



RAZVOJNE USMERITVE ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE

zbornik prispevkov

RAZVOJNE USMERITVE ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE

ZBORNIK PRISPEVKOV

Naslov:

RAZVOJNE USMERITVE ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE

Zbornik prispevkov 16. simpozija z mednarodno udeležbo

Uredniki:

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

doc. dr. Radojka Kobentar

Recenzenti prispevkov:

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

Gordana Lokajner

Prevod:

Sara Hajdarević

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, 2015

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

616-083(082)

RAZVOJNE usmeritve zdravstvene in babiške nege : zbornik prispevkov / [uredniki Andreja Kvas ... [et al.] ; prevod Sara Hajdarević, Prevajalska agencija Julija]. - Ljubljana : Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 2015

ISBN 978-961-93765-3-9

1. Kvas, Andreja

282242816

KAZALO

UVODNIK

IV

1.	Nurses' Impact on Quality of Care: Lessons from RN4CAST <i>Vpliv medicinskih sester na kakovost oskrbe: Izkušnje iz študije RN4CAST</i> Walter Sermeus	1
2.	Stroškovna učinkovitost ob učinkoviti zdravstveni oskrbi – medicinske sestre: sila za spremembe – stališča Mednarodnega sveta medicinskih sester Peter Požun	19
3.	Vloga managementa pri izgradnji na dokazih temelječega dela v zdravstveni negi: rezultati raziskave v slovenskih bolnišnicah Brigita Skela Savič	43
4.	Etika zdravstvene in babiške nege: izzivi za prihodnost Darja Ovijač	61
5.	Medicina včeraj, danes in pojutrišnjem Nikola Bešić	71
6.	Babištvo na razpotju Anita Prelec	85
7.	Psihiatrična zdravstvena nega danes in jutri: kdo in kje smo, kaj delamo, kam si želimo in kje se vidimo jutri Zlata Živič	91
8.	Trenutna razvojna usmerenja zdravstvene nege u Srbiji <i>Trenutne razvojne usmeritve zdravstvene nege v Republiki Srbiji</i> Zorica Mihajlo, Zorica Čosić	101
9.	Pomembni razvojni mejniki zdravstvene nege zadnjega desetletja v Sloveniji in v tujini Gordana Lokajner	121

UVODNIK

Avtorce in avtorji prispevkov 16. simpozija Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana nagovarjajo bralca k razmišljanju, kaj naj bi zdravstvena in babiška nega 21. stoletja razvijala za prihodnje rodove. Skozi pregled dogodkov v preteklem obdobju, refleksijo trenutnih razmer ter kritično analizo posameznih področij, ki zajemajo etiko, filozofijo in strokovne sfere zdravstvene in babiške nege, smo se kot programski odbor skušali pomeriti v pripravi predstavljenih priporočil s področja zdravstvene in babiške nege. Pri tem se nismo omejevali zgolj na slovensko zdravstveno nego, temveč smo zajeli evropski prostor – skozi predstavljeno raziskavo RN4CAST – in neposredno širšo regijo – skozi povzetke izobraževanja in vizije za razvoj medicinskih sester v Srbiji.

Starajoča se populacija, veliko število nenalezljivih bolezni ter vse večje število težav v duševnem zdravju prinašajo večje finančno breme za nacionalno zdravstveno blagajno. Slaba izraba preventivnih ukrepov za ohranjanje zdravja – zdravstvena pismenost, kot jo poimenujejo eksperti za področje obvladovanja zdravstvene blaginje – prinaša nove možnosti, da se predstavimo populaciji kot ustrezno usposobljena poklicna skupina medicinskih sester in babic, ki delujejo v prid ohranjanja in pridobivanja zdravja v širokih razsežnostih. Ekomska sporočila niso zanemarljiva, posebej glede razporejanja medicinskih sester in babic v številne ključne vloge, kjer lahko pomembno vplivamo na dober izid zdravljenja z nižjimi stroški.

Medikalizacija družbe uporabnike zdravstvenih storitev napeljuje na prepričanje, da je zgolj ta pot edina opcija na zapleteni poti do zdravja. Trdno je povezana s finančnimi transferji v zdravstveni blagajni, na ta način pa daje malo možnosti za druge poti do doseganja zdravja posameznika in uveljavljanja vloge medicinskih sester in babic v polnem pomenu. Pregled prispevkov navaja bralca na razmišljanje, da povprečna praksa v slovenskem zdravstvu daje občutno premalo možnosti, da bi se poleg osnovne rutine pri izvajanju postopkov zdravstvene in babiške nege premaknili v sfero razmišljanja za uvedbo novih možnosti izboljšanja naše prakse. Neizogibna je uvedba osvežene prakse, temelječe na dokazih, s poudarkom na tem, da ima vrhnji menedžment vlogo gonila sprememb v vsakdanji praksi zdravstvene in babiške nege.

Pregled novih vlog medicinskih sester in babic v Sloveniji prispeva k ozaveščanju, da nosimo posebno odgovornost: v vsaki dekadi najštevilčnejša poklicna skupina v zdravstvu mora puščati evidentne in pozitivne sledi v sferi zdravljenja in zdravja. Avtorji opozarjajo tudi na potrebo po uvajanju sprememb na področju

implementacije že zastavljenih strategij v delovna okolja in strokovne tende, ki usmerjajo izvajalce zdravstvene in babiške nege, ter novo osmišljanje uvedbe individualne strategije razvoja na mikro in posledično na makro ravni.

Naj bo pričujoči zbornik prispevkov 16. simpozija z naslovom »Razvojne usmeritve zdravstvene in babiške nege« dobra strokovna iztočnica za sleherni korak v razvoju zdravstvene in babiške nege v najširšem kontekstu doseganja učinkovitih premikov na poti do zdravja naših uporabnikov sistema zdravstvenega varstva.

Đurđa Sima, predsednica DMSBZT Ljubljana

NURSES' IMPACT ON QUALITY OF CARE: LESSONS FROM RN4CAST

Walter Sermeus, Professor in Healthcare Management,

*Department of Public Health and Primary Care, University of Leuven, RN4CAST
coordinator,*

On behalf of the RN4CAST Consortium¹

Introduction

The RN4CAST-study (acronym for Nurse Forecasting in Europe) was launched in 2009 and ended in 2011 under the European Union's Seventh Framework Programme. It is one of the largest studies on nurses ever conducted. The study is well reported in the scientific literature generating until now more than 50 scientific publications. An overview can be found on the RN4CAST website www.rn4cast.eu. The aim of the RN4CAST-study was to study how features of work environments and qualifications of the nurse workforce impact on nurse retention, burnout among nurses and patient outcomes.

Methods

The methods used in the RN4CAST-study are in depth described by Sermeus, et al. (2011). We will focus on the sample, instruments and measures, translation and ethical approval.

¹ The RN4CAST Consortium consists of Walter Sermeus, Koen Van den Heede, Luk Bruyneel, Emmanuel Lesaffre, Luis Diya (Belgium, Catholic University Leuven); Linda Aiken, Herbert Smith, Timothy Cheney, Douglas Sloane (USA, University of Pennsylvania); Juha Kinnunen, Anneli Ensiö, Virpi Jylhä (Finland, University of Eastern Finland); Reinhard Busse, Britta Zander (Germany, Technical University Berlin); John Mantas, Dimitrios Zikos (Greece, University of Athens); Anne Scott, Anne Matthews, Anthony Staines (Ireland, Dublin City University); Ingeborg Strømseng Sjetne (Norway, Norwegian Knowledge Center for the Health Services); Tomasz Brzostek, Maria Kózka, Piotr Brzyski, Lucyna Przewo_niak, Anna Ksykiewicz-Dorota (Poland, Jagiellonian University Medical College); Teresa Moreno-Casbas, Carmen Fuentelsaz-Gallego, Esther Gonzalez-María, Mónica Contreras- Moreira (Spain, Institute of Health Carlos III); Carol Tishelman, Rikard Lindqvist, Sara Runesdotter, Lisa Smeds (Sweden, Karolinska Institute); Sabina De Geest, Maria Schubert, René Schwendimann (Switzerland, Basel University); Maud Heinen, Lisette Schoonhoven, Theo van Achterberg (The Netherlands, Radboud University Nijmegen Medical Centre); Peter Griffiths (England, University of Southampton); Jane Ball, Simon Jones, Brian McIntosh, Anne Marie Rafferty (England, King's College London). The research leading to these results has received funding from the European Union's Seventh Framework Programme (FP7/2007- 2013) under grant agreement n° 223468.
For more information please visit <http://www.rn4cast.eu>

Setting and sample

The study was conducted in twelve European countries (Belgium, England, Finland, Germany, Greece, Ireland, Norway, Poland, Spain, Sweden, Switzerland, and The Netherlands) that were selected on the basis of research expertise, availability of patient discharge data from hospitals, geographic distribution, and duration of membership in the European Union. Next to the large-scale European part of the RN4CAST project, three International Cooperating Partner Countries of the European Union (Botswana, China and South Africa) participate in the project consortium. Two of the three countries performed the study as well what provided a very broad international perspective on the study results.

The setting for the RN4CAST-study focused on general acute hospitals (with at least 100 beds). In each of the 12 countries 30 hospitals were selected randomly. Within each hospital a minimum of 2 nursing units (1 general surgical and 1 general medical nursing unit) were randomly selected from a master list of nursing units. The study sample included only adult medical surgical care nursing units since the science of linking different elements of nursing practice environment (including nurse staffing) to patient safety and clinical outcomes is best documented within this area. Specialized nursing units (e.g. intensive care & high dependency units) were excluded from the sampling frame. In each country all staff nurses providing direct care to patients on the selected nursing units were included in the nurse survey. ‘Nurses’ are defined in each country as those meeting the European Union definition of trained and licensed nurses according to directive 2005/36/EC.

In eight countries (Belgium, Germany, Ireland, Poland, Greece, Finland, Spain and Switzerland) also patients were included in the survey. A one-day census approach was used to select patients of the selected nursing units. All eligible patients (i.e. able to speak and understand the language of the questionnaire and to respond to the questions), present on the selected nursing units on the day of the census, were included in the study sample (Sanco, et al., 2010).

Instruments & measures

Drawing on previous experience of the ‘International Hospital Outcome Study’, wherever possible, existing instruments were used. Three surveys were conducted: nurse survey, patient survey, hospital survey. These data were linked to patient outcome data based on routine hospital discharge data.

Nurse Survey

Nurses were surveyed using a core battery of well-known and extensively validated instruments and questions. The survey contains 118 questions comprising nursing work environment, burnout, job satisfaction, nurse-perceived quality of care, nurse staffing levels (number & education), and a demographics section.

The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index or PES-NWI, was used to measure elements of nurses' work environments. Burnout was measured using the Maslach Burnout Inventory (MBI). MBI captures three dimensions of burnout: emotional exhaustion, depersonalization, personal accomplishment. Job satisfaction was measured by a single question (with scores ranging from 1 to 4). The quality of nursing care was reported via: (1) nurses' reports of the quality of nursing care on their unit, on their last shift, and changes in the quality of nursing care over the last year; (2) readiness of patients for discharge; (3) estimate of the frequency of a variety of adverse events involving themselves and their patients (e.g. medication errors, nosocomial infections, patient falls with injuries, pressure ulcers after admission, urinary tract infection). In addition, 7 questions derived from the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) safety culture questionnaire were included to measure the safety culture in the selected nursing units/hospitals.

Nurse staffing levels were reported by asking each nurse to report, the number of nurses and patients present on the nursing unit and the number of patients cared for during the last shift or workday. Based on these questions nurse-to-patient ratio will be calculated. Nurse qualification levels were reported by asking nurses the country where each nurse received their basic nursing education, years since first licensure as a nurse, years working in the current country, hospital, and position, and highest achieved level of education in nursing. The surveys were completed in 2009–2010 by 33,659 medical-surgical nurses working in 488 hospitals across the 12 European countries. The nurse response rates across the 12 countries averaged 62 %.

Patient Survey

Patients' experiences about their stay in the hospital were measured using the Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems survey (CAPHS), developed by the AHRQ. This instrument which asks patients 27 questions about their experiences in the hospital related to communication with nurses and doctors, responsiveness of hospital staff, pain management, communication about medicines, discharge information, cleanliness and quietness of the hospital environment, overall rating of the hospital, and willingness to recommend the hospital

to friends and family. 11 318 patients in 210 of these hospitals completed the survey. The overall response rate for patients was 73 %.

Hospital survey

For each hospital the organizational profile (e.g. size of the hospital in terms of beds and patient activity, the types of technology available, total expenditure), as well as detailed information on staffing for all categories of hospital workers (RNs, second level nurses, unlicensed assistive personnel, physicians and others) was measured. Overall 488 general acute care hospitals in 12 European countries participated in the study. The hospital response rate of hospitals ranged from 37 % in the Netherlands to 97 % in Norway, and averaged 64 % overall.

Patient outcomes based on administrative databases

Routinely collected administrative databases, hospital discharge abstract datasets in particular, were used to calculate patient outcomes. Hospital discharge data include a facility identifier indicating where the hospitalization occurred, patient demographics, characteristics of the admission, principal and secondary International Classification of Diseases (ICD) diagnosis and procedure codes, payer, length of stay, discharge status (alive/dead) and destination, and Diagnosis Related Groups (DRG) assignment. Nine out of 12 countries (except Germany, Greece, Poland) had the required hospital abstracts available in a format that allowed cross-country comparisons. For the nine countries and the selected hospitals 3,987,469 patient records were collected using ICD-10 data in 5 countries, ICD-9-CM data in 4 countries. Data varied from 2009 in 7 countries, 2008 in Finland and 2007 in Belgium (Squires, et al., 2012).

Survey translation

The English core battery of survey instruments was translated into the 10 primary language(s) (Dutch, German, Greek, French, Italian, Finnish, Norwegian, Polish, Swedish, and Spanish) using translation-back translation method. No changes to the template (questions and tools, as well as items within tools) of the core questionnaire were allowed. In each country the quality of the translated instruments were assessed by a panel of 7 to 11 bilingual experts to obtain Content validity indexes. The translation process has been described in depth by Squires, et al. (2013). The cross-cultural evaluation process produced CVI scores for the instrument ranging from .61 to .95.

Ethical issues

The project has been granted financial support from the European Commission. Depending on national legislation, the study protocol was approved by either central ethical committees (e.g. nation or university) or local ethical committees (e.g. hospitals).

Overall study results

A special issue of the International Journal of Nursing Studies in 2013 gave a descriptive report about the state of hospital nursing practice in Europe. The survey showed large differences throughout Europe. Nurse job dissatisfaction varied dramatically across the 12 European countries, and sources of dissatisfaction varied as well. No country was immune from nurses' negative work perceptions. In spite of these seemingly high levels of dissatisfaction, fewer than 1 in 4 nurses in all countries except Greece (40 %) and Ireland (28 %) reported being dissatisfied with their choice of nursing as a career. Nonetheless, between 2 in 10 and 5 in 10 nurses in every country intended to leave their current job in the next year and of those that expressed such intentions, somewhere between 2 in 10 and 4 in 10 indicated that the job they would seek would be outside of nursing (Aiken, et al., 2012; Squires, et al., 2012).

The average staffing ratio (or the number of patients per nurse) that we estimate in the different countries ranges from roughly 4 or 5 patients per nurse in Norway, the Netherlands, Switzerland, and Sweden to 9 or 10 to 1 in Belgium, Greece, Poland, Germany and Spain, with the other countries having ratios in-between. While most nurses in virtually all countries reported favorable nurse–physician relations, the majority of nurses in most countries reported that there were not enough nurses or adequate support services and that features shown to be related to supportive professional nurse workforce management, such as management listens and responds to employee concerns and opportunities for nurses to participate in policy decisions, were lacking.

What is the impact of this on patient experiences and outcomes? A study of Aiken, et al. (2012) reported on the relationship of nurse staffing and working environment on patient experiences. The percentages of patients who gave high overall ratings to their hospital ranged from 35 % in Spain to close to 60 % in the US, Switzerland, Finland, and Ireland. High patient ratings were associated with recommending the hospital. An improved work environment had a substantially positive effect on both positively scaled patient measures in all countries (that is, a favorable influence). Patients in hospitals with better work environments were more

likely to rate their hospital highly and to recommend their hospital. Patients in hospitals with higher ratios of patients to nurses (that is, increased nurse workload) were less likely to rate their hospital highly and to recommend their hospital.

What is the impact on nurse outcomes such as burnout, job satisfaction and intention-to-leave? The results were adjusted for hospital characteristics (teaching status, high technology, bed size), nurse characteristics (age, sex, and full time employment status), specialty of unit, and country. Each additional patient per nurse increased the odds of nurses reporting burnout, job dissatisfaction, Intention to leave in the next year. The work environment effect was generally stronger than the specific staffing effect.

What is the effect on patient outcomes? These findings were published in the Lancet in 2014 (Aiken, et al., 2014). For this study, we obtained discharge data for 422 730 patients aged 50 years or older who underwent common surgeries (orthopedic surgery, vascular surgery, general surgery) in 300 hospitals in nine European countries. Administrative data were coded with a standard protocol to estimate 30 day in-hospital mortality by use of risk adjustment measures including age, sex, admission type, 43 dummy variables suggesting surgery type, and 17 dummy variables suggesting comorbidities present at admission. Surveys of 26 516 nurses working in study hospitals were used to measure nurse staffing and nurse education. The average crude 30-day mortality in Europe for the selected group of patients was on 1,3 % varying from 1 % in Sweden up to 1,5 % in The Netherlands. The variability among the 300 hospitals was much larger than among countries and varied between 0% up to 7,2 %. 12 % of hospitals had a mortality rate higher than 2 % and these hospitals could be found in all nine countries. Explanatory variables for 30 day in-hospital mortality are nurse staffing as well as nurses' qualification. An increase in a nurses' workload by one patient increased the likelihood of an inpatient dying within 30 days of admission by 7 %, and every 10 % increase in bachelor's degree nurses was associated with a decrease in this likelihood by 7 %. These associations imply that patients in hospitals in which 60 % of nurses had bachelor's degrees and nurses cared for an average of six patients would have almost 30 % lower mortality than patients in hospitals in which only 30 % of nurses had bachelor's degrees and nurses cared for an average of eight patients.

What is explaining these effects on patients' experiences and patient outcomes? A study on nursing care left undone was published by Ausserhofer, et al. (2014). Nursing care left undone reflects the process of care and was defined as necessary nursing activities that were missed due to a lack of time. Thirteen nursing care activities related to direct physical care and monitoring, planning and documenting care, and psychosocial care were defined. Nurses were asked to select those

activities that were necessary but left undone due to a lack of time during their most recent shift. The nursing care left undone composite measure for each nurse was calculated as the sum score of how many of these 13 nursing care needs were left undone. Across European hospitals, the most frequent nursing care activities left undone included ‘Comfort/talk with patients’ (53 %), ‘Developing or updating nursing care plans/care pathways’ (42 %) and ‘Educating patients and families’ (41 %). In hospitals with more favorable work environments, lower patient to nurse ratios, and lower proportions of nurses carrying out non nursing tasks frequently fewer nurses reported leaving nursing care undone.

Discussion and policy implications

The RN4CAST study generated a large evidence base of nurse workforce issues across European health systems that is quite unique such as the number and qualification of nursing staff, the quality of working environments, burnout rates, job satisfaction rates, intention-to-leave rates. What we see is a high variability in nurse workforce issues across Europe. Interesting is that their variability is higher within a country and between countries. A second contribution of RN4CAST is that it shows the relationships of these nurse workforce issues to patient experiences, patient outcomes such as mortality rates, nurse outcomes related to burnout and retention rates.

RN4CAST is contributing to EU policy making. It is involved to European projects such as Joint Action of Health Workforce Planning and Forecasting (<http://www.euhwforce.eu>) (2013-2016) and a EU study on “effective recruitment and retention for health workers” (2014-2015) (http://ec.europa.eu/health/workforce/policy/recruitment/index_en.htm). The Lancet paper that was published in February 2014 came too late to have an impact on the modernization of the professional qualification Directive (2013/55/EU) that was published in December 2013 (Aiken, et al., 2014). The conclusions of the Lancet paper that the nurse qualification is related to patient mortality is definitively influencing further decision making on the European nursing qualification structure to position nurses’ education on a bachelor level. The variability of patient-to-nurse ratios in European hospitals has created a momentum in several national policies not lowering their nurse staffing ratios in a moment of austerity because of economic crisis. In the UK, safe nurse staffing ratios in adult patient wards in acute hospitals have been recommended by the National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (<http://www.nice.org.uk/guidance/sg1>) since July 2014.

Because of the richness of the data and the comparability across Europe, some countries took the initiative to replicate RN4CAST in their own country. In 2013,

replication of the RN4CAST study was done by Portugal. In 2015, replications of RN4CAST are planned in Cyprus and Italy. Also the USA and Germany are collecting RN4CAST data in 2015.

As Norma Lang stated it long ago: “If we cannot name it, we cannot control it, practice it, teach it, finance it, or put it into public policy” (Clark & Lang, 1992). The main added value of RN4CAST that it helps nurses, managers and policy makers to understand and to clarify how nursing care impacts patient care.

References

- Aiken, L.H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D.M., Busse, R., McKee, M., et al., 2012. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 344: e1717.
- Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse R, et al., 2014. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), pp. 1824–1830.
- Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Sermeus, W., 2013. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), pp. 143–153.
- Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., De Geest, S., Rafferty, A.M., et al., 2013. On behalf of the RN4CAST consortium. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Quality & Safety*, Nov 10.
- Clark, J., & Lang, N., 1992. Nursing's next advance: An internal classification for nursing practice. *International Nursing Review*, 39(4), pp. 109-111, 128.
- Sanco, D.G., Sermeus, W., Bruyneel L., 2010. Investing in Europe's health workforce of tomorrow: scope for innovation and collaboration. *Summary report of the three Policy Dialogues*. Leuven, pp. 26-35. Available at: http://www.healthworkforce4europe.eu/downloads/Report_PD_Leuven_FINAL.pdf
- Sermeus,W., Aiken, L.H., Van den Heede, K., Rafferty, A.M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M.T., et al., 2011. RN4CAST consortium. Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nursing*, 18(10), pp. 6.
- Squires, A., Aiken, L.H., van den Heede, K., Sermeus, W., Bruyneel, L., Lindqvist, R., et al., 2013. A systematic survey instrument translation process for multi-country, comparative health workforce studies. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), pp. 264–273.

VPLIV MEDICINSKIH SESTER NA KAKOVOST OSKRBE: IZKUŠNJE IZ ŠTUDIJE RN4CAST

*Walter Sermeus, profesor menedžmenta v zdravstveni negi,
Oddelek za javno zdravje in primarno zdravstvo, Univerza v Leuvnu,
koordinator RN4CAST,
v imenu RN4CAST konzorcija¹*

Uvod

Študija RN4CAST (kratica Napovedi za zdravstveno nego v Evropi) se je začela leta 2009 in končala leta 2011 v okviru Sedmega okvirnega programa Evropske unije. To je ena največjih kadarkoli izvedenih študij o medicinskih sestrarh. O študiji so poročali v številnih znanstvenih prispevkih, do sedaj v več kot 50 znanstvenih publikacijah. Pregled študije je mogoče najti na spletni strani RN4CASTa www.rn4cast.eu. Cilj študije RN4CAST je bil preučiti, kako značilnosti delovnih okolij in strokovna usposobljenost delovne sile medicinskih sester vplivajo na zaposlene, na izgorelost med medicinskimimi sestrami in izide zdravljenja pri pacientih.

Metode

Metode dela, uporabljene v RN4CAST študiji so podrobno opisane v Sermeus et al. (2011). V prispevku se bomo osredotočili le na vzorec sodelujočih, orodje in ukrepe, prevajanje in etično odobritev.

Okolje in vzorec

Študija je bila izvedena v dvanajstih evropskih državah (Belgia, Anglija, Finska, Nemčija, Grčija, Irska, Norveška, Poljska, Španija, Švedska, Švica in Nizozemska),

1 RN4CAST konzorcij sestavlja Walter Sermeus, Koen Van den Heede, Luk Bruyneel, Emmanuel Lesaffre, Luis Diya (Belgia, Katoliška univerza Leuven); Linda Aiken, Herbert Smith, Timothy Cheney, Douglas Sloane (ZDA, Univerza v Pensilvaniji); Juha Kinnunen, Anneli Ensio, Virpi Jylhä (Finska, Univerza v vzhodni Finski); Reinhard Busse, Britta Zander (Nemčija, Tehnična univerza v Berlinu); John Mantas, Dimitrios Zikos (Grčija, Univerza v Atenah); Anne Scott, Anne Matthews, Anthony Staines (Irska, Univerza v Dublinu); Ingeborg Strømseng Sjetne (Norveška, Norveški center za zdravstveno oskrbo); Tomasz Brzostek, Maria Kózka, Piotr Brzyski, Lucyna Przewo_niak, Anna Ksykiewicz-Dorota (Poljska, Jagiellonian medicinska fakulteta); Teresa Moreno-Casbas, Carmen Fuentelsaz-Gallego, Esther Gonzalez-María, Mónica Contreras- Moreira (Španija, Inštitut za zdravje Carlos III); Carol Tishelman, Rikard Lindqvist, Sara Runesdotter, Lisa Smeds (Švedska, Karolinska inštitut); Sabina De Geest, Maria Schubert, René Schwendimann (Švica, Univerza v Bazlu); Maud Heinen, Lisette Schoonhoven, Theo van Achterberg (Nizozemska, Klinični center Nijmegen univerze Radboud); Peter Griffiths (Anglija, Univerza v Southamptonu); Jane Ball, Simon Jones, Brian McIntosh, Anne Marie Rafferty (Anglija, Kraljeva akademija London). Raziskava je financirana iz Sedmega okvirnega programa Evropske unije (FP7/2007- 2013) v skladu s sporazumom o dodelitvi sredstev številka 223468
Za nadaljnje informacije prosimo obiščite stran <http://www.rn4cast.eu>

ki so bile izbrane na podlagi raziskovalne strokovnosti, dostopnosti podatkov od-pustnih pisem pacientov iz bolnišnic, geografsko porazdelitev in trajanje članstva v Evropski uniji.

Poleg obsežnega evropskega dela projekta RN4CAST so v konzorciju projekta sodelovale tudi tri partnerske države Evropske unije (Bocvana, Kitajska in Južna Afrika). Dve od treh držav sta izvedli študijo in prispevali tudi zelo široko mednarodno perspektivo na rezultate študije.

Okolje RN4CAST študije se je osredotočalo na splošne bolnišnice (z najmanj 100 posteljami). V vsaki izmed 12 držav je bilo naključno izbranih 30 bolnišnic. Znotraj vsake bolnišnice sta bili iz glavnega seznama negovalnih enot naključno izbrani najmanj 2 negovalni enoti (1 splošna kirurška in 1 splošna zdravstveno-negovalna enota). Vzorec študije je vključeval le kirurske negovalne enote za od-rasle, saj je na teh najbolje razvidno povezovanje različnih elementov okolja zdra-vstvene nege (vključno z zaposlovanjem medicinskih sester) z varnostjo pacientov in izidi zdravljenja. Specializirane enote zdravstvene nege (npr. enote za intenzivno nego / terapijo), so bile izključene iz vzorca. V vsaki državi so bile vključene vse medicinske sestre, ki zagotavljajo neposredno oskrbo pacientom na negovalnih enotah, vključenih v raziskavo. »Medicinske sestre« so v vsaki državi opredeljene kot tiste, ki ustrezajo opredelitvi Direktive 2005/36 / ES Evropske unije o prizna-vanju poklicnih kvalifikacij za opravljanje reguliranih poklicev.

V osmih državah (Belgia, Nemčija, Irska, Poljska, Grčija, Finska, Španija in Švica) so bili v raziskavo vključeni tudi pacienti, ki so bili izbrani glede na prisotnost na enoti na dan raziskave. Vsi primerni pacienti (tisti, ki so govorili in razu-meli jezik vprašalnika in so na vprašanja lahko odgovarjali), prisotni na enoti na dan raziskave, so bili vključeni v vzorec (Sanco, et al., 2010).

Orodja in merila

Izhajali smo iz predhodne študije »Mednarodna raziskava izidov zdravljenja v bolnišnicah« in uporabili obstoječa raziskovalna orodja, kjer je bilo to le mogoče. Izvedli smo tri ankete: med medicinskimi sestrami, med pacienti ter o splošnih la-stnostih bolnišnice, vključene v študijo. Podatke smo kasneje povezali z izidi zdra-vljenja pacientov, pridobljenih iz odpustnih pisem.

Anketa med medicinskimi sestrami

Medicinske sestre smo anketirali s pomočjo dobro znanih in obširno potrje-nih raziskovalnih orodij in vprašalnikov. Anketa vsebuje 118 vprašanj, ki obsegajo

delovno okolje v zdravstveni negi, izčrpanost, zadovoljstvo pri delu, kakovost nege z vidika medicinskih sester, kader (število medicinskih sester in njihova izobrazba) in poglavje o demografskih podatkih. Za merjenje lastnosti delovnega okolja medicinskih sester smo uporabili indeks delovnega okolja v zdravstveni negi (Practice Environment Scale of the Nursing Work Index - PES-NWI).

Izgorelost je bila izmerjena s pomočjo Maslachovega vprašalnika izgorelosti (Maslach Burnout Inventory - MBI). MBI ujame tri dimenzije izgorelosti: čustvena izčrpanost, depersonalizacija, osebni dosežek. Zadovoljstvo pri delu je bilo izmerjeno z enim samim vprašanjem (z oceno od 1 do 4). Kakovost zdravstvene nege so ocenjevali preko: (1) poročil medicinskih sester o kakovosti zdravstvene nege na njihovi enoti, ob svoji zadnji izmeni in spremembah v kakovosti zdravstvene nege v zadnjem letu; (2) pripravljenosti bolnikov za odpust; (3) ocene pogostosti različnih neželenih dogodkov, ki vključujejo medicinske sestre in njihove paciente (npr. napake pri dajanju zdravil, bolnišnične okužbe, padec pacienta in posledična poškodba, preležanine po sprejemu, okužba sečil). Poleg naštetega smo vključili še 7 vprašanj, ki izhajajo iz vprašalnika o varnostni kulturi Agencije za raziskovanje in kakovost v zdravstveni negi (Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ), s pomočjo katerih smo merili varnostno kulturo v izbranih enotah / bolnišnicah.

Kadrovske podatke smo pridobili s pomočjo poročil medicinskih sester, ki so vsebovala podatke o številu medicinskih sester in pacientov na oddelku ter številu pacientov na medicinsko sestro v zadnji izmeni. Na podlagi podatkov smo pridobili razmerje števila medicinskih sester na bolnika. Podatke o izobrazbi in kvalifikacijah smo pridobili preko vprašanj o državi pridobljene osnovne zdravstvene izobrazbe, letu pridobitve licence, delovni dobi v trenutni državi, bolnišnici in delovnem mestu ter o najvišji doseženi stopnji izobrazbe na področju zdravstvene nege. Anketa je bila zaključena med letoma 2009 in 2010, nanjo je odgovarjalo 33.659 medicinskih sester, ki delajo v 488 bolnišnicah v 12 evropskih državah. Stopnja odziva medicinskih sester v 12 državah je bila v povprečju 62 %.

Anketa med pacienti

Izkušnje pacientov glede njihovega bivanja v bolnišnici so bile izmerjene z uporabo ankete "Ocena izvajalcev in sistemov zdravstvene nege s strani odjemalcev storitev" (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems – CAHPS), ki jo je razvil zgoraj omenjeni AHRQ. Vprašalnik vsebuje 27 vprašanj, kjer pacienti poročajo o svoji izkušnji v bolnišnici glede na komunikacijo z zdravniki in medicinskimi sestrami, prejetimi informacijami o zdravilih, prejetimi podatki ob odpustu, čistoči in tišini bolnišničnega okolja, podajo splošno oceno bolnišnice in

odgovorijo na vprašanje o tem, ali bi bolnišnico priporočili svojim prijateljem in družini. Anketo je izpolnilo 11.318 pacientov v 210 bolnišnicah. Povprečna stopnja odziva med pacienti je bila 73 %.

Podatki o bolnišnici

Za vsako bolnišnico smo zbrali podatke o organizacijskem profilu (velikost bolnišnice glede na število postelj in vrsto pacientov, razpoložljive tehnologije, skupni odhodki) in podrobne informacije o zaposlovanju za vse profile zaposlenih (diplomirane medicinske sestre, srednje medicinske sestre, bolničarji, zdravniki in ostali). Skupno je v raziskavi sodelovalo 488 bolnišnic iz 12 evropskih držav. Stopnja odziva med bolnišnicami se je gibala med 37 % na Nizozemskem in 97 % na Norveškem, povprečno 64 % med vsemi državami.

Izidi zdravljenja pacientov, pridobljeni iz administrativnih podatkovnih baz

Rutinsko zbrane administrativne podatkovne baze, zlasti odpustna pisma, so bile uporabljene za izračun izidov zdravljenja pacientov. Uporabljeni podatki odpustnega pisma so bili identifikator hospitalizacije, pacientovi demografski podatki, značilnosti sprejema, glavna in dodatna diagnoza glede na Mednarodno klasifikacijo bolezni (International Classification of Diseases – ICD) in kodirane opravljene storitve, plačnik, dolžina bivanja, status ob odpustu (živ / mrtev) in napotitev ter umestitev v Skupino primerljivih primerov (Diagnosis Related Groups – DRG). V devetih izmed 12 držav (razen v Nemčiji, Grčiji in na Poljskem) so bolnišnice imele odpustnice na voljo v formatu, ki dovoljuje primerjavo med državami. Za teh 9 držav in izbranih bolnišnic smo pridobili 3.987.469 kartotek pacientov, pri čemer smo uporabili podatke ICD-10 v 5 državah in ICD-9 v štirih. Časovno se podatki gibljejo med leti 2009 v sedmih državah, 2008 na Finskem in 2007 v Belgiji (Squires, et al., 2012).

Prevod ankete

Zbirka angleških vprašalnikov je bila prevedena v 10 primarnih jezikov (nizozemščina, nemščina, grščina, francoščina, italijanščina, finščina, norveščina, poljsčina, švedščina in španščina) z uporabo metode prevajanja iz izvornega v ciljni jezik in nazaj v jezik izvornega besedila. Nobenih sprememb ni bilo dovoljeno storiti na predlogi osnovnega vprašalnika. Za pridobitev vsebinske veljavnosti je v vsaki državi kakovost prevodov ocenila komisija 7 do 11 dvojezičnih strokovnjakov. Prevajalske postopke so poglobljeno opisali Squires et al. (2013). Medkulturna ocena vsebinske veljavnosti se je gibala med .61 in .95.

Etična vprašanja

Projekt je pridobil finančno pomoč s strani Evropske komisije. Glede na nacionalno zakonodajo je protokol študije odobrila bodisi osrednja etična komisija (npr. na nacionalni ali univerzitetni ravni) ali lokalna etična komisija (npr. bolnišnice).

Skupni rezultati študije

Posebna izdaja revije International Journal of Nursing Studies je v letu 2013 izdala opisno poročilo o stanju zdravstvene nege v bolnišnicah po Evropi. Raziskava je pokazala velike razlike znotraj Evrope. Zadovoljstvo pri delu med medicinski sestrami se je med 12 evropskimi državami močno razlikovalo, prav tako tudi vzroki za nezadovoljstvo. Nobena država ni bila imuna na negativno zaznavanje dela medicinskih sester. Kljub tej navidezno visoki stopnji nezadovoljstva je manj kot ena izmed štirih medicinskih sester poročala o nezadovoljstvu s svojo izbiro poklica v zdravstveni negi (razen v Grčiji, kjer je z izbiro nezadovoljnih 40 % medicinskih sester in 28 % na Irskem). Kljub temu je 2-5 medicinskih sester izmed 10 izrazilo namero, da bodo v naslednjem letu zapustile trenutno delovno mesto. Izmed teh, ki so izrazile svojo namero o odhodu, jih bo 2-4 od 10 iskalo zaposlitev zunaj stroke zdravstvene nege (Aiken, et al., 2012; Squires, et al., 2012).

Povprečne kadrovske kapacitete (ali število pacientov na medicinsko sestro) se po naših ocenah med različnimi državami gibljejo med 4 do 5 pacientov na medicinsko sestro na Norveškem, Nizozemskem, Švici in na Švedskem, ter med 9 in 10 pacientov na medicinsko sestro v Belgiji, Grčiji, Nemčiji, Španiji in na Poljskem. V drugih državah se razmerje giblje med zgoraj omenjenima.

Medtem ko je večina medicinskih sester v praktično vseh državah poročala o dobrih odnosih med zdravniki in medicinskim sestrinim, je večina poročala tudi o nezadostnem številu medicinskih sester ali podpornih mehanizmov ter o pomanjkanju elementov, ki so povezani s podporo strokovnega vodstva kadru medicinskih sester, npr. kako vodstvo posluša in se odziva na skrbi zaposlenih in kakšne priložnosti jim nudi pri sprejemanju odločitev.

Kakšen je vpliv zgoraj naštetega na izkušnje pacientov in njihove izide zdravljenja? Študija, ki so jo izvedli Aiken et al. (2012), poroča o razmerju med zaposlovanjem medicinskih sester in delovnem okolju na izkušnje pacientov. Odstotek pacientov, ki je svoji bolnišnici namenil skupno visoko oceno, se giblje v razponu med 35 % v Španiji, do skoraj 60 % v ZDA, Švici, na Finskem in na Irskem. Visoke ocene pacientov so bile povezane z možnim priporočilom bolnišnice svojim prijateljem in družini. Izboljšano delovno okolje je imelo precejšen pozitiven učinek na vse pacientove ocene v vseh državah (to pomeni, da je imelo izboljšano delovno

okolje ugoden vpliv). Pacienti v bolnišnicah z boljšimi delovnimi okolji so verjetno svojo bolnišnico visoko ocenili in bi jo tudi priporočili drugim. Pacienti v bolnišnicah z višjim razmerjem pacientov na število medicinskih sester (kar pomeni povečan obseg dela medicinskih sester) so manj verjetno svojo bolnišnico visoko ocenili, prav tako bi jo manj pacientov priporočilo drugim.

Kakšen je vpliv izgorelosti, zadovoljstva pri delu in namer o odpovedi delovnega razmerja na izide zdravljenja, povezane z zdravstveno nego? Rezultati so bili prilagojeni glede na lastnosti bolnišnice (učna bolnišnica, tehnološko napredna, število postelj), lastnosti medicinskih sester (starost, spol, zaposlitev za polni delovni čas), posebnost opazovane enote in države.

Vsak dodatni pacient na medicinsko sestro je povečal verjetnost poročanja o izgorelosti, nezadovoljstvu pri delu in nameri o odpovedi delovnega razmerja v naslednjem letu. Učinek delovnega okolja je bil na splošno močnejši kot učinek kadrovanja.

Kakšen je učinek na izide zdravljenja pacientov? Ugotovitve so bile objavljene v reviji Lancet leta 2014 (Aiken et al., 2014). Za to študijo smo pridobili podatke odpustnic za 422.730 pacientov, starih 50 let ali več, pri katerih so bili opravljeni splošni operativni posegi (ortopedski posegi, žilne operacije, splošna kirurgija) v 300 bolnišnicah v devetih evropskih državah.

Administrativni podatki so kodirani s standardnim protokolom ocene smrtnosti v 30 dneh po sprejemu v bolnišnico z uporabo prilagoditve za tveganje, vključno s starostjo, spolom, vrsto sprejema, 43 slepimi spremenljivkami za vrsto posega in 17 slepimi spremenljivkami za spremjevalne bolezni, prisotne ob sprejemu.

Ankete med 26.516 medicinskimi sestrami, zaposlenimi v učnih bolnišnicah, so bile uporabljene za merjenje zaposlovanja medicinskih sester in izobrazbo medicinskih sester. Povprečna 30-dnevna umrljivost v Evropi za izbrano skupino pacientov je bila 1,3 % in se giblje med 1 % na Švedskem do 1,5 % na Nizozemskem. Variabilnost med 300 bolnišnicami je bila veliko večja kot med državami, in sicer od 0 % do 7,2 %. 12 % bolnišnic je imelo smrtnost višjo kot 2 %; te bolnišnice je mogoče najti v vseh devetih državah. Pojasnjevalne spremenljivke za 30-dnevno umrljivost v bolnišnici so zaposlovanje medicinskih sester kot tudi njihova usposobljenost. Povečan obseg dela za enega pacienta na medicinsko sestro poveča verjetnost za smrtnost v bolnišnici v roku 30 dni po sprejemu za 7 %. Prav tako je bilo 10 % povečanje števila diplomiranih medicinskih sester povezano z zmanjšanjem te verjetnosti za 7 %. Sklepamo lahko, da bi morala biti umrljivost med pacienti v bolnišnicah, v katerih je 60 % diplomiranih medicinskih sester skrbelo za povprečno šest pacientov, skoraj 30 % nižja kot pri pacientih v bolnišnicah z le 30 %

diplomiranih medicinskih sester, ki so skrbele za povprečno osem bolnikov.

