

društvo



medicinskih
sester,babic in
zdravstvenih
tehnikov
ljubljana

PRENOS INFORMACIJ V ZDRAVSTVENI IN BABIŠKI NEGI



zbornik prispevkov

PRENOS INFORMACIJ V ZDRAVSTEVNI IN BABIŠKI NEGI

ZBORNIK PRISPEVKOV

Naslov:

PRENOS INFORMACIJ V ZDRAVSTEVNI IN BABIŠKI NEGI

Zbornik prispevkov 15. simpozija z mednarodno udeležbo

Uredniki:

dr. Andreja Kvas, Đurđa Sima, mag. Peter Požun, Gordana Lokajner, dr. Radojka Kobentar

Recenzenti prispevkov:

dr. Andreja Kvas, dr. Radojka Kobentar, Gordana Lokajner, mag. Peter Požun, Đurđa Sima

Prevod:

Prevajalska agencija Julija

Jezikovni pregled:

Mojca Hudolin

Izdalo in založilo:

Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana

Za založnika:

Đurđa Sima

Oblikovanje naslovnice:

Tomaž Kvas

Grafična priprava in tisk:

Tiskarna Kalipso d.o.o.

Naklada:

400 izvodov

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2014

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

616-083:316.77(082)

PRENOS informacij v zdravstveni in babiški negi : zbornik prispevkov 15. simpozija z mednarodno udeležbo / [uredniki Andreja Kvas ... [et al.] ; prevajanje Prevajalska agencija Julija]. - Ljubljana : Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 2014

ISBN 978-961-93765-0-8

1. Kvas, Andreja

276672768

KAZALO

UVODNIK	IV
1. Komunikacija znotraj tima zdravstvene in babiške nege – predaja službe kot ključni dejavnik varne zdravstvene in babiške nege Gordana Lokajner in Đurđa Sima	1
2. Komuniciranje kot ključna kompetenca vodilnih v zdravstveni negi Andreja Kvas	11
3. Informacijski sistem kot podpora medicinski sestri Vesna Rugelj	23
4. Informacije o ugovoru vesti Peter Požun	33
5. Multikulturalizem v zdravstveni negi Helena Kristina Halbwachs	45
6. Bolnikovo sodelovanje med zdravljenjem Zlatka Rakovec Felser	55
7. Gradimo pogoje za učinkovito komunikacijo v zdravstvenem timu Nataša Vidovič Valentincič	67
8. Prenos informacij med člani tima – pogled medicinske sestre Klavdija Peternelj	73

UVODNIK

Delo z ljudmi zahteva in prinaša obilo informacij, ki skozi svoje nastajanje in kontinuiran potek omogočajo bolje zastavljeno, postavljeno in realizirano delo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov pri nudenju zdravstvene oskrbe. Komunikacijske veščine, ki jih skozi svoje postavljenne vloge izpopolnjujemo, pridobivajo pomen, ko pridobljeno informacijo znamo sprejeti, oblikovati in primerno shraniti ter jo pravočasno in korektno posredovati.

Ekspanzija razvoja informacij v sodobnem svetu skupaj z globalizacijo omogoča hitrejši pretok informacij, to pa posredno posamezni sferi delovanja omogoča novo razsežnost, kar je še pred nekaj leti predstavljalo nepremagljivo oviro. Zato delovanje izvajalcev zdravstvene in babiške nege v slehernem času zahteva celovit pristop, ki ga med drugim v marsičem opredeljuje informacija kot vitalna spremiščevalka naših odločitev, dejanj, reakcij, rezultatov in pričakovanj.

V nekem pogledu se prispevki oz. tema 15. simpozija Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana navezuje na 14. simpozij, kjer smo obravnavali približevanje zdravstvenega okolja pacientu. Osrednja tema 15. simpozija je informacija. Značilnost zdravstvenega sistema je velik nabor podatkov, ki ženejo svoj pretok. V krog informacij vstopa veliko udeležencev z različno izobrazbo in različnim znanjem o podatkih in komunikacijskih veščinah. Tudi posamezno definirana delovna področja zdravstvene in babiške nege ter ostalih področij poleg svojega kompetenčnega okvirja narekujejo skupino informacij, ki jih obvladuje in posreduje določena skupina izvajalcev.

V želji in s pričakovanji, da se informacijski krog sklene v prid ohranjanja zdravja pacienta ali na poti k njegovi ozdravitvi ter lajšanju bolezenskega stanja, smo strokovni dogodek razdelili na posamezne tematske sklope, v katerih želimo prek različnih sfer in aspektov predstaviti pomen informacije, ohraniti nepristranskost, torej objektivnost, ter jo ustrezno poglobiti, definirati in skrbeti za primeren zapis informacije.

Tako smo prvi sklop poimenovali informacije splošnega značaja in procesuiranje podatkov v timu zdravstvene in babiške nege, z zavedanjem, da prenos informacij med predajo službe zahteva pozorno podajanje, spremjanje in sprejemanje informacij. Zato poleg zahtevane strukture podajanja vse bolj uvajamo sistem predaje službe širšega tima, v katerem je obvezna prisotnost vodje tima, vseh izvajalcev, svetovalcev in podpornih članov tima za pedagoško dejavnost v stroki ipd.

Objektivna pričakovanja stroke, da naj bodo finančni in operativni viri name-

njeni optimizaciji informacij v elektronski obliki, kaže na pomemben delež podatkov zdravstvene in babiške nege, ki jih ustvarjamo in z njimi upravljam izvajalci zdravstvene in babiške nege. Operativna praksa ta delež pogosto zanemarja in pri snovanju informacijskih sistemov bolnišnic informacije iz zdravstvene in babiške nege ne najdejo ustreznega sistemskega mesta.

Informacija o ugovoru vesti nam na razumljiv način prikaže možnosti oz. poda informacijo, kakšne so pravice pacientov, pa tudi kje in kdaj ugovor vesti izvajalcev zdravstvene in babiške nege zdrži pri pravni obliki – kako ga torej lahko prevedemo v prakso.

Drugi sklop smo definirali s temami, pri katerih smo vključili neposredno vlogo pacienta v sistemu prenašanja informacij.

Transkulturna zdravstvena in babiška nega na slovenskem področju odpira nove možnosti za razumevanje pojavov, ki v geografsko omejenem prostoru glede na precejšnje število različnih kulturnih in verskih skupin daje možnost večje prisotnosti tovrstnih uporabnikov naših zdravstvenih storitev. Zato želimo, da je predstavljena tema vodilo novih trendov v razumevanju različnosti.

Pacientovo sodelovanje avtorica definira skozi različne vloge in načine, pomembno pri tem pa je, da morebitno nesodelovanje spremenimo v sodelovanje, krepimo aktivno sodelovanje ter se posebej učimo in urimo na področju znanja motivacijskih tehnik za pridobivanje pacientovega sodelovanja.

Našim pogledom na razumevanje in integracijo komunikacijskih veščin, izmenjavo informacij ter graditev kompetenčnih vlog članov zdravstvenega tima, s poudarkom na vlogi pacientov ter vlogi učeče se organizacije in posameznika, pa bralci lahko sledijo v zadnjih dveh prispevkih.

Za zaključek naj nas vodi misel, da z vsakim novim povodom ustvarjamo možnosti za kakovostnejše pristope in izboljšano klinično prakso ter bogatimo znanje udeležencev simpozija. Zato, spoštovani bralci, zbornik predavanj z recenzijo 15. simpozija Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana pošiljamo v strokovni in javni prostor s ciljem plemenitenja informacijske kulture.

Đurđa Sima, predsednica DMSBZT Ljubljana

KOMUNIKACIJA ZNOTRAJ TIMA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE – PREDAJA SLUŽBE KOT KLJUČNI DEJAVNIK VARNE ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE

COMMUNICATION WITHIN NURSING AND MIDWIFERY TEAM – NURSING AND MIDWIFERY HANDOVER AS A KEY FACTOR IN SAFE NURSING AND MIDWIFERY CARE

*Gordana Lokajner, dipl. m. s., univ. dipl. org.
gordana.lokajner@gmail.com*

Durđa Sima, dipl. m. s.

*Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana,
Poljanska cesta 14, 1000 Ljubljana*

IZVLEČEK

Uvod: Predaja službe je temeljni proces zdravstvene in babiške nege, ki s svojo vsebino in strukturo medicinskim sestram in babicam omogoča, da pri svojem delu komunicirajo med seboj o pomembnih vidikih bolnikovega zdravstvenega stanja, načrta zdravljenja in potreb po zdravstveni in babiški negi. Kakovostna in natančna predaja službe omogoča izvajanje varne ter strokovne zdravstvene in babiške nege. Namen članka je ugotoviti elemente in priporočena uporabljena orodja za oblikovanje kakovostne predaje službe.

Metoda: Narejen je bil pregled literature v podatkovnih bazah ScienceDirect in CINAHL. Obdobje zajetja literature je bilo od leta 2001 do 2014. Ključne besede pri iskanju literature so bile: predaja službe, komunikacija, tim ter zdravstvena in babiška nega.

Rezultati: Na podlagi proučenih in analiziranih člankov smo na koncu izbrali 57 relevantnih, ki so se vsi nanašali na vlogo in pomembnost predaje službe kot dejavnika varne in kakovostne zdravstvene in babiške nege na vseh ravneh zdravstvene oskrbe.

Razprava in zaključek: Predaje službe se razlikujejo po strukturi, vsebini in metodi, njihov skupni imenovalec pa je, da si medicinske sestre in babice same oblikujejo in vzpostavijo sistem predaje, ki zagotavlja prenos pomembnih podatkov o bolniku, kar jim omogoča varno in visoko kakovostno zdravstveno in babiško nego.

Ključne besede: orodja predaje službe, kakovost, medicinska sestra, babica

ABSTRACT

Introduction: Handover is a fundamental process of nursing care and midwifery, whose content and structure allows nurses and midwives in their work communicate with each other on important aspects of the patient's medical condition, treatment and care plan and needs for nursing and midwifery care. Quality and precise transfer patient information enables the implementation of a safe and professional nursing and midwifery care.

Method: It was made in the review of literature databases and ScienceDirect CINAHL. The period of coverage was of the literature 2001-2014. Key words for the literature search were:handover se, communication, team, nursing and midwifery care.

Results: Based on the articles studied were selected at the end of the 57 relevant articles that are all related to the role and importance of the transfer of service as a factor of safe and quality nursing and midwifery care at all levels of health care.

Discussion and conclusion: Handovers in different departments vary in structure, content and method, but the common denominator is that nurses and midwives themselves formulate and implement a system of handover, which provides the transfer of important patient data, which enables them to ensure safe, high quality nursing and midwifery care. The purpose of this article is to identify the elements and recommended tools used to create high-quality nursing and midwifery handovers.

Key words: handover tools, quality, nurse, midwife.

Uvod

Predaja službe v zdravstveni in babiški negi je osnova klinične prakse ter jo medicinske sestre in babice izvajajo večkrat dnevno (Sherman, et al., 2013). Je temeljni del komunikacije v timu, ki zagotavlja kakovostno zdravstveno in babiško nego (Kasinathan, et al., 2012; Maxson, et al., 2012). Hkrati kakovostni in natančni podatki o bolniku v klinični praksi omogočajo neprekinjeno in kakovostno ter varno zdravstveno in babiško nego (Johnson, et al., 2013).

Zabeleženi podatki o razvoju predaje zdravstvene in babiške nege segajo še v 80. leta preteklega stoletja, ko naj bi se predaje oblikovalo po medicinskem modelu predaje bolnikov. Nadzorna medicinska sestra je dobila ustno poročilo nočne medicinske sestre in je na osnovi podatkov z jutranje zdravniške vizite oblikovala ustna naročila, navodila ter usmeritve za izvajanje zdravstvene nege medicinskim sestram, ki so prišle v jutranjo izmeno (Kerr, et al., 2011).

Poglobljeno znanstveno raziskovanje in objavljanje strokovnih ter znanstvenih prispevkov s področja predaje službe v zdravstveni in babiški negi pa sega v leto 1969. Večina avtorjev je svoj trud usmerjala v dokazovanje praktičnih koristi predaje službe, opisovanje zaslug številnih metod in orodij predaje, pozitivne percepциje v smislu učinkovitosti in uspešnosti predaje, njihove točnosti, pomembnosti, celovitosti, varnosti in dostopnosti (Kitson, et al., 2013; Staggers & Blaz, 2013). Prav tako različni avtorji poudarjajo pomembnost predaje službe kot dela poklicnega rituala, povezovanja in krepitve pripadnosti v ožjem timu, učenja novozaposlenih medicinskih sester in krepitve sodelovanja med medicinskim sestrami, babicami, bolniki in njihovimi svojci (Evans, et al., 2012).

Namen in cilj

Namen članka je ugotoviti elemente in priporočena uporabljenia orodja za oblikovanje kakovostne in varne predaje službe. Cilj članka je informirati strokovnjake, managerje in zaposlene v zdravstveni in babiški negi o standardizirani obliki, uporabi in validiranju predaje službe ter jih spodbuditi k razvoju in uvedbi standardizirane in poenotene predaje službe v slovenskem okolju.

Metode dela

V prispevku smo uporabili sistematični pregled literature, ki je vključeval iskanje v mednarodnih bazah podatkov in izbor primernih člankov po določenih kriterijih izbora. Obdobje pregleda literature je trajalo od januarja 2014 do septembra 2014. Uporabili smo bazi podatkov v ScienceDirectu in CINAHLU za tujo literaturo. Pri iskanju literature smo se omejili na angleški jezik, zajeto pa je bilo obdobje objav od leta 2001 do leta 2014. Ključne besede, ki smo jih uporabili: predaja službe, komunikacija, tim, zdravstvena in babiška nega. Besede smo prevedli v angleški jezik: handover, communication, team, nursing and midwifery care. Po pregledu in oceni zadetkov smo izbrali 57 relevantnih člankov.

Rezultati

V nadaljevanju so predstavljeni osrednji rezultati pregleda kvantitativnih in kvalitativnih raziskav. Predaja bolnika, predaja službe ali poročilo ob izmenah so sopomenke za zbirko podatkov o bolniku, njegovem preteklem in sedanjem zdravstvenem stanju, načrtu zdravljenja in zdravstvene nege ter načrtu odpusta. Predaja službe mora biti jasna, natančna, verodostojna, pravočasna in hitra. Pri

prenosu se lahko zgodi, da pomembne podatke izpustimo, napačno predamo ali si jih razlagamo, kar lahko povzroči hude strokovne zaplete, napake ali celo smrt bolnika (Dowding, 2001; Hesselink, et al., 2012; Holly & Poletick, 2013; Liu, et al., 2012; Milby, et al., 2014; Nagpal, et al., 2013; Segall, et al., 2012; Staggers & Blaz, 2013). Sistem prenosa podatkov o bolniku je najbolj ranljiv in izpostavljen za napake in tako prispeva k 70 odstotkom varnostnih zapletov v zdravstvu (IJC, 2010).

Z dokazi podprta priporočila za najboljšo prakso predaje službe vključujejo »iz oči v oči« (face to face) ustno predajo ob bolnikovi prisotnosti; obsega načrt zdravljenja in zdravstvene nege ter zdravstveno stanje bolnika, spremi pa jo tudi standardizirana dokumentacija (Boat & Spaeth, 2013; Calleja, et al., 2010; De Marinis, et al., 2010; Friesen, et al., 2013; Halm, 2013; Jensen, et al., 2013; Johnson & Cowin, 2013; Lee, et al., 2014; Poh, et al., 2013; McMurray, et al., 2010; Sexton, et al., 2004; Spooner, et al., 2013).

V literaturi so navedena različna orodja za predajo službe, ki se med seboj razlikujejo predvsem glede na področje, kjer so ga razvili, testirali in preverili avtorji. Kot najbolj pogosto orodje je uporabljeno orodje s kratico »SBAR«, ki obsega naslednje elemente predaje pacienta: S (ang.: Situation) kjer je pomembno prepoznavanje akterjev v predaji službe, medicinska sestra se predstavi bolniku, ga seznaniti s potekom predaje ob postelji; B (ang.: Background) predstavi razlog bolnikovega sprejema ter izpostavi pomembno zdravstveno zgodovino bolnika. V naslednjem koraku A (ang.: Assesment) se predstavijo vrednosti vitalnih funkcij, vzorci, ki kažejo na poslabšanje stanja, klinično stanje bolnika ter zaskrbljajoče znake in simptome. Korak R (ang.: Recommendation) predstavlja priporočila glede na bolnikove potrebe specifične v času, priporočila, predlogi in jasno opredeljena pričakovanja (Chaboyer, et al., 2010; Dean, 2012; Flemming & Hübner, 2013; Mayor, et al., 2011; Millar & Sands, 2013; Staggers & Blaz, 2013; Street, et al., 2011).

V urgentni medicini in zdravstveni negi je najbolj pogosto orodje izpeljano iz orodja »SBAR«, kjer je na potrebe bolnikov, ki se jim stanje hitreje lahko spreminja, so dodani še dodatni koraki (ISBAN-PLAN-CHECK-ACT): I (ang. Identify) predstavitev; S (ang.: Situation); B (ang.: Background); A (ang.: Assesment) ter potrebe po zdravstveni negi N (ang.: Nursing care needs), PLAN (kakšen je načrt, ter izredne situacije), CHECK (ang.) preverjanje terapevtskega lista, vitalnih funkcij, tekočinske bilance, ter zadnji korak ACT (ang.), ki vključuje klic na pomoč nadzorne medicinske sestre in zdravnika ob poslabšanju stanja bolnika (Dawson, et al., 2013; Klim, et al., 2013).

Orodje »ICCCO« (ang. Identification (I) of the patient and clinical risks ,Clinical history/presentation (C), Clinical status(C), Care Plan(C), and Outcomes/goals of care(O)), zajema osnovne informacije in omogoča izbiranje prednostnih podat-

kov, če je seveda to potrebno. Kratica »ICCCO« opisuje naslednje korake predaje službe: identifikacija bolnika in kliničnih tveganj, klinična zgodovina bolnikovega stanja, trenutno klinično stanje bolnika, načrt zdravstvene nege z želenimi izidi ter cilji zdravljenja in predvsem zdravstvene nege (Johnson, et al., 2012; Johnson, et al., 2013; Licata, et al., 2013).

Razprava

Uvajanje standardiziranega pristopa komunikacije pri predaji službe je ključni del vseh priporočil mednarodne komisije za varnost ter mednarodnih akreditacijskih komisij. Tradicionalne predaje služb so bile nestrukturirane, nedosledne s ponavljajočimi podatki, pomanjkljive v smislu pomembnih informacij, ki so bile predane med medicinskimi sestrami, navajane so bile subjektivne ocene, ki so jih spremljale sodbe in etiketiranje pacientov (Laws & Amato, 2010). Zaradi nepriemerne ali pomanjkljive predaje službe so bili opuščeni posamezni ukrepi ali postopki v zdravstveni in babiški negi, posledično pa tudi informacije pri navajanju ob naslednji izmeni, ki so se lahko izgubile. Zato je bila priprava bolnika na odpust pogosto neustrezna, pacienti pa ponovno sprejeti z nerešenimi težavami, ki bi se jim z ustreznou predajo službe lahko izognili ali jih preprečili (Thomas, et al., 2013).

Da bi se izognili nevarnostim, povezanim z neustrezno predajo službe, je nujno izpostaviti negativne dejavnike, ki vplivajo na kakovost predaje. To so: pomanjkljivo znanje o dvosmerni komunikaciji (s strani dajalca in prejemnika informacij), o kulturni, v kateri nastaja predaja službe, premalo časa, namenjenega predaji službe, število medicinskih sester ali babic v eni izmeni, pa tudi dejavniki, povezani s stanjem in samim bolnikom, standardiziranost predaje službe, oprema, človeški in okoljski dejavniki ter izobraževanje (Bost, 2010; Halm, 2013; Hill & Nyce, 2010; Johnson & Cowin, 2013; Welsh, et al., 2010). Za stalno ocenjevanje, validiranje ter preverjanje zanesljivosti standardiziranih predaj službe sta nujna stalno preverjanje in evalvacija z izdelanimi orodji (Horowitz, et al., 2012; O'Connell, et al., 2013; Tucker & Fox, 2014).

Razvoj tehnologije omogoča shranjevanje velike količine podatkov v kratkem času, zato je elektronska negovalna in babiška dokumentacija nov korak, ki so ga v večini razvitega sveta že naredili. Elektronsko vodene negovalne dokumentacije predaje službe so standardizirano orodje, ki ga medicinske sestre in babice še naprej razvijajo in nadgrajujejo pri svojem delu. Podatki, shranjeni v elektronski obliki, pa niso v pomoč samo medicinskim sestram in babicam pri vsakodnevnom delu, temveč so tudi zelo dober pripomoček pri raziskavah in izobraževanju v zdravstveni in babiški negi (Johnson, et al., 2011; Klee, et al., 2012; Matic, et al., 2010; von Krogh, et al., 2012).

Zadovoljstvo medicinskih sester in babic pri vsakdanjem delu, visoka stopnja zadovoljstva bolnikov in njihovih svojcev, varna in profesionalna zdravstvena in babiška nega so posledica ustreznega oblikovanje, vodene in redno evalvirane negovalne dokumentacije ter standardizirane predaje službe ob postelji bolnika. Bolniki in njihovi svojci dajejo taki predaji službe medicinskih sester in babic visoko prednost, saj imajo občutek, da lahko sodelujejo pri zdravstveni oskrbi in tako aktivno prispevajo k izidom zdravljenja ter zdravstvene in babiške nege (Bradley & Mott, 2013; Ford, et al., 2014; Kerr, et al., 2013a; Kerr, et al., 2013b; Lu, et al., 2013; McMurray, et al., 2010; Sand-Jecklin & Sherman, 2014; Tobiano, et al., 2012).

Za preprečitev pomanjkljivega in nedoslednega poročila izmene tima zdravstvene in babiške nege smo predajo službe izpostavili kot predmet preučevanja v mnogih zdravstvenih in socialnih zavodih po Sloveniji. Ugotovitve v klinični praksi so pokazale, da potrebujemo strukturo predaje, kar navsezadnje izčrpno potrjujejo pregledana literatura in ugotovitve v pričujočem prispevku. Za doseganje uspešne predaje podatkov o pacientu z namenom ohranjanja dosežene uspešne obravnave in doseganja izboljšanja zdravstvenega stanja smo v prizadevanju za vpeljavo strukturiranega načina predaje službe s primerno pisno in informacijsko podporo v osrednjem zdravstvenem zavodu v Sloveniji postavili protokol predaje službe zdravstvene in babiške nege. Protokol poleg postavljenih struktur zavezuje k ozaveščanju in dosledni uporabi dokumentov ter beleženju podatkov.

Sklep

Predaja službe je trenutek in dogodek, ko se srečajo člani tima zdravstvene in babiške nege; je kritični čas, ko »stara ekipa« odhaja in nastopa »nova ekipa«, kar lahko za »nove« predstavlja množico podatkov, za »stare« pa nevarnost, da kaj pozabijo ali morda spregledajo. Zato lahko s toliko več odgovornosti, znanja in ozaveščanja, da predaja službe predstavlja resno delovno nalogu, premagamo ovire pri predaji, izpopolnimo naša strokovna pričakovanja in dosežemo načrtovane rezultate.

V različnih kliničnih okoljih različno izpostavljamo posamezne podatke, saj predaja službe zdravstvene in babiške nege nedvomno odseva stanje pacienta in s tem v zvezi neizogibno tudi zdravstveno-negovalne postopke. Ker je vezana na relativno kratke časovne intervale, je v prvi vrsti povezana z dogodki, ki se zgodijo od pričetka do konca izmene. Kontinuiteto zdravstvene in babiške nege omogoča le strukturirana in celovita predaja po predpisanih segmentih. Časovna omejitev predaje, vstop v krog informacij nove delovne izmene in zaključek stare izmene dajejo podanim informacijam verodostojnost in uporabnost le skozi ponujene pisne oblike predaje službe.

Literatura

- Boat, A.C. & Spaeth, J.P., 2013. Handoff checklists improve the reliability of patient handoffs in the operating room and postanesthesia care unit. *Paediatric Anaesthesia*, 23(7), pp. 647-654.
- Bost, N., Crilly J., Wallis, M., Patterson, E., Chaboyer, W., 2010. Clinical handover of patients arriving by ambulance to the emergency department - a literature review. *International Emergency Nursing*, 18(4), pp. 210-220.
- Bradley, S. & Mott, S., 2014. Adopting a patient-centred approach: an investigation into the introduction of bedside handover to three rural hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 23(13-14), pp. 927-936.
- Calleja, P., Aitken, L.M., Cooke, M.L., 2011. Information transfer for multi-trauma patients on discharge from the emergency department: mixed-method narrative review. *Journal Advanced Nursing*, 67(1), pp. 4-18.
- Chaboyer, W., McMurray, A., Wallis, M., 2010. Bedside nursing handover: a case study. *International Journal of Nursing Practice*, 16(1), pp. 27-34.
- Dawson, S., King, L., Grantham, H., 2013. Review article: Improving the hospital clinical handover between paramedics and emergency department staff in the deteriorating patient. *Emergency Medicine Australasia*, 25(5), pp. 393-405.
- Dean, E., 2012. Smoother, faster. *Nursing Standard*, 26(52), pp. 16-19.
- De Marinis, M.G., Piredda, M., Pasarella, MC., Vincenzi, B., Spiga, F., Tartaglini, et., al, 2010. 'If it is not recorded, it has not been done!?' consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 19(11-12), pp. 1544-1552.
- Dowding, D., 2001. Examining the effects that manipulating information given in the change of shift report has on nurses' care planning ability. *Journal Advanced Nursing*, 33(6), pp. 836-846.
- Evans, D., Grunawalt, J., McClish, D., Wood, W., Friese, C.R., 2012. Bedside shift-to-shift nursing report: implementation and outcomes. *Medsurg Nursing*, 21(5), pp. 281-284, 292.
- Flemming, D., Hübner, U., 2013. How to improve change of shift handovers and collaborative grounding and what role does the electronic patient record system play? Results of a systematic literature review. *International Journal of Medical Informatics*, 82(7), pp. 580-592.
- Ford, Y., Heyman, A., Chapman, YL., 2014. Patients' perceptions of bedside handoff: the need for a culture of always. *Journal of Nursing Care Quality*, 29(4), pp. 371-378.
- Friesen, M.A., Herbst, A., Turner, J.W., Speroni, K.G., Robinson, J., 2013. Developing a patient-centered ISHAPED handoff with patient/family and parent advisory councils. *Journal of Nursing Care Quality*, 28(3), pp. 208-216.
- Halm, M.A., 2013. Nursing handoffs: ensuring safe passage for patients. *American Journal of Critical Care*, 22(2), pp. 158-162.
- Hesselink, G., Schoonhoven, L., Barach, P., Spijker, A., Gademan, P., Kalkman, C., et al., 2012. Improving patient handovers from hospital to primary care: a systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 18(6), pp. 417-428.
- Hill, W., & Nyce, J., 2010. Human factors in clinical shift handover communication. *Canadian Journal of Respiratory Therapy*, 46(1), pp. 44-51.

