REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

Splošna bolnišnica Jesenice

Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin

ProCare
Hospitals and faculties together for prosperous and scientific based healthcare

12. dan Angele Boškin

MULTIDISCIPLINARNOST, KOMPETENCE, KULTURA VARNOSTI:

Ali je pacient v središču zdravstvene obravnave?

11. 4. 2019

Hotel Astoria

Bled

REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

Splošna bolnišnica Jesenice

Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin

ProCare
Hospitals and facilities together for prosperous and scientific based healthcare

12. dan Angele Boškin

MULTIDISCIPLINARNOST, KOMPETENCE, KULTURA VARNOSTI:

Ali je pacient v središču zdravstvene obravnave?

11. 4. 2019, Hotel Astoria, Bled

12. dan Angele Boškin:
MULTIDISCIPLINARNOST, KOMPETENCE, KULTURA VARNOSTI:
Ali je pacient v središču zdravstvene obravnave?

Urednica: Sandra Jerebic

Programski odbor: Mojca Strgar Ravnik, Sandra Jerebic, Anja Jovanovič Kunstelj, Marija Mežik Veber, Sanela Pivač

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

Tehnični pregled gradiva: Nina Rustja in Maja Femc

Izdala in založila: Splošna bolnišnica Jesenice

Oblikovanje in tisk: Medium Žirovnica

Elektronska izdaja

Spletna lokacija: https://www.sb-je.si/strokovna_javnost/publikacije/

Leto izdaje: 2019

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

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani
COBISS.SI-ID=299662848
ISBN 978-961-94663-1-5 (pdf)

KAZALO

Uvodnik 5

Jure Noč - alpinist, gorski reševalec
Vloga in pomen diplomiranega zdravstvenika oz. zdravstvenega tehnika v okviru timskega pristopa v gorsko reševalni akciji, prikaz primera 6

Gordana Sivec, Herta Avsenek, Nina Waldner – SB Jesenice
Obravnava težko odpustljivega pacienta iz oddelka za zdravstveno nego 7

Barbara Zadnik, Maruša Ahačič - Klinika Golnik
Nadzorovano zdravljenje tuberkuloze – pomoč bolniku? 11

Karmen Janša, Ivica Avberšek - Lužnik – SB Jesenice
Dolgoročni rezultati zdravljenja pacientov s sladkorno boleznijo tipa 1 17

Ksenija Noč, Nuša Bajda – OZG, ZD Jesenice
Multidisciplinarna obravnava v preventivnih programih za odrasle v osnovnem zdravstvu 24

Jaka Strel, Ivan Pecev – Zavod Fitlab
Celostni pristop zdravnika k zdravstveno preventivni obravnavi: primer medpoklicne obravnave pacienta v ambulanti družinske medicine in horizontalno povezovanje z deležniki v lokalnem okolju 30

Lea Šelekar, Silvestra Mahnič – ZD Ljubljana
Multidisciplinarni pristop pri obravnavi pacienta v ambulanti družinske medicine 36

Mladen Gasparini – SB Izola
Uporaba kompetenčnega modela pri načrtovanju nove kirurške specializacije . . 42

Anita Hlebanja, Monika Legat – SB Jesenice
Nosečnica in otročnica v središču babiške obravnave – Kompetence babice v babiški ambulanti in na porodnem oddelku 49

Mateja Bahun, Sedina Kalender Smajlović, Marta Smodiš, Sanela Pivač - FZAB
Kompetence študentov zdravstvene nege 58

Barbara Ažman, Anja Silvester – SB Jesenice
Kako povedati, da se je zgodila napaka – študija primera 63

Sandra Jerebic, Zorica Panić – SB Jesenice
Zakaj ne sporočamo odklonov? 67

Tamara Lubi, Igor Robert Roj - ZD Maribor, UKC Maribor
Varnost pacientov kot pomembno načelo v zdravstveni obravnavi – imamo kulturo varnosti ali kulturo strahu? 72

Predavanje za dušo: Domen Rozman
Skrivnost uspeha ekipe Dunking Devils – Kako s pogumom, ranljivostjo in ekipnim duhom živeti za skupno vizijo 76