Kakšna je razlaga teh učinkov na izkušnje pacientov in njihove izide zdravljene? Študijo o izpuščenih aktivnostih zdravstvene nege so objavili Ausserhofer et al. (2014). Izpuščene aktivnosti zdravstvene nege odražajo proces oskrbe in so opredeljene kot aktivnosti zdravstvene nege, ki bi morale biti opravljene, vendar zaradi pomanjkanja časa niso bile. Opredeljenih je bilo 13 aktivnosti zdravstvene nege, povezane z neposredno fizično zdravstveno nego in monitoringom, načrtovanjem in dokumentiranjem zdravstvene nege ter psihosocialne oskrbe. Medicinske sestre so bile pozvane, da izberejo tiste aktivnosti, ki so bile potrebne, ampak izpuščene zaradi pomanjkanja časa v njihovi zadnji izmeni. Kazalci izpuščenih aktivnosti zdravstvene nege za vsako medicinsko sestro so bili izračunani na podlagi števila izpuščenih aktivnosti od 13 zgoraj opredeljenih. Po vseh evropskih bolnišnicah so bile najpogosteje izpuščene naslednje aktivnosti: tolažba / pogovor s pacientom v 53 %, priprava in posodabljanje načrta zdravstvene nege v 42 % in obveščanje pacienta / družine v 41 %. V bolnišnicah z ugodnejšimi delovnimi okolji, nižjim razmerjem števila pacientov na medicinsko sestro in nižjimi deleži medicinskih sester, ki opravljajo naloge, ki ne sodijo v obseg zdravstvene nege, so poročali o manj izpuščenih aktivnostih zdravstvene nege.

Razprava in vpliv na oblikovanje politik

RN4CAST študija je ustvarila veliko dokazno bazo o delovni sili v zdravstveni negi med evropskimi zdravstvenimi sistemi z edinstvenimi podatki, kot so število in usposobljenost medicinskih sester, kakovost delovnih okolij, stopnja izgorelosti, stopnja zadovoljstva na delovnem mestu in namere o odpovedi delovnega razmerja.

Opazimo lahko precej visoko raznolikost med težavami, s katerimi se soočajo medicinske sestre po Evropi. Še bolj zanimivo je, da se ta raznolikost veliko bolj odraža znotraj posamezne države ter med različnimi državami. RN4CAST študija je prispevala tudi k prikazu razmerja med težavami delovne sile v zdravstveni negi in izkušnjami pacientov, njihovimi izidi zdravljenja, kot so stopnja umrljivosti, izidi, povezani z zdravstveno nego zaradi stopnje izgorelosti in ravnanja zaposlenih.

RN4CAST prispeva tudi k oblikovanju politike EU. Vključena je v evropske projekte, kot sta Skupni ukrepi za načrtovanje in napovedovanje delovne sile v zdravstvu (<http://www.euhwforce.eu>) (2013-2016) in Evropska študija o učinkovitih strategijah zaposlovanja in ravnanja osebja v zdravstvu (2014-2015) (http://ec.europa.eu/health/workforce/policy/recruitment/index_en.htm). Prispevek, objavljen v reviji Lancet februarja 2014, je prišel prepozno, da bi imel

učinek na posodobitev direktive o poklicnih kvalifikacijah (2013/55/EU), objavljene decembra 2013 (Aiken, et al., 2014). Sklep prispevka v reviji Lancet, da je usposobljenost medicinskih sester povezana z umrljivostjo pacientov, nedvomno vpliva na nadaljnje odločitve o pozicioniranju evropske strukture usposobljenosti medicinskih sester na raven diplomirane medicinske sestre. Spremenljivost razmerja števila pacientov na medicinsko sestro znotraj bolnišnic po Evropi je dala zagon več nacionalnim politikam, da ne zmanjšujejo zaposlovanja v času varčevalnih ukrepov zaradi ekonomske krize. V Združenem kraljestvu varna razmerja med številom zaposlenih na akutnih bolnišničnih oddelkih za odrasle paciente in številom pacientov od julija 2014 predlaga Nacionalni inštitut za zdravje in odličnost zdravstvene nege (<http://www.nice.org.uk/guidance/sg1>).

Zaradi bogastva podatkov in primerljivosti po vsej Evropi so nekatere države prevzele pobudo za izvedbo RN4CAST študije v svoji državi. Leta 2013 je to storila Portugalska. Za leto 2015 to načrtujeta Ciper in Italija. Podatke za izvedbo študije v letu 2015 prav tako zbirata ZDA in Nemčija.

Kot je davno dejala Norma Lang: »Če nečesa ne moremo poimenovati, potem tega tudi ne moremo nadzirati, uporabiti v praksi, poučevati, financirati, zato niti ne more postati del javne politike.« (Clark & Lang, 1992) Glavna dodana vrednost RN4CAST študije je ta, da pomaga medicinskim sestrám, menedžerjem in oblikovalcem politik razumeti in pojasniti, kako zdravstvena nega vpliva na zdravstveno oskrbo pacientov.

Literatura

- Aiken, L.H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D.M., Busse, R., McKee, M., et al., 2012. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 344: e1717.
- Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse R, et al., 2014. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study, *The Lancet*, 383(9931), pp. 1824–1830.
- Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Sermeus, W., 2013. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), pp. 143–153.
- Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., De Geest, S., Rafferty, A.M., et al., 2013. On behalf of the RN4CAST consortium. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Quality & Safety*, Nov 10.
- Clark, J., & Lang, N., 1992. Nursing's next advance: An internal classification for nursing practice. *International Nursing Review*, 39(4), pp. 109-111, 128.

Sanco, D.G., Sermeus, W., Bruyneel L., 2010. Investing in Europe's health workforce of tomorrow: scope for innovation and collaboration. *Summary report of the three Policy Dialogues*. Leuven, pp. 26-35. Available at: http://www.healthworkforce4europe.eu/downloads/Report_PD_Leuven_FINAL.pdf

Sermeus, W., Aiken, L.H., Van den Heede, K., Rafferty, A.M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M.T., et al., 2011. RN4CAST consortium. Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nursing*, 18(10), pp. 6.

Squires, A., Aiken, L.H., van den Heede, K., Sermeus, W., Bruyneel, L., Lindqvist, R., et al., 2013. A systematic survey instrument translation process for multi-country, comparative health workforce studies. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), pp. 264-273.

STROŠKOVNA UČINKOVITOST OB UČINKOVITI ZDRAVSTVENI OSKRBI – MEDICINSKE SESTRE: SILA ZA SPREMEMBE – STALIŠČA MEDNARODNEGA SVETA MEDICINSKIH SESTER

COST-EFFECTIVENESS FOR THE EFFECTIVENESS OF HEALTH CARE – THE CONTRIBUTION OF NURSES

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

*Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana
peter.pozun@siol.net*

IZVLEČEK

Stroški zdravstvenega varstva se povečujejo po vsem svetu in so v veliki meri posledica težkega in naraščajočega bremena nenalezljivih bolezni, vključno s težavami v duševnem zdravju, starajoče se družbe, novih dragih zdravljenj in tehnik, pa tudi povečanih zahtev odjemalcev storitev. Naraščajoči stroški zdravstvenega varstva pomenijo veliko finančno breme za zdravstvene sisteme in svetovno človeško populacijo. Podatki o stroških in stroškovne analize zdravstvene oskrbe so pomembni za proces načrtovanja in odločanja o tem, kako v okviru omejenih finančnih, človeških in drugih virov stvari narediti bolje. Medicinske sestre so v središču zdravstvenega sistema pri zagotavljanju zdravstvenih storitev. Mednarodni svet medicinskih sester je sprejel globalna stališča o stroškovni učinkovitosti zdravstvene nege.

Ključne besede: ekomska kriza, zdravstvena nega, Mednarodni svet medicinskih sester

ABSTRACT

The cost of health care is increasing throughout the world and is largely the result of a heavy and growing burden of noncommunicable diseases, including mental health disorders, aging of the population, new and expensive treatments and techniques, and the increasing demands of service users. The rising costs of healthcare represent a significant financial burden on health systems and the global human population. Data on costs and cost analyses are important for the process of planning and decision-making about how to make things better in the context

of limited financial, human and other resources. Nurses are central to the health system in providing cost effective and care effective service. The International Council of Nurses adopted a global point of view on the cost-effectiveness of health care.

Key words: the economic crisis, nursing care, International Council of Nurses

Uvod

Kot ugotavlja Organizacija za ekonomsko sodelovanje in razvoj, se stroški zdravstvenega varstva povečujejo po vsem svetu in so v veliki meri posledica težkega in naraščajočega bremena nenalezljivih bolezni, vključno s težavami v duševnem zdravju, starajoče se družbe, novih dragih zdravljenj in tehnik, pa tudi povečanih zahtev odjemalcev storitev (OECD, 2013).

Naraščajoči stroški zdravstvenega varstva pomenijo veliko finančno breme za zdravstvene sisteme povsod po svetu. Zaradi omejenih virov, ki jih imajo države na voljo za zagotavljanje zdravstvenega varstva, je pomembno, da se ti viri porabljajo stroškovno učinkovito in dosegajo kar največje učinke.

Dejavniki naraščajočih stroškov zdravstvenega varstva

V vseh državah se zaradi večjega povpraševanja po zdravstvenem varstvu in dolgotrajne oskrbe stroški zdravstvenega varstva zvišujejo. Razlogi so tako demografski kot nedemografski.

Demografski dejavniki vključujejo rast in staranje prebivalstva. Starejši prebivalci zahtevajo in potrebujejo večji obseg zdravstvene oskrbe zaradi večje razširjenosti kroničnih in nenalezljivih bolezni, ki zahtevajo dolgotrajno bolnišnično oskrbo (Palangkaraya & Yong, 2009). Staranje je povezano tudi z naraščajočo frekvenco večkratne obolenosti. V industrializiranem svetu je npr. kar 25 odstotkov 65–69-letnikov in 50 odstotkov 80–84-letnikov, ki živijo z dvema ali več kroničnimi zdravstvenimi težavami (World Health Organization, 2008a) in potrebujejo več zdravstvene oskrbe v skupnosti, specialističnih zdravstvenih storitev ter dolgotrajnejšo oskrbo.

Nedemografski stroški pa izvirajo iz inflacije plač, napredka tehnologije in stroškov novih zdravil. Tehnologija v zdravstvu, nova in draga zdravila ter oprema za diagnostiko in zdravljenje so privedli do velikih izboljšav na področju zdravstvenih storitev in zdravstvenega stanja prebivalstva, vendar pa so hkrati tudi glavni razlog za izdatke v zdravstvu (Costa-Font, et al., 2009; Organisation for

Economic Co-operation and Development, 2013). Naraščajoči stroški zdravstvenega varstva so povezani tudi s slabo zdravstveno pismenostjo. Ljudje s pomanjkljivo zdravstveno pismenostjo so hospitalizirani bolj pogosto in za daljši čas, imajo slabše izide zdravljenja in s tem višje stroške za zdravstveno nego (Baker, et al., 2002; Berkman, et al., 2004).

Svetovni izdatki za zdravstvo na letni ravni znašajo približno 5,3 bilijona USD (World Health Organization, 2010a). Zaradi bremena nalezljivih bolezni, ki so še vedno precej razširjene v nekaterih delih sveta, in razširjenosti nenalezljivih bolezni – bolezni srca in žilja, raka, diabetesa in kroničnih bolezni dihal –, ki epidemično naraščajo povsod, bodo stroški zdravstvenega varstva še naprej rasli. Ta trend se bo še poslabšal z uporabo bolj izpopolnjenih zdravil in postopkov obravnav, ki so še v razvoju (World Health Organization, 2010b). V resnici se nova zdravila in diagnostične ter zdravstvene tehnologije vpeljujejo v zdravstveni sistem hitreje od naraščanja razpoložljivih novih finančnih sredstev, s čimer se povečujejo stroški zdravstvenega varstva in zahtevajo boljšo stroškovno učinkovitost.

Stroški zdravstvenega varstva vplivajo tudi na zaveze vse večjega števila držav, da bodo zagotovile univerzalno dostopnost do zdravstvenega varstva – Universal Health Coverage (UHC), ki ljudem nudi potrebno zdravstveno varstvo.

Univerzalna dostopnost do zdravstvenega varstva

UHC, ki temelji na enakosti v zdravju, je postal mednarodno dogovorjen cilj zdravstvene in razvojne politike, ki želi vsem ljudem zagotoviti spodbujevalne, preventivne, kurativne, rehabilitacijske in paliativne zdravstvene storitve ustrezne kakovosti in hkrati zagotoviti, da uporaba teh storitev ne povzroča neposrednega finančnega bremena uporabnikom (World Health Organization, 2013).

Vendar UHC ni »enodimenzionalen«, torej ne pomeni vsesplošnega kritja za vse storitve. Na primer: Tajska ponuja storitve, kot so preprečevanje bolezni, spodbujanje zdravja, zdravila na recept, ambulantno oskrbo in brezplačno bolnišnično zdravljenje pacientov, pa tudi dražje zdravstvene storitve, kot so radioterapija in kemoterapija pri zdravljenju raka, kirurško zdravljenje in kritična oskrba pri nesrečah in nujnih primerih. Vendar pa tajsko splošno zavarovanje npr. ne vključuje nadomestnega zdravljenja končne odpovedi ledvic. Druge države zagotavljajo različne storitve, ki temeljijo na njihovi politiki in virih (World Health Organization, 2010b).

UHC predstavlja tri povezane cilje:

- enakost pri dostopu do zdravstvenih storitev – zdravstvene storitve naj prej-

mejo vsi tisti, ki jih potrebujejo, ne samo tisti, ki jih lahko plačajo;

- zadovoljiva kakovost zdravstvenih storitev za izboljšanje zdravja tistih, ki jih prejemajo, in
- zaščita pred finančnim tveganjem, ki zagotavlja, da stroški uporabe storitev ne postavlja ljudi v finančno stisko (Carrin, et al., 2005).

To pomeni, da morajo vlade ustvariti vire za UHC, jih pravično razdeliti in jih učinkovito uporabljati za zadovoljitev zdravstvenih potreb, zagotavljanje kakovosti oskrbe in zaščito uporabnikov pred finančno stisko zaradi samoplačniških stroškov (Özaltin & Cashin, 2014).

Mednarodni svet medicinskih sester (International Council of Nurses – ICN) meni, da imajo ljudje pravico do pravičnih zdravstvenih storitev in da bi morale biti te storitve osredotočene na paciente ter temeljiti na dokazih (International Council of Nurses, 2012a). To je potrdil v svoji naslednji izjavi: »Pravičnost in dostopnost osnovnih zdravstvenih storitev, zlasti storitev zdravstvene nege, sta ključnega pomena za izboljšanje zdravja in dobrega počutja vseh ljudi« (International Council of Nurses, 2007).

Zdravje in razvoj

Zdravje ljudi je osrednjega pomena za družbeni razvoj; je predpogoj za trajnostni razvoj kot tudi kazalec trajnostnega razvoja in želeni rezultat trajnostnega razvoja družbe. Zdravje pomembno prispeva h gospodarskemu razvoju, saj zdrave populacije živijo dlje in so bolj produktivne. V nasprotnem primeru lahko nezdrave populacije spodbujajo gospodarske koristi v državi. Na primer: dosežki na področju zdravja in povečanje pričakovane življenjske dobe v Afriki so se zaradi učinkov HIV/AIDS epidemije, povezane z uničočim ekonomskimi učinki, zmanjšali (Bloom, et al., 2004).

Klub dokazanemu prispevku zdravja k razvoju so mednarodna skupnost in zlasti države z nizkimi dohodki posvetile premalo pozornosti naložbam v zdravstvene storitve, posebej naložbam v kadrovske vire. Vtis je, da zdravstvene delavce štejejo kot proračunsko breme in ne kot naložbo za gospodarski razvoj in zmanjšanje revščine. Nekatere države so celo zaustavile zaposlovanje zdravstvenih delavcev, kar je privelo do njihove brezposelnosti, medtem ko so bile, nasprotno, potrebe prebivalstva po zdravstvenih storitvah visoke (World Health Organization, 2002).

Poslabšanje zdravstvenih storitev in slabše zagotavljanje kadrovskih virov zdravstvene nege sta posledica procesa zdravstvenih reform, ki se izvajajo preko

strukturnega prilagajanja v skladu z zahtevami Svetovne banke (World bank) in Mednarodnega denarnega sklada (International Monetary Found). Te reforme so bile usmerjene izključno v stroškovno vzdržnost, ki so jo dosegali z nižanjem plač v javnem sektorju, zmanjševanjem javnih izdatkov, s privatizacijo javnih podjetij, z odpravo subvencij, liberalizacijo gospodarstva in devalvacijo nacionalne valute (Liese & Dussault, 2004).

Zdravje v obdobju po razvojnem programu za 2015

Razvojni cilji tisočletja – Millennium Development Goals (MDGs) z načrtovanim dosegom ciljev v letu 2015 so bili močna sila za ohranitev politične podpore razvoju zdravstva, posebej zaradi jasnosti in merljivosti ciljev. Razprava o tem, kako bo oblikovana naslednja generacija razvojnih ciljev za obdobje po letu 2015, je v zaključni fazi. Razprave poudarjajo potrebo, da razvojni cilji za obdobje po letu 2015 rešujejo problem socialnih dejavnikov zdravja, vključno z izobraževanjem deklet, enakost v zdravju, enakost spolov, človekove pravice in človekovo dostojanstvo (World Health Organization, 2012a). Poleg tega pa morajo obravnavati tudi staranje in nenalezljive bolezni, vpliv podnebnih sprememb na zdravje, mobilnost ljudi in posebej problematiko beguncev. Zdravje mora imeti mesto med razvojnimi cilji po letu 2015, vendar pa še ni jasno, kako naj bodo ti zdravstveni cilji postavljeni (World Health Organization, 2012a).

Pričakovati je, da bodo posvetovalni postopki, ki jih vodijo Združeni narodi, prinesli nove cilje in naloge, ki bodo obravnavali razvojne cilje za obdobje po letu 2015, med katerimi bo zdravje predstavljalo enega ključnih elementov (World Health Organization, 2012b).

Vpliv gospodarske recesije na delovno silo v zdravstveni negi in dostop do zdravstvene oskrbe

Svetovna gospodarska kriza, ki se je začela v letu 2008, je imela uničujoč vpliv na delovno silo v zdravstveni negi in posledično na dostop do zdravstvene oskrbe. Globalnemu pomanjkanju medicinskih sester stoji nasproti vse večje povpraševanje po zdravstvenih storitvah. V mnogih državah po svetu so vlade zmanjšale izdatke za zdravstveno varstvo, zlasti na področju zdravstvene nege. V posameznih državah v razvoju je napredek v smeri UHC oviran zaradi pomanjkanja delovne sile v zdravstvu (zadostnega števila, prave lokacije in kadra z ustreznimi kompetencami za zagotavljanje kakovostnih storitev za vso populacijo) (World Health Organization, 2006). Razvite države prav tako niso imune pred pomanjkanjem

zdravstvenih delavcev, ki je posledica krčenja proračunskih sredstev (Sousa, et al., 2013). Nekatere izmed najrevnejših evropskih držav, npr. Romunija, so zmanjšale svoje zdravstvene proračune za 25 odstotkov (European health systems under siege, 2011).

Poleg tega je kriza številne medicinske sestre prisilila v iskanje dela drugje, bodisi zunaj lastne države ali celo zunaj stroke. Aiken in sodelavci (2013) navajajo, da so medicinske sestre največja skupina aktivnih zdravstvenih delavcev in tako predstavljajo velik delež skupnih stroškov zdravstvenega varstva. Posledica tega je, da ko se v času gospodarskih varčevalnih ukrepov zmanjšuje število zaposlenih v zdravstvenem sistemu, so medicinske sestre prve, ki izgubijo delo. Raziskava o medicinskih sestrach v 12 evropskih državah je pokazala visok odstotek nezadovoljnih zaposlenih, ki so tudi izrazili namero, da zapustijo svoje delovno mesto. Nezadovoljstvo medicinskih sester je bilo povezano s plačami, možnostmi za izobraževanje in pomanjkanjem strokovnega napredovanja.

Negativni učinki pomanjkanja kadra v zdravstveni negi za paciente

Medicinske sestre so gonilna sila za zagotavljanje kakovostne zdravstvene oskrbe, saj omogočajo, da je sistem še bolj učinkovit. Število zaposlenih v zdravstveni negi ter delovno okolje imata neposredne posledice za oskrbo pacientov.

Glede na poročilo, ki ga je izdala Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organisations, je bilo v ZDA neustrezno zaposlovanje medicinskih sester pomemben vzročni dejavnik v 24 odstotkih primerov pacientov, vključenih v obravnavo, za smrt, poškodbe ali trajne izgube življenske funkcije. Poročilo tudi pravi, da se 90 odstotkov ustanov za dolgorajno oskrbo sooča s številčno nezadostnim obsegom medicinskih sester za zagotavljanje tudi najbolj osnovne zdravstvene oskrbe; do leta 2020 bo medicinskih sester še manj (Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organisations, 2005).

Izsledki raziskav kažejo, da imajo bolnišnice z večjim deležem medicinskih sester na število pacientov nižje stopnje umrljivosti (Aiken, et al., 2014). Podobno so bili manjše število medicinskih sester, povečan obseg dela in nestabilna delovna okolja v zdravstveni negi povezani z negativnimi izidi zdravljenja pri pacientih, vključno s padci in napakami pri dajanju zdravil (Duffield, et al., 2011). Izboljšanje delovnih okolij in znižano razmerje števila pacientov na eno medicinsko sestro je bilo povezano z večjo kakovostjo oskrbe in zadovoljstvom pacientov (Aiken, et al., 2012).

Vpliv pomanjkanja števila zaposlenih v zdravstveni negi na medicinske sestre same

Družbe od medicinskih sester zahtevajo odličnost pri zdravstveni oskrbi pacientov. V zameno si medicinske sestre zaslužijo, da so njihovi delovni pogoji in plača sorazmerni s kakovostjo njihovih storitev. V večjem delu sveta pa je socialno-ekonomska blaginja medicinskih sester slaba ali neprimerna. Nekatere medicinske sestre delajo v zelo težkih pogojih, v razvitih in razvijajočih se državah so medicinske sestre pod stresom in preobremenjene s povečanim obsegom dela.

Naj medicinske sestre sodelujejo pri oblikovanju politike zdravstvenega varstva?

Etični kodeks ICN (International Council of Nurses, 2012b) podpira strokovno odgovornost medicinskih sester, da zagotavljajo kontinuirano zdravstveno oskrbo in izvajajo zagovorniško vlogo medicinskih sester na področju enakosti in socialne pravičnosti. Vloge medicinskih sester pri obravnavi socialnih determinant zdravja in pri zmanjševanju nasilja nad ženskami in otroki sta le dva primera dodatnih družbenih prispevkov medicinskih sester. Udejstvovanje medicinskih sester pri razvoju dobre zdravstvene politike je ključno za uresničevanje potenciala zdravstvene nege.

Medicinske sestre lahko, izhajajoč iz svoje strokovne zapuščine zagovornikov pacientov, iz svojega strokovnega znanja in izkušenj pri oskrbi pacientov, pomembno prispevajo k oblikovanju zdravstvene politike (Lathrop, 2013). Tesna interakcija z uporabniki zdravstvenih storitev v različnih okoljih daje medicinskim sestrám veliko prednost, saj dobro razumejo potrebe v zdravstvu; razumejo, kako okoljski dejavniki vplivajo na zdravje pacientov in njihovih družin in kako se ljudje odzivajo na različne storitve in posege. Kljub temu medicinskim sestrám pogosto primanjkuje podpore pri oblikovalcih politik ali sredstev za uvedbo novosti v oskrbi. Medicinske sestre na vodstvenih položajih vidijo dobre prakse, podprte z dokazi, kot vodilo kakovostne oskrbe in varnosti pacientov, pa tudi v izboljšanih rezultatih zdravljenja, vendar jim za vzpostavitev takšne prakse primanjkuje sredstev (Melnyk, et al., 2014).

Da bi okrepili zdravstvene sisteme, je treba medicinske sestre ustrezno usposobliti, da bi lahko sodelovale pri oblikovanju zdravstvene politike, učinkovito delovale v interdisciplinarnih skupinah, načrtovale in upravljale zdravstvene storitve, vključevale ključne zainteresirane strani pri načrtovanju in izvajanju zdravstvenega varstva in lobirale za večje vire za zdravstvene sisteme (International Council of Nurses, 2005).

Financiranje zdravstva

Vprašanje izdatkov za zdravstvo je vedno v središču pozornosti vseh vlad. Vlade so uvedle številne finančne iniciative, da bi znotraj omejenih virov zadovoljile zdravstvene potrebe prebivalstva. Cilji financiranja zdravstvenega varstva so pokritje stroškov dela, tehnologije za diagnosticiranje in zdravljenje, zdravila in druge izdatke. Za ta namen ima financiranje zdravstva tri ključne elemente: zbrati dovolj denarja za zdravje; odstranitev finančnih ovir za dostop do zdravstvene oskrbe ter boljšo uporabo razpoložljivih virov (World Health Organization, 2010b).

Učinkovita poraba virov

Stroški zdravstvenega varstva naraščajo po vsem svetu. Pomembno je, da se razpoložljiva sredstva uporabljajo na način, ki bo stroškovno najbolj učinkovit in bo zagotavljal učinkovito zdravstveno oskrbo. Po oceni revizijske hiše Pricewaterhouse Coopers predstavlja potratna poraba znaten znesek sredstev zdravstvenega varstva. V ZDA je na primer poraba kar 1,2 bilijona USD ali polovico vseh izdatkov za zdravstveno varstvo (PwC Health Research Institute, 2010). Poročilo Institute of Medicine ocenjuje, da je nepotrebno trošenje v zdravstvu samo v letu 2009 znašalo 750 milijard USD (Institute of Medicine, 2012). Najbolj potratno področje je, še posebej v ZDA, »obrambna medicina«, ki vključuje naročanje neustreznih ali nepotrebnih preiskav in postopkov v izogib tožbam s strani uporabnikov (Thomson Reuters, 2009). Drugi dejavniki, ki prispevajo k razsipni porabi, pa se pojavijo zaradi neupoštevanja navodil za zdravljenje s strani pacientov (Sabaté, 2003; Institute of Medicine, 2012).

Evropsko združenje proti korupciji in golufijam v zdravstvu pravi, da se od letnega svetovnega stroška za zdravstvo, ki znaša približno 5,3 bilijona USD, malo manj kot 6 odstotkov ali približno 300 milijard USD izgubi zaradi napak ali korupcije (European Health Care Fraud and Corruption Network, 2010). Nekatere države dosegajo višjo stopnjo pokritosti in boljše izide zdravljenja kot druge z enakimi sredstvi. Brazilija, Čile in Kostarika porabijo (vsaka) več kot 400 USD na prebivalca za zdravje; vendar je v Braziliji pričakovana življenska doba 72 let, v drugih dveh državah pa 78 let (Chisholm & Evans, 2010).

Način plačevanja izvajalcev zdravstvenih storitev in višina plačila vplivajo na njihovo vedenje. To lahko ustvari ekonomska sporočila ali spodbude, ki vplivajo na odločitev ponudnika o naboru storitev, vključno s predpisovanjem zdravil in diagnostičnih posegov. Prave spodbude lahko usmerjajo ponudnika k uresničevanju ciljev zdravstvenega sistema, kot so izboljšanje kakovosti oskrbe in širitev

dostopa do prednostnih storitev oz. učinkovito rabo virov. Nasprotno pa nekateri načini plačila spodbujajo ponudnike zdravstvenih storitev k temu, da izvajajo veliko število preiskav in obravnav ter tako sredstva trošijo in hkrati povečujejo svoje prihodke. Za primer vzemimo samoplačniške storitve, ki spodbujajo ponudnike k temu, da zagotavljajo več storitev, s katerimi povečajo svoje prihodke. Podoben učinek ima metoda glavarine, ki povrne izvajalcu storitev zdravstvenega varstva fiksen znesek na pacienta za določen sklop storitev, kar ponudnike storitev spodbuja k naboru čim večjega števila pacientov, da bodo lahko povečali svoj dohodek (Chisholm & Evans, 2010; Özaltın & Cashin, 2014).

Mnogim zdravstvenim sistemom ne uspe izolirati stroškov zdravstvene nege, temveč jih vključujejo kot del bolnišnične oskrbe, čeprav je iz raziskav razvidno, da so preživetje in zapleti, ki vodijo do dodatnih stroškov, pogosto vezani na zdravstveno nego. Prav zato je razumevanje razporejanja medicinskih sester ključnega pomena pri uresničevanju sistema učinkovite zdravstvene nege in stroškovne učinkovitosti.

Glavni vzroki za neučinkovitost

Glavni izvori neučinkovitosti v sistemih zdravstvenega varstva so:

- prekomerna uporaba zdravil blagovnih znamk in premajhna uporaba generičnih izdelkov,
- uporaba podstandardnih in ponarejenih zdravil,
- prekomerna uporaba materiala, opreme, preiskav in postopkov,
- neustrezno ali predrago razmerje zdravstvenega osebja, nemotivirani delavci,
- neustrezni sprejemi v bolnišnice in dolžina bivanja,
- zdravstvene napake in slaba kakovost oskrbe,
- potratnost, korupcija in goljufije,
- neučinkovita kombinacija ali neustrezna raven strategij, kot so financiranje aktivnosti z visokimi stroški in majhnim učinkom ter nefinanciranje nizkocenovnih, a visoko učinkovitih aktivnosti (Chisholm & Evans, 2010).

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je ocenila, da se po vsem svetu več kot polovica vseh predpisanih zdravil izda ali proda neustrezno (World Health Organization, 2010c). Ocenjeno je bilo, da k neučinkovitosti prispeva tudi to, da polovica vseh pacientov zdravil ne jemlje skladno z navodili (Sabaté, 2003), kar vodi k potratnosti in neučinkovitost zdravstvenega sistema ter k povečani protimikrobnii odpornosti.

Podobno lahko racionalna raba človeških virov, kot so prenos ali delitev nalog, privede do precejšnjih prihrankov. V Južni Afriki je npr. prenos nalog pri protirotrovirusnem zdravljenju z zdravnikov na medicinske sestre na primarni ravni pokazal, da je oskrba s strani medicinskih sester izboljšala odkrivanje TB, pri spremljanih pacientih se je povečalo število belih krvnih teles, povečala se je telesna teža, izboljšalo se je tudi sodelovanje pacientov pri zdravljenju (Fairall, et al., 2012).

Zdravstvena neučinkovitosti in slaba kakovost zdravstvene oskrbe

Neučinkovitost in potratnost virov v zdravstvu se lahko pojavit tudi zaradi slabe kakovosti storitev, ki privede do neželenih dogodkov, kot so napake ter bolnišnične okužbe, razjede zaradi pritiska, s čimer se podaljšujejo hospitalizacije, potrebni pa so tudi dodatni posegi in terapije, ki posledično povečujejo stroške zdravstvenega varstva.

Zdravstvene napake

Zdravstvene napake so resna grožnja varnosti pacientov. Pogosto so posledica slabih zdravstvenih sistemov, ki so kadrovsko podhranjeni ali slabo upravljeni. Zdravstvene napake lahko vodijo do daljših hospitalizacij ter dodatnega zdravljenja in tako zvišujejo stroške zdravstvenega varstva, pa tudi stroške za pacienta in družino (zaradi bolečine in trpljenja ali celo smrti) (World Health Organization, 2005). Poročanje o neželenih dogodkih je ključnega pomena za odkrivanje problemov na področju varnosti pacientov. Vendar pa poročanje ni samo sebi namen; je sredstvo za izboljšanje varnosti pacientov z učenjem iz napak in s spreminjanjem varnostne kulture organizacije. Učinkovit sistem poročanja o varnosti pacientov mora biti nekaznovalen, brez sramotnenja in vzbujanja krivde tistim, ki o napakah poročajo. Hkrati morajo biti ti podatki na ustrezен način predstavljeni drugim, tako da se lahko učijo iz napak in sprememb v praksi (World Health Organization, 2005).

Skupno zmanjšanje napak pri zdravljenju zahteva sistemski pristop, od finančnih spodbud do izboljšav, ki obravnavajo temeljne vzroke napak na organizacijski in oskrbovalni ravni.

Okužbe, povezane z zdravljenjem

Vendar pa nekatere študije kažejo, da je razširjenost okužb, povezanih z zdravljenjem, pri mešanih skupinah pacientov približno 7,6 odstotka v državah z visokimi dohodki. Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni ocenjuje, da je zaradi okužb, povezanih z zdravljenjem, prizadetih 4.131.000 pacientov; v Evropi je npr. vsako leto približno 4.544.100 primerov okužb povezanih z zdravljenjem. Podatki o obremenitvi teh okužb v razvijajočem se svetu so skromni. Vendar pa raziskave v zdravstvenih ustanovah z omejenimi viri poročajo o stopnjah okužb, ki so se gibale med 5,7 in 19,1 odstotkov v skupni pojavnosti 10,1 odstotka (World Health Organization, 2011).

Posledice okužb, povezanih z zdravljenjem, so podaljšano bivanje v bolnišnici, višji stroški zdravljenja, daljša bolniška odsotnost ter dolgotrajna invalidnost in povečana odpornost na protimikrobnna zdravila. To predstavlja visoko finančno breme za zdravstvene sisteme, visoke stroške za paciente in njihove družine in večjo umrljivost. V Evropi so okužbe, povezane z zdravljenjem, povzročile 16 milijonov dodatnih dni bivanja v bolnišnici in 37 tisoč smrtnih žrtev z letno finančno izgubo ocenjeno na 7 milijard evrov. V ZDA okužbe, povezane z zdravljenjem, povzročijo 99.000 smrtnih žrtev letno, s finančno izgubo 6,5 milijarde USD v letu 2004 (World Health Organization, 2011).

Velik del teh okužb pa je mogoče preprečiti, treba jih je le obravnavati kot prednostno nalogo vprašanja varnosti pacientov in jih preprečevati z uporabo celovitega pristopa, pri čemer naj bodo medicinske sestre vodilni strokovnjaki za preprečevanja okužb, za varnost pacientov in učinkovitost sistema.

Razjede zaradi pritiska

Razjede zaradi pritiska (RZP) so vprašanje varnosti pacientov in kakovosti zdravstvene oskrbe. V Veliki Britaniji je analiza stroškov za zdravljenje RZP pokazala, da so se le-ti gibali med 1214 funтов (I kategorija) in 14.108 funтов (IV kategorija) na pacienta z RZP, zato zdravljenje RZP v Veliki Britaniji predstavlja veliko stroškovno breme tako pacientom kot izvajalcem zdravstvenih storitev (Dealey, et al., 2012).

V ZDA se RZP razvijejo pri 2,5 milijona pacientov na leto, s posledičnimi stroški, ki so ocenjeni na 9,1–11,6 milijard USD na leto. Stroški oskrbe posameznega pacienta se gibljejo od 20.900 do 151.700 USD na pacienta z RZP. Povprečna dolžina bivanja v bolnišnici za paciente z RZP je bila 14,1 dni, v primerjavi s petimi dnevi za tiste brez RZP (Russo, et al., 2008).

Bolnišnično pridobljene RZP niso izključno krivda neustrezne zdravstvene nege, temveč neuspeh celotnega sistema zdravstva. Čeprav je preprečevanje RZP multidisciplinarna odgovornost, igrajo pri tem medicinske sestre pomembno vlogo in bi lahko bile stroškovno učinkovite ob izvajanju kakovostne in učinkovite zdravstvene oskrbe. Brez usklajenega prizadevanja se bo s staranjem prebivalstva ta strošek v prihodnje verjetno še povečal.

Biti bolj stroškovno učinkovit ob učinkoviti zdravstveni oskrbi

Naraščajoči stroški zdravstvenega varstva po vsem svetu zahtevajo sprejem ukrepov za obvladovanje stroškov na takšni ravni, kot si jo lahko države privoščijo in vzdržujejo. Pritiski na omejevanje stroškov poudarjajo potrebo po boljšem razumevanju, kako se lahko sredstva za zdravstveno varstvo in zdravstveno nego uporabijo bolj optimalno. Medicinske sestre na vodilnih in vodstvenih položajih morajo uporabiti ustrezne pristope in orodja za obvladovanje stroškov in hkrati dosegati želene izide zdravljenja v zdravstveni negi. Ena takih metod je analiza stroškovne učinkovitosti.

Definicija stroškovne učinkovitosti ob učinkoviti zdravstveni oskrbi

Zdravstvene storitve se izvajajo v okviru omejenih finančnih in človeških virov, zato je pomembno, da stroške in koristi zdravstvenega varstva upoštevamo v celoti.

Analiza stroškovne učinkovitosti omogoča nosilcem odločanja, da koristi za zdravje pri izidih zdravljenja merijo količinsko v smislu »zdravja« namesto v denarnem smislu; npr. število preprečenih bolezni, povezanih z diarejo, število rešenih let življenja ali izboljšane kakovosti življenja (Neumann, 2005). Ta način se uporablja za določanje, katere aktivnosti dosegajo določene izide zdravljenja z nižjimi stroški. Analizo stroškovne učinkovitosti lahko npr. izpeljemo s primerjavo cepljenja s strani zdravnikov na eni strani in medicinskih sester na drugi, ter tako ugotovimo, katera skupina dosega boljše rezultate z manj stroški. Aktivnosti se primerja z vidika stroškov in izidov zdravljenja ali koristi za zdravje. Namen je doseganje izidov zdravljenja z manj sredstvi, kar vodi do povezanega koncepta »učinkovitosti zdravstvene oskrbe«.

Pri analizi stroškovne učinkovitosti moramo upoštevati »učinkovitost zdravstvene oskrbe«, kar pomeni storitev, ki temelji na znanstvenih dokazih in prinaša načrtovane rezultate ali izide zdravljenja (Newhouse & PoE, 2005). To pomeni, da učinkovita zdravstvena oskrba predstavlja obseg aktivnosti za reševanje zdravstve-

nih težav in stopnjo, do katere so doseženi želeni izidi zdravljenja. Če dodamo še stroškovno učinkovitost, to pomeni, da medicinske sestre lahko dosegajo zastavljene izide zdravljenja ob manjših stroških in enaki ali višji kakovosti.

Za povečanje dostopa in kakovosti s širitevijo obsega zdravstvene nege

Organizacija za ekonomsko sodelovanje in razvoj meni, da si številne države prizadevajo izboljšati izvajanje zdravstvenega varstva na način, da revidirajo vloge zdravstvenih delavcev, vključno z medicinskimi sestrami, saj lahko razvoj novih in bolj naprednih vlog za medicinske sestre izboljša dostop do zdravstvene oskrbe (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010).

Napredna praksa zdravstvene nege

Vedno več držav raziskuje ali uvaja napredno prakso medicinskih sester – Advance Practice Nurse, ki jo izvajajo medicinske sestre s specializacijo. Zaradi demografskih sprememb prebivalstva, višanja stroškov in povečevanja potreb se vse več držav nagiba k uvajanju naprednih vlog medicinskih sester, ki naj imajo za rezultat zmanjšanje stroškov, povečanje dostopnosti zdravstvene oskrbe za paciente in njihovo zadovoljstvo. V Sloveniji je takšen primer uvedba referenčnih ambulant.

Ocene kažejo, da je mogoče s pomočjo medicinskih sester s specializacijo izboljšati dostop do storitev in skrajšati čakalne dobe. Medicinske sestre s specializacijo so sposobne zagotoviti enako kakovost oskrbe kot zdravniki za enako vrsto pacientov, vključno s tistimi z blagimi oblikami bolezni in za urejene kronične paciente. Večina ocen kaže visoko stopnjo zadovoljstva pacientov, predvsem zato, ker medicinske sestre običajno s pacienti preživijo več časa, jim posredujejo celovitejše informacije in svetujejo (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010).