- Holly, C., & Poletick, E.B., 2014. A systematic review on the transfer of information during nurse transitions in care. *Journal of Clinical Nursing*, 23(17-18), pp. 2387-2395.
- Horwitz, L.I., Dombroski, J., Murphy, T.E., Farnan, J.M., Johnson, J.K., Arora, V.M., 2013. Validation of a handoff assessment tool: the Handoff CEX. *Journal of Clinical Nursing*, 22(9-10), pp. 1477-1486.
- Jensen, S.M., Lippert, A., Østergaard, D., 2013. Handover of patients: a topical review of ambulance crew to emergency department handover. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 57(8), pp. 964-970.
- Johnson, M., & Cowin, L.S., 2013. Nurses discuss bedside handover and using written handover sheets. *Journal of Nursing Management*, 21(1), pp. 121-129.
- Johnson, M., Jefferies, D., Nicholls, D., 2012. Developing a minimum data set for electronic nursing handover. *Journal of Clinical Nursing*, 21(3-4), pp. 331-343.
- Johnson, M., Jefferies, D., Nicholls, D., 2011. Exploring the structure and organization of information within nursing clinical handovers. *International Journal of Nursing Practice*, 18(5), pp. 462-470.
- Johnson, M., Sanchez, P., Suominen, H., Basilakis, J., Dawson, L., Kelly, B., et al., 2014. Comparing nursing handover and documentation: forming one set of patient information. *International Nursing Review*, 61(1), pp. 73-81.
- Kasinathan, S., Ang, E., Lee, J., 2012. Patient handover in the oncology setting: an evidence utilisation project. *International Journal of Evidence Based Healthcare*, 10(4), pp. 369-376.
- Kerr, D., Lu, S., McKinlay, L., Fuller, C., 2011. Examination of current handover practice: evidence to support changing the ritual. *International Journal of Nursing Practice*, 17(4), pp. 342-350.
- Kerr, D., McKay, K., Klim, S., Kelly, A.M., McCann, T., 2013a. Attitudes of emergency department patients about handover at the bedside. *Journal of Clinical Nursing*, 23(11-12), pp. 1685-1693.
- Kerr, D., Lu, S., McKinlay, L., 2013b. Towards patient-centred care: perspectives of nurses and midwives regarding shift-to-shift bedside handover. *International Journal of Nursing Practice*, 20(3), pp. 250-257.
- Kitson, A.L., Muntlin Athlin, Å., Elliott, J., Cant, M.L., 2014. What's my line? A narrative review and synthesis of the literature on Registered Nurses' communication behaviours between shifts. *Journal Advanced Nursing*, 70(6), pp. 1228-1242.
- Klee, K., Latta, L., Davis-Kirsch, S., Peccia, M., 2012. Using continuous process improvement methodology to standardize nursing handoff communication. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(2), pp. 168-173.
- Klim, S., Kelly, A.M., Kerr, D., Wood, S., McCann, T., 2013. Developing a framework for nursing handover in the emergency department: an individualised and systematic approach. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15-16), pp. 2233-2243.
- Laws, D. & Amato, S., 2010. Incorporating bedside reporting into change-of-shift report. *Rehabilitation Nursing*, 35(2), pp. 70-74.
- Lee, H., Cumin, D., Devcich, D.A., Boyd, M., Expressing concern and writing it down: an experimental study investigating transfer of information at nursing handover. *Journal Advanced Nursing*, julij 14. Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12484/full>. (15.11.2014).

- Licata, J., Aneja, R.K., Kyper, C., Spencer, T., Tharp, M., Scott, M., et al., 2013. A foundation for patient safety: phase I implementation of interdisciplinary bedside rounds in the pediatric intensive care unit. *Critical Care Nurse*, 33(3), pp. 89-91.
- Liu, W., Manias, E., Gerdzt, M., 2012. Medication communication between nurses and patients during nursing handovers on medical wards: a critical ethnographic study. *International Journal of Nursing Standard*, 49(8), pp. 941-952.
- Lu, S., Kerr, D., McKinlay, L., 2014 . Bedside nursing handover: Patient's opinions. *International Journal of Nursing Practice*, 20(4), pp. 233-242.
- Matic, J., Davidson, P.M., Salamonson, Y., 2011. Review: bringing patient safety to the forefront through structured computerisation during clinical handover. *Journal of Clinical Nursing*, 20(1-2), pp. 184-189.
- Maxson, P.M., Derby, K.M., Wroblewski, D.M., Foss, D.M., 2012. Bedside nurse-to-nurse handoff promotes patient safety. *Medsurg Nursing*, 21(3), pp. 140-144.
- Mayor, E., Bangerter, A., Aribot, M., 2012. Task uncertainty and communication during nursing shift handovers. *Journal Advanced Nursing*, 68(9), pp. 1956-1966.
- McMurray, A., Chaboyer, W., Wallis, M., Fetherston, C., 2010. Implementing bedside handover: strategies for change management. *Journal of Clinical Nursing*, 19(17-18), pp. 2580-2589.
- McMurray, A., Chaboyer, W., Wallis, M., Johnson, J., Gehrke, T., 2011. Patients' perspectives of bedside nursing handover. *Collegian*, 18(1), pp. 19-26.
- Milby, A., Böhmer, A., Gerbershagen, M.U., Joppich, R., Wappler, F., 2014. Quality of post-operative patient handover in the post-anaesthesia care unit: a prospective analysis. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 58(2), pp. 192-197.
- Millar, R. & Sands, N., 2013. 'He did what? Well, that wasn't handed over!' Communicating risk in mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(4), pp. 345-354.
- Nagpal, K., Abboudi, M., Manchanda, C., Vats, A., Sevdalis, N., Bicknell, C., et al., 2013. Improving postoperative handover: a prospective observational study. *The American Journal of Surgery*, 206(4), pp. 494-501.
- O'Connell, B., Ockerby, C., Hawkins, M., 2014. Construct validity and reliability of the Handover Evaluation Scale. *Journal of Clinical Nursing*, 23(3-4), pp. 560-570.
- Poh, C.L., Parasuram, R., Kannusamy, P., 2013. Nursing inter-shift handover process in mental health settings: a best practice implementation project. *International Journal of Evidence Based Healthcare*, 11(1), pp. 26-32.
- Sand-Jecklin, K. & Sherman, J., 2014. A quantitative assessment of patient and nurse outcomes of bedside nursing report implementation. *Journal of Clinical Nursing*, 1(1), pp. 1-10.
- Segall, N., Bonifacio, A.S., Schroeder, R.A., Barbeito, A., Rogers, D., Thornlow, D.K., et.al., 2012. Can we make postoperative patient handovers safer? A systematic review of the literature. *Anesthesia & Analgesia*, 115(1), pp. 102-115.
- Sexton, A., Chan, C., Elliott, M., Stuart, J., Jayasuriya, R., Crookes, P., 2004. Nursing handovers: do we really need them? *Journal of Nursing Management*, 12(1), pp. 37-42.

- Sherman, J., Sand-Jecklin, K., Johnson, J., 2013. Investigating bedside nursing report: a synthesis of the literature. *Medsurg Nursing*, 22(5), pp. 308-312.
- Spooner, A.J., Chaboyer, W., Corley, A., Hammond, N., Fraser, J.F., 2013. Understanding current intensive care unit nursing handover practices. *International Journal of Nursing Practice*, 19(2), pp. 214-220.
- Staggers, N. & Blaz, J.W., 2013. Research on nursing handoffs for medical and surgical settings: an integrative review. *Journal Advanced Nursing*, 69(2), pp. 247-262.
- Street, M., Eustace, P., Livingston, P.M., Craike, M.J., Kent, B., Patterson, D., 2011. Communication at the bedside to enhance patient care: A survey of nurses' experience and perspective of handover. *International Journal of Nursing Practice*, 17(2), pp. 133-140.
- Thomas, M.J., Schultz, T.J., Hannaford, N., Runciman, W.B., 2013. Failures in transition: learning from incidents relating to clinical handover in acute care. *Journal of Nursing Care Quality*, 35(3), pp. 49-56.
- Tobiano, G., Chaboyer, W., McMurray, A., 2013. Family members' perceptions of the nursing bedside handover. *Journal of Clinical Nursing*, 22(1-2), pp. 192-200.
- Tucker A. & Fox, P., 2014. Evaluating nursing handover: the REED model. *Nursing Standard*, 28(20), pp. 44-48.
- von Krogh, G., Nåden, D., Aasland, O.G., 2012. Testing a Nursing-Specific Model of Electronic Patient Record documentation with regard to information completeness, comprehensiveness and consistency. *Journal of Clinical Nursing*, 21(19-20), pp. 2930-2939.
- Welsh, C.A., Flanagan, M.E., Ebright P., 2010. Barriers and facilitators to nursing handoffs: Recommendations for redesign. *Nursing Outlook*, 58(3), pp. 148-154.
- International Joint Commission. Center for Transforming, 2014. Available at: http://www.centerfortransforminghealthcare.org/assets/4/6/CTH_Hand-off_commun_set_final_2010.pdf (15.11.2014).

KOMUNICIRANJE KOT KLJUČNA KOMPETENCA VODILNIH V ZDRAVSTVENI NEGI

COMMUNICATION AS THE KEY COMPETENCE OF LEADERS IN NURSING

dr. Andreja Kvas, prof. zdr. vzg., viš. pred.

Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana,

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta

andreja.kvas@zf.uni-lj.si

IZVLEČEK

Za uspešno opravljeno delo mora imeti vodja poleg organizacijskih tudi komunikacijske sposobnosti, ki so zelo pomembne za doseganje rezultatov in izboljšanje kakovosti. Za medicinske sestre, ki želijo biti uspešne vodje, je nujno nenehno izobraževanje, izpopolnjevanje in usposabljanje. Nujni sta tudi kreativnost in inovativnost pri uporabi na novo pridobljenega znanja in veščin. Namen prispevka je predstaviti ključno kompetenco – komuniciranje vodilnih v zdravstveni negi. Pojem kompetenca se nanaša na kombinacijo veščin, obnašanj in stališč, neposredno povezanih z uspešnim izvajanjem določenega dela. Vodenje s kompetencami je način vodenja, ki omogoča, da vodje pri svojem delu aktivirajo svoje zmožnosti ter povezujejo in uporabijo znanje v kompleksnih in nepredvidljivih situacijah. Prenos informacij v organizaciji poteka med ravnimi vodenja in v okviru posamezne organizacijske ravni. Vodja, ki ima dobro razvite komunikacijske veščine, bo s svojimi sodelavci komuniciral spoštljivo, spodbujal bo njihovo uspešnost, znal jim bo prisluhniti, konstruktivno bo reševal konflikte, iskreno bo govoril o svojih občutkih in stališčih v odnosih, za dobro opravljeno delo bo sodelavce pohvalil. Vodja je brez dvoma tisti dejavnik, ki s svojim delovanjem najpomembnejše vpliva na ljudi in posredno prek njih na delovanje organizacije.

Ključne besede: vodenje, medosebna komunikacija, vodstvene kompetence, medicinska sestra

ABSTRACT

In order to perform their work successfully, leaders must possess organisational and communication skills, which are vital for achieving results and improving quality. It is essential that nurses who wish to be successful leaders attend educa-

tion and training on an ongoing basis. They also need to be creative and innovative in the application of newly acquired knowledge and skills. The purpose of this paper is to present the key competence of communication as used by leaders working in nursing care. The notion of competence refers to a combination of skills, behaviours and positions that are directly related to the performance of a certain job. Competency-based leadership is a leadership method allowing those managed to activate their abilities as well as integrate and use their knowledge in complex and unpredictable situations. The transfer of information within an organisation takes place between leadership levels and within the scope of a particular organisational level. For managers working in nursing care, one of the key competences is communication with colleagues and patients. A leaders with well-developed communication skills will communicate respectfully, encourage their performance, know how to listen to them, solve conflicts in a constructive way, talk sincerely about his/her feelings and positions in relationships and compliment colleagues for work performed well. A leaders is without doubt the one whose actions have the most important influence on people and, indirectly, on the operations of an organisation.

Key words: leadership, interpersonal communication, leadership competencies, nurse

Uvod

Komunikacija je osnova za nudjenje zdravstvene oskrbe, ne glede na položaj posameznika v zdravstveni ureditvi in ne glede na zdravstveno disciplino. Uspešna komunikacija tako vodi do boljših in višje postavljenih standardov zdravstvene oskrbe (Rungapadiacy, 2003). Komuniciranje pomeni izmenjavo, posredovanje misli, podatkov in informacij med udeleženci v procesu komuniciranja (Možina, et al., 2004). Pomemben dejavnik je, da prejemnik sporočila pošiljatelja razume tako, kot je bilo to mišljeno s strani pošiljatelja (Zidar Gale, 2004). V procesu komuniciranja je zelo pomembno poslušanje, razumevanje čustev in govorica telesa sogovornika. V procesu komuniciranja se namreč pogosto dogaja, da različni ljudje isto sporočilo različno interpretirajo. Možina, et al. (2004) navajajo, da dobro poslušanje pripomore k uspešni izmenjavi sporočil, zato je bistvenega pomena, kako se posluša. Tomić (2003) pa pravi, da če želimo ugotoviti, ali nas je sogovorec razumel, je način, kako to storimo, preverjanje s povratno informacijo. Za vsako komunikacijo in za vsak odnos je bistveno dobro poslušanje.

Če vodja želi, da bo delo uspešno opravljeno, mora imeti poleg organizacijskih tudi komunikacijske sposobnosti, ki so zelo pomembne za doseganje rezultatov in

izboljšanje kakovosti (Lorber & Skela Savič, 2011). Zidar Gale (2004) ugotavlja, da dobro razvite spretnosti komuniciranja vodje pripomorejo k večji storilnosti in zadovoljstvu na delovnem mestu. Gruber in Hartman (2007) menita, da vodja v zdravstveni negi, ki mu manjka pogajalskih spretnosti in ni učinkovit poslušalec, najverjetneje ne bo sposoben prevzemati vodstvenih odgovornosti.

Koncepti vodenja se nenehno spreminja. Novi koncepti zajemajo nove in do zdaj zapostavljenе vsebine: med v zadnjem obdobju najpogosteje uporabljenimi pristopi je raziskovanje kompetenc in kompetenčnih modelov. Glavni namen razvoja kompetenčnih modelov je vzpostaviti okvir, kjer bi se določile kompetence, ki jih vodje potrebujejo za uspešno opravljanje svojega dela.

Namen prispevka je predstaviti ključno kompetenco – komuniciranje vodilnih v zdravstveni negi. Cilji prispevka so obrazložiti, kaj so značilnosti vodenja v zdravstveni negi, kaj je kompetenca in kompetentnost ter katere so pomembne kompetence vodij v zdravstveni negi.

Vodenje v zdravstveni negi

Problem vodenja v zdravstveni negi nastane že pri sami opredelitvi. Po eni strani naj bi bile medicinske sestre profesionalna skupina z vsemi značilnostmi stroke, po drugi strani pa so ujete v hierarhične odnose v zdravstvenem varstvu. Prav ti odnosi, povezani z zdravstvenim sistemom, so med najteže spremenljivimi kategorijami modernih družb. Medicinske sestre so bile v zgodovini jasno podrejene zdravnikom, zdaj pa so ujete v dvojne sisteme vodenja: sisteme vodenja v lastni (pol)profesionalni skupini in sistem vodenja v organizaciji, ki je običajno v rokah druge močnejše profesionalne skupine. Ta prepletjenost medpoklicnih odnosov, zaradi katere so nejasne tudi opredelitve vodenja in odgovornosti, večini medicinskih sester preprečuje sprejetje dejstva, da morajo postati vodje in da za to nujno potrebujejo tudi določeno znanje, ki presega okvir ozkega strokovnega znanja na področju zdravstvene nege. Skratka, da mora vodenje postati sestavni del njihovega poklica in ne dodatna neprijetna naloga, ki jo nerade opravljajo in menijo, da zanjo niso niti pripravljene niti usposobljene. Zavedati se morajo tudi tega, da je vodenje odgovorna in zahtevna naloga, ki od njih zahteva novo znanje, spremnosti in veščine.

Vodenje v zdravstveni negi lahko izvajajo samo medicinske sestre, ki imajo znanje o teoriji vodenja in sprememb (Simms, 2006). Zato je za tiste medicinske sestre, ki želijo biti uspešne, nujno nenehno izobraževanje, izpopolnjevanje in usposabljanje. Prav tako sta nujni kreativnost in inovativnost pri uporabi na novo pridobljenega znanja in veščin (Evans, 2007). Vodje so pomembne, ker omogoča-

jo, da se zdravstvena nega izvaja na varen in učinkovit način. Pozitivni vpliv vodenja na uspešno in učinkovito zdravstveno varstvo je bil dokazan v številnih raziskavah (Hewison, 2009): bolnišnice z boljšim vodenjem naj bi imele manj pritožb pacientov in kakovostnejšo zdravstveno nego, bile pa naj bi tudi varnejše.

Številni teoretički menijo, da ima vsaka medicinska sestra, tudi če formalno ni vodstvena, določene vodstvene funkcije, saj nadzira delo zdravstvenih tehnikov in drugih pomožnih oseb v zdravstveni negi. Zato potrebuje vodstvene kompetence: komuniciranje, delegiranje in motiviranje (Sullivan & Decker, 2009).

Kompetenca in kompetentnost

Začetek uvajanja kompetenc sega v leto 1967, ko je Argyle razvil koncept kompetenc, ki naj bi pomagale prepoznavati odličnost ravnanja posameznika. Koncept je bil orientiran na celotno področje človekovih lastnosti in zmožnosti. Poudarjeni so bili sposobnost posameznika, njegove navade, spretnosti in znanje, motivacija, interesi in nagnjenja (Stare & Seljak, 2006). Pojem kompetenca se nanaša na kombinacijo veščin, obnašanj in stališč, ki so neposredno povezana z uspešnim izvajanjem določenega dela (United nations, 2011). Kompetence so ustrezno znanje in veščine, uporabljeni v skladu s standardnimi dejavnostmi, pričakovanimi od posameznika na delovnem mestu. Vključujejo tudi sposobnost uporabe veščin in znanja pri novih nalogah v različnih okoljih (International labour office, 2006).

Kompetentnost je osredotočena na spretnosti in talente, ki jih posameznik potrebuje, da izpelje določene naloge v skladu z določenim standardom (Hornby & Wehmeier, 2007). Večina avtorjev deli kompetentnost v dve kategoriji: kompetentnost, ki temelji na vedenju (vedenjske kompetence; te zajemajo osebne karakteristike/lastnosti), in kompetentnost, ki temelji na delu (delovne kompetence; te zajemajo specifične spretnosti in sposobnosti) (Stare & Seljak, 2006).

Kompetenca je več kot zgolj inteligenco ali uporaba znanja in veščin (McClelland, 1973). Vključuje tudi sposobnost, kako v določenem kontekstu z uporabo in mobiliziranjem psihosocialnih virov (vključno z veščinami in odnosi, občutji) zadovoljiti zapletene zahteve. Posamezniki za spopad z izzivi današnjega sveta potrebujejo širok izbor kompetenc (OECD, 2005). Kompetence naj bi bile osnovne značilnosti osebe: to so lahko motivi, lastnosti, spretnosti, veščine, znanje ali vidiški samopodobe ali družbene vloge (Boyatzis, 1982; Horton, 2002; Boyatzis, 2008). Vse te značilnosti naj bi povzročile, da posameznik uspešno in učinkovito opravlja svoje delo (Boyatzis, 1982; Horton, 2002; Tomažič, 2004; Boyatzis, 2008). Takšno razumevanje kompetenc nas opozarja, da same kompetence ni možno neposre-

dno opredeliti, opisati in analizirati, ampak to lahko storimo šele na podlagi vedenja posameznika (Stare & Seljak, 2006).

Kompetence postajajo vse pomembnejše tudi na področju vodenja. Tako Možina, et al. (2004) ugotavljajo, da je vodenje s kompetencami sodobna metoda vodenja, ki pomeni dolgoročno in korenito spremembo v načinu vodenja ljudi. Gre za način vodenja, ki omogoča, da vodeni pri svojem delu aktivirajo svoje zmožnosti ter povezujejo in uporabijo znanje v kompleksnih in nepredvidljivih situacijah.

Kompetence vodij v zdravstveni negi

V praksi vodenja v zdravstveni negi se oblikujejo različna ravnanja in vedenja vodij, ki kažejo na pripadnost enemu ali drugemu stilu vodenja. Seznamti teh ravnanj in vedenj so navedeni v okviru kompetenčnih modelov vodenja v zdravstveni negi. Stare, et al. (2007) navajajo, da je kompetenčni model sistem ključnih kompetenc, oblikovan na podlagi proučevanja ključnih indikatorjev učinkovitega vedenja/ravnanja vodij. Zupančič (2009) poudarja, da je razvoj modela kompetenc kompleksen proces, ki nam da odgovor na vprašanje: kam (cilj organizacije) in kako (pot do cilja).

Na osnovi pregleda literature lahko oblikujemo različne sklope oziroma kompetence vodij v javni upravi, kot so: timsko delo, medosebni odnosi, komuniciranje, vizija in ustvarjalnost, okolje, oblikovanje procesa, aktivnost, ravnanje z viri, motiviranje, kognitivnost in razvoj, razvoj zaposlenih, zavest, vrednote, zgled, osebnost (Stare & Seljak, 2006). Northouse (2007) vodstvene kompetence deli na:

- Sposobnosti reševanja problemov. Nanašajo se na sposobnost vodje, da kreativno rešuje nove in nenavadne organizacijske probleme. Kompetence bi bile v tem primeru npr. sposobnost definiranja pomembnih problemov, izoblikovanje novih razumevanj problemov, razvijanje načrta za reševanje problemov. V mnogih pogledih je reševanje problemov podobno reševanju uganke, zato so zanj takšne kompetence zelo pomembne.
- Sposobnost presojanja. To so zmožnosti vodje, da ima razumevanje za ljudi in družbeni sistem. Vodji dajejo možnost, da lahko deluje z zaposlenimi pri reševanju problemov in pri zbiranju podpore za izvedbo sprememb znotraj organizacije. Pri tem vodja kaže, ali lahko razume druge zaposlene in njihove individualne potrebe, ali je fleksibilen in lahko prilagaja svoje ideje drugim, ali lahko sodeluje z zaposlenimi, četudi se pojavi konflikti in odpor ipd.
- Znanje. Ta kompetenca jasno vpliva na zmožnost vodje, da prepozna kompleksne probleme v organizaciji in jih poskuša rešiti.

Pri ugotavljanju samoocene kompetenc v Veliki Britaniji, Nemčiji, Španiji, Belgiji in Grčiji so bile ugotovljene statistično značilne razlike med državami. V vseh državah skupaj so najvišjo oceno doobile kompetenčne kategorije: timsko delo, profesionalna in etična praksa ter komunikacija. Vendar se je vrstni red med posameznimi državami razlikoval (Cowan, et al., 2007).

Na Irskem je bila po naročilu Urada za zdravstveni menedžment narejena raziskava, v okviru katere so opredelili kompetence, ki so potrebne za učinkovit menedžment v zdravstveni negi v irskem zdravstvenem in socialnem varstvu, in sicer za tri ravni menedžmenta: najvišja, srednja in nižja. Opredelili so osem generičnih kompetenc, ki so bile opredeljene kot temeljne za učinkovito izvajanje vodenja na vseh ravneh: zagovarjanje in spodbujanje na raziskavah temelječega odločanja, kompetence prakse zdravstvene nege in profesionalne kredibilnosti, komunikacijske veščine in veščine vplivanja, oblikovanje in upravljanje odnosov, integriteta in etičnost, uravnovešena osebna predanost, prilagodljivost in umirjenost, inovativnost in spodbujanje sprememb pri storitvah (McCarthy & Fitzpatrick, 2009). Lorber (2010) je raziskovala menedžerske kompetence vodij v zdravstveni negi v štirih slovenskih bolnišnicah (UKC Maribor, Splošna bolnišnica Celje, Slovenj Gradec in Murska Sobota). Z merjenjem kompetenc je opredelila 14 menedžerskih kompetenc, ki naj bi jih imel vodja v zdravstveni negi: socialna moč, vizija in cilji, komunikacija, motivacija, reševanje problemov, medosebni odnosi, odločanje, delegiranje, timsko delo, obvladovanje in uvajanje sprememb, čustvena inteligenca, razvoj kadra, skrb za vodje, kakovost.

V Ameriško združenje vodij v zdravstveni negi (American Organization of Nurse Executives – AONE) je včlanjenih 8000 najpomembnejših vodstvenih medicinskih sester iz ZDA. V AONE so oblikovali seznam kompetenc, ki naj bi predstavljale veščine, skupne vsem medicinskih sestrám na vodstvenih položajih, ne glede na izobrazbeno ali vodstveno raven oziroma naslov ali mesto zaposlitve. Te kompetence so: komunikacija in upravljanje odnosov, znanje o okolju zdravstvenega varstva, vodenje, profesionalizem, poslovne veščine in znanje (American organization of nurse executives, 2012).

V največji bolnišnici na jugu Brazilije (Rio Grande do Sul) so preučevali osebne značilnosti vodij v zdravstveni negi. Anketiranke so opredelile glavne kompetence, ki naj bi jih imeli vodje v zdravstveni negi: komunikacijo, znanje, odgovornost, zdrav razum in poznavanje samega sebe. Prav tako so v študiji ugotovili, da je med vodstveni medicinskim sestrami treba razvijati refleksijo in senzibilnost (Amestoy, et al., 2009).

Na osnovi pregleda literature ugotavljamo, da številni avtorji med pomembne kompetence za vodje v zdravstveni negi uvrščajo kompetenco, ki jo različno poimenujejo: komuniciranje, komunikacija – sporazumevanje, komunikacija in upravljanje odnosov, sposobnost komuniciranja z ljudmi na vseh ravneh, komunikacijske veščine, medosebni odnosi ipd.

Komuniciranje – ključna kompetenca vodilnih

Za vodilne v zdravstveni negi je ena izmed ključnih kompetenc komuniciranje s sodelavci in s pacienti. Terseglav (2010) navaja, da komunikacijska kompetenca pomeni situacijsko sposobnost zastavljanja realističnih in ustreznih komunikacijskih ciljev ter njihovo optimalno doseganje z uporabo znanj o sebi, drugih, kontekstu, pa tudi poznavanje komunikološke teorije, da bi temu primerno prilagodili svoj komunikacijski nastop.

Model komunikacije v zdravstvu sta v publikaciji Health communication na tančneje opisala avtorja Northouse & Northouse (2007), ki izpostavlja tri poglavitne elemente v procesu zdravstvenega komuniciranja: medosebni odnosi, transakcija (dogovarjanje) in okolje. V modelu so opredeljeni širje glavni tipi medosebnih odnosov v zdravstvenem okolju: zdravstveni strokovnjak – zdravstveni strokovnjak; zdravstveni strokovnjak – uporabnik zdravstvenega sistema (pacient); zdravstveni strokovnjak – pomembni drugi; uporabnik zdravstvenega sistema (pacient) – pomembni drugi (svojec).

Smith & Mounter (2007) navajata, da so pri komunikaciji v organizaciji pomembni načini podajanja informacij, njihova količina in pravočasnost. Prenos informacij v organizaciji poteka med ravnimi vodenja in v okviru posamezne organizacijske ravni. Hogan in Nikitas (2009) navajata, da v organizaciji med zaposlenimi poteka medosebno komuniciranje, ki je proces izmenjave informacij in mnenj med dvema posameznikoma ali v okviru majhne skupine ljudi, in organizacijsko komuniciranje, ki je proces, kjer vodje v zdravstveni negi uporablja že oblikovan komunikacijski sistem z namenom pridobivanja in oddajanja informacij posameznikom v okviru organizacij ter ustreznih posameznikov in skupin zunaj organizacije

Med zaposlenimi poteka vertikalna in horizontalna komunikacija. Cameron (1995) pravi, da horizontalna komunikacija poteka med zaposlenimi v organizaciji, ki so na isti hierarhični ravni. Poteka v vse smeri v formalnih in neformalnih (interesnih) strukturah vsake organizacije (Dimovski, et al., 2005). Komunikacijo, ki poteka gor in dol po organizacijski hierarhiji ter zajema vse zaposlene, imenujemo vertikalno komuniciranje. Tukaj gre za komuniciranje med nadrejenimi in podrejenimi in obratno (Cameron, 1995; Dimovski, et al., 2005). Raziskave kaže-

jo, da je pri oblikovanju učinkovitega sistema vertikalnega komuniciranja vidna predvsem težnja k učinkovitemu sistemu dvosmernega komuniciranja med zaposlenimi in vodji. Če je v organizaciji večje število hierarhičnih ravni, je tudi bolj verjetno, da se informacije na različnih ravneh izgubijo (Fisher, 1993).

