnih pacientov (npr. trajni urinski kateter) ter opustitev neprekinjenega nadzora.
Z namenom natančnega in doslednega izvajanja PVU telesnega oviranja pacienta s pasovi v intenzivnih enotah Oddelka za psihiatrijo UKC Maribor uporabljamo za ta namen pripravljen in izdelan standard negovalne intervencije (Zemljič, Roškar, 2008), ki opredeljuje način izvedbe intervencije.
PVU telesno omejevanje s pasovi uporabljamo le izjemoma in traja le toliko časa, kolikor je nujno potrebno glede na razlog njegove uvedbe. Telesno oviranje ne sme trajati več kot 4 ure skupaj, prav tako pa omejitev svobode gibanja znotraj enega prostora ne več kot 12 ur (Zakon o duševnem zdravju, 2008). Pacienta, pri katerem je bil uporabljen PVU telesnega omejevanja s pasovi, nadzorujemo, spremljamo njegove vitalne funkcije (tudi s pomočjo monitoringa) in ga strokovno obravnavamo ves čas trajanja ukrepa. O izvajanju ukrepa v zdravstveno dokumentacijo osebe vpisujemo natančne podatke o razlogu, namenu, trajanju in nadzoru nad izvajanjem ukrepa.
Standard negovalne intervencije oviranja pacienta s pasovi opredeljuje uporabo Segofix pasov z magnetnimi sponkami, ki ga izvaja šest za to usposobljenih izvajalcev zdravstvene nege (Zemljič, Roškar, 2008). Praviloma PVU odredi zdravnik še pred izvedbo, ob pojavu nasilnosti pacienta pa mora negovalno osebje nemudoma izvesti PVU in z ukrepom ne sme odlašati, šele nato obvesti odgovornega zdravnika. Če zdravnik ukrepa ne odredi, se opusti njegovo izvajanje. Izvedba intervencije in telesno omejevanje pacienta s pasovi na posteljo poteka koordinirano in v tesnem sodelovanju vseh prisotnih izvajalcev, katerih naloge so razdeljene in natančno določene. Ves čas postopka nadzorujemo pacienta, poskušamo z njim navezati stik, ga poslušamo in delujemo pomirjujoče, kljub temu, da smo v pacientovih očeh agresorji, ki mu hočemo slabo ali ga celo ubiti.
Telesnega oviranja s pasovi ne uporabljamo samo pri nasilnih ali agresivnih pacientih, ki jih ne moremo pomiriti, ampak se ukrep uporablja tudi za omogočanje zdravstvene obravnave. Kajti nemalokrat se zgodi, da se tak ukrep uporabi za potrebe izvajanja medicinsko-negovalno-tehničnih posegov, kot so omejitev gibanja pacienta z roko med infuzijo in transfuzijo tekočin ali zagotavljanje mirovanja pacienta med slikovnimi in rentgenskimi preiskavami.
Ker gre za ukrep, ki neposredno vpliva na integriteto in osebno svobodo vsakega posameznika, ta pa je ob tem izpostavljen najrazličnejšim komplikacijam, pri telesno omejevanih pacientih zagotovimo neprekinjen nadzor. Takšni pacienti so namreč izpostavljeni spremembam in motnjam v cirkulaciji periferne krvi, nastanku trombembolij, zadušitvi z izbljuvki ali izbruhaninami, mišičnoskeletnim okvaram, zastojnim edemom, odrgninam kože in sluznic, nastanku razjede zaradi pritiska na kostnih štrlinah in motenemu dotoku infuzijskih in transfuzijskih tekočin. Nemalokrat se pojavijo tudi motnje srčnega ritma in motnje dihanja zaradi vznemirjenosti pacienta ter deficit v uriniranju in odvajanju zaradi položaja pacienta.
Rezultate opazovanja in ugotovitve fizično oviranega pacienta skrbno in natančno beležimo v negovalno in zdravstveno dokumentacijo, kjer uporabljamo: temperaturni list, list intenzivne zdravstvene nege in terapije, protokol opazovanja i. v. kanala, obrazec za nadziranje izvajanja PVU, obrazec aktivnosti psihiatrične zdravstvene nege, obrazec za obveščanje predstojnika, zastopnika in pacientovih svojcev o uvedbi PVU, poročilo zdravstvene nege, list izvedenih negovalnih intervencij in poročilo o pisni predaji službe. Dokumentacija daje hiter vpogled v pacientovo preteklo in trenutno zdravstveno stanje z vidika fizičnega in tudi psihičnega stanja, prejete in načrtovane medikamentozne terapije, opravljene in predvidene preiskave ter trajanje PVU.

Metode dela

Uporabili smo deskriptivno statistično metodo. Zbrani podatki v dokumentacijah pacientov so nam omogočili analizo podatkov in statistični pregled o številu fizičnih oviranj na intenzivni moški enoti Oddelka za psihiatrijo UKC Maribor za obdobje petih let.

Analiza rezultatov

V obdobju od 2006 do 2010 je bilo v intenzivno moško enoto sprejetih 2512 pacientov, v letu 2011 do 31. julija pa 275 pacientov. Intenzivna moška enota Oddelka za psihiatrijo UKC Maribor tako v povprečju na leto sprejme 502,4 pacienta. Število izvedenih telesnih oviranj v posameznem letu prikazuje Tabela 1.
Večina izvedenih telesnih oviranj pacientov s pasovi je bila izvedena v dopoldanskem in nočnem času, večina popoldanskih pa v času obiska svojcev. Tabela 1 prikazuje število izvedenih fizičnih oviranj v posameznem letu, in sicer od začetka leta 2006 do 31. 7. 2011, kar pa ne pomeni, da je bilo glede na število sprejetih pacientov v posameznem letu dejansko toliko tudi telesno omejenih s pomočjo pasov. V število telesnih oviranj so namreč šteta vsa telesna oviranja s pasovi, tudi za tiste paciente, ki so bili telesno omejevani več kot enkrat. Kljub temu pa podatki dajejo uvid v delo zdravstvenega osebja na psihiatričnem oddelku in stopnjo ogroženosti osebja zaradi nasilnega in agresivnega vedenja pacientov.

Tabela 1: Število telesnih oviranj pacientov s pasovi v posameznem letu

MESEC/LETO	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Januar	18	21	19	15	19	10
Februar	48	13	9	13	7	11
Marec	23	6	20	8	7	8
April	18	25	5	13	14	12
Maj	13	12	25	35	7	22
Junij	26	29	37	6	19	13
Julij	42	31	51	13	8	15
Avgust	45	23	25	21	17	
September	34	14	12	18	35	
Oktober	21	15	15	8	12	
November	12	10	17	22	3	
December	7	18	37	13	6	
SKUPAJ	**307**	**217**	**272**	**185**	**154**	91
SPREJEMI	**474**	**534**	**468**	**524**	**512**	**275**

Med samo izvedbo PVU telesnega omejevanja s pasovi smo zabeležili tudi nekaj neželenih dogodkov, ki so se zgodili negovalnemu osebju. Neželenih dogodkov zaradi fizičnega oviranja pri pacientih nismo imeli. Podrobnosti neželenih dogodkov prikazuje Tabela 2.