Prepisovanje zdravil s strani medicinskih sester

Inovativen in vedno pogostejši korak pri izvajanju zdravstvenega varstva je uvedba diplomirane medicinske sestre predpisovalke zdravil. Predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester vodi v znižanje stroškov tako za paciente (prevoz, čas in denar) kot tudi zdravstveni sistem, ker sprosti čas zdravnikom, ki zato lahko posvetijo več časa pacientom z akutnimi in kompleksnimi težavami. Poleg tega lahko predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester poveča dostop zlasti v slabo

pokritih območjih in za prikrajšane skupine, poveča možnost izbire potrošnikom ter zagotovi učinkovitost pri upravljanju virov (International Council of Nurses, 2009; Kroezen 2012). Mednarodni dokazi podpirajo varnost predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester in kažejo, da je ta model splošno sprejet pozitivno, kar je razvidno iz pregleda literature (Latter & Courtenay, 2004; Van Ruth, et al., 2008)

Učinkovito upravljanje zdravstvenih sistemov, ki so »stroškovno učinkoviti ob učinkoviti zdravstveni oskrbi«

Želja po stroškovni učinkovitosti ob učinkoviti zdravstveni oskrbi spodbuja reforme zdravstvenih sistemov z namenom, da bi dosegali dobre izide zdravljenja na stroškovno dostopen in trajnosten način. V današnjih kompleksnih sistemih zdravstvenega varstva en sam zdravstveni poklic ne more uveljavljati lastništva nad znanjem, ki lahko prispeva k zdravju. To je razlog za potrebo po timskem delu različnih zdravstvenih poklicev, saj so le tako njihove pristojnosti integrirane in zagotavljajo celostno oskrbo (Bower, et al., 2003; International Council of Nurses, 2004). Zagotavljanje kakovostne in stroškovno učinkovite zdravstvene oskrbe v času povečanega povpraševanja uporabnikov, spreminjačih se bolezenskih vzorcev in večjega števila kroničnih bolezni zahteva usklajen timski pristop, dobro komunikacijo, ustrezne nabavne vire in učinkovite zdravstvene delavce.

Timski pristop

Pozitiven odnos med medicinskimi sestrami in zdravniki je ena od lastnosti »magnetnih bolnišnic«, kjer medicinske sestre delujejo v spodbujevalnih okoljih in so zadovoljne z delom, kar se odraža v kakovostni oskrbi (Laschinger, et al., 2003). To je razlog, zakaj je treba zdravstvene sisteme preoblikovati tako, da se optimizira prispevek medicinskih sester k delu zdravstvenih timov (International Council of Nurses, 2004).

Učinkovita komunikacija

Učinkovita komunikacija je temelj varnosti pacientov in kakovosti zdravstvenega varstva. Po drugi strani pa je neučinkovita komunikacija znotraj zdravstvenega tima vzrok za skoraj 66 odstotkov vseh napak pri zdravljenju (Institute for Health Care Communication, 2011). Rezultati raziskav kažejo močno pozitivno razmerje med komunikacijsko spremnostjo člena zdravstvenega tima in pacientevo sposobnostjo slediti zdravstvenim priporočilom, sposobnostjo samooskrbe in zdravega načina življenja (Institute for Health Care Communication, 2011).

Upravljanje nabave

Ker stroški zdravstvenega varstva še naprej rastejo, se od medicinskih sester pričakuje, da zavzamejo aktivno vlogo pri upravljanju zdravstvenih virov, vključno z opremo in materialom. Hkrati morajo medicinske sestre potrošni material in opremo uporabljati učinkovito, biti pa morajo tudi stroškovno ozaveščene (International Council of Nurses, 2012a).

Učinkoviti zdravstveni delavci

Bistveno je, da potrebno delovno silo načrtujemo glede na potrebe prebivalstva. Za izvajanje zdravstvenih storitev je potrebna ustrezna kombinacija zdravstvenega osebja. Ena od glavnih ovir za reševanje globalnega dostopa do temeljne zdravstvene oskrbe je pomanjkanje zdravstvenih delavcev. »Prenos nalog« ali »delitev nalog« je eden od načinov za reševanje tega izziva. Prenos nalog je proces prenosa enostavnejših nalog na manj specializirane zdravstvene delavce.

Prenos nalog zagotavlja ustrezno rešitev za izboljšanje dostopnosti zdravstvenega varstva ter omogoča učinkovito uporabo človeških virov preko procesa reorganizacije delovne sile in delitve obveznosti (World Health Organization, 2008b).

Omenjeno je že bilo, da je večje število usposobljenih medicinskih sester povezano z zmanjšanjem umrljivosti pacientov in neželenih dogodkov (Aiken, et al., 2014). Obsežna raziskava v Angliji je pokazala, da ima večje število zdravstvenih tehnikov/bolničarjev v primerjavi s številom diplomiranih medicinskih sester nasproten učinek, torej višjo stopnjo umrljivosti v bolnišnicah, medtem ko je večje razmerje medicinskih sester na posteljo povezano z nižjimi stopnjami umrljivosti pri ozdravljivih zapletih (neuspešno reševanje zapletov) (Griffiths, et al., 2013).

Razdelitev virov zdravstvene nege

Pri delitvi virov za izvajanje zdravstvene oskrbe zdravstvena nega običajno ni dobro zastopana, čeprav je najštevilčnejši poklicni profil v zdravstvu ter običajno največji del bolnišničnega proračunskega stroška dela (Sermeus, et al., 2008). V večini držav v sistemih financiranja bolnišnic ni nobene stroškovne prilagoditve višine sredstev za zdravstveno nego, ki bi temeljila na raznolikosti pacientov, čeprav obstaja velika variabilnost v intenzivnosti izvajanja zdravstvene nege in neposrednih stroških zdravstvene nege med in znotraj podobnih oddelkov (Welton, et al., 2006). Intenzivnost zdravstvene nege je vsota neposrednih in posrednih aktivnosti, ki so potrebne za izvajanje zdravstvene nege, in dejavnikov, ki vplivajo na raven dela, potrebnega za opravljanje te dejavnosti (Morris, et al., 2007).

Pregled literature je pokazal, da države, kot so Danska, Italija, Nizozemska, Portugalska, Španija in ZDA, strošek zdravstvene nege vključujejo v ceno »sobe in hrane«, ne da bi se natančneje poglobili v posebne značilnosti zdravstvene nege (Laport, et al., 2008). To pomeni, da se razlika v številu opravljenih ur oskrbe po-sameznega pacienta ne upošteva. V ZDA je uporaba fiksne tarife na oskrbovalni dan pokazala podcenjevanje stroškov zdravstvene nege za 32,2 odstotka (Welton, et al., 2006). Nekatere države, ki uporabljajo za obračun stroškov zdravstvene nege prilagoditveni sistem, uporabijo utež povprečja izrabe virov zdravstvene nege glede na sistem skupin primerljivih primerov (SPP). Relativna utež predstavlja razlike v urah in minutah oskrbe na vnaprej določeni ravni, npr. na ravni pacienta, ravni SPP skupine ali na ravni oddelka. Utež predstavlja uporabo virov v odvisnosti od časovnih potreb za izvajanje zdravstvene nege patientov. Gledano na ravni SPP pomeni npr. SPP z relativno utežjo 4,0 tudi štirikrat bolj intenzivno porabo virov zdravstvene nege kot SPP z relativno utežjo 1,0. Primere povprečne uteži porabe virov zdravstvene nege glede na SPP je mogoče najti v sistemih, ki jih uporabljajo v Avstraliji, Kanadi, na Novi Zelandiji in v Švici (Laport, et al., 2008).

Vrednost zdravstvene nege za zdravstvene sisteme, ki so »stroškovno učinkoviti ob učinkoviti zdravstveni oskrbi«

Zdravstvena nega je stroškovno učinkovita, še vedno pa predstavlja prepogo sto podcenjen in premalo izkoriščen vir v zdravstvu. Kot so pri dialogu, ki je potekal med ICN in Svetovno banko opazili udeleženci, so »medicinske sestre sub-optimalno izkoriščene pri zagotavljanju ustrezne zdravstvene oskrbe, upravljanju zdravstvenih organizacij in v političnih okoljih« (International Council of Nurses & World Bank, 2014).

Z naraščajočimi zdravstvenimi potrebami in zdravstvenimi stroški, ki vključujejo stroške, povezane z zagotavljanjem storitev zdravstvene nege, morajo medicinske sestre prevzeti pobudo pri opredeljevanju, preverjanju in ocenjevanju izidov zdravljenja in stroškov svojih dejavnosti (International Council of Nurses, 2001).

Diskusija

Medicinske sestre in nacionalna združenja medicinskih sester imajo pomembno vlogo pri zagotavljanju trajnostnega financiranja, obvladovanja stroškov in učinkovitosti zdravstvenega varstva. Medicinske sestre se vsakodnevno soočajo z izzivi pridobivanja sredstev, potrebnih za zdravstveno oskrbo patientov. S svojimi dejanji in ob interakciji z oblikovalci politik in drugimi pomembnimi

dejavniki morajo medicinske sestre in nacionalna združenja izkoristiti svoje izkušnje pri zagovarjanju modela učinkovitega financiranja zdravstvenih sistemov. Vendar pa izkušnje same po sebi niso dovolj, treba jih je opremiti z dejstvi in številkami. Namesto praznih besed moramo združiti svoje znanje in informacije o tem, kaj je učinkovitega drugje. Treba je uporabiti jezik ekonomije in takšno obliko argumentiranja, ki bo oblikovalce politik prepričala k zadostnemu financiranju. To vključuje razumevanje stroškovne učinkovitosti, učinkovitost zdravstvene oskrbe, stroškovne koristi in merjenje izidov zdravstvene oskrbe. Vplivanje je treba usmeriti na oblikovalce vseh politik, paciente, financerje in sodelavce. Pomembna je seznanjenost z dogajanji v sistemu financiranja zdravstvenega varstva, z dostopnostjo do zdravstvenega varstva, problematiko v lokalnih skupnostih in v državi na splošno. Medicinske sestre morajo biti na tekočem z družbeno problematiko, kar dosežejo tako, da se vključujejo v dialog z drugimi, obiskujejo javna srečanja ter spremljajo verodostojne medije. Pri predstavljanju idej je treba nastopati suvereno, enotno in strokovno. Čustveni argumenti o ključnih temah, kot so potreba po več sredstvih za zdravstvo, zaščitni opremi ali ravni zaposlovanja medicinskih sester nimajo želenega učinka. Relevantni članki v revijah in časopisih lahko pomagajo vplivati na javno mnenje in politične odločevalce. Nujno je mobilizirati javno mnenje z udeležbo v državljanskih skupinah in uporabo medijev, npr. lokalnega radia, da bi vzpostavili stik z državljeni.

Pripovedujte zgodbe, s katerimi se lahko sogovorniki poistovetijo, sodelujte s posebnimi interesnimi organizacijami, kot so združenja pacientov ali potrošnikov, ko njihovi interesi Sovpadajo z interesi zdravstvene nege, in z njimi delite svoje stališče. Za uspešno doseganje ciljev je treba vedeti, kdo so ključni akterji, na primer politiki in uradniki v lokalni, regionalni in nacionalni vladi. Obiščite jih s svojimi sodelavci, a bodite skrbno pripravljeni. Razvijte načrt in razmislite, kaj jim boste predstavili in kako se boste odzvali na težka vprašanja. Če želite biti prepričljivi, morate biti na sestankih jasni in jedrnati. Poleg tega morate, da povečate svojo verodostojnost, svoje poglede podkrepiti s trdnimi podatki ali dejanskimi dokazi. Razdelite jim kratek povzetek problematike. Ne pozabite na redne stike s ključnimi zainteresiranimi stranmi in oblikovalci politik, ne stopajte v stik z njimi zgolj takrat, ko jih potrebujete. Eden bistvenih pogojev uspešnosti je v povezovanju ključnih voditeljev zdravstvene nege, da bi prispevali k oblikovanju zdravstvene politike (International Council of Nurses, 2015).

Medicinske sestre še naprej zagotavljajo zdravstveno oskrbo s prilagajanjem in vsestranskoščjo, pogosto z nezadostnimi sredstvi ter ob slabi organizacijski podpori. Zdravstvena nega je ponekod v literaturi opisana tudi kot »hrbtenica izvajanja zdravstvenega varstva«. Več kot očitno je, da ta oporni element razpada z

nenehno erozijo in izčrpavanjem energije. Primer za to je siromašenje zastopanosti zdravstvene nege na sedežu SZO. Kljub temu je generalna skupščina SZO, vrhovni organ odločanja, večkrat priznala, da so medicinske sestre ključne za razvoj kakovostne zdravstvene politike in izvajanje učinkovitih zdravstvenih aktivnosti. Naraščajoča odsotnost glasu zdravstvene nege znotraj ministrstev za zdravje in SZO potrebuje zdaj, bolj kot kadarkoli prej, posebno pozornost.

Zdravstveno nego pogosto opisujejo kot »spečega velikana«, ki ga je za uresničitev polnega potenciala treba prebuditi. Tak opis je morda še posebej primeren, ko gre za vključenost v zdravstveno politiko na splošno in zlasti za financiranje zdravstva. Medicinske sestre so v središču izvajanja zdravstvenega varstva, vendar pogosto, tudi po svoji volji, potisnjene na rob. Vse več dokazov priča, da medicinske sestre dosegajo enako dobre ali celo boljše izide zdravljenja v številnih kliničnih okoljih, zato je zavzemanje za udeležbo pri oblikovanju politik bistvenega pomena. Če se energija milijonov medicinskih sester poveže s polno podporo zdravstvenih menedžerjev in oblikovalcev politik, in s polno vključenostjo v politiko, potem bodo medicinske sestre resnično sila za spremembe pri preoblikovanju zdravstvenih sistemov. Stroškovno učinkovite storitve ob učinkoviti zdravstveni oskrbi bi lahko postale univerzalna realnost.

Zaključek

Izboljšanje kakovosti zdravstvenega varstva in dostopa do zdravstvenih storitev je odvisno od obsega mobilizacije več milijonov medicinskih sester po vsem svetu, da bodo lahko izvajale učinkovito zdravstveno oskrbo in bile hkrati stroškovno učinkovite. Prav tako sta kakovost in dostopnost odvisni od zagotavljanja dostopa do znanja in informacij zaposlenim v zdravstveni negi, in sicer o ključnih vprašanjih, kot so financiranje, zdravstvena politika in proces odločanja. Kot najštevilčnejši profil v zdravstvu so medicinske sestre ključne za izvajanje sprememb v smerni pravičnosti, splošnega zdravstvenega zavarovanja in posledično boljših izidov zdravljenja na svetovni ravni.

Uporaba rezultatov številnih raziskav o vrednosti in stroškovni učinkovitosti zdravstvene nege je bistvena sestavina zagovorništva in vplivanja na zdravstveno politiko. Medicinske sestre morajo pacientom, oblikovalcem politik na vseh ravneh, plačnikom in tudi svojim stanovskim kolegicam in kolegom znati ob vsakem času jasno prikazati vrednost in stroškovno učinkovitost zdravstvene nege ter izide zdravstvene obravnave. Prav tako morajo biti sposobne za pogajanja in se ob vsaki priložnosti, ko so v stiku s pomembnimi zastopniki zdravstva, zavzemati za vire, ki so potrebni za zagotavljanje varne oskrbe.

Literatura

- Aiken, L.H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D.M., Busse, R., McKee, M., et al., 2012. Patient safety, satisfaction and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 344:e1717. Available at: <http://www.bmjjournals.org/lookup/doi/10.1136/bmj.e1717> [9. 8. 2015].
- Aiken, L.H., Douglas, M.S., Bruyneel, L., Van de Heede, K. & Sermeus, W., 2013. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50: pp. 143–153. Available at: [http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(12\)00410-5/fulltext](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(12)00410-5/fulltext) [1. 8. 2015].
- Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., et al., 2014. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), pp. 1824–1830. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24581683> (1. 8. 2015).
- Baker, D.W., Gazmararian, J.A., Williams, M.V., Scott, T., Parker, R.M., Green, D., et al., 2002. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *American Journal of Public Health*, 92, pp: 1278–1283.
- Berkman, N.D., DeWalt, D.A., Pignone, M.P., Sheridan, S.L., Lohr, K.N., Lux, L., et al., 2004. *Literacy and Health Outcomes (AHRQ Publication No. 04-E007-2)*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Available at: <http://archive.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/literacy/literacy.pdf> [20. 8. 2015].
- Bloom, D.E., Canning, D. & Jamison, D., 2004. Health, wealth and welfare. *Finance and Development*, 41(1): 10-15. International Monetary Fund (IMF). Available at: www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2004/03/pdf/bloom.pdf [20. 8. 2015].
- Bower, P., Campbell, S., Bojke, C., & Sibbald, B., 2003. Team structure, team climate and the quality of care in primary care: an observational study. *Quality & Safety in Health Care* 12(4):273-279. Available at: www.cdnhomecare.ca/media.php?mid=1744 [18. 8. 2015].
- Carrin, G., James, C., Evans, D.B., 2005. *Achieving universal health coverage: developing the health financing system*. Geneva: WHO.
- Chisholm, D. & Evans, D.B., 2010. *Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage*. World Health Report 2010 background paper, no. 28. Geneva: WHO. Available at: www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en [21. 8. 2010].
- Costa-Font, J., Courbage, C., & McGuire, A., 2009. *The Economics of New Health Technologies: Incentives, Organisation and Financing*. Oxford: Oxford University Press.
- Dealey, C., Posnett, J., Walker, A.J., 2012. The cost of pressure ulcers in the United Kingdom. *Wound Care*, 21(6), pp. 261–2, 264, 266. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22886290> [21. 8. 2015].
- Duffield, C.M., Diers, D., O'Brien Pallas, L., Aisbett, C., Roche, M.A., King, M.T., et al., 2011. Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Applied Nursing Research*, 24(4), pp. 244-255. Available at: [http://www.appliednursingresearch.org/article/S0897-1897\(11\)00131-1/fulltext](http://www.appliednursingresearch.org/article/S0897-1897(11)00131-1/fulltext) [21. 8. 2015].

Ellis, J.R., & Hartley, C.L., 2005. *Managing and Coordinating Nursing Care*. Fourth Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

European Health Care Fraud and Corruption Network (EHFCN), 2010. *The financial cost of healthcare fraud*. Available at: [www.ehfcn.org/media/documents/The-Financial-Cost-of-Healthcare-Fraud---Final-\(2\).pdf](http://www.ehfcn.org/media/documents/The-Financial-Cost-of-Healthcare-Fraud---Final-(2).pdf). 51 [21. 8. 2015].

European health systems under siege, 2011. Medical tourism news. *International Medical Travel Journal*, 183(10), pp. E623-624. Dostopno na: www.imtj.com/news/?EntryId82=297309 [20. 8. 2015].

Fairall, L., Bachmann, M.O., Lombard, C., Timmerman, V., Uebel, K., Zwarenstein, M., et al., 2012. Task shifting of antiretroviral treatment from doctors to primary-care nurses in South Africa (STRETCH): A pragmatic, parallel, cluster-randomized trial. *The Lancet*, 380 (9845), pp. 889–898. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22901955> [1. 8. 2015].

Griffiths, P., Jones, S., & Bottle, A., 2013. Is “failure to rescue” derived from administrative data in England a nurse sensitive patient safety indicator for surgical care? Observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 50, pp. 292–300. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23195407> [18. 8. 2015].

Institute for Health Care Communication, 2011. *Impact of communication in health care*. Available at: <http://healthcarecomm.org/about-us/impact-of-communication-in-healthcare/> [20. 8. 2015].

Saunders, R., Stuckhardt, L. & McGinnis, J.M., Smith, M. eds., 2012. “*Best care at lower cost: the path to continuously learning health care in America*.” Washington, D.C.: Institute of Medicine. The National Academies Press. Available at: www.iom.edu/Reports/2012/Best-Care-at-Lower-Cost-The-Path-to-Continuously-Learning-Health-Care-in-America.aspx [20. 8. 2015].

International Council of Nurses, 2001. *ICN position statement on promoting the value and cost-effectiveness of nursing*. Available at: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D06_Promoting_Value_Cost-effectiveness_Nursing.pdf [18. 8. 2015].

International Council of Nurses, 2004. *Collaborative Practice in the 21st Century*. Developed by Madrean Schober & Nancy MacKay. Geneva: ICN.

International Council of Nurses, 2005. *Nurse retention and recruitment: Developing a motivated workforce*. Developed by Zurn P, Dolea C & Stilwell B. Geneva: ICN. Available at: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/free_publications/primary_health_care.pdf [18. 8. 2015].

International Council of Nurses, 2007. *ICN position statement on nurses and primary health care*. Available at: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D02_Nurses_Primary_Health_Care.pdf [18. 8. 2015].

International Council of Nurses, 2009. *Implementing nurse prescribing*. Geneva: ICN.

International Council of Nurses, 2012a. *Position statement on publicly funded accessible health services*. Available at: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D07_Publicly_Funded_Accessible_Health_Services.pdf [18. 8. 2015].

International Council of Nurses, 2012b. *ICN code of ethics for nurses*. Geneva: ICN. Available at: www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf [1. 8. 2015].

International Council of Nurses, 2015. *Nurse: a force for change*. Geneva: ICN.

International Council of Nurses and the World Bank, 2014. *Strengthening community and frontline health workers for universal health coverage*. Geneva: ICN. Available at: www.nurse.or.jp/nursing/international/icn/report/pdf/2014m/08-06.pdf [20. 8. 2015].

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2005. *Health care at the crossroads: strategies for addressing the evolving nursing crisis*. Available at: www.jointcommission.org/assets/1/18/health_care_at_the_crossroads.pdf [19. 8. 2015].

Kroezen, M., 2012. Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a survey of forces, conditions and jurisdictional control. *International Journal of Nursing Studies* 49, pp. 100–1012. Available at: http://www.researchgate.net/publication/221866134_Nurse_prescribing_of_medicines_in_Western_European_and_Anglo-Saxon_countries_A_survey_on_forces_conditions_and_jurisdictional_control [2. 8. 2015].

Laport, N., Sermeus, W., Vanden Boer, G., & Van Herk, P., 2008. Adjusting for nursing case mix in hospital reimbursement: a review of international practice. *Policy Politics and Nursing Practice*, 9 (2), pp. 94–102. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18519592> [2. 8. 2015].

Melnyk, B.M., Ford, L.G., Troseth, M., Wyngarden, K., 2014. *National survey and forum for nurse executives leveraging evidence-based practice to enhance healthcare quality, reliability, patient outcomes and cost-containment*. The Ohio state university, College of nursing Elsevier. Available at: <http://visit.clinicaldecisionsupport.com/l/7222/2014-05-12/n9fy1> [20. 8. 2015].

Laschinger, H.K.S., Almost, J., & Tuer-Hodes, J., 2003. Workplace empowerment and magnet hospital characteristics: making the link. *JONA*, 33(7/8), pp. 410–422. Available at: http://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=420271 [9. 8. 2015].

Lathrop, B., 2013. Nursing leadership in addressing the social determinants of health. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 14(1), pp. 41–47. Available at: <http://ppn.sagepub.com/content/14/1/41> [5. 8. 2015].

Latter, S., Courtenay, M., 2004. Effectiveness of nurse prescribing: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), pp. 26–32. Available at: <http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489%2813%2900371-4/fulltext> [1. 8. 2015].

Liese, B., & Dussault, G., 2004. *Africa region human development working paper series. The State of the health workforce in Sub-Saharan Africa: Evidence of crisis and analysis of contributing factor*. Washington D.C.: The World Bank, Africa Region. Available at: http://siteresources.worldbank.org/AFRICAEXT/Resources/No_75.pdf. [2. 8. 2015].

Morris, R., MacNeela, P., Scott, A., Treacy, P., Hyde, A., 2007. Reconsidering the conceptualization of nursing workload: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 57 (5), pp. 463–471. Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2006.04134.x/abstract> [2. 8. 2015].

Neumann, P.J., 2005. *Using cost-effectiveness analysis to improve health care: opportunities and barriers*. Oxford: Oxford University Press.

Newhouse, R., Poe, S., 2005. *Measuring patient safety*. Sudsbury, MA: Jones and Bartlett.

Organisation for Economic Co-operation and Development, 2013. *Public Spending on health and long-term care: a new set of projects*. OECD Economic Policy Papers, No.06. Available at: www.oecd.org/eco/growth/Health%20FINAL.pdf [1. 8. 2015].

Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010. *Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experience in 12 developed countries*. Available at: www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=delsa/heal/wd/hwp%282010%295&doclanguage=en [1. 8. 2015].

Özaltin, A., Cashin, C., eds., 2014. *Costing of health services for provider payment: a practical manual based on country costing challenges, trade-offs, and solutions*. Joint Learning Network for Universal Health Coverage. Available at: http://jointlearningnetwork.org/uploads/files/resources/JLN_Costing_Toolkit_Interactive_FINAL.pdf [2. 8. 2015].

Palangkaraya, A., Yong, J., 2009. Population Ageing and its Implications on Aggregate Health Care Demand. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 9 (4), pp. 391–402. Available at: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10754-009-9057-3> [2. 8. 2015].

Price water house coopers' health research institute, 2010. “*The price of excess: Identifying waste in health care spending*.” Available at: www.pwc.com/us/en/healthcare/publications/the-price-of-excess.jhtml [2. 8. 2015].

Sabate, E., 2003. *Adherence to long-term therapies*. Geneva: WHO. Available at: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4883e/> [3.8. 2015].

Sermeus, W., Delesie, L., Van den Heede, K., Diya, L., / Lesaffre, E., 2008. Measuring the intensity of nursing care: Making use of the Belgian nursing minimum data set. *International Journal of Nursing Studies*, 45 (7), pp. 1011–1021. Available at: <http://europemc.org/abstract/MED/17588580> [2.8. 2015].

Sousa, A., Scheffler, R.M., Nyoni, J., & Boerma, T., 2013. A comprehensive health labour market framework for universal health coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, 91, pp. 892–894. Available at: www.who.int/bulletin/volumes/91/11/13-118927/en/ [2. 8. 2015].

Thomson Reuters, 2009. *Where can \$700 billion in waste be cut annually from the US healthcare system?* White paper, Thomson Reuters;, Ann Arbor, USA. Available at: http://www.ncrponline.org/PDFs/2009/Thomson_Reuters_White_Paper_on_Healthcare_Waste.pdf [2. 8. 2015].

Van Ruth, L.M., Mistiaen, P., & Francke, A.L., 2008. Effects of Nurse Prescribing of Medication: A Systematic Review. *The Internet Journal of Healthcare Administration*, 5(2), pp.

Welton, J.M., Fischer, M.H., DeGrace, S. & Zone-Smith, L., 2006. Hospital nursing costs, billing, and reimbursement. *Nursing Economics*, 24(5), pp. 239–245. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17131615> [2. 8. 2015].

World Health Organization, 2005. *World alliance for patient safety: WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems*. Geneva: WHO. Available at: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf [2. 8. 2015].

World Health Organization., 2006. *The World Health Report 2006: Working together for health*. WHO; Geneva, Switzerland. Available at: <http://www.who.int/whr/2006/> [2. 8. 2015].

World Health Organization, 2008a. *The World Health report 2008. Primary health care: Now More Than Ever*. Available at: http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf?ua=1 [1. 8. 2015].

World Health Organization, 2008b. *Treat, train, retain: task shifting, global recommendations and guidelines*. Available at: <http://www.who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf>. [1. 8. 2015].

- World Health Organization, 2010a. *Health accounts*. Available at: www.who.int/health-accounts/en/ [1. 8. 2015].
- World Health Organization, 2010b. *The World Health Report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage*. Available at: www.who.int/whr/2010/10_chap01_en.pdf [1. 8. 2015].
- World Health Organization, 2010c. *The world medicines situation*. Geneva: WHO. Available at: http://www.who.int/medicines/areas/policy/world_medicines_situation/WMS_ch14_wRational.pdf [1. 8. 2015].
- World Health Organization, 2011. *Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide: a systematic review of the literature*. Geneva: WHO. Available at: http://www.who.int/iris/bitstream/10665/80135/1/9789241501507_eng.pdf [1. 8. 2015].
- World Health Organization, 2012a. *Positioning Health in the Post-2015: development agenda* WHO. Discussion paper. Available at: www.who.int/topics/millennium_development_goals/post2015/WHOdiscussionpaper_October2012.pdf?ua=1 [1. 8. 2015].
- World Health Organization, 2012b. *Informal Member State Consultation on Health in the Post-2015 Development Agenda*. Available at: www.who.int/topics/millennium_development_goals/post2015/summary_informal_consultation_memberstates_20121214.pdf?ua=1 [1. 8. 2015].
- World Health Organization, 2013. *World Health Report 2013*. Research for Universal Health Coverage. Dostopno na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/9789240690837_eng.pdf?ua=1 [1. 8. 2015].
- World Health Organization and World Bank, 2002. *Building Strategic Partnerships in education and health in Africa. Report presented at the consultative meeting on improving collaboration between health professionals, governments and other stakeholders in human resources for health development*. Ethiopia: Addis Ababa. Available at: <http://info.worldbank.org/etools/docs/library/206846/Health%20Workforce%20Addis%20ReportAFRO%20edited%20final%2000706.pdf> [2. 8. 2015].

VLOGA MANAGEMENTA PRI IZGRADNJI NA DOKAZIH TEMELJEČEGA DELA V ZDRAVSTVENI NEGI: REZULTATI RAZISKAVE V SLOVENSKIH BOLNIŠNICAH

THE ROLE OF MANAGEMENT AT DEVELOPMENT EVIDENCE BASED PRACTICE IN NURSING: RESULTS OF RESEARCH IN SLOVENIAN HOSPITALS

izr. prof. dr. Brigita Skela Savič

Fakulteta za zdravstvo Jesenice

bskelasavic@fzj.si

IZVLEČEK

Uvod: Izvajanje raziskav in njihova implementacija v klinično delo sta med ključnimi nalogami v zdravstveni negi. Kljub pozanim koristim na dokazih temelječega dela rezultati raziskav v različnih državah kažejo zelo slabo implemen-tacijo spoznanj raziskav v zdravstveni negi. Cilj raziskave je bil proučiti prepričanja o praksi, temelječi na dokazih, in njeno implementacijo med diplomiranimi medicinskimi sestrami/zdravstveniki v slovenskih bolnišnicah ter pojasniti dejavnike, ki lahko takšno prakso v zdravstveni negi pojasnijo.

Metode: Izvedena je bila presečna raziskava na vzorcu 534 visokošolsko izobraženih medicinskih sester/zdravstvenikov v 19 slovenskih bolnišnicah. Uporabljena sta bila dva standardizirana instrumenta »EBP Beliefs Scale« (Cronbach's Alpha = 0,914) in »EBP Implementation Scale« (Cronbach's Alpha = 0,969). Podatki so bili obdelani z opisno statistiko, analizo povezanosti, faktorsko analizo in linearno regresijo.

Rezultati: Pozitivna prepričanja je mogoče pojasniti z znanjem o raziskovanju ($p = 0,007$), zadovoljstvom z delom ($p < 0,001$) in dolžino zaposlitve v zdravstveni negi ($p = 0,008$). Odklanjanje z dokazi podprte prakse pojasnjnjeta slabo znanje o takšni praksi ($p < 0,001$) ter pomanjkanje izobraževanja in usposabljanja o njej ($p = 0,022$), medtem ko je nizko stopnjo uvedene in na dokazih temelječe prakse mogoče pojasniti s slabim znanjem o raziskovanju ($p = 0,013$) in s slabim znanjem o tovrstni praksi ($p = 0,039$) ter z zadovoljstvom pri delu ($p = 0,008$).

Diskusija in zaključek: Raziskava pokaže, da imajo diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki slovenskih bolnišnic pozitivna stališča do na dokazih temelječe

prakse in nizko stopnjo njene implementacije. Uresničevanje paradigm razvoja samonadzora in nenehnega izboljševanja lastnega dela ni prisotno. Pomembni viri, ki bi lahko izboljšali implementacijo z dokazi podprtne prakse, niso zadostno dostopni. Poleg znanja in izobraževanja o raziskovanju in na dokazih temelječe prakse je pomemben dejavnik še zadovoljstvo z delom, vsi pa pokažejo na ključno vlogo managementa zdravstvene nege na področju razvoja zdravstvene nege kot profesije. Vrhni management zdravstvene nege mora razvijati srednji management na področju raziskovanja in z dokazi podprtne prakse, le tako se bo kultura takšne prakse v slovenskih bolnišnicah lahko sploh začela razvijati.

Ključne besede: zdravstvena nega, raziskovanje, na dokazih temelječa praksa, prepričanja, uporaba na dokazih temelječe prakse, management

ABSTRACT

Introduction: Conducting and applying research are fundamental nurses' tasks and an essential expectation in nursing practice. Despite verified benefits of evidence-based practice, research evidence across different countries has shown extremely limited implementation of this practice among nurses. The aim was to identify the extent of evidence-based practice implementation among nurses in Slovenian hospital settings, to establish nurses' beliefs on evidence-based practice and to identify possible explanatory factors.

Methods: A cross-sectional research design was employed. The sample size was 534 nurses (RN, Bsc, Msc) from 19 Slovenian hospitals. Standardized instruments »EBP Beliefs Scale« (Cronbach's Alpha = 0.914) and »EBP Implementation Scale« (Cronbach's Alpha = 0.969) were used. Obtained data was analyzed using descriptive statistics, correlation and factor analysis, and linear regression.

Results: Positive beliefs on evidence-based practice were significantly explained by perceived knowledge on research ($p = 0.007$), job satisfaction ($p < 0.001$), and length of employment in nursing ($p = 0.008$). Aversion to evidence-based practice was explained by poor perceived knowledge on evidence-based practice ($p < 0.001$) and a lack of education and training in evidence-based practice ($p = 0.022$), whereas a low level of evidence-based practice implementation was explained by poor perceived knowledge on research ($p = 0.013$) and evidence-based practice ($p = 0.039$), and the job satisfaction level ($p = 0.008$).

Discussion an conclusion: Nurses in Slovenian hospitals have positive beliefs on evidence-based practice and a low level of evidence-based practice implementation. The development paradigm of self-monitoring and self-improvement was

not present. According to the results, some resources required for improved evidence-based practice implementation are not made sufficiently available. In addition to perceived knowledge and education provided, an important factor is also job satisfaction, which points to the instrumental role of management workers in determining nurses' professional development. Nursing managers in Slovenian hospitals should promote the development of head nurses in research and evidence-based care, thereby fostering a culture of evidence-based practice in Slovenian hospitals.

Key words: research, nursing, evidence-based practice, evidence-based practice beliefs, implementation, management

Uvod

Od medicinskih sester se pričakuje, da zagotavljajo kakovostno, varno, učinkovito, hitro in v pacienta usmerjeno zdravstveno nego. To lahko dosežejo izobražene medicinske sestre, ki imajo znanje in sposobnosti za klinično delo in so kritične do kakovosti dela v zdravstveni negi (Nsemo, et al., 2013). Znanje o raziskovanju in na dokazih temelječem delu je postal pomemben del izobrazbe medicinskih sester tako na dodiplomski kot poddiplomski ravni. V praksi je to omogočilo oblikovanje novih področij delovanja, kot so nove vloge na področju zahtevnejših oblik dela ali »advanced nurse practitioner roles« (Woodward, et al., 2007; Loke, et al., 2014; Yoder, et al., 2014). Najpogosteje prepoznane ovire za nezadostno izvajanje raziskovanja so pomanjkanje sredstev, čas, namenjen raziskovanju, pomanjkljivo znanje za izvajanje raziskovanja, nezadostna podpora s strani vodilnih in zdravnikov, procesi dela in organizacijska kultura ne podpirajo raziskovanja (Kelly, et al., 2013; Loke, et al., 2014; Yoder, et al., 2014). Najpomembnejši dejavnik spodbujanja raziskovanja pri medicinskih sestrah je prisotnost mentorja raziskovalca (Kelly, et al., 2013). Po drugi strani pa raziskave kažejo, da raziskovanje preprosto še ni del profesionalne identitete medicinskih sester, zato se pogosto zgodi, da medicinske sestre tudi ne aplicirajo raziskovalnih izsledkov v vsakdanje praktično delo. Možna rešitev je v večji integraciji raziskovalne kulture ter paradigmе raziskovanja v študijske programe zdravstvene nege (Kelly, et al., 2013; Loke, et al., 2014).

Zdravstvena nega mora temeljiti na primerih najboljše prakse in izsledkih raziskav ter usmerjenosti v pacienteove potrebe in zaznavanja. Govorimo o na dokazih temelječem delu ali praksi (DTP, v angleškem jeziku »evidence based practice«, EBP), ki pa je značilnost vseh zdravstvenih profesionalcev in ne samo zdravstvene nege. Najbolj učinkovito je, če se izvaja med-profesionalno (Skela Savič, 2014). Raziskave so tiste, ki omogočajo izvajanje z dokazi podprtne prakse. Le ta povečuje

kakovost in zanesljivost zdravstvene obravnave, izboljšuje izide zdravstvene obravnave in zmanjšuje variiranje v zdravstveni obravnavi in stroških (Melnyk, et al., 2012a). Kljub navedenim koristim pa tovrstna praksa ni razširjeni standard dela v zdravstvu (Melnyk, et al., 2012b). Njen koncept od izvajalcev zahteva, da pri svojem delu uporablajo najboljša, preverjena, najnovejša in najpomembnejša spoznanja raziskav. Dodana vrednost na dokazih temelječe prakse je tudi dimenzija prenašanja znanja in vedenja na uporabnike. Takšna praksa deluje na premisah postavljanja kliničnih vprašanj, iskanja in zbiranja najpomembnejših podatkov in dokazov, kritične presoje podatkov oz. dokazov z obstoječim načinom dela, soočenje pridobljenih spoznanj z obstoječim kliničnim delom in potrebami pacientov ter aplikacijo spoznanj v klinično delo. Iskanje, presojanje, soočanje z obstoječim delovanjem, aplikacija in evalvacija so temeljne komponente na dokazih temelječe prakse (Newhouse, 2007; Melnyk, et al., 2010; Melnyk, et al., 2012a; Dogherty, et al., 2013; Melnyk, et al., 2014; Stokke, et al., 2014).

Če povzamemo tipične ovire za izvajanje na dokazih temelječe prakse, ki jih ugotavlja različni avtorji, so te pomanjkanje časa, zaviralna organizacijska kultura, filozofija »tako smo tukaj vedno delali«, pomanjkljivo znanje in izobraževanje, slab dostop do baz kakovostnih podatkov, odpor pri managerjih in vodjih, natrpan delavnik, odpor pri zdravnikih in medicinskih sestrach, negotovost pri zbiranju informacij in oceni kakovosti dobljenih dokazov, omejen dostop do virov, ki omogočajo na dokazih temelječe delovanje (Gerrish & Clayton, 2004; Rycroft-Malone, et al., 2004; Pravikoff, et al., 2005; Melnyk, et al., 2012a; Melnyk, et al., 2014).

Na dokazih temelječa praksa je za slovenske diplomirane medicinske sestre/zdravstvenike nova razvojna paradigma, ki je lahko odlična priložnost za njihov ustrezен odziv na potrebe pacientov v sodobni družbi. Le te so posledica dobro poznanih demografskih trendov in danes aktualne gospodarske krize, ki pomembno oblikuje zdravstveno politiko vsake države. Raziskava daje odgovore na vprašanji, v kolikšni meri diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki slovenskih bolnišnic uporablajo na dokazih temelječo prakso in kakšna so njihova prepričanja o nej. Vprašanji sta zlasti zanimivi ob dejstvu, da se magistrski študij zdravstvene nege v Sloveniji izvaja šele od leta 2007, kar Slovenijo uvršča na zemljevid držav, kjer je na dokazih temelječa praksa slabo razvita.

Metode

Uporabili smo kvantitativno metodo dela, dizajn raziskave je bil neeksperimentalni, z uporabo eksplorativnih in vzročnih metod dela.

Instrument

V raziskavi smo uporabili dva že predhodno uporabljeni vprašalnika, ki opisujeta na dokazih temelječe delo, »EBP Belief Scale« in »EBP Implementation Scale« (Melnyk, et al., 2008a). Demografski sklop vprašalnika je vključeval 16 vprašanj, zbirali smo osnovne demografske podatke, ki so opisani v vzorcu, poleg tega so nas zanimali tudi podatki o udeležbi na izobraževanjih, ocena lastnega znanja o raziskovanju in pri na dokazih temelječi praksi, dostopnost do podatkovnih baz in zadovoljstvo s poklicnim delom. Vprašalnik »EBP Belief Scale« je vključeval 16 zaprtih vprašanj, na katera so anketiranci odgovarjali na lestvici od 1 do 5 (1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – delno se ne strinjam, delno se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam). Zanesljivost vprašalnika, ki smo jo merili s Cronbach's Alpha koeficientom, je bila 0,914 ($n = 16$). Vprašalnik »EBP Implementation Scale« je vključeval 19 zaprtih vprašanj, na katera so anketiranci odgovarjali na lestvici od 1 do 5 (1 – nikoli v 8 tednih, 2 – 1-3-krat v 8 tednih, 3 – 4-6-krat v 8 tednih, 4 – 6-8-krat v 8 tednih, 5 – več kot 8-krat v 8 tednih). Zanesljivost vprašalnika, ki smo jo merili s Cronbach's Alpha koeficientom, je bila 0,969 ($n = 19$). Ta vprašalnik se je v enem vprašanju razlikoval od izvirnega vprašalnika, saj smo trditev na področju prebiranja znanstvenih člankov in kritično oceno članka razdelili v dve ločeni trditvi. Skupno je vprašalnik vseboval 51 vprašanj. Za oba vprašalnika smo izvedli faktorsko analizo po metodi »Principal Axis Factoring«, uporabili smo Bartlettov test sferičnosti ($p < 0,05$) in test Kaiser-Meyer-Olkin (KMO več kot 0,6) (Pallant, 2010).