Pri vzpostaviti dvosmernega vertikalnega komuniciranja prihaja do vrste težav, s katerimi se organizacije pogosto soočajo. Pojavi se lahko selekcioniranje informacij, kjer gre za to, da zaposleni sporočajo zgolj tiste informacije, ki so zanje ugodne. Naslednja težava, ki se pogosto pojavlja, je slaba motivacija zaposlenih za sporočanje, ki se pojavi kot posledica neopaženosti ali neupoštevanja sporočil, ki jih posredujejo zaposleni z različnih hierarhičnih ravni. Dodatno oviro predstavlja pogosta odklonilnost vodij, da bi sporočila podrejenih resno upoštevali (Smith & Rupp, 2002). Tourish & Hargie (2004) med vzroke za to vključujeta tudi »strah« vodij pred negativno kritiko, na drugi strani pa »strah« zaposlenih pred negativnimi posledicami. Tudi zaradi tega je s sistemom komuniciranja od spodaj navzgor bistveno teže upravljati kot s komuniciranjem od zgoraj navzdol.

Razprava

Kompetence so v razvitem svetu postale pomembno orodje za uvajanje sprememb v organizacijah, saj je z njihovo pomočjo mogoče graditi spremembo konkretnega organizacijskega vedenja posameznika, obenem pa so postale nekakšno dopolnilo formalni izobrazbi, ki še zdaleč ne zadostuje več za uspešno opravljanje dela (Bolden, 2004). Na področju raziskovanja voditeljstva je jasno izražena pot naprej: k bolj kompleksnim in učinkovitim kompetenčnim modelom vodenja (Hollenbeck, 2006).

Tudi na področju zdravstvene nege stremimo k čim bolj učinkovitemu in uspešnemu vodenju sodelavcev, zato postaja ocenjevanje vodij s strani sodelavcev in samega vodje, na vseh ravneh vodenja, vedno bolj pomembno. Na osnovi pridobljenih ocen dobimo podatke, katere kompetence so pri posameznem vodji zelo visoko ocenjene, in tiste, ki so slabo ocenjene. Tako dobimo podatke, katere kompetence naj bi vodja na novo osvojil, utrdil ali nadgradil. Meretoja, et al. (2004) ugotavljajo, da je ocenjevanje kompetenc medicinskih sester pomembno pri opredelitvi področij za profesionalni razvoj in njihove izobraževalne potrebe, pa tudi pri zagotavljanju tega, da se kompetence medicinskih sester na najuspešnejši način uporabijo pri zdravstveni negi pacienta. Ocenjevanje kompetenc naj bi postala osnovna funkcija pri gradnji sistema nadzora kakovosti, načrtovanju delovne sile in ravnjanju z zaposlenimi.

Vodja je vsakodnevno v interakciji s sodelavci, zato je zelo pomembno, da ima dobro razvite komunikacijske veščine, saj se, kot navaja Ule (2009), komuniciranje močno prepleta z odnosi med ljudmi; v komunikacijski situaciji pogosto ni več mogoče razlikovati komuniciranja od odnosov, zato ločuje vsebinsko in odnosno raven komunikacije. V delovni organizaciji se je treba zavedati odnosne ravni komuniciranja, ki je zelo kompleksna in zahtevna. Lorber in Skela Savič (2011) poudarjata pomen zavedanja, da lahko vodja s svojo komunikacijo vpliva na vedenje zaposlenih in ga tudi spreminja.

Vodja, ki ima dobro razvite komunikacijske veščine, bo s svojimi sodelavci komuniciral spoštljivo, spodbujal bo njihovo uspešnost, znal jim bo prisluhniti ob njihovih težavah, konstruktivno bo reševal konflikte, iskreno bo govoril o svojih občutkih in stališčih v odnosih, za dobro opravljeno delo bo sodelavce pohvalil itd.

Sklep

Vodje v zdravstveni negi običajno začnejo svojo kariero kot sodelavci brez vodstvenega položaja in nato v skladu s kariernim razvojem napredujejo do različnih vodstvenih položajev. Osnovno znanje, izkušnje in občutek za pripadnost stroki, ki ga vodje pridobijo v praksi zdravstvene nege, v veliki meri opredeljujejo tudi njihovo vodenje. Za uspešno vodenje sta nujna ustrezna raven izobrazbe in stalno vseživljenjsko učenje/usposabljanje.

Pomembno je, da se vodje v zdravstveni negi zavedajo, da je vodenje eno najpomembnejših področij, ki močno vpliva na uspešnost ali neuspešnost posamezne organizacije. Vodja je brez dvoma tisti dejavnik, ki s svojim delovanjem najpomembneje vpliva na ljudi in posredno prek njih na delovanje organizacije.

Literatura

- Amestoy, C.S, Cestari, E.M, Thofehrn, B.M, Milbrath M.V, 2009. Personal characteristics that influence the development of a nurse leader. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(5), pp. 673-678.
- American Organization of Nurse Executives, 2012. *The AONE Nurse Executive Competencies*. Chichago: American Organization of Nurse Executives.
- Boyatzis, E.R., 1982. *The Competent Manager*. New York: John Wiley.
- Boyatzis, E.R., 2008. Competencies in the 21st century. *Journal of Management Development*, 27 (1), pp.5-12.
- Cameron R.J., 1995. Management in education psychology: the people factor. *Educational Psychology in Practice in Educational Psychology*, 11(Suppl 1), pp. 44-52.

- Cowan, T.D., Wilson – Barnett, J., Norman, J.L., 2007. A European survey of general nurses' self assessment of competence. *Nurse Education Today*, 27 (5), pp. 452-458.
- Dimovski, V., Penger, S., Žnidaršič, J., 2005. *Sodobni manager*. Ljubljana: Ekonomski fakulteta.
- Evans, L.M., 2007. Developing the role of leader. In: Yoder-Wise S.P., ed. *Leading and managing in nursing*. St. Louis: Mosby – Elsevier.
- Fisher, D., 1993. *Communication in organizations*. St. Paul: West Publishing.
- Firtch – Conez J., Montbay F., 2001. Leadership on the quality for care. *Quality in Health Care*, 10 (Suppl 2), pp. ii3-ii7.
- Gruber, M., Hartman, R., 2007. Don't overlook »communication competence«. *Journal of Nursing Management*, 38 (3), pp. 12-4.
- Hewison, A., 2009. Do we expect too much of our leaders? *Journal of Nursing Management*, 17 (8), pp. 913-916.
- Hollenbeck, G., McCall, M., Silzer, R., 2006. Leadership competency models. *Leadership Quarterly*, 17 (4), pp. 398-413.
- Hornby S.A., Wehmeier, S., 2007. *Oxford advanced learner's dictionary of current English*. [CD]. Oxford: Oxford University Press.
- Horton, S., 2002. The Competency Movements. In: Horton, S., Hondeghem, A., Farnham, D., eds. *Competency management in the public sector*. Amsterdam: IOS Press, pp. 3-15.
- International Labour Office (2006). *Guidelines for development of regional model competency standards*. International Labour Organization, Bangkok.
- Lorber, M., 2010. Vedenje značilnosti in kompetenčne vodilne v povezavi z zadovoljstvom in pripadnostjo zaposlenih v Zdravstveni negi: magistrsko delo. Koper: fakulteta za management, pp. 100.
- Lorber, M., & Skela Savič, B., 2011. Komuniciranje – reševanje konfliktov v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(4), pp. 247-252.
- McCarthy, G. & Fitzpatrick, J., 2009. Development of a competency framework for nurse managers in Ireland. *The Journal of Continuing Education of Nursing*, 40(8), pp. 346-350.
- McClelland, C. D., 1973. Testing for competence rather than for "intelligence." *American Psychologist*, 28 (1), pp. 1-14.
- Meretoja, R., Isoaho, H., Leino-Kilpi, H., 2004. Nurse competence scale: development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing*, 47(2), pp. 124-133.
- Možina, S., Bernik, J., Svetic, A., 2004. *Osnove managementa*. Piran: GEA College – Visoka šola za podjetništvo.
- Northouse, P., 2007. *Leadership - Theory and Practice*. Sage, Thousand Oaks.
- Northouse, P.G., Northouse, L.L., 2007 *Health communication: strategies for health professional*. 4 th ed. Harlow: Prentice Hall.
- OECD, 2005. The definition and selection of key competencies. Paris: OECD.
- Rungapadiachy, D.M., 2003. *Medosebna komunikacija v zdravstvu*. Ljubljana: Edocy, pp. 249-69.

- Smith, A.D. & Rupp, W., 2002. Communication and loyalty among knowledge workers: a resource of the firm theory view. *Journal of knowledge management*, 6(3), pp. 250-261.
- Smith L., Mounter, P., 2005. *Effective internal communication*. London: Kogan Page.
- Simms, E., 2006. The components of change: creativity and innovation, critical thinking, and planned change. In: Roussel, L., es. *Management and leadership for nurse administrator*. Sudbury: Johns and Bartlett Publishers, pp. 55-80.
- Stare, J., Seljak, J., 2006. *Vodenje ljudi v upravi – povezanost osebnostnega potenciala za vodenje z uspešnostjo vodenja*. Ljubljana: Fakulteta za upravo.
- Stare, J., Frančeškin, A., Kozjek, T., Mayer, J., Tomaževič, N., Tomažič, E., 2007. *Kompetenčni model vodenja v državni upravi: ciljni raziskovalni program (CRP) »Konkurenčnost Slovenije 2006–2013«*. Ljubljana: Fakulteta za upravo.
- Sullivan J.E., Decker J.P., 2009. *Effective leadership and management in nursing*. New Jersey: Pearson education international.
- Terseglav, S.A., 2010. Dobri medsebojni odnosi kot dejavnik uspešnosti ljudi in organizacij. In. *Učinkovito upravljanje in vodenje v zdravstvu*. 17. Strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu, Čatež, 20. in 21. Maj 2010. Ljubljana: društvo ekonomistov v zdravstvu, pp. 53-
- Tomić, A., 2003. Izbrana poglavja iz didaktike. Ljubljana: Filozofska fakulteta, Center za pedagoško izobraževanje, pp. 45-102.
- Tours, D., Hargie, O., 2004. *Key issues in organizational communication*. London: Routledge.
- Ule, M., 2009. *Psihologija komuniciranja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- United nations. Department of economic and social affairs, 2003. *Leadership and social transformation in the public sector: moving from challenges to solutions*.
- Zidar Gale, T., 2004. Medosebno komuniciranje na delovnem mestu z osebnimi spremembami do boljših medosebnih odnosov. Ljubljana: GV Izobraževanje, pp. 13-27.
- Zupančič, Š., 2009. *Kompetenčni model vodenja v carinski upravi: magistrsko delo*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

INFORMACIJSKI SISTEM KOT PODPORA MEDICINSKI SESTRI

INFORMATION SYSTEM AS A MEANS OF SUPPORT FOR NURSES

Vesna Rugelj, dipl. m. s.

Univerzitetni klinični center Ljubljana

vesna.rugelj@kclj.si

IZVLEČEK

Informacijski sistemi so bili dolgo časa namenjeni le vodstvom bolnišnic za potrebe analiz, ugotavljanje stroškov poslovanja in organizacijo dela. Razvoj informacijske tehnologije ima velik vpliv na razvoj zdravstvene nege. Informacijski sistemi ne podpirajo vseh zahtev zdravstvene nege, zato je večina dokumentacije še vedno v papirni oblikih, v nekaterih primerih pa so zapisi tako pisni kot elektronski. Namen prispevka je prikazati prednosti uvedbe informacijskega sistema v zdravstveni negi pri delu medicinske sestre. Kljub vrsti mednarodnih in domačih projektov informatizacije v zdravstveni negi rezultatov do nedavnega pri neposrednem delu medicinskih sester ob pacientu, predvsem v bolnišnicah in ambulanta, ni bilo zaznati. Informacijski sistem zdravstvene nege je lahko samostojen ali del večjega informacijskega sistema. Za izmenjavo podatkov sta ključnega pomena poenotenje in standardizacija zapisa podatkov. Informatizacija procesov, informatizacijski sistem zdravstvene nege in sistem za podporo odločanja medicinske sestre lahko pripomorejo k optimizaciji dokumentacije zdravstvene nege, varni zdravstveni obravnavi pacientov in razvoju stroke zdravstvene nege. Uvedba informacijskega sistema poveča število in kakovost zapisanih informacij. Uporabnost sistema vpliva na njegovo sprejetost med medicinskimi sestrami. Prednost uporabe je v izboljšanju dokumentiranja, lažjem načrtovanju obravnave zdravstvene nege, varnosti zdravstvene obravnave, optimizaciji dela, raziskovanju, boljši organizaciji dela ter načrtovanju izobraževanja in usposabljanja, omogočeno pa bo tudi brezpapirno poslovanje. Čas, porabljen za dokumentiranje podatkov, se ni zmanjšal, je pa dokumentacija popolnejša. Uvedba informacijskega sistema v zdravstveno nego pomeni spremembo v razmišljanju in delu medicinskih sester ter drugih zaposlenih v zdravstvu. Za uspešno implementacijo je treba upoštevati več dejavnikov, predvsem pa uporabnost in enostavnost uporabe. Prihodnost je v razvoju mobilnih sistemov za uporabo ob pacientovi postelji.

Ključne besede: zdravstvena nega, elektronski zdravstveni zapis, sistem za podporo odločanja

ABSTRACT

For a long time, information systems were only used by the hospital administration staff to carry out analyses, assess operating costs and organise work. The development of information technology has had a significant impact on the development of nursing. Since information systems do not support all the needs of nursing, most documentation is still kept in paper form, while certain records are kept in both physical and electronic forms. The purpose of this paper is to present the advantages of the introduction of an information system for the work of nurses. Despite a number of international and local computerisation projects in the area of nursing, until recently there have been no obvious direct benefits for the work of nurses with patients, especially in hospitals and outpatient clinics. Nursing information systems can be either independent or part of a larger information system. Unifying and standardising data recording is of key importance for the effective exchange of data. The computerisation of processes and the introduction of a nursing information system and decision support system for nurses can help optimise nursing documentation, improve the safety of nursing care and contribute to the development of the nursing profession. The introduction of an information system increases the volume and improves the quality of recorded information. The nurses' acceptance of a system depends on its usefulness. An information system can improve documentation, facilitate the planning of nursing care, improve nursing care safety, optimise work, facilitate research, improve work organisation and the planning of education and training, and even enable paperless operation. Though the time spent on the documentation of data has not decreased, the documentation is more complete. The introduction of a nursing information system changes the way nurses and other healthcare professionals think and work. A number of factors need to be taken into consideration to ensure the successful implementation of the system, most importantly its usefulness and ease of use. The future lies in the development of mobile systems that can be used directly at the patient's bedside.

Key words: nursing, electronic medical record, decision support system.

Uvod

Danes si življenja ne moremo predstavljati brez informacijske tehnologije. Enako velja za zdravstvo in tudi zdravstveno nego. Glede na to, da zaposleni v zdravstveni negi predstavljajo največjo skupino izvajalcev zdravstvene oskrbe in

je količina podatkov v zdravstveni negi izredno velika, bi morda pričakovali, da je najbolj razvit ravno informacijski sistem za potrebe dokumentiranja v zdravstveni negi. Vendar temu ni tako. Informacijski sistemi so bili dolgo časa namenjeni le vodstvom zdravstvenih zavodov za potrebe raznih analiz, ugotavljanje stroškov poslovanja in organizacijo dela. Najpogosteje v zdravstvenih zavodih spremlja-jo podatke, ki so v največji meri uporabni za upravljavce zdravstvenega sistema (Popović, 2009), medicinske diagnoze in postopke oziroma posege (Prijatelj, 2005), pa tudi administrativno-obračunske podatke, ki pomenijo plačilo storitev. Storitve medicinskih sester so le delno evidentirane (Prijatelj, 2005), saj svojega dela nimajo kam zabeležiti, kar naredi delo medicinske sestre nevidno (Rugelj & Pogorelc, 2013).

Razvoj informacijske tehnologije in informacijskih sistemov v zdravstvu ima velik vpliv na razvoj zdravstvene nege (Prijatelj, 2000). Uvajanje zdravstveno-informacijskih sistemov v klinično okolje vpliva na spremembe pri delu (Prijatelj & Črv, 2004), kar lahko povzroči odpor zaposlenih do informatizacije, saj v njej vidijo le dodatno delo (Rugelj & Pogorelc, 2013) ob že znanem odporu do uporabe strukturiranega jezika (Prijatelj, 2005).

Večina dokumentacije v zdravstveni negi in oskrbi je še vedno v papirnati obliki. Informacijski sistemi ne podpirajo vseh zahtev zdravstvene nege, zato imamo še vedno dokumentiranje opažanj, postopkov in posegov, ki jih opravi medicinska sestra pisno, v nekaterih primerih pa dvojno – pisno in elektronsko (Prijatelj, 2005; Popović, 2009; Rugelj & Pogorelc, 2013).

Informatizacija procesov, ki vključuje tudi informacijski sistem zdravstvene nege kot samostojen informacijski sistem ali del skupnega informacijskega sistema zavoda in sistem za podporo odločanja medicinskih sester, lahko pripomore k optimizaciji dokumentacije zdravstvene nege, varni zdravstveni obravnavi pacientov in razvoju stroke zdravstvene nege. Namen prispevka je prikazati prednosti uvedbe informacijskega sistema v zdravstveni negi pri delu medicinske sestre.

Informatizacija zdravstvene nege

Prizadevanja, da bi bile medicinske sestre vključene v zdravstveno informatiko, segajo že v leto 1960, ko zasledimo zapis o prvem računalniškem programu, ki je bil izdelan za potrebe zdravstvene nege. V naslednjih letih se na tem področju ni veliko dogajalo (Prijatelj, 2005). Vrsto let že tečejo mednarodni projekti informatizacije v zdravstveni negi, v katerih sodeluje tudi Slovenija (Telenursing, Telenurse, Informacijski sistem za podporo zdravstvene nege v Evropi, Informatika v zdravstveni negi in računalniško podprttem poučevanju zdravstvene nege, Računalniški

informacijski sistem patronažne zdravstvene nege idr.) ter drugi domači projekti (Prijatelj, 2005), a rezultata do nedavnega pri neposrednem delu medicinskih sester ob pacientu, predvsem v bolnišnicah in ambulantah, ni bilo zaznati.

Slovenska zdravstvena informatika sledi EU usmeritvam, ki so začrtane v akcijskem načrtu za e-zdravje, vendar v zdravstveni sistem vstopajo prepočasi, postopoma in po segmentih. V sklopu strategije informatizacije slovenskega zdravstvenega sistema je predvidena tudi informatizacija zdravstvene nege. Trenutno je področje zdravstvene nege in oskrbe informatizacijsko slabo pokrito in nedorečeno (Ministrstvo za zdravje, 2011).

Vizija informatizacije zdravstvene nege v Sloveniji je razvoj uporabnikom prizadane in sodobne informacijske podpore vsem procesom v zdravstveni negi in oskrbi, ki bo omogočila izboljšanje beleženja, spremljanja, analiziranja in odločanja izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe ter uspešen nadaljnji razvoj stroke. Dosežena bo razbremenitev zaposlenih, zmanjšal se bo obseg administrativnega dela, ustvarjen bo časovni prihranek, zato bo lahko več časa namenjenega pacientu, iskanju konsenzov in izobraževanju. Z informacijsko podporo bomo prispevali h kakovosti in izboljšali učinkovitost procesa zdravstvene nege in oskrbe. On-line evidentiranje bo omogočilo transparentnost, ki bo med ostalim zagotovila tudi večjo varnost – tako pacientov kot medicinskih sester. Poenoten in primerljiv informacijski sistem bo vsekakor pozitivno in odločilno vplival na vzpostavitev potrebnih zbirk podatkov in na razvoj prenove že obstoječe zbirke podatkov s področja patronažnega zdravstvenega varstva (Ministrstvo za zdravje, 2011).

Informacijski sistem zdravstvene nege

Informacijski sistem zdravstvene nege je računalniški sistem, ki uporablja klinične podatke zdravstvene oskrbe vseh dejavnosti; ti so pravočasno urejeni in na voljo kot pomoč medicinski sestri pri izboljšanju oskrbe pacientov. Za zagotavljanje vseh funkcij sistema vsebuje pacientov karton, urnike zaposlenih, klinične podatke vseh disciplin, ki jih medicinske sestre integrirajo v načrt zdravstvene nege, in modul podpore odločitvam (Biohealthmatics, 2014).

Informacijski sistem zdravstvene nege je lahko samostojen (patronažna služba) ali del večjega informacijskega sistema (bolnišnice, zdravstveni domovi), kar vpliva na to, kako bomo načrtovali njegov razvoj (Prijatelj, 2000). Pri načrtovanju in ustvarjanju optimalnih rešitev se pogosto pozablja na zahteve zdravstvene nege. Informacijski sistemi bi morali zdravstveni negi omogočati celostno podporo, kar pomeni kakovosten dostop do podatkov, pa tudi dokumentiranje opravljenega dela. Medicinske sestre imajo možnost vnašati in pridobivati samo določene

informacije, pri svojem delu pa so prepogosto obremenjene z administrativnimi aktivnostmi, ki ne sodijo v njihov delokrog in posledično je časa za delo ob pacientu vedno manj (Popović, 2009).

Problem informacijskih sistemov v zdravstveni negi je prepogosto načrtovanje brez sodelovanja strokovnjakov v zdravstveni negi, neprilagojenost procesom dela, namenjenost predvsem zadovoljevanju potreb posameznega zavoda. Njihova uporaba še ni razširjena po vseh zavodih, kjer jih imajo, pa so jih medicinske sestre pogosto sprejele z odporom zaradi premajhne informiranosti o pomembnosti in prednosti uporabe, spremembah načina dela in premalo usposabljanja končnih uporabnikov (Prijatelj & Črv, 2004; Popović, 2009; Rugelj & Pogorelc, 2013; Biohealthmatics, 2014).

Podatkovni standardi

Natančno evidentiranje podatkov, ki nastajajo v procesu zdravstvene nege, je izjemno pomembna aktivnost, saj na podlagi podatkov načrtujemo nadaljnje korake v procesu zdravljenja. Napačni podatki lahko negativno vplivajo na kritično razmišljanje, s tem pa je ogrožena varnost pacienta (Prijatelj, 2012). Zdravstveni delavci in institucije si podatke izmenjujejo, vendar nastaja problem pri interpretaciji skupnih podatkov in njihovem razumevanju. Naravni jezik (prosti tekst) onemogoča sistematično interpretacijo podatkov, saj ga je mogoče interpretirati na različne načine. Pri kontroliranem jeziku so podatki kodirani in organizirani v eno ali več hierarhij. Podatki so lažje primerljivi, razumevanje je enako. Slaba stran pa je v tem, da vsebujejo manj kliničnih posebnosti (Prijatelj, 2005). Poenotenje in standardizacija sta ključnega pomena za nedvoumno registracijo in izmenjavo podatkov med izvajalci zdravstvenih storitev in zdravstvenimi institucijami (Popović, 2009).

Računalniška tehnologija

V razvitih državah so bolnišnice dobro opremljene z računalniki, razviti so informacijski sistemi za podporo procesu zdravstvene nege, zdravstvena nega na daljavo (telenursing) je v polnem razmahu. Ni več vprašanje, ali je računalnikov dovolj, ampak ali so dlančniki ustrezno orodje za podporo delu medicinskih sester. Zaradi pomanjkljivosti pri uporabi tehnologije mora medicinska sestra vpisovati podatke na papir in jih potem prepisovati v računalnik oziroma prenašati v centralni sistem (Prijatelj, 2005). Klasični informacijski sistem zdravstvene nege je običajno statičen. Kot tak se ne more odzvati na potrebe pacientov in njihovih po-

datkov v realnem času, kar povzroča zamude pri dostopnosti informacij o stanju pacienta. Z napredkom informacijske tehnologije se vse bolj uporabljajo mobilne naprave (Kuo-Wei & Cheng-Li, 2012).

Prijatelj (2005) piše, da računalniška tehnologija in strojna oprema danes nista več ovira, vendar v Sloveniji temu povsod ni tako. V praksi se pri implementaciji nadgradenj obstoječih informacijskih sistemov in novih aplikacij soočajo s problemom pomanjkanja strojne opreme ali pa so računalniki tako zastareli, da ne dosegajo niti minimalnih strojnih zahtev novih programov. Z uporabo računalnikov, ki zaradi svoje zastarelosti in šibkosti delajo zelo počasi, medicinske sestre izgubijo voljo do dela z računalnikom, saj jim vzame preveč časa in tako podatke še naprej zapisujejo na papir.

Razprava

Informacijski sistem zdravstvene nege, ki nastane z informatizacijo procesa dela v zdravstveni negi, lahko pripomore k optimizaciji dokumentacije zdravstvene nege, varni zdravstveni obravnavi pacientov in razvoju stroke zdravstvene nege. Vidimo, da se ob njegovi uvedbi ne glede na to, ali je zasnovan kot samostojni informacijski sistem ali pa kot del informacijskega sistema oddelka, enote ali bolnišnice, število in kakovost zapisanih informacij v zdravstveni negi bistveno izboljšata. Z dobro zasnovanim informacijskim sistemom in uporabo primerne strojne opreme pa informacijski sistem postane orodje za podporo odločanja v procesu zdravstvene nege.

Koliko bo informacijski sistem tudi v podporo medicinskim sestram, ne le »še eno odvečno delo«, je odvisno od njegove zasnove. Uporabnost informacijskih sistemov ima velik vpliv na sprejetost med medicinskimi sestrami (Lu, et al., 2012), neprilagojenost pa ovira implementacijo in kakovostno uporabo (Scherb, et al., 2013). Dobro zasnovan informacijski sistem postavi pacienta v središče dogajanja in omogoča vsem sodelujočim kakovosten dostop do podatkov ter dokumentiranje opravljenega dela (Popović, 2009).

V Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana na klinikah, ki uporabljajo zdravstveno informacijski sistem Hipokrat®, v okviru več projektov poteka informatizacija vse dokumentacije. Trenutno poteka pilotna uporaba e-ambulantnega kartona v Urgentni ginekološki ambulanti in modul Operativne dejavnosti. Že v pilotni uporabi se kažejo prednosti uporabe informacijskega sistema. Strukturirani zapisi podatkov o pacientu (anamneza, status, meritve vitalnih znakov) medicinsko sestro vodijo skozi proces dela, kar bo pripomoglo k izboljšanju dokumentiranja in pomagalo pri popolnejšem načrtovanju obravnave. Vsak podatek se vpiše le

enkrat, viden pa je vsem v vseh aplikacijah, kjer ga potrebujejo. V naslednjih obravnavah se ponovno zapišejo le podatki, ki se spreminja. Informacijski sistem na podlagi vnesenih podatkov izračuna vrednosti posameznih podatkov (ocene ogroženosti, ocena za razjedo zaradi pritiska, ocena za nevarnost padcev, indeks telesne mase, dan v menstruacijskem ciklusu, višina nosečnosti itd.), kar vse vodi v optimizacijo dela. Pridobivanje podatkov za potrebe raziskovanja je iz informacijskih sistemov mnogo hitrejše kot iz papirne dokumentacije, saj so podatki zapisani strukturirano in tako pridobljeni lahko analizirani. Zasnovan strukturiran zapis podatkov omogoča načrtovanje izobraževanja, saj preko avtomatiziranih zapisov v informacijski sistem odgovorna oseba za izobraževanje in usposabljanje zaposlenih lahko spremlja kakovost dela zaposlenega in na podlagi ugotovljenih dejstev načrtuje morebitno dodatno usposabljanje za posamezne intervencije. Podobne ugotovitve opisujejo tudi drugi (Curell & Urquhart, 2007; Alexander, 2008; Ammenwerth, et al., 2011; Lu, et al., 2012; Biohealthmatics, 2014).

S tem pa informatizacija s prednostmi za medicinske sestre in ostale zaposlene še ni končana. Informacijski sistem lahko pripomore k lažjemu načrtovanju obravnave zdravstvene nege po procesni metodi dela s tem, ko ob vnosu problema pacienta ponudi potencialno negovalno diagnozo, načrtovanje intervencij in cilje obravnave (Krel, 2013). Z vgradnjo opozoril v informacijski sistem le-ta medicinsko sestro lahko opozori na potrebno izvedbo načrtovanih opravil in intervencij, kontrola podatkov pa odsvetuje izvedbo intervencij, ki bi bile v nasprotju s pridobljenimi podatki ali stanjem pacienta.