Tabela 2: Neželeni dogodki, nastali med izvajanjem PVU telesnega omejevanja s pasovi pri pacientih z agresivnim vedenjem

LETO	POSLEDICE NEŽELENIH DOGODKOV
2006	- fizični napad – odrgnina
	- fizični napad – odrgnina
	- fizični napad – brca v L stegno, udarec v L ličnico
	- fizični napad – udarec v komolec in hrbet, odrgnina D roke
2007	- fizični napad – ugriz v prst L roke
	- fizični napad – ugriz v prst
	- fizični napad – brca z nogo v prsni koš, brca v glavo, poškodba ustnice
2008	- fizični napad – ugriz v prst – obsežna poškodba
	- fizični napad – praske in modrice po rokah
	- fizični napad – obsežne odrgnine po obrazu
	- fizični napad – udarec z roko v predel hrbta in roke
	- fizični napad – udarec v predel pasu in odrgnine po rokah
2009	- fizični napad – brca v D koleno
2010	- fizični napad – udarec v predel obraza
2011 do 31. 7.	**…NI neželenega dogodka**

Zaključek

Neželeni dogodki zaradi nasilnega vedenja pacientov niso problem samo v psihiatričnih ustanovah, čeprav so te edine, kjer ima zdravstveno osebje izkušnje z obvladovanjem nasilja. V nujni medicinski pomoči in na drugih področjih zdravstva se v takšnih primerih poslužujejo pomoči policije in drugih služb za zagotavljanje varnosti zdravstvenih delavcev in pacientov. Ob tem se nam, glede na dejstvo, da smo kot zdravstveni delavci v psihiatrični zdravstveni negi usposobljeni za izvajanje posebnih varovalnih ukrepov telesnega omejevanja pacientov s pasovi, postavlja vprašanje, ali smo usposobljeni tudi za obvladovanje nasilnih in agresivnih pacientov? Ali je fizično obvladovanje (ne omejevanje) agresivnih pacientov kompetenca in odgovornost medicinske sestre in zdravstvenega tehnika? Vedeti namreč moramo, da je nezavedanje in molk o nasilnih dogodkih v zdravstvenih ustanovah navadna ignoranca in odsotnost skrbi za zaposlene zdravstvene delavce, njihovo dobrobit, delovne zmožnosti in delovno okolje s strani odgovornih v zdravstvu.

Literatura

1. Andrejek – Grabar E. Terapevtski ukrepi pri agresivnem pacientu. In: Čelan – Stropnik S, eds. Skripta. Funkcionalno izobraževanje iz psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije, Maribor, september 2009. Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za psihiatrijo; 2009.
2. Citrome LL. Aggresion. Dostopno na: http://www.emedicine.medscape.com (15.08.2011)
3. Kores – Plesničar B. Pomen agresije v zdravstvenih ustanovah. In: Čuk V, eds. Zbornik prispevkov. Strokovno srečanje: Raziskovanje, izobraževanje in razvoj v psihiatrični zdravstveni negi, Maribor, 26. Oktober 2006. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2006.
4. Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika. European Commission, DG Health and Consumer Protection. Luksemburg, 2005. Dostopno na: http://www.mz.gov.si (15.08.2011)
5. Turčin A, Kores – Plesničar B. Urgentna stanja v psihiatriji. In: Čelan – Stropnik S, eds. Skripta. Funkcionalno izobraževanje iz psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije, Maribor, september 2009. Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za psihiatrijo; 2009.

6. Zakon o duševnem zdravju. Uradni list Republike Slovenije št. 77/2008.
7. Zemljič A, Roškar V. Oviranje pacienta na intenzivni enoti Oddelka za psihiatrijo. Standard negovalne intervencije št. N-02-128-00. Maribor: Služba zdravstvene nege, Univerzitetni klinični center Maribor; 2008.

Zagotavljanje varnosti pri bolnikih z demenco

Ensuring Safety of Patients with Dementia

asist. Mojca Muršec, dr. med. spec. psih
Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za psihiatrijo
mojca.mursec@ukc-mb.si

Izvleček

Demenca je relativno pogost sindrom. Pojavlja se pri številnih boleznih v vseh starostnih obdobjih, najpogosteje pri starejših. Ker ob pestri simptomatiki izstopa vse večja funkcionalna odvisnost, slab uvid v bolezen in s tem tudi nekritično razmišljanje do bolezenskega primanjkljaja, so poškodbe številne. Prav zaradi tega je nujno razmišljanje o varnosti in varnostnih ukrepih. Vsekakor je nujna prilagoditev okolja in skrb za zaščito bolnikov v situacijah, ki jih ogrožajo, kot je upravljanje motornih vozil, ali zaščita pred morebitnimi zlorabami, ki so pogoste v skupini starejših, še posebej pri bolnikih z demenco.
Ključne besede: demenca, varnost, vožnja, zloraba

Abstract

Dementia is a relatively common syndrome. It is associated with many diseases and occurs in all ages, but most commonly in the elderly. Because of varied symptomatology, increased functional dependence, poor insight into illness and uncritical thinking of a medical deficit numerous injuries are frequent. For this reason, thinking about security and safety measures is necessary. It is necessary to adapt the environment, and to ensure protection of patients in threatening situations, such as the use of motor vehicles, and protection against potential abuses, which are often associated with old age and especially dementia.
Keywords: dementia, safety, preventive measures, driving, abuse

Uvod

Demenca je zapleten in pester sindrom, ki vpleta vsakdanje življenje posameznika in njegove družine in vpliva na potek številnih telesnih in duševnih bolezni. Čeprav se sindrom pojavlja v vseh starostnih obdobjih, pa je najpogostejši pri boleznih v starosti. Označujejo ga značilni kognitivni upad s vsemi posledicami, spremenjeno čustveno doživljanje, osebnostne spremembe in spremenjeno vedenje. Najpogostejša bolezen z značilnim sindromom demence v starosti je Alzheimerjeva bolezen. Pogostejše so še demenca z Lewyjevimi telesci, vaskularna demenca in frontotemporalna demenca, številne druge pa se pojavljajo redkeje in predstavljajo v skupnem deležu bolezni z demenco manj kot 10 %. (Launer, 2011). Alzheimerjeva demenca je progresivna, počasi napredujoča bolezen, ki prej ali slej vodi v popolno odvisnost od negovalcev. Upad kognitivnih funkcij, ne le spomina, ampak tudi presoje, razmišljanja, pozornosti, koncentracije, abstraktnega in logičnega razmišljanja, računanja, kakor tudi vsebinske motnje mišljenja, kot so npr. paranoidne blodnje in zaznavne motnje s halucinatornimi epizodami ter spremembe v vedenju, kot so npr. nemir, razdražljivost, agresivnost ali tavanje, lahko bolnike resno ogrozijo v vsakdanjem življenju (Rokwood et.al., 2011).