PROGRAM

8.30 – 9.00	**Registracija**
9.00 – 9.30	**Uvodni pozdravi**
9.30 – 9.45	Jure Noč - alpinist, gorski reševalec **Vloga in pomen diplomiranega zdravstvenika oz. zdravstvenega tehnika v okviru timskega pristopa v gorsko reševalni akciji, prikaz primera**
9.45 – 10.00	Gordana Sivec, Herta Avsenek, Nina Waldner – SB Jesenice **Obravnava težko odpustljivega pacienta iz oddelka za zdravstveno nego**
10.00 – 10.15	Barbara Zadnik, Maruša Ahačič - Klinika Golnik **Nadzorovano zdravljenje tuberkuloze – pomoč bolniku?**
10.15 – 10.30	Karmen Janša, Ivica Avberšek - Lužnik – SB Jesenice **Dolgoročni rezultati zdravljenja pacientov s sladkorno boleznijo tipa 1**
10.30 – 10.40	**Razprava**
10.40 – 11.00	**Odmor**
11.00 – 11.15	Ksenija Noč, Nuša Bajda – OZG, ZD Jesenice **Multidisciplinarna obravnava v preventivnih programih za odrasle v osnovnem zdravstvu**
11.15 – 11.30	Jaka Strel, Ivan Pecev – Zavod Fitlab **Celostni pristop zdravnika k zdravstveno preventivni obravnavi: primer medpoklicne obravnave pacienta v ambulanti družinske medicine in horizontalno povezovanje z deležniki v lokalnem okolju**
11.30 – 11.45	Lea Šelekar, Silvestra Mahnič – ZD Ljubljana **Multidisciplinarni pristop pri obravnavi pacienta v ambulanti družinske medicine**
11.45 – 12.00	Mladen Gasparini – SB Izola **Uporaba kompetenčnega modela pri načrtovanju nove kirurške specializacije**
12.00 – 12.15	Anita Hlebanja, Monika Legat – SB Jesenice **Nosečnica in otročnica v središču babiške obravnave – Kompetence babice v babiški ambulanti in na porodnem oddelku**
12.15 – 12.30	Mateja Bahun, Sedina Kalender Smajlović, Marta Smodiš, Sanela Pivač - FZAB **Kompetence študentov zdravstvene nege**
12.30 – 12.45	**Razprava**
12.45 – 14.00	**Odmor za kosilo**
14.00 – 14.15	Barbara Ažman, Anja Silvester – SB Jesenice **Kako povedati, da se je zgodila napaka – študija primera**
14.15 – 14.30	Sandra Jerebic, Zorica Panić – SB Jesenice **Zakaj ne sporočamo odklonov?**
14.30 – 14.45	Tamara Lubi, Igor Robert Roj - ZD Maribor, UKC Maribor **Varnost pacientov kot pomembno načelo v zdravstveni obravnavi – imamo kulturo varnosti ali kulturo strahu?**
14.45 – 15.00	**Razprava**
15.00 – 15.15	**Odmor**
15.15. – 16.15	**Okrogla miza – moderatorka Anja Jovanovič Kunstelj** Kompetence v zdravstvu
16.15 – 17.30	Predavanje za dušo: Domen Rozman **Skrivnost uspeha ekipe Dunking Devils – Kako s pogumom, ranljivostjo in ekipnim duhom živeti za skupno vizijo.**
Konec srečanja	

UVODNIK

Splošna bolnišnica Jesenice že 12. leto organizira strokovno srečanje, katerih temelj je kakovost in varnost v zdravstvu kar pomembno vključuje pacienta na vseh ravneh njegove obravnave; njegove potrebe in pričakovanja od prvega trenutka, ko vstopi v zdravstveni sistem. Zdravstveni sistem pa mora biti organiziran tako, da mu jo lahko ne glede na nivo, zagotavlja ter nudi, obravnava pacienta pa mora biti prava, kakovostna, pravočasna in predvsem varna. Že prva skrbstvena sestra Angela Boškin je v dvajsetih letih prejšnjega stoletja z svojimi začetki dispanzerske dejavnosti poskrbela, da so bili njeni »varovanci« deležni prave, z ustreznimi kompetencami podprte pomoči. Prav pred stotimi leti je dobila službo na Jesenicah in postavila temelje današnji patronažni službi, sodelovala je tudi z zdravnikom in tako sta ustvarila prvi mali multidisciplinarni tim, za tisti čas odličen, kakovosten in varen.

Že 12 let se s strokovnim srečanjem Angele Boškin trudimo prikazati veliko področij, kjer se delo za pacienta in pri pacientu kaže kot najbolj varno in kakovostno, hkrati pa smo želeli tudi opozoriti na izzive, težave in odklone od načrtovanega, ki se pri delu s pacienti lahko ali pa se dogodijo. Upam si trditi da smo že skoraj dvanajst let med tistimi, ki poskušamo tudi s tem strokovnim srečanjem soustvarjati kulturo varnosti v slovenskem zdravstvenem sistemu in tako skrbeti in poskrbeti za zadovoljstvo pacientov.