Že trenutni vpis podatkov v pilotni uporabi novih modulov zdravstveno informacijskega sistema Hipokrat omogoča prikaz stroškov poslovanja na posameznega pacienta, z nameravano avtomatizacijo obračuna zabeleženih storitev pa bo omogočena tudi boljša organizacija dela.

Čas, porabljen za elektronsko dokumentiranje podatkov, se v večini informacijskih sistemov poveča, a to na račun večje količine vpisanih podatkov (Gugerty, et al., 2007; Ammenwerth, et al., 2011; Evatt, et al., 2014), kar pripomore k popolnejši dokumentaciji in s tem izboljšanju zdravstvene obravnave. Z intenzivnejšo uporabo elektronskih zapisov se tudi čas zapisovanja skrajša in obremenjenost medicinskih sester zmanjša, prihrani pa se čas, potreben za iskanje in urejanje pacientove dokumentacije ter prebiranje nečitljivih in pogosto pomanjkljivih zapisov.

Prihodnost uporabe informacijskih sistemov je v uporabi mobilnih enot, ki omogočajo zapis podatkov neposredno ob pacientovi postelji. Majhni zasloni mobilnih enot omejujejo njihovo uporabo v klinični praksi in narekujejo razvoj mobilnega informacijskega sistema zdravstvene nege (Kuo-Wei & Cheng-Li, 2012) oziroma posameznih aplikacij, namenjenih le uporabi ob pacientovi postelji, ki

bodo del celotnega informacijskega sistema. Na Japonskem je bil sistem, ki vsebuje mobilno enoto za vsako medicinsko sestro, maja 1995 vpeljan z namenom zmanjšanja obremenitev medicinskih sester, ki so si morale zapomniti velike količine podatkov in jih zapisovati v stacionarni računalnik. Po petih mesecih uporabe je 70 % medicinskih sester poročalo o zmanjšani obremenitvi, nobena pa ni več menila, da je delo z informacijskim sistemom komplikirano (Ito, et al., 1997).

Sklep

Uvedba informacijskega sistema v zdravstveno nego je spremembra v razmišljaju in delu medicinskih sester in drugih zaposlenih v zdravstvu, pomeni slednejše in kakovostnejše dokumentiranje, s tem pa tudi varnejšo zdravstveno obravnavo pacientov. Z vsem tem bo zdravstvena nega postala vidna in ustreznejše vrednotena, omogočen pa bo tudi hitrejši razvoj stroke.

Za uspešno implementacijo informacijskega sistema v zdravstveno nego in njegovo sprejetost med medicinskimi sestrami je treba upoštevati več dejavnikov – prilagojenost sistema procesu dela, kakovost vhodnih in izhodnih podatkov, učinkovitost sistema z vgradnjem opozoril in kontrol, povezljivost z drugimi sistemi v zdravstvu, prijaznost do uporabnika, uporabnost in enostavnost uporabe in ne nadzadne tudi všečnost uporabniškega vmesnika.

Pred izgradnjo in uvedbo novih informacijskih sistemov v klinično prakso je nujna ocena delovanja že obstoječih informacijskih sistemov, kar lahko vodi v učinkovit nadaljnji razvoj in implementacijo v okviru elektronskega zdravstvenega zapisa. Prihodnost je v razvoju mobilnih sistemov, ustrezna oprema, informiranost in usposabljanje uporabnikov informacijskega sistema pa bodo pripomogli k sprejetju uporabe med medicinskimi sestrami.

Literatura

- Alexander, G.L., 2008. Analysis of an integrated clinical decision support system in nursing home clinical information systems. *Journal of Gerontological Nursing*, 34 (2), pp. 15–20.
- Ammenwerth, E., Rauchegger, F., Ehlers, F., Hirsch, B., Schaubmayr, C., 2011. Effect of a nursing information system on the quality of information processing in nursing: An evaluation study using the HIS-monitor instrument. *International Journal of Medical Informatics*, 80 (1), pp. 25–38.
- Biohelathmatics, n. d. Nursing information system; Dostopno na: <http://www.biohealthmatics.com/technologies/his/nis.aspx> [14. 8. 2014].
- Currel, R. & Urquhart, C., 2007. Nursing record systems: effects on nursing practice and health care outcomes (Review). *The Cochrane Library*, pp. 4.

Evatt, M., Ren, D., Tuite, P., Reynolds, C., Hravnak M., 2014. Development and implementation of an educational support process for electronic nursing admission assessment documentation. *Medsurg Nursnig*, 23 (2), pp. 89–95.

Gugerty, B., Maranda, M.J., Beachley, M., Navarro, V.B., Newbold, S., Hawk, S., et al., 2007. *Challenges and opportunities in documentation of the nursing care of patients.*: Documentation work group, Maryland nursing workforce commission, Baltimore; Available at: http://www.mbon.org/commission2/documentation_challenges.pdf [14. 8. 2014].

Ito, C., Satoh, I., Michica, H., Kitayama, Y., Miyazaki, K., Ota, S., et al., 1997. Reducing nurses'. Workload using a computerized nursing support system linked to the hospital information system. *Studies in Health Technology and Informatics*, 46, pp. 527–532.

Krel, C., 2013. *Modeliranje znanja zdravstvene nege za potrebe e-dokumentacije: magistrsko delo.* Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 69–95.

Kuo-Wei, S. & Cheng-Li, L., 2012. A mobile nursing information system based on human-computer interaction design for improving quality of nursing. *Journal of Medical Systems*, 36 (3), pp. 1139–1153.

Lu, C.H., Hsiao, J.L., Chen, R.F., 2012. Factor determining nurse acceptance of hospital information systems. *Computers Informatics Nursing*, 30 (5), pp. 257–264.

Ministrstvo za zdravje, Delovna skupina za pripravo predloga Strategije razvoja zdravstvene nege in zdravstvene oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od leta 2011 do 2020, 2011. *Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020.* Dostopno na: http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/strategija_razvoja_zn_2011-2020_okt_2011.pdf [12. 8. 2014].

Popović, S., 2009. Informatika in zdravstvena nega. V: Majcen Dvoršak, S. et al., eds. *Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč / 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije. Ljubljana, 11.–13. maj 2009.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 143E.

Prijatelj, V., 2000. Vloga vodstvenih medicinskih sester pri razvoju informacijskih sistemov. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 34 (5-6), pp. 197–199.

Prijatelj, V., 2005. Priložnost in ovire pri elektronskem zbiranju podatkov zdravstvene nege. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 39 (3), pp. 175–179.

Prijatelj, V., 2012. *Organizacijsko informacijski model preprečevanja napak v procesu zdravstvene nege: doktorska disertacija.* Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, pp. 17–18.

Prijatelj, V. & Črv, M., 2004. Načrtovanje in uvajanje informacijskega sistema zdravstvene nege. *Informatica Medica Slovenica*, 9 (1-2), pp. 63–67.

Rugelj, V. & Pogorelc, M., 2013. Uvedba e-ambulantnega kartona Ginekološke klinike Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. V: Klemenc, D., Majcen Dvoršak, S., Štemberger Kolnik, T., eds. *Moč za spremembe – medicinske sestre in babice smo v prvih vrstah zdravstvenega sistema: zbornik prispevkov z recenzijo. 9. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Brdo pri Kranju, 9. in 10. maj 2013.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babic, pp. 262–267.

Scherb, C.A., Maas, M.L., Head, B.J., Johnson, M.R., Kozel, M., Reed, D., et al., 2013. Implications of electronic health record meaningful use legislation for nursing clinical information system development and refinement. *International Journal of Nursing Knowledge*, 24 (2), pp. 93–100.

INFORMACIJE O UGOVORU VESTI

INFORMATION ON CONSCIENTIOUS OBJECTION

mag. Peter Požun, viš. med. teh., dipl. ekon. (UN), pred.

Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana

IZVLEČEK

Prispevek podaja temeljne informacije o ugovoru vesti, namenjene zdravstvenim delavcem, pacientom ter zdravstvenemu managementu. Ugovor vesti v zdravstvu je umeščen med človekove pravice. Naloga zdravstvenega managementa je, da ustrezno usklajuje pravico posameznega izvajalca do ugovora vesti ter pravico pacienta do zdravstvene storitve. Področja, kjer se najpogosteje uveljavlja ugovor vesti, so: splav, odvzem organov mrtvim dajalcem, genetsko svetovanje, in vitro fertilizacija, kontracepcija in zdravstvena nega pacientov z aidsom. Medicinska sestra in babica lahko uveljavljata ugovor vesti v neposredni zdravstveni ali babiški negi, ne moreta pa ga uveljavljati v posredni zdravstveni negi; študentje ga ne morejo uveljavljati pri pouku, razen neposrednega prisostvovanja postopkom. Kodeksi in zakoni prepovedujejo ugovor vesti v nujnih primerih.

Ključne besede: zdravstvena nega, medicinske sestre, babiška nega, babica, zdravstveni management

ABSTRACT

This paper provides some basic information on conscientious objection for healthcare professionals, patients and healthcare administrators. In healthcare, the right to conscientious objection is considered one of the basic human rights. It is the task of healthcare administrators to properly reconcile the right of healthcare professionals to conscientious objection with the right of patients to receive medical treatment. The right to conscientious objection is most commonly exercised in relation to abortion, harvesting organs from dead donors, genetic counselling, in vitro fertilisation, contraception and nursing AIDS patients. Nurses and midwives can exercise their right to conscientious objection in the direct provision of nursing or midwifery services but cannot exercise it in the indirect provision of healthcare services; students cannot exercise it in class, except for direct participation in procedures. Codices and laws prohibit the exercise of the right to conscientious objection in emergencies.

Key words: nursing, nurses, midwifery, midwife, healthcare administrators.

Uvod

V zadnjih letih vedno več objav napoveduje povečanje števila zdravstvenih delavcev, ki se bodo sklicevali na ugovor vesti ter zavračali izvedbo določenih del in nalog v zdravstveni oskrbi pacienta. Archi (2008) v članku »Splavi upadajo, število ugovornikov vesti narašča« poroča o nastopu ministra za zdravje Republike Italije, ki je ob zaključku mandata predložil parlamentu poročilo o splavih v Italiji. V poročilu je navedel, da je skokovito naraslo število ugovornikov vesti pri splavu, saj že vsak sedmi od desetih ginekologov ne izvaja splavov v praksi, štiri leta nazaj pa je bilo takšnih samo 58,7 %. Tudi število anesteziologov, ki uveljavljajo ugovor vesti pri izvajanju splava, je s 45,7 % naraslo na 50,4 %, pri nemedicinskem osebju z 38,6 % na 42,6 %. Grudina, et al. (2010) navajajo, da se je leta 2008 v Italiji za ugovor vesti odločilo 45,6 % medicinskih sester.

O aktualnosti vprašanja priča tudi dejstvo, da je Svet Evrope na 35. zasedanju 7. oktobra 2010, na pobudo poslanke Christine McCafferty iz Združenega kraljestva, razpravljal o poročilu o dostopnosti zakonite zdravstvene oskrbe za ženske – problemu neurejenosti uporabe ugovora vesti (Svet Evrope, 2010).

Ugovor vesti se na področju zdravstvenega varstva pojavi takrat, ko izvajalec zdravstvenih storitev zavrne izvajanje določenih storitev na podlagi verskih, moralnih ali filozofskih ugovorov. Medtem ko Komite za socialne zadeve, zdravje in družino priznava pravico posameznika do ugovora vesti, je obenem globoko zaskrbljen zaradi vse pogostejšega in neurejenega pojava prakse uveljavljanja ugovora vesti, zlasti na področju reproduktivnega zdravstvenega varstva, v mnogih državah članicah Sveta Evrope. Treba je najti ravnotežje med pravico do ugovora vesti posameznika, da ne izvede določenega postopka v procesu zdravljenja ali diagnostike, in med poklicno odgovornostjo in pravico vsakega pacienta do pravočasne in zakonite zdravstvene oskrbe. Parlamentarna skupščina Sveta Evrope naj tako države članice pozove k razvoju celovitih in jasnih predpisov, ki bodo določali in urejali ugovor vesti v zvezi z zdravjem in zdravstvenimi storitvami, vključno s storitvami reproduktivnega zdravja, zagotoviti pa mora tudi nadzor in spremljanje izvajanja ugovora vesti, vključno z učinkovitimi mehanizmi za odzivanje. Skupščina tudi priporoča, da naj Odbor ministrov posreduje navodila pristojnim odborom in/ali drugim pristojnim organom Sveta Evrope, da pomagajo državam članicam pri razvoju teh predpisov in vzpostaviti takega nadzora ter nadzornih mehanizmov (Svet Evrope, 2010).

Medicinske sestre in drugi zdravstveni delavci imajo dolgoletno tradicijo ugovora vesti. Strokovna združenja so v tem času sprejela ustrezne politike ravnanja

profesionalcev v teh primerih, zapisane v profesionalnih kodeksih ali poklicnih standardih. Politike, vključno s standardi Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (Joint Commissionon on the Accreditation of Healthcare Organizations, 2010) so osredotočene na to, da se pacientom zagotovi ustrezena nadomestna zdravstvena oskrba. Ti standardi so doslej dobro učinkovali v smislu, da je posamezni izvajalec lahko izločen iz postopka, medtem ko je pacientom dostopna vsa zdravstvena oskrba, kar se šteje za družbeno sprejemljivo in je izraženo v zakonodaji in socialno-zdravstveni politiki. Vendar je v zadnjih letih mogoče opaziti ogroženost dostopnosti teh sprejetih postopkov za paciente. Obstajata dve nevarnosti. Prva je, da bo zdravljenje preprosto zavrnjeno, kot v primeru zavnitve farmacevtov, da izvršijo naročilo na receptu, druga nevarnost pa je bolj zahrbtna, saj vključuje stigmatizacijo doslej družbeno sprejemljivega posega – zdravljenja (Olsen, 2007).

Ugovor vesti – širši družbeni kontekst

Evropska konvencija o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin, ki jo je sprejel Svet Evrope¹ v 9. členu: Svoboda mišlenja, vesti in vere določa, da se pravica do ugovora vesti prizna v skladu z nacionalnimi zakoni, ki urejajo uresničevanje te pravice (Listina Evropske unije o temeljnih pravicah, 2007).

Ugovor vesti je ugovor glede lastne uresničitve opravljanja kakšnega dejanja, službe, izvirajoč iz vesti (Kravos, 2002). Ugovor vesti sodi med oblike t. i. neposlušnosti z določenimi pravnimi in/ali političnimi akti. Pri ugovoru vesti posameznik ravna v skladu s svojo individualno vestjo, to je praviloma ne-javno dejanje, praviloma zasnovano na moralnem, religioznem ali drugačnem prepričanju posameznika. Pravo lahko ugovor vesti v omejenem obsegu dopusti. Omejiti pa ga mora z opredelitvijo področja njegovega uveljavljanja ter s prepovedjo oporečnikovega poseganja v pravice drugih subjektov (Šelih, 2001). Pravico do ugovora vesti lahko uveljavlja vsaka oseba, ki meni, da je neko s pravno normo predpisano ravnanje zanje moralno nesprejemljivo (Pinter, 2007).

Razlogi za ugovor vesti so (Zupančič – Žnidaršič, 1998) moralno-etični, religiozni, strokovno-deontološki ali demografski. Cerar (2007) navaja, da je ugovor vesti v nekaterih vidikih podoben državljanski neposlušnosti, podobnost je v posameznikovem nestrinjanju s pravnimi zapovedmi ali prepovedmi ter v tem, da ugovor vesti posameznik uveljavlja zavestno, praviloma nenasilno in v »skrajnem

¹ Svet Evrope jo je sprejel 4. novembra 1950, v veljavo pa je stopila 3. septembra 1953. Slovenija je konvencijo podpisala 4. maja 1993 in ratificirala 28. junija 1994.

primeru«, tj. ko nima (več) na voljo nobenih pravnih sredstev za uveljavitev svojih moralnih stremljenj, pri čemer pristaja tudi na možnost, da ga doletijo pravne sankcije. Toda za razliko od državljanske neposlušnosti je za ugovor vesti značilno, da posameznik tu ravna zgolj v skladu s svojo osebno moralo in se torej ne sklicuje na večinski občutek za pravičnost ali katero drugo občo vrednoto. S tem je povezana tudi druga posebnost ugovora vesti, in sicer ta, da tu ne gre za javno dejanje ali delovanje posameznika. To sicer ne pomeni nujno, da ostane javnosti takšno dejanje prikrito, pač pa pomeni, da posameznik z ugovorom vesti pač zavestno uveljavlja le svoje individualno moralno prepričanje, ne glede na to, ali mu pri tem kdo sledi ali ne. Prav ta moralna pogojenost posameznikovega ugovora vesti pa je tudi dodaten razlikovalni znak v razmerju do državljanske neposlušnosti, kajti ugovor vesti ni izraz nekih (splošnih) političnih načel in zahtev.

Ugovor vesti v zdravstvu – normativni vidik

Ugovor vesti v zdravstvu je lahko definiran kot zavrnitev katerega koli člena zdravstvenega tima, da sodeluje v posameznih postopkih oskrbe pacienta na osnovi svoje vesti (Dickens, 2001). Pravica do ugovora vesti je pravica vsakega zdravstvenega delavca, da se odpove sodelovanju pri določenih posegih (Dickens & Cook, 2000). Ugovor vesti ima med zdravniki daljšo veljavo in prepoznavnost kot med babicami in medicinskim sestrami. Vendar imajo te enako pravico, da se odrečejo sodelovanju med samim postopkom (Kane, 2009).

Večina profesionalnih združenj zdravstvenih delavcev je sprejela lastne etične kodekse, ki služijo kot usmeritve članom o standardih ravnanja. Na podlagi teh načel so sprejeta stališča, ki se razlikujejo glede na to, ali primarno naslavljajo pravice pacientov v primerjavi s pravicami izvajalcev (Bealin & Cappiello, 2008).

V Sloveniji ima po Zakonu o zdravstveni dejavnosti (2008) zdravstveno osebje – ne le zdravniki, tudi medicinske sestre in babice ter študentje – (člen 56) pravico do ugovora vesti, če sodi, da poseg ni v skladu z njegovo vestjo in mednarodnimi pravili medicinske etike. Pravico do ugovora vesti kot moralno pravico in dolžnost za slovenske medicinske sestre, zdravstvene tehnike in babice opredeljuje tudi Kodeks medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, ki v 5. načelu določa, da medicinska sestra lahko odkloni izvedbo postopka ali posega, če sodi, da ta ni v skladu z njeno vestjo ali mednarodnimi pravili medicinske etike (Zbornica zdravstvene nege – Zveza društevmedicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2011a).

V državah članicah Evropske unije (EU) zdravstveno osebje ne more zavrniti opravljanja nujne medicinske pomoči. Nekatere države članice imajo tudi ustrezne nadzorne mehanizme, da olajšajo ženskam dostop do legalnih zdravstve-

nih storitev. Ukrepi zahtevajo, da tisti zdravstveni delavci, ki uveljavljajo ugovor vesti, to prijavijo svojemu delodajalcu ter da morajo zdravstvene institucije zagotoviti razpoložljive usposobljene in voljne izvajalce storitev (EUNIEFR, 2005).

Ugovor vesti – pravica ali dolžnost?

S pravnega vidika najpogosteje govorimo o pravici do ugovora vesti. Na ravni prava se ugovor vesti, kolikor ga pravo dopušča, resnično kaže in opredeljuje kot pravica, tj. kot pravno zavarovana možnost nekega ravnanja – v tem primeru ravnanja, ki pomeni izjemen in doposten odstop od splošne pravne ureditve, in sicer zgolj na podlagi posameznikovega sklicevanja na lastno vest. Ker pa je vest v racionalni refleksiji moralna pojavnost (ki je seveda tudi izraz globljih, npr. duhovnih, religioznih teženj posameznika), je seveda tudi ugovor vesti v svoji avtentični pojavnosti moralna kategorija. Ker pa je morala področje specifičnih (moralnih) dolžnosti (in ne pravic, čeprav se pogosto – kar je seveda zmotno – govoriti tudi o »moralnih pravicah«), tudi za ugovor vesti velja, da ta v svoji avtentični pojavnosti ni (pravna ali »moralna«) pravica, pač pa je moralna dolžnost. To praktično pomeni, da posameznik v primeru, ko mu vest nalaga neko protipravno dejanje, čuti in ozavešča moralno dolžnost, da to dejanje tudi stori. Ker pa je pri tem v konfliktu s pravom in tako torej tudi s svojo pravno zavestjo, bosta pač njegova dokončna odločitev in ravnanje odvisna od tega, kaj bo v njem prevladalo: ali občutek in zavest o njegovi moralni dolžnosti, ali zavest o tem, da je zavezani spoštovati pravo, ali pa seveda zgolj strah pred pravno sankcijo (Cerar, 2007).

Ugovor vesti je označba za dejanje, ki je v načelu protipravno. Razlog oziroma motiv za takšno protipravno ravnanje, ki izvira iz posameznikove osebnostne in moralne razsežnosti, postane s priznanjem pravice do ugovora vesti tudi pravno upoštevan. Dolžnosti, ki jo posamezniku narekuje pravna norma, ta zaradi svojega subjektivnega odnosa do nje zavestno ni pripravljen izpolniti. Pravica do ugovora vesti »de iure« dopušča možnost, da v določenem primeru posameznikov moralni imperativ, ki mu ga narekuje njegova vest ali drugo prepričanje, prevlada nad imperativno pravno normo (Vernik, 2000).

Ugovor vesti v odnosu do drugih

Človek z uveljavljanjem ugovora vesti posega v širši krog, kot pa je njegova intimna zasebnost. Vernik (2000) meni, da posameznik s tem izvrševanjem ne ostaja več zgolj na ravni svoje osebne sfere, ampak iz razlogov, ki iz nje izvirajo, posega v javno sfero, tako da se ne pokori pravni normi. Hkrati pa lahko upravičenec do ugovora vesti ob uresničevanju te pravice zadane tudi ob pravne interese ali pravi-

ce drugih posameznikov.

Človek naj bi imel v družbenem sistemu toliko svobode, da se v najpomembnejših etičnih in moralnih vprašanjih lahko sam odloča. Kravos (2002) & Dickens (2009) pravita, da so vse svoboščine omejene s pravicami in svoboščinami drugih, pa tudi zakonsko. S tem se strinja tudi Kane (2009), ki navaja, da se pacientke velikokrat srečujejo z osebjem, ki ne želi nikakršnega sodelovanja, povezanega z umeitno prekinitevijo nosečnosti, kar naredi vzdušje in odnose še bolj hladne in mučne. Martinez (2007) pravi, da ugovor ni absolutna pravica biti oproščen več dolžnosti, temveč je treba upoštevati tudi profesionalne dolžnosti ter dolžnosti, ki jih imajo institucije do prebivalstva.

Opredelitev ugovora vesti v etičnih kodeksih

Kodeks medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije v besedilu določil kodeksa ugovora vesti posebej ne izpostavlja. V podoglavlju omejitev določb V. načela, ki določa, da medicinska sestra nudi pacientu kompetentno zdravstveno nego, podaja, da lahko medicinska sestra odkloni izvedbo postopka ali posega, če sodi, da ni v skladu z njeno vestjo ali mednarodnimi pravili etike (Zbornica zdravstvene nege – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2006) (prim.: Zakon o zdravstveni dejavnosti, 2008): »Zdravstveni delavec lahko odkloni zdravstveni poseg, če sodi, da ni v skladu z njegovo vestjo in z mednarodnimi pravili medicinske etike«; tu ima besedilno skoraj enako določbo). Ob tem ne sledi pojasnilo, da gre za t. i. ugovor vesti. V nadaljevanju kodeks določa obvezo, ki jo samo povzema po določbi Zakona o zdravstveni dejavnosti (2008) (»Zdravstveni delavec mora o svojem ugovoru vesti obvestiti zdravstveni zavod«).

Babice so v slovenskem prostoru še nedavno uporabljale Mednarodni kodeks etike za babice, ki je prevod kodeksa Mednarodnega sveta babic. Kodeks določa, da lahko babica odkloni sodelovanje v postopkih, do katerih ima globoke moralne pomisleke. V primeru ugovora vesti babice nobena ženska ne sme biti prikrajšana za babiško oskrbo (Zbornica zdravstvene nege – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2005). Mednarodni kodeks etike za babice je tako bolj konkreten in zavezujč v primerjavi s kodeksom etike za medicinske sestre.

Novi Kodeks etike za babice² Slovenije, ki je bil sprejet na skupščini Zbornice

2 Babica v slovenskem prostoru zajema vse dosedanje strokovne nazive v zvezi s poklicem babice: medicinska sestra – babica, višja medicinska sestra s specializacijo iz porodniške zdravstvene nege, diplomirana babica, diplomirani babičar, magister/magistra babištva). (Zbornica

zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije na redni skupščini 2011 v zvezi z ugovorom vesti v četrtem načelu (»Babica je v okviru svojih poklicnih pristojnosti samostojna. Dolžna je izvajati kakovostno in varno babiško nego, utemeljeno na raziskavah, ter je za to moralno, etično, strokovno in pravno odgovorna«) določa tudi omejitve v zvezi z ugovorom vesti: babica lahko odkloni babiško nego ali sodelovanje pri zdravstveni obravnavi, kadar meni, da je to zanjo etično ali versko nesprejemljivo (ugovor vesti). Zavrne tudi izvedbo posegov in/ali postopkov, za katere nima ustreznih strokovnih znanj in izkušenj. Ob tem posamezniki, ki jih obravnava, ne smejo biti prikrajšani (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije 2011b).

Kodeks Mednarodnega sveta medicinskih sester (International Council of Nurses – ICN) je še nedoločnejši, kar je glede na to, da je ICN globalna mednarodna organizacija, ki vključuje medicinske sestre iz 135 držav sveta, razumljivo. V preambuli določa, da je v zdravstveno nego neločljivo povezano spoštovanje človekovih pravic, vključno s kulturnimi pravicami, pravico do življenja in pravico do izbire ter do spoštovanja, in da je posameznik obravnavan s spoštovanjem (ICN, 2006).

Strokovne meje uveljavljanja ugovora vesti

Ugovoru vesti, ki ga uveljavljajo medicinske sestre, je treba ugoditi, toda medicinske sestre ne smejo ugovarjati izvajanju indirektne zdravstvene nege pacientov. Študenti medicine in zdravstvene nege ne smejo zavračati izobraževanja o postopkih, v katerih ne želijo sodelovati, toda lahko uveljavljajo ugovor vesti za njihovo izvajanje pod nadzorom mentorja (Dickens & Cook, 2000). V izrednih razmerah, ali če obstaja neposredna nevarnost za življenje pacienta, morajo medicinske sestre zagotoviti potrebno pomoč in dati na stran vsa nasprotja z njihovimi lastnimi moralnimi sodbami ali etiko (Sasso, 2008).

Vsaka babica mora biti pri svojem delu pripravljena skrbeti za žensko pred, med in po umetni prekinitti nosečnosti ter ji tako nuditi vso babiško nego, ki jo potrebuje (Kane, 2009). Babica ima pravico do ugovora vesti samo za neposredno vključenost v postopke prekinitev nosečnosti, bodisi kirurško ali medikamentozno. Ugovor vesti babice ne izključuje iz obveznosti, da posreduje ženski polne in nepristranske informacije pred in v nadaljevanju prenatalnega skrininga ali testi-

ranja, dolžnosti, da je dobro seznanjena z vsemi postopki prenatalne diagnostike, ki se izvaja v bolnišnici, kjer je zaposlena, iz odgovornosti, da izvaja strokovno oskrbo ženske, ki je v postopkih prenatalnega diagnosticiranja, pred in v nadaljevanju prekinitve nosečnosti ter je ne izključuje iz obveznosti, da sodeluje v nujnih postopkih, ki so potrebni za ohranitev življenja ženske, ne glede na izid za fetus (Royal College of Midwives, 1997).