Za prepričanja o na dokazih temelječi praksi smo dobili tri faktorje, ki pojasnijo varianco v 57,88 %, prvi faktor v 44,36 %, drugi faktor v 8,57 % in tretji faktor v 4,93 %, KMO = 0,910 in Barlett $p = 0,000$. Prvi faktor smo poimenovali »Prepričanja in koristi na DTP« in drugega »Nenaklonjenost do na DTP«. Tretjega faktorja nismo razvili, ker je pojasnil manj kot 5 % variance, v njega sta se uvrstili dve trditvi, »Menim, da na DTP vzame preveč časa«, (Pattern matrix = 0,616) in »Menim, da je uporaba na DTP težka«, (Pattern matrix = 0,655). Za uvajanje na dokazih temelječe prakse smo izračunali en faktor, »Implementiranost na DTP«, ki pojasni 63,58 skupne variance, pri KMO = 0,959 in Barlett $p = 0,000$. Rezultati faktorske analize so prikazani v tabelah 2 in 3.

Vzorec

K sodelovanju v raziskavi smo povabili vse slovenske bolnišnice ($N = 27$). Za sodelovanje se je odločilo 19 bolnišnic. V raziskavo smo vključili medicinske sestre in zdravstvenike z visokošolsko izobrazbo, ki so imeli najmanj tri leta delovnih

izkušenj. Razdelili smo 1353 vprašalnikov, v raziskavo smo uvrstili 534 vrnjenih vprašalnikov, ki so bili v celoti izpolnjeni (39,47 %). Pri 12 sodelujočih bolnišnicah smo zabeležili več kot 50 % odzivnost, pri 7 pa manj kot 50 % odzivnost. Najvišja odzivnost je bila 100 %, najnižja 6,67 %.

V raziskavi je sodelovalo 534 anketirancev, 477 žensk (89,3 %) in 49 moških (9,2 %). Povprečna starost anketirancev je bila 40 let ($SD = 8,55$). V raziskavi je sodelovalo 34 (6,9 %) višjih medicinskih sester / tehnikov, 434 (81,3 %) diplomiranih medicinskih sester / zdravstvenikov in 54 (10,1 %) zaposlenih, ki imajo več kot visoko strokovno izobrazbo v zdravstveni negi (mag. zdr. neg., univ. izobr., strokovni magisterij na drugih področjih). Povprečen čas dela anketirancev v zdravstveni negi je bil 17,52 let ($SD = 9,88$).

Največ anketirancev dela v splošnih bolnišnicah, 202 ali 37,8 %, sledijo specjalizirane bolnišnice ($n = 161$; 30,1 %), klinični center ($n = 107$; 20,1 %) in psihiatrične bolnišnice ($n = 38$; 7,1 %). 26 (4,9 %). 328 (61,4 %) anketirancev je odgovorilo, da so mentorji študentom zdravstvene nege, 31 % ($n = 169$) anketirancev se je v zadnjih petih letih (od 2010) izobraževalo na področju raziskovanja v zdravstveni negi, 28,3 % ($n = 151$) se jih je izobraževalo o na dokazih temelječem delu, 65,7 % ($n = 351$) o etiki v zdravstveni negi in 49,4 % ($n = 264$) o mentorstvu študentom zdravstvene nege. Dostop do podatkovnih baz na delovnem mestu, kjer lahko dobitjo članke v polnem besedilu (kot primeri: CINAHL, Web of Science, ProQuest, idr.), ima 197 (36,9 %) anketirancev. Anketiranci so svoje znanje na lestvici od 1 do 5 na področju raziskovanja ocenili s povprečno oceno 2,87 ($SD = 0,93$) in znanje o z dokazi podprtih praksi z 2,94 ($SD = 0,94$). Zadovoljstvo s poklicnim delom v zdravstveni negi so ocenili s povprečno vrednostjo 3,74 ($SD = 0,83$).

Potek raziskave in obdelava podatkov

Raziskava je potekala v obdobju med 15. 1. 2015 in 18. 3. 2015. V prispevku prikazujemo manjši del rezultatov raziskave. Za izvedbo raziskave smo pridobili soglasje Komisije senata za znanstveno-raziskovalno in razvojno dejavnost, bolnišnice so sodelovanje potrdile na osnovi sprejetega sklepa o sodelovanju na strokovnih telesih bolnišnic. Glavnim medicinskim sestram v 27 slovenskih bolnišnicah smo poslali povabilo k sodelovanju. Bolnišnice, ki so sodelovanje potrdile, smo nato zaprosili za podatke o številu medicinskih sester in zdravstvenikov z visokošolsko izobrazbo, ki imajo vsaj tri leta delovnih izkušenj. Vsaka bolnišnica je dobila toliko vprašalnikov, kolikor ima zaposlenih diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov z vsaj tremi leti delovnih izkušenj. Sodelujočim bolnišnicam so bili vprašalniki s spremnimi navodili in opisom raziskave poslani po pošti. Vsaka

bolnišnica je določila koordinatorja raziskave, ki je vprašalnike razdelil. Koordinatorji raziskave so poskrbeli za skupno zbirno mesto oddaje vprašalnika. Podatke smo statistično obdelali s programom SPSS 22. Uporabili smo osnovno deskriptivno analizo, korelacijsko analizo (Pearson's correlation coefficient) in faktorsko analizo po metodi Principal Axis Factoring s poševno kotno rotacijo (Oblimin) s Kaiser Normalization. Stopnja statistične značilnosti je bila pri $p < 0.05$.

Rezultati

V tabeli 1 so prikazana prepričanja anketirancev o na dokazih temelječi praksi in faktorji, pridobljeni s faktorsko analizo. Večina prepričanj je na ravni delnega strinjanja oz. delnega nestrinjanja ali več. Anketiranci izkazujejo strinjanje, da na DTP izboljšuje klinično prakso (4,00) in vodi v najboljšo oskrbo (4,105). Vse ostale trditve so ocenjene nižje, kar kaže, da anketiranci ne poznajo najbolje korakov na DTP (3,24), niso gotovi, da lahko na DTP uvedejo v svoje delo (3,31) in da nimajo dovolj znanja (3,11) ter da lahko hitro in učinkovito poiščejo dokaze (3,52) in merijo, kako izmeriti rezultate kliničnega dela (3,44). Nekoliko više povprečne vrednosti so pri prepričanju o pomenu kritične presoje dokazov (3,77) in da uporaba na DTP izboljša delo posameznika (3,75). Vse spremenljivke v tabeli 2 so normalno porazdeljene, zato smo jih uporabili v faktorski analizi.

Tabela 1: Prepričanja anketirancev o na dokazih temelječi praksi

Trditve:	N	PV	SO	F1	F2
Menim, da uporaba na dokazih temelječe prakse (DTP) vodi do najboljše oskrbe pacientov.	525	4,10	0,815	-0,045	-0,801
Dobro poznam korake na DTP.	519	3,24	1,006	0,547	-0,268
Prepričan/-a sem, da lahko implementiram na DTP.	515	3,31	0,932	0,646	-0,177
Menim, da je kritična presoja dokazov obstoječih raziskav pomemben korak v procesu na DTP.	518	3,77	0,846	0,064	-0,753
Prepričan/a sem, da na dokazih temelječe smernice lahko izboljšajo delo v kliničnih okoljih.	523	4,00	0,793	-0,059	-0,900
Menim, da lahko hitro in učinkovito poiščem najboljše dokaze za odgovore na klinična vprašanja.	521	3,52	0,830	0,766	-0,059

Menim, da lahko premagam ovire pri implementaciji na DTP.	519	3,37	0,839	0,957	0,119
Prepričan/a sem, da lahko hitro in učinkovito implementiram na DTP.	518	3,25	0,867	0,989	0,163
Prepričan/a sem, da bo uporaba na DTP izboljšala moje delo s pacienti.	516	3,75	0,850	0,271	-0,595
Vem, kako meriti rezultate kliničnega dela.	517	3,36	0,959	0,425	-0,316
Menim, da na DTP vzame preveč časa.	506	3,20	0,865	-0,008	0,098
Prepričan/a sem, da lahko pridobim najboljše vire, da lahko implementiram na DTP.	507	3,19	0,845	0,612	-0,070
Menim, da je uporaba na DTP težka.	512	3,31	0,858	-0,035	0,036
Zadosti dobro vem, kako implementirati na DTP, da dosežem spremembe v praksi.	513	3,11	0,900	0,517	-0,181
Vem, da zmorem implementirati na DTP v svoje delo.	515	3,34	0,844	0,501	-0,259
Verjamem, da moje delo temelji na dokazih.	299	3,56	0,835	0,359	-0,237

Legenda: uporabljena lestvica od 1 – 5 (1 – sploh se ne strinjam, 5 – popolnoma se strinjam),

N = število odgovorov, PV = povprečna vrednost, SO – Standard odklon,

F1 – Faktor »Prepričanja o na DTP«, F2 – Faktor »Nenaklonjenost do na DTP«

V tabeli 2 so prikazani rezultati trditev o uvajanju na dokazih temelječe prakse in rezultat faktorske analize. Rezultati kažejo na slabe dosežke pri dejanskem uvajanju na dokazih temelječe prakse, saj pri nobeni trditvi rezultat ni dosegel vrednosti 3 ali več. Spremenljivke so približno normalno porazdeljene, zato smo jih uporabili v nadaljnji faktorski analizi.

Tabela 2: Rezultati uvajanja na dokazih temelječe prakse, delež uspešnosti implementacije in rezultati faktorske analize

Trditve:	N	PV	SO	Delež (%) impelmentacije	F3
Uporabim dokaz raziskave za spremembo svoje klinične prakse.	491	1,88	0,992	37,6	0,770
Kritično ocenim dokaze iz rezultatov raziskave.	493	1,96	1,045	39,2	0,833
Oblikujem PICO vprašanje o lastni klinični praksi.	458	1,71	0,993	34,2	0,809
Neformalno razpravljam o dokazih raziskav s sodelavci.	483	2,28	1,154	45,6	0,767

Zberem podatke o pacientovih problemih.	490	2,95	1,394	59	0,537
Delim dokaze raziskav v obliki poročila ali predstavitev z več kot dvema sodelavcema.	480	2,00	1,178	40	0,826
Vrednotim izide uvedenih sprememb v praksi.	483	2,17	1,170	43,4	0,815
Delim smernice za na DTP s sodelavci.	486	2,11	1,139	42,2	0,844
Delim dokaze raziskav s pacientom/ družinskimi člani.	474	1,75	1,016	35	0,803
Delim dokaze raziskav s člani multidisciplinarnega tima.	488	2,05	1,105	41	0,880
Preberem znanstveni članek.	492	2,54	1,152	50,8	0,702
Ko preberem znanstveni članek, kritično ocenim izvedeno raziskavo.	486	2,32	1,114	46,4	0,756
Uporabim zbirke sistematičnih pregledov raziskav na podatkovnih bazah.	485	1,98	1,109	39,6	0,816
Uporabim izdelane nacionalne smernice.	490	2,34	1,284	46,8	0,780
Uporabim smernice na DTP ali pregledne raziskave za spremembo dela v klinični praksi, kjer delam.	477	2,10	1,142	42	0,864
Vrednotim delovanje v zdravstveni negi z zbiranjem izidov zdravstvene obravnave pacientov.	483	2,23	1,214	44,6	0,806
Dobjljene rezultate/podatke delim s sodelavci.	493	2,32	1,216	46,4	0,830
Spremenim svoje delovanje glede na rezultate pri delu s pacienti.	488	2,38	1,215	47,6	0,791
Promoviram uporabo na DTP med sodelavci.	490	2,04	1,126	40,08	0,857

Legenda: uporabljena lestvica od 1 – 5 (1 – sploh se ne strinjam, 5 – popolnoma se strinjam), N = število odgovorov, PV = povprečna vrednost, SO – Standard odklon, F3 – Faktor »Implementiranost na DTP«, F2 – Faktor »Nenaklonjenost do na DTP«

V tabeli 3 so prikazane povezave med demografskimi spremenljivkami in oblikovanimi faktorji. Poudarjene so statistično pomembne povezave in tista povprečja faktorjev, ki odstopajo od povprečja.

Faktor »Prepričanja in koristi na DTP« (F1) je statistično značilno pozitivno povezan z leti zaposlitve, z oceno znanja na obeh področjih lastne ocene znanja (raziskovanje, na DTP) in zadovoljstvom s poklicnim delom. Moški in anketiranci z magistrsko izobrazbo izkazujejo večjo stopnjo prepričanj in koristi na DTP.

Pozitivna povezanost se pokaže tudi pri tistih, ki so se izobraževali na področju raziskovanja in na DTP. Negativne povezave so pri anketirancih, ki se niso izobraževali na vseh štirih preverjenih področjih.

Pri faktorju »Nenaklonjenost do na DTP« (F2) ugotovimo, da se le ta znižuje s starostjo, z delovno dobo, s samooceno znanja na vseh treh preverjenih področjih, pri dveh kategorijah stopnje izobrazbe, pri izobraževanju o raziskovanju, na DTP in dostopu do podatkovnih baz. Naštete spremenljivke zmanjšujejo nenaklonjenost do na DTP. Nenaklonjenost se povečuje z moškim spolom in je povezana tudi z ustanovo, večja nenaklonjenost je v splošni bolnišnici, psihiatrični bolnišnici in kliničnem centru, manjša pa v specializirani bolnišnici. Nenaklonjenost je večja pri tistih anketirancih, ki se niso izobraževali na preverjenih področjih.

»Implementiranost na DTP« (F3) je pozitivno povezana s stopnjo ocene znanja na tem področju in z zadovoljstvom z delom. Moški spol je pozitivno povezan s stopnjo implementacije, višješolska izobrazba je negativno povezana, izobrazba na magistrski ravni je pozitivno povezana. Glede na vrsto bolnišnice obstaja negativna povezava pri splošni bolnišnici in pozitivna pri psihiatrični bolnišnici. Anketiranci, ki niso mentorji študentom, so implementacijo na DTP ocenili z nižjo stopnjo. Vse preverjene vrste izobraževanja so pozitivno povezane s F3 in obratno pri tistih, ki se niso izobraževali v zadnjih treh letih. Dostopnost do podatkovnih baz je pozitivno povezana z implementacijo na DTP in nedostopnost negativno.

Tabela 3: Povezava demografskih spremenljivk in faktorjev

Pearson's correlation coefficients between demographic variables and factors	N (F1)	Pearson (F1)	N (F2)	Pearson (F2)	N (F3)	Pearson (F3)
STAROST v letih	265	0,110	265	-0,176**	362	0,067
LETA ZAPOSЛИTVE v zdravstveni negi	275	0,120*	272	-0,166**	387	0,061
ČAS MENTORIRANJA	164	0,123	164	-0,144	228	0,115
SAMOOCENA						
Samoocena znanja o raziskovanju	267	0,452**	267	-0,286**	378	0,347**
Samoocena znanja o na DTP	268	0,448**	268	-0,417**	378	0,328**
Samoocena zadovoljstva z delom	271	0,314**	272	-0,234**	388	0,182**

Compare means with demographic variables and factors	N (F1)	PV (F1)	N (F2)	PV (F2)	N (F3)	PV (F3)
SPOL						
Ženski	248	-0,0100422	248	-0,0176583	353	-0,0676290
Moški	24	0,1174256	24	0,1350288	34	0,6370165
Skupaj	272	0,0012049	272	-0,0041859	387	-0,0057222
STOPNJA IZOBRAZBE						
viš. med. ses./viš. med. teh.	18	-0,0642860	18	-0,1939037	23	-0,1272361
dipl. m. s./dipl. zn.	218	-0,0496634	218	0,0612165	322	-0,0141810
mag. zdr. neg., uni. izobrazba, strokovni magisterij	33	0,4007119	33	-0,3031312	42	0,1516079
Skupaj	269	0,0046086	269	-0,0005517	387	-0,0029075
PODROČJE ZAPOSPLITVE						
Splošna bolnišnica	89	0,0075191	89	0,1055603	151	-0,1019453
Specializirana bolnišnica	118	0,0087812	118	-0,1478513	118	0,0379116
Psihiatrična bolnišnica	19	-0,0517178	19	0,1422755	31	0,2035214
Klinični center	40	0,0020273	40	0,1808835	78	0,0856500
Skupaj	266	0,0030220	266	0,0070940	387	0,0054754
MENTORSTVO ŠTUDENTOM ZDRAVSTVENE NEGE						
Da	174	0,0745168	174	-0,0615354	240	0,0773664
Ne	99	-0,1160779	99	0,0952033	147	-0,1090342
Skupaj	273	0,0054001	273	-0,0046961	387	0,0065631
IZOBRAŽEVANJE V ZADNJIH 5 LETIH (odgovor DA)						
Raziskovanje DA	96	0,3537744	96	-0,3023951	120	0,3445798
Raziskovanje NE	138	-0,2350278	138	0,2507354	190	-0,1997963
Skupaj	234	0,0065321	234	0,0238101	310	0,0109299
Na dokazih temelječe delo v zdravstveni negi DA	88	0,3316806	88	-0,4545545	113	0,3420596
Na dokazih temelječe delo v zdravstveni negi NE	134	-0,1963860	134	0,2650392	192	-0,1909914
Skupaj	222	0,0129377	222	-0,0202051	305	0,0064996
Etika v zdravstveni negi DA	172	0,0959265	172	-0,0704674	255	0,1380031

Etika v zdravstveni negi NE	85	-0,2387513	85	0,2238944	111	-0,2681620
Skupaj	257	-0,0147646	257	0,0268896	366	0,0148219

Mentorstvo v zdravstveni negi DA	135	0,0893670	135	-0,0991657	191	0,1443433
Mentorstvo v zdravstveni negi NE	111	-0,1066095	111	0,1918640	149	-0,1518988
Skupaj	246	0,0009386	246	0,0321526	340	0,0145196

DOSTOP DO PODATKOVNIH BAZ

DA	111	0,0637403	111	-0,1032273	149	0,1846708
NE	149	-0,0444615	149	0,0796723	223	-0,1179526
Skupaj	260	0,0017324	260	0,0015882	372	0,0032594

Legenda: Pearson = Pearsonov koeficient korelacije, N = število odgovorov,

PV = povprečna vrednost, F1 = »Prepričanja in koristi na DTP«,

F2 = »Nenaklonjenost do na DTP«, F3 = »Implementiranost na DTP«

**p=0,01; *p=0,05

V tabeli 4 je prikazan linearni regresijski model. Vključili smo tiste neodvisne spremenljivke, ki so bile srednje močno povezane, in tiste, ki so odstopale od povprečja s tremi dobljenimi faktorji.

Za »Prepričanje anketirancev o na DTP« smo preverili dve odvisni spremenljivki. Prvo, »Pozitivna prepričanja o DTP« smo pojasnili v 31,1 %, s tremi pojavnimi dejavniki (samoocena znanja o raziskovanju, samoocena zadovoljstva s poklicnim delom, leta zaposlitve v zdravstveni negi). Drugo, »Nenaklonjenost do na DTP«, smo pojasnili v 22,2 %, statistično značilno pojasnilno vrednost imata samoocena znanja o DTP in izobraževanje o DTP.

Za uvajanje na dokazih temelječe prakse smo preverili eno odvisno spremenljivko, »Implementacija na DTP«, ki smo jo uspeli pojasniti v 20,5 %. Kot ključni pojasnilni dejavniki se izkažejo samoocena znanja o raziskovanju in o na DTP ter samoocena zadovoljstva s poklicnim delom.

Tabela 4: Dejavniki pojasnitve na dokazih temelječe prakse in implementacije na dokazih temelječe prakse

	Prepričanja anketirancev o DTP							Uvajanje DTP				
	(R ² = 0,311)			(R ² = 0,222)			(R ² = 0,222)					
	b	SE _b	β	p	b	SE _b	β	p	b	SE _b	β	p
Značilnosti:												
Samoocena znanja o raziskovanju	0,251	0,092	0,240	0,007	0,031	0,096	0,030	0,748	0,213	0,085	0,206	0,013
Samoocena zadovoljstva s poklicnim delom	0,169	0,087	0,164	0,052	-0,337	0,093	-0,333	0,000	0,175	0,084	0,166	0,039
Izobraževanje o raziskovanju	-0,255	0,166	-0,129	0,127	0,040	0,162	0,021	0,807	0,000	,152	0,000	0,998
Izobraževanje o na DTP	0,056	0,162	0,028	0,730	0,374	0,162	0,191	0,022	-0,176	0,149	-0,084	0,238
Dostop do podatkovnih baz					0,092	0,118	0,048	0,435	-0,202	0,114	-0,099	0,078
Leta zaposlitve v zdravstveni negi	0,018	0,007	0,159	0,008	-0,014	0,016	-0,143	0,401				
Starost v letih					0,005	0,019	0,045	0,793				
Izobrazba: viš. med. ses./viš. med. teh.					-0,125	0,233	-0,034	0,592	0,067	0,293	0,012	0,820
Izobrazba: mag. zdr. neg., univ. izobr., strokovni magisterij	0,185	0,167	0,065	0,270	-0,212	0,191	-0,068	0,269	0,113	0,179	0,036	0,528

Legenda: R² = koeficient determinacije, b = regresijski koeficient, SE_b = standardna napaka, β = standardizirani regresijski koeficient, p = statistična značilnost pri 0,05 ali manj.

Diskusija

Natančen pogled v deskriptivne rezultate raziskave pokaže, da se anketiranci strinjajo s koristnostjo DTP v splošnem smislu, preverjanje njihovih prepričanj po korakih DTP pa pokaže, da anketiranci ne poznajo korakov dela v DTP, niso prepričani, da lahko DTP uvedejo v prakso in da imajo dovolj znanja. To potrjuje tudi samoocena znanja o raziskovanju in DTP, ki je na ravni dobro (3), z velikim standardnim odklonom. Takšne rezultate pojasnjuje tudi dejstvo, da se je le tretjina anketirancev izobraževala na področju raziskovanja in DTP v zadnjih petih letih. Stokke, et al. (2014) navaja, da je 82 % vključenih v raziskavo imelo predhodno znanje o DTP. Naši rezultati kažejo na nizko stopnjo izobraževanja na tem področju.

Melnyk, et al. (2008a) ugotovijo pozitivno povezanost med prepričanji in implementacijo DTP s stopnjo izobrazbe, enako ugotovimo v naši raziskavi, saj so pozitivna prepričanja sicer nekoliko statistično značilno večja pri tistih, ki imajo magistrsko izobrazbo. V našem primeru v raziskavo nismo vključili tehnikov zdravstvene nege in je bil naš razpon izobrazbe tri-nivojski, medtem ko Melnyk, et al. (2008a) uporabijo pet skupin izobrazbe. Pozitivna prepričanja so v naši raziskavi povezana še s samooceno znanja in zadovoljstvom s poklicem ter z izobraževanji v zadnjih petih letih, in sicer na vseh štirih preverjenih področjih (raziskovanje, DTP, etika, mentorstvo). Prepričanja so pozitivno povezana z leti dela v zdravstveni negi, ne pa s starostjo anketirancev, kot se izkaže v raziskavi Melnyka, et al. (2008a), spremenljivka je tudi pojasnjevalni dejavnik v regresijskem modelu. Nenaklonjenost je povezana ravno z obratnimi spremenljivkami, kot so pozitivna prepričanja. Pokaže se, da so bolj nenaklonjeni mlajši anketiranci in tisti z manj delovne dobe, kar je presenetljivo, saj bi prav ti morali imeti več znanj na tem področju; študijski programi zdravstvene nege v Sloveniji namreč šele v zadnjih desetih letih namenjajo pozornost raziskovanju in na DTP.

Rezultati na področju implementacije so veliko presenečenje, saj tako slabe implementacije nismo pričakovali, čeprav o njej poročajo tudi drugi avtorji (Melnyk, et al., 2008a; Varnell, et al., 2008; Wallen, et al., 2010; Levin, et al., 2011; Stokke, et al., 2014). Tudi rezultati slovenske raziskave Skela Savič in Kiger (2015) pokažejo, da medicinske sestre raziskovanju namenijo le 2 % delovnega časa. Implementacija na DTP se pri anketirancih, vključenih v raziskavo, pokaže kot delovna aktivnost, ki ni redno prisotna v kliničnem delu, saj če je bila v raziskavi postavljena maksimalna meja na več kot 8-krat v osmih tednih, se ta v povprečju uresničuje le v 40 %. Najbolje se uresničuje zbiranje podatkov o pacientih, vendar je tudi tukaj delež majhen (59 %), saj bi to morala biti vsakodnevna aktivnost pri obravnavi vsakega pacienta. Deleži so nekoliko večji tam, kjer gre za skupinska prizadevanja, in manjši tam, kjer je opisana aktivnost posameznika.

Prav tako raziskava podobno kot raziskava Melnyka, et al. (2008b) pokaže pozitivno povezanost med faktorjema »Pozitivna stališča do na DTP« in »Implementacija na DTP«, kar je ugoden vir za razvoj medicinskih sester v anketiranih bolnišnicah na tem področju. Rezultati so velika spodbuda za management zdravstvene nege, saj pokažejo, da je razvojna paradigma spremeljanja in izboljševanja lastnega dela praktično nerazvita, ob dejstvu, da so prepričanja o potrebnosti na DTP izražena dovolj visoko. To je za management izziv, da vzpostavi kontinuiran profesionalni razvoj zaposlenih s področja na DTP. Dosedanje raziskave namreč kažejo na slabo aktivnost managementa na področju razvoja zaposlenih v slovenskih bolnišnicah in s tem na usposobljenost managementa na tem področju (Skela Savič & Pagon, 2008; Lorber & Skela Savič, 2012; Skela Savič & Robida, 2013; Skela Savič & Kiger, 2015) ter posledično stanje na področju raziskovanja in DTP (Skela Savič, 2014).

Čeprav smo dosegli velik vzorec, je slaba odzivnost anketirancev ena od omejitev, saj nam ne omogoča vpogleda v posamezne bolnišnice. Zajeli smo celotno populacijo visokošolsko izobraženih medicinskih sester in zdravstvenikov v 19 bolnišnicah (census), možnost za sodelovanje so imeli vsi zaposleni. Tako nam dobljeni odgovori omogočajo vpogled v stanje na raziskanem področju za vse vključene bolnišnice. Vzorec tudi ni uravnotežen glede na stopnjo izobrazbe, kar pa odraža dejansko stanje v izobrazbeni strukturi zaposlenih v slovenskih bolnišnicah.

Zaključek

Managerji zdravstvene nege morajo razvijati vodilne medicinske sestre na področju raziskovanja in na DTP, katerih naloga je oblikovanje kulture raziskovanja in na dokazih temelječega dela v kliničnih okoljih. Le to vključuje vodenje področja, usmerjanje, podporo, usposabljanje zaposlenih in zagotavljanje priložnosti za raziskovanje in na DTP. Management mora prispevati jasno razvojno vizijo raziskovanja in na DTP v zdravstveni negi, ki je umeščena v celotno delovanje bolnišnice.

Izjava

Raziskava je bila financirana s strani MIZŠ RS, številka projekta OP RCV-VS-12-29. Prispevek predstavlja del rezultatov raziskave Fakultete za zdravstvo Jesenice "Razumevanje profesionalizma v zdravstveni negi". Člani raziskovalne skupine so bili: izr. prof. dr. Brigita Skela Savič, dr. Katja Pesjak in doc. dr. Bojana Lobe. V prispevku so predstavljeni delni rezultati, razširjena raziskava je v postopku objave v

reviji International Nursing Review, z naslovom »Evidence-Based Practice among Nurses in Slovenian Hospitals: A National Survey«, številka sprejetega članka INR-2015-0160.R2.

Literatura

- Dogherty, E.J., Harrison, M.B., Graham, I.D., Vandyk, A.D. & Keeping-Burke, L., 2013. Turning knowledge into action at the point-of-care: The collective experience of nurses facilitating the implementation of evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 10(3), pp. 129–139.
- Gerrish, K. & Clayton, J., 2004. Promoting evidence-based practice: An organizational approach. *Journal of Nursing Management*, 12(2), pp. 114–123.
- Kelly, K.P., Turner, A., Gabel Speroni, K., McLaughlin, M.K. & Guzzetta, C.E., 2013. National survey of hospital nursing research, part 2: facilitators and hindrances. *The Journal of nursing administration*, 43(1), pp. 18–23.
- Levin, R.F., Fineout-Overholt, E., Melnyk, B.M., Barnes, M. & Vetter, M.J., 2011. Fostering evidence-based practice to improve nurse and cost outcomes in a community health setting: a pilot test of the advancing research and clinical practice through close collaboration model. *Nursing administration quarterly*, 35(1), pp. 21–33.
- Loke, J.C.F., Laurenson, M.C. & Lee, K.W., 2014. Embracing a culture in conducting research requires more than nurses' enthusiasm. *Nurse education today*, 34(1), pp. 132–137.
- Lorber, M. & Skela-Savič, B., 2012. Job satisfaction of nurses and identifying factors of job satisfaction in Slovenian Hospitals. *Croatian medical journal*, 53(3), pp. 263–270.
- Melnyk, B.M., Fineout-Overholt, E. & Mays, M.Z., 2008a. The evidence-based practice beliefs and implementation scales: psychometric properties of two new instruments. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 5(4), pp. 208–216.
- Melnyk, B.M., Fineout-Overholt, E., Feinstein, N.F., Sadler, L.S. & Green-Hernandez, C., 2008b. Nurse practitioner educators' perceived knowledge, beliefs, and teaching strategies regarding evidence-based practice: implications for accelerating the integration of evidence-based practice into graduate programs. *Journal of professional nursing : official journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 24(1), pp. 7–13.
- Melnyk, B.M., Fineout-Overholt, E., Stillwell, S.B. & Williamson K.M., 2010. Evidence-based practice: step by step: the seven steps of evidence-based practice. *The American journal of nursing*, 110(1), pp. 51–53.
- Melnyk, B.M., Fineout-Overholt, E., Gallagher-Ford, L. & Kaplan, L., 2012a. The state of evidence-based practice in US nurses: Critical implications for nurse leaders and educators. *Journal of Nursing Administration*, 42(9), pp. 410–417.
- Melnyk, B.M., Grossman, C.D., Chou, R., Mabry-Hernandez, I., Nicholson, W., Dewitt, G.T., Cantu, A.G. & Flores, G., 2012b. USPSTF perspective on evidence-based preventive recommendations for children. *Pediatrics*, 130(2), pp. 399–407.

- Melnyk, B.M., Gallagher-Ford, L., English Long, L. & Fineout-Overholt, E., 2014. The establishment of evidence-based practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: Proficiencies to improve healthcare quality, reliability, patient outcomes, and costs. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(1), pp. 5–15.
- Newhouse, R.P., 2007. Diffusing confusion among evidence-based practice, quality improvement, and research. *The Journal of nursing administration*, 37(10), pp. 432–435.
- Nsemo, A.D., John, M.E., Etifit, R.E., Mgbekem, M.A. & Oyira, E.J., 2013. Clinical nurses' perception of continuing professional education as a tool for quality service delivery in public hospitals Calabar, Cross River State, Nigeria. *Nurse education in practice*, 13(4), pp. 328–334.
- Pravikoff, D.S., Pierce, S.T. & Tanner, A., 2005. Evidence-based practice readiness study supported by academy nursing informatics expert panel. *Nursing Outlook*, 53(1), pp. 49–50.
- Rycroft-Malone, J., Harvey, G., Seers, K., Kitson, A., McCormack, B. & Titchen, A., 2004. An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice. *Journal of Clinical Nursing*, 13(8), pp. 913–924.
- Skela-Savič, B., 2014. Are we aware of our responsibilities for the development of nursing? *Obzor-nik zdravstvene nege*, 48(1), pp. 5–11.
- Skela-Savič, B., & Kiger, A., 2015. Self-assessment of clinical nurse mentors as dimensions of professional development and the capability of developing ethical values at nursing students: A correlational research study. *Nurse Education Today*, 35(10), pp. 1044–1051.
- Skela-Savič, B. & Pagon, M., 2008. Individual involvement in health care organizations: differences between professional groups, leaders and employees. *Stress and Health*, 24(1), pp. 71–84.
- Skela Savič, B. & Robida, A., 2013. Capacity of middle management in healthcare organizations for working with people-the case of Slovenian hospitals. *Human resources for health*, 11(1), pp. 18.
- Stokke, K., Olsen, N.R., Espesaug, B. & Nortvedt, M.W., 2014. Evidence based practice beliefs and implementation among nurses: a cross-sectional Study. *BMC nursing*, 13(1), pp. 8.
- Varnell, G., Haas, B., Duke, G. & Hudson, K., 2008. Effect of an educational intervention on attitudes toward and implementation of evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 5(4), pp. 172–181.
- Woodward, V., Webb, C. & Prowse, M., 2007. The perceptions and experiences of nurses undertaking research in the clinical setting. *Journal of Research in Nursing*, 12(3), pp. 227–244.
- Yoder, L.H., Kirkley, D., McFall, D.C., Kirksey, K.M., Stalbaum, A.L. & Sellers D., 2014. Staff Nurses' Use of Research to Facilitate Evidence-Based Practice. *The American journal of nursing*, 114(9), pp. 26–37.

ETIKA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE: IZZIVI ZA PRIHODNOST

ETHICS OF NURSING AND MIDWIFERY CARE: CHALLENGES FOR THE FUTURE

mag. Darja Ovijač, viš. med. ses., univ. dipl. org., viš. pred.

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakultete

darja.ovijac@zf.uni-lj.si

IZVLEČEK

Zdravstvena in babiška nega sta tako v svetu kot v Sloveniji na pomembnem prelomu. Tradicionalne vloge medicinskih sester in babic ne ustrezajo več zahtevam sodobnega časa. Odpirajo se nova etična vprašanja ter izzivi. Medicinske sestre in babice morajo dejavno razvijati nove načine bivanja in delovanja. Prevrednotiti morajo lastne vloge v sodobnem zdravstvenem timu, se soočati z vprašanji prave mere uporabe tehnologij v zdravstvu, razvijati lastne multikulturalne kompetence, se soočati s praktičnimi etičnimi vprašanji, ob njih razvijati kulturo izražanja svojih mnenj in stališč ter kulturo spoštljivega dialoga, se odločati in delovati na podlagi strokovnih argumentov. Medicinske sestre in babice želijo še naprej skrbeti za paciente holistično, humano ter strokovno. To pa lahko v polnosti dosežejo le ob podpori zdravstvenih zavodov ter širše družbe.

Ključne besede: medicinske sestre, babice, interprofesionalno sodelovanje, zdravstveni tim, multikulturalnost

ABSTRACT

Nursing and midwifery care are at an important turning point both in Slovenia and around the world. The traditional roles of nurses and midwives no longer meet the requirements of modern times. New ethical issues and challenges are arising. Nurses and midwives must actively develop new ways of living and working. They must re-evaluate their roles in a modern healthcare team, deal with issues of the true extent of the use of technology in healthcare, develop their own multicultural competencies to cope with practical ethical issues while developing the culture to express their opinions and views and the culture of a respectful dialogue, and make decisions and act on the basis of scientific arguments. Nurses and midwives wish to continue caring for patients using a holistic approach and in a

humane and professional manner, which can only be fully achieved with the support of healthcare institutions and society at large.

Key words: nurses, midwives, inter-professional cooperation, healthcare team, multiculturalism

Uvod

Etika sodi med pomembne veje filozofije. Njeno bistveno vprašanje je: Kaj je pravo ravnanje? To vprašanje si moramo tudi v zdravstveni in babiški negi zastavljati spet in spet. Pa ne le učitelji in managerji, snovalci in upravljavci zdravstvenih sistemov, ampak tudi vsak posamezni, v vsakdanjo prakso vpet zdravstveni delavec. Ker je praksa že po svojem bistvu izjemno bogata in vsak dan pred zdravstvene delavce postavlja različne, tudi nepredvidene ter hude preizkušnje, ne moremo že vnaprej predvideti vseh odgovorov. Kodeksi etike kažejo glavne smeri želenega ravnanja posameznih zdravstvenih delavcev, osnovne smernice, nikoli pa ne morejo odgovoriti na vsa vprašanja, ki se porajajo v praksi. Zato je pomembno, da zdravstveni delavci niso le avtomati, ki natančno delajo po predpisanih smernicah, protokolih, ki jih je danes vsak dan več, ter natančno izpolnjujejo ukaze. Ne tako, ne tako. Potrebno je neprestano kritično razmišljanje, tudi moralna presoja situacij v praksi zdravstvene in babiške nege. In nato dialog – pogovor med vpletetimi zdravstvenimi delavci, prav tako s pacienti in vse bolj tudi z njihovimi svojci oz. z njihovimi pomembnimi bližnjimi.

Ko si danes znova in znova zastavljamo to prastaro vprašanje – Kaj je pravo ravnanje? – iščemo nanj vedno nove odgovore. Zgodovina nastaja pred našimi očmi, zidovi se podirajo in žal spet nastajajo novi, begunci, migracije, ekonomski pretresi – vse to močno vpliva tudi na razmere v zdravstvu. Iz zgodovine se moramo učiti, drugače smo obsojeni na njen ponavljanje. Iz napak, tudi zgodovinskih, se moramo učiti. Stojimo na konici noža – v sedanjem trenutku – in če si upamo, lahko gledamo nazaj v zgodovino in krepimo svoje lastne korenine, hkrati pa na drugi strani slutimo našo prihodnost, kako že prihaja proti nam, in si jo želimo in se je bojimo in se je veselimo hkrati. Kot civilizacija, kot narod, kot država in kot stroka lahko odgovorimo na izzive sedanjosti in prihodnosti ali pa jih zanikamo – lahko stagniramo, životarimo, zgrmimo v prepad ali pa poletimo.

Samo če čvrsto koreninimo v preteklih izkušnjah, bomo lahko suvereno in preimljeno sooblikovali našo prihodnost. Ker vendarle nismo le opazovalci, smo ustvarjalci sedanjega trenutka, pa če si to upamo priznati ali ne. Glede na to, kdo smo, kako razmišljamo ter kaj počnemo, oblikujemo našo sedanjost in tlakujemo

pot našim zanamcem. Šele čas bo presodil, ali so naše misli, naša stremljenja, naša ravnana pravilna.

Katere spremembe se izrisujejo v zdravstveni in babiški negi? Katera etična vprašanja se pojavljajo, kako odgovarjamo na njih zdaj in kako bodo odgovarjali naši zanamci? Kaj nam bodo očitali? Katera naša ravnana, naše drže nam bodo zamerili? Napovedovanje prihodnosti je vedno negotovo, pa vendarle bomo v tem sestavku izhajali iz trendov, pojavov, ki jih že lahko vse bolj jasno vidimo pred seboj.

Sodobni zdravstveni sistemi

Sodobne zdravstvene ustanove so prežete z napredno tehnologijo in ta trend se bo zagotovo še nadaljeval. Pomembno vprašanje etike je, ali »e-pacient« namenjamo večjo pozornost kot resničnemu človeku (če npr. gledamo prvenstveno monitor in njegove parametre, tabele z različnimi izvidi, podatki) in spregledamo človeka, ki je ranljiv in čaka naš pogled, pozdrav, pozornost, morebiti tudi dotik, skrb.

Velik izziv za zdravstveno in babiško nego je, kako bogate možnosti različnih tehnologij vključiti v skrb za človeka na način, da ga ne popredmetimo, da bo ohranjena razsežnost empatije, skrbi ter pristen medosebni odnos. Tu so poleg zaposlenih v neposredni praksi še zlasti odgovorni tisti, ki načrtujejo organizacijske sisteme in delovne procese v zdravstvu.

Če nove tehnologije nekritično zavračamo, nosimo etično odgovornost, saj poleg že omenjenih tveganj prinašajo za uporabnike tudi številne prednosti. Pri mnogih zdravstvenih delavcih pa je zaznati strah in odpór. Rudel in Ovijač (2011) navajata, da bo najbrž najtežja ovira pri uvajanju sistemov tako imenovanega »Zdravja na daljavo« prav spreminjaњe miselnosti pomembnih odločevalcev, samih zdravstvenih delavcev in tudi pacientov. Mogoče je za marsikateri zdravstveni tim še vedno najlažje, če vsi pacienti čakajo v čakalnici, vprašanje pa je, ali to zares ustreza tudi vsem pacientom ter njihovim bližnjim.