Bolniki z demenco so nedvomno posebno ogrožena skupina bolnikov. Zaradi narave bolezni so neprestano izpostavljeni nevarnostim, povezanim z bivalnim okoljem, navadami ali z napredovanjem bolezni. Varnost zato ni ključnega pomena le za bolnike, ampak tudi za vse,

ki z bolnikom živijo. Ko razmišljamo o varnosti bolnikov z demenco, je nujno dobro poznati in razumeti potek bolezni. V začetnih obdobjih, ko so težave s spominom in drugimi zaznavnimi funkcijami še blage in se še ne vpletajo v bolnikovo samostojno funkcioniranje, ti potrebujejo večjo pozornost in delno pomoč pri zanje prenapornih ali preveč zapletenih opravilih. Z napredovanjem bolezni bolniki vse težje skrbijo zase. Problem je, ker ob tem vse slabše presojajo, težko logično ali abstraktno razmišljajo in v te spremembe nimajo pravega uvida. Pravila zanje niso več pomembna, ker jih velikokrat ne razumejo ali si jih po svoje razlagajo. Ob tem se osebnostno spremenijo in so velikokrat do bolezni nekritični, misleč, da zmorejo vse kot poprej ali pa še več. Pri tem poudarjajo svoje izkušnje. Da je vse le še težje, z leti peša še mišična moč in koordinacija gibov. Bolniki so lahko slabovidni, slabo slišijo ali so celo vrtoglavi (Robilard, Shaw, 2007). Ni naključje, da so v srednjih obdobjih bolezni pogosti padci ali drugi nesrečni dogodki. To dodatno zaplete že tako težko bolezen, saj je otežena rehabilitacija zaradi slabega sodelovanja. Ob sočasnih boleznih je pogosta celo umrljivost (Eriksson et al., 2009). V končnih obdobjih bolezni varnost predstavlja predvsem ustrezna nega. Posebno pozornost je potrebno posvetiti hudi motorični opešanosti. Bolniki postopoma postanejo nepomični ali zelo slabo pomični, ob tem nemirni, imajo težave s požiranje, regulacijo temperature in občutenjem ter postanejo popolnoma odvisni od drugih.

Nevarni dogodki

Nevarni in neljubi dogodki ali poškodbe niso zgolj odraz kognitivnih težav, še pogosteje so posledica vedenjskih in psiholoških simptomov pri demenci. Gre za simptome motenega zaznavanja in presoje s posledičnim spremenjenim vedenjem. To je lahko neposredno povezano z doživljanjem posameznika kot odgovor na strah, lahko je posledica telesnih dejavnikov ali pa del napredovanja bolezni. Med psihološkimi simptomi lahko bolnike ogrožajo pravzaprav vsi, še najbolj pa agresivno vedenje, ki ob opešani telesni moči vodi do zdrsov in padcev, ali apatija, ki pomeni popolno zanemarjanje sebe in odklonilnost celo do najosnovnejših življenjskih potreb. Najresnejše rizično vedenje s posledicami pa je nedvomno brezciljno tavanje. Bolniki lahko zatavajo, se izgubijo, ne precenijo ovir ali ne prepoznajo nevarnosti. Dogodi se, da bolniki ob takšnem tavanju resno padejo, se poškodujejo, podhladijo ali dehidrirajo (Rowe e tal., 2011). Tako dejansko bolniki v vseh obdobjih bolezni potrebujejo ob sebi nekoga, ki jim pomaga, jih bodri, usmerja ali namesto njih opravlja dnevna opravila. Potrebe se spreminjajo z intenzivnostjo bolezenskega procesa, vedno pa vključujejo skrbno prilagojeno in konkretno pomoč. Bolniki jo skozi bolezen težko sprejemajo, težko pa je tudi negovalcem. Zaradi preobremenjenosti negovalcev na eni strani in visokih pričakovanj enih in drugih se pogosto porušijo dobri odnosi v družini, to pa bolezen še otežuje. Tako varnosti za bolnike z demenco ne predstavljajo zgolj fizična varovala in varovanje, ampak tudi dobri odnosi v družini in širše.

Preventivno delovanje

Ko govorimo o varnosti bolnikov z demenco, je ob skrbnem tehtanju med dostojanstvom, zasebnostjo in osebno svobodo v prvi vrsti potrebno delovati predvsem preventivno. Vživeti se je potrebno v bolnikov svet in sprejeti dejstvo, da se bolniki težko soočajo z izgubo samostojnosti, še več, ker svoje bolezni pogosto ne prepoznajo, pomoč razumejo kot poseg v življenje. Zaradi tega je bolnike potrebno postopoma pripraviti na napredovanje bolezni s primerno komunikacijo. Ravnati je potrebno strpno, zmanjšati moramo svoje lastne zahteve in prilagoditi svoja pričakovanja bolnikom, ki bodo potem lažje sprejeli pomoč in se ne bodo počutili ogroženi.

Identifikacijska pomagala

Če je le mogoče, bolniki z demenco v srednjih do poznih obdobjih ne bi smeli zapustiti doma brez spremstva, saj lahko zatavajo in se izgubijo v svojem neposrednem okolju. Ker se ob tem pogosto ne spomnijo niti svojih osebnih podatkov, so smiselne identifikacijske kartice, ki jih žal v naši državi še ni, v tujini pa so že na voljo in so elektronsko povezane s centri za pomoč bolnikom (http://free-alzheimers-support.com/wordpress, 2010). Kartica, ki bi jo moral imeti bolnik ves čas pri sebi, v denarnici, žepu, na verižici ali še bolje na zapestju, mora vsebovati vse osebne podatke in kontaktno telefonsko številko, smiselno pa je, da vsebuje še dodatne najpomembnejše medicinske podatke, če se dogodi kaj takega, da mora nemudoma v zdravstveno ustanovo in negovalcev ni v bližini.