Naslov letošnjega 12. srečanja je **MULTIDISCIPLINARNOST, KOMPETENCE, KULTURA VARNOSTI: Ali je pacient v središču zdravstvene obravnave?**

Takšen naslov je v tem času zagotovo aktualen, narekujejo nam ga tudi dogajanja v zdravstvu v slovenskem prostoru. Še prej kot omenjeno, pa je pomembno predvsem to, kako in na kakšen način pristopati k pacientu, da bo s celovitim in kompetenčnim pristopom najbolje in najhitreje deležen koordinirane in nepretrgane zdravstvene obravnave. Rezultati mnogih domačih in tujih raziskav iz tega področja kažejo na to, da le z takšnim pristopom pacient dobi občutek, da je zanj odlično poskrbljeno in da smo jim predani.

Multidisciplinaren, sodoben pristop k pacientu je nujnost današnjega časa, ustrezne kompetence zaposlenih v zdravstvu pa zaokrožujejo pacientovo obravnavo v celoto. Ta je pa na takšen način varna in kakovostna, z najboljšimi izidi za naše središče skrbi in oskrbe – pacienta. Vsem skupaj želim dobro počutje in veliko dodanega znanja z našim 12. dnevom Angele Boškin.

"Delavec, ki želi dobro opraviti svoje delo, naj začne brusiti svoje orodje." (Konfucij)

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

Vloga in pomen diplomiranega zdravstvenika oz. zdravstvenega tehnika v okviru timskega pristopa v gorsko reševalni akciji Prikaz primera

Jure Noč, viš. zdr. tehnik, alpinist, gorski reševalec

Gorsko reševalna zveza Slovenije (GRZS) pokriva reševanje iz nedostopnih terenov. Reševalci posameznih postaj so v veliki večini laiki v smislu formalne zdravstvene izobrazbe, ne glede na pridobljena visoka znanja oskrbe obolelih in poškodovanih. Na vsaki postaji GRZS so prisotni zdravniki, veliko postaj pa ima v svojih vrstah člane, ki imajo opravljeno formalno izobrazbo z vidika zdravstvene nege. Vsi člani GRZS morajo opraviti 3 letno strokovno izobraževanje, da pridobijo naziv Gorski reševalec. Člani, ki imajo strokovno izobrazbo na področju zdravstvene nege, skrbijo poleg rednih izobraževanj prve pomoči (PP) na matični postaji, tudi za 80 urni tečaj PP in tekmo iz PP ter za medicinsko opremo na postaji. Njihova prava vloga pa se pokaže pri reševalnih akcijah. Tam so v sklopu reševalnega tima prisotni tako v vlogi reševalca kot v vlogi zdravstvenega osebja. Kvaliteta oskrbe se v takem timu močno izboljša. V sklopu predavanja o vlogi dipl. zdravstvenika v GRZS bo predstavljena tudi akcija reševanja v Triglavski severni steni, kjer se je pokazala prava moč sodelovanja le teh članov v reševalnem timu.

OBRAVNAVA TEŽKO ODPUSTLJIVEGA PACIENTA IZ ODDELKA ZA ZDRAVSTVENO NEGO

GORDANA SIVEC, dipl. m. s.
Splošna bolnišnica Jesenice, OZZN
gordana.sivec@sb-je.si

HERTA AVSENEK, dipl. m. s.
Splošna bolnišnica Jesenice, OZZN
herta.avsenek@sb-je.si

NINA WALDNER, univ. dipl. soc. del.
Splošna bolnišnica Jesenice, Socialna služba
nina.waldner@sb-je.si

Izvleček

Uvod: *V bolnišnicah se vse bolj skrajšuje ležalna doba pacientov in povečuje intenzivnost ter kompleksnost njihove obravnave. Namen raziskave je bilo prikazati, kako z leti narašča število težko odpustljivih pacientov in istočasno tudi prikazati povečanje števila aktivnosti, potrebnih za njihov odpust. Pri težje odpustljivih pacientih se izvede večje število družinskih in timskih sestankov.*
Metoda: *Izbrali smo kvantitativno deskriptivno metodo dela. Podatke za empirični del smo pridobili iz dokumentacije pacientov, ki so bili hospitalizirani na oddelku za zdravstveno nego v letih od 2015 do 2018. Statistična analiza podatkov je narejena s pomočjo programa Microsoft Excel 2013.*
Rezultati: *V času od leta 2015 do 2018 je bilo na oddelku za zdravstveno nego obravnavanih 40 težje odpustljivih pacientov. Število le-teh se je z leti povečevalo. Leta 2015 so bili taki pacienti trije, v letu 2018 je število naraslo na 15 pacientov. Najmlajši pacient je imel 21 let, najstarejši pa 91 let. Obravnavanih je bilo enako število kirurških in internističnih pacientov. Opravljenih je bilo 70 družinskih sestankov.*
Razprava: *Za otežen odpust pacienta je veliko različnih vzrokov. Zmotno je mišljenje, da so takšni pacienti predvsem starejše osebe. Zelo veliko težavo predstavlja odpust pacientov, ki so mlajših od 65 let. 65 let je v skladu z veljavno zakonodajo spodnja starostna meja za sprejem v institucionalno varstvo (v domove za starejše). Težje odpustljivi pacienti so tisti, ki potrebujejo veliko negovalnih aktivnosti, so nepokretni, odvisni od aparatov za ohranjanje osnovnih življenjskih potreb.*