Podobno stališče je podal tudi Nursing and midwives council (NMC): medicinska sestra ali babica mora skrbno pretehtati odločitev, ali bo sprejela zaposlitev na področjih, kjer se izvajajo postopki ali zdravstvena oskrba, za katero bi lahko imeli ugovor. Če se odločijo uveljaviti ugovor vesti za sodelovanje v nekaterih vidikih oskrbe ali zdravljenja, morajo to storiti čim prej, da bi lahko management to uredil drugače. V nekaterih okoliščinah lahko to pomeni zagotoviti ustrezeno sestovanje osebju, ki je vključeno v takšno odločitev posameznika. Medicinske sestre in babice nimajo pravice, da zavrnejo sodelovanje v izvajanju nujne zdravstvene oskrbe. V vsakem nujnem primeru se od njih pričakuje, da zagotovijo ustrezeno oskrbo. Kodeks NMC eksplisitno določa: »Morate biti sposobni, da demonstrirate, da ste delovali v najboljšem interesu pacienta, če ste nudili oskrbo v nujnem primeru« (Nursing and midwifery council, 2008). V Sloveniji zakon o zdravstveni dejavnosti ugovor vesti absolutno prepoveduje na področju nudenja nujne medicinske pomoči (Požun, 2012).

Delodajalci in ugovor vesti

Bolnišnice ne morejo uveljavljati ugovora vesti kot institucija niti ne smejo diskriminirati zaposlenih kandidatov za zaposlitev, ki bi uveljavljali ugovor vesti (Dickens & Cook, 2000).

Standardi Joint Commission za akreditacijo bolnišnic (2010) določajo, da morajo imeti bolnišnice sprejete standarde za priznanje pravic zaposlenim, da ne sodelujejo v določenih aktivnostih zdravstvene oskrbe pacientov ter da imajo izdelane politike in postopke za ravnanje v teh primerih, ki zagotavljajo, da zdravstvena oskrba pacientov ne bo prizadeta (Beal & Cappiello, 2008). V poglavju priporočil Joint Commission navaja, da naj bo vprašanje ugovora vesti tudi del zaposlitvenega intervjuja s kandidatom. Če kandidat pričakuje odobritev ugovora vesti, pa to s strani delodajalca ni možno, potem lahko delodajalec kandidatu svetuje drugo možnost zaposlitve.³ Prav tako je treba kandidata seznaniti, da bo v primeru nujnih postopkov od njega zahtevano izvajanje postopkov ali oskrbe pacienta,

³ V besedilu standarda ni določeno ali pri njem ali drugje.

ne glede na njegova kulturna, etična ali verska prepričanja (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations, 2010).

Bolnišnica, ki ima akreditacijo, mora imeti napisane politike, ki navajajo področja zdravstvene oskrbe, oziroma postopke, ki bi lahko bili v konfliktu z verskimi, moralnimi ali etičnimi prepričanji zaposlenih in navedena dovoljenja za izključitev iz teh postopkov. Akreditirana bolnišnica mora imeti izdelane protokole, po katerih je prošnja za uveljavitev ugovora vesti obravnavana, in postopke ravnanja, ko je prošnja odobrena, da se pacientom zagotovi kakovostna zdravstvena oskrba (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations, 2010).

Razprava

Področja, kjer se najpogosteje uveljavlja ugovor vesti, so po pregledu tuje in domače literature najpogosteje pri splavu, pri odvzemu organov mrtvim dajalcem, nato pri prenatalnem in genetskem svetovanju, pri oploditvi z biomedicinsko pomočjo, pri predpisovanju tablet za kontracepcijo, pri zdravljenju obolelih za aidsom, pri plastičnih – estetskih operacijah, ki niso posledica poškodb ali bolezni (Požun, 2012).

Medicinska sestra in babica lahko uveljavljata ugovor vesti samo v neposredni zdravstveni ali babiški negi, medtem ko ugovora vesti ne moreta uveljavljati v posredni zdravstveni ali babiški negi. Prav tako študentje ne morejo uveljavljati ugovora vesti v pouku, razen neposrednega prisostvovanja postopkom. Vsi kodeksi in zakoni pa vsem zdravstvenim delavcem prepovedujejo uveljavitev ugovora vesti v nujnih primerih.

Nekateri medicinski postopki, ki jih izvajajo zdravniki, zahtevajo tudi sodelovanje medicinske sestre, za katero pa je tak poseg v nasprotju z njeno vestjo. Večina zakonodaje omogoča medicinskim sestrám uveljavljanje ugovora vesti za neposredno sodelovanje v postopkih splava in sterilizacije, morda celo sodelovanje v takojšnji pooperativni zdravstveni negi ali urejanje operacijske dvorane, kjer se je izvedel splav. Ne sme pa jim biti dovoljeno, da nasprotujejo skrbi za paciente, ko se ti pripravljajo za operacijo, npr. serviranje hrane ali zagotavljanje stabilizacije pacientovega stanja pred operacijo ter zavračanje nadaljnje pooperativne oskrbe.

Pri iskanju zaposlitve v bolnišnici ali kliniki, kjer se opravlja splavi in sterilizacije, lahko bodoči delodajalec kandidate vpraša, ali so pripravljeni sodelovati pri vseh medicinskih postopkih, ki se tam opravlja; negativen odgovor ima lahko za posledico nezaposlitev. Bolnišnice ali klinike v politiko zaposlovanja ne morejo vključevati sistemskie diskriminacije na podlagi verskih ali drugih razlogov, ven-

dar je njihova primarna dolžnost zagotavljati, da pacienti prejmejo ustrezeno in potrebno zdravstveno oskrbo. Če tako npr. velik del njihovih uslužbencev uveljavlja ugovor vesti, morajo zaposlovati nove medicinske sestre, ki nimajo ugovora vesti. To pomeni, da postane pripravljenost kandidata za sodelovanje v teh postopkih »bona fide« (v dobri veri) zahteva, ki upravičuje zavrnitev drugih, sicer ustreznih kandidatov za zaposlitev, ki pa uveljavljajo ugovor vesti (Dickens 2001).

Management je zavezani upoštevati zakonodajo, ki ureja razmerja med delavci, delodajalcji in managementom, saj gre pri delu zaposlenih v organizacijah za vedeni in odvisno dejavnost, ki je urejena s pravili delovnega prava, vendar pa ne sme biti ovira za učinkovito izvajanje dejavnosti, s katero se ukvarja organizacija (Vodovnik, 2001).

Za medicinske sestre in management je pomembno, da tedaj, ko pride do konflikta med potrebeno zdravstveno oskrbo pacienta in individualnimi pravicami in dolžnostmi medicinske sestre, poznajo zakonske osnove in posledice ugovora vesti. Obstaja veliko razlogov, zaradi katerih bi lahko medicinska sestra zavrnila skrb za pacienta. Manager se mora zavedati povezave med moralnimi dilemami na področju zdravstvenega varstva in pravico izvajalcev, da zavrnejo sodelovanje v nekaterih zanje spornih postopkih, kakor tudi drugih strokovnih in etičnih razlogov, ki so lahko vzrok zavrnitvi, kot so pomanjkanje usposabljanja ali utrujenost, ki lahko vodi do tega, da medicinska sestra zavrne dodelitev oskrbe pacienta (Cady, 2008).

Sklep

Število zdravstvenih delavcev, ki uveljavljajo ugovor vesti, je v porastu. Glede na zakonske obveznosti managementa do zaposlenih na eni strani ter obveznosti, da uporabnikom zagotavljajo pravice do zdravstvenih storitev, lahko to v bodoče pripelje do večjih težav, morda celo do bolj ostrih zakonskih opredelitev pravice do ugovora vesti v odnosu do pravice posameznika do ustrezne, pravočasne in ka-kovostne zdravstvene storitve.

Zaščita pravice ugovora vesti izvajalcev zdravstvene dejavnosti, uravnotežena z zaščito pravice pacientov do dostopa do informacij ter do storitve, lahko varuje obe pravici. Ali bo to tudi v prihodnje politično in družbeno sprejemljivo, bomo še videli.

Tako kot so narodi postali bolj etnično in versko raznoliki in tako kot sta znanost in medicina razvili nove zdravstvene intervencije, se pojavljajo tudi nove oblike ugovora vesti. Ugovor vesti ni samo vprašanje posameznikov, je vprašanje stroke in širše družbe. Preučevanje tega pojava in institucionalni odzivi so potrebni za zaščito pacientov, da bi ne nosili bremen opravičevanja profesionalcev, ki ne

želijo več opravljati svojih običajnih storitev.

Literatura

- Arachi, A., 2008. *Aborti in calo, crescono gli obiettori*. Available at: http://www.corriere.it/cronache/08_aprile_23/aborto_obiettori_36cede76-1101-11dd-b319-00144f486ba6.shtml [22.12.2010].
- Beal, M.W., Cappiello, Y., 2008. Professional Right of Conscience. *Journal of Midwifery & Women's Health* 53 (5), pp. 406–410.
- Cady, R.F., 2008. Refusal to care. *JONA'S Healthcare Law, Ethics and Regulation* 10 (2), pp. 42–47.
- Cerar M., 2007. *Ugovor vesti – pravica ali dolžnost*. Dostopno na: <http://www.iusinfo.si/Dnevnevsebine/kolumna.aspx?id=10227> [19.12.2009].
- Dickens, B.M., 2001. Reproductive Health Service and the Law and Ethics of Conscientious Objection. *Medicine and Law*, 20 (2), pp. 283–293.
- Dickens, B.M., 2009. Legal protection and limits of conscientious objection: when conscientious objection is unethical. *Medicine and Law* 28 (2), pp. 337–47.
- Dickens, B.M., Cook, R., 2000. The Scope and Limits of Conscientious Objection. *International Journal of Gynaecology Obstetrics* 71 (1, suppl.), pp. 71–77.
- EUNIEFR – E: U: network of independent experts on fundamental rights. 2005. *Opinion s' 4: The right to conscientious objection and the conclusion by EU member states of concordats with the Holy see*. Available at: http://ec.europa.eu/justice_home/cfr_cdf/doc/avis/2005_4_en.pdf [10.12.2009].
- Grudina, K., Žvanut, B., Trobec, I., 2010. Neskladja med poklicno etičnimi in pravnimi normami – primer italijanske zakonodaje. *Obzornik zdravstvene nege* 44 (4), pp. 284–285.
- ICN – International Council of Nurses, 2006. *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Geneve: International Council of Nurses.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations, 2010. Standards, Intents, and Examples for Managing Staff Request. V: *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals (CAMH): The Official Handbook*, Washington, DC: Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations.
- Kane, R., 2009. Conscientious Objection to Termination of Pregnancy: The Competing Rights of Patients and Nurses. *Journal of Nursing Management* 17 (7), pp. 907–912.
- Kravos, A., 2002. *Ugovor vesti in zdravnik družinske medicine*. Dostopno na: http://www.drmed.org/javne_datoteke/novice/datoteke/482-20-kravosc131-138.DOC [19.12.2009].
- Listina Evropske unije o temeljnih pravicah. 2007. Dostopno na: <http://eur-lex.europa.eu/noticeN.do?val=470139:cs&lang> [9.12.2009].
- Martinez, K., 2007. Medicine and Conscientious Objection. *AnSistSanitNavar* 30 (2), pp. 215–223.
- Nursing and Midwifery Council, 2008. „*Advice Sheet - Conscientious objection*“. London, <http://www.nmc-uk.org/Nurses-and-midwives/Advice-by-topic/A/Advice/Conscientious-objective/> [23.12.2010].
- Olsen, D., 2007. Editorial Comment. *Nursing Ethics* 14 (3), pp. 277–279.

- Pinter, Ž., 2007. „Ugovor vesti: pravica ali dolžnost.“ Revija ISIS, pp. 3-4.
- Požun, P., 2012. *Management pravice ugovora vesti med slovenskimi medicinskimi sestrami in babičami: magistrsko delo*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management.
- Royal College of Midwives, 1997. „Position Paper No 17 – Conscientious Objection“. The Royal College of Midwives. www.rcm.org.uk [14.12.2009].
- Sasso, L., Stievano, A., Gonzales Maximo, J., Rocco, G., 2008. Code of Ethics and Conduct for European Nursing. *Nursing Ethics* 15 (6), pp. 821–836.
- Svet Evrope, 2010. *Women's Access to Lawful Medicinal Care: The Problem of Unregulated Use of Conscientious Objection*. Poročilo Parlamentarni skupščini, Svet Evrope.
- Šelih, A., 2001. Razhajanja med poklicno etičnimi in pravnimi normami (teze). *Zdravniški vestnik* 70 (9), pp. 463–64.
- Vernik, B., 2000. Pravica do svobode vesti in do ugovora vesti. *Dignitas*, 5/6, pp. 86–108.
- Vodovnik, Z., 2001. *Poglavlja iz delovnega in socialnega prava*. Koper: Visoka šola za management.
- Zakon o zdravstveni dejavnosti (neuradno prečiščeno besedilo – ZZDEJ-NPB3, 2008). Dostopno na: http://www.dz-rs.si/wps/portal/Home/deloDZ/zakonodaja/izbranZakonAkt?uid=46A2BAD222CA803BC12573F00038A0F6&db=urad_prec_bes&mandat=VI [12.8.2011].
- Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babcic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2005. *Mednarodni kodeks etike za babice*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babcic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babcic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2011a. *Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babcic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babcic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2011b. *Kodeks etike za babice Slovenije*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babcic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Zupančič, K., Žnidaršič V., 1998. Ugovor vesti zdravstvenih delavcev glede na prekinitev nosečnosti. In: *Pravo in medicina*, ur. Polajnar-Pavčnik A & Wedam-Lukić D. Ljubljana: Cankarjeva založba, pp. 212–217.

MULTIKULTURALIZEM V ZDRAVSTVENI NEGI

MULTICULTURALISM IN NURSING

*Helena Kristina Halbwachs, viš. med. ses., univ. dipl. org.
Sinnergy e.U.*

IZVLEČEK

Multikulturalizem je doktrina, ki omogoča, da ljudje različnih kultur, veroizpovedi, moralnih in drugih prepričanj, živijo v miru in sožitju drug z drugim. Pisanost današnje družbe se odraža tudi v zdravstveni negi; v njej se je kot odgovor razvila transkulturna zdravstvena nega, za katero morajo biti izvajalci kulturno kompetentni. Namen prispevka je seznaniti s pojmi transkulturne zdravstvene nege in kulturne kompetentnosti ter sprožiti razmišljanje o lastni kulturni kompetentnosti. Prav gotovo je smiselno tudi v slovenski zdravstveni negi sprejeti ukrepe za negovanje kulturne kompetentnosti ter opraviti več raziskav na tem področju.

Ključne besede: transkulturna zdravstvena nega, kulturna kompetentnost, spoštovanje različnosti

ABSTRACT

Multiculturalism is a doctrine that enables people of different cultures and religions with different moral and other beliefs to coexist in peace and harmony. The diversity of today's society is also reflected in nursing, resulting in the development of transcultural nursing, which requires nursing professionals to have a certain level of cultural competence. The purpose of this paper is to explain the concepts of transcultural nursing and cultural competence and encourage the reader to reflect on their own cultural competence. It would certainly be sensible to take measures in Slovenia to cultivate cultural competence and research this area more thoroughly.

Key words: transcultural nursing, cultural competence, respecting diversity.

Uvod

Živimo v družbi, ki je vse bolj raznolika. Po eni strani postaja svet globalna vas in vedno pogosteje se srečujemo z ljudmi drugih ras, kultur, prepričanj. Po drugi

strani imamo zaradi močnih družbenih sprememb in različnih vplivov, kot so npr. nove tehnologije in dostop do množice informacij, čedalje bolj različne poglede na življenje, različna mnenja, vrednote. Na osnovi teh družbenih sprememb se je razvil multikulturalizem, ki postaja vse bolj pomembna doktrina tudi v zdravstvu in v zdravstveni negi. Transkulturna zdravstvena nega v skladu z doktrino multikulturalizma omogoča, da prilagodimo zdravstveno nego kulturnim potrebam, zahteva pa kulturno kompetentnost izvajalcev zdravstvene nege.

Namen tega prispevka je predstavitev osnov multikulturalizma ter transkulturne zdravstvene nege. Poseben poudarek je na kulturni kompetentnosti izvajalcev zdravstvene nege. Cilj prispevka je ozavestiti problematiko multikulturalizma ter sprožiti razmišljjanje o lastni kulturni kompetentnosti.

Multikulturalizem

Multikulturalizem je relativno nov pojem, za katerega ni popolnoma enotnih definicij. V slovarjih se pojavlja šele v zadnjih dveh, treh desetletjih. Nekateri slovarji ga definirajo kot doktrino, ki omogoča, da lahko več različnih kultur živi v sožitju in miru v neki državi (Random House Kernerman Webster's College Dictionary, 2010), drugi kot politično prakso, ki zagotavlja enakopravno obravnavo in zagotavljanje kulturnih potreb vseh skupin v neki družbi, s posebnim poudarkom na pravicah manjšin (Webster's New World College Dictionary Copyright, 2010). Ob tem je treba omeniti, da ta izraz kot skupin v neki družbi ne pojmuje le določenih narodnostnih kultur, temveč vedno bolj tudi skupine, ki jih povezujejo druge značilnosti, kot so npr. religija, spolna usmerjenost, določena filozofska in druga osebna prepričanja.

Zanimivo je, da v Slovarju slovenskega knjižnega jezika tega izraza ni moč najti (Slovar slovenskega knjižnega jezika, 2014). Tudi v javnem življenju se o multikulturalizmu v Sloveniji bolj malo govorji, kljub temu da živi na majhnem območju razmeroma veliko različnih skupin. Tako imamo ustavno in zakonsko kot narodne manjšine priznane narodne skupnosti Italijanov, Madžarov in Romov, poleg številnih narodnih skupnosti, ki so razmeroma številčnejše (Albance, Bošnjake, Črnogorce, Hrvate, Makedonce in Srbe), vendar nimajo narodno-manjšinskega statusa. Imamo tudi 42 uradno registriranih verskih skupnosti, čeprav je večina prebivalstva (ca. 57 %) pripadnikov katoliške vere (Urad za verske skupnosti, 2014). Ne smemo zanemariti tudi dejstva, da Slovenija postaja vse bolj pomembna kot ciljna država za mnoge tuje državljanje, kar kaže podatek, da se je v letih 2008–2013 v Slovenijo priselilo skoraj 78.000 tujih državljanov (Dolenc, 2013). Če k temu prištejemo še raznolikost glede na filozofska, osebna, socialna prepričanja,

lahko mirno navedemo, da smo tudi v Sloveniji precej pisana kulturna druščina, čeprav v primerjavi z drugimi evropskimi in predvsem severnoameriškimi državami še vedno relativno homogena.

Transkulturna zdravstvena nega

Tudi v zdravstveni negi ne moremo mimo dejstva, da se stalno in čedalje bolj soočamo z različnimi skupinami ljudi, tako glede na raso in narodnost kot na religijo, spolno usmerjenost, prepričanja itd. Naša zakonodaja zagotavlja vsem pacientom enakopravno, kakovostno in varno zdravstveno oskrbo, ki sloni na naslednjih načelih:

- spoštovanje vsakogar kot človeka in spoštovanje njegovih moralnih, kulturnih, verskih, filozofskih in drugih osebnih prepričanj,
- spoštovanje telesne in duševne celovitosti ter varnosti,
- varstvo največje zdravstvene koristi za pacienta, zlasti otroka,
- spoštovanje zasebnosti,
- spoštovanje samostojnosti pri odločanju o zdravljenju,
- spoštovanje človekove osebnosti in dostenjanstva, tako da nihče ni socialno zaznamovan zaradi svojega zdravstvenega stanja in vzrokov, posledic ter okoliščin tega stanja ali zdravstvene oskrbe, katere je bil zaradi tega deležen (Osnovne pravne ureditve s področja zdravstvenega varstva in javnega zdravlja, 2009).

V izrazito multikulturalnih državah, kot so npr. ZDA, Kanada, Avstralija, Velika Britanija, se je kot odgovor na multikulturalizem že konec petdesetih let razvila transkulturna zdravstvena nega kot posebno področje; predstavlja tako specialistično kot splošno področje zdravstvene nege. Njena pionirka Madeleine Leininger jo definira kot znanost in prakso, ki se v povezavi z zdravstveno nego osredotoča na kulturne vrednote, prepričanja in navade posameznikov ali skupin iz različnih kultur. Kot medicinska sestra in kasneje doktorica antropologije je že zelo zgodaj prepoznała potrebo po zdravstveni negi, prilagojeni različnim kulturnim potrebam. Je avtorica prvih učbenikov na tem področju. Že leta 1966 je na Univerzi za zdravstveno nego v Koloradu vpeljala transkulturno zdravstveno nego kot univerzitetni predmet. Za svoje delo na tem področju je leta 1998 prejela prestižno nagrado »Living Legend« ameriške akademije zdravstvene nege (Murphy, 2006).

Danes velja, da je transkulturna zdravstvena nega specialistično področje zdravstvene nege, razvito v skladu z globalizacijo in čedalje večjo migracijo ljudi v so-

dobnem svetu, katere cilje je zagotavljanje kulturno senzibilne zdravstvene nege. Obravnava kulturne razlike, značilnosti zdravstvene nege v različnih kulturah ter mednarodno zdravstveno problematiko. Vse več medicinskih sester po vsem svetu prepoznavata potrebo po ustreznem izobraževanju s področja transkulturne zdravstvene nege že v osnovnem izobraževanju medicinskih sester (Pierce, 1999).

Glavni razlog za zagotavljanje kulturno senzibilne zdravstvene nege sloni na znanstvenih spoznanjih, da obstaja pomembna korelacija med kulturnimi in jekovnimi kompetencami izvajalcev zdravstvene oskrbe ter izboljšanim izidom zdravljenja (Brach & Fraser, 2000; Betancourt, et al., 2003; Kehoe, et al., 2003).

Kulturna kompetentnost

Za zagotavljanje kulturno senzibilne zdravstvene nege je potrebna kulturna kompetentnost njenih izvajalcev. Poznamo veliko različnih definicij kulturne kompetentnosti. Ena pogosteje citiranih pravi, da je to zmožnost posameznika razumeti in spoštovati vrednote, odnose, prepričanja in običaje različnih rasnih, etničnih, verskih ali socialnih skupin, jih upoštevati ter se glede na njih primerno odzvati pri načrtovanju, izvajanju in vrednotenju programov in intervencij (Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology, 2000).

Da postanemo kulturno kompetentni, moramo najprej razumeti lastne poglede na svet, lastne vrednote ter lastna prepričanja. Pošteno se moramo vprašati, kako vse to vpliva na naše dojemanje različnih kultur in navad, kateri stereotipi so prisotni v naši zavesti in kako odprti smo za sprejemanje in spoštovanje drugih kultur, vrednot in pogledov na svet. Kulturna kompetentnost v zdravstveni negi pomeni, da imamo znanje o različnih kulturah, ki ga apliciramo v prakso. Zahteva prilagodljivost in predvsem spoštovanje drugačnosti. Pomeni, da znamo prisluhniti pacientu, se od njega učiti in pridobiti informacije o njegovih prepričanjih, predvsem tistih, ki vplivajo na zdravje. Poznati moramo kulturne navade in običaje, ki vplivajo na zdravje (Transcultural Nursing, 2014).

Vprašanja, s katerimi lahko samovo rednotimo našo kulturno kompetentnost, z nekaterimi pa tudi odnos delovne organizacije do multikulturalizma, so naslednja:

- Kakšno je moje stališče do različnih kultur?
- Kakšno je moje stališče do različnih ver?
- Kakšno je moje stališče do naseljevanja tujcev v Sloveniji?
- Ali poznam osnovna prepričanja drugih ver?
- Katerih stereotipov o drugih narodih in drugačnih prepričanjih se zavedam?

- Ali je v moji ustanovi omogočena duhovna oskrba pacientov različnih religij?
- Se mi zdi potrebno, da bi bila pacientom različnih ver v zdravstvenih ustanovah omogočena duhovna oskrba?
- Ali pri oceni stanja in potreb po zdravstveni negi upoštevam kulturne značilnosti posameznika?
- Ali je v moji ustanovi prehrana prilagojena kulturnim, moralnim in verskim prepričanjem?
- Ali bi morali v moji ustanovi narediti več za kulturno senzibilno zdravstveno nego in oskrbo?
- V kolikor pacient ne govori mojega jezika, se trudim sporazumevati z njim v njegovem oz. tujem jeziku?
- Bi se označil/a kot sprejemljivo in odprto osebo?
- Kako bi reagiral/a, če bi moj otrok za partnerja izbral pripadnika povsem druge rase ali religije?

Ta vprašanja, med katerimi je tudi nekaj zelo provokativnih, le redko pustijo človeka povsem hladnega. Njihov namen je ozavestiti lastna prepričanja ter razmisiliti o njihovih izvorih in o posledicah, ki jih imajo lahko za naše delo s pacienti in v timu.

Razvoj kulturne kompetentnosti je dolgotrajen in nikoli povsem zaključen proces. Zahteva stalno učenje, (samo)refleksijo, evalvacijo in prilagajanje. Ob tem predstavljajo po Meyerju (1996) največji izziv naslednja področja:

- Komunikacija; v zdravstveni negi se pogosto srečamo s pacienti, ki pomanjkljivo obvladajo naš jezik. Tako se pričnejo težave že pri verbalni komunikaciiji, kar lahko pomembno vpliva na vsa področja, na katerih delujemo: preprečevanje, zdravljenje, rehabilitacijo, zdravstveno vzgojo in na promocijo zdravja (Fakhr-Movahedi, et al., 2011). Kadar se sporazumevamo v tujem jeziku, se zlahka zgodi, da ne razumemo pravilno npr. večpomenskih izrazov oz. sporočil "med vrsticami". Poleg tega imajo lahko ljudje različnih kultur ter različnih prepričanj zadržke govoriti o področjih, kot so npr. spolnost ali zasebno življenje. Seveda pa ima tudi neverbalna komunikacija izjemen pomen, še posebno pri omejenih možnostih verbalne komunikacije. Ameriški psiholog Mehrabian (1967) navaja, da sprejmemo neko sporočilo le v 7 % preko besed, 38 % preko načina, kako so te besede izrečene, in 55 % preko obrazne mimike. Čeprav so njegove raziskave zelo kontroverzne in so povezane predvsem s sporočili, ki se nanašajo na čustva in prepričanja, nam ti podatki kažejo pomembnost neverbalne komunikacije.

- Znanje o osnovnih kliničnih značilnostih posameznih etničnih in rasnih skupin; raziskave kažejo, da so določene etnične skupine bolj ogrožene glede na stanka določenih bolezni ter da se njihove presnovne sposobnosti lahko razlikujejo. Tako je npr. že nekaj desetletij znano, da etnične razlike vplivajo na presnovo in delovanje zdravil. Belopolti ljudje evropskega porekla npr. veliko bolje reagirajo na antihipertensijski učinek β -blokaterjev, medtem ko imajo antidiuretska zdravila boljši učinek pri temnopoltih. Tako lahko rasa na rekuje izbor zdravil (Veterans Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents, 1982). Nekatere etnične skupine pa so v večji nevarnosti za določene bolezni zaradi socialno-ekonomskih dejavnikov – tako ima npr. romska populacija občutno krajšo življenjsko dobo ter več rizičnih dejavnikov za zdravje otrok (Cook, et al., 2013).
- Etika v smislu sprejemanja drugačnosti; spoštovanje drugačnosti in vrednot drugih kultur lahko predstavlja velik izziv, predvsem kadar se te diametralno razlikujejo od naših lastnih (Campinha-Bacote, 2011). Tako se npr. kot predstavniki šolske zahodne medicine pogosto ne moremo sprijazniti z alternativnimi metodami, ki jih uporabljajo posamezniki ali določene skupine (Damkier, et al., 1998).
- Zaupanje; pri srečanju dveh različnih kultur oz. posameznikov z različnimi vrednotami in prepričanji je eden največjih izzivov ustvarjanje zaupanja. Kako vzpostaviti zaupanje? Ko zmoremo poslušati človeka, pacienta, ko smo zanj tukaj in zdaj, ko ga poslušamo in sprejmemo, kar nam pravi, in ko navežemo dober stik. Več ko imamo nerazrešenih notranjih konfliktov, težje smo na voljo drugim osebam in težje se ukvarjam z njihovo izkušnjo kot tako. Zato velja, da delujemo skladno – kongruentno – takrat, ko smo bili v svoji osebni in poklicni preteklosti sposobni razrešiti lastne izzive. Dobrodošlo je tudi, da smo v stiku z ljudmi sproščeni in da kdaj pogledamo na stvari tudi skozi humor (Vodopivec, 2008).