Stvarno varovanje

Dom in bolnikovo neposredno okolje

Med najpomembnejše naloge spada zagotovitev varnosti v domačem okolju, saj bolniki večino časa preživijo doma, so pogosto sami in ob tem še slabovidni in naglušni. Domače okolje mora biti nenatrpano, varno, brez nepotrebnih dekorativnih predmetov, še predvsem preprog, zaves ali celo lončnic, ki bi jih bolniki lahko zamenjali za vrtnine. Smiselna je namestitev varoval na okna ali vrata ter slepih ključavnic, ki onemogočajo samostojni odhod od doma. Stopnice in izpostavljena mesta je potrebno zavarovati z varnostnimi ograjami. Največ nesreč doma se zgodi v kopalnici in kuhinji, zato je potrebno posebej skrbno urediti prav ta prostora. Preprečiti je potrebno dostop do plina. Odstraniti je potrebno vsa škodljiva čistila ter ostre in druge nevarne predmete, kot so tudi vžigalniki in steklena posoda. Zdravila je potrebno hraniti zunaj dosega bolnikov z demenco, ker lahko pride do zastrupitve (Douglas, 2011). Če je le mogoče, je smiselno namestiti pipe za vodo s toplotno regulacijo in v kopalnih prostorih nedrseče podlage ter oprijemala na stenah. Iz bolnikovega neposrednega okolja odstranimo tudi vse nepotrebne električne naprave, posebej grelce. Ker so stanovanja pogosto preslabo osvetljena, razen tega pa bolniki pogosto slabo vidijo, je nujno poskrbeti za dobro stropno osvetlitev in se izogibati stoječih svetil. Za nočni čas je primerna brlivka, ki ponoči dovolj osvetli prostor, da se bolniki ob nočnem vstajanju ne izgubljajo, ko želijo npr. v toaletne prostore. Prostore je smiselno barvno označiti in namestiti simbole na vrata za lažjo orientacijo. Sobe, ki ji bolniki ne uporabljajo, je najbolje preprosto zakleniti.

Dnevne aktivnosti

Vsakodnevne samostojne aktivnosti je smiselno vzpodbujati, kar se da dolgo, vendar morajo biti telesne aktivnosti prilagojene bolnikovim sposobnostim. Lažja odmerjena telesna vadba npr. 30 minut na dan lahko deluje ugodno (Perez, 2008), težje gimnastične vaje ali delo na višini ali z ostrimi predmeti pa so lahko za bolnike že lahko usodne. Če v začetnih obdobjih bolezni bolniki pri vsakdanjih opravilih potrebujejo zgolj pomoč pri težjih opravilih, pa je z napredovanjem bolezni pomoč nujna že pri najosnovnejših dnevnih aktivnostih, kot so oblačenje, toaleta ali priprava hrane. Poskrbeti je treba, da so bolniki oblečeni v lahka, enostavno pralna oblačila, primerna letnemu času, in da je vrstni red oblečenega primeren. V napačno izbranih oblačilih se lahko bolniki z demenco podhladijo ali pregrejejo, če se oblečejo napačno, pa lahko padejo. Obuvala se morajo prilegati nogi in imeti nedrseči podplat. Ker se lahko pojavi inkontinenca, poskrbimo za manjšo zadrgo in hkrati prilagodimo talne površine. Hrana mora biti z napredovanjem bolezni vse bolj prilagojena težavam s požiranjem, ki se praviloma pojavijo pri vseh bolnikih.

Vožnja

Nesreče v prometu so pogoste. Bolniki so lahko poškodovani kot pešci, ker ne ocenijo situacije, ali kot vozniki (Gorrie, 2008). Zlasti moški bolniki z demenco so še v poznih obdobjih zaradi bolezenske nekritičnosti prepričani, da vozijo povsem primerno, vendar so žal pogosti povzročitelji nesreč. Razlogi so številni. Nedvomno se podaljša reakcijski čas, bolniki so manj pozorni, hitro se zmedejo ob nepredvidljivih dogodkih ali celo izgubijo orientacijo na cesti. (11) Prav zaradi vsega tega je bolnike že v začetnih obdobjih bolezni potrebno soočiti z dejstvom, da ne bodo mogli voziti, in jih pripraviti na uporabo javnih prevoznih sredstev. Ko spregledajo semafor, zamenjajo zavorno ročico in dodajo plin, ko zamenjujejo vozne pasove brez smerokazov ali ne ustavljajo na prehodih za pešce, je velikokrat že prepozno (Freund, 2008). Prav zaradi tega je prepoved vožnje nujen ukrep, če ne gre drugače tudi tako, da bližnji spravijo avtomobilski ključ na mesto, kjer ga bolniki ne bodo našli.

Zloraba

Zloraba starejših bolnikov z demenco je relativno pogost, obsežen in največkrat spregledan problem. Bolniki o zlorabah zaradi težav z govorom, izražanjem, spominom in iz strahu pred še večjo osamo običajno ne govorijo, bližnji pa to zanikajo (Hansberry, 2005). Pojavlja se kot telesno nasilje, prikrajšanost, finančna zloraba, zanemarjanje ali ustrahovanje, na kar bolniki reagirajo s spremenjenim vedenjem, velikokrat agresijo, depresijo ali popolno otopelostjo. Ker se zloraba praviloma dogaja za domačimi vrati, jo je mogoče prepoznati zgolj posredno. Tako je zloraba dejansko medicinski in socialni problem, ki ga je potrebno rešiti takoj, ko je zaznan, tako da tudi prek legalnih poti preprečimo zlorabe, in omogočimo, da se zlorabljeni bolnik umakne iz njemu neugodnega okolja, storilci pa ne le moralno, ampak tudi pravno odgovarjajo (Lachs, 2004).

Zaključek

Za bolnike z demenco je varnost ena izmed osnovnih pravic in nujen sestavni del obravnave. Da jo lahko zagotovimo, je potrebno v prvi vrsti poznati bolezen in razumeti bolnikovo vedenje v bolezni. To je dinamično in odvisno od sposobnosti izražanja potreb in čustev vsakega posameznega bolnika, njegovih potreb, osebnosti, načina življenja, navad in stopnje bolezni. Bolniki z demenco imajo še bolj kot njihovi zdravi vrstniki nezadržno potrebo po sprejetosti, naklonjenosti, udobju, zaposlitvi in sprejetosti, kar jasno pokažejo s svojim vedenjem. Bolniki se tako lahko odzivajo s popolnim umikom v svoj svet, so umirjeni in neinciativni ali na drugi strani nemirni ali celo nasilni. Zagotavljanje varnosti tako ob razčlenitvi vedenja temelji na zaupljivem strpnem in zaupanja vrednem odnosu in ustreznem varovanju ter tehnični podpori. Z bolniki je potrebno govoriti o potrebi po varovanju in jih postopoma pripraviti na nujnost nekaterih varovalnih ukrepov, da jih sprejmejo in se z njimi strinjajo. Proti njihovi volji je mogoče ravnati zgolj v primeru, ki ga predvideva zakon – ko gre za ogrožanje lastnega ali tujega življenja in premoženja, kar pa ob ustreznem odnosu v družini najpogosteje sploh ni potrebno.