Ključne besede: *neakutna obravnava, koordinator odpusta, socialna obravnava, družinski sestanki*

1 Uvod

Namen raziskave je bilo prikazati, kako z leti narašča število težko odpustljivih pacientov in istočasno tudi prikazati povečanje število aktivnosti, potrebnih za odpust pacienta, za katerega se v času hospitalizacije izkaže, da je njegov odpust otežen.

Neakutna obravnava predstavlja obliko bolnišničnega zdravljenja po končani akutni bolnišnični obravnavi, ko iz zdravstvenih ali socialnih razlogov še ni možen odpust zavarovane oseb v domače okolje ali nega v domačem okolju ni več možna zaradi različnih dejavnikov (ZZZS, 2013, pravilnik ministrstvo 1. člen neakutna obravnava).

Priprava na varen odpust se prične že ob bolnikovem sprejemu, načrtovane aktivnosti pa se nadaljujejo tudi po odpustu. Pomembna področja v načrtovanju odpusta so komunikacija, zgodnja ocena potreb bolnika, koordinacija, izobraževanje, sodelovanje bolnika in multidisciplinaren pristop (Jakhel, 2013).

V neakutno bolnišnično obravnavo se lahko sprejmejo bolniki, pri katerih je končana diagnostika bolezenskega stanja zaradi katerega so bili sprejeti v akutno bolnišnično obravnavo, uvedena ustrezna terapija in določena rehabilitacija. Pred namestitvijo v neakutno bolnišnično obravnavo mora izvajalec bolniku izdati ustrezno odpustnico iz akutne bolnišnične obravnave (ZZZS, 2013, pravilnik ministrstvo 3.člen neakutna obravnava).

V bolnišnicah se vse bolj skrajšuje ležalna doba pacientov, ob tem pa povečuje intenzivnost in kompleksnost njihove obravnave. Za akutno obravnavo in za večino pacientov to pomeni velik plus. Za neakutno obravnavo in za paciente, ki živijo sami in se njihovo stanje ne izboljša v pričakovanem času, to predstavlja veliko težavo. Okrevanje na neakutni obravnavi tako traja dlje časa, da dosežemo zadostno stopnjo samooskrbe, kot jo pacient potrebuje za odpust.

Koordinator odpusta na oddelku za zdravstveno nego in socialna delavka skupaj z bolnikom in njihovimi svojci pripravita načrt in cilje obravnave ter jih spremljata ves čas hospitalizacije. Dogovorita se za izvedbo družinskega sestanka in se povezujeta z izvajalci socialno varstvenih storitev (domovi za starejše, izvajalci storitev za pomoč na domu, centri za socialno delo). Informirata pacienta in svojce o možnostih nadaljnje oskrbe v domačem okolju. Socialna delavka obvešča svojce in bolnika o možnostih in vrstah socialnovarstvenih dodatkov, pomaga pri aktivnostih, potrebnih za izvedbo teh storitev (Mikloša, 2013).

Ker se zdravstvena situacija bolnika in s tem tudi cilji oskrbe spreminjajo, lahko pri enem bolniku naredimo več družinskih sestankov. Družinske sestanke vse več izvajamo tudi pri ostalih bolnikih, vključenih v neakutno obravnavo, saj se je izkazal za zelo dobrodošlega za koordiniranje odpusta in za boljši in varnejši prehod v domačo oskrbo (Mikloša, 2013).

Na oddelku za zdravstveno nego enkrat tedensko potekajo tudi timski sestanki. Udeležijo se jih koordinatorica odpusta na oddelku za zdravstveno nego, socialna delavka, fiziater, delovna terapevtka, fizioterapevtka in zdravnik - vodja oddelka za zdravstveno nego. Pogovorimo se o zdravstveni situaciji posameznega pacienta, negovalnih ter socialnih problemih in pripravimo načrt nadaljnje obravnave.

Ko se osebno srečamo z bolnikovimi bližnjimi, vzpostavimo zaupanje in varnost, ki sta potrebna za kvalitetno obravnavo bolnika in doseganje skupnih sprejemljivih rešitev (Mikloša, 2013).

2 Metode

Izbrali smo kvantitativno deskriptivno metodo dela. Podatke za empirični del smo pridobili iz dokumentacije pacientov, ki so bili hospitalizirani na oddelku za zdravstveno nego v letih od 2015 do leta 2018. Statistična analiza podatkov je narejena s pomočjo programa Microsoft Excel 2013.