Sodelovanje

Ob analizah različnih nezaželenih dogodkov tako v svetu kot tudi pri nas spoznavamo, kako zelo pomembne postajajo kompetence na področju interprofesionalnega sodelovanja. To zavedanje se v svetu krepi že nekaj desetletij, vendar so konkretni koraki, kako v praksi preiti iz multiprofesionalnega (posamezni strokovnjaki drug ob drugem) v polje interprofesionalnega (strokovnjaki drug z

drugim – skupaj) sodelovanja še vedno dokaj nedorečeni in nejasni (Zwarenstein, et al., 2013). Preteklost, tradicija, zlasti tradicionalna hierarhija, dominantnost medicine in hkrati podrejenost ostalih strok (zdravstvena nega, babištvo, socialni delavci, fizioterapevti, delovni terapevti in drugi strokovnjaki) (Rice, et al., 2010; Bleakley, 2013) so še vedno močno prisotne v nas in nas še vedno vklepajo v nevidne okove. Marsikomu je mogoče lažje le izpolnjevati navodila zdravnika (in manj misliti s svojo glavo), a to negativno vpliva na izide zdravljenja, zato je prehod iz podrejenosti in poslušnosti v kulturo spoštljivega dialoga vseh vpletenih pomembno vprašanje etike in pomembna naloga za zdajšnje in tudi prihodnje generacije.

Antropologi vedo, da naš položaj v človeških skupinah pomembno opredeljuje ta dva parametra – spol in starost. Vidimo zanimiv trend spremembe tradicionalne spolne strukture poklicev v zdravstvu. V zdravstveni in tudi babiški negi se krepi prisotnost moškega spola, v medicini pa vse bolj prevladujejo ženske. Pričakovati je, da bo tudi to vplivalo na potek interprofesionalnega dialoga ter na razmerja moči posameznih strok. Hkrati se spreminja tudi starostna struktura zaposlenih, saj se delovna doba vztrajno podaljšuje. Posledično se na delovnih mestih vse pogosteje srečujejo zaposleni, ki pripadajo vedno bolj različnim generacijam, kar poraja nove izzive učinkovitega sodelovanja, razumevanja in spoštovanja med njimi. Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014) s tem v zvezi v svojem VIII. načelu posebej izpostavlja, da zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi:

- upoštevajo strokovne in življenske izkušnje ter usposobljenost vseh, zlasti starejših sodelavcev;
- cenijo sveže teoretično znanje ter predloge vseh, tudi mlajših sodelavcev, ter v spoštljivem dialogu iščejo najboljše poti profesionalnega delovanja.

Kodeks etike za babice (2014) Slovenije pa v svojem VI. načelu navaja:

- babica z asertivnim vedenjem prispeva k dobrim medsebojnim odnosom znotraj zdravstvenega tima.

Multikulturalnost

»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 množičnih 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 multi-

kulturalizma omogoča, da prilagodimo zdravstveno nego kulturnim potrebam, zahteva pa kulturno kompetentnost zdravstvene nege. /.../ Kulturna kompetenčnost 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,« navaja Halbwachs (2014).

Ob tem se pojavljajo tudi zanimiva praktična vprašanja, npr. v kolikšni meri zaposlenim priznati njihovo lastno specifično individualnost v smislu, ali na delovnem mestu lahko nosijo naglavne rute ali dele verskih oblačil (redovnice), verske simbole, ali so lahko tetovirani, nosijo »*piercinge*« in podobno.

Pacienti

Položaj pacientov v zdravstvu se v zadnjih desetletjih drastično spreminja, kar se izraža tudi v težavah z njihovim poimenovanjem. Beseda PACIENT izhaja iz latinskega jezika (lat. »patiens, patientis« – trpeč (Tavzes, 2002)), kar naj res ne bi bila več najbolj primerna oznaka za sodobni čas, ko vseskozi stremimo k temu, da bi bolečine in tudi trpljenje pacientov čim bolj zmanjšali.

Počasi šele pronica v našo zavest zavedanje, da so pacienti in njihovi pomembni bližnji prav tako člani zdravstvenega tima, kar pomeni, da jih je treba dejavno vključiti v procese odločanja. Prehod iz paternalističnih medsebojnih odnosov med pacienti in zdravstvenimi delavci še ni zaključen. Avtonomija pacientov se vedno bolj udejanja, še naprej pa bodo potekale živahne razprave v zvezi z njenimi mejami.

Zdravstveni delavci

Kdo je »dobra medicinska sestra«? Begley (2010) opozarja na pomembno spremembo identitete, podobe, ravnanj ter vodilnih vrednot medicinskih sester. Tradicionalne vrednote, kot so poslušnost, servilnost, samožrtvovanje, predanost delu, lojalnost, tudi poklicanost, ki pretežno sovpadajo s tradicionalnimi ženskimi vrlinami, večinoma niso več ustrezne. V preteklosti sta bila v vedenju medicinskih sester bolj pomembna pravo obnašanje in etiketa, medtem ko razmišljanje s svojo glavo ter čutenje s pacienti ni bilo preveč zaželeno niti deležno spodbude. Danes pa tudi prek veljavnih kodeksov etike v svetu vidimo premik od te miselnosti. Zdaj je pri dobri medicinski sestri zaželena aktivna drža, ki jo Begley (2010) v originalu izrazi s štirimi načeli, in sicer: zagovorništvo (pacientov in tudi sodelavcev), pristojnosti (ne le sledenje navodilom in hkrati ignoriranje morebitnih nepravilnosti, ampak pogum ter integriteta), asertivnost (sposobnosti interpersonalnega delovanja) in avtonomija (sposobnost sprejemati primerne odločitve).

Kdo se boji opolnomočenih medicinskih sester in babic? Zakaj imajo na svoji poti proti temu cilju toliko različnih prikritih in odkritih ovir? Danes znanost odkriva nezavedni transgeneracijski prenos vzorcev delovanja in čustvovanja; koliko naših prednic, zlasti babic, ki so si upale misliti s svojo glavo, ne biti tiho in delovati po svoje, je pravzaprav ne še tako davno nazaj gorelo na grmadah? Slovenska družba je prezeta s kulturo strahu in nezaupanja. Tudi priznani slovenski psihijater ter psihoanalitik Možina (2012) opozarja, da imajo korenine tega nezaupanja dolgo, večstoletno zgodovino. Navaja: »Zaradi nezaupanja se ne slišimo in ne moremo resnično tehtati argumentov v dialogu. Zaradi nezaupanja se izčrpavamo v monologih, vprašanja, okoli katerih bi se morali pogovoriti, pa ostajajo nerešena.«

Še zlasti v kriznih časih, polnih preživetvenih groženj in negotovosti, ti vzorci iz globin prihajajo na površje z novo močjo. Zato je izjemno težko presekat spone tradicije ter prevzeti nove vloge in nov način razmišljanja, ubesedovanja, odločanja in ravnjanja. Babice in medicinske sestre so pred zelo zahtevno nalogo: opolnomočiti se ter zavzeti nove vloge v zdravstvenem timu, pa tudi v širši družbi. Smo sredi tega procesa.

Znanje

Prvi in najpomembnejši pogoj za prevzemanje aktivne vloge v zdravstvenem timu je znanje. Presenetljivo, kako dolgo (tudi v primerjavi z mnogimi državami v tujini) so morale medicinske sestre in babice čakati na podiplomsko izobraževanje v lastni stroki. Globalizacija ter internet na tem področju danes odpirata doslej neslutene možnosti.

Prav bi bilo, da bi medicinske sestre in babice imele enake možnosti ter enake pogoje za študij kot zdravniki in da bi imele tudi na svojem delovnem mestu enake možnosti nadaljnjega izobraževanja in strokovnega izpopolnjevanja doma in v tujini.

Vse več je pozivov k skupnemu izobraževanju zdravstvenih delavcev (Freeth, 2001; Pollard, 2006, Zwarenstein, et al., 2007) in ta trend pronica tudi na področje etike v zdravstvu (Hanson, 2005; Lennon-Dearling, et. al., 2009). Na ta način bi že študenti različnih strok spoznali pomen skupne identifikacije ter skupnega razreševanja različnih etičnih dilem, dialoga, spoznavanja in spoštovanja različnih pogledov na dano situacijo ter odločanja na podlagi argumentov in ne na podlagi statusne moči.

Še vedno tudi v strokah samih mnogi niso sprejeli pomena raziskovanja v zdravstveni in babiški negi. Na dejstvih temelječa zdravstvena oskrba je izjemno pomemben koncept, ki ruši ustaljene načine delovanja, od zdravstvenih delavcev pa

zahtega intenzivno ter nenehno vseživljenjsko nadgrajevanje znanja. Prednjačita medicina in farmacija, ostale zdravstvene stroke pa šele razvijajo lastne metode raziskovanja in ob tem vse bolj odkrivajo pomen kvalitativnih in kombiniranih metod znanstvenega dela. Le preko znanosti lahko gradimo jedro svojih strok. Le preko znanosti lahko dokažemo pomen našega dela, ne nazadnje tudi utemeljenost ustreznih kadrovskih normativov. Tschudin (2010) pravi, da je na področju etike v zdravstveni negi potrebnih več transnacionalnih, internacionalnih in transkulturnih raziskav, pa tudi raziskovalni timi naj bodo resnično internacionalni.

Samozavedanje

»Spoznaj samega sebe,« so pozivali že stari Grki. Le intenzivno delo na sebi, samospoznavanje, samouresničevanje in sistematična skrb zase nas lahko vodijo do tega, da bomo sposobni biti v polnosti ob pacientih ter identificirati njihove resnične probleme, da jih ne bomo zanikali, bežali pred njimi ali jih zviška obsojali, ampak odgovorili nanje. Če je v preteklosti veljalo, da smo zdravstveni delavci »profesionalci« in nas vse hudo, kar vidimo, ne sme prizadeti, da se moramo znati distancirati od pacientovih travm in stisk, je danes mnogo bolj izražena potreba po sočutni, empatični zdravstveni in babiški negi (Bergley, 2010), kar lahko razberemo tudi iz domačih in tujih sodobnih profesionalnih kodeksov. Na tem področju ima družba glede zaposlenih zelo visoke zahteve. Kako zelo pomembne so ne le kompetence, ampak tudi osebnostne lastnosti zaposlenih, smo lahko spoznali ob nedavni letalski nesreči v francoskih Alpah.

Izražanje

Kakšen je naš jezik, s katerim pristopamo do pacientov in tudi naših sodelavcev? Ali je blag, umirjen, spravljiv, nenapadalen, ali pomirja in vlica upanje? Vse šteje – besede, ton glasu, pa seveda pogled, kretnje ter ostala neverbalna komunikacija. Življenje je krog. In ko v zdravstveni in babiški negi upravičeno z zadovoljstvom in ponosom gledamo na novo razvite standarde, akreditacije in podobno, se je vendarle treba spet in spet zazreti na začetek in dati pozornost tem temeljnim postavkam našega delovanja.

Po jeziku lahko spoznavamo celo etično zavest govorca. Prav tako moramo znati ubesediti svoje etične pomisleke, kar nas vodi v kulturo dialoga z vsemi vpletenimi, pa tudi v smer morebitnega izražanja ugovora vesti.

»Ugovor vesti se na področju zdravstvenega varstva pojavi takrat, ko izvajalec zdravstvenih storitev zavrne izvajanje določenih storitev na podlagi verskih,

moralnih ali filozofskih ugovorov. /.../ 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. /.../ 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 kakovostne zdravstvene storitve,« navaja Požun (2014).

Diskusija

Begley (2010) opozarja na besede Florence Nightingale, ki je dejala, da mora biti dobra medicinska sestra najprej dobra oseba. »Dobra oseba« pa danes vsekakor ni le »izvrševalka različnih navodil in protokolov«. Za »dobro medicinsko sestro« je danes potrebna sinteza znanosti in senzitivnosti ter ravnotežje med intelektualnimi, praktičnimi, čustvenimi in moralnimi odličnostmi, kar lahko trdimo tudi za »dobro babico«. Treba je na novo definirati identiteto ter vloge medicinskih sester in babic v zdravstvenih sistemih ter v širši družbi.

Še naprej se bodo odpirala vprašanja, ki tradicijo postavljam pod vprašaj, kot je na primer vprašanje uniform na delovnem mestu. Po eni strani nas pacienti prek uniform lažje prepoznajo, po drugi pa so uniforme simbol sistemov, kot so vojska, policija, zapori. V vrtcih in osnovnih šolah po eni strani uniforme lahko pomenijo predstavitev poklica, hkrati pa lahko predstavljajo oviro.

Pričakovati je več vprašanj s področja ugovora vesti. »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. /.../ Zaščita pravice ugovora vesti izvajalcev zdravstvene dejavnosti, uravnotežena z zaščito pravice pacientov do dostopa do informacij ter do storitev, lahko varuje obe pravici. Ali bo to v prihodnje tudi politično in družbeno sprejemljivo, bomo še videli,« navaja Požun (2014).

Zdravstvena in babiška nega sta tako pri nas kot v svetu na pomembnem prelomu. Po eni strani sta vpeti v okolje, ki noče prepoznati njunega pomena ter želi zniževati kadrovske in izobrazbene standarde zaposlenih. Tudi Scott s sodelavci (2013) opozarja, da zdravstvena nega ni le strošek, ampak je in bo pomembna zlasti za varno ter humano obravnavo pacientov. To pa je mogoče le ob zadostni kadrovski zasedbi (tako od števila kot od ravni izobrazbe zaposlenih) ter hkrati ob ustrezni kulturi organizacij, ki to vlogo prepoznavajo ter podpirajo.

Tschudin (2006) opozarja, da je pomembna naloga institucij omogočiti medicinskim sestram okolje, v katerem bo mogoče delovati v skladu z lastnimi etičnimi stremljenji po uresničevanju etične zdravstvene nege, govorí pa tudi o zaposlenih, ki svoja delovna okolja v primerih, ko to ni mogoče, celo zapuščajo.

Woods (2011) na neki način to dopolnjuje, ko pravi, da če hočejo medicinske sestre obdržati svoje visoko postavljene standarde etičnega delovanja, bodo morale v bodoče ne le iskati nove poti njihovega udejanjanja, ampak hkrati lastne profesionalne vrednote v novem svetu postmoderne negotovosti tudi aktivno promovirati. Tudi Tschudin (2010) poziva, naj medicinske sestre v forumih in organih, ki se ukvarjajo z internacionalnimi zdravstvenimi temami, zavzamejo aktivno vlogo.

Zaključek

Zdravstvena in babiška nega sta dve izmed pomembnih torišč humanosti v družbi in v svetu, ki v tem času dostikrat izgublja kompas. Zato ne gre le za vprašanja prihodnosti zdravstvene in babiške nege, ampak hkrati za vprašanja smeri razvoja družbe ter položaja človeka in skupnosti v širšem smislu.

Ko razmišljamo o medicinskih sestrach in babicah prihodnosti, vsekakor ugotavljamo, da smo prednje postavili izjemno visoke zahteve. Da jih bodo lahko dosegle, je nujna večja podpora, ki naj jo prejemajo iz svojega okolja. Želimo si, da bi delovne organizacije lahko omogočile delovne razmere, v katerih bi medicinske sestre in babice dejansko lahko skrbele za ljudi na način, kot si želijo: to je holistično in senzibilno, pa tudi na visoki strokovni ravni. To bo mogoče le ob podpori tem stremljenjem s strani politike in širše družbe.

Literatura

- Begley, A.M., 2010. On being a goodnurse: reflections on the past and preparing for the future. *International Journal of Nursing Practice*, 16, pp. 525–32.
- Bleakley, A., 2013. The dislocation of medical dominance: making space for interprofessional care. *Journal of Interprofessional Care*, 27(S2), pp. 24–30.
- Freeth, D., 2001. Sustaining interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 15(1), pp. 37–46.
- Halbwachs H., 2014. Multikulturalizem v zdravstveni negi. In: Kvas et al. ur. *Prenos informacij v zdravstveni in babiški negi. Zbornik prispevkov 15. simpozija z mednarodno udeležbo*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, pp. 45–54.
- Hanson, S., 2005. Teaching Health Care Ethics: Why we should teach nursing and medical students together. *Nursing Ethics*, 12 (2), pp. 167–76.

- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, 2014. Uradni list Republike Slovenije št. 71.
- Kodeks etike za babice Slovenije*, 2014, Uradni list Republike Slovenije št. 71.
- Lennon-Dearling, R., Lowry, L.W., Ross, C.W., Dyer, A.R., 2009. An interprofessional course in bioethics: Training for real-world dilemmas. *Journal of Interprofessional Care*, 23(6), pp. 574–85.
- Možina, M., 2012. Uvodnik o družbenih dimenzijah psihoterapije. *Kairos*, 6 (1-2), pp. 9.
- Pollard, K., 2006. Raziskovanje medpoklicnih odnosov v zdravstvu. In: Kvas A., Pahor M., Klemenc D. & Šmitek J., ur. *Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljševanje kakovosti*. Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, pp. 63.
- Požun, P., 2014. Informacije o ugovoru vesti. In: Kvas et al. ur. *Prenos informacij v zdravstveni in babiški negi. Zbornik prispevkov 15. simpozija z mednarodno udeležbo*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, pp. 33–44.
- Rice, K., Zwarenstein, M., Gotlib Conn, L., Kenaszchuk, C., Russell, A., Reeves, S., 2010. An intervention to improve interprofessional collaboration and communications: A comparative qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*, 24(4), pp. 350–61.
- Rudel, D. & Ovijač, D., 2011. Virtualni obiski na domu z videokonferenčno povezavo preko tabličnega računalnika – nova priložnost tudi za zaposlene v zdravstveni negi. *Informatica Medica Slovenica*, 16(2), pp. 30–4.
- Scott, P.A., Matthews, A., Kirwan, M., 2013. What is nursing in the 21st century and what doesthe 21st century health system require of nursing? *Nursing Philosophy*, 15, pp. 23–34.
- Tavzes, M., ur., 2002. *Veliki slovar tujk*. Ljubljana, Cankarjeva založba, str. 833.
- Tschudin, V., 2006. How Nursing ethics as a subject changes: An analysis of the first years of publication of the Journal of Nursing ethics. *Nursing ethics*, 13(1), pp. 65–85.
- Tschudin, V., 2010. Nursing ethics: The last decade. *Nursing ethics*, 17(1), pp. 127–31.
- Woods, M., 2011. An Ethics of care in Nursing: past, Presentand Future Considerations. *Ethics and social welfare*, 5(3), pp. 266–276.
- Zwarenstein, M., Rice, K., Gotlib-Conn, L., Kenaszchuk, C., Reeves, S., 2013. Disengaged: a qualitative study of communication and collaboration between physicians and other professions on general internal medicine wards. *BMC Health Services Research*, 13, pp. 494.

MEDICINA VČERAJ, DANES IN POJUTRIŠNJEM

MEDICINE YESTERDAY, TODAY AND THE DAY AFTER

dr. Nikola Bešić, dr. med., specialist kirurg, redni profesor

Onkološki inštitut, Zaloška 2, 1000 Ljubljana

nbesic@onko-i.si

IZVLEČEK

Humana medicina je veda o zdravljenju bolnikov in varovanju zdravja. V tem prispevku je oris razvoja medicine skozi zgodovino človeštva: v prazgodovini, starem veku, antiki, srednjem veku, renesansi in modernem obdobju. Navedeni so mejniki medicine v 19., 20. in 21. stoletju in ocena bodočega razvoja medicine. Že v 19. in 20. stoletju so nova odkritja in napredek v fiziologiji, biologiji, mikrobiologiji, kemiji, laboratorijskih tehnikah, opremi in tehnologiji omogočile nesluten razvoj medicine in kirurgije. Izboljšave pri oskrbi s čisto pitno vodo, sanitarije, higiena, boljša prehrana in cepljenje sta odpravila številne bolezni, ki so prej zahlevale veliko smrti. Diagnostika in zdravljenje je že v 20. stoletju postala multidisciplinarna in interdisciplinarna. V bodoče bo pri zdravljenju sodelovalo vedno več strokovnjakov drugih ved. Daljšanje življenske dobe pa prinaša v medicino in zdravstveno nego nove diagnostične, terapevtske, moralne in etične dileme.

Ključne besede: zgodovina medicine, mejniki, bodočnost

ABSTRACT

Human medicine is the science of treating patients and health protection. This paper outlines the development of medicine throughout the history of mankind: Prehistory, Ancient history, Antiquity, the Middle Ages, the Renaissance and the Modern period. It also presents the milestones of medicine in the 19th, 20th and 21st century. The future development of medicine is outlined. New discoveries and advances in physiology, biology, microbiology, chemistry, laboratory techniques, equipment and technology enabled unimagined advances in medicine and surgery as far as the 19th and 20th century. Improvements in the supply of clean drinking water, toilets, hygiene, improved nutrition and vaccination have eliminated many lethal diseases. Diagnostic procedures and treatments have become both multidisciplinary and interdisciplinary already in the 20th century. In the future a growing number of various professionals will be involved in health

management. The rising life expectancy brings new diagnostic, therapeutic, moral and ethical dilemmas to the fields of medicine and nursing care.

Key words: history of medicine, milestones, future

Uvod

Humana medicina je veda o zdravljenju bolnikov in varovanju zdravja (SSKJ, 2015). Razumljivo je, da se je z razvojem civilizacije razvijala tudi medicina. V tem prispevku je orisan razvoj medicine skozi zgodovino človeštva in opisano stanje medicine v začetku 21. stoletja, podana pa je tudi ocena bodočega razvoja in omejitve medicine. Razumevanje zgodovine nam pomaga načrtovati naše aktivnosti in dejanja. Cilj pričajočega zapisa je razumeti kompleksnost sveta in družbe ter spoznati, kako zelo lahko razvoj na enem področju spremeni sedanjost in vpliva na prihodnost.

Zgodovina medicine

Prazgodovina

Bolezni spremljajo človeški rod. Ostanki iz mlajše kamene dobe kažejo, da so ljudje trpeli zaradi osteoartritisa, ki je bil najverjetneje posledica dvigovanja in prenašanja bremen. Zaradi pomanjkanja vitamina D so trpeli za rahitisom in osteomalacijo. Življenska doba je bila od 25 do 40 let. Zaradi številnih porodov so imele ženske krajšo življensko dobo od moških, verjetno tudi zaradi podhranjenosti (Prehistoric medicine, 2015). Bolezni so zdravili z rastlinami (zelišča in gobe). Pri zlomih kosti so uporabljali glino, obstajajo pa tudi materialni dokazi, da so izvajali trepanacijo kosti. Zdravljenje so izvajali врачи in шамани, ki so odganjali zle duhove, v rodovni skupnosti pa so skrbeli tudi za sporazumevanje z bogovi (Abpischools, 2004; Prehistoric medicine, 2015).

Stari vek

Z razvojem države v starem Egiptu se je razvijala tudi medicina. Čeprav je prevladovalo izrazito magično razumevanje sveta, se je relativno dobro razvilo področje anatomije, javnega zdravstva in klinične diagnostike (Zuskin, et al., 2008; History of medicine, 2015). Pisni viri pričajo, da so se že tedaj ukvarjali z bolezni mi žensk, med drugim s težavami pri zanositvi (Sullivan, 1995; History of medicine, 2015). Najstarejše ohranjeno medicinsko besedilo je v Egiptu nastalo 1800 let pr. n. št. (Sullivan, 1995; History of medicine; 2015).

Najstarejši ohranjen diagnostični učbenik medicine je nastal v času vladavine Adad-apla-idina (1069–1046 let pr. n. št.). V njem najdemo poglavja o diagnostiki, prognozi, kliničnem pregledu, zdravilih, zdravljenju in etiologiji. Temelji na logičnih predpostavkah in aksiomih. Bolnike so zdravili s povoji, rastlinami in krerami (Zuskin, et al., 2008; History of medicine, 2015).

V Indiji iz zgodnje železne dobe izvira Atharvaveda, sveto besedilo hinduizma, ki sodi med prve indijske knjige, povezane z medicino. V njej so tudi recepti za zdravljenje različnih tegob z zelišči (Zuskin, et al., 2008; Murthu, 1913).

Na razvoj tradicionalne kitajske medicine so vplivali filozofi in taoistični zdravniki. Kitajska medicina temelji na uporabi zelišč, akupunkture, masaže in drugih postopkov in je v uporabi že več tisoč let (History of medicine, 2015).

Antika

V Homerjevi Iliadi (okoli 800 let pr. n. št.) je opis zdravljenja rane s puščico. Svetišče v Epidaurusu na Peleponezu je bilo posvečeno bogu zdravilstva Asklepiju. Po njegovem rimskem »dvojniku« Eskulapu se imenuje simbol medicine Eskulapova palica. Eskulapova spremljevalka in pomočnica je bila kača. V svetišča so prihajali Grki po medicinske nasvete, na zdravljenje in po mnenje o prihodnosti. V svetišču so med drugim znali drenirati absces iz trebušne vrtlince in odstraniti tujek iz rane, pri čemer so si pomagali z opijem kot uspavalom. Prvo medicinsko šolo v Grčiji so ustanovili leta 700 pr. n. št. V tej šoli so učili, da moraš bolnika opazovati. Verjeli pa so, da bolezen pozdravimo tako, da ponovno vzpostavimo ravnotesje med sestavinami v telesu (History of medicine, 2015).

Hipokrat

Hipokrat (460–370 pr. n. št.) je bil zdravnik na otoku Kosu in je oče znanstvene medicine. Hipokratova prisega je prisega zdravnikov, ki jo izrečejo ob koncu izobraževanja. S tem se zdravnik zaveže k moralnim in etičnim načelom zdravniškega poklica. Splošno prepričanje je, da jo je napisal Hipokrat. Pripisujejo mu tudi še vedno veljavno načelo Primum non nocere (Najprej, ne škodi!) (Kleisiaris, et al., 2014; History of medicine, 2015).

Hipokratova medicina je temeljila na predpostavkah, da je zdravje odvisno od skladnosti človekovega telesa, od pravilne porazdelitve in uravnoteženosti prvin, ki ga sestavljajo. Te prvine so zemlja, zrak, voda in ogenj. Hipokrat je mislil, da je človeški organizem sestavljen iz štirih telesnih sokov: krvi, sluzi, žolča in črnega

žolča. Če so sokovi v pravem razmerju, je posameznik zdrav, v nasprotnem primeru pa ne (Kleisiaris, et al., 2014; History of medicine, 2015).

Čeprav ni sistematično eksperimentiral v fiziologiji, patologiji in anatomskej, je Hipokrat pomembno prispeval k razvoju medicine, pa tudi k razvoju kirurgije. Tako je natančno opisal simptome in klinične znaake, kirurško zdravljenje in prognозo pljučnega empiema, kar je še vedno uporabno. Opisal je tudi znaake nekaterih bolezni, denimo epilepsije in malarije. Uporabljal je določene izraze, ki so v uporabi še danes: akutno, kronično, endemično, epidemično, poslabšanje, ponovitev bolezni, kriza, napad, vrhunec in okrevanje (Kleisiaris, et al., 2014; History of medicine, 2015).

Galen

Grški kirurg Galen je bil eden najboljših kirurgov svojega časa. Med drugim je operiral možgane in oči. Galenova dela o anatomiji so stoletja veljala za nezmotljiva in so bila še v dobi renesanse temeljna literatura za študij medicine na univerzah. Galen je povzel Hipokratov pogled na bolezen in zdravje o tem, da telo sestavlja štiri vrste sokov: kri, sluz, žolč in črni žolč. Mislil je, da preveč sluzi povzroči težave s pljuči, zato telo skuša odstraniti višek sluzi s kašljem. Zdravje so skušali povrniti tako s fizikalno kot tudi z duhovno terapijo, za kar so uporabljali zelišča, puščanje krvi s pijavkami, primerno prehrano, čisto posteljnino in občutek, da je pomoč vedno pri roki. Drugi postopki, ki so jih uporabljali za pomoč bolnikom, pa so vključevali mašo, molitev, relikvije svetnikov in glasbo, da bi umirili nemirni um ali pospešen utrip srca (History of medicine, 2015).

Antični Rim

Skoraj med vsako vojno pride do napredka v kirurški oskrbi poškodovancev. Antični Rimljani so izumili številne instrumente, nekateri so bili izdelani posebej za ženske. Kirurgi so uporabljali klešče, skalpel, koagulacijo, škarje, kirurške igle in spekule. V rimskem imperiju so med drugim na primer znali operirati katarakto (History of medicine, 2015).

Srednji vek v Evropi (od leta 400 do 1400)

V Evropi v obdobju srednjega veka pride do zatona medicine (Apbischools, 2004). Nauki Hipokrata in Galena so šli v pozabovo in šele prihod muslimanov po padcu Konstantinopla je v Evropo prinesel napredek v medicini. V 12. stoletju so

ustanovili medicinsko šolo v Salernu, v kateri je študij trajal pet let. V 13. stoletju so nastale medicinske šole v Padovi, Bologni in Montpellieru (History of medicine, 2015).

Renesansa in zgodnje moderno obdobje (16.–18. stoletje)

V obdobju renesanse so v Evropi prevedli dela arabskih in grških zdravnikov v latinščino. Pričeli so raziskovati in v tem obdobju je zelo napredovalo znanje o anatomijski. Vesalius je oče moderne nevrologije, saj je opisal delovanje možganov in popravil več kot 200 Galenovih zmot. Michael Servetus je opisal pljučni krvni obtok, William Harvey pa celotni krvni obtok. Čeprav je medicinska znanost počasi napredovala, žal to ni imelo vpliva na zdravstveno oskrbo prebivalstva. Poznali so le nekaj zdravil (npr. opij in kinin) (Abpischools, 2004; History of medicine, 2015).

Paracelsus (1493–1541) je zavrnil Galenova opažanja in je zagovarjal eksperimentalno raziskovanje. Zavračal je magično razlago čudežev, ki jo je zagovarjala Cerkev. Zdravila je iskal v naravi in je za zdravljenje uporabljal kemikalije in minerale. Verjel je, da morajo imeti ljudje v telesu določeno razmerje med minerali in da s kemičnimi sredstvi lahko odpravimo bolezen in ozdravimo bolnika (History of medicine, 2015).

Nordqvist (2012) v Medical News Today navaja, da so bili mejniki v medicini v 19. stoletju sledeči:

- 1800 – Humphry Davy je ugotovil, da ima dušikov oksid (smejalni plin) anestezijske lastnosti.
- 1816 – Rene Laennec je izumil stetoskop in ga uporabil pri diagnostiki pljučnih infekcij.
- 1818 – James Blundell je izvedel uspešno transfuzijo krvi pri bolniku, ki je krvavel.
- 1842 – Crawford Long je uporabil anestezijo z etrom za kirurški poseg.
- 1847 – Ignaz Semmelweis je ugotovil, da poporodno mrzlico otročnic preprečimo z dezinfekcijo rok osebja, ki skrbi za porodnice. V 19. stoletju je umrlo 10–35 % mater, ki so zbolele zaradi poporodne mrzlice.
- 1867 – Joseph Lister je pionir antiseptične kirurgije. Fenol je uporabil za dezinfekcijo rane in kirurških inštrumentov, kar je zmanjšalo pogostost pooperativnih infekcij.

- 1870 – Louis Pasteur in Robert Koch sta utemeljila osnovne principe mikrobiologije.
- 1879 – Louis Pasteur je izdelal prvo cepivo za infekcijsko bolezen (ptičjo kolero).
- 1881 – Louis Pasteur je dokazal učinkovitost cepljenja s cepivom za bacil antraksa na 50 ovcah.
- 1882 – Louis Pasteur je z vakcinacijo preprečil nastanek stekline pri 9-letnem dečku po ugrizu stekle živali.
- 1890 – Emil Adolf von Behring je izumil antitoksine in razvil cepivo za preprečevanje davice in tetanusa, za kar je bil nagrajen s prvo podeljeno Nobelovo nagrado za fiziologijo in medicino.
- 1895 – Wilhelm Conrad Röntgen je izumil rentgenske žarke (žarki X), za kar je dobil leta 1901 Nobelovo nagrado za fiziko.
- 1897 – V nemški družbi Bayer AG so izumili aspirin. V dveh letih so začeli to zdravilo prodajati po vsem svetu.

Nordqvist (2012) v Medical News Today navaja, da so bili mejniki v medicini v 20. stoletju sledeči:

- 1901 – Karl Landsteiner je odkril in razvil klasifikacijo različnih krvnih skupin.
- 1901 – Alois Alzheimer je opisal prvi primer Alzheimerjeve bolezni.
- 1903 – Willem Einthoven je izumil in posnel elektrokardiogram (EKG), za kar je leta 1924 dobil Nobelovo nagrado za medicino.
- 1906 – Frederick Hopkins je odkril vitamine in sklepal, da skorbut in rahič nastaneta zaradi pomanjkanja vitaminov.
- 1907 – Paul Ehrlich je odkril zdravila za spalno bolezen in sifilis in postavil temelj kemoterapije, tj. uporabe kemičnih zdravil za zdravljenje bolezni.
- 1908 – Victor Horsley in Robert Clarke sta izumila stereotaktično metodo, ki omogoča kirurško intervencijo globoko v možganih.
- 1910 – Hans Christian Jacobaeus je izvedel prvo laparoskopijo.
- 1921 – Edward Mellanby je odkril vitamin D. Pojasnil je vlogo vitamina D pri preprečevanju rahičisa.

- 1921 – Frederick Banting in Charles Herbert Best sta izumila inzulin in za to leta 1923 dobila Nobelovo nagrado za medicino.
- 1921 – Fidel Pagés je izumil tehniko epiduralne anestezije.
- 1923–1927 – razvito in uspešno uporabljeno je bilo prvo cepivo za davico, oslovski kašelj, tuberkulozo in tetanus.
- 1928 – Alexander Fleming je odkril penicilin, za kar je leta 1945 dobil Nobelovo nagrado za medicino.
- 1929 – Hans Berger je uporabil elektroencefalografijo (EEG).
- 1932 – Gerhard Domagk je odkril, da infekcijo s streptokokom lahko pozdravi s sulfonamidom, ki je bil prvi antibiotik na tržišču. Leta 1939 je dobil Nobelovo nagrado za medicino.
- 1933 – Manfred Sakel je uporabil šok terapijo z inzulinom pri psihiatričnih bolnikih.
- 1943 – Willem J. Kolff je izdelal prvi aparat za dializo.
- 1946 – Alfred G. Gilman in Louis S. Goodman sta odkrila prvo učinkovito zdravilo za raka (dušikova gorčica, angl. nitrogen mustard).
- 1948 – Julius Axelrod in Bernard Brodie sta odkrila acetaminofen (paracetamol, tylenol), kar mnogi pojmujejo za začetek moderne farmakologije.
- 1952 – Jonas Salk je razvil cepivo za poliomielitis, ki je prišlo na tržišče leta 1955.
- 1953 – John Heysham Gibbon je izumil aparat za zunajtelesni krvni obtok in izvedel prvo operacijo na odprttem srcu, ko je zaprl defekt v atrialskem septumu.
- 1953 – Inge Edler je izumil medicinsko ehokardiografijo.
- 1954 – Joseph Murray je izvedel prvo transplantacijo ledvice pri enojajčnih dvojčkih. Šele kasneje so razumeli mehanizme zavrnitvene reakcije in odkritje imunosupresivnih zdravil, kar je omogočilo razvoj transplantacijske medicine.
- 1955 – Lloyd Conover je izdelal tetraciklin, ki bil v treh letih v ZDA najbolj uporabljen antibiotik širokega spektra.
- 1958 – Rune Elmquist je razvil prvi vgradni srčni spodbujevalnik (angl. pacemaker).
- 1959 – Min Chueh Chang je razvil postopek in vitro fertilizacije, ki je

omogočila rojstvo prvega otroka iz epruvete. Sodeloval je tudi pri razvoju kombinirane kontracepcije v obliki tablete (angl. "The Pill").

- 1960 – James Jude, Guy Knickerbocker, Peter Safar, William Kouwenhoven in Joseph S. Redding so izumili kardiopulmonalno oživljanje (angl. cardiopulmonary resuscitation (CPR)). Tehniko so testirali na psih in kmalu zatem s to metodo rešili življenje otroka.
- 1960 – kombinirana oralna kontracepcija tableta (sestavljena iz dveh hormonov: estrogena in progestina) je prišla v uporabo v ZDA.
- 1962 – James W. Black je izumil propranolol (prvi beta bloker). Kasneje je izumil še cimetidin, zdravilo za zdravljenje razjede na želodcu in dvanajsterniku. Leta 1988 je dobil Nobelovo nagrado za medicino.
- 1963 – Thomas Starzl je opravil prvo transplantacijo jeter pri človeku.
- 1963 – James Hardy je opravil prvo transplantacijo pljuč pri človeku.
- 1963 – Leo Sternbach je izumil diazepam (valium, apaurin).
- 1964 – Maurice Hilleman je razvil cepivo za ošpice.
- 1965 – Harry Martin Meyer je razvil cepivo za rdečke, ki je prišlo na tržišče leta 1970.
- 1966 – C. Walton Lillehei je izvedel prvo transplantacijo trebušne slinavke pri človeku.
- 1967 – Christiaan Barnard je izvedel prvo uspešno transplantacijo srca pri človeku.
- 1970 – ciklosporin so uporabili po transplantaciji organa.
- 1971 – Raymond Vahan Damadian je izumil slikanje z magnetno rezonanco (angl. magnetic resonance imaging (MRI)).
- 1971 – Godfrey Hounsfield je izumil računalniško tomografijo (angl. computed tomography = CT), za kar je leta 1979 je dobil Nobelovo nagrado za medicino.
- 1972 – Dean Kamen je izumil inzulinsko črpalko.
- 1973 – Mani Lal Bhaumik je izvedel prvi laserski kirurški poseg na očesu.
- 1974 – Giorgio Fischer je naredil prvo liposukcijo.
- 1979 – George Hitchings in Gertrude Elion sta razvila protivirusna zdravila, ki so pripeljala do razvoja AZT in zdravil za zdravljenje aidsa.

- 1980 – Baruch Samuel Blumberg je razvil teste in cepivo za hepatitis B, za kar je dobil Nobelovo nagrado.
- 1981 – Bruce Reitz je prvi pri človeku uspešno presadil srce in pljuča.
- 1985 – Kary Banks Mullise izumil polimerazno verižno reakcijo (angl. polymerase chain reaction (PCR)). S to biokemično tehnologijo v molekularni biologiji lahko pomnožimo eno ali več kopij DNK. Leta 1993 je dobil Nobelovo nagrado za kemijo.
- 1985 – Yik San Kwoh je izdelal kirurškega robota in uspešnost metode najprej dokazal na lubenici.
- 1985 – Alec John Jeffreys je razvil tehniko profiliranja DNK, ki se uporablja v forenzični medicini in pri ugotavljanju očetovstva.
- 1986 – antidepresiv prozac (fluoxetine HCl) je prišel v uporabo v ZDA.
- 1987 – prvi statin (lovastatin) je dobil dovoljenje za uporabo v ZDA, saj je klinično testiranje pokazalo, da zniža LDL holesterol za 40 %.
- 1989 – Timothy John »Tim« Berners-Lee je pionir uporabe interneta (WWW = World Wide Web). Internet je spremenil obnašanje ljudi in dostopnost do podatkov.
- 1998 – James Alexander Thomson je vzgojil prvo celično linijo humanih embrionalnih matičnih celic, leta 2007 pa je vzgojil pluripotentne matične celice.

Medicina danes

Nordqvist (2012) v Medical News Today navaja, da so mejniki v medicini v 21. stoletju sledeči:

- 2000 – The Human Genome Project (HGP) je bil končan.
- 2001 – Dr. Kenneth Matsumura je iz zajčjih jeter naredil prva biološka umetna jetra.
- 2001 – Jacques Marescaux je opravil prvi telekirurški poseg, ko je Lingbergovo operacijo izpeljal tako, da je bil bolnik v Strasbourg v Franciji, kirurg pa v New Yorku v ZDA.
- 2002 – uporaba povojev chitosan (iz lupin rakov in škampov) je prišla v uporabo pri oskrbi ameriških vojakov v Iraku, saj ustavi masivno arterijsko krvavitev v 30 sekundah.