Seveda ni dovolj, da smo le izvajalci zdravstvene nege kulturno kompetentni, tudi delovno okolje mora biti prijazno do različnih kultur in navad. Crosset, et al. (1989) navajajo pet bistvenih elementov, ki zagotavljajo, da sta tako delovno okolje kot posameznik kulturno kompetentna:

- pozitivna naravnost do različnosti in spodbujanje kulturno senzibilne zdravstvene oskrbe,
- izvajanje samovrednotenja (kakšne so jezikovne in kulturne kompetence ustanove in posameznika, ali obstajajo ovire, kot so stereotipi, predsodki, rasisem itd.).

- razumevanje dinamike kulturnih interakcij (v izogib nesporazumom in načnih interpretacij je npr. treba razumeti vzorce komunikacije in pravila obnašanja kulture, s katero se srečamo),
- posredovanje znanja v delovnem okolju (delovna organizacija sprejema odgovornost za izobraževanje in ozaveščanje na področju multikulturalizma),
- prilagoditev zdravstvene oskrbe v skladu z razumevanjem različnih kultur (npr. kulti prilagojene diete, različne možnosti duhovne oskrbe glede na vero).

Teh pet elementov naj bi se udejanjalo preko vseh ravni delovne organizacije, tako preko strateške in organizacijske kot operativne ravni. Kulturna kompetenčnost v delovni organizaciji ni samoumevna, temveč zahteva kompleksen in celovit pristop.

Multikulturalizem znotraj zdravstvenega tima in tima zdravstvene nege

Kulturna kompetentnost izvajalcev zdravstvene nege in drugih zdravstvenih storitev ni pomembna le v odnosu do pacienta, temveč tudi v odnosu do članov tima zdravstvene nege in širšega tima. Člani timov smo, tako kot splošna populacija, zelo raznoliki – ob tem moramo zopet poudariti, da ne gre le za pripadnost določenemu narodu, rasi, spolu ali jezikovni skupini, temveč je treba gledati na raznolikost veliko širše: gre tudi za različne osebne značilnosti, socialni status, mesto v hierarhiji in podobno. V zdravstvu se pogosto zgodi, da velja pripadnost določeni skupini za superiorno, kar na dinamiko zdravstvenega tima deluje zelo destruktivno. Nerazrešena konfliktna načela in vrednote vodijo v slabše timsko sodelovanje in večjo fluktuacijo osebja, posledično pa v zmanjšano varnost pacienta in slabše izide zdravljenja (Costello, et al., 2011). Dejavno negovanje kulturnih kompetenc in komunikacijskih veščin, spoštovanje raznolikosti ter ustvarjanje zaupanja v timu so le nekateri izmed bistvenih elementov za dobro timsko sodelovanje.

Razprava

V Sloveniji je na področju transkulturne zdravstvene nege zelo malo raziskav in strokovnih člankov, izjema je le zelo pomembno področje zdravstvene nege romske manjšine (Dugar, 2008, Kovačič, 2011). Pomanjkanje nacionalne literature na tem področju lahko po eni strani kaže, da v zdravstveni negi ni zaznati potreb po multikulturalnem pristopu, po drugi strani pa, da na tem področju še nismo toliko ozaveščeni, da bi te potrebe zaznali. Pohvalno je, da na nekaterih univerzite-

tnih programih zdravstvene nege, na primer na Fakulteti za vede o zdravju v Izoli, že obstaja predmet transkulturna zdravstvena nega, vendar le kot izbirni predmet (Fakulteta za vede o zdravju Izola, 2014).

Raziskave v splošni populaciji kažejo, da je v Sloveniji precej nezaupljivosti med pripadniki različnih narodov in kultur. Najbolj smo nezaupljivi do Hrvatov, Albancev, Arabcev in Romov, najmanj pa do Nemcev, Avstrijcev in Angležev (Makarovič, et al., 2010). Avtorica Čotar (2004) v svojem diplomskem delu ugotaavlja, da je problem ksenofobije v Sloveniji močno prisoten in da Slovenci nosimo v sebi veliko mero etnične nestrpnosti.

Ne glede na to, da smo izvajalci zdravstvene nege že po kodeksu etike dolžni enakopravno obravnavati vse ljudi, bi bilo umestno raziskati, koliko navedenih pojavov (nezaupljivost do drugačnih, etnična nestrpnost, ksenofobija) se pojavlja v zdravstveni negi in kako vplivajo na nudjenje in kakovost zdravstvene nege ter na sodelovanje v timu. Utopično bi bilo pričakovati, da smo v zdravstveni negi povsem imuni na te pojave, zato je kljub pomanjkanju podatkov smotrno razmišljati v smeri strategij in intervencij za doseganje primerne kulturne kompetentnosti naših poklicnih skupin.

Sklep

Sodobna zdravstvena nega mora upoštevati spremembe današnjega sveta. Vse bolj se soočamo z različnimi kulturami, narodnostmi, jeziki, verami, moralnimi, političnimi in socialnimi prepričanji. Skrb za lastno kulturno kompetentnost postaja vse bolj pomembna, kljub temu pa je na to temo malo nacionalne literature in nacionalnih izobraževanj. Vsekakor to, v Sloveniji relativno neraziskano področje, ponuja zanimivo izhodišče za nadaljnje študije.

Literatura

- Betancourt, J.R., Green, A.R., Carillo, J.E., Ananeh-Firempong, A., 2003. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports*, 118 (4), pp. 293–302.
- Brach, C., Fraser, I., 2000. Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model. *Medical Care Research and Review*, 57 (Suppl 1), pp. 181–217.
- Cook, B., Ferris, G.W., Valentine, A., Lessions, A., Yeh, E. Revisiting the evidence on health and health care disparities among the Roma: a systematic review 2003–2012. *International Journal of Public Health*. Available at: http://www.researchgate.net/publication/257463821_Revisiting_the_evidence_on_health_and_health_care_disparities_among_the_Roma_a_systematic_review_2003-2012 [6.9.2014].

- Costello, J., Clarke, C., Gravely, G., D'Agostino-Rose D., Puopolo, R., 2011. Working Together to Build a Respectful Workplace: Transforming OR Culture. *AORN Journal*, 93 (1), pp. 115–126.
- Cross, T., Bazron, B., Dennis, K., Isaacs, M., 1989. *Toward a Culturally Competent System of Care*. Washington, D.C.: Georgetown University.
- Campinha Bacote, J., 2011. Delivering Patient-Centered Care in the Midst of a Cultural Conflict: The Role of Cultural Competence. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16 (2). Available at: <http://www.medscape.com/viewarticle/751639> [18.10.2014].
- Čotar, R., 2004. *Nacionalizem in ksenofobija v Sloveniji – analiza trenda v zadnjem desetletju: diplomsko delo*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Fakulteta za vede o zdravju Izola, 2014. Dostopno na: <http://www.vszi.upr.si/index.php?catid=177&lang=slo> [28.8.2014].
- Damkier, A. et al., 1998. Nurses' attitudes to the use of alternative medicine in cancer patients. *Journal of Caring Sciences*, 12 (2), pp. 119–26.
- Dolenc, D., 2013. *Mednarodni dan migrantov 2013*. Statistični urad RS. Dostopno na: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=5947 [9.9.2014].
- Dugar, B., 2008 Uporaba konceptualnih modelov in teorij zdravstvene nege za ocenjevanje potrebu po zdravstveni negi družine. V: Zelko, E., Klemenc Ketiš, E., eds. 1. Zdravčevi dnevi: Posebno ogrožene skupine v sistemu zdravstvene dejavnosti – Romi. *Družinska medicina*, 6 (Suppl 6), pp. 25–41.
- Fakhr-Movahedi, A., Salsali, M., Negarandeh, R., Rahnavard, Z., 2011 Exploring contextual factors of the nurse-patient relationship: A qualitative study. *Koomesh*, 13 (1), pp. 23–34.
- Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology, 2001. Report of the 2000 Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology. *American Journal of Health Education*, 32 (2), pp. 11.
- Kehoe, K.A., Melkus, G.D., Newlin, K., 2003. Culture within the context of care: an integrative review. *Ethnicity & Disease*, 13 (3), pp. 344–53.
- Kovačič, E., 2011 Patronažna zdravstvena nega v romskem naselju v občini Grosuplje. 8. Kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije. *Zbornik predavanj z recenzijo*, pp. 129–133.
- Makarovič, M., Rončević, B., Tomšič, M., Besednjak Valič, T., 2010. *Slovenski utrip 10/2010. Medkulturni odnosi*. Fakulteta za uporabne družbene študije v Novi Gorici. Dostopno na: <http://www.adp.fdv.uni-lj.si/opisi/sutr1010/> [19.10.2014].
- Mehrabian, A., Wiener, M., 1967. Decoding of Inconsistent Communications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6 (1), pp. 109–114.
- Meyer, C.R., 1996. Medicine's melting pot. *Minnesota Medicine*, 79 (5), pp 5.
- Murphy, S.C., 2006. Mapping the literature of transcultural nursing. *Journal of the Medical Library Association*, 94 (Suppl 2).
- Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1463039/> [12.9.2014].
- Osnovne pravne ureditve s področja zdravstvenega varstva in javnega zdravja, 2009. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/strokovni_izpiti/Prirocnik_za_zakonodajo_maj_2009.pdf [19.9.2014].

Pierce, J.U., 1999. Managing managed care: The next level for transcultural nurses. *Journal of Transcultural Nursing*, 10 (3), pp. 181–182.

Random House Kernerman Webster's College Dictionary, 2010. K Dictionaries Ltd. Random House, Inc. Available at: <http://www.thefreedictionary.com/multiculturalism> [28.8.2014].

Slovar slovenskega knjižnega jezika. Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU. Dostopno na: <http://bos.zrc-sazu.si/sskj.html> [5.8.2014].

Transcultural Nursing, 2014. Available at: <http://www.culturediversity.org/cultcomp.htm> [29.8.2014].

Veterans Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents, 1982. Comparison of propranolol and hydrochlorothiazide for the initial treatment of hypertension, II: results of long-term therapy. JAMA, 248, pp. 2004–2011.

Vlada Republike Slovenije. Urad za verske skupnosti, 2014. *Podatki o registriranih cerkvah in drugih verskih skupnostih*. Dostopno na:

http://www.arhiv.uvs.gov.si/si/delovna_podrocja/register_cerkva_in_drugih_verskih_skupnosti/index.html [10.9.2014].

Vlada Republike Slovenije, Urad za verske skupnosti, 2008. *Država in vera v Sloveniji*. Dostopno na: http://www.arhiv.uvs.gov.si/fileadmin/uvs.gov.si/pageuploads/razni_dokumenti/DRZAVA_IN_VERA_V_SLOVENIJI_THE_STATE_AND_RELIGION_IN_SLOVENIA.pdf [18.10.2014].

Vodopivec, M., 2008. Pasti komunikacije pri delu s posebej ogroženimi člani populacije – Romi. Zbornik predavanj. I Zadračevi dnevi. Ljubljana, Družinska medicina, pp. 33.

Webster's New World College Dictionary Copyright, 2010. Wiley Publishing, Inc., Cleveland, Ohio. Available at: <http://www.thefreedictionary.com/multiculturalism> [28.8.2014].

BOLNIKOVO SODELOVANJE MED ZDRAVLJENJEM

PATIENT COOPERATION IN TREATMENT

doc. dr. Zlatka Rakovec-Felser, spec. klin. psih.

Katedra za zdravstveno psihologijo, Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru

e-naslov: zlatka.rakovec@guest.um.si

IZVLEČEK

Ne le bolnikova anksioznost in morebitna depresivnost, pač pa tudi njegova nepoučenost, neustrezne predstave in prepričanja o bolezni in njenem zdravljenju so krivi, da se pacient režima zdravljenja ne drži, ga opušča ali priteja po svoje. Raziskave so pokazale, da ima izmed vseh dejavnikov, ki vplivajo na bolnikovo nezaupanje, zavestne ali nezavedne odpore do načina zdravljenja, daleč največji vpliv odnos in način komuniciranja med bolnikom in zdravstvenim osebjem. Ugotovili so, da v primeru partnerskega odnosa, tedaj, ko zdravstveno osebje prisluhne bolnikovim zadržkom, ga ustrezno informira ter skupaj z njim sprejema zanj pomembne odločitve – da se v takih okoliščinah pomembno izboljša bolnikovo sodelovanje. Izboljšanje so ugotovili tako v primerih bolnikove pasivne oblike sodelovanja (komplianca) kot tudi pri njeni aktivnejši obliki (adherenca). Porast kroničnih bolezni in z njim strmo naraščajoči stroški zdravstvene oskrbe, predvsem pa spoznanje, da ima bolnikovo nesodelovanje med zdravljenjem tako zanj osebno kot tudi za družbo kot celoto neželene posledice, so pripeljali do spoznanja, da je treba pridobiti bolnikovo zaupanje, ga ozavestiti in spodbuditi k odgovornejšemu odnosu do sebe in lastnega zdravja. V prispevku so obravnavane prav te teme. Med drugim so v njem v najbolj bistvenih točkah predstavljeni tudi načini, kako bolnika ne le poučiti, pač pa tudi motivirati za potrebne spremembe.

Ključne besede: poslušanje, empatija, informacija, motivirajoč razgovor, samooskrba

ABSTRACT

Anxiety, depression, a lack of knowledge and misconceptions about their illness and its treatment can cause patients not to adhere to their prescribed treatment regimen, leading them to modify or even abandon it. Research has shown that the most influential factor by far that causes patients to be distrustful and consciously or unconsciously resist treatment is the relationship and communication between

the patient and the medical staff treating them. It has been found that when the relationship between the medical staff and the patient is a partnership – i.e. when the medical staff listen to the patient's concerns, provide them with all the necessary information and help them make important decisions – the patient is significantly more cooperative. This has been shown to result in an improvement in both passive (compliance) and active patient cooperation (adherence). The recent rise in chronic illness, the associated steeply rising medical costs, and particularly the realisation that patients' refusal to cooperate in their treatment leads to negative consequences for both themselves and society as a whole, have led to the realisation that it is important to gain the patients' trust, inform them and encourage them to adopt a more responsible attitude towards themselves and their health. This paper deals with these very topics and outlines various examples – not only of how to inform but also how to motivate patients to make the necessary changes.

Key words: listening, empathy, information, motivational interviewing, self-care.

Uvod

S porastom kroničnih bolezni in z njihovim zdravljenjem se odpirajo nova vprašanja in iščejo novi odgovori. Tako se v obdobju zadnjih petnajstih let v razvitem svetu pojavlja vse več raziskav s področja bolnikovega (ne)sodelovanja med zdravljenjem. To nas je spodbudilo, da smo se tovrstne problematike lotili tudi sami. Ugotovitve, kje so vzroki in kaj storiti, lahko pomembno prispevajo k izboljšanju, ne le v aktivni skrbi in odgovornosti posameznika za lastno zdravje, pač pa tudi k znižanju stroškov zdravljenja in odpravi drugih izgub, ki jih zaradi prevladujoče pasivne naravnosti bolnikov lahko utrpi družba kot celota. Pri tem se je treba zavedati, da sprememb ni mogoče doseči čez noč. Prvi korak k izboljšanju je gotovo ozaveščanje vseh udeležencev v zdravstvu, tako tistih, ki že sodelujejo in po svoje oblikujejo razmere v njem, kot drugih, ki jih to še čaka. Temu je namenjen tudi predstavljeni prispevek.

Problemi bolnikovega sodelovanja med zdravljenjem

Ko govorimo o zdravljenju kroničnih bolezni, imamo v mislih vse oblike zdravljenja – medikamentozno in operativno zdravljenje, vzdrževanje priporočenega režima prehranjevanja in vnosa tekočin, sistematično izvajanje telesnih vaj, potreben nadzor nad potekom bolezni, ne nazadnje pa tudi aktivnosti v spremembah življenskega sloga (Myers, 1998; Falvo, 2011). Bolnik lahko navodila oziroma priporočila, ki jih dobi, upošteva ali pa ne, vzroki pa so navadno različni. Svetovna

zdravstvena organizacija (SZO, 2003) je fenomen adherence, ki za razliko od compliance, kjer gre za pasivno sledenje zdravnikovim navodilom, pomeni bolnikovo aktivno soudeležbo pri zdravljenju, opredelila kot večplasten pojav, ki ga določa prepletjenost naslednjih petih dejavnikov:

- socialne in ekonomske razmere, ki spremljajo bolnika,
- odnos zdravnik–bolnik, zdravstveno osebje, urejenost zdravstvene oskrbe,
- narava bolezni,
- predpisan režim zdravljenja in
- osebnostni dejavniki bolnika.

Bolniki torej sodelujejo v ohranjanju in krepitevi lastnega zdravja v odvisnosti od splošnih razmer in naravnosti v družbi, urejenosti oziroma neurejenosti razmer v zdravstvu, vrste bolezni in oblik zdravljenja, ki so lahko bolj ali manj zapletene in terjajo več ali manj samodiscipline, pa tudi v odvisnosti od tega, kakšni starostni skupini pripadajo, koliko so poučeni in razumevajo navodila med zdravljenjem, koliko možnosti soodločanja imajo, kaj bolezen in njeno zdravljenje zanje osebno pomeni in ali imajo v nastali situaciji podporo ter so deležni pomoči svojih najbližjih. Na splošno se obseg sodelujočih bolnikov, kot ugotavljajo avtorji, giblje od 15–93 %, odvisno od vseh navedenih dejavnikov (Falvo, 2011).

Znamenja bolnikovega sodelovanja med zdravljenjem

O bolnikovi pripravljenosti za aktivno udeležbo med zdravljenjem lahko sklepamo na osnovi vedenjskih vzorcev, ki jih izkazuje. Berger & Felkey (2001) navajata oblike vedenja, ki napovedujejo in govorijo v prid temu, da bo bolnik v procesu zdravljenja sodeloval. Na višjo stopnjo adherence lahko po njunem sklepamo tedaj, ko bolnik:

- izkazuje skrb za zdravje in je o svoji bolezni poučen,
- se zaveda možnih posledic bolezni,
- zaupa predpisankemu načinu zdravljenja,
- ve, kako in koliko časa je treba vzdrževati predpisan režim zdravljenja,
- je slednjega ustrezno vključil v svoj vsakodnevni življenjski ritem,
- mu je izid zdravljenja pomembnejši od stroškov,
- zaupa vase, da lahko načrtovanemu zdravljenju sledi ter
- zaupa zdravstvenemu osebju in njihovemu prizadevanju.

Znamenja bolnikovega nesodelovanja med zdravljenjem

Nasprotno pa se bolnikovo – hoteno ali nehoteno – opuščanje predpisane terapije, zlasti ko gre za rabo zdravil, kaže v naslednjih vedenjskih znakih:

- neuporaba predpisanih zdravil,
- neustrezni odmerki zdravil,
- neustrezno razporejeni odmerki,
- zaužitje zdravil sočasno z drugimi, nezdružljivimi sredstvi,
- uživanje zdravil, ki jim je potekel rok uporabe (ASA, ASCP, 2012).

Tudi ko gre za druge oblike zdravljenja, se bolnikovo nesodelovanje lahko kaže na različne načine. Pozornost zdravstvenega osebja, pa naj gre za zdravnika, medicinsko sestro, farmacevta ali zdravstvenega psihologa v klinični praksi, mora pritegniti bolnik, ki naročene preiskave in kontrolne preglede opušča, tisti, ki opušča priporočene telesne vaje, priporočljiv dietni režim ali pa se ne drži priporočil o potrebnih spremembah življenjskega sloga in zdravju škodljivih navadah (Otsuki, 2009; ASA, ASCP, 2012).

Posledice nesodelovanja za bolnikovo zdravje

Posledice bolnikovega nesodelovanja so raznovrstne. Ob socialnih in ekonomskih so gotovo pomembne tiste, zaradi katerih trpi bolnikovo zdravstveno stanje. Te se kažejo v naslednjih pojavih:

- bolnikovo zdravstveno stanje se poslabša,
- treba je uvajati udarnejša, običajno dražja zdravila z več stranskimi učinki,
- dvigne se obseg hospitalizacij in nujnih kirurških posegov,
- poveča se stopnja invalidnosti bolnikov,
- zniža se bolnikova delazmožnost in poveča njegova odsotnost z dela,
- poslabša se kakovost bolnikovega življenja,
- ogrožen je bolnikov socialno-ekonomski položaj,
- pomembno se zviša smrtnost bolnikov (ASA, ASCP, 2012).

Socialne in ekonomske posledice bolnikovega nesodelovanja

Nesodelovanje bolnikov med zdravljenjem zvišuje stopnjo morbiditete, mortalitete ali invalidnosti njih samih, v družbi kot celoti pa poslabšuje produktivno

sposobnost prebivalstva, saj povečuje obseg odsotnosti z dela, vodi k predčasnim upokojitvam in znižuje učinkovitost programov za krepitev in varovanje telesnega in duševnega zdravja (Soumerai, et al., 2006). Ne vpliva le na posameznikovo zdravje, pač pa ima tudi negativne socialne in ekonomske posledice za družbo kot celoto. Ker bolnik ne upošteva navodil in priporočil, ki jih je dobil, se namreč poveča obseg dodatnih, običajno dražjih preiskav, uporaba močnejših, prav tako dražjih zdravil, število operacij, hospitalizacij, kontrolnih pregledov, več je potrebnih obiskov na domu in drugih oblik dodatne oskrbe, kar vse skupaj pomembno obremenjuje razpoložljiva sredstva za zdravstveno oskrbo prebivalstva (Martin, et al., 2005).

Aktivna vloga bolnika in partnerski odnos

Zaradi posledic bolnikovega nesodelovanja je smiselno razmisljiti, kako izboljšati njegovo zmožnost in pripravljenost za aktivno sodelovanje med zdravljenjem. Pri tem je daleč največ pozornosti posvečene odnosu, ki se vzpostavi med zdravnikom in bolnikom, pa tudi z vsem drugim osebjem, ki prihaja z bolnikom v stik. Koncept partnerskega odnosa z bolnikom je zasnovan na Rogersovi humanistični osebnostni teoriji (Rogers, 1961), na kasnejšem bio-psihosocialnem modelu zdravja in bolezni (Engel, 1977; Engel, 1980) ter pozivu Svetovne zdravstvene organizacije, da se v obravnavi bolnika uveljavi pomen njegovih pravic, a tudi odgovornosti do lastnega zdravja, pri čemer naj bi vzpostavljeno partnerstvo z njim pomenilo (SZO, 1978):

- spremembo odnosa in komunikacije v razmerjih zdravnik–bolnik oz. zdravstveno osebje – bolnik,
- porazdelitev odgovornosti v teh razmerjih,
- kooperativnost v postavljanju za obe strani sprejemljivih terapevtskih ciljev.

Partnerstvo z bolnikom je opredeljeno kot odnos, ki izhaja iz bolnikovih potreb, njegovih senzomotoričnih in kognitivnih zmožnosti, a tudi iz obsega njegove poučenosti, vrednot in stališč, povezanih z boleznijo in njenim zdravljenjem. V partnerskem odnosu med zdravnikom/zdravstvenim osebjem in bolnikom obe strani skupaj določata cilje, postavljata prioritete ter med več možnostmi izbere ta vedno tisto, s katero obe soglašata in je v korist bolnika. Bolniku je omogočeno izražati čustva, kar mu skupaj z ustrezno informiranostjo pomaga, da nad seboj in bolezensko situacijo vzpostavi potreben nadzor. Z možnostjo svobodne izbire in soodločanja se lahko ustvari in okrepi njegovo zaupanje v zdravstveno oskrbo in osebje. Prav zaupanje pa spodbuja tudi bolnikovo pripravljenost, da prevzame v odnosu do lastnega zdravja aktivnejšo vlogo z več odgovornosti (DiMatteo, et al., 1994; Noble, 1998; Goldstein, et al., 2009; Falvo, 2011; Rakovec-Felser, 2014).

Učinkovito posredovanje informacij

Večina bolnikov je zaradi bolezenskih težav in potrebnega zdravljenja izpolnjena z občutji negotovosti, bojazni in skrbi, zaradi prisotne anksioznosti pa posledično motena v svojem kognitivnem delovanju. Tako je situacijsko znižana njihova zmožnost učinkovite pozornosti in pomnjenja. Ne preseneča podatek, da se kar 40–80 odstotkov informacij, ki jih dobi bolnik od zdravstvenega osebja, izgubi že kmalu po prekiniti vzpostavljenega stika. Pri tem je obseg podatkov, ki si jih bolnik zapomni, toliko nižji, kolikor več informacij in navodil mu je bilo posredovanih hkrati (Anderson, et al., 1979; McGuire, 1996). Kar polovica vseh informacij, ki jih je zmožen bolnik kasneje priklicati, pa je, kot so ugotovili raziskovalci, napačno razumljenih že v osnovi (Anderson, et al., 1979).

Poznamo tri razlage, zakaj bolnik slabo pomni posredovane informacije. Prva izhaja iz predpostavke, da se to dogaja, ker je preveč pojasnil, ki jih dobi bolnik o svoji bolezni in zdravljenju, izraženih v preveč strokovnem jeziku, na način, ki ga bolnik ne razume in zato tudi ne more ustrezno pomniti. Druga izhaja iz vrste informiranja. Upoštevati velja, da se zgolj ustno posredovane informacije, brez vizualno podkrepeljnih razlag in brez dodanih pisnih pojasnil in navodil, hitro pozabijo, zlasti če je bolnik v času stika vidno anksiozen ali če gre za osebo z upadom v kognitivnih funkcijah (Blinder, et al., 2001; Kessels, 2003; Falvo, 2011). Tretja razlaga pozabljanja pa upošteva bolnikove osebne značilnosti, kot so možna umska manjrazvitost, starostne spremembe, nizka izobrazba, situacijska anksioznost, visoka stopnja distresa, posebna pričakovanja itd. (Ley, 1979).

Poleg tega je znano tudi, da so bolniki v procesih obveščanja bolj pozorni na tiste informacije, ki jih dobijo v zvezi z diagnozo, manj pa na navodila, ki jih dobijo o potrebnem zdravljenju (Kessels, 2003; Falvo, 2011). Prav zaradi vsega, kar smo navedli doslej, je prav, da so razlage, ki jih dobi bolnik, kratke, preproste, v razumljivem jeziku, brez tujk in strokovnih izrazov. Pomembno je, da so informacije razporejene v smiselne enote in da vse najpomembnejše podatke izpostavimo že na samem začetku pogovora ter pred zaključkom preverimo, koliko in kako si jih je bolnik zapomnil. V vsakem primeru pa obseg zapomnjenega in s tem višjo adherenco omogoči kombinacija ustnih in pisnih navodil (Raynor, 1998). V primeru mentalno slabše diferenciranih, manj izobraženih ali tistih z izraženimi upadi senzornih in kognitivnih funkcij si lahko pomagamo tudi s slikovnim gradivom (Kessels, 2003; Falvo, 2011).

Pri tem mora biti posebna pozornost namenjena zlasti otrokom in mladostnikom, starejšim osebam, osebam z okvarjenimi senzomotoričnimi in/ali kognitivnimi funkcijami, pa tudi manj izobraženim in mentalno slabše razvitim osebam. Za bolnike, pri katerih je izražena znatna situacijska anksioznost, je značilno, da

»slabo slišijo« in v procesih mišljenja niso zmožni »ločiti zrna od plevla«. Če želimo, da bodo takšni posamezniki ustreznno sodelovali, je zelo pomembno, da jim nudimo podporo ter jim z empatičnim odnosom in razumevanjem pomagamo, da se razbremenijo nepotrebne napetosti in negotovosti. Prav za vse, mlade in tiste starejše, nevedne ali le prehodno zmedene, pa velja ob koncu razgovora preveriti, koliko in kako so nas razumeli in koliko od tega bodo zmožni pomniti ter kasneje ponotranjiti (Williams & DiMatteo, 2009).