Literatura

1. Adler G, Rottunda S, Dysken M. The Older Driver with Dementia. An Update Literature Review. J Safety Res. 2005;36:300-407.
2. Douglas A, Letts L, Richardson J. A systematic review of accidental injury from fire, wandering and medication self-administration errors for older adults with and without dementia. Arch Gerontol Geriatr. 2011;52:e1-e10.
3. Eriksson S, Strandberg S, Gustafson Y, Lundin.Olsson L. Circumstances Surrounding Falls in Patients with Dementia in Psychogeraitic Ward. Arch Gerontol Geriatr. 2009;49:80-7.

4. Freund B. Colgrove LA, Petrakos D, McLeod R. My Car the Brake is on the Right: Pedal Errors Among Older Drivers. Accid Anal Prev. 2008;40:403-9.
5. Gorrie C, Brown J, Waite PME. Crash Characteristics of older pedestrian fatalities: Dementia pathology may related to »at risk« traffic Situations. Accid Anal Prev. 2008;40:912-19.
6. Hansberry MR, Chen E, Gorbien MJ. Dementia and Elder Abuse. Clin Geriatr Med. 2005;2(21):315-32.
7. Lachs MS, Pillemer K. Elder Abuse. Review Article. The Lancet. 2004:9441(364):1263-72.
8. Launer LJ. Counting dementia: There is no one »best« way. Original Research article. Alzheimers Dement. 2011;1(7):10-14.
9. Perez CA, Cancela Carral JM. Benefits of Physical Exercises for Older Adults with dementia. Geriatr Nurs. 2008;6(29):384-91.
10. Robillard A. Clinical Diagnosis of Dementia. Alzheimers Dement. 2007;4(3):292-298.
11. Rokwood K, Lin L, Mitnitski A, Zeng A, Leibman C, Lisa Mucha L. Dementia symptom profiles in relation to stage. Alzheimers Dement. 2011;4(7):S544.
12. Rowe MA, Vandeveer S, Greenblum CA, List CN, et.al. Persons with dementia missing in the community: Is it wandering or something unique. BMC Geriatr. 2011;11:2-8.
13. Shaw FE. Prevention of Falls in Older People with Dementia. J Neural Transm. 2007;144:1259-64.
14. Why Alzheimer's and Dementia Suffers Wander-And what to do about it. Dostopno na: http://free-alzheimers-support.com/wordpress (15.9.2011).

Kontinuirana zdravstvena nega – osnova za preprečevanje padcev pri pacientih z demenco

Continuous Nursing – Basis for Prevention of Falls for Patients with Dementia

Andreja Avguštin Majcen, dipl. m. s.
Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za psihiatrijo
andreja.avgustin@gmail.com

Izvleček

Članek obravnava problematiko padcev pri geriatričnih pacientih z diagnozo demence. Preprečevanje padcev pri tovrstnih pacientih predstavlja poseben izziv zdravstva in zahteva poglobljeno obravnavo, zato se avtorica osredotoča predvsem na dejavnike tveganja padcev. V nadaljevanju avtorica predstavi raziskavo, ki jo je izvedla v Oddelku psihiatrije v UKC Maribor. V okviru raziskave izvede primerjavo padcev na oddelku v primerljivih obdobjih dveh let s poudarkom na krajih dogodka, vzrokih in posledicah padcev. Raziskava daje oprijemljive rezultate, kot je npr. porast padcev iz nestabilnosti, vendar pa avtorica v zaključku ugotavlja, da bo za kvalitetnejšo statistično analizo potrebno spremljanje podatkov v daljšem obdobju. Tudi učinkov programa za preprečevanje padcev, ki ga je Oddelek za psihiatrijo uvedel z začetkom leta 2011, s to raziskavo še ni bilo možno zaznati. Avtorica zato pripisuje velik pomen kontinuirani zdravstveni negi, s katero bi lahko ob zadostnem kadru učinkoviteje preprečevali padce pri pacientih z demenco.
Ključne besede: padci starostnikov, demenca, okoliščine padcev

Abstract

The article deals with the issue of falls of geriatric patients, diagnosed with dementia. Prevention of falls of such patients represents a special challenge in healthcare, requiring an in-depth treatment. Therefore the author focuses on the risk factors of falls and presents research that she conducted in the Psychiatric Section of UKC Maribor. It provides a comparison of falls in that clinic, taken from comparable periods in two consecutive years, with the emphasis on the location of the fall, its causes and consequences. While the research gives tangible results (such as increased falls out of instability), the author concludes, that it will take a longer period of monitoring falls to be able to perform a qualitative statistic analysis. The effects of the fall prevention program, introduced by the Psychiatric Section in the beginning of 2011, could also not be detected by this research yet. The author gives great meaning to continuous nursing, that could, if given enough human resources, more effectively prevent falls of patients with dementia.
Keywords: falls of elderly, dementia, circumstances of falls

Uvod

Pri ljudeh z demenco in/ali kognitivno motnjo je trikrat večje tveganje padcev v primerjavi z drugimi, natančneje, možnost za padce je od 1,1 do 6,4 krat večja (Eriksson et al., 2008, str. 294). Temu primerno visoka je tudi stopnja tveganja pred zlomi, kar še dodatno podkrepi te izsledke. Po padcu se posledice pri takšni osebi seštevajo, po zlomu kolka je, na primer, več postoperativnih komplikacij, vključno z višjo stopnjo smrtnosti. Doslej je bilo le malo poskusov, da bi zmanjšali padce pri ljudeh z demenco in tudi ti so imeli le malo uspeha.

Dosedanje študije, opravljene v domovih za ostarele, so identificirale probleme z mobilnostjo in vsakodnevnimi aktivnostmi, slabši vid, večjo količino zdravil, še posebej psihotropskih zdravil, in kognitivno motnjo kot dejavnike tveganja za padce. Med ljudmi z demenco so identificirali dodatne faktorje (Eriksson et al., 2008, str. 294), ki so po nekaterih poročilih celo napovedovali padce: visoka stopnja lezij na možganih, parkinsonizem, periferalna nevropatija, diagnoza telesne Lewyjeve demence, vaskularna demenca. Vendar je le malo znanega o tem, kako lahko posamezne padce dejansko razložimo z modeliranjem teh dejavnikov tveganja v takšni populaciji.
Za zdaj ni znano, kako preprečiti padce pri ljudeh z demenco, saj so redke študije razlikovale dejavnike tveganja pri ljudeh z demenco in ljudeh brez nje. Možno je tudi, da so se intervencije delno osredotočale na napačne vzroke, zato je nujno potrebno globlje razumevanje dejavnikov tveganja za padce pri ljudeh z demenco. Apatija in izguba sposobnosti hoje se pokažeta v kasnejših stopnjah demence, ko se možnosti za padec še povečajo.