- 2005 – Jean-Michel Dubernard je transplantiral del obraza po raztrganini zaradi pasjega ugriza.
- 2007 – bionično oko Argus II Retinal Stimulation System omogoča vid slepim z diagnozo retinitis pigmentosa (hudo obliko).
- 2010 – transplantacijo celega obraza so izpeljali španski kirurgi pri moškem, ki se je pet let prej poškodoval s strelnim orožjem.
- Tarčno zdravljenje raka je spremenilo onkološko zdravljenje, saj deluje specifično na rakave celice, zato je ob zdravljenju manj stranskih učinkov kot po citostatikih in obsevanju.
- Protikadilska zakonodaja je prepovedala kajenje na javnih mestih, zato nekadilci niso več izpostavljeni pasivnemu kajenju.
- Kombinirano zdravljenje bolnikov z aidsom je podaljšalo preživetje, zato aids danes predstavlja kronično bolezen; pričakovana življenska doba bolnikov je zdaj 69 let.

Prihodnost medicine

Zdravljenje s kombinacijo zdravil je podaljšalo preživetje bolnikov z rakom, boleznimi srca in ožilja in številnimi drugimi boleznimi (Nordqvist, 2012).

V 21. stoletju pa je napredek v biologiji, fiziki, kemiji, biokemiji, farmakologiji (Guido et al., 2011), molekularni biologiji, genetiki, računalništvu in informacijski tehnologiji (McNutt, 2013) omogočil razvoj in nastanek novih zdravil (Lazo, 2010; Price, 2012). Čas od razvoja neke sestavine v laboratoriju do uporabe v klinični medicini se skrajšuje (Gellard, 2014), sodobna informacijska tehnologija (Patel, 2014) pa bo ta čas še skrajšala. In vendar bomo še vedno soočeni z etičnimi dilemami o življenu in smrti (Zwitter, 2015), saj zdravimo človeka. Daljšanje življenske dobe pa prinaša v medicino in zdravstveno nego nove diagnostične, terapevtske, moralne in etične dileme (Focus on Geriatric Oncology, 2014), kar postaja še bolj izrazito ob pomanjkanju finančnih sredstev (Williams, et al., 2009; Karamehic, et al., 2013) ali pa hrane, vode in zdravil (Bush, et al., 2011).

Diskusija

Razumevanje zgodovine nam pomaga načrtovati naše aktivnosti in dejanja. Cilj pričajočega zapisa je razumeti kompleksnost sveta in družbe ter spoznati, kako zelo lahko razvoj na enem področju spremeni sedanjost in vpliva na prihodnost. Že v 19. in 20. stoletju so nova odkritja in napredek v fiziologiji, biologiji,

mikrobiologiji, kemiji, laboratorijskih tehnikah, opremi in tehnologiji (npr. uporaba elektrike, elektronike in računalništva) omogočili nesluten razvoj medicine in kirurgije (Nordqvist, 2012). Izboljšave pri oskrbi s čisto pitno vodo, sanitarije, higiena, boljša prehrana in cepljenje so odpravili številne bolezni, ki so prej zahtevale veliko smrti (Festrell, et al., 2005; Fine, 2014; Loevinsohn, et al., 2015). Diagnostika in zdravljenje sta že v 20. stoletju postala multidisciplinarna in interdisciplinarna. V bodoče bo pri zdravljenju sodelovalo vedno več strokovnjakov drugih ved. Tako so molekularni biologi nepogrešljivi pri diagnostiki in zdravljenju s tarčnimi zdravili, fiziki pa radioterapeutu pripravijo načrt obsevanja.

Žal nove možnosti zdravljenja kljub boljšemu poznavanju genetskih dejavnikov (Agboola, et al., 2013) zaradi drage izdelave zdravil in visoke cene sodobne tehnologije niso dostopne vsakomur (Ologunde, et al., 2015) in logično je, da se bo razkorak med revnimi in bogatimi verjetno še naprej povečeval.

Omejitve pri preučevanju in nastajanju prispevka Medicina včeraj, danes in pojutrišnjem so predvsem ogromno število materialnih in nematerialnih informacij iz zgodovine človeštva, današnjega sveta in družbe, pa tudi njihovo objektivno in subjektivno vrednotenje. Ker je avtor prispevka zdravnik in raziskovalec na področju onkološke kirurgije, se postavlja vprašanje, ali se kirurg sploh lahko objektivno in subjektivno ukvarja zgolj s posameznim izsekom stvarnosti ali z njenim posebnim vidikom, temveč tematizira človeško izkustvo kot celoto. To je namreč že področje filozofije (Filozofija, 2015). Ker avtor po poklicu ni filozof, se postavlja vprašanje, ali sploh zmore preučevati vprašanja o naravi realnosti. Ali se avtor res ne opira zgolj na lastno razumevanje in ne na religijo ali na mišljenje drugih ljudi?

Zaključek

Bolezni spremljajo človeški rod. Z razvojem civilizacije, znanja in novih odkritij se razvija tudi medicina. Izboljšave pri oskrbi s čisto pitno vodo, sanitarije, higieno, boljša prehrana in cepljenje so odpravili številne bolezni, ki so prej zahtevale veliko smrti. Diagnostika in zdravljenje sta že v 20. stoletju postala multidisciplinarna in interdisciplinarna. Daljšanje življenske dobe prinaša v medicino in združstveno nego nove diagnostične, terapevtske, moralne in etične dileme, žal pa ima medicina kot posamična znanost tudi omejitve glede objektivnega preučevanja vprašanja o naravi realnosti.

Literatura

- Agboola, S.O., Ball, M., Kvedar, J.C., Jethwani, K., 2013. The future of Connected Health in preventive medicine. *QJM*, 106(9), pp. 791–794.
- Bush, K.F., Luber, G., Kotha, S.R., et al., 2011. Impacts of climate change on public health in India: future research directions. *Environ Health Perspect*, 119(6), pp. 765–770.
- Fewtrell, L., Kaufmann, R.B., Kay, D., et al., 2005. Water, sanitation, and hygiene interventions to reduce diarrhoea in less developed countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, 5(1), pp. 42–52.
- Filozofija*. From Wikipedia, the free encyclopedia. Available at: https://sl.wikipedia.org/wiki/Filozofija#cite_note-1. [11. 10. 2015].
- Fine, P., 2014. Science and society: vaccines and public health. *Public Health*, 128(8), pp. 686–692.
- Focus on Geriatric Oncology: ASCO Prepares for an Aging Nation 23 Dec, 2014, Asco magazine. Available at: <http://connection.asco.org/magazine/features/focus-geriatric-oncologyasco-prepares-aging-nation#sthash.kLwM8uDM.dpuf> [19. 8. 2015].
- Gellad, W.F., 2014. Targeted cancer therapy: from bench to bedside to patient. *Journal of Clinical Oncology*, 32(4), pp. 268–270.
- Guido, R.V., Oliva, G., Andricopulo, A.D., 2011. Modern drug discovery technologies: opportunities and challenges in lead discovery. *Combinatorial Chemistry & High Throughput Screening*, 14(10), pp. 830–839.
- History of medicine, 2004. *Resources for schools, The association of the British Pharmaceutical Industry*. Available at: <http://abpischools.org.uk/res/coResourceImport/resources04/history>, Last updated march 2004 [15. 8. 2015].
- History of medicine*. From Wikipedia, the free encyclopedia. Available at: https://en.wikipedia.org/wiki/History_of_medicine. [15. 7. 2015].
- Karamehic, J., Ridic, O., Ridic, G., et al., 2013. Financial aspects and the future of the pharmaceutical industry in the United States of America. *Mater Sociomedicinae*, 25(4), pp. 286–290.
- Kleisiaris, C.F., Sfakianakis, C., Papathanasiou, I.V., 2014. Health care practices in ancient Greece: The Hippocratic ideal. *The Lancet Infectious Diseases*, 7, pp. 6.
- Lazo, J.S., 2010. Molecular biology and anticancer drug discovery. *Progress in Molecular Biology and Translational Science*, 95, pp. 9–29.
- Loevinsohn, M., Mehta, L., Cuming, K., Nicol, A., Cummingm O., Ensink, J.H., 2015. The cost of a knowledge silo: a systematic re-review of water, sanitation and hygiene interventions. *Health Policy Plan*, 30(5), pp. 660–674.
- McNutt, M., 2013. Improving scientific communication. *Science*, 342, pp. 6154.
- Muthu, C., 1913. A Short Review of the History of Ancient Hindu Medicine. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 6, pp. 177–190.
- Nordqvist, C., 2012. Timeline of medical milestones during the 19th century. *Medical News Today*. Available at: <http://www.medicalnewstoday.com/info/medicine/modern-medicine.php>, [19. 8. 2015].

- Ologunde, R., Hashimoto-Govindasamy, L.S., Vivekanantham, S., 2015. The global burden of surgical disease: past, present and future. *Tropical Doctor*, 45(1), pp. 57–58.
- Patel, V.L., Kannampallil, T.G., 2014. Human factors and health information technology: current challenges and future directions. *Yearbook of medical informatics*, 15(9), pp. 58–66.
- Prehistoric medicine*, From Wikipedia, the free encyclopedia, 2015. Available at: https://en.wikipedia.org/wiki/Prehistoric_medicine#cite_note-Short_journey-4 [17. 7. 2015].
- Price, M., 2012. Computational Biologists: The Next Pharma Scientists? *Science Careers from the Journal Science*, April 13. Available at: http://sciencecareers.sciencemag.org/career_magazine/previous_issues/articles/2012_04_13/careedit.a1200041, [19. 8. 2015].
- SSKJ. Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU, Iskanje po Slovarju slovenskega knjižnega jezika, medicina. Available at: http://bos.zrc-sazu.si/cgi/a03.exe?name=sskj_testa&expression=medicina&hs=1 [15. 7. 2015].
- Sullivan, R., 1995. A brief journey into medical care and disease in ancient Egypt. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 88(3), pp. 141–145.
- Williams, T.E. Jr, Satiani, B., Thomas, A., Ellison, E.C., 2009. The impending shortage and the estimated cost of training the future surgical workforce. *Annals of Surgery*, 250(4), pp. 590–597.
- Zuskin, E., Lipozencić, J., Pucarin-Cvetković, J., et al., 2008. Ancient medicine--a review. *Acta Dermatovenerologica Croatica*, 16(3), pp. 149–157.
- Zwitter, M., 2015. Etične dileme ob odtegnitvi nesmiselnega intenzivnega zdravljenja. *Isis*, 8-9, pp. 44–45.

BABIŠTVO NA RAZPOTJU

MIDWIFERY AT THE CROSSROADS

Anita Prelec, dipl. m. s., MSc (UK)

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika

anita.prelec@kclj.si

IZVLEČEK

Babištvo se danes srečuje z novimi izzivi, ki so posledica zgodovinskih, socioekonomskih in družbenih sprememb, a so tesno povezani z današnjim delovanjem babic. Družbena dogajanja v Evropski uniji in Sloveniji pomembno vplivajo na zdravje žensk in družin, saj so se razvili modeli babiške obravnave kot nasprotnje biomedicinskemu modelu zdravja. To je pomembno vplivalo na perinatalne rezultate in zadovoljstvo žensk. Zdravstvena obravnava v obdobju materinstva je prešla od intuitivne do na dokazih temelječe obravnave. S pojavom ekonomskih in socialnih migracij se pojavljajo nove tendence v zdravju žensk, ki pa od izvajalcev zahtevajo kulturno sprejemljivo zdravstveno obravnavo. Namen prispevka je prepoznati izzive, s katerimi se bodo srečale slovenske medicinske sestre in babice v prihodnosti. Potrebe po novih znanjih je treba vključiti v izobraževalne programe, predvsem pa v razvojne strategije babištva.

Ključne besede: družbene spremembe, babice, zdravje žensk, multikulturalizem

ABSTRACT

At this moment midwifery is facing new challenges that are a result of historical, socio-economic and social changes, but they are closely associated to the midwives' function today. Social developments in the European Union and Slovenia have a significant impact on the health of women and families, since midwifery management models developed as a contrast to the biomedical model of health. This has had an important effect on perinatal outcomes and satisfaction of women. The healthcare treatment during the period of motherhood passed from intuition to evidence-based treatment. There are new trends in women's healthcare connected with the incidence of economic and social migration that require healthcare professionals to provide culturally acceptable healthcare treatment. The purpose of this paper is to identify the challenges which Slovenian nurses and midwives

will be faced with in the future. The need for new knowledge should be incorporated into educational programs, especially in the midwifery development strategies.

Key words: social changes, midwives, women's health, multiculturalism

Uvod

V osemdesetih letih prejšnjega stoletja, v Sloveniji malce kasneje, se pojavijo družbena gibanja, ki se želijo vrniti k naravnim procesom – ne samo pri prehrani in metodah zdravljenja, vse več je tudi pobud za fiziološki porod (Guilliland, et al., 2006). Ženske želijo vedno bolj aktivno sodelovati in soodločati pri odločitvah glede poroda. Želijo si sprejemanja informiranih odločitev in za lastne odločitve sprejemati odgovornost. Toga bolnišnična navodila skozi desetletja postajajo vse bolj mehka, liberalna, pojavljajo se pobude za novorojenčkom in ženskam prijazne porodništvice in zdravstvene ustanove. Macun (2014) pravi, da je bila ozaveščenost porodnic, ki so prihajale z drugačnimi željami, vse večja, kar je spodbudilo različne strokovnjake v skrbi za ženske, da so začeli kritično raziskovati z dokazi podprte podatke o postopkih pri porodu. Vsi zdravstveni delavci, vpeti v močna emocionalna obdobja nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja, se po svojih najboljših močeh trudijo ugoditi željam porodnic – a vseeno delovati v skladu s strokovno doktrino. Ženske imajo pravico do informirane izbire v času nosečnosti in poroda ter pravico do izbire strokovnjaka in zdravstvene ustanove, kjer bodo rodile.

Namen prispevka je prepoznati izzive, s katerimi se srečujejo medicinske sestre in babice v Sloveniji ob vse večjih družbenih in socioekonomskih dogajanjih, predvsem pri zagotavljanju kulturno kompetentne zdravstvene obravnave.

Babice in ženske – v partnerskem odnosu

Babiški model obravnave za ženske je, kot pove že ime, značilen za samostojno, kontinuirano delovanje babc (Wylie & Bryce, 2008). Lundgren in Berg (2007) pravita, da je kontinuirana obravnava pomembna za zaupljiv odnos med babico in žensko, ki vodi v pozitivno izkušnjo nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja. Nosečnost, porod in poporodno obdobje babice razumejo kot fiziološka obdobja v življenju ženske, ki so za posameznico in njenega partnerja nekaj enkratnega, zato potrebujeta ogromno pozornosti – govorimo o žensko osrediščeni obravnavi. Ta pozornost je izražena na drugačen način kot v biomedicinskem modelu zdravlja (predvsem obravnava s strani zdravnikov) – z individualnimi pripravami na

porod, kontinuirano obravnavo iste babice v nosečnosti, med porodom in po porodu, značilno je manjše število medicinskih posegov med porodom, hitrejši odprt domov, večje število poporodnih obiskov na domu, podporne starševske skupine (Walsh, 2007). Ženske, ki sodelujejo v babiškem modelu, izražajo večje zadovoljstvo pri zdravstveni obravnavi. Najpogosteje vidimo takšno filozofijo dela v porodnih centrih. Model je primeren samo za zdrave ženske brez prisotnih dejavnikov tveganja v času nosečnosti, poroda in v poporodnem obdobju. Za vpeljavo takega modela so potrebne jasne kompetence ter delitev del in nalog, model mora biti razpoznan v sistemu zdravstvenega varstva, predvsem pa mora biti zanj izražena potreba – uporabnice storitev (torej nosečnice, porodnice in družine z novorojenčki) si ga morajo želeti in ga zahtevati. Torej – babice in ženske delamo v partnerstvu!

Multikulturalizem in zdravje žensk

Multikulturalizem je doktrina, ki omogoča sožitje različnih narodnostnih kultur, pa tudi skupin ljudi, ki jih povezujejo druge značilnosti (religija, spolna usmerjenost, osebna prepričanja) (Halbwachs, 2014). Zaradi močne ekonomske in politične migracije se Evropska unija (EU) in Slovenija spreminja iz homogene v vse bolj raznoliko družbo.

Cirkumcizija ženskih genitalij (CŽG) prizadene milijone žensk vsako leto, vendar je s strani zdravstvenih delavcev slabo prepoznan in razumljen poseg. Je poseg na ženskem spolovilu, opravljen v obdobju do pubertete, brez medicinske indikacije. Posledice za zdravje žensk so lahko uničujoče. CŽG nima koristi za zdravje, saj škoduje dekletom in ženskam v mnogih pogledih. Odstranjeno je zdravo in normalno žensko spolno tkivo, kar posega v naravne funkcije deklet in teles žensk. Takojšnji zapleti lahko vključujejo hudo bolečino, šok, krvavitev, tetanus ali sepsos (bakterijsko okužbo), zastajanje urina, odprte rane na področju spolovila ter v obdobju rodnosti možnosti za večje za zaplete med in po porodu. Dolgoročne posledice lahko vključujejo ponavljajoča se vnetja mehurja in sečil, ciste, neplodnost, povečano tveganje za zaplete pri porodu in smrti novorojenčkov, potrebo po kasnejših operacijah itd. (UNICEF, 2013).

To nesprejemljivo kršenje človekovih pravic in pravic žensk in deklet se dogaja nedaleč od nas, zato je EU naznanila ničelno toleranco za CŽG v Evropi. Čeprav ni zanesljivih in primerljivih podatkov o razširjenosti CŽG na ravni EU, ocenjujejo, da je bilo več sto tisoč žensk, ki živijo na ozemlju EU, izpostavljenih posegom na spolovilu, več tisoč deklet pa je ogroženih. Največje skupine žensk in deklet, ki izvirajo iz držav, v katerih je CŽG razširjena praksa, živi v naslednjih

državah EU: Avstrija, Belgija, Danska, Nemčija, Španija, Finska, Francija, Irska, Italija, Nizozemska, Portugalska, Švedska in Združeno kraljestvo. CŽG se v EU šteje za kaznivo dejanje. Poleg tega v nekaterih državah velja načelo »ekstra-teritorialnosti«, kar omogoča preganjanje, četudi je bilo dejanje storjeno zunaj meja države. EU je izrazila močno zavezost k odpravi pohabljanja ženskih spolnih organov. Sporočilo Evropske komisije za odpravo CŽG določa seznam ukrepov, ki jih bo Evropska komisija sprejela v prihodnjih letih. EU podpira nevladne organizacije, ki delujejo v boju proti pohabljanju ženskih spolnih organov na lokalni ravni, prav tako pa podpira projekte v državah z visoko razširjenostjo CŽG, ki niso članice EU (Evropska komisija, 2013). Podpori vseevropskemu projektu in delovanju se je pridružila tudi evropska babiška zveza preko strokovnih združenj na nacionalnih ravneh (European Midwives Association, 2015).

Zdravstveni delavci morajo pri zdravstveni obravnnavi pacientov predvideati kulturno kompetentno obravnavo, predvsem s poznavanjem in razumevanjem različnih prepričanj in vrednot (Scott Tilley, 2015; Little, 2015). Vse bolj se z mешanjem različnih kultur in ver na slovenskih tleh srečujemo tudi slovenske babice in medicinske sestre. Neposredno s kulturno sprejemljivo obravnavo je povezana duhovnost. Zakšek (2010) trdi, da duhovnost v zdravstvu dobiva vedno večji pomem, saj izhaja iz osebnih čustev, strahov in občutkov. Le razumevanje koncepta spiritualnosti daje zdravstvenim delavcem moč in znanje za opravljanje sočutne in primerne duhovne zdravstvene obravnave pacientov (Pembroke & Pembroke, 2008). Medicinske sestre in babice imajo pri spiritualni obravnavi svojih pacientov ključno vlogo, saj so prisotne pri rojstvu, bolezni in smrti, ki so med najpomembnejšimi in spiritualno najglobljimi doživetji v življenju človeka. Spiritualnost v zdravstveni in babiški negi od medicinske sestre in babice zahteva dostopnost in odgovornost ter zmožnost, da včasih potuje preko same sebe in svojih norm, vrednot in verovanj. Kakorkoli, celovita babiška obravnava, ki žensko in njen družino obravnava celostno in se zaveda pomembnosti duše, telesa in duha, vključuje tudi vidike spiritualnosti (Linhares, 2005).

Diskusija

Družbene spremembe v svetu in Sloveniji v zadnjih desetletjih so se pomembno dotaknile tudi obravnave žensk v obdobju materinstva. Posledica različnih socio-kulturnih komponent zahteva od zdravstvenih delavcev kulturno kompetentno in sprejemljivo zdravstveno obravnavo (Loredan & Prosen, 2013), ne glede na raso, veroizpoved, spolno usmerjenost, pripadnost ali prepričanje (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2011). Loredan & Prosen (2013) tudi trdita, da

izvajanje kulturnih kompetenc predstavlja integralni element v prizadevanju za od-pravo neenakosti v zdravstvu. Lahko trdimo, da sta zdravstvena nega in babištvo na razpotju in pred izzivi, kako zagotoviti primerno obravnavo, saj lahko trdimo, da za izvajanje koncepta kulturno kompetentne obravnave nimamo dovolj znanj in izkušenj. Kot pravi McCabe (2006), kulturne kompetence predstavljajo stalen poskus, da bi razumeli vrednote, prepričanja, navade in običaje različnih kulturnih skupin. Zato je treba v izobraževalne programe zdravstvenih in medicinskih fakultet ter v programe vseživljenskega učenja vnesti vsebine, ki bodo pokrivale ta občutljiva področja obravnave pacientov. Vsi zdravstveni delavci pa so pri svojem delu dolžni spoštovati načela profesionalnih kodeksov: Kodeks etike za babice Slovenije in Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Zaključek

Obravnava zdravih in bolnih posameznikov zahteva od medicinskih sester in babic čutečo, kulturno sprejemljivo obravnavo in prakso, temelječo na znanstvenih dokazih. Družbene spremembe pri tem predstavljajo izzive, ki zahtevajo od zdravstvenih delavcev vseživljensko učenje.

Literatura

- European Midwives Association, 2015. *Position statement*. Utrecht: European Midwives Association.
- Evropska komisija, 2013. *Towards the elimination of female genital mutilation*. Bruselj: Evropska komisija.
- Guilliland, K., Tracy, S.K. & Thorogood, J., 2006. Australian and New Zealand health and maternity services. In: Pairman, S., Pincombe, J., Thorogood, C., Tracy, S. eds. *Midwifery: Preparation for practice*. Sydney: Churchill Livingstone Elsevier, pp. 3–33.
- Halbwachs, H., 2014. Multikulturalizem v zdravstveni negi. In: Kvas, A., et al., eds. *Prenos informacij v zdravstveni in babiški negi: zbornik prispevkov 15. simpozija z mednarodno udeležbo*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 45–54.
- Linhares, C.H., 2005. Spirituality in midwifery and childbirth: a literature review. In: *Proceedings from the International Confederation of Midwives*. Brisbane: ICM.
- Little, C.M., 2015. Caring for women who have experienced female genital cutting. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 40(5), pp. 291–297.
- Loredan, I., Prosen, M., 2013. Kulturne kompetence medicinskih sester in babic. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(1), pp. 83–89.
- Lundgren, I., Berg, M., 2007. Central concepts in the midwife-woman relationship. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(2), pp. 220–228.

Macun, E., 2014. Spremembe porodniške in babiške prakse v SB Jesenice. In: Prelec A., eds. *Iz-zivom nasproti: zbornik predavanj. 14. april 2014.* Zreče: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih združenj medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije – Sekcija medicinskih sester in babic, pp. 34–38.

McCabe, J.A., 2006. An assignment for building an awareness of the intersection of health literacy and cultural competence skills. *Journal of the medical library association*, 94(4), pp. 458–461.

Pembroke, N.F., Pembroke, J.J., 2008. The spirituality of presence in midwifery care. *Midwifery*, 24(3), pp. 321–327.

Scott Tilley, D., 2015. Nursing care of women who have undergone genital cutting. *Nursing for Women's Health*, 19(5), pp. 445–449.

UNICEF, 2013. *Female Genital Mutilation/Cutting: a statistical overview and exploration of the dynamics of change.* Ženeva: UNICEF.

Walsh, D.J., 2007. A birth centre's encounters with discourses of childbirth: how resistance led to innovation. *Sociology of Health & Illness*, 29(2), pp. 216–32.

Wylie, L., Bryce, H., 2008. *The Midwives' Guide to Key Medical Conditions: Pregnancy and Childbirth.* Philadelphia: Churchill Livingstone, pp. 1–8.

Zakšek, T., 2010. Spiritualnost v zdravstveni negi in babištvu, *Obzornik zdravstvene nege*. 44(4), pp. 263–267.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2011. *Kodeks etike za babice Slovenije.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 4.

PSIHIATRIČNA ZDRAVSTVENA NEGA DANES IN JUTRI: KDO IN KJE SMO, KAJ DELAMO, KAM SI ŽELIMO IN KJE SE VIDIMO JUTRI

**PSYCHIATRIC NURSING TODAY AND TOMORROW:
WHO WE ARE, WHERE WE WISH TO GO, AND
WHERE WE SEE OURSELVES TOMORROW**

*Zlata Živič, dipl. m. s., mag. zdr. nege, strokovna sodelavka
Psihiatrična klinika Ljubljana, Slovenija
zlata.zivic@psih-klinika.si*

IZVLEČEK

Uvod: Psihiatrična zdravstvena nega je skrb za ljudi z duševno motnjo in promocija zdravja na področju duševnega zdravja. Namen prispevka je predstaviti področje psihiatrične zdravstvene nege in razvojne usmeritve glede na objave v Sloveniji in svetu. **Metode:** Za namen in cilje prispevka je bil izbran pregled vzajemne bibliografsko-kataložne baze podatkov COBIB.SI po ključni besedi »psihiatrična zdravstvena nega« in podatkovne baze ScienceDirect po ključni besedi »psychiatric nursing« ter pregled publikacij Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Za analizo zadetkov je bila uporabljena metoda kategorizacije besednih podatkov. **Rezultati:** Glede na izbrane kriterije je bilo dobljenih 196 zadetkov v vzajemni bibliografsko-kataložni bazi COBIB.SI in 277 zadetkov v podatkovni bazi ScienceDirect. **Diskusija in zaključek:** Pregled literature je pokazal vzponednice med objavami v Sloveniji in v svetu. V ospredju so izobraževanje, stigma, etične dileme, obvladovanje nasilnega vedenja in vloga psihiatrične zdravstvene nege pri skrbi za duševno zdravje. Psihiatrična zdravstvena nega se skozi prizmo objav kaže kot profesionalno področje z izraženimi prioritetami in vizijo razvoja v prihodnosti.

Ključne besede: duševno zdravje, vloga zdravstvene nege, vizija zdravstvene nege

ABSTRACT

Introduction: Psychiatric nursing is the provision of care for people with mental disorders and health promotion in the field of mental health. The aim of the article is to present the scope of psychiatric nursing and its development

according to the literature publication in Slovenia and the world. **Methods:** For the purposes and objectives of the article an overview of the COBIB.SI database has been chosen and a search conducted using the keyword “psychiatric nursing”, along with a search of the database ScienceDirect using “psychiatric nursing” as a keyword, and a review of publications of the Professional Group of Nurses and Health Technicians in Psychiatry at the Nurses and Midwives Association of Slovenia. For the analysis of the results a method of categorization of verbal data was used. **Results:** According to the selected criteria were obtained 196 hits in the database COBIB.SI and 277 hits in the database ScienceDirect. **Discussion and conclusion:** A literature review showed parallels between the publications in Slovenia and abroad. Common topics are education, stigma, ethical dilemmas, management of violent behaviour and the role of psychiatric nursing in mental healthcare. Psychiatric nursing is seen through the prism of publications as a professional field with expressed priorities and visions for future development.

Key words: mental health, role of nursing care, vision of nursing care

Uvod

Psihatrično zdravstveno nego, v tuji literaturi naletimo tudi na poimenovanje »zdravstvena nega mentalnega zdravja«, lahko definiramo kot skrb za ljudi vseh starosti z duševno motnjo in aktivnosti za promocijo zdravja na področju duševnega zdravja (Sedlar, 2002). Zaposleni poleg intervencij pomoči pri temeljnih življenjskih aktivnostih, ki so značilne za zdravstveno nego, izvajajo različne psihosocialne intervencije, predvsem pa morajo biti sposobni vzpostaviti terapevtski odnos s pacienti (Škerbinek, 1998). Področje psihiatrične zdravstvene nege pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije pokriva Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji (v nadaljevanju Sekcija), ki je med prvimi ustanovljenimi strokovnimi sekcijami pri nas. Na njeni spletni strani med drugim lahko preberemo, da je njeno poslanstvo »ohranjanje in nadaljevanje bogate tradicije, skrb za strokovni napredok psihiatrične zdravstvene nege, povezanost in strokovno sodelovanje med psihiatričnimi bolnišnicami in posebnimi socialnimi zavodi, med različnimi strokami in poklicnimi skupinami«, pa tudi prenos znanja na mlade, povezovanje med teorijo in prakso, znanjem in izkušnjami (Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, 2015).

Sedlarjeva (2002) je izpostavila tri temeljne smernice razvoja: zdravstveno vzgojo, preventivne programe in zagotavljanje okolja, ki promovira zdravje. Kot glavno oviro delovanja zdravstvene nege je izpostavila pomanjkanje izobraženega

kadra v stroki, saj ob prelomu tisočletja v Sloveniji ni bilo mogoče pridobiti univerzitetne izobrazbe na področju zdravstvene nege. Po uvedbi bolonjskih študijskih programov jo lahko dosežemo, zato pričakujemo, da bo kmalu mogoče dosegči tudi doktorski naziv na eni od slovenskih zdravstvenih fakultet, vprašanje pa je, ali se to že odraža v praksi delovanja. V pripravi je tudi program specializacije psihiatrične zdravstvene nege, s katero bi medicinska sestra specialistka pridobila dodatne kompetence in priložnost za aktivno vlogo v promociji duševnega zdravja (Bregar, et al., 2013).

Znanstveni pristop k reševanju problemov predstavljajo objave, ki med drugim omogočajo učinkovito komunikacijo med strokovnjaki, delujočimi na različnih področjih. Predstavljajo aktualno stanje, pa tudi izhodišča za delovanje v prihodnosti.

Namen prispevka je predstaviti področje psihiatrične zdravstvene nege glede na pregled objav v preteklem desetletju in na podlagi analize prispevkov ugotoviti, katera so področja, ki najbolj zanimajo zaposlene v psihiatrični zdravstveni negi in kako vidijo razvoj področja v prihodnosti, kje so prednosti, kaj so slabosti in na katerih področjih je največ priložnosti za učinkovito delovanje.

Metode

Za pregled stanja je bila opravljena analiza vzajemne bibliografsko-kataložne baze COBIB.SI za pregled stanja v Republiki Sloveniji in pregled svetovne baze znanstvenih publikacij ScienceDirect za pregled stanja po svetu. Izbor vzajemne bibliografsko-kataložne baze COBIB.SI in baze podatkov ScienceDirect je temeljal na predpostavki, da omogočata celosten vpogled v objave na obravnavanem področju. Analiza podatkovne baze ScienceDirect se nanaša na 21. 8. 2015, analiza vzajemne bibliografsko-kataložne baze COBIB.SI pa na 23. 8. 2015.

Pregled literature s pomočjo vzajemne bibliografsko-kataložne baze COBIB.SI je bil izведен s ključno besedo »psihiatrična zdravstvena nega«. Za analizo so bili izbrani zadetki, objavljeni od leta 2005 dalje, združeni in urejeni glede na vrsto gradiva, vsebinsko pa so bili analizirani strokovni članki, prispevki na konferencah ter diplomska in magistrska dela vseh šol in fakultet za zdravstveno nego v Sloveniji. Razdeljeni so bili v devet kategorij (izobraževanje in stališča študentov; obravnavanje psihiatričnih pacientov; organizacija; nasilje, obvladovanje nasilja, varnost; vloga, politika, razvoj, specializacija psihiatrične zdravstvene nege; profesionalna identiteta, stališča in etične dileme; stigma; izgorevanje na delovnem mestu; razno). Za analizo so bile izbrane še publikacije, ki jih je v tem obdobju izdala Sekcija.

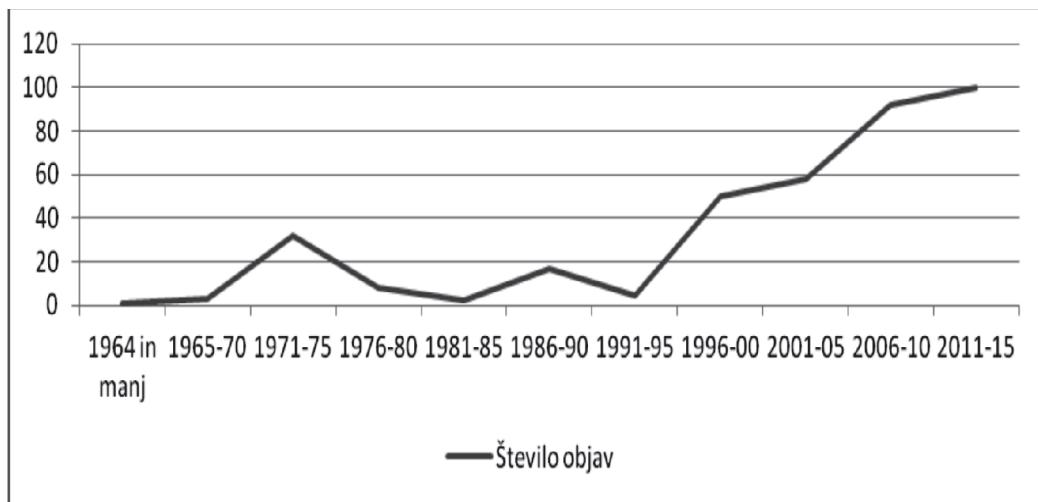
Pregled literature po podatkovni bazi ScienceDirect je bil izveden s ključno besedo »psychiatric nursing« v naslovu, izvlečku ali ključnih besedah, z omejitvijo iskanja na članke, izdane od leta 2005 v angleškem jeziku. Zadetki so bili glede na naslov razdeljeni v osem kategorij (izobraževanje in stališča študentov; obravnava psihiatričnih pacientov; nasilje; vloga zdravstvene nege; profesionalna identiteta; stališča in etične dileme; stigma; izgorevanje in razno). V skladu z namenom in cilji raziskave so bili v nadaljevanju vsebinsko po izvlečkih analizirani članki iz skupin »vloga zdravstvene nege« in »profesionalna identiteta«.

Rezultati

V nadaljevanju so predstavljeni rezultati iskanja v izbranih bazah podatkov po izbranih ključnih besedah ter podatki, pridobljeni z vsebinsko analizo rezultatov iskanja po ključnih besedah.

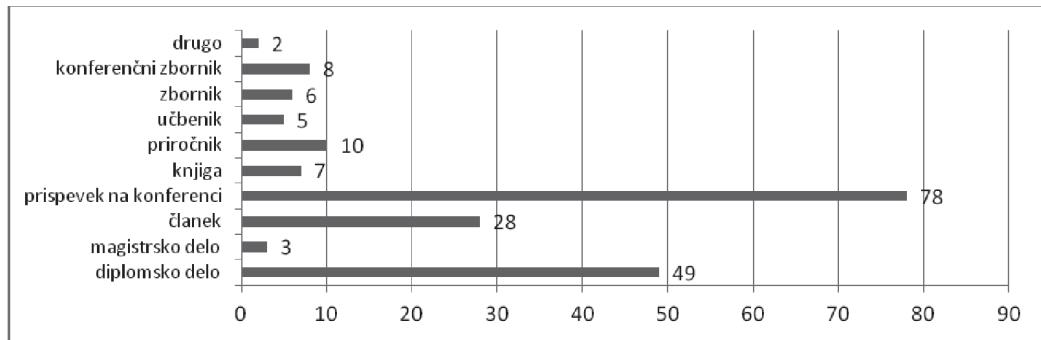
Vzajemna bibliografsko-kataložna baza COBIB.SI

Poizvedba po ključni besedi »psihiatrična zdravstvena nega« je imela 367 zadetkov. Slika 1 prikazuje število vseh objav po letih objave.



Slika 1: Število zadetkov po ključni besedi »psihiatrična zdravstvena nega« v vzajemni bibliografsko-kataložni bazi COBIB.SI

Od vključno leta 2005 je bilo 196 zadetkov. Na sliki 2 je prikazana njihova frekvenčna porazdelitev glede na vrsto gradiva.



Slika 2: Porazdelitev zadetkov po ključni besedi »psihiatrična zdravstvena nega« v vzajemni bibliografsko-kataložni bazi COBIB.SI

V tabeli 1 je prikazana porazdelitev člankov, prispevkov na konferencah, diplomskih in magistrskih del glede na vsebino po izbranih kategorijah.

Tabela 1: Porazdelitev člankov, prispevkov na konferencah, diplomskih in magistrskih del v vzajemni bibliografsko-kataložni bazi COBIB.SI glede na vsebino od leta 2005

	Članki	Prispevki na konferencah	Diplomska, magistrska dela	Skupaj
Izobraževanje in stališča študentov	3	2	2	7
Obravnavanje psihiatričnih pacientov	11	39	35	85
Organizacija	2	10	2	14
Nasilje, obvladovanje nasilja, varnost	3	15	5	23
Vloga, politika, razvoj, specializacija psihiatrične zdravstvene nege	5	8	/	13
Profesionalna identiteta, stališča in etične dileme	1	2	3	6
Stigma	1	/	2	3
Izgorevanje na delovnem mestu	1	2	3	6
Razno	1	/	/	1
Skupaj	28	78	52	158

Tabela 2 prikazuje publikacije, ki jih je od leta 2006 izdala Sekcija. Gre za zbornike strokovnih srečanj, naslovi pa predstavljajo teme, ki so bile na teh srečanjih obravnavane.

Tabela 2: Publikacije Sekcije od leta 2006

Publikacije	Leto izdaje
Obvladovanje in preprečevanje bolnišničnih okužb v psihiatričnih bolnišnicah	2006
Obravnava mladostnika s psihozo	2006
Raziskovanje, izobraževanje in razvoj v psihiatrični zdravstveni negi	2006
Kakovost in varnost v psihiatrični zdravstveni negi	2007
Celostna in kontinuirana obravnava v psihiatriji	2007
Obravnava bolnika, odvisnega od prepovedanih drog	2008
Ko se duševna manjrazvitost in duševna motnja prepletata	2008
Zakon o duševnem zdravju, zakon o pacientovih pravicah in mesto zdravstvene nege	2009
Nasilno vedenje v duhu novih praks	2009
Delo v skupinah	2010
Delo z odvisnimi – povezovanje primarnega s sekundarnim zdravstvenim varstvom	2010
Kako zmanjšati stres in izgorevanje na delovnem mestu	2010
Skupnostna psihiatrična obravnava	2011
Celostna obravnava pacientov z depresijo	2011
Varnostni zapleti pri pacientu – priložnost za učenje	2011
Posebni varovalni ukrepi v teoriji in praksi	2012
Svetovalne in motivacijske tehnike za delo s pacienti	2012
Izzivi pri obravnavi psihoz	2012
Svetovalne in motivacijske tehnike za delo s pacienti II.	2014
Podpora pacientu pri obvladovanju duševne motnje	2014
Izzivi v forenzični psihiatriji	2014
Svetovalne in motivacijske tehnike za delo s pacienti, ki so v zdravstveni obravnavi težavni III.	2015
Obvladovanje anksioznosti	2015

Podatkovna baza ScienceDirect

Število zadetkov je bilo 277, od tega 149 izvirnih znanstvenih člankov, 36 preglednih znanstvenih člankov in 92 drugih objav (uvodniki, ocene publikacij, predstavitev posterjev in drugo). V tabeli 3 je prikazana porazdelitev glede na vsebino po izbranih kategorijah.

Tabela 3: Porazdelitev znanstvenih člankov glede na vsebino

	Izvirni znanstveni članki	Pregledni znanstveni članki	Drugo (uvodniki, ocene ipd.)	Skupaj
Izobraževanje in stališča študentov	40	10	16	66
Obravnavi psihiatričnih pacientov	63	11	36	110
Nasilje, obvladovanje nasilja	8	2	5	15
Vloga psihiatrične zdravstvene nege	5	7	24	36
Profesionalna identiteta, stališča in etične dileme	10	1	5	16
Stigma	5	2	3	10
Izgorevanje na delovnem mestu	11	1	2	14
Razno	6	2	1	9
Skupaj	149	36	92	277

Diskusija

Ob primerjavi objav pri nas in v svetu lahko ugotovimo določene vzporednice. Pričakovano je največje število strokovnih in znanstvenih objav, ki obravnavajo prakso psihiatrične zdravstvene nege. Avtorji večinoma prikazujejo uporabnost različnih intervencij v praksi ali pa predstavljajo pristope k reševanju problemov v različnih okoljih delovanja. Del prispevkov predstavlja različne oblike dela s svojci in sodelovanje z laičnimi negovalci. Na sistematičen pristop k refleksiji prakse kažejo publikacije Sekcije, pa tudi številna diplomska dela, ki lahko odražajo pozitiven odnos študentov do področja psihiatrične zdravstvene nege.