Bolnikova motiviranost za spremembe

Bolnik, ki se sooča s kronično boleznjijo, je postavljen pred dejstvo, da njegov ustaljeni način življenja v mnogih pogledih ne ustreza več. Sooča se z izgubami in spremembami na mnogih področjih življenja. Velik del izgub, telesnih ali psihosocialnih, bolnika boleče zadane v osebnem, poklicnem, socialnem in rekreativnem življenju. Spremembe prinese že pojav bolezni, veliko pa jih mora izvesti še bolnik sam, če si želi povrniti zdravje. Tu pa se odpira vprašanje njegove motiviranoosti. Velja, da bo bolnik bolje sodeloval in upošteval priporočila med zdravljenjem:

- če bo ugotovil, da mu to prinaša koristi,
- če bo zaznal učinkovitost v procesih zdravljenja,
- če bo imel v svojem okolju podporo (Falvo, 2011).

Model motivirajočega razgovora

Miller in Rollnick (2002) sta zaradi bolnikove ambivalentnosti (»Vem, da bi moral redno uživati zdravila, a me je strah, da postanem od njih odvisen« ali »Vem, da bi se moral več gibati, a me potem vse boli«) v odnosu do potrebnih sprememb razvila poseben koncept razgovora z njim in ga poimenovala motivirajoči pogovor (angl. Motivational Interviewing – MI). Opredelila sta ga kot direktivno metodo za razrešitev bolnikove ambivalentnosti oz. spodbuditev njegove intrinzične motiviranosti za potrebne spremembe. Eno od pravil njune tehnike je, da se med vodenim razgovorom bolnika ne postavlja na zatožno klop in v njem ne vzbuja občutij krivde. Nasprotno, bolnik mora imeti občutek, da je sprejet in razumljen. Terapevt se naj zato izogiba moraliziranju, prisili in pritiskom (ekstrinzična motiviranost), poskuša pa naj na osnovi bolnikovih zanimanj in zmožnosti spodbuditi intrinzično motiviranost, pravita avtorja. Tehnika je zasnovana na C. Rogersovi teoriji. Terapevt bolniku ne postavlja zaprtih vprašanj z možnimi odgovori DA ali NE (»Ali ste včeraj slabo spali?«), pač pa odprta vprašanja (»Kakšne prednosti bi vam prineslo zmanjšanje telesne teže?«). Zmožnost empatije naj bo

bolniku izkazana z aktivnim in reflektivnim poslušanjem (»Jezi vas, da ste večkrat raztreseni in pozabite vzeti zdravila...«, »Ste kdaj pomislili, kaj narediti?«, »Iz tega, kar ste mi doslej povedali, lahko povzamem, da ...«), ki razen parafraziranja vključuje posredovanje povratnih sporočil in ob zaključku tudi povzemanje pomembnih delov pogovora. Bolnika soočamo predvsem s tistimi deli njegovih izjav, v katerih se zrcalijo razhajanja med njegovimi željami in pričakovanji na eni ter njegovim ravnanjem v tej zvezi na drugi strani. To mu omogoči vpogled v samega sebe in v izvore lastne frustriranosti. Pri tem velja, da bolnika soočamo le s tistimi potlačenimi vsebinami, za katere je notranje pripravljen in kaže zrelost za potrebne spremembe. Prav je, če se izogibamo vsem intervencijam, ki bi v bolniku okrepile njegovo samozaščitno držo, saj bi to ustavilo njegovo sodelovanje in terapevtski proces speljalo v neželeno smer.

Terapeut v tem primeru v bistvu spodbuja bolnikove razpoložljive potenciale in samozaupanje kot v primeru: »To vas je drago stalo, a kaže, da ste se iz tega veliko naučili.« Povsem neustrezna je zato intervencija: »Zdaj ste se krepko zlagali ...« in namesto tega primernejša: »Ste kdaj razmislili o tem, kako lahko vidi in občuti zadevo druga stran?« Z obtožbo laži namreč stopimo v polje moraliziranja in sodb, v bolniku sprožimo negativna čustva, zato občuti, da se mora braniti. V drugem primeru pa bolniku dopustimo, da o svoji reakciji ponovno razmisli, se postavi v tujo kožo in s tem razširi svoj pogled in spoznanja o nastalem zapletu. Ker je naš cilj spodbuditi bolnikovo osebno ozaveščenost in osebnostno rast, sodi zapisani primer intervencije med produktivne ukrepe (Rakovec-Felser, 2014).

Koncept samooskrbe bolnika

V zvezi s pripravo in usposabljanjem bolnika za aktivno in odgovorno vlogo poleg metode MI v razvitem svetu izpostavljajo tudi koncept bolnikove samooskrbe (angl. Self-Management Concept). Gre za koncept izobraževanja in pridobivanja večin, ki bolnikom s kronično boleznijo ali invalidnostjo omogoča učinkovito skrb za samega sebe, obvladovanje bolezni ali invalidnosti, izpolnjevanje različnih življenjskih vlog, pa tudi vzdrževanje čustvenega ravnovesja (učenje učinkovitega reševanja problemov, sprejemanja odločitev, razvijanja in uporabe razpoložljivih potencialov, racionalne izrabe prostega časa itd.). Kot poudarjajo avtorji, naj bodo interdisciplinarne obravnave in skrbi v obliku izboljšane zdravstvene prosvetjenosti, spodbujene civilne iniciative, izrabe obstoječih individualnih in skupnih potencialov, krepitve zavesti o potrebni medsebojni pomoči in podpori deležne zlasti najbolj ogrožene skupine prebivalstva (otroci, mladostniki, ostarele osebe, osebe s šibko mrežo socialnih stikov itd.). Sicer pa menijo, da je treba načela samooskrbe

na konkretni ravni v družbi vgraditi v zavest čim večjega števila njenih članov (Miller & Rollnick, 2002; Goldstein, et al., 2009; Lane & Rollnick, 2009).

Koncept postopnih sprememb

Če želimo, da bolnik zavzame do sebe in svoje bolezni odgovornejši odnos, se moramo zavedati, da sprememb ni mogoče doseči čez noč, temveč postopno. Pri tem avtorji opozarjajo, da so posamezniki lahko različno pripravljeni na spremembe. Govorijo o štirih razvojnih fazah. V prvi razvojni fazi se posameznik po njihovih ugotovitvah ne zaveda pomena odgovornosti zase, za svoj življenjski položaj in zdravje. Skupno naj bi bilo v družbi kar 12 odstotkov ljudi, starih več kot 45 let, ki so prepričani, da morajo biti deležni polne zdravstvene oskrbe, ne da bi bili tudi sami zavezani skrbeti zase. Na drugi stopnji razvoja se posameznik sicer že zaveda odgovornosti zase in svoje zdravje, a tega zaradi nepoučenosti, slabe samopodobe, pasivne naravnosti in socialne izključenosti sam ni zmožen udejanjiti. Sem sodi po ugotovitvah avtorjev okrog 29 odstotkov vseh oseb, starejših od 45 let. Če oseb iz prve in druge razvojne skupine (skupaj več kot 40 odstotkov!) ne vključimo v nobeno od oblik socialne pomoči, ostanejo na ravni slabe informirnosti, nizke ozaveščenosti ter so posledično zaradi tega tudi slabšega telesnega in duševnega zdravja (Hibbard, et al., 2007).

Na višjih razvojnih ravneh je stanje boljše. Tako je v tretji razvojni fazi posameznik, kot ugotavljajo, bolje zdravstveno prosvetljen, razpolaga z boljšim splošnim horizontom in z več znanji. Za prehod od vedenja k realizaciji odločitev pa mu manjka samozaupanje ali pa, še pogosteje, spremembe doseže, a pri njih ni zmožen vztrajati. Zanj značilen vzorec razmišljanja je: »Nisem zmožen vztrajati pri potrebnih spremembah.« V tej skupini so našli 37 odstotkov vseh oseb, starejših od 45 let (Hibbard, et al., 2007).

Šele zadnja, četrta razvojna faza odkriva ozaveščenega posameznika, ki je zmožen doseči spremembe in pri njih tudi vztrajati. Pomoč potrebuje le občasno, v situacijah nepričakovanega novega zagona bolezni, poslabšanja življenjskih razmer, v obdobjih hujših pretresov, ko ga čustvene stiske iztirjajo do te mere, da izgublja nadzor nad že pridobljenimi zdravju bolj naklonjenimi navadami in življenjskim slogom. V tej skupini so odkrili 22 odstotkov oseb, starih več kot 45 let (Hibbard, et al., 2007).

Razprava

Ni dvoma, da je bolnikovo vzdrževanje priporočenega režima zdravljenja, pa naj gre za ustrezne odmerke zdravil, prehrano, telesne vaje ali pa za osvajanje

drugih zdravju koristnih navad in življenjskega sloga (komplianca, adherenca), pomemben dejavnik njegove ozdravitve. Če želimo, da bolnik sodeluje in razvije do lastnega zdravja odgovoren odnos, pa mora imeti v prvi vrsti ustrezен vpo-gled v svoje bolezensko stanje in proces zdravljenja. Za to potrebuje informacije. Bolnik mora biti seznanjen s tem, kaj naj bi bilo z njegovim zdravjem narobe, kakšne preiskave bo še treba opraviti, kaj lahko od njih pričakuje, kakšni terapevtski ukrepi so mu na voljo in končno tudi, kaj lahko sam stori zase. To je navadno delo zdravnika. Vloga medicinske sestre postane še zlasti pomembna, ko je bolnika, ki je do uvedenega režima zdravljenja nezaupljiv in ambivalenten, treba pripraviti k sodelovanju. Zato je prav, da se zaveda, da tudi tisti bolnik, ki je videti na prvi pogled sodelajoč, pogosto nemerno (pozabljivost, zapleten režim zdravljenja, neusklenjenost z dnevnimi obveznostmi) ali pa namerno (nepoučenost, bojanzni pred odvisnostjo, pred stranskimi učinki, neustrezne predstave, pričakovanja itd.) opušča oziroma po svoje prireja terapijo in v svojem nezdravem življenjskem slogu ne izvede potrebnih sprememb. V postopku pojasnjevanja, med katerim pa sme tudi bolnik kaj vprašati, izraziti svoj dvom, pomisleke, lahko medicinska sestra identificira glavne vzroke bolnikovega nesodelovanja, njegove zavestne in nezavetne odpore. Z empatičnim odnosom in zmožnostjo poslušanja lahko pridobi njegovo zaupanje ter ga preko tega spodbudi in vodi v smeri potrebnih sprememb in postopno usposablja za samooskrbo. V klinični praksi je zaradi obilice dela, pomanjkanja časa in ustrezeno usposobljenega osebja proces zdravstvene vzgoje smotrno izvajati skupinsko, z osebami s podobno bolezensko problematiko, ki lahko najbolje razumejo težave drug drugega, pri komunikaciji z njimi pa vselej upoštevati vsaj osnovna načela kratkega motivacijskega pristopa (angl. The Brief Motivational Intervention).

Sklep

Stopnja bolnikovega sodelovanja bi – ne le zaradi njegovega zdravstvenega stanja, pač pa tudi zaradi neželenih socialnih in ekonomskih posledic, ki jih lahko povzroči nesodelovanje – morala soditi med glavna zanimanja in skrbi racionalno organizirane mreže zdravstvene oskrbe. Morali bi se začeti zavedati, da slabo informiran ali nezaupljiv bolnik z opuščanjem ali s po svoje prirejenim režimom zdravljenja ne škodi le lastnemu zdravju, pač pa njegovo nesodelovanje izčrpava tudi razpoložljive družbene potenciale – ob finančnih sredstvih končno tudi delovni zagon in poklicno zadovoljstvo zdravstvenega osebja. Seveda bolnikovega sodelovanja ni mogoče izboljšati čez noč, gotovo tudi ne v vseh primerih. Je pa res, da pomembnih premikov in sprememb na tem področju brez ozaveščenosti in usposobljenosti zdravstvenega osebja ni mogoče doseči.

Literatura

- Anderson, J.L., Dodman, S., Kopelman, M., & Fleming A., 1979. Patient information recall in a rheumatology clinic. *Rheumatology and Rehabilitation*, 18, pp. 245–55.
- American Society on Aging and American Society of Consultant Pharmacists Foundation, 2012. Overview of Medication Adherence. Where Are We Today? Available at: www.adultmedication.com [16.3.2014].
- Berger, B.A. & Felkey, B.G., 2001. *Improving Patient Compliance*. Bridgewater. NJ: U.S. Pharmacist. IMPACT U.S. Pharmacist Continuing Education Series, pp. 1–12.
- Blinder, D., Rotenberg, L., Peleg, M. & Taicher, S., 2001. Patient compliance to instructions after oral surgical procedures. *The International Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*, 30, pp. 216–219.
- DiMatteo, M.R., Reiter, R.C. & Gambone, J.C., 1994. Enhancing medication adherence through communication and informed collaborative choice. *Health Communication*, 5, pp. 794–811.
- Engel, G.L., 1977. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, pp. 129–136.
- Engel, G.L., 1980. The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137 (5), pp. 535–544.
- Falvo, D.R., 2011. *Effective Patient Education*. Guide to Increased Adherence. 4 th edit. Ontario: Jones and Barlett Publishers, pp. 33–79, pp. 59–80.
- Goldstein, M.G., DePue, J. & Kazura, A.N., 2009. *Models of Provider-Patient Interaction and Shared Decision Making*. In: Shumaker, S.A., Ockene, J.K., & Riekert, K.A., eds. *Handbook of Health Behavior Change*. 3th edit. New York: Springer Publishing Company, pp. 107–125.
- Hibbard, J.H., Mahoney, E.R., Stock, R. & Tusler, M., 2007. Do Increases in Patients Activation Result in Improved Self-Management Behaviour? *Health Services Research*, 42 (4), pp. 1443–1463.
- Kessels, R.P.C., 2003. Patients' memory for medical information. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96 (5), pp. 219–222.
- Lane, C.A. & Rollnick, S., 2009. *Motivational Interviewing*. In: Shumaker, S.A., Ockene, J.K. & Riekert, KA., eds. *Handbook of Health Behavior Change*. 3th edit. New York: Springer Publishing Company, pp. 151–168.
- Ley, P., 1979. Memory for medical information. *British Journal of Social & Clinical Psychology*, 18, pp. 245–255.
- Martin, L.R., Williams, S.L., Haskard, K.B. & DiMatteo, M.R., 2005. The Challenge of Patient Adherence. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 1 (3), pp. 189–199.
- McGuire, L.C., 1996. Remembering what the doctor said: organization and older adults' memory for medical information. *Experimental Aging Research*, 22, pp. 3–28.
- Miller, W.R. & Rollnick, S., 2002. *Motivational Interviewing*. Preparing people for Change. 2th edit. New York: The Guileford Press, pp. 33–98.
- Myers, L.B. & Midence, K., 1998. *Concepts and Issues in Adherence*. In: Myers, L.B. & Midence, K., eds. *Adherence to Treatment in Medical Conditions*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, pp. 1–24.

- Noble, L., 1998. *Doctor-patient communication and adherence to treatment*. In: Myers, L.B. & Midence, K., eds. *Adherence to Treatment in Medical Conditions*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, pp. 51–83.
- Otsuki, M., Clerisme-Beaty, E., Rand, C.S. & Riekert, K.A., 2009. *Measuring Adherence to Medication Regimens in Clinical Care and Research*. In: Shumaker, S.A., Ockene, J.K. & Riekert, K.A., eds. *Handbook of Health Behavior Change*. 3th edit. New York: Springer Publishing Company, pp. 309–25.
- Rakovec-Felser, Z., 2014. *Motivation and Adherence in Management of Chronic Pain*. In: Lofland, P, ed. *Adherence to Treatment in Clinical Practice*. New York: Nova Science Publishers, pp. 49–84.
- Raynor, D.K., 1998. *The Influence of written Information on Patient Knowledge and Adherence to Treatment*. In: Myers L.B., Midence K. eds. *Adherence to Treatment in Medical Conditions*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, pp. 83–113.
- Rogers, C., 1961. *On Becoming a Person: A Therapist View of Psychotherapy*. New York: Mariner Books.
- Soumerai, S.B., Pierre-Jacques, M., Zhang, F., Ross-Degnan, D., Adams, A.S., Gurwitz, J., et al., 2006. Cost-Related Medication Nonadherence Among Elderly and Disabled Medicare Beneficiaries. *Archives of Internal Medicine*, 166, pp. 1829–1835.
- Williams, S.L. & Di Matteo, M.R., 2009. *Psychosocial Barriers to Adherence and Life Change*. In: Shumaker S.A. & Ockene J.K. & Riekert K.A. eds. *Handbook of Health Behavior Change*. 3th edit. New York: Springer Publishing Company, pp. 445–63.
- World Health Organization, 1978. *Primary health care, report of International Conference on Primary health care*. Alma Ata, USSR, 1978. Available at: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf [28.8.2014].
- World Health Organization, 2003. *Adherence to long-term therapies—evidence for action*. Available at: www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf [2003] [16.3.2014].

GRADIMO POGOJE ZA UČINKOVITO KOMUNIKACIJO V ZDRAVSTVENEM TIMU

BUILDING THE CONDITIONS FOR EFFICIENT COMMUNICATION IN A HEALTH TEAM

doc. dr. Nataša Vidović Valentinčič, dr. med.

Očesna klinika, Ljubljana

e-mail: vid_val@t-2.net

IZVLEČEK

O t. i. zdravstvenem timu pravzaprav še ne govorimo dolgo. Še pred ne tako davnimi časi je za ljudi in skupnost skrbel en zdravnik, ki je živel v skupnosti in bil ves čas na razpolago. Od takrat, zlasti v zadnjih dvajsetih letih, so se stvari zelo spremenile z uvajanjem novih tehnologij v obravnavanje bolezni, zdravja in predvsem komplikiranega staranja. Samostojni zdravstveni delavec, solist, je v današnjem zdravstvenem sistemu prej kot ne nezaželen, saj sistem deluje tako, da več zdravstvenih delavcev hkrati skrbi za enega bolnika. Tako se ustvari tim, ki ima samo en cilj, to pa je optimalna oskrba bolnika. Ne glede na specifične naloge, ki jih ima vsak član tima, njegovo delovanje temelji na osnovnih načelih, ki pa morajo biti merljiva, ponovljiva, predvsem pa se jih je mogoče naučiti. Prispevek opredeljuje in opisuje niz omenjenih načel, katerih namen je, da timu zdravstvenih delavcev in bolnikov omogoči doseganje strokovne in organizacijsko optimalne zdravstvene oskrbe.

Ključne besede: informacija, strokovna načela, empatija

ABSTRACT

The so-called health team is a more recent topic. Not so long ago, only one doctor took care of people and the community in which he or she lived, thus being available at all times. Since then, things have changed a lot, particularly in the last 2 decades, with the acquisition of new technologies to treat diseases, health and, most of all, ageing complications. An independent health professional, a solo player, is rather unwelcome in a modern health system, since the system operates by making multiple health professionals take care of a patient at the same time. Hence, a team is created with only one goal, i.e. to provide optimum care for the patient. Regardless of the specific tasks of each team member, their actions are

based on fundamental principles that can be measured, repeated and, most of all, learned. This paper defines and describes this set of principles aimed at allowing a team of health professionals and patients to achieve optimum healthcare in terms of professionalism and organisation.

Key words: information, professional principles, empathy

UVOD

Z besedno zvezo zdravstveni tim se srečujemo ves čas. Smiselno bi jo bilo že uvodoma umestiti v širši okvir: namesto o zdravstvenem timu bi lahko govorili o zdravstveni oskrbi, ki temelji na zdravstvenem timu, torej o paradigmri zdravstvenega varstva, ki ne pokriva samo organizacije, pač pa tudi strokovni pristop v smislu delitve strokovnih pristojnosti.

Bolnik, ki gre npr. danes v bolnico le za nekaj dni, se lahko med svojo hospitalizacijo sreča z več kot 50 različnimi uslužbenci (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2005); učinkovita klinična praksa torej vključuje veliko postaj, kjer morajo biti kritične informacije ustrezno in jasno dogovorjene.

Timsko usklajenost in sodelovanje sta ključna; če komunikacija ni uspešna, je bolnik ogrožen. Razlogi so naslednji:

- pomanjkanje kritičnih informacij,
- slaba interpretacija informacij,
- nejasna navodila, npr. po telefonu,
- spregledane spremembe v statusu.

Vse to lahko vodi v medicinske napake, tudi s hudimi posledicami (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2005).

Temelj uspešnega in učinkovitega zdravstvenega varstva, osnovan na različnih zdravstvenih timih, je jasno artikuliran in dobro razumljen niz skupnih ciljev, tako za bolnikovo oskrbo kot tudi za delo tima, ki za bolnika skrbi (O'Daniell & Rosenstein, 2008). Ko govorimo o zdravstvenem timu, nimamo v mislih le bolnišničnega tima; lahko gre za reševalni tim, tim za nujne operacije ipd. V prispevku bo poudarek predvsem na bolnišničnih timih.

Po pregledu strokovne literature lahko identificiramo pet strokovnih načel (Mitchell, et al., 2012), na katerih temelji uspešno delovanje tima. Ta načela bodo v nadaljevanju vsebinsko natančneje opredeljena.

Skupni cilji

Cilji, ki jih moramo jasno definirati, ki morajo biti razumljivi vsem članom ekipe in jih morajo sprejeti. Cilji morajo odražati bolnikove prioritete – usmerjenost v bolnika (Berwick, 1992); treba jih je redno evalvirati, na dnevnih, tedenskih sestankih.

Jasno definirane vloge posameznih članov ekipe

Pričakovanja za vsako funkcijo člana tima so jasna. S tem je opredeljena tudi odgovornost. Na ta način se uveljavi učinkovita delitev dela, lahko rečemo, da je učinek sinergističen, ne le vsota dela posameznih članov tima. Člani zdravstvenega tima pogosto prihajajo iz različnih okolij, s posebnimi znanji, spremnostmi in vedenji, z že utečenimi standardi ravnanja na svojih področjih. Zato je pomembno, da so strpni, da razumejo, kako in koliko lahko vloge posameznih področij vplivajo na doseganje skupnih ciljev ekipe (Mitchell, et al., 2013).

Medsebojno zaupanje

Člani tima morajo zaupati drug drugemu, skupni dosežki so nemogoči brez zaupanja. Zaupanje mora biti v timu ves čas prisotno, članom tima omogoča, da se tako osebno kot profesionalno zanesejo drug na drugega. To ni samoumeven proces, začne se z zavestno vzpostavitvijo in kasneje ohranjanjem zaupanja, hkrati pa mora imeti sistem tudi možnost obravnave vprašanj o njegovih kršitvah. Gre konkretno za to, da so člani tima sposobni delati v polni meri s sklicevanjem na ocene in informacije, ki jih prejmejo od drugih članov tima, pa tudi za specifično znanje, ki mu bodo sledili ves čas procesa oziroma bodo znali prositi za pomoč, ko bo to potrebno. Aktivno, zavestno razvijanje in vzdrževanje zaupanja omogoča, da se člani tima učijo in gradijo na ocenah in zaključkih sodelavcev; tako se tudi delo ne podvaja (Principles of successful teamwork and team competencies, 2008). Za začetek vsakega uspešnega tima je pomembna dobra osebna interakcija, za katero pa se je smiselnopotrudit in nikakor ni samoumevna.

Učinkovita komunikacija

Kaj je sploh komunikacija? Po Websterjevem slovarju (Webster) je to izmenjava misli, idej, informacij, mnenj, z govorom, pisanjem ali z znaki. Pomembno je, da ni samo verbalna – 93 % komunikacije izvajamo z govorico telesa, držo in tonom glasu, le 7 % pa ostane dejanskemu namenu in smislu izrečenega (Alllesandra & O'Connor, 1996).

Komunikacija je absolutna prednostna naloga vsakega tima. Če si člani tima med seboj ne morejo zagotoviti informacij in razumevanja aktivno, točno in hitro, so lahko poznejši ukrepi neučinkoviti ali celo škodljivi. Raziskava iz ZDA je pokazala, da se je petina bolnikov pritožila zaradi slabe komunikacije v zdravstvenem timu – osebje jim je posredovalo nasprotujoče si informacije, kar je vodilo v zaskrbljenost in nazadnje v slabše rezultate zdravljenja (Cleary, 2003).

V današnji digitalni dobi komunikacija ni omejena na osebno komunikacijo, na primer na sestanke, pač pa vključuje vse informacijske kanale, elektronske zdravstvene zapise, telefonske pogovore, e-pošto itd. Učinkovito komunikacijo je treba obravnavati kot vodilo tima in ne samo kot individualno spretnost posameznika; vključuje sklop učljivih veščin, ki jih je mogoče razviti za vsakega člena tima in tima kot celote (Stohl & Redding, 1987; Eick, 2002). Natančneje: člani tima naj bi med seboj komunicirali neposredno, na jedrnat način, ki preprečuje žargonske nesporazume; govorili naj bi o preverljivih dejstvih in ne o osebnih mnenjih; aktivno naj bi poslušali drug drugega in pokazati pripravljenost, da se drug od drugega tudi učijo. Učinkoviti komunikatorji so dobri poslušalci – aktivno poslušajo, kako drugi prispevajo k učinkovitemu delovanju tima. Posamezniki v timu morajo imeti možnost, da slišano modelirajo in izčistijo tudi za druge člane tima, da posredujejo premišljen, vrednostno neobremenjen elaborat (Scholtes, 1988).

Vsaka napetost in tleč konflikt morata sprožiti ponovno oceno komunikacijskih vzorcev v timu. Izmenjava informacij je cilj komunikacije in vsi člani tima se morajo zavedati, da to vključuje tako tehnično kot čustveno informacijo.

Na poti k učinkoviti komunikaciji pa srečujemo več ovir: zdravstveni delavci pogosto delujemo avtonomno, čeprav se formalno razglašamo za del tima. Ovire se lahko pojavijo na več ravneh, lahko med zdravniki, medicinskim sestrami, po vertikali in horizontali. Čeprav zdravniki in medicinske sestre sodelujejo večkrat na dan, nepretrgoma, so dojemanja vlog in odgovornosti lahko različna. Tudi vzroki komunikacijskih šumov so različni:

- komunikacija je popačena ali nepopolna, če so med komunikatorji hierarhične razlike. Zdravstveno okolje je pretežno definirano s hierarhičnimi razlikami in zdravniki so na vrhu hierarhične lestvice. Posledično pogosto menijo, da je okolje naklonjeno, sodelujoče in da je komunikacija odprta, medtem ko ostali člani kolektiva občutijo komunikacijske težave. Tovrstni hierarhični problemi lahko onemogočajo uspešno prenašanje informacij, tudi kritičnih (Prescott & Bowen, 1985). Raziskava iz leta 1985 je pokazala, da so slabša bolnikova oskrba in ponavljajoči se problemi okrog nje pogosto posledica neuskajenosti med zdravnikom in medicinsko sestro (Rosenstein & O'Daniel, 2005),

- člani tima lahko prihajajo iz različnih kulturnih sredin – ponekod o problemih razpravljam odkrito in samozavestno, drugod pa na njih samo posredno nakazujejo. Tudi neverbalna komunikacija lahko predstavlja problem, nekateri pripisujejo poseben pomen stiku z očmi, tudi dotiku, tonu glasu (Kohn, et al., 2000),
- do izraza prihajajo tudi različni komunikacijski stili med spoloma (Kohn, et al., 2000).

Zato je učinkovita komunikacija temelj timskega dela in je jasno razvidna v vseh srečanjih med člani tima, bolniki in drugimi udeleženci v procesu oskrbe.

Merljiv proces in predviden rezultat

Tim mora skrbeti za zanesljive in pravočasne povratne informacije o uspehih in neuspehih; te informacije se uporabljajo za sledenje in tako se sčasoma izboljša učinkovitost. Jasne vloge in odgovornosti so porazdeljene po vsem timu in člani so zavezani tudi k skupni odgovornosti (Mitchell, et al., 2012).