3 Rezultati

V času od leta 2015 do 2018 je bilo na oddelku za zdravstveno nego obravnavanih 883 pa-

cientov, od tega je bilo 40 težje odpustljivih. Število težje odpustljivih pacientov se je z leti povečevalo. Najmlajši pacient je imel 21 let, najstarejši pa 91 let. Obravnavanih je bilo enako število kirurških in internističnih pacientov.

Tabela 1. Število težje odpustljivih pacientov

Leto	Število obravnavanih pacientov	Število težje odpustljivih pacientov	Odstotni delež
2015	224	3	1,34
2016	225	6	2,67
2017	236	17	7,20
2018	198	14	7,08

Iz tabele 1 je razvidno, da so bili leta 2015 težje odpustljivi trije pacienti, kar predstavlja 1,34 odstotka obravnavanih pacientov na oddelku v tem letu. Leta 2017 je število naraslo na 17 pacientov, kar predstavlja 7,20 odstotkov obravnavanih pacientov na oddelku za zdravstveno nego v letu 2017.

Tabela 2. Število ležalnih dni težje odpustljivih pacientov v posameznih letih

Leto	Povprečna ležalna doba	Število obravnavanih dni pri težje odpustljivih pacientih
2015	15,63	61
2016	17,23	78,5
2017	16,77	68,59
2018	še ni podatka	110,21

Iz tabele 2 je razvidno, da se je povprečna ležalna doba gibala od 15,63 do 17,23. Istočasno se je ležalna doba težje odpustljivih pacientov iz leta v leto podaljševala. V letu 2015 je bila 61 dni. V letu 2018 pa se je povzpela na 110,21 obravnavanih dni.

Tabela 3. Število izvedenih družinskih sestankov in aktivnosti s strani koordinatorice odpusta in socialne delavke

Leto	Število družinskih sestankov	Število družinskih sestankov na posameznega pacienta	Število izvedenih aktivnosti	Število izvedenih aktivnosti na posameznega pacienta
2015	1	0,33	18	6
2016	13	1,44	110	12,22
2017	19	1,12	189	11,12
2018	37	2,64	315	22,5

Iz tabele 3 je razvidno število družinskih sestankov, ki so bili izvedeni v posameznem letu pri težje odpustljivih pacientih. S strani koordinatorice odpusta in socialne delavke se je število aktivnosti povečevalo. Pri težje odpustljivih pacientih je bilo v letu 2015 opravljenih 18 aktivnosti, kar pomeni 0,33 izvedenega družinskega sestanka na posameznega pacienta in 6 ostalih aktivnosti s strani koordinatorice odpusta in socialne delavke. V letu 2018 pa je bilo teh aktivnosti 315, kar predstavlja 22,5 izvedenih aktivnosti na posameznega pacienta. Opravljenih je bilo 2,64 družinskega sestanka na posameznega težje odpustljivega pacienta.

4 Razprava

Za otežen odpust pacienta je več različnih vzrokov. Vsako leto ugotavljamo, da je težje odpustljivih pacientov vedno več. Potrebno je izvesti vedno več družinskih sestankov in ostalih aktivnosti, da izvedemo odpust iz bolnišnice. Naše domneve smo želeli podpreti tudi s številkami. Ugotovili smo, da je število težje odpustljivih pacientov enako iz kirurškega oddelka in internega oddelka. Ravno tako smo ugotovili, da je večina pacientov, ki so težje odpustljivi, mlajših od 65 let, kar je pogoj za sprejem v socialno varstveno ustanovo. Največji zadržek pri odpustu pacienta je njegovo zdravstveno stanje. Za večino težko odpustljivih pacientov se je izkazalo, da potrebujejo zahtevnejšo zdravstveno nego, imajo kronično rano, so traheotomirani, potrebujejo aspiracije traheje. Še posebej problematični so pacienti, ki so na mehanski ventilaciji, ki je namenjena za domačo uporabo. Pri težje odpustljivih pacientih organiziramo družinski sestanek. Namen razgovora je, da ugotovimo potrebe, želje, pričakovanja in cilje pacienta in njegovih bližnjih pri obravnavi. Pogovorimo se o negovalnih ter socialnih problemih in o potrebi po ureditvi in izbiri primernih pripomočkov za oskrbo v domačem okolju. Priprave na varen odpust se pričnejo že ob pacientovem sprejemu, pogosto vse aktivnosti niso dovolj, da bi izvedli odpust pacienta. V takšnem primeru se poskuša v obravnavo vključiti tudi institucije na državnem nivoju, vendar smo do sedaj naleteli na zaprta vrata. Izvedene aktivnosti se nanašajo na pogovore s svojci, pošiljanje prošenj za sprejem v socialno varstvene ustanove, pogovori s centri za socialno delo.