V kategoriji izobraževanje in stališča študentov do psihiatrične zdravstvene nege se zdi zanimanje za področje v tujini nekoliko višje kot pri nas, kar pa je mogoče pripisati izbranemu iskalnemu nizu. Avtorji med drugim izpostavljajo, da imamo s kakovostno izvedbo klinične prakse priložnost destigmatizacije področja (Pikovnik, 2008; Čuk, 2010; Thongpriwan, et al., 2015), pri čemer je zelo pomembna vloga mentorja, ki pomaga študentom pri interakcijah s pacienti (Sharac, et al., 2010; Kragelund, 2011). Kot uspešna se je izkazala integracija v zdravstvene time v instituciji (Harmon & Hills, 2015), kar velja tudi za zadovoljstvo z zaposlitvijo pri novo zaposlenih delavcih (Wright, et al., 2011).

Ugotovimo lahko, da je tako v svetu kot pri nas aktualna tema stigmatizacija psihiatrije in psihiatričnih pacientov, ugotovljeno pa je tudi, da ima stigmatizacija

duševnih motenj lahko negativen vpliv na samopodobo in profesionalno identiteto zaposlenih (Sercu, et al., 2015). Podatki tudi kažejo na določeno stigmatizacijo psihiatrične zdravstvene nege znotraj zdravstvene nege (Halter, 2008; Natan, et al., 2015). Posebno obremenitev za zaposlene pomeni delo na oddelkih s posebnim nadzorom, saj poročajo o večji stopnji izgorevanja, nezadovoljstvu pri delu in večji obolenosti v primerjavi z zaposlenimi na odprtih oddelkih (Madathil, et al., 2014; Baum & Kagan, 2015), zlasti če so zaposleni pogosto izpostavljeni neposrednemu fizičnemu nasilju (Zerach & Shalev, 2015).

Obvladovanje nasilnega vedenja je verjetno tematika, ki precej označuje psihiatrično zdravstveno nego, čeprav se z obvladovanjem nasilja soočajo tudi na drugih področjih, predvsem v času dežurstva in delovanju zunaj institucij. Skrb za varnost je povezana z oceno kakovosti dela (Lapanja, et al., 2008). Glede na naslove prispevkov se zdi, da je pozornost v Sloveniji usmerjena na raziskovanje ukrepov obvladovanja nasilnega vedenja pacientov, v svetu pa na izpostavljenost zaposlenih in njihovo zaščito, vsi pa poudarjajo pozitivne učinke usposabljanja zaposlenih za preprečevanje in obvladovanje nasilnega vedenja.

Tako v svetu kot pri nas se sprašujejo, kakšna naj bo vloga medicinske sestre v psihiatriji, ki je tradicionalno razpeta med zahtevami biomedicinske znanosti in družboslovjem (Coffey & Hannigan, 2013). Izpostavljen je premik na področje, ki ga je doslej delno pokrivalo socialno delo. Gre za različne oblike delovanja v skupnosti (Coffey & Hannigan, 2013; Jerič, 2015), pa tudi za širjenje kompetenc in prevzemanje novih vlog ob pridobitvi dodatnih znanj s formalnim in neformalnim izobraževanjem (Bregar, et al., 2013). To je v skladu z interesu reforme zdravstvenega sistema, katere cilj je vsebinsko in stroškovno učinkovita promocija duševnega zdravja ter primarna, sekundarna in terciarna preventiva (Bregar, et al., 2013), in kljub nasprotjočim interesom, tudi v stroki sami, predvideva zdravstveni negi pomembno vlogo.

Pogosto lahko naletimo na razprave, da so časi gospodarske krize lahko tudi priložnost za spremembe in razvoj (Santos & Amaral, 2011; Bregar, 2013). Dejstvo je, da težave z duševnim zdravjem v razvitem svetu naraščajo in predstavljajo velik strošek, z učinkovito psihiatrično zdravstveno nego pa jih lahko zmanjšamo, kar lahko pomeni priložnost za njeno reorganizacijo in novo definiranje kompetenc (Santos & Amaral, 2011). V Sloveniji je bilo izpostavljeno vprašanje, ali imamo v zdravstveni negi dovolj posameznikov v vizijo, z dovolj znanja in usmerjenih v splošno dobro, ki bi zmogli preko zaprek videti tudi priložnosti (Bregar, 2013).

Zaključek

Psihiatrična zdravstvena nega je mnogo več kot gradivo, ki je bilo predmet analize, je pa gradivo tisti del, ki je viden in ki bo ostal viden tudi v prihodnosti. Pregled literature je predvsem iztočnica za nadaljevanje analiziranja gradiva, analizo dejavnosti zaposlenih v psihiatrični zdravstveni negi, analizo dejavnosti institucij, kjer se izvaja psihiatrična zdravstvena nega, in analizo še česa. Vse to bi bilo potrebno, da bi si odgovorili, »kdo in kje smo, kaj delamo, kam si želimo in kje se vidimo jutri«.

Pa vseeno: optimizem morda vlivajo trend povečevanja števila objav v Sloveniji v zadnjem desetletju na tem področju, številne diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki, zaposleni na tem področju, ki so se in se še odločajo za nadaljevanje študija, priprava programa specializacije in ne nazadnje aktivnost Sekcije. Ta uspešno premaguje ovire, ki jih prinaša sedanja družbenoekonomska situacija, ohranila pa je tudi inovativnost v pristopu k reševanju strokovnih vprašanj in dilem, s čimer se zaposleni v zdravstveni negi na področju mentalnega zdravja upirajo stigmi znotraj stroke zdravstvene nege.

Literatura

- Baum, A., Kagan, I., 2015. Job satisfaction and intent to leave among psychiatric nurses: Close versus open wards. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(4), pp. 213–216.
- Bregar, B., 2013. Zdravstvena nega v pričakovanju reform sistema zdravstvenega varstva. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 47(2), pp. 132–134.
- Bregar, B., Živič, Z., Jambrošič, I., Lapanja, A., Roljić, S., Stopar Stritar, A., et al., 2013. Specializacije v zdravstveni negi: primer psihiatrične zdravstvene nege. In: Skela Savič, B., et al., eds. *Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi: mednarodni pristopi in stanje v Sloveniji: zbornik predavanj. 6. posvet z mednarodno udeležbo Moja kariera – quo vadis, Ljubljana, 27. marec 2013*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 63–77.
- Coffey, M., Hannigan, B., 2013. New roles for nurses as approved mental health professionals in England and Wales. *International Journal of Nursing Studies*, 50(10), pp. 1423–1430.
- Čuk, V., 2010. Izkustveno učenje in profesionalni razvoj v kliničnem okolju. In: Skela Savič, B., et al., eds. *Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi – na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege: zbornik predavanj z recenzijo. 3. mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu, Ljubljana, 16. do 17. september 2010*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 342–352.
- Halter, M.J., 2008. Perceived characteristics of psychiatric nurses: Stigma by association. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(1), pp. 20–26.
- Harmon, R.B., Hills, R.L., 2015. Transforming psychiatric mental health nursing education with team based learning. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), pp. 340–348.

- Jerič, A., 2015. *Izobraževalne vsebine v zdravstveni negi na področju psihiatrije*. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, pp. 1–5.
- Kraglund, L., 20011. Student nurses' learning processes in interaction with psychiatric patients: A qualitative investigation. *Nurse Education in Practice*, 11(4), pp. 260–267.
- Lapanja, A., Blagojevič, S., Peterka Novak, J., 2008. Uporabnost podatkov o neželenih dogodkih na Psihiatrični kliniki Ljubljana. *Bilten: ekonomika, organizacija in informatika v zdravstvu*, 24(5), pp. 164–169.
- Madathil, R., Heck, N.C., Schulberg, D., 2014. Burnout in psychiatric nursing: Examining the interplay of autonomy, leadership style, and depressive symptoms. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(2), pp. 160–166.
- Natan, M.B., Drori, T., Hochman, O., 2015. Associative stigma related to psychiatric nursing within the nursing profession. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), pp. 305–312.
- Pikovnik, E., 2008. Spremembe stališč dijakov do oseb z duševno motnjo v času praktičnega pouka v psihiatrični bolnišnici. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 42(2), pp. 117–126.
- Santos, J.C., Amaral, A.E.S., 2011. Effectiveness of psychiatric mental health nurses: Can we save the core of the profession in an economically constrained world? *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(5), pp. 329–338.
- Sedlar, T., 2002. Dolgoročne strategije razvoja zdravstvene nege na področju duševnega zdravlja. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 36(3), pp. 143–151.
- Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji. Available at: <http://www.sekcijapsih-zn.si/> [6. 8. 2015].
- Sercu, C., Ayala, R.A., Bracke, P., 2015. How does stigma influence mental health nursing identities? An ethnographic study of the meaning of stigma for nursing role identities in two Belgian Psychiatric Hospitals. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), pp. 307–316.
- Sharac, J., McCrone, P., Sabes-Figuera, R., Csipke, E., 2010. Nurse and patient activities and interaction on psychiatric in patients wards: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 47(7), pp. 909–917.
- Škerbínek, L., 1998. Pasti psihiatrične zdravstvene nege. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 32(4), pp. 181–183.
- Thongpriwan, V., Leuck, SE., Powell, RL., Yuong, S., 2015. Undergraduate nursing students' attitudes toward mental health nursing. *Nurse Education Today*, 35(8), pp. 948–953.
- Wright, D., Lavoie-Tremblay, M., Drevniok, U., Racine, H., Savignac, H., 2011. Relational dimensions of a positive integration experience for new mental health nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(3), pp. 164–173.
- Zerach, G., Shalev, T.B., 2015. The relations between violence exposure, posttraumatic stress symptoms, secondary traumatization, vicarious posttraumatic growth and illness attribution among psychiatric nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(2), pp. 135–142.

TRENUTNA RAZVOJNA USMERENJA ZDRAVSTVENE NEGE U SRBIJI

Zorica Mihajlo, visoka strukovna sestra specijalista;

Zorica Čosić, viša medicinska sestra

Savez udruženja zdravstvenih radnika Beograda, Beograd, Republika Srbija

SAŽETAK

Uloga i mesto medicinske sestre u zdravstvenom sistemu se menjala kroz vreme. Kako se medicinska nauka usavršavala, samim tim i delokrug rada medicinske sestre se širio, prilagođavao i pratio razvoj nauke i tehnologije. Upravo iz tih razloga postoji potreba stalnog usavršavanja znanja i veština kroz povećanje stepena obrazovanja medicinskih sestara i kontinuiranu edukaciju. Viši nivo obrazovanja pruža mogućnosti da se poveća stepen kvaliteta zdravstvene nege, da se poboljšaju mogućnosti edukacije medicinskih sestara i to na svim nivoima profesionalnog delovanja. Cilj ovog rada je da ukaže na postojeće probleme u sistemu školovanja medicinskih sestara i babica, kao i probleme koji nastaju kao posledica neusklađenosti postojećih akreditovanih školskih programa i organizacije zdravstvenih ustanova, sistematizacije i kataloga radnih mesta. Prikazan je sadašnji položaj medicinskih sestara u Srbiji, koji je u zavisnosti od velikog broja društvenih faktora, pre svega ekonomskih, jer se država Srbija nalazi u periodu tranzicije. Kako je u sestrinstvu i dalje bazični nivo obrazovanja na nivou srednje škole, tako i rezultira nepovoljnim odnosom visoko obrazovanih medicinskih sestara u odnosu na ukupan broj medicinskih sestara u Srbiji. U procesu reforme visokog obrazovanja, prema Bolonjskoj deklaraciji, medicinskim sestrama u Srbiji je omogućeno obrazovanje na osnovnim strukovnim studijama u trajanju od tri godine ili na akademskim studijama u trajanju od četiri godine, sa neprihvatljivim stručnim zvanjima: strukovna medicinska sestra i organizator zdravstvene nege. Nacionalni okvir kvalifikacija donet od strane Nacionalnog saveta za visoko obrazovanje 2010. godine, još se ne primenjuje u zdravstvenom sistemu jer nije izvršeno usklađivanje normativnih akata u pogledu stručnih naziva i uslova za pojedina radna mesta (sistematizacije radnih mesta). Komora medicinskih sestara, zdravstvenih tehničara i babica Srbije kao regulatorno tela i strukovne asocijacije, uključene su na rešavanju svih problema u sestrinskoj profesiji. Osnova uspeha razvoja sestrinstva je u visokom obrazovanju medicinskih sestara, optimalnim radnim uslovima kao i delotvornom i efikasnom vođstvu i praksi utemeljenoj na dokazima.

Ključne reči: medicinske sestre, obrazovanje, usavršavanje

Uvod

Profesija medicinskih sestra je kompleksna, iziskuje visok stepen stručnih znanja i veština, sposobnost kritičkog mišljenja i rasuđivanja u primeni naučnih principa i izbora najadekvatnijih mera u datom trenutku. Sestrinstvo je jedna od osnovnih profesija zdravstvene struke, zasnovana na sistematizovanom korpusu multidisciplinarnih i specifičnih sestrinskih znanja i veština usmerenih ka čuvanju, negovanju i unapređivanju zdravlja ljudi i ozdravljenju obolelih, na svim nivoima njihovog rasta i razvoja. Medicinske sestre i babice, bazično stručno obrazovanje stiču na visokim školama i fakultetima! Visoko obrazovane medicinske sestre/babice mogu da se specijalizuju za pojedine oblasti sestrinstva, odnosno zdravstvene nege. Trenutni položaj medicinskih sestara zavisi od velikog broja društvenih faktora. Od medicinskih sestara se očekuje mnogo. Nijedna profesija nije toliko angažovana na različitim poslovima od administrativno-tehničkih do najkompleksnijih koji podrazumevaju smenski rad i angažovanje oko najtežih bolesnika.

Cilj ovog rada je analiza stanja i ukazivanje na postojeće probleme u sistemu školovanja medicinskih sestara i babica, kao i probleme koji nastaju kao posledica neuskladenosti postojećih akreditovanih školskih programa i organizacije zdravstvenih ustanova, sistematizacije i kataloga radnih mesta.

Praksa medicinskih sestara sa uvodom u problematiku

Najveći teret nedovoljnog broja medicinskih sestara i tehničara u našem zdravstvu trpe zaposleni na ovim poslovima, jer svako od njih, praktično, „radi za dvoje“. Sa 572 zaposlenih na poslovima zdravstvene nege na 100.000 stanovnika, Srbija je čak za trećinu ispod proseka Evropske Unije (EU), koja u odnosu na isti broj stanovnika ima 745 medicinskih sestara i tehničara (World health report, 2006)

Ovaj broj je evidentno nedovoljan, i prvi put se u toj oceni slažu svi: Ministarstvo zdravlja, strukovni sindikat i komora. Nedostaju ljudi na najtežim radnim mestima: u odeljenjima intenzivne nege, urgentnim centrima, na odeljenjima psihijatrije. To su odeljenja gde je dokazano da postoji takozvani sindrom izgaranja na radnom mestu, i ona se moraju redovno obnavljati novim kadrovima (Canadas-De la Fuente, et al., 2015) Normativima Ministarstva zdravlja predviđeno je da na najtežim odeljenjima, kao što su intenzivne nege, jedna medicinska sestra brine o tri pacijenta, na srednje teškim o najviše 10, a na takozvanim lakim odeljenjima o 15 – 20 pacijenata (Pravilnik o bližim uslovima za obavljanje zdravstvene delatnosti u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene službe, 2011). U principu, nijedna zdravstvena ustanova u Srbiji nema dovoljno medicinskih sestara.

Nesrazmeran odnos obrazovnih nivoa zaposlenih medicinskih sestara

U našem zdravstvenom sistemu jedva jedna od deset medicinskih sestara ima višu ili visoku stručnu spremu, dok je zakonski minimum u Evropskoj uniji 30 % (WHO, 2002). Prema podacima iz registra članova Komore medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Srbije, 60 480 (92,6 %) zaposlenih ima srednju stručnu spremu, dok višu i visoku stručnu spremu ima tek njih 4 767 (7,4 %) (Nepublikovani podaci Komore medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Srbije, 2015).

Na pozicijama glavnih medicinskih sestara zbog nedovoljnog broja medicinskih sestara sa završenom višom/visokom školom su medicinske sestre sa završenom srednjom školom, sanitarni tehničari, laboranti, fizio ili radni terapeuti (Nepublikovani podaci Komore medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Srbije, 2015). Nizak je profesionalni status medicinskih sestara, zdravstvena nega je nevidljiva i nedefinisana, zavisna i teško merljiva, Ministarsvo zdravlja ne prepoznae strukovne medicinske sestre i strukovne medicinske sestre specijaliste na pravi način. Komora medicinskih sestara ne izdaje licence za rad strukovnim medicinskim sestrnama i to je začarani krug.

Maksimalna obrazovna prohodnost

Sestrinsko obrazovanje treba se organizovati na tri nivoa: prediplomsko, diplomsko i postdiplomsko. Neophodno je Fakultet za medicinske sestre implementirati na Univerzitet, uključiti međunarodne eksperte u tim za izradu nastavnih planova i programa za postdiplomske studije sestrinstva. Svim medicinskim sestrarama omogućiti kontinuirano i dostupno stručno usavršavanje.

Istraživanje u sestrinstvu

U sestrinskom radu i usavršavanju neophodno je istraživanje. Malo je istraživačkih, sestrinskih radova koji su vezani za delokrug rada medicinske sestre kao i problematiku iz oblasti rada medicinskih sestara. Potrebno je pokrenuti istraživačke postupke iz zdravstvene nege, jer zdravstvena nega predstavlja nauku koja ima svoju metodu zasnovanu na principima. Ona omogućava evaluaciju sestrinskog rada kao napredak sestrinstva u celini.

Odabir stručne literature iz područja istraživanja

Treba osigurati dostupnost kvalitetne, stručne literature iz oblasti savremenog sestrinstva, prepoznati probleme iz sestrinske prakse, stručno ih postaviti i obraditi, naći tehnike kroz istraživanje kako ih otkloniti. Sestrinstvo je stručna dela-

tnost koja zahteva kontinuirani razvoj, praćenje i stalno prilagođavanje, zasnovano na naučnom posmatranju. Medicinska sestra je stalno prisutna kroz proces zdravstvene nege bolesnika, u svim fazama procesa. Napor, da se sestrinstvo obogati saznanjima iz drugih naučnih disciplina samo su logičan nastavak razvoja same medicine i samog procesa zdravstvene nege.

Problemi savremenog sestrinstva najviše su vidljivi u nedovoljnem obrazovanju i nemogućnosti napredovanja u struci. Kao ilustraciju navodimo podatke iz evidencije zaposlenih radnika u Kliničko bolničkom centru Zemun-Beograd:

- ukupan broj zaposlenih medicinskih sestara je 685,
- 16, 64 % su medicinske sestre sa visokom/višom školom,
- 28 medicinskih sestara sa Višom medicinskom školom, a 86 sa Visokom strukovnom školom,
- 23 medicinske sestre su završile specijalizaciju na Strukovnoj školi (nijedna nije priznata),
- 4 medicinske sestre su završile Fakultet za menadžment u zdravstvu, od toga 2 imaju master (jedna iz menadžmenta i jedna iz javnog zdravlja)
- jedna medicinska sestra završila Poslovne studije, 4 Defektološki fakultet, 2 fizioterapeuta, jedan radni terapeut, jedan nutricionista, jedan vaspitač, jedna Viša upravna i jedna medicinska sestra Medicinski fakultet (Baza kadrova KBC Zemun-Beograd, 2015).

Veliki broj medicinskih sestara koje su završile višu/visoku medicinsku školu, rade kao medicinske sestre sa srednjom školom jer sistematizacijom nije predviđeno mesto za višu/visoku stručnu spremu.

Savremeno sestrinstvo

U ovom trenutku mladima u Srbiji na raspolaganju stoje 35 srednjih medicinskih škola (6 privatnih) u kojima im je ponuđeno šest usmerenja:

- medicinska sestra/tehničar,
- pedijatrijska sestra/tehničar,
- ginekološko-akušerska sestra/tehničar,
- medicinska sestra-vaspitač,
- stomatološka sestra i
- zdravstveni negovatelj.

Aktuelno stanje u visokom školstvu je sledeće: 2007. godine akreditovana je Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu, Visoka medicinska škola strukovnih studija u Čupriji, kao i dve privatne škole 2007. godine, Visoka medicinska škola strukovnih studija „Milutin Milanković“ i Visoka zdravstveno sanitarna škola strukovnih studija „Visan“ (Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja Republike Srbije, 2015).

U aprilu 2008. godine akreditovane su Strukovne studije zdravstvene nege na Medicinskim fakultetima u Kragujevcu i Nišu (Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja Republike Srbije, 2015). Prvi stepen obrazovanja medicinskih sestara podrazumeva akademske i strukovne studije. Visoko školsko obrazovanje medicinskih sestara realizuje se u okviru akademskih studija u trajanju od četiri godine na medicinskim fakultetima u Novom Sadu i Kosovskoj Mitrovici. Posle završenih akademskih studija stiče se zvanje diplomirani organizator zdravstvene nege.

Visoko obrazovanje na strukovnim studijama u trajanju od tri godine realizuje se u okviru medicinskih fakulteta u Kragujevcu i Nišu i u visokim strukovnim školama. Strukovne studije traju tri godine, posle čega se stiče zvanje strukovna medicinska sestra. Drugi stepen obrazovanja medicinskih sestara podrazumeva specijalističke akademske i specijalističke strukovne studije. Na ovom stepenu obrazovanja se pojavljuju problemi čije je rešavanje neophodno, da bi se strukovnim medicinskim sestrama omogućila direktna prohodnost u obrazovanju do trećeg stepena, jer završavanjem strukovnih studija i specijalističkih strukovnih studija za upis na doktorske studije je nemoguć.

Postoje predlozi o načinu, da se problem prevaziđe, onako kako je to učinjeno u nekim evropskim zemljama, preko mastera na strukovnim studijama, ali iako je nedavnim zakonskim promenama omogućen strukovni master, on ne nudi prolaz na doktorske studije.

Zdravstvo u Srbiji, kao i budućnost sestrinstva, najviše zavise od obrazovanja medicinskih sestara. Medicinske sestre u Srbiji će se pridružiti sestrinstvu Evrope kroz obrazovanje kadrova, kreiranje samostalne zdravstvene politike i istraživanju u oblasti sestrinstva.

Program visokog obrazovanja medicinskih sestara u Srbiji trebalo bi da se kontinuirano razvija, u skladu sa međunarodnim standardima standardima EU. Medicinske sestre čine gotovo polovicu od ukupnog broja svih zaposlenih u sistemu zdravstvene zaštite i, prema podacima Svetske zdravstvene organizacije, pružaju 70 odsto usluga (World health report, 2006; OECD, 2014). Po bolnicama i domovima zdravlja širom Srbije trenutno radi 50.415 medicinskih sestara i tehničara (Nepublikovani podaci Komore medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Srbije, 2015).

Diskusija

Usaglašavanje rada i podrška Ministarstava – obrazovanja i zdravlja u oblasti njihovog rada, zatim zdravstvenih ustanova, Komore medicinskih sestara kao regulatornog tela je neophodno. Nakon toga treba da se uradi sistematizacija radnih mesta, priznavanje diploma visokog obrazovanja, precizno definisati naziv novih zanimanja u nomenklaturi zanimanja, povećanje koeficijenata i napraviti promene visine zarada. Uz sve ovo navedeno, treba veća finansijska podrška države odnosno zdravstvenih institucija u stipendiranju medicinskih sestara koje treba da se školuju u onoj meri koja je potrebna.

Savremeno sestrinstvo karakteriše povezivanje medicinskih sestara na svetskom nivou i zajedničko rešavanje ključnih pitanja za sestrinstvo. Opšti trend je, da preporuke i rešenja vezana za sestrinstvo na svetskom nivou postaju važeća i obavezujuća u svim zemljama.

Moderno sestrinstvo favorizuje obrazovanje kao prioritet u profesionalnom životu medicinskih sestara. Više i visoko obrazovanje medicinskih sestara je prioritet modernih država. Uspeh rada medicinske sestre i kvalitet zdravstvene nege ne zavisi samo od humanosti i sposobnosti savladavanja savremene tehnologije (Pijl-Zieber, et al., 2014). On zavisi od trajnog obrazovanja medicinske sestre. Zato je danas, u vremenima svakodnevnih promena, neophodno okrenuti se napretku profesije sestrinstva upravo kroz trajno učenje u programima kontinuiranog obrazovanja.

Poslednjih nekoliko godina mnogo se govori o promenama vezanim za školovanje medicinskih sestra. Novi nastavni program obrazovanja bi morao biti usklađen sa direktivama Evropske unije o minimalnim standardima obrazovanja medicinskih sestara (2013/55/EC) koje definišu sadržaj obrazovanja (Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council of 20 November, 2013). No, svaki program potrebno je uskladiti i prilagoditi zdravstvenim potrebama okruženja u kojem medicinska sestra deluje, odnosno potrebama društva. Svakako je neophodno precizno definisati kompetencije svih medicinskih sestara srednjih, viših, strukovnih i specijalista pojedinih područja. Prepoznatljive kompetencije olakšavaju rad svim članovima tima koji učestvuju u zbrinjavanju (lekaru, fizioterapeutu, radnom terapeutu, psihologu), a samim tim i medicinskim sesrama i pacijentima. Medicinske sestre se često nalaze u nedoumici šta mogu, a šta ne mogu raditi, za šta su odgovorne, a šta je to van njenih kompetencija. Kako bi osigurali kvalitetnu i sigurnu zdravstvenu negu neophodno je definisati delokrige i odgovornosti zasnovane upravo na kompetencijama.

Sestrinske institucije su neophodna podrška za razvoj sestrinstva, zaštitu i zaступanje interesa medicinskih sestara, a to su pre svega Strukovna asocijacija,

Komora medicinskih sestara, babica i zdravstvenih tehničara Srbije, Sindikat medicinskih sestara. U rešavanje problema moraju se uključiti sve zainteresovane strane, Ministarstvo zdravlja, ustanove u kojima medicinske sestre rade, obrazovne ustanove i same medicinske sestre. Odluke o školovanju medicinskih sestara svakako treba da budu povezane sa praksom medicinskih sestra. Ponekad, pri donošenju odluka učestvuju osobe koje nisu povezane sa sestrinstvom. Potrebno je pratiti promene u sestrinstvu i prema njima uskladiti obrazovanje medicinskih sestara. Neophodna je stalna saradnja predstavnika medicinskih sestra iz svih gore navedenih institucija, obrazovnih ustanova – medicinskih sestara nastavnica i prakse. Jedino na taj način moguće je izraditi visokokvalitetne nastavne programe uskladene sa realnim potrebama sestrinske prakse.

Takođe, Evropska Unija nudi pomoć zemljama kandidatima. Najpoznatija je TAIEX (Instrument za tehničku pomoć i razmenu informacija) koji obezbeđuje seminare, radionice, stručne i studijske posete, obuku, recenziju od strane kolega, kao i pomoć u vidu procene (Evropska komisija, 2009). U Srbiji su se održale dve TAIEX radionice (2013. i 2015. godine) kao podrška za razvoj nastavnog plana i programa i kako bi se podržale druge inicijative vezane za isporuku zahteva Direktiva (Zaključci i preporuke TAIEX radionice o obrazovanju medicinskih sestara i babica, 2015).

Preduslovi razvoja sestrinstva: postojanje obrazovne vertikalne prohodnosti, utvrđivanje stanja i potreba (sektorska analiza), veća angažovanost pojedinaca, obrazovnih institucija, profesionalnih organizacija, poslodavaca, državnih institucija, izrada i prihvatanje strategije razvoja sestrinstva u Republici Srbiji kao dela strategije razvoja zdravstva (Strategija za stalno unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbednosti pacijenata, 2009). Svaka država mora imati dobar sistem obrazovanja, optimalne radne uslove, delotvorno i efikasno vođstvo i praksu ute-meljenu na dokazima.

Obrazovanje kadrova nije u skladu sa Direktivama 2005/36/EC (Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications, 2005) i 2013/55/EU i potrebne su promene u nastavnom programu (Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council of 20 November, 2013). Treba povećati broj sati praktične nastave, uključiti pripravnički staž u elemente obrazovanja. Neophodno je poboljšati kvalifikacije medicinskih sestara koje predaju u školama nižeg stepena i uvesti programe za dobijanje univerzitetskih akademskih zvanja.

Zaključak

Kroz zakonska dokumenta treba da se obezbedi, da se odluke o sestrinstvu i zdravstvenoj nezi ne mogu donositi bez direktnog i ravnopravnog učešća medicinskih sestara. Obrazovni procesi moraju da pripreme sve profesionalce da budu doživotni učenici. Predlog obrazovnih profila u Srbiji za oblast zdravstvene nege: pomoćnik medicinske sestre (nurse aid) – 0 nivo, medicinske sestre sa srednjom školom – I nivo, medicinske sestre sa višom školom – II nivo, medicinske sestre sa visokom školom – III nivo, medicinske sestre specijalisti za određene oblasti – III A nivo, medicinske sestre sa akademskim obrazovanjem – IV nivo – master i doktorat. Rešenje za pravo sestrinsko obrazovanje doneće Evropa.

Literatura

Baza podataka kadrovske službe KBC Zemun-Beograd. Zemun-Beograd: Klinički bolnički centar, 2015.

Canadas-De la Fuente, G.A., Vargas, C., San Luis, C., Garcia, I., Canadas, G.R., De la Fuente, E.I., 2015. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), pp. 240–249.

Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications, 2005. *Official Journal of the European Union*, pp. 22–142. Available at: <http://eur-lex.europa.eu>, accessed [10.10.2015].

Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council of 20 November 2013, 2013. *Official Journal of the European Union*, pp. 132–142. Available at: <http://eur-lex.europa.eu>, accessed [10.10.2015].

European Commission, 2009. *Enlargement: Technical assistance*. Brussels: European Commission. Available at: http://ec.europa.eu/enlargement/how-does-it-work/technical-assistance/index_en.htm, accessed [1.11.2015].

European communities and World Health Organization, 2002. *Health status overview for countries of central and eastern Europe that are candidates for accession to the European union*. Copenhagen (Denmark): WHO Regional Office for Europe, EC76888.

Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja, 2015. *Vodič kroz akreditovane studijske programe na visokoškolskim ustanovama u Republici Srbiji*. Available at: <http://www.mpn.gov.rs/prosveta/> visoko-obrazovanje, accessed [1.11.2015].

Nepublikovani podaci Komore medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Srbije, 2015.

OECD, 2014. *Health at a Glance*. Europe: OECD Publishing. Available at: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en, accessed [1.11.2015].

Pijl-Zieber E. M., Barton S., Konkin J., Awosoga O., Caine V., 2014. Competence and competency-based nursing education: Finding our way through the issues. *Nurse Education Today*, 34(5), pp. 676–678.

Pravilnik o bližim uslovima za obavljanje zdravstvene delatnosti u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene službe, 2011. Službeni glasnik RS 79.

Strategija za stalno unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbednosti pacijenata, 2009. Službeni glasnik RS 15.

World health report, 2006. *Working together for health*. Geneva: WHO. Available at: http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf, accessed [10.10.2015].

Zaključci i preporuke TAIEX radionice o obrazovanju medicinskih sestara i babica. Available at: <http://www.szr.org.rs/component/content/article/94.html>, accessed [1.11.2015].

TRENUTNE RAZVOJNE USMERITVE ZDRAVSTVENE NEGE V REPUBLIKI SRBIJI

CURRENT DEVELOPMENT POLICIES OF NURSING IN THE REPUBLIC OF SERBIA

Zorica Mihajlo, diplomirana medicinska sestra specialistka

Zorica Čosić, višja medicinska sestra

Zveza združenj zdravstvenih delavcev Beograda, Beograd, Republika Srbija

IZVLEČEK

Vloga in položaj medicinske sestre v zdravstvenem sistemu se spreminja skozi čas. Tako kot se je izpopolnjevala medicina, tako se je širil tudi delokrog medicinske sestre, ki se je prilagajal in spremjal razvoju znanosti ter tehnologije. Prav zaradi tega obstaja potreba po nenehnem izpopolnjevanju znanja in usposabljanju, in sicer s povišanjem stopnje izobrazbe medicinskih sester in nenehnim izobraževanjem. Višja raven izobrazbe omogoča višjo stopnjo kakovosti zdravstvene nege, zato naj se izboljšajo možnosti za izobraževanje medicinskih sester, in sicer na vseh ravneh profesionalnega delovanja. Cilj tega članka je, da izpostavi obstoječe težave v izobraževalnem sistemu medicinskih sester in bobic ter opozori na težave, ki nastanejo kot posledica neusklenjenosti obstoječih akreditiranih šolskih programov in organizacije zdravstvenih ustanov, sistematizacije ter katalogizacije delovnih mest. Prikazan je trenutni položaj medicinskih sester v Srbiji, ki je odvisen od velikega števila družbenih dejavnikov, predvsem gospodarskih, ker je Srbija v obdobju tranzicije. Največ medicinskih sester ima še vedno srednješolsko izobrazbo, kar pa pomeni neugodno razmerje visoko izobraženih medicinskih sester glede na skupno število medicinskih sester v Srbiji. V procesu reforme visokega šolstva je na podlagi Bolonjske deklaracije medicinskim sestrám v Srbiji omogočen osnovni strokovni študij, ki traja tri leta, ali akademski študij, ki traja štiri leta, diplomanti pa pridobijo nesprejemljiv strokovni naziv strokovna medicinska sestra in organizator zdravstvene nege. Državni okvir klasifikacije je sprejel Državni svet za visoko izobraževanje leta 2010, vendar se naziva še ne uporabljata v zdravstvenem sistemu, ker ni opravljeno usklajevanje normativnih aktov glede strokovnih nazivov ter pogojev za posamezna delovna mesta (sistematizacija delovnih mest). Zbornica medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic Srbije, regulatorni organi ter strokovna združenja so vključeni v reševanje vseh težav, povezanih s poklicem medicinske sestre. Osnova za uspešen razvoj poklica medicinske sestre so visoka izobrazba medicinskih sester, optimalni delovni pogoji, učinkovito vodstvo in praksa, ki temelji na dokazih.

Ključne besede: medicinske sestre, izobraževanje, usposabljanje

ABSTRACT

The role and status of nurses in the health system varies over time. With advancements in medicine, so did the nurses' competencies, which have adapted and monitored the development of science and technology. That is why there is a need for continuous improvement of knowledge and training, which is achieved by raising the level of education of nurses and continuing education. A higher level of education allows for a higher level of quality of care, which is why there is a need for improving educational opportunities for nurses at all levels of the profession. The aim of this article is to highlight existing problems in the nurses and midwives' education system and draw attention to the problems that may arise as a result of poor coordination between existing accredited educational programs and the organization of healthcare institutions, systematization and classification of jobs. The article describes the current position of nurses in Serbia, which is dependent on a large number of social factors, primarily economic, since Serbia is during a transition period. Most nurses still have a secondary education, which means an unfavourable ratio of highly educated nurses in relation to the total number of nurses in Serbia. In the process of higher education reform, which is based on the Bologna Declaration, nurses in Serbia can attend basic professional studies lasting three years, or academic studies lasting four years; the graduates obtain an unacceptable professional title of a professional nurse and nursing organizer. National classification framework was adopted by the National Council for Higher Education in 2010, but the professional titles are not yet in use in the healthcare system because of the coordination of normative acts with regard to professional qualifications and conditions for individual jobs (job classification) has not yet been performed. The Chamber of Nurses, Nurse Technicians and Midwives of Serbia, regulatory bodies and professional associations are all involved in solving all the problems related to the nursing profession. The basis for the successful development of the nursing profession is highly educated nurses, optimal working conditions, effective management and evidence-based practice based.

Key words: nurses, education, training

Uvod

Poklic medicinske sestre je kompleksen, zahteva visoko stopnjo strokovnega znanja, spretnosti, sposobnost kritičnega mišljenja in presojanja, kar izhaja iz

znanstvenega pristopa ter izbire najprimernejših ukrepov v določenem trenutku. Medicinska sestra je eden od osnovnih poklicev zdravstvene stroke, ki je zasnovan na sistematiziranem korpusu multidisciplinarnih in specifičnih znanj ter spretnosti, usmerjenih k ohranjanju, negovanju in pospeševanju zdravja ter zdravljenju pacientov na vseh ravneh rasti in razvoja. Medicinske sestre in babice osnovno strokovno izobrazbo pridobijo na visoki šoli ter fakulteti. Medicinske sestre in babice z visoko izobrazbo se lahko specializirajo za posamezno področje zdravstvene nege. Trenutni položaj medicinskih sester je odvisen od številnih družbenih dejavnikov. Od medicinskih sester se veliko pričakuje. Noben poklic ne zahteva tako raznovrstnega dela na različnih ravneh, in sicer od administrativno-tehničnih do najkompleksnejših del, kot sta izmensko delo in skrb za najtežje bolnike.

Namen tega članka je analizirati stanje in opozoriti na obstoječe težave v sistemu šolanja medicinskih sester ter babic in opozoriti na težave, ki nastanejo kot posledica neusklajenosti obstoječih akreditiranih šolskih programov, organizacije zdravstvenih ustanov, sistematizacije ter katalogizacije delovnih mest.

Praksa medicinskih sester z uvodom v problematiko

Največje breme nezadostnega števila medicinskih sester in tehnikov v zdravstvu v Srbiji nosijo zaposleni, saj vsak od njih dela skoraj za dva. S 572 zaposlenimi na področju zdravstvene nege na 100.000 prebivalcev je Srbija za tretjino pod povprečjem Evropske unije, ki ima glede na enako število prebivalcev 745 medicinskih sester in tehnikov (World health report, 2006).

To je zagotovo premalo in prvič se s tem strinjajo tudi Ministrstvo za zdravje, strokovni sindikat ter zbornica. Sester primanjkuje na najzahtevnejših delovnih mestih, in sicer na oddelkih intenzivne nege, v urgentnih centrih in na oddelkih za psihiatrijo. To so oddelki, na katerih je dokazano, da obstaja t. i. sindrom izgorelosti na delovnem mestu. Zato je treba zaposlovati vedno nov kader (Canadas-De la Fuente, et al., 2015). Po normativih Ministrstva za zdravje je predvideno, da na najzahtevnejših oddelkih, kot je oddelek za intenzivno nego, ena medicinska sestra skrbi za tri paciente, na srednje zahtevnem oddelku za največ 10 pacientov, na t. i. lažjih oddelkih pa za 15–20 pacientov (Pravilnik o bližim uslovima za obavljanje zdravstvene delatnosti u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene službe, 2011). Skratka, nobena zdravstvena ustanova v Srbiji nima dovolj medicinskih sester.

Nesorazmerna raven izobrazbe zaposlenih medicinskih sester

V zdravstvenem sistemu v Srbiji ima komaj ena od desetih medicinskih sester višjo ali visoko izobrazbo, medtem ko je zakonski minimum v Evropski uniji 30 %

(European communities & WHO, 2002). Po podatkih iz registra članov Zbornice medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Srbije ima 60.480 (92,6 %) zaposlenih srednjo strokovno izobrazbo, medtem ko jih ima višjo in visoko izobrazbo samo 4.767 (7,4 %) (Nepublikovani podaci Komore medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Srbije, 2015).

Na delovnem mestu glavne medicinske sestre so zaradi nezadostnega števila medicinskih sester s končano višjo/visoko šolo zaposlene medicinske sestre s končano srednjo šolo, sanitarni tehniki, laboranti, fizikalni in delovni terapevti (Nepublikovani podaci Komore medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Srbije, 2015). Profesionalni status medicinskih sester je nizek, zdravstvena nega je nevidna in neopredeljena, odvisna in težko merljiva, Ministrstvo za zdravje ne prepozna strokovne medicinske sestre ter strokovne medicinske sestre specialistke na ustrezen način. Zbornica medicinskih sester ne izda licence za delo strokovnim medicinskim sestrám, kar vodi v začarani krog.

Zagotoviti možnost prehoda med stopnjami izobraževanja

Izobraževanje je treba organizirati na treh ravneh, in sicer dodiplomsko, diplomsko in poddiplomsko izobraževanje. Na vsak način je treba fakulteto za medicinske sestre implementirati na univerzo, vključiti mednarodne strokovnjake v skupino za izdelavo učnega načrta in programa za poddiplomski študij zdravstvene nege. Vsem medicinskim sestrám je treba omogočiti nenehno strokovno izpopolnjevanje.