Dejavniki tveganja pri padcih

Vsako leto pade tretjina ljudi starejših od 65 let, približno polovica starejših od 80 let in več kot polovica starejših od 90 let (Albert, 2009, str. 593). Zaradi padcev je daljša tudi bolnišnična oskrba, kar pomeni, da so padci tudi dragi.
Ni presenetljivo, da je padec znak zmanjšane funkcionalnosti osebe. Padec pogosto predstavlja pomemben mejnik v življenju starejše osebe, saj vodi do večjega tveganja, da postanejo depresivni, izolirani in se bojijo opravljati dnevne aktivnosti.
Narava padcev geriatričnih pacientov je kompleksna. Razlikujemo med intrinzičnimi (izvirajočimi iz osebe) in ekstrinzičnimi (izvirajočimi iz okolice) dejavniki tveganja (Albert, 2009, str. 593).
Med intrinzične okoliščine z visoko stopnjo tveganja prištevamo:

- ravnotežje,
- kognitivne omejitve (opravilne nesposobnosti),
- sarkopenija,
- možnost tavanja pacienta,
- uživanje psihotropnih in drugih zdravil,
- pomanjkanje komunikacije,
- disfunkcija črevesja/mehurja,
- deficit na področju vida/sluha.

Med ekstrinzične okoliščine z visoko stopnjo tveganja prištevamo:

- temačnost,
- spolzka tla,
- neprimerna obutev oziroma odsotnost obuvala,
- težave pri uporabi ortopedskih pripomočkov,
- pozabljen ortopedski pripomoček,
- potisk s strani druge osebe.

Raziskava

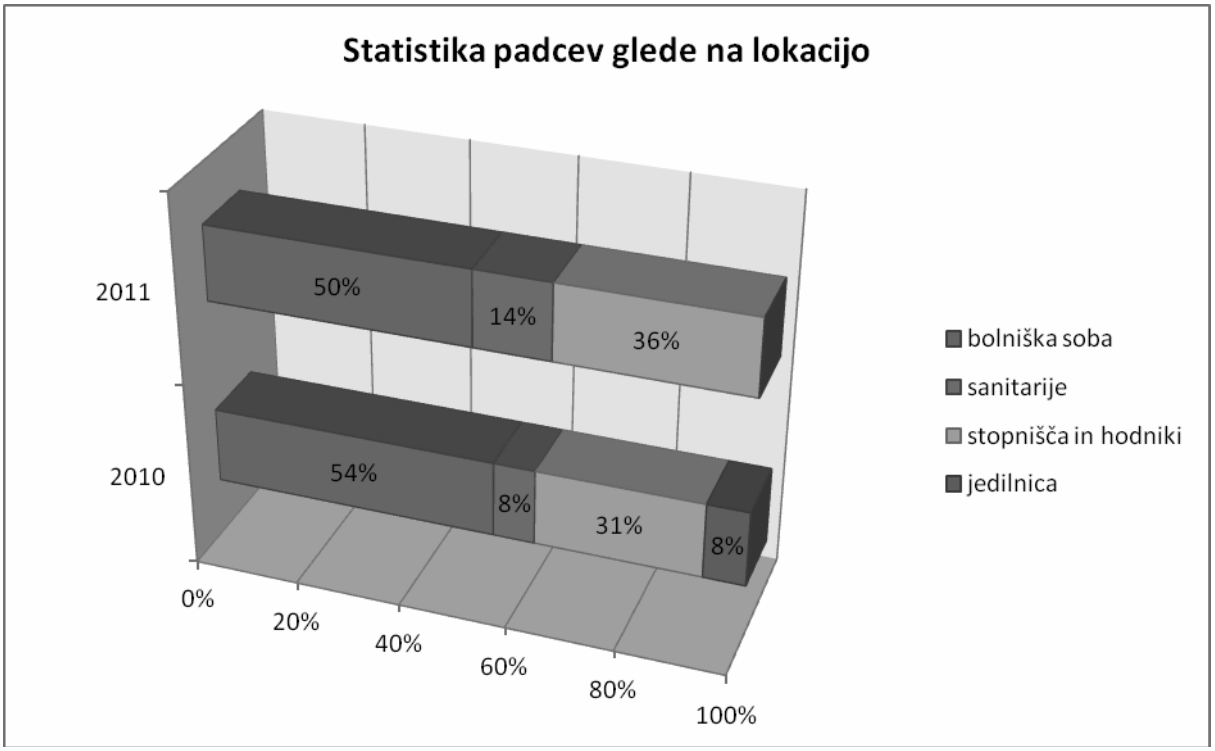
Namen raziskave
Namen raziskave v okviru pričujočega članka je osvetliti ozadje padcev pri geriatričnih pacientih (večinoma tudi z demenco) na Oddelku za psihiatrijo UKC Maribor. Primerjava med podatki iz obdobja dveh let omogoča tudi osnovno primerjavo in iskanje vzorcev.

Cilj raziskave je določiti dobre temelje za nadaljnje in uspešnejše preprečevanje padcev pri pacientih z demenco.

Metodologija in metode dela
Raziskava je temeljila na kvantitativni metodologiji. Podatki so bili zbrani z oddelčnih obrazcev Zapisi o neželenem dogodku oz. varnostnem zapletu. Analiza podatkov je bila izdelana v programu Microsoft Excell.
V raziskavo so bili vključeni pacienti moškega in ženskega spola, ki so se zdravili na oddelku za psihiatrijo (geriatrični oddelek) v obdobjih 1. 1. 2010 - 30. 6. 2010 in 1. 1. 2011 - 30. 6. 2011 in so doživeli enega ali več padcev. Skupno je bilo v teh obdobjih evidentiranih 27 padcev.