5 Zaključek

Sistematično prepoznavanje celotnih bolnikovih potreb, načrtovanje odpusta in aktivnostih, vezanih na odpust ter spremljanja bolnika po odpustu povečajo zavzetost bolnika in svojcev za sodelovanje pri obravnavi bolezni, varnost in zadovoljstvo (Peternelj, 2011).

Literatura

Jakhel, T., 2013. Koordinator odpusta na negovalnem oddelku. In: S. Kadivec & J. Slak, eds. 10 let dela in razvoja negovalnega oddelka: zbornik predavanj. Golnik, 5. december 2013. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, pp. 68-72.

Mikloša, P., 2013. Pomen timskega dela v neakutni in paliativni. In: S. Kadivec & J. Slak, eds. 10 let dela in razvoja negovalnega oddelka: zbornik predavanj. Golnik, 5. december 2013. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, pp. 61-67.

Peternelj, A., 2011. Priprava bolnika na odpust iz bolnišnice v domačo oskrbo – organizirana koordinacija odpusta. In: U. Lunder, ed. Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice: zbornik srečanja. Ljubljana, 3. februar 2011. Golnik: Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, p. 43.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), 2013. Priloga BOL II/b: Oblikovanje in financiranje programov na sekundarni in terciarni ravni. [online] Available at: http://www.zzzs.si/egradivap/AA69EB5C70327BCFC1257B25002E636C [Accessed 2 February 2018].

NADZOROVANO ZDRAVLJENJE TUBERKULOZE - POMOČ BOLNIKU?

BARBARA ZADNIK, dipl. m. s.
Univerzitetna klinika za pljučne bolezni ina alergijo Golnik, oddelek 700
barbara.zadnik@klinika-golnik.si

MARUŠA AHAČIČ, mag. zdr. nege
Univerzitetna klinika za pljučne bolezni ina alergijo Golnik, oddelek 700
marusa.ahacic@klinika-golnik.si

Izvleček

V Sloveniji smo v zadnjem desetletju priča stalnemu upadanju incidence tuberkuloze. Trenutna situacija je plod dela zdravstvenih strokovnjakov na vseh nivojih, tudi medicinskih sester. Zaradi specifične situacije v slovenskem prostoru, ki predstavlja izzive pri obravnavi bolnikov s tuberkulozo iz rizičnih skupin, kot so starostniki, alkoholiki, odvisniki od prepovedanih substanc in begunci ter migranti, zahteva od medicinskih sester individualen pristop, ki postavlja v središče obravnave bolnika.
Individualen pristop pri obravnavi bolnikov s tuberkulozo najlažje opredelimo z vlogo koordinatorja odpusta, ki je ključna naloga medicinske sestre. Koordinator odpusta izvaja naloge zdravstvene vzgoje od sprejema dalje in je zadolžen za nadzorovano zdravljenje, vodenje in podporo bolniku in njegovim svojcem po odpustu iz bolnišnice. Namen nadzorovanega zdravljenja bolnika s tuberkulozo ni le dokončanje celotnega režima jemanja protituberkuloznih zdravil, kot je prepogosto razumljeno, temveč zavzema mnogo širše področje delovanja. Zaradi zagotavljanja kakovostne in individulane obravnave bolnika je potrebno sodelovanje z medicinskimi sestrami in drugimi strokovnjaki ter laiki izven bolnišničnega okolja. Vsakega bolnika in njegove življenjske okoliščine je potrebno obravnavati individualno in zanj pripraviti individualen načrt obravnave. Namen prilagajanja je olajšati dolgotrajno zdravljenje tuberkuloze in krepiti integracijo posameznika v okolje. Zakaj se torej zdravstveni delavci ne zavedamo svoje vloge? Nas je strah, ker ne poznamo zdravil, bolezni ali pomena načina zdravljenja? Ali je res bolnik v središču naše obravnave?
V zadnjem času se zaradi begunske in migrantske situacije v svetu tudi v Sloveniji pojavljajo za nas novi izzivi, bolniki s tuberkulozo, ki izhajajo iz drugačnega kulturnoekonomskega okolja, kar za medicinske sestre predstavlja nove priložnosti za kakovostnejšo obravnavo. Potrebno je najti nove komunikacijske poti, tudi z nevladnimi organizacijami in prostovoljci, da postavimo v središče obravnave posameznega bolnika s tuberkulozo in ne zdravstvenega sistema samega.