Razprava

Pri pregledovanju literature smo naleteli na pogosto poudarjanje in izrazito izpostavljanje osebnostnih lastnosti, ki naj bi bile za učinkovitost kateregakoli tima temeljne; govorimo o poštenosti, disciplini, radovednosti, ustvarjalnosti, skromnosti. To so seveda nujno potrebne občečloveške vrline, vendar zdravstveni tim potrebuje še eno lastnost, in sicer empatijo. Mora biti sposoben prepozнатi stisko ljudi, večkrat tudi eksistencialno. Empatija je lahko podlaga za druge lastnosti in je obenem vrlina, s katero morajo biti prežete v strukture v timu, pravzaprav je to povezovalna, rdeča nit. Pri vseh članilih tima je njihov poklic definiran s pomočjo človeku, kar vodi v zelo občutljiva razmerja, ki morajo samoumevno vključevati vse naštete vrline; zdravstveni tim je nastal in je tu zato, da pomaga, to je njegovo temeljno poslanstvo.

Učinkovita komunikacija, zaupanje, skupni cilji itd. niso samo učljive veščine, pač pa tudi nadgradnja osebnostnih lastnosti bolj ali manj posrečeno izbranih ljudi v timu. Ves čas mora biti temelj delovanja učinkovita pomoč bolnikom; srečujemo se zato, ker pomagamo, tako posredno (npr. pogovori o vrsti zdravljenja) kot neposredno. Morebitni konflikti in neusklenjenost znotraj tima so lahko še posebej boleči, saj se s tem izničuje lastno delo, zato bi to moral biti, še bolj kot v timih druge vrste, tabu. Odnos do bolnika je namreč zmeraj odraz odnosov znotraj tima – ne gre za to, da se ves čas o vsem strinjam, ampak moramo biti skladni. Zdravstveni tim mora biti enoten, ne samo v smislu obravnave, predvidenega zdravljenja, ampak tudi v človeškem elementu, mora biti human. Na to včasih

pozabljamo, zlasti ob preobilici nepotrebnega birokratskega dela, ki že posega v temeljno poslanstvo naših poklicev.

Sklep

Vsestransko učinkovit zdravstveni tim mora temeljiti tako na občečloveških pozitivnih osebnostnih lastnostih sodelujočih, na naprednih tehnoloških rešitvah in učljivih veščinah, kot tudi na njihovem humanem deležu; humana komponenta je bila in je še vedno osnovni pogoj in vodilo uspešnosti.

Literatura

- Allesandra, T., O'Connor, M., 1966. *The platinum rule: discover the four basic business personalities and how they lead you to success*. New York: Warner Books.
- Berwick, D.M., 1992. Seeking systemness. *The Healthcare Forum Journal*, 35(2), pp. 22–28.
- Cleary, P.D., 2003. A hospitalization from hell: a patient's perspective on quality. *Annals of Internal Medicine*, 138(1), pp. 33–39. Available at: <http://www.merriam-webster.com/dictionary/communication> [10.10.2014].
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2005. *The Joint Commission guide to improving staff communication*. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources.
- Kohn, L., Corrigan, J.M., Donaldson, M.S., eds.. 2000. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press.
- Mitchell, P., Wynia, M., Golden, R., McNellis, B., Okun, S., Webb, C.E., et al., 2012. *Core principles & values of effective team-based health care*. Discussion Paper. Washington, DC: Institute of Medicine.
- O'Daniell, M., Rosenstein, A.H., 2008. Professional communication and team collaboration. In: *Patient Safety and Quality. An Evidence Based Handbook for Nurse*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Prescott, P.A., Bowen S.A., 1985. Physician-nurse relationships. *Annals of Internal Medicine*, 103(6), pp. 127–133.
- Principles of successful teamwork and team competencies, 2008. In: *Program GITT*. Chicago, IL: Rush University Medical Center.
- Rosenstein, A., 2005 O'Daniel M. Survey links disruptive behavior to negative patient outcomes. *OR Manager*, 21(3), pp. 20–22.
- Scholtes P.R., 1988. *The team handbook*. Madison, WI: Joiner Associates.
- Stohl, C., Redding, W.C., 1987. Messages and message exchange processes. In: Jablin, F.M., Putnam, L.L., Roberts, K.H. et al., eds. *Handbook of organizational communication*. Newbury Park, CA: Sage, pp. 451–502.
- Weick, K.E., 2002. Puzzles in organization learning: an exercise in disciplined imagination. *British Journal of Management*, 13(supp 2), pp. 7–17.

PRENOS INFORMACIJ MED ČLANI TIMA – POGLED MEDICINSKE SESTRE

THE TRANSFER OF INFORMATION BETWEEN TEAM MEMBERS – A NURSE'S PERSPECTIVE

Klavdija Peternelj, MSc (KŠ), dipl. m. s.

*Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični oddelek za kirurgijo srca in ožilja
klavdija.peternelj@kclj.si*

IZVLEČEK

Uvod: Med zdravstveno obravnavo nastane velika količina informacij s področij zdravstvene nege in zdravljenja ter drugih nezdravstvenih področij.

Namen in cilj: Namen prispevka je opisati prenos informacij med člani zdravstveno-negovalnega in zdravstvenega tima na Kliničnem oddelku za kirurgijo srca in ožilja Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. Cilj je prikazati prenos informacij na organizacijsko zahtevnem kliničnem oddelku za povečanje varnosti in kakovosti obravnave pacientov.

Razprava in sklep: Prenos informacij lahko kot dinamičen in zapleten proces odigra odločilno vlogo pri zagotavljanju kakovostne, varne in učinkovite obravnave pacienta. Stalna pozornost za odkrivanje in prizadevanje preprečevanja napak pri prenosu informacij med vsemi zaposlenimi ima velik pomen.

Ključne besede: zdravstvena nega, komunikacija, zdravstveni tim, prenos informacij

ABSTRACT

Introduction: Large quantities of information connected to nursing and treatment is generated during medical treatment, as well as other non-medical information.

Purpose and aim: The purpose of this paper is to describe the transfer of information between members of the nursing and healthcare team at the Department of Cardiovascular Surgery of the Ljubljana University Medical Centre. The aim of this paper is to demonstrate how information should be transferred within an organisationally complex clinical department to improve the safety and quality of patient care.

Discussion and conclusion: The transfer of information is a dynamic and complex process that can play a vital role in ensuring the quality, safety and effective-

ness of patient care. It is very important to devote constant attention to identifying and preventing errors in the transfer of information between employees.

Key words: nursing, communication, healthcare team, transfer of information.

Uvod

Med zdravstveno obravnavo pacienta nastane velika količina pisnih, digitalnih in govornih informacij. Pri zdravstveni obravnavi pacient prihaja v interakcijo s številnimi zaposlenimi različnih poklicnih skupin in med njimi poteka prenos informacij. Pacient je aktivno vpletен v ta proces.

Dobro sodelovanje med zaposlenimi poveča učinkovitost prenosa informacij in ima pomembno vlogo pri preprečevanju napak. Z neuskrajeno komunikacijo je ogrožena pacientova varnost zaradi različnih dejavnikov, kot so: pomanjkanje bistvenih informacij, napačno razumevanje informacij, nejasna telefonska naročila in spregledane spremembe zdravstvenega stanja pacienta (O'Daniel & Rosenstein, 2008).

Namen prispevka je opisati prenos zdravstvenih informacij med člani zdravstveno-negovalnega in zdravstvenega tima na Kliničnem oddelku za kirurgijo srca in ožilja (KOKSO), ki je eden večjih oddelkov Kirurške klinike Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (UKCL). Bolnišnična dejavnost poteka znotraj Oddelčne enote (OE), Enote intenzivne terapije (EIT) in Enote intenzivne nege (EIN). Klinični oddelek ima tudi Elektro-fiziološki laboratorij, kardiološko diagnostično enoto ter dve specialistični ambulanti: srčno-žilno kirurško in kardiološko specialistično ambulanto. Operativna dejavnost poteka v Operacijskem bloku in Urgentnem kirurškem bloku. Od priprave pacienta na operacijo in samega operativnega posega pa do odpusta je izvedenih veliko diagnostično-terapevtskih postopkov, enote kliničnega oddelka delujejo v odvisnosti ena od druge. Ob prehodu pacienta skozi opisane enote je tudi pretok informacij zelo dinamičen in zahteven ter za osebje predstavlja velik izziv. Cilj prispevka je prikazati prenos informacij na organizacijsko zahtevnem kliničnem oddelku za povečanje varnosti in kakovosti obravnave pacientov.

Kompleksnost komunikacije

Medicinske sestre in zdravstveni tehnički imajo pri komunikacijskem procesu različne vloge, različne perspektive in prioritete – glede na vse to oblikujejo vsebino informacije. Večsmerno ali enosmerno, posredno in neposredno medicinske sestre in zdravstveni tehnički sprejemajo in oddajajo gorovne in pisne in-

formacije, pri tem pa morajo biti zelo prožni. Vsak komunikacijski dogodek ima svoj namen in udeležencem prilagojeno vsebino informacij. Vsi udeleženi si morajo prizadevati, da je sporočilo pravilno razumljeno, komunikacijski proces mora biti natančen, jedrnat in učinkovit. Precejšen del tega prenosa informacij poteka v timu medicinskih sester, pa tudi v bolniški sobi, na hodniku itn. Ob tem je treba zagotavljati varovanje osebnih podatkov. Sočasno lahko poteka veliko število prenosov informacij med različnimi timi in znotraj njih. Sistem prenosa informacij je kompleksen; vanj so vključeni različni strokovnjaki s področja zdravstva in z drugih področij, različni ljudje z različnimi komunikacijskimi veščinami in tudi okoliščine znotraj zdravstvene obravnave so pogosto nepredvidljive. Namen prenosa informacij je doseči najboljšo možno seznanjenost in razumevanje o zdravstvenem stanju pacienta, možnih izidih, aktivnostih zdravstvene nege, diagnostično-terapevtskih posegih ter pomembnih sporočilih glede organizacije dela in celotne ustanove.

Zaradi vsebinsko obsežnih informacij o pacientovem zdravstvenem stanju ni presenetljivo, da prihaja do napak pri prenosu. Kritične informacije so lahko izpuščene pri predaji službe zdravstvene nege ali pri tolmačenju pridobljenih podatkov. Wahr, et al. (2013) ugotavljajo, da večina prenosov informacij vključuje komunikacijske napake zaradi obsežnosti podatkov o pacientovem zdravstvenem stanju, fizioloških nians, ki jih je težko objektivno opisati, in pogostih motenj iz okolja. Velika količina dela, informacijska preobremenjenost, hrup v okolici, struga hierarhija in stalne motnje lahko odločilno prispevajo k napaki pri prenosu informacij. Za preprečevanje teh napak so v uporabi različne strategije, npr. uporaba ustrezne in dogovorjene terminologije.

Prenos informacij in organizacija dela na Kliničnem oddelku za kirurgijo srca in ožilja

Operativni program pomeni za osebje KOKSO delovni načrt za vsak delovni dan. V njem so opredeljene vse najpomembnejše informacije: vrste načrtovanih operativnih posegov pri posameznih pacientih z operaterji, lokacije pacientov pred operacijo s telefonsko številko, navedene so operacijske sobe, kjer bodo operacije potekale, število enot krvnih pripravkov, ki jih je treba zagotoviti pred posogom. Nadzorne medicinske sestre in koordinator operacijskega bloka so v stalni navezi in njihova izmenjava informacij je bistvenega pomena za ugoden potek dela, zlasti npr. ob spremembah operativnega programa zaradi urgentnih operacij. Za kardiovaskularno področje kirurgije je veliko število urgentnih operacij značilno, še več teh operacij je zaradi dolgih čakalnih vrst. Vse spremembe operativnega programa pomenijo dodaten izziv za učinkovito informiranje zaposlenih.

Nadzorna medicinska sestra mora imeti pregled nad sprejemi in odpusti pacientov ter nad prenestitvami znotraj oddelka, ker le tako lahko ustrezno razporeja posteljna mesta. Hitro lahko pride do informacijske preobremenjenosti, zato to delo izvaja zgolj izkušena in strokovno usposobljena medicinska sestra z dobrimi organizacijskimi veščinami. Posteljna mesta pacientov na OE, ki odhajajo na operativni poseg ali bodo odpuščeni, zasedejo pacienti, premeščeni iz EIN, ali tisti, ki so na ta dan šele sprejeti. Po operaciji so pacienti nameščeni npr. v EIT, kjer so tiste, ki so vitalno stabilni, premestili v EIN in tako sprostili posteljna mesta za paciente, operirane tisti dan. Vse to dogajanje je treba usklajevati z informiranjem vseh vpletenih.

Predaja službe zdravstvene nege na Kliničnem oddelku za kirurgijo srca in ožilja

Delo članov tima zdravstvene nege v izmeni se zelo naslanja na učinkovit prenos informacij med predajo službe zdravstvene nege, ker zagotovi pregled nad zdravstvenim stanjem pacientov. Posebno ustna predaja ima kljub zavedanju o pomenu pisnega dokumentiranja izjemno vlogo pri učinkovitem prenosu informacij, ker omogoča sprotno razjasnjevanje in poveča pravilnost razumevanja sporočenega. Medicinska sestra ali zdravstveni tehnik, ki sta predhodno sodelovala s pacientom, službo predajata in osebje, ki šele začenja izmeno, službo prevzema. Da je pretok informacij brez motenj in napak, se predaja in prevzem službe zdravstvene nege prepletata, to nista dva ločena procesa. Neustrezna komunikacija ob predaji in izpuščeni podatki zelo vplivajo na povečano število kliničnih neželenih dogodkov. Vse medicinske sestre in zdravstveni tehničiki, ki so predhodno izvajali zdravstveno nego pacientov, tistim, ki prevzemajo službo, na podlagi zdravstvene dokumentacije in dokumentacije zdravstvene nege podajajo jasne, načrtne in nedvoumne informacije, ki omogočijo učinkovito in relativno hitro seznanjanje s situacijo. Informacije, ki jih medicinske sestre in zdravstveni tehničiki pridobijo v času dela s pacienti, direktno vplivajo na raven kakovosti nadaljnje oskrbe pacientov.

Čas trajanja predaje službe zdravstvene nege je v veliki meri odvisen od predhodne seznanjenosti z zdravstvenim stanjem pacientov pri medicinski sestri in zdravstvenem tehniku, ki prevzema službo. Kadar temske medicinske sestre prevzemajo službo po menjavi enote, po dopustu in podobno, lahko prevzem službe traja tudi do 45 minut. V nasprotnem primeru, kadar prevzamejo paciente, ki jih iz prejšnjih dni že poznajo in od takrat ni bilo veliko sprememb, pa je predaja končana hitreje. Pri temskih medicinskih sestrar v EIT in EIN poteka predaja službe ob pacientu in traja približno pol ure. Medicinske sestre, ki delajo ob pacientih,

entu v EIN in EIN, predane informacije tudi dokumentirajo v temu namenjenemu formularju. Na čas trajanja predaje zelo vplivajo tudi sočasne večje motnje zaradi poslabšanega stanja pacienta ali organizacijskih situacij. Na OE se zaradi velikega števila aktivnosti zdravstvene nege dopoldanska in popoldanska izmena timskih medicinskih sester prekrivata za uro in pol; v tem času timska medicinska sestra na OE prisostvuje predaji zdravstvenih tehnikov, ki poteka ob pacientu, in izvede lastno predajo v timu zdravstvene nege. Ne glede na enoto traja predaja službe pri medicinskih sestrarh ob pacientu do 15 minut, vedno z uporabo zdravstvene dokumentacije in dokumentacije zdravstvene nege pacienta. Pacient pri predajah službe, ki se odvijajo zraven bolniške postelje, aktivno sodeluje.

Pred kratko odsotnostjo medicinske sestre ali zdravstvenega tehnika (npr. premeščanje pacienta, odmor) se izvaja kratka predaja pacientov medicinski sestri ali zdravstvenemu tehniku, ki izvaja menjavo in ostane v sobi oz. na oddelku. Vsebinsko so to najpomembnejše informacije, ki zagotavljajo varnost pacientov v času te kratke odsotnosti.

Obvladovanje informacij za učinkovito delo

Na KOKSO informacije obvladujemo na več načinov. Večina timskih medicinskih sester na OE ima osebne zapiske o zdravstvenem stanju pacientov, za katere je odgovorna. Narejeni so v prvi vrsti na podlagi zdravstvene dokumentacije in dokumentacije zdravstvene nege, predaje službe zdravstvene nege in ocene zdravstvenega stanja pacienta. Posamezni medicinski sestri nudijo pregled nad zdravstvenim stanjem vseh pacientov in služijo kot opomnik za aktivnosti, ki jih je treba opraviti, ter lažjo organizacijo dela v njeni izmeni. Večina si aktivnosti kodira z barvo ali simboli. Razvit je tudi formular, ki pa ga uporabljajo le redke, ker so ti zapiski vsebinsko zelo individualno organizirani: služijo zgolj kot opomniki, vse intervencije medicinska sestra preverja direktno v zdravstveni dokumentaciji in dokumentaciji zdravstvene nege pacienta. Zapiski vsebujejo občutljive osebne podatke pacienta in so posredovani v nadzorovan razrez, ko niso več aktualni. Vse timske sestre na OE si zaradi velikega števila pacientov delajo tovrstne zapiske, medtem ko v EIT in EIN večinoma ne, ker imajo vso dokumentacijo pacienta stalno na voljo.

Tang & Carpendale (2007) opisujeta način in namen izdelovanja zapiskov, ki je izjemno podoben tistemu na KOKSO. Ti osebni zapiski medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov pravno ne ščitijo, omogočajo pa hiter priklic bistvenih dogodkov iz zdravstvene zgodovine posameznega pacienta, medtem ko bi preverjanje v dokumentaciji zahtevalo neobvladljivo veliko časa. Vsa dokumentacija pacienta je zdaj spravljena v dveh ločenih mapah za vsakega pacienta v posebnih

vozičkih. V eni mapi so aktualni dokumenti in v drugi tisti, ki so redkeje v uporabi. Vse zdravstveno negovalno osebje in drugi zdravstveni delavci, ki prihajajo v stik s pacientom, morajo svoje delo dokumentirati; zelo pogosto istočasno potrebuje dokumentacijo več članov tima, ki se morajo glede tega usklajevati. V prihodnosti bodo ob boljši dostopnosti dokumentacije zdravstvene nege in zdravstvene dokumentacije (npr. elektronski karton) ti zapiski nadvse verjetno opuščeni oz. bo njihova veljava zmanjšana.

Pretok informacij na KOKSO poteka na osnovi napisanih ali natisnjениh zapisov, ustno podanih informacij in tudi preko elektronskih medijev. Dokumentacijo v fizični papirnati obliki v teku bolnišnične obravnave predstavljajo dokumentacija zdravstvene nege (anamneza, načrt, poročilo), razni izvidi, temperaturni list in list diagnostično-terapevtskih zdravnikovih naročil. Zdravstvene kartoteke pacientov, vsa slikovna diagnostika in izvidi analiz biološkega materiala so po odprtju arhivirani v digitalni obliki, kar ob ponovnem sprejemu pacienta omogoča hitrejši dostop do zbranih informacij.

Od komunikacijskih kanalov je v ospredju uporaba telefona, ki ga pri svojem delu zlasti intenzivno uporabljajo nadzorne in timske medicinske sestre. V uporabi so slušalke stacionarnih telefonov, ki v kritičnih trenutkih omogočajo telefoniranje tudi neposredno ob pacientu. Od elektronskih kanalov se za prenos uporablja intranet UKCL, ki vsebuje tudi vse protokole, navodila za delo idr. in številne obrazce, za obveščanje večje skupine zaposlenih pa je v uporabi tudi elektronska pošta.

Sestanki medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov

Informacije so osebju zdravstvene nege posredovane tudi v obliki različnih sestankov. Sestanek tima zdravstvene nege poteka na OE po pregledu stanja v do-poldanski in popoldanski izmeni. Poteka po jutranji zdravniški viziti in dnevnom sestanku kolegija zdravnikov, ker je takrat že potrjeno, kako bo potekal operativni program, znano je, kateri pacienti bodo sprejeti, večinoma je znano, kateri pacienti bodo odpuščeni, znane so načrtovane premestitve pacientov znotraj KOKSO. Sestanek traja okoli 10 minut in je vsebinsko osredotočen na načrt dela za vsakega posameznega pacienta za tisto izmeno. Poteka tudi na začetku popoldanske izmene. Namen sestanka je uskladitev strategije za doseganje dolgoročnih ciljev pri pacientu, izmenjava pomembnih informacij, podajanje raznih napotkov, potrditev dogоворов, razjasnitev nesporazumov in izpostavljanje problemov pri delu. Pred koncem sestanka so podana še nujna obvestila. Večina medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov na OE ta sestanek ocenjuje kot nujno potreben za učinkovito delo.

Dnevni sestanek timskih medicinskih sester je namenjen obravnavi posameznih pacientov na celiem KOKSO, izpostavljene so zlasti posebnosti pri zdravstveni negi pacientov. Vključuje tudi prenos informacij s strani vodstva zdravstvene nege KOKSO in vodstva UKCL do medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. V obratni smeri ugotovljene večje probleme v smislu varnostnih zapletov ali napak na ravni zdravstvene obravnave pacienta glavna medicinska sestra pisno ali ustno posreduje predstojniku ali drugi odgovorni osebi.

Kolegij vodstva zdravstvene nege KOKSO, ki ga sestavlja glavna medicinska sestra, medicinske sestre koordinatorji za pedagoško dejavnost, kakovost in higienско področje ter nadzorne medicinske sestre, obravnava programske in strategične usmeritve, usključuje projektno delo, izobraževanje medicinskih sester in tudi kadrovjanje na področju zdravstvene nege.

Prenos informacij v interdisciplinarnem timu

Za učinkovito in varno izvajanje zdravstvene nege so za dobro sodelovanje različnih poklicev v zdravstveni negi in zdravstvenem timu potrebne raznovrstne informacije. Biti morajo aktivno podane, da jih drugi strokovnjaki lahko sprejmejo, interpretirajo in uporabljajo za učinkovito sodelovanje. Med jutranjo zdravniško vizito zdravstveni tim skupaj s pacientom oblikuje odločitve o nadalnjem zdravljenju. Ta večdisciplinarni tim poleg medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in zdravnikov sestavlja tudi fizioterapevti in delovni terapevti, aktivno je vpletен tudi pacient. Vsi prisotni strokovnjaki prispevajo informacije o zdravstvenem stanju pacienta. Pri interdisciplinarni komunikaciji morajo biti udeleženci zelo dojemljivi za podajanje in sprejemanje informacij, zavedati se morajo možnosti pomot in imeti sposobnost pojasnjevanja (Tang & Carpendale, 2007).

Za delo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov ter drugih strokovnjakov v zdravstvenem timu so pomembne odločitve, ki jih zdravniki sprejemajo na dnevnom kolegiju. Udeleži se ga glavna medicinska sestra, ki nato sporoča relevantne napotke nadzornim medicinskim sestrám, npr. kakšen je načrt zdravljenja za posameznega pacienta, ali kateri pacient ostane tešč itn. Za področje zdravstvene nege pomembne informacije posreduje tudi na kolegiju timskih medicinskih sester. Zdravniki naročila za zdravila, preiskave in druge zadeve v zvezi s pacienti vpišejo na za to določen formular. Kadar vpisujejo naročila brez prisotnosti medicinske sestre, jo morajo obvezno tudi ustno obvestiti, zlasti v primeru, ko je naročilo treba izvesti hitro. Medicinske sestre skupaj z zdravnikom usključujejo potek dela, kjer je pretok informacij zelo dinamičen.

Ob spremembah zdravstvenega stanja pacienta ali za namen obveščanja je pogosto treba zdravnike poklicati tudi telefonsko. Medicinska sestra se mora na te klice pripraviti, da ima na voljo vse potrebne podatke in meritve. Da to doseže, mora napraviti oceno stanja pri pacientu in šele potem izvesti klic. Pri telefonskih naročilih obstaja velika nevarnost za napake pri komunikaciji: zdravnik nima vseh potrebnih informacij, niti jih ne zahteva, naročila so lahko napačno razumljena. Medicinska sestra pred zaključkom pogovora ponovi naročilo zdravnika in ta ga mora potrditi. Opisan postopek telefonskih naročil zdravnika je podoben metodologiji SBAR (angl.: situation, background, assessment, recommendation, ali slovensko: stanje, ozadje, ocena, priporočilo). SBAR standardizirano komunikacijsko orodje je lahko zelo učinkovito pri premoščanju razlik v načinih komunikacije. Zdravstveni delavci različnih profilov imajo različne komunikacijske stile, ki izvirajo iz njihovega usposabljanja. Medicinske sestre učijo, da klinične situacije opisujejo bolj opisno, zdravniki pa se učijo biti bolj usmerjeni na eksaktne podatke (De Meester, et al., 2013).

Razprava

Kompleksnost pretoka informacij je na KOKSO očitna. Novinci potrebujejo več let, da se zadovoljivo seznanijo s pretokom podatkov. UKCL je velika bolnišnica z raznimi podpornimi službami, vsaka ima lastna pravila delovanja. Ima razvijano organizacijsko sestavo in prenos informacij med temi številnimi enotami je zahteven, ker poteka na različnih ravneh in na različne načine. Dinamika dela na KOKSO je velika, nepredvidljivi obrati se stalno dogajajo. Prikazan je trenutni sistem pretoka informacij med člani timov na KOKSO, možnost za varnejši prenos z manjšim številom napak pa je naloga za prihodnost.

Vpeljava SBAR komunikacijskega orodja v prakso na KOKSO bi s precejšnjo verjetnostjo prispevala k boljši obravnavi patientov. SBAR orodje spodbuja k oceni stanja pred obveščanjem in tako prihrani čas vsem vplet enim. De Meester, et al. (2013) v intervencijski študiji ugotavljajo, da sta se z uporabo SBAR izboljšala učinkovitost komunikacije in sodelovanje medicinskih sester; povečalo se je tudi število nenačrtovanih prenestitev v intenzivno nego in terapijo, najpomembnejše pa je, da se je zmanjšalo število nepričakovanih smrti. Predhodno se je treba pripraviti na klic z oceno stanja, si zagotoviti vse potrebne podatke, komunicirati strukturirano in jedrnato. Enak način je mogoče uporabljati tudi pri komunikaciji med medicinskimi sestrami samimi.

Sklep

Dober pretok informacij v timu pomembno izboljša kakovost obravnave in varnost pacienta ter omogoča bolj učinkovito delo. Dobro seznanjenost in razumevanje zdravstvenega stanja pacienta in pomembnih organizacijskih informacij je nujno zagotoviti vsem, ki prihajajo v interakcije s pacienti. Pomembna je tudi stalna pozornost glede odkrivanja in prizadevanja za preprečevanje varnostnih zapeletov pri prenosu informacij med vsemi zaposlenimi.

Literatura

- De Meester, K., Verspuy, M., Monsieurs, K.G., Van Bogaert P, 2013. SBAR improves nurse–physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. *Resuscitation*, 84 (9), ppr. 1192–6. Available at: <http://www.fluentmedical.com/docs/sbar-doc.pdf> [10. 10. 2014].
- O'Daniel, M. & Rosenstein, A.H., 2008. Professional Communication and Team Collaboration. In: Hughes Ronda, G. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services, pp. 801–13. Available at: <http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/resources/nursing/resources/nurseshdbk/nurseshdbk.pdf> [10. 10. 2014].
- Tang, C. & Carpendale, S., 2007. *An Observational Study on Information Flow during Nurses' Shift Change*. V: *Proceedings of the SIGCHI conference on Human Factors in Computing Systems*. ACM Press, pp. 219–228. Available at: http://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=sl&user=RYkK_owAAAAJ&citation_for_view=RYkK_owAAAAJ:u5HHmVD_uO8C [10. 10. 2014].
- Wahr, J.A., Prager R.L., Abernathy, J.H., Martinez, E.A., Salas, E., Seifert, P.C., et al., 2013. Patient Safety in the Cardiac Operating Room: Human Factors and Teamwork: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 128(10), pp. 1139–1169. Available at: <http://circ.ahajournals.org/content/128/10/1139> [10.10.2014].



www.drustvo-med-sester-lj.si