Rezultati

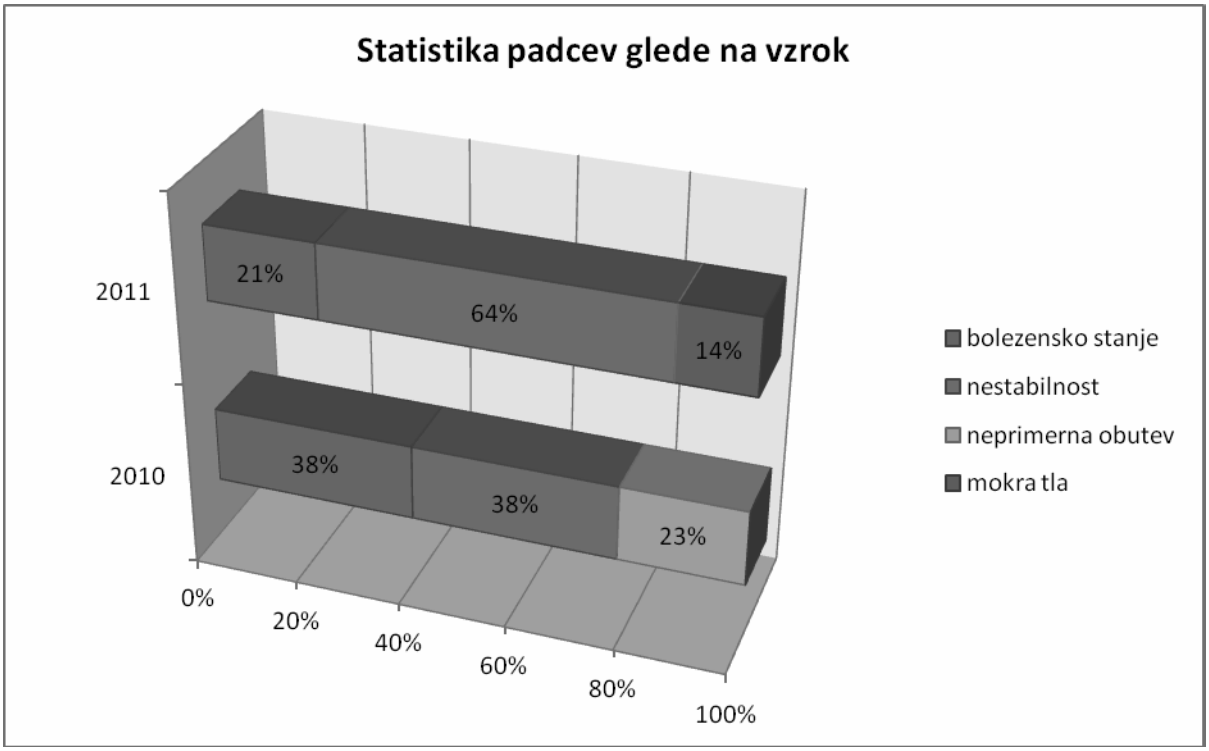
Padci glede na mesto dogodka



Slika 1: Statistika padcev glede na lokacijo

Do padcev je prišlo na štirih tipičnih mestih oddelka: bolniška soba, sanitarije, stopnišča in hodniki ter jedilnica.
Deleži padcev so bili v letu 2010 razporejeni takole: bolniška soba 54 %, sanitarije 8 %, stopnišča in hodniki 31 % ter jedilnica 8 %, v letu 2011 pa: bolniška soba 50 %, sanitarije 14 %, stopnišča in hodniki 36 % ter jedilnica 0 %.
Opazen je upad padcev v jedilnici (z 8 % na 0 %) in v bolniški sobi (s 54 % na 50 %), vendar na račun porasta padcev v sanitarijah (z 8 % na 14 %) ter stopnišču in hodnikih (z 31 % na 36 %).

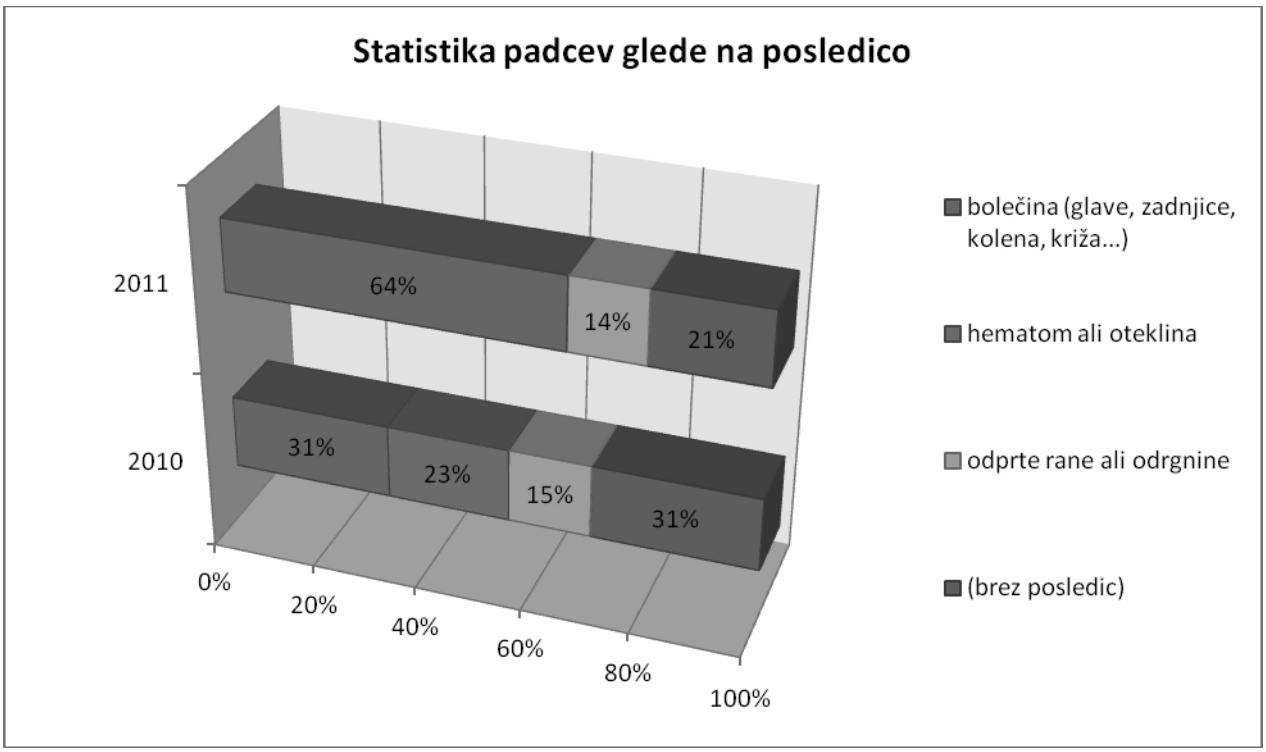
Padci glede na vzrok



Slika 2: Statistika padcev glede na vzrok

Evidentirani vzroki za nastanek incidentov, padcev in zdrsov so naslednji: bolezensko stanje, nestabilnost, neprimerna obutev in mokra tla. V letu 2010 so bili deleži: bolezensko stanje 38 %, nestabilnost 38 %, neprimerna obutev 23 % in mokra tla 0 %, v letu 2011 pa: bolezensko stanje 21 %, nestabilnost 64 %, neprimerna obutev 0 % in mokra tla 14 %.
Skoraj podvojil se je delež padcev iz nestabilnosti (z 38 % na 64 %), narasel je tudi delež padcev zaradi mokrih tal (z 0 % na 14 %), medtem ko so preostali deleži upadli: bolezensko stanje (z 38 % na 21 %) ter neprimerna obutev (s 23 % na 0 %).