Ključne besede: *nadzorovano zdravljenje, tuberkuloza, medicinska sestra*

1 Uvod

Tuberkuloza (TB) ostaja eden večjih zdravstvenih problemov tudi v enaindvajsetem stoletju. Pojavljanje rezistentnih oblik TB (MDR-multidrug resistant in XDR-extradrug resistant) predstavlja izziv pri preprečevanju širjenja, zdravljenju in nadzoru bolezni (Zadnik, 2009). Ocenjuje se, da je *z M.tuberculosis* okužena tretjina svetovnega prebivalstva, kar uvršča TB med tri najbolj smrtonosne bolezni na svetu (takoj za AIDS-om in pred malarijo). Najbolj zanesljiva strategija, ki pripomore, da bolniki uspešno zaključijo zdravljenje in strategija, s katero zmanjšamo možnost pojava rezistentnih oblik TB je DOT (Ditectly Observed Therapy) oziroma strate-

gija nadzorovanega zdravljenja (Svetina, 2016). Z namenom zagotavljanja čim boljših izidov zdravljenja vključujemo vse bolnike z dokazano obliko TB v modul koordiniranega odpusta bolnika s TB (Zadnik, 2016).

Strokovnjaki se sklicujejo na World Health Organization (WHO), ki omenja t.i. TB konzilij, kot multidisciplinarno posvetovalno telo, ki ga poleg zdravnikov iz različnih področij, psihologov in drugih strokovnjakov, sestavljajo tudi medicinske sestre, katerega namen je zmanjševanja napak pri obravnavi bolnikov s TB in zagotavljanje pozitivnih izidov zdravljenja (D'Ambrosio et al., 2018).

2 Nadzorovano zdravljenje in vloga medicinske sestre

Za uspešno zdravljenje TB so v prvi vrsti odgovorni zdravstveni delavci. Za doseganje kontinuitete zdravstvene obravnave je primarna odgovornost medicinske sestre koordinatorja odpusta, ki koordinira zdravstvene delavce na klinikah, delavce na terenu, zdravstvene vzgojitelje, medicinske sestre, zdravnike, farmacevte, zdravnike in socialne delavce (Centers for Disease Control and Prevention (CDC) & National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention Division of Tuberculosis Elimination, 2014). Medicinske sestre predstavljajo največjo profesionalno skupino v zdravstvenem sistemu po vseh regijah in s tem nosijo tudi veliko odgovornost pri obravnavi, organiziranju in izvajanju nadzorovanega zdravljenja bolnikov s TB (Williams, 2015). Eden od pomembnejših ciljev dela koordinatorja odpusta oziroma organizatorja in izvajalca nadzorovanega zdravljenja je pomoč bolniku, da dokonča zdravljenje. Za uspešno izvedeno delo koordinatorja je zelo pomembno poznavanje bolnika. Z bolnikom je potrebno razvijanti dober odnos, ki temelji na zaupanju. Posebno težavo predstavljajo jezikovne ovire med bolnikom in zdravstvenimi delavci (Centers for Disease Control and Prevention (CDC) & National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention Division of Tuberculosis Elimination, 2014).

Glavni namen dela medicinske sestre - koordinatorja odpusta bolnikov s TB je (Zadnik, 2016):
- podpora in pomoč bolniku, da uspešno zaključi celoten režim zdravljenja
- omejevanje širjenja TB
- **individualna in fleksibilna ureditev nadzorovanega zdravljenja za vse bolnike s TB (DOT)**
- sodelovanje s terenom (zdravstveni delavci, svojci, ipd.)
- preskrba z zdravili, sodelovanje z zdravnikom in farmacevtom
- zdravstveno vzgojno delo
- sodelovanje v ambulantni obravnavi bolnikov s TB in latentno okužbo s tuberkulozo (LOTB) in
- prepoznavanje zapletov

Izvajanje DOT-a zagotavlja ozdravitev in zaključek celotnega režima zdravljenja, daje možnost za prepoznavanje eventuelnega pojava neželenih učinkov ali neprenašanja protituberkuloznih zdravil (PTZ) ter daje priložnost za pravočasno reševanje težav, zaradi katerih pacenti prekinejo protituberkulozno zdravljenje (Svetina, 2016).

DOT mora biti organiziran za **vse** bolnike s TB, ker se ne moremo zanesti in sami predvidevati, da bo bolnik redno prejemal zdravila. Obstajajo pa določene skupine bolnikov za katere se DOT še posebej priporoča. Te skupine so (Centers for Disease Control and Prevention (CDC) & National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention Division of Tuberculosis Elimination, 2014):

- bolniki oboleli z bacili rezistentnimi na PTZ
- bolniki po prekinitvi zdravljenja
- nesodelujoči bolniki
- bolniki iz ranljivih skupin prebivalstva
- starejši bolniki
- otroci in mladoletniki.

Williamsova (2015) opredeljuje naslednje vsebine preko katerih medicinska sestra, kot koordinator odpusta oziroma organizator ter izvajalec nadzorovanega zdravljenja implementira DOT na področje vodenja bolnika s TB (tabela 1):

Tabela 1. Vloga medicinske sestre

Elementi	Načrt	Vloga medicinske sestre
Politična podpora	delovanje na lokalni in nacionalni ravni	• Zagovorništvo • izkušnja dela z bolniki in širšim okoljem pripomore pri strateških odločitvah in njihovi implementaciji
Detekcija primerov	detekcija kužnih bolnikov (ekonomski vidik)	• detekcija sumov na TB • podpora • oddaja kužnin • dokumentiranje
Standardiziran režim zdravljenja +DOT	zagotavlja ustrezen režim zdravljenja in dobro kompatibilnost izvajalec nadzora: poučen in odgovoren	• individualni načrt • zdravstvena vzgoja bolnika in svojcev • opazovanje in dokumentiranje • podpora bolniku, svojcem in okolju
Zbiranje podatkov	sistematično ocenjevanje napredka/ zaključka	• jasno, natančno in takojšnje dokumentiranje
Preskrba z zdravili	zmanjševanje možnosti za prekinitev terapije	• zagotavljanje preskrbe zdravil
logistična podpora (usposabljanje in nadzor)	zagotavlja kvalitetno obravnavo aktualnih in potencialnih bolnikov	• pridobivanje znanja in veščin- profesionalni razvoj • podpora bolniku, svojcem, sodelavcem
Fleksibilnost	upošteva okolje, kulturne navade in posebnosti	• ključna vloga koordinatorja odpusta: za zagotavljanje fleksibilnosti z individualnim pristopom

3 Razprava

Ne glede na to, da je hospitalizacija bolnikov s TB praviloma daljša, je potrebno odpust pacienta načrtovati že ob samem sprejemu bolnika v bolnišnico. Tekom hospitalizacije ima koordinator odpusta, ki izhaja iz bolnišničnega okolja čas za pridobitev informacij o življenju bolnika v domačem okolju (domače razmere, delo, zdravstveno zavarovanje, uživanje alkohola in/ali prepovedanih drog (Zadnik, 2016,). Predpogoj za uspešno zaključeno zdravljenje je na prvem mestu sodelovanje med medicinsko sestro ter bolnikom s TB oz. njegovimi svojci.

Pomembno je, da je bolnik že **ob sprejemu** seznanjen z načinom in nujnostjo vodenja TB. Bol-

niku je potrebno nadzorovano zdravljenje predstaviti kot pomoč in podporo in ne instrument nadzora. Bolnika je potrebno poučiti o TB, higieni kašlja, oddaji kužnin, ukrepih za preprečevanje prenosa TB, namenu in načinu jemanja PTZ (Zadnik, 2016).

DOT praviloma izvajajo zdravstveni delavci. V kolikor je le mogoče, skušamo DOT organizirati s pomočjo medicinskih sester v pulmoloških ambulantah in s sodelovanjem patronažnih medicinskih sester. V kolikor to ni možno, DOT izvajajo medicinske sestre v splošnih ambulantah, domovih starejših občanov, metadonskih centrih ipd. V zadnjem času se za izvedbo DOT-a obračamo tudi na nevladne organizacije (Slovenska filantropija, društvo StIgma,...). DOT izjemoma izvajajo bolnikovi svojci, kadar le tega ni možno drugače organizirati. Kadar DOT izvajajo svojci ali druge laične osebe, je le te potrebno posebej temeljito poučiti.

Primer: Zaželeno je vodenje bolnika s TB po odpustu s strani medicinske sestre v pulmološki ambulanti, vendar se zaradi oddaljenosti bolnikovega kraja bivanja dogovorimo za vodenje bolnika v ambulanti izbranega družinskega zdravnika. Medicinska sestra v ambulanti družinskega zdravnika odkloni sodelovanje za izvajanje DOT-a z obrazložitvijo, da za to nima pristojnosti. Za nadaljne sodelovanje se dogovorimo s patronažno medicinsko sestro.

Pri organizaciji DOT-a se je potrebno zavedati, da mora biti pristop k vsakemu bolniku **individualen** (Williams, 2015). Pri organizaciji DOT-a nam je v pomoč **zdravstveno vzgojno** delo (šola za bolnike s TB), preko katerega lahko ocenimo bolnikovo znanje (seznanjenost) in zavedanje pomena rednega in pravilnega načina jemanja zdravil. Z zdravstveno vzgojo bolnikov je potrebno pričeti takoj ob sprejemu, ko začnemo razvijati odnos med bolnikom in zdravstvenim delavcem. Ob sprejemu je potrebno rešiti tudi jezikovne ovire s pomočjo svojcev