Raziskave

Medicinske sestre bi se morale vključevati v raziskave, ki so pri opravljanju njihovega dela neizogibne. Malo je raziskovalnega dela, ki bi se nanašalo na delo medicinske sestre ali na problematiko s področja dela medicinskih sester. Treba je vpeljati raziskovalne postopke iz zdravstvene nege, saj je zdravstvena nega znanost, katere metode so zasnovane na principih. Te metode omogočajo ovrednotevanje dela medicinske sestre kot napreddek poklica medicinske sestre v celoti.

Izbira strokovne literature s področja raziskav

Treba je zagotoviti dostop do kakovostne strokovne literature s področja sodobine zdravstvene nege. Prav tako je treba prepoznati težave iz prakse, kako jih strokovno določiti in obdelati, s pomočjo raziskav pa poiskati tehnike za odpravo teh težav. Zdravstvena nega je strokovna dejavnost, ki zahteva nenehen razvoj, spremeljanje in prilaganje, ki temelji na znanstvenem opazovanju. Medicinska

sestra je stalno prisotna pri procesu zdravstvene nege bolnika na vseh stopnjah procesa. Prizadevanja, da se v zdravstveni negi uporabijo ugotovitve iz drugih znanstvenih disciplin, so samo logično nadaljevanje razvoja same medicine in procesa zdravstvene nege.

Težave so najopaznejše pri nezadostni izobrazbi in nezmožnosti napredovanja v stroki. Za primer bomo navedli podatke iz evidence zaposlenih delavcev v Kliničnem bolnišničnem centru Zemun-Beograd:

- skupno število zaposlenih medicinskih sester je 685;
- 16 (64 %) medicinskih sester ima visoko/višjo izobrazbo;
- 28 medicinskih sester ima končano višjo medicinsko šolo, 86 sester pa visoko strokovno šolo;
- 23 medicinskih sester je končalo specializacijo na strokovni šoli (nobena ni priznana);
- 4 medicinske sestre so končale Fakulteto za menedžment v zdravstvu, od tega imata dve diplomo (ena iz menedžmenta in ena iz javnega zdravja);
- ena medicinska sestra je končala poslovne študije, 4 študij defektologije, dve sta fizioterapeutki, ena je delovni terapevt, ena nutricionistka, ena vzgojiteljica, ena je končala višjo upravno šolo in ena je končala medicinsko fakulteto (Baza kadrova KBC Zemun-Beograd, 2015).

Številne medicinske sestre, ki so končale višjo/visoko medicinsko šolo, delajo kot medicinske sestre s končano srednjo šolo, ker zaradi sistematizacije ni predvideno delovno mesto za višjo/visoko strokovno izobrazbo.

Sodoben poklic medicinske sestre

V tem trenutku je mladim v Srbiji na voljo 35 srednjih medicinskih šol (6 zasebnih), kjer lahko izbirajo med šestimi smermi:

- medicinska sestra/tehnik,
- pediatrična sestra/tehnik,
- ginekološko-porodniška sestra/tehnik,
- medicinska sestra – vzgojiteljica,
- zobozdravstvena sestra,
- zdravstvena negovalka.

Dejansko stanje v visokem šolstvu je sledeče: leta 2007 so bile akreditirane Visoka zdravstvena šola strokovnih študijev v Beogradu, Visoka medicinska šola strokovnih študijev v Čupriji in dve zasebni šoli, Visoka medicinska šola strokovnih študijev „Milutin Milanković“ in Visoka zdravstveno-sanitarna šola strokovnih študijev „Visan“ (Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja Republike Srbije, 2015).

Aprila 2008 je bil akreditiran program Strokovni študij zdravstvene nege na Medicinski fakulteti v Kragujevcu in Nišu (Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja Republike Srbije, 2015). Prva stopnja izobrazbe medicinskih sester sta akademski in strokovni študij. Visokošolska izobrazba medicinskih sester se izvaja v okviru štiriletnega akademskega študija na Medicinski fakulteti v Novem Sadu in Kosovski Mitrovici. Diplomant akademskega študija pridobi naziv diplomirani organizator zdravstvene nege.

Visoko izobraževanje na strokovnih študijih, ki traja tri leta, se izvaja v okviru Medicinske fakultete v Kragujevcu in Nišu ter na visokih strokovnih šolah. Strokovni študij traja tri leta, pridobljeni naziv pa je strokovna medicinska sestra. Druga stopnja izobraževanja medicinskih sester je specialistični akademski in specialistični strokovni študij. Na tej stopnji izobraževanja so težave, ki jih je treba odpraviti, da bi bil strokovnim medicinskim sestrar omogočen neposreden prehod na tretjo stopnjo, saj je prehod s strokovnega študija in specialističnega strokovnega študija na doktorski študij nemogoč.

Obstajajo predlogi, da se ta težava odpravi, tako kot je to urejeno v nekaterih evropskih državah, in sicer z diplomo na strokovnem študiju. Čeprav je z nedavnimi zakonskimi spremembami omogočena strokovna diploma, ta ni dovolj za prehod na doktorski študij.

Zdravstvo v Srbiji in prihodnost poklica medicinske sestre sta odvisna predvsem od izobrazbe medicinskih sester. Medicinske sestre v Srbiji se bodo pridružile medicinskim sestrar v Evropi z izobraževanjem kadrov, ustvarjanjem samostojne zdravstvene politike in izobraževanjem s področja zdravstvene nege.

Program visokega izobraževanja medicinskih sester v Srbiji bi se moral nenehno razvijati v skladu z mednarodnimi standardi Evropske unije. Medicinske sestre zavzemajo skoraj polovico skupnega števila vseh zaposlenih v sistemu zdravstvenega varstva in po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije opravljajo 70 % nalog (World health report, 2006; OECD, 2014). V bolnišnicah in zdravstvenih domovih v Srbiji je trenutno zaposlenih 50.415 medicinskih sester in tehnikov (Nepublikovani podaci Komore medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Srbije, 2015).

Diskusija

Sodelovanje in podpora Ministrstva za izobraževanje ter Ministrstva za zdravje na področju njune pristojnosti, zdravstvenih ustanov, Zbornice medicinskih sester in regulatornega organa sta neizogibna. Prav tako je treba opraviti sistematizacijo delovnih mest, priznati diplome s področja visokega izobraževanja, natančno opredeliti naziv novih poklicev v nomenklaturi poklicev, povečati koeficient in spremeniti višino zaslужka. Poleg tega bi morala država oziroma zdravstvene inštitucije finančno podpirati štipendirjanje medicinskih sester za pridobitev potrebnih izobrazbe.

Sodobni poklic medicinske sestre označuje povezovanje medicinskih sester na svetovni ravni in skupno reševanje ključnih vprašanj, ki se nanašajo na poklic medicinske sestre. Splošni trend je, da priporočila in rešitve, ki se nanašajo na poklic medicinske sestre na svetovni ravni, postajajo pomembni ter obvezujoči v vseh državah.

Sodobni poklic medicinske sestre postavlja v ospredje izobraževanje kot prednost v poklicnem življenju medicinskih sester. V modernih državah si prizadevajo za višjo in visoko izobrazbo medicinskih sester. Uspešno delo medicinske sestre in kakovost zdravstvene nege nista odvisna samo od človečnosti ter sposobnosti obvladovanja sodobne tehnologije (Pijl-Zieber, et al., 2014). Odvisna sta od nenehnega izobraževanja medicinskih sester. Zato se mora v obdobju nenehnih sprememb poklic medicinske sestre vseskozi razvijati, zaradi česar je treba uvesti sistem trajnega izobraževanja.

Zadnjih nekaj let je veliko govora o spremembah, ki se nanašajo na šolanje medicinskih sester. Nov učni program izobraževanja bi moral biti usklajen z direktivo Evropske unije o minimalnih standardih izobrazbe medicinskih sester (2013/55/EU), ki opredeljuje vsebino izobraževanja (Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council of 20 November, 2013). Vsak program je treba uskladiti in prilagoditi zdravstvenim potrebam okolja, v katerem medicinska sestra deluje, oziroma potrebam družbe. Vsekakor je treba natančno opredeliti pristojnosti vseh medicinskih sester (srednjih, višjih, strokovnih in specialistk s posameznega področja). To bi vsekakor olajšalo delo vsem članom tima, ki sodelujejo pri oskrbi pacienta, in sicer zdravniku, fizioterapeutu, delovnemu terapeutu in psihologu, s tem pa tudi medicinskim sestrarjem ter pacientom. Medicinske sestre so večkrat v dvomih, katera dela lahko opravlja in katerih ne smejo, ali so za določeno delo pristojne ali ne. Da bi zagotovili kakovostno in varno zdravstveno nego, je treba opredeliti obseg nalog ter odgovornost, kar pa mora biti zasnovano prav na pristojnosti.

Združenja so neizogibna podpora za razvoj poklica medicinske sestre, varstvo in zastopanje interesov medicinskih sester, in sicer Strokovno združenje, Zbornica medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Srbije, Sindikat medicinskih sester. V reševanje problema se morajo vključiti vse zainteresirane strani, Ministrstvo za zdravje, ustanove, v katerih medicinske sestre delajo, izobraževalne ustanove in same medicinske sestre. Odločitve o šolanju medicinskih sester morajo biti povezane s prakso medicinskih sester. Včasih pri odločitvah sodelujejo tudi osebe, ki niso povezane s poklicem medicinske sestre. Treba je spremljati spremembe in na podlagi sprememb uskladiti izobraževanje medicinskih sester. Neizogibno je stalno sodelovanje predstavnika medicinskih sester in vseh zgoraj navedenih ustanov, izobraževalnih ustanov, predavateljev ter predstnikov praktičnega usposabljanja. Samo na ta način je mogoče pripraviti kakovostne izobraževalne programe, ki bodo usklajeni z dejanskimi potrebami za pridobitev poklica medicinske sestre.

Evropska unija ponuja pomoč državam kandidatkam. Najbolj znana je TAIEX (Instrument za tehnično pomoč in izmenjavo informacij), ki ponuja seminarje, delavnice, strokovne in študijske obiske, izobraževanja, recenzije kolegov ter pomoč glede ocene stanja (Evropska komisija, 2009). V Srbiji sta potekali dve delavnici TAIEX (leta 2013 in 2015) kot podpora za razvoj učnega načrta in programa in da bi se podprle druge pobude, ki se nanašajo na izpolnitve zahtev Direktive (Zaključci i preporuke TAIEX radionice o obrazovanju medicinskih sestara i babica, 2015).

Predpogoji za razvoj poklica medicinske sestre: obstoj učne vertikale prehodnosti, določitev stanja in potreb (sektorska analiza), večja zavzetost posameznika, izobraževalnih ustanov, poklicne organizacije, delodajalcev ter državnih ustanov. Prav tako je treba pripraviti in sprejeti strategijo razvoja poklica medicinske sestre v Republiki Srbiji kot del strategije razvoja zdravstva (Strategija za stalno unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbednosti pacijenata, 2009). Vsaka država mora imeti dober sistem izobraževanja, optimalne delovne pogoje, učinkovito vodstvo in prakso, ki temelji na dokazih.

Izobraževanje kadrov ni v skladu z Direktivo 2005/36/ES (Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications, 2005) in Direktivo 2013/55/EU (Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council of 20 November, 2013), zato je treba spremeniti izobraževalni program. Treba je povečati število ur praktičnega pouka in vključiti pripravnštvo v elemente izobraževanja. Nujno je treba izboljšati usposobljenost medicinskih sester, ki predavajo v šolah nižje stopnje, in uvesti programe za pridobitev univerzitetne izobrazbe.

Zaključek

Z zakonom je treba zagotoviti, da se odločitve v zvezi s poklicem medicinske sestre in zdravstveno nego ne morejo sprejemati brez neposrednega ter enako-pravnega sodelovanja medicinskih sester. Izobraževalni procesi morajo vse zapošlene pripraviti, da ostanejo dosmrtni učenci. Predlog izobraževalnih profilov v Srbiji za področje zdravstvene nege: pomočnik medicinske sestre (nurse aid) – 0. raven, medicinske sestre s srednjo šolo – I. raven, medicinske sestre z višjo šolo – II. raven, medicinske sestre z visoko šolo – III. raven, medicinske sestre specialisti za določeno področje – III. A raven, medicinske sestre z akademsko izobrazbo – IV. raven – magisterij in doktorat. Rešitve glede izobraževanja medicinskih sester bo sprejela Evropa.

Literatura

Baza podataka kadrovske službe KBC Zemun-Beograd. Zemun-Beograd: Klinički bolnički centar, 2015.

Canadas-De la Fuente, G.A., Vargas, C., San Luis, C., Garcia, I., Canadas, G.R., De la Fuente, E.I., 2015. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), pp. 240–249.

Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications, 2005. *Official Journal of the European Union*, pp. 22–142. Available at: <http://eur-lex.europa.eu>, accessed [10.10.2015].

Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council of 20 November 2013, 2013. *Official Journal of the European Union*, pp. 132–142. Available at: <http://eur-lex.europa.eu>, accessed [10.10.2015].

European Commission, 2009. *Enlargement: Technical assistance*. Brussels: European Commission. Available at: http://ec.europa.eu/enlargement/how-does-it-work/technical-assistance/index_en.htm, accessed [1.11.2015].

European communities and World Health Organization, 2002. *Health status overview for countries of central and eastern Europe that are candidates for accession to the European union*. Copenhagen (Denmark): WHO Regional Office for Europe, EC76888.

Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja, 2015. *Vodič kroz akreditovane studijske programe na visokoškolskim ustanovama u Republici Srbiji*. Available at: <http://www.mpn.gov.rs/prosveshta/visoko-obrazovanje>, accessed [1.11.2015].

Nepublikovani podaci Komore medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Srbije, 2015.

OECD, 2014. *Health at a Glance*. Europe: OECD Publishing. Available at: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en, accessed [1.11.2015].

Pijl-Zieber E. M., Barton S., Konkin J., Awosoga O., Caine V., 2014. Competence and competency-based nursing education: Finding our way through the issues. *Nurse Education Today*, 34(5), pp. 676–678.

Pravilnik o bližim uslovima za obavljanje zdravstvene delatnosti u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene službe, 2011. Službeni glasnik RS 79.

Strategija za stalno unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbednosti pacijenata, 2009. Službeni glasnik RS 15.

World health report, 2006. *Working together for health*. Geneva: WHO. Available at: http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf, accessed [10.10.2015].

Zaključci i preporuke TAIEX radionice o obrazovanju medicinskih sestara i babica. Available at: <http://www.szs.org.rs/component/content/article/94.html>, accessed [1.11.2015].

POMEMBNI RAZVOJNI MEJNIKI ZDRAVSTVENE NEGE ZADNJEGA DESETLETJA V SLOVENIJI IN V TUJINI

IMPORTANT DEVELOPMENTAL MILESTONES OF NURSING IN THE LAST DECADE IN SLOVENIA AND ABROAD

Gordana Lokajner, dipl.m.s., univ.dipl.org.

*Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana
gordana.lokajner@gmail.com*

IZVLEČEK

Uvod: V zadnjem desetletju smo priča izjemno hitrem razvoju na vseh področjih človekovega delovanja v širši družbi. V prispevku bo predstavljena trenutna umestitev in usmeritve razvoja zdravstvene nege v Sloveniji in tujini zadnjega desetletja ter osvetliti trenutne razmere razvoja zdravstvene nege na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti. Zdravstvena nega je hitro razvijajoča profesija in s svojim razvojem sledi ne samo medicinske dosežke, temveč tudi družbene, ekonomiske in tehnološke dosežke v družbi in svetu. **Metode:** Uporabljena je bila deskriptivna raziskovalna metoda s kritičnim pregledom literature. Literaturo smo iskali s pomočjo vzajemne bibliografsko-kataložne baze podatkov COBIB.SI in podatkovne baze CINAHL. Uporabljene so bile ključne besede v slovenskem jeziku: zdravstvena nega, razvoj, mejniki in angleškem jeziku: nursing, development, milestones. **Diskusija in zaključek:** V slovenskem prostoru zdravstvena nega zelo uspešno spremlja razvoj na področju medicinskih in tehnoloških dosežkov, pri spremljanju direktnega razvoja same profesije zdravstvene nege, pa je vseeno znati manjši razkorak spremljanja in uvajanja novosti, ki ga lahko pripišemo premalo odločni vlogi medicinskih sester pri uvajanju in izkazovanju novosti zdravstvene nege v koristi širše družbe in zdravstveno oskrbo prebivalcev, omejujoči in nejasni zakonodaji na področju zdravstvene nege ter še vedno vplivnim politični in strokovnim lobijem, ki s svojim neznanjem in strahom omejujejo polni in več kot potreben razvoj zdravstvene nege v Sloveniji. Ob vsem tem je nujno izpostaviti skromno predstavitev medicinskih sester o dosežkih razvoja in vpliva zdravstvene nege v slovenskih in v tujih znanstvenih in strokovnih revijah.

Ključne besede: novosti, razvoj, zdravstvena nega

ABSTRACT

Introduction: In the last decade we have witnessed an extremely rapid development in all spheres of human activity in the wider society. This paper presents the current placement and direction of the development of last decade in nursing care in Slovenia and abroad and to shed light on the current situation of the development of nursing care on all levels of health care. Nursing care is a rapidly developing profession and its development follows not only medical achievements, but also social, economic and technological developments in society and the world.

Methods: A descriptive research method with a critical review of the literature was used in the article. We used the shared bibliographic-catalogue database COBIB. SI and CINAHL. The following keywords in the Slovenian language were used in the search: health care, development, milestones and English keywords: nursing, development, milestones, novelties. **Discussion and conclusion:** In the Slovenian space nursing is successfully monitoring the developments in the field of medical and technological advances and in monitoring direct development of the profession itself, however, a smaller gap can be seen in monitoring and introducing innovations, which can be attributed to the lack of a decisive role of nurses in the introduction and distribution of nursing innovations that would benefit the wider society and health care of the population, restrictive and unclear legislation in the field of nursing care and still influential political and professional lobbies, which are, with their ignorance and fear, restricting full and more than the necessary development of health care in Slovenia. Moreover, it is necessary to highlight the modest presentation of nurses on the achievements and impact of the developments in nursing in Slovenian and foreign scientific and professional journals.

Key words: novelties, development, nursing care

Uvod

Danes sta v zdravstveni negi potrebna refleksija doseženega in jasno prepoznavanje novih strateških prijemov, ki ne bodo omejeni z zgodovinskim razvojem zdravstvene nege, temveč bodo odgovor na zdravstveno stanje v družbi danes ter na pričakovanja in priložnosti za razvoj stroke v naslednjih desetletjih. Od zdravstvene nege se pričakuje prevzemanje odgovornosti za nove vloge v zdravstveni obravnavi, pot do tega pa vodi prek profesionalnih združenj, vrhnjega menedžmenta zdravstvenih zavodov in izobraževalnih institucij (Skela Savič, 2014).

S staranjem prebivalstva narašča število kroničnih bolnikov. Standardi kakovosti zdravstvene obravnave, ki jo določajo strokovna priporočila in smernice, so ob razvoju novih diagnostičnih in terapevtskih možnosti vedno višji. Pričakovanja

pacientov, ki so vse bolj ozaveščeni in seznanjeni s svojimi pravicami, postajajo vedno večja. Nove diagnostične možnosti in načini zdravljenja zahtevajo dodatna sredstva za zdravstveno varstvo, ki pa postajajo vedno bolj omejena (Fahy, 2012).

Zaposleni v zdravstveni negi predstavljamo največjo skupino zaposlenih izvajalcev zdravstvenih storitev. V mnogih sistemih zdravstvenega varstva imamo ključno vlogo pri zagotavljanju kakovostnega in varnega sistema, vendar pri reševanju problemov kljub temu nismo prepoznani kot enakovredni partnerji (Bregar, 2013).

Namen prispevka je osvetliti trenutne razmere razvoja zdravstvene nege na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti.

Metode

Uporabljena je bila deskriptivna raziskovalna metoda s kritičnim pregledom literature. Literaturo smo iskali s pomočjo vzajemne bibliografsko-kataložne baze podatkov COBIB.SI in podatkovne baze CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature). Slovensko literaturo na to temo smo iskali v bazi objavljenih člankov v Obzorniku zdravstvene nege. Ključne besede, ki smo jih uporabili, so v slovenskem jeziku: zdravstvena nega, razvoj, novosti, mejniki, in v angleškem jeziku: nursing, development, novelties, milestones. Obdobje pregleda literature je trajalo od januarja 2015 do septembra 2015. Kriteriji izbora literature so bili: angleški in slovenski jezik ter obdobje objav od leta 2005 do leta 2015. Po pregledu in oceni zadetkov smo izbrali 55 relevantnih člankov.

Razvoj zdravstvene nege zadnjih deset let v Sloveniji

Znanje je tesno povezano z avtonomijo delovanja, ki je eden bistvenih elementov profesionalizacije poklicne skupine (Ramšak Pajk, 2011; Trobec, et al., 2014). V okviru strategije obvladovanja kroničnih bolezni imamo medicinske sestre nepogrešljivo vlogo (Trobec, 2010). Velik izziv se je v zdravstveni negi pokazal z organiziranjem referenčnih ambulant na primarni ravni. Referenčna ambulanta je ambulanta družinske medicine z razširjenim timom: poleg zdravnika in srednje medicinske sestre, ki ohranja svojo vlogo, vključuje še diplomirano medicinsko sestro, ki izvaja preventivne programe ter sodeluje pri vodenju kroničnih bolnikov (Poplas Susić & Marušič, 2011; Petek Šter & Šter, 2015).

V burnem letu 2011 se je začelo delovanje prve negovalne bolnišnice v državi, v prostorih stare Pediatrične klinike na Vrazovem trgu. Po mnenju Klemenc (2011) je bil to majhen korak za zdravstveno nego in velik za državljane, ki bodo del

zdravstvene obravnave, torej zdravstvene nege in rehabilitacije po odpustu iz terapevtskega programa, lahko opravili v okviru bolnišnice Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana.

Pomemben razvojni del delovanja na področju zdravstvene nege in oskrbe predstavlja tudi področje zagotavljanja kakovosti in varnosti na vseh ravneh zdravstvenega varstva in v vseh delovnih okoljih. Znanje o varnosti in kakovosti je pomemben člen dela in razvoja zdravstvene nege in oskrbe na vseh področjih delovanja, optimiziranja delovnih procesov za varno kakovostno zdravstveno oskrbo ter uvajanja sprememb na ravni zakonodaje, standardov in protokolov, kjer imajo medicinske sestre zelo pomembno mesto in vlogo generatorjev razvoja (Bračič, 2011; Robida, 2014).

Pomembnejši demografski trendi, ki jih danes zaznavamo, so upad rasti populacije, drobitev trga storitev, višanje izobrazbe vse populacije, pestrost družbe zaradi povečane migracije, spremenjena vloga žensk v družbi idr. Medicinske sestre pa se morajo prilagoditi novim potrebam starajoče se populacije, kar zahteva drugačne pristope, načine dela in razmišljanja (Skela Savič, et al., 2010) in se aktivno vključevati s svojim znanjem in močjo za oblikovanje javnih reform ter tako dejavno vplivati na prihodnost zdravstvene nege in posledično zdravstveno oskrbo bolnikov (Požun, 2012; Tolson, 2014).

Medicinske sestre so nosilke inovacij na delovnih področjih, na katerih sodelujejo v širšem multidisciplinarnem timu, izboljšujejo kakovost zdravstvene oskrbe kroničnih bolnikov in starajoče se populacije s svojim znanjem, inovativnimi pristopi in delom. V dostopni slovenski literaturi je opisanih kar nekaj primerov (Kramar & Marinšek, 2009; Zavrl Džananović, 2010; Maček, et al., 2011; Peršolja Černe, 2011; Selič, 2012; Dobnik, et al., 2013; Sedej & Fink, 2014; Kadivec, et al., 2015). Vloga vrhnjega menedžmenta je pomembna pri podpori razvoju na dokažih temelječe prakse v zdravstveni negi, podpori raziskovanju v kliničnih okoljih ter učinkovitosti pri uvajanju le-teh ne samo v organizacijskem smislu, temveč tudi pri krepitevji vpliva zdravstvene nege in aktivnem sodelovanju pri oblikovanju reform in politike zdravstvenega varstva v državi (Kadivec, et al., 2011; Skela Savič, 2014).

Pomembni trendi razvoja zdravstvene nege v tujini

Zdravstvena nega v širšem geografskem pomenu dosega revolucionarni razvoj in dobro pozicioniranje v zdravstvenih sistemih po svetu. S pomočjo tehnologije (Baker, 2012; Ramacciati, 2012; Nieboer, et al., 2014) in novih naprednih znanj (Sheer & Yuet Wong, 2008; Chang, et al., 2010; Aiken, 2011; Lakanmaa, et al.,

2013; Kleinpell, et al., 2014; Mazurek Melnyk, 2015) predstavlja stroko z velikim razvojnim potencialom za varno in kakovostno oskrbo uporabnikov zdravstvenih storitev na vseh ravneh zdravstvene oskrbe (Anderson Mattox, 2012; Esperanza, et al., 2012; Stalpers, et al., 2015).

Zdravstvena nega dobiva vse bolj vidno in razširjeno vlogo v zdravstvenih sistemih po svetu in ima velik vpliv na zdravstveno dostopnost vsem uporabnikom, ki je hitra in vseobsežna (O'Dowd, 2008; Baker, 2012). Razvoj in inovacije v zdravstveni negi temeljijo na dokazih zdravstvene nege (Bleich, 2011; Odell & Barta, 2011; Blot, et al., 2014), medicinske sestre svoje znanje in razvoj gradijo na izsledkih raziskav in svoje znanje nadgrajujejo s širitvijo znanj z različnih področij (Tanner, 2011).

Uporabniki zdravstvenih uslug postavljajo jasne zahteve izvajalcem, ki temeljijo na varnosti, učinkovitosti, zmogljivosti, v bolnika usmerjeni zdravstveni oskrbi, hitri in pravični dostopnosti zdravstvenih uslug v sistemu (Yeo, 2013). Postavljene zahteve uporabnikov pa zahtevajo hitro in učinkovito spremembo organizacije dela (Duffield, et al., 2010; O'Brien-Pallas, et al., 2010; Schluter, et al., 2011; Palese, 2014; Porter-O'Geady, 2014; Ross, et al., 2014; Haylock, 2015; Rheaume, et al., 2015), razvoj in širitev stroke ter inovativnih pristopov za kakovostno in varno zdravstveno obravnavo na vseh ravneh delovanja medicinskih sester (Wong, et al., 2005; Clinton, 2008; Mahon & Bennett, 2007; Gunningberg, et al., 2010; Healy & Fallon, 2013; Kirk, et al., 2013; Cameron & Johnston, 2015; Greasham, 2015; Zhu, et al., 2015).

Diskusija

Lowe s sodelavci (2012) izpostavlja, da se danes od zdravstvene nege pričakuje veliko, saj mora biti zdravstvena oskrba kakovostna, stroški nadzirani, opazen je pritisk medicinske tehnologije, staranje populacije, vse pomembnejša je vloga zaposlenih z vidika znanj in prispevka k rezultatom dela, globalni izziv je izvajati zdravstveno obravnavo, ki bo skladna s smernicami in standardi, zmogljiva in stroškovno učinkovita.

V slovenskem prostoru je bil sistematičen pristop k razvoju in usmeritvam začrtan s pripravo Strategije razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020, kjer so jasno postavljeni tako vizija in izhodiščne usmeritve kot tudi strateški cilji razvoja zdravstvene nege. Predstavlja temeljni razvojni dokument dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe, ki je hkrati okvir in podlaga za pripravo vseh drugih dokumentov razvojnega načrtovanja. V dokumentu so opredeljena področja, ki so skupna in po-

membna za delovanje in razvoj zdravstvene nege ter oskrbe na vseh ravneh zdravstvenega varstva in v vseh delovnih okoljih (Kadivec, et al., 2013).

Dodatne usmeritve razvoja in umestitev zdravstvene nege v Sloveniji in Evropski uniji lahko povzamemo iz evropskih strateških usmeritev za krepitev zdravstvene in babiške nege v dokumentu Strengthening Nursing and Midwifery: European strategic direction towards Health 2020 goals-draft Svetovne zdravstvene organizacije (World Health Organisation, 2014). V dokumentu je postavljen glavni cilj zdravja do leta 2020, to je izboljševanje zdravja in dobrega počutja ter zmanjševanje neenakosti pri doseganju zdravja celotne populacije. Medicinske sestre in babice morajo dobiti možnost vpliva in odločanja skozi mehanizme, ki omogočajo (regulacija, raziskovanje, partnerstvo ter organizacija in voditeljstvo) vplivanje na glavna področja krepitve zdravstvene nege (izobraževanje medicinskih sester in babic, načrtovanje in optimizacija organizacije dela, zagotavljanje ustreznega delovnega okolja ter omogočanje delovanja na dokazih temelječe zdravstvene in babiške nege, pa tudi inovacij). Tako okrepljena zdravstvena in babiška nega lahko ponudi vsej populaciji trajnostno, kompetentno in motivirano medicinsko sestro/babico, ki zagotavlja varno, na dokazih temelječo zdravstveno in babiško nego na vseh ravneh delovanja.

Zaključek

Pri pregledu dostopne literature slovenskega okolja lahko zaključimo, da medicinske sestre v slovenskem prostoru zadovoljivo spremljajo svetovne tendre in usmeritve razvoja zdravstvene nege. A moramo poudariti, da bo v zdravstveni negi treba vložiti še veliko truda, sodelovanja in energije za spremembe. Medicinske sestre morajo svoje aktivnosti usmeriti ne samo v spremljanje novosti, temveč v implementacijo, organizacijo v svojih okoljih. Hkrati moramo graditi na prepoznavnosti zdravstvene nege kot enakovrednega izvajalca zdravstvenih storitev in sposobnega partnerja v družbi pri oblikovanju zdravstvene politike in zdravstvenih reform, ki bodo namenjene uporabnikom zdravstvenih storitev. Vse to pa lahko dosežemo z jasnim in usklajenim sodelovanjem na vseh ravneh zdravstvene obravnave in v delovnih okoljih med izvajalci, strokovnjaki in menedžmentom zdravstvene nege ter profesionalnih združenj.

Literatura

- Aiken, L.H., 2011. Nursesforthefuture. *New England Journal of Medicine*, 364(3), pp. 196–198.
- Andersson Mattox, E., 2012. Strategies for Improving Patient Safety: Linking Task type to Error-Type. *Critical Care Nurse*, 32 (1), pp. 52–60.

- Bleich, M.R., 2011. The future of nursing: Leading Change, Advancing Health: Milestones and Challenges in Expanding Nursing Science. *Research in Nursing & Health*, 34, pp. 169–170.
- Blot, S., Alfonso, E., & Labeau, S., 2014. Insights and advances in multidisciplinary critical care: A review of recent research. *American Journal of Critical Care*, 23(1): pp. 70–80.
- Bračič, A., 2011. Varnost na področju predpisovanja in ravnanja z zdravili kot kompleksen sistemski problem. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 45(3): pp. 213–218.
- Bregar B., 2013. Zdravstvena nega v pričakovanju reform sistema zdravstvenega varstva. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 47(2), pp. 132–4.
- Cameron, D. & Johnston, B., 2015. Development of questionnaire to measure the key attributes of community palliative care specialist nurse role. *International Journal of Palliative Nursing*, 21 (2), pp. 87–95.
- Chang, A.M., Gardner, G.E., Duffield, C. & Ramis, M.A., 2010. A Delphi study to validate an Advanced Practice Nursing tool. *Journal of advanced nursing*, 66 (10), pp. 2320–2330.
- Clinton, P., 2008. Ask the expert: latest developments in advanced nursing practice. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 13(2), pp. 123–125.
- Dobnik, M., Lorber, M., Pahor, A., 2013. Vpliv bioloških zdravil na kakovost življenja bolnikov revmatološkim obolenjem. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 47(2), pp. 177–183.
- Duffield, C., Roche, M., Diers, D., Catling-Paull, C., & Blay, N., 2010. Staffing, skill mix and model of care. *Journal of Clinical Nursing*, 19, pp. 2242–2251.
- Esperanza, S.J., Zoller J.S., Weatherby White, A., & Highfield, M.E.F., 2012. Nurse staffing and skillmix patterns: Are there differences in outcomes? *Journal of Health Care Risk Management*, 31(3), pp. 14–23.
- Haylock, P.J., 2015. Evolving nursing science and practice in cancer survivorship. *Seminars in Oncology Nursing*, 31(1), pp. 3–12.
- Grealish, L., & Chaboyer, W., 2015. Older in hospital and confused - the value of nursing care in preventing falls in older people with cognitive impairment. *International Journal of Nursing Studies*, 52(8), pp. 1285–1287.
- Gunningberg, L., Brudin, L. & Idvall, E., 2010. Nurse managers' prerequisite for nursing development: s survey on pressure ulcers and contextual factors in hospital organizations. *Journal of Nursing Management*, 18, pp. 757–766.
- Healy, P., & Fallon, A., 2014. Developments in neonatal care and nursing responses. *British Journal of Nursing*, 23(1), pp. 21–24.
- Kadivec, S., Skela Savič, B., Kramar, Z., Zavrl Džananović, D. & Bregar, B., 2013. Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020: povzetek. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(1), pp. 97–112.
- Kadivec, S., Lainščak, M., Košnik, M. & Farkaš-Lainščak, J., 2015. Zadovoljstvo bolnikov s kronično obstruktivno pljučno bolezniijo z obravnavo koordinatorja odpusta. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(3), pp. 195–204.
- Kirk, M., Tonkin, E., & Skirton, H., 2014. An interative consensus- building approach to revising a genetics/genomics competency framework for nurse education in the UK. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), pp. 405–420.

Kleinpell, R., Scanion, A., Hibbert, D., DeKyser, F., East,L., Fraser, D., & et al., 2014. Addressing issues impacting advance nursing practice worldwide. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 19(2), pp. 5.

Klemenc, D., 2011. Aktualnost trenutka-Zdravstvena nega ponovno na preizkušnji. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(1), pp. 1–3.

Kramar, Z. & Marinšek, N., 2009. Računalniška podpora pri vodenju kazalnikov kakovosti v zdravstveni negi v splošni bolnišnici Jesenice. *Obzornik zdravstvene nege*, 43(1), pp. 62–64.

Lakanmaa, R.L., Suominen, T., Perttila, J., Ritmala-Castren, M., Vahlberg, T., & Leino-Kilpi, H., 2012. Basic competence in intensive and critical care nursing: development and psychometric testing of competence scale. *Journal of Clinical Nursing*, 23, pp. 799–810.

Lowe, G., Plummer, V., O'Brien, A. P. & Boyd, L., 2012. Time to clarify – the value of advanced practice nursing roles in health care. *Journal of Advanced Nursing*, 68(3), pp. 677–685.

Mahon, A., & Bennett, L., 2007. Renal anaemia: recent developments and future directions for improved management. *Journal of Renal Care*, 33(3), pp. 108–114.

Maček, B., Skela Savič, B., & Zurec, J., 2011. Dejavnik socialne integracije starostnika v domačem okolju. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(3), pp. 181–187.

Mazurek Melnyk, B., 2015. Implementing the New Essential Evidence-Based Practice Competencies in Real-world Clinical and Academic Settings: Moving from Evidence to Action in Improving Healthcare Quality and Patient Outcomes. *World views on Evidence-Based Nursing*, 12 (2), pp. 67–69.

Nieboer, M.E., vanHoof, J. , vanHout, A.M., Aarts S., Wouters, E.J.M., 2014. Professional values, technology and future of health care: The view of health care professionals in The Netherlands. *Technology in Society*, 39, pp. 10–17.

O'Brien –Pallas, L., Mayer, R.M., Hayes, L.J., & Wang S., 2010. The patient care delivery model - an open system framework: conceptualisation, literature review and analytical strategy. *Journal of clinical Nursing*, 20, pp. 1640–1650.

O'Dowd, A., 2008. Millennium Nursing. *Nursing Times*. Available at: <http://www.nursingtimes.net/millennium-nursing/1437673.fullarticle> [16.11.2015].

Odell, E., & Barta, K., 2011. Teaching evidence based practice: The bachelor of science in nursing essentials at work at bedside. *Journal of Professional Nursing*, 27 (6), pp. 370–377.

Palese, A., 2014. Effects of nursing care on patient outcomes: times to reflect and to take decisions. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(3), pp. 164–165.

Petek Šter, M. & Šter, B., 2015. Pomen izobraževanja diplomiranih medicinskih sester v referenčnih ambulantah: primer arterijske hipertenzije. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(1), pp. 52–59.

Peršolja Černe, M, 2011. Kakovost promocije zdravja na delovnem mestu z vidika proaktivnosti za zdravje. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(1), pp. 5–14.

Porter-O'Grady, T., 2014. From tradition to transformation: A revolutionary moment for nursing in the age of reform. *Nurse Leader*, 12(1), pp. 65–69.

Požun, P., 2012. Vpliv ekonomskih sprememb na zdravstveno in babiško nego. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 46(1), pp. 5–8.

- Ramacciati, N., 2013. Health Technology Assessment in nursing: a literature review. *International Nursing Review*, 60(1), pp. 23–30.
- Ramšak Pajk, J., 2011. Znanje- temelj zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(4), pp. 237–238.
- Rheaume, A., Dionne, S., Gaudet, D., Allain, M., Belliveau, E., Boudreau, L., & Brown, L., 2015. *Journal of clinical Nursing*, 24, pp. 2529–2537.
- Robida, A., 2014. Odnos in znanje kliničnih mentorjev zdravstvene nege o varnosti pacientov. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(3), pp. 220–226.
- Ross, A.M., Fotheringham, D., & Crusoe, K., 2014. Re-valuing nursing's currency: Shifting away from hierarchical binary opposition. *Nurse Education Today*, 34, pp. 687–690.
- Saver, C. L., 2006. Nursing – today and beyond. *American Nurse Today*, 1 (1), pp. 18–25.
- Sedej, T. & Fink, A., 2014. Stališča izvajalcev nujne medicinske pomoči o uporabnosti triažnega kartona. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(1), pp. 50–57.
- Selič P. Nove možnosti strokovnega razvoja za medicinske sestre v anesteziji. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(4), pp. 303–309.
- Skela - Savič, B., 2014. Are we aware of our responsibilities for developing nursing care? *Obzornik zdravstvene nege*, 48(1), pp. 5–11.
- Skela Savič, B., 2013. Smeri razvoja zdravstvene nege v prihodnosti. In: Kvas, A., et al., eds. *Približajmo zdravstveno okolje pacientu: zbornik prispevkov*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 89–102.
- Skela Savič, B., Zurc, J., & Hvalič Touzery, S., 2010. Staranje populacije, potrebe starostnikov in nekateri izzivi za zdravstveno nego. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(2). pp. 89–100.
- Schluter, J., Seaton, P., & Chaboyer, W., 2011. Understanding nursing scope of practice: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 48, pp. 1211–1222.
- Sheer, B. & YuetWong, F.K., 2008. The development of advanced nursing practice globally. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(3), pp. 204–221.
- Stalpers, D., de Brouwer, B.J.M., Kaljouw, M.J., & Schuurmans M.J., 2015. Associations between characteristics of nurse work environment and five nurse-sensitive patient outcomes in hospitals: A systematic review of literature. *International Journal of Nursing Studies*, 52, pp. 817–835.
- Tanner, C.A., 2010. Transforming prelicensure nursing education: preparing the new nurse to meet emerging healthcare needs. *Nursing Education Perspectives*, 31(6), pp. 347–53.
- Tolson, D., 2014. The development of nursing with older people a 21st century leadership priority. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(4), pp. 256–258.
- Trobec, I., Čuk, V. & Istenič Starčič, A., 2014. Kompetence zdravstvene nege ter opredelitev strategij razvoja kompetenc na dodiplomskem študiju zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(4), pp. 310–322.
- Trobec, I., 2010. Kronične bolezni-izzivi za zdravstveno nego. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(1), pp. 1–2.

- Wong, F.K., Mok, M.P., Chan, T., & Tsang, M.W., 2005. Nurse follow-up of patients with diabetes: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 50(4), pp. 391–402.
- World Health Organization-Regional office for Europe, 2014. *Strengthening Nursing and Midwifery: European strategic direction towards Health 2020 goals-draft*. Copenhagen: World Health Organization.
- Yeo, N., 2013. What really metters: The taste of water and more. *Singapore Nursing Journal*, 40 (1), pp. 11–15.
- Zavrl Džananović, D., 2010. Patronažno varstvo Slovenije včeraj, danes, jutri. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(2), pp. 117–125
- Zhu, Q.-M., Liu, J., Hu, H.-Y., & Wang, S., 2015. Effectiveness of nurse-led early discharge planning programmes for hospital inpatients with chronic disease or rehabilitation needs: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*; 24(19-20), pp. 2993–3005.