Padci glede na posledico



Slika 3: Statistika padcev glede na posledico

Posledice pri padcih starostnikov so zelo raznovrstne. Razdelili smo jih v tri skupine: bolečina (glave, zadnjice, kolena, križa, vrata, roke), hematom ali oteklina ter odprte rane ali odrgnine. V nekaterih primerih posledic ni bilo.
V letu 2010 so nastopale posledice v naslednjih deležih: bolečina 31 %, hematom 23 %, odprte rane 15 %, brez posledic 31 %, v letu 2011 pa: bolečina 64 %, hematom 0 %, odprte rane 14 %, brez posledic 21 %.
Posledice z bolečinami so se praktično podvojile (z 31 % na 64 %), hematomi so upadli (s 23 % na 0 %), odprte rane pa so ostale praktično na isti ravni (15 % in 14 %). Delež incidentov brez posledic pa je upadel z 31 % na 21 %.

Diskusija in zaključki

Čeprav je število padcev v istem obdobju naraslo (13 v letu 2010, 14 v letu 2011), takšna količina podatkov ne zadostuje za globljo statistično analizo njihovih vzrokov in posledic. Vzpodbudno je, da upada delež padcev zaradi bolezenskih vzrokov. Na drugi strani pa zelo skrbi naraščajoči delež padcev zaradi nestabilnosti. Pri pacientih z demenco predstavlja to še poseben izziv.
Na Oddelku za psihiatrijo UKC Maribor je od začetka leta 2011 vpeljan tudi program za preprečevanje padcev, ki ob sprejemu pacienta (po potrebi tudi kasneje) predvideva obrazec za oceno tveganja za padec. Obrazec omogoča zbiranje točk, iz katerih izhaja tristopenjska ocena tveganja: manjša možnost za padec, srednja možnost za padec in velika možnost za padec. Za vsako od teh stopenj je predviden poseben protokol aktivnosti zdravstvene nege za pacienta. Pri najvišji možnosti za padec je, na primer, predvidena popolna pomoč pacientu pri vseh dnevnih aktivnostih.

Iz tega sledi, da je ključni dejavnik za preprečevanje padcev podnevi in ponoči predvsem zadostno število osebja na oddelku, ki bi lahko bilo neprenehoma pri pacientih in bi omogočalo:

- obvezno spremstvo do toaletnih prostorov,
- pomoč pri oblačenju in obuvanju,
- redne nočne obhode,
- uporaba fizičnega oziroma kemičnega omejevanja v primeru neobvladovanja pacienta.

Zaključek

Obvladovanje padcev v geriatričnih psihiatričnih ustanovah je, sodeč po raziskavah, poznan problem sodobnega zdravstva, s katerim se zdravstveni delavci bolj ali manj uspešno soočamo na dnevni ravni. Dejstvo je, da pacienti z demenco zahtevajo še dodatno skrb s strani zdravstvenega osebja, ki pa je pogosto enostavno ne moremo zagotoviti v zadostnem številu.
V Oddelku za psihiatrijo smo vpeljali program za preprečevanje padcev, ki je v osnovi pozitivno naravnan. Potrebna bosta le čas in zadostna kadrovska podpora za zagotavljanje kontinuirane zdravstvene nege, da se pokažejo pozitivni učinki v polni meri. Tako bo manj padcev, manj stroškov zdravljenja in več zadovoljstva.

Literatura

1. Albert SM. Behavioral Interventions to Reduce Risk of Falls in Nuring Home Residents. J Am Med Dir Assoc. 10(9):593-4.
2. De Lepeleire J, Bouwen A, De Coninck L, Buntinx F. Insufficient Lighting in Nursing Homes. J Am Med Dir Assoc. 2007;8(5):314-7.
3. Eriksson S, Strandberg S, Gustafson Y, Lundin-Olsson L. Circumstances Surrounding Falls in Patients with Dementia in a Psychogeriatric Ward. Arch Gerontol Geriatr. 2009;49(1):80-7.
4. Eriksson S, Gustafson Y, Lundin-Olsson L. Risk Factors for Falls in People with and without a Diagnose of Dementia Living in Residential Care Facilities: A Prospective Study. Arch Gerontol Geriatr. 2008;46(3):293-306.
5. Garfinkel D, Radomislsky Z, Jamal S, Ben-Israel J. High Efficacy for Hip Protectors in the Prevention of Hip Fractures Among Elderly People With Dementia. J Am Med Dir Assoc. 2008;9(5):313-8.
6. Miceli GD. Falls Associated With Dementia: How Can You Tell? Geriatr Nurs. 2005;26(2):106-10.
7. Phillips VL, Yarmo Roberts D, Hunsaker AE. Certified Nursing Aides' and Care Assistants' Views on Falls: Insight for Creation and Implementation of Fall Prevention Programs. J Am Med Dir Assoc. 2008;9(3):168-72.
8. Taylor JA. The Vanderbilt Fall Prevention Program for Long-Term Care: Eight Years of Field Experience with Nursing Home Staff. J Am Med Dir Assoc. 200;3(3):180-5.
9. Wagner LM, Scott V, Silver M. Current Approaches to Fall Risk Assessment in Nursing Homes. Geriatr Nurs. 2011;32(4):238-44.

Sponzorji in donatorji, ki so omogočili izvedbo srečanja:

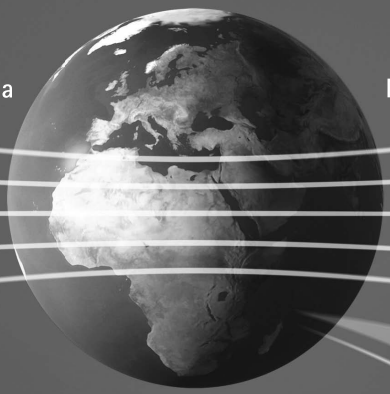
- **Janssen-Cilag, Division of Johnson & Johnson d. o. o.**
- **Krka d. d.**
- **Eli Lilly Farmacevtska Druzba, d.o.o**

Iz Creda Johnson & Johnson, 1943:

"Menimo, da smo najprej odgovorni zdravnikom, sestram in bolnikom, materam in očetom ter vsem drugim, ki uporabljajo naše izdelke in storitve.
Ko poskušamo zadostiti njihovim potrebam, mora biti zelo kakovostno vse, kar naredimo ..."

Sledimo poslanstvu Creda
in z inovativnimi zdravili
ustvarjamo boljšo prihodnost.

Psihiatrija
Nevrologija
Onkologija
Bolečina
Dermatologija
Ginekologija
Virologija
Nefrologija



janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF Johnson & Johnson

JAC-SLO-A-02-P-151010

Janssen, farmacevtski del Johnson & Johnson d.o.o., Šmartinska 53, 1000 Ljubljana, tel: 01 401 18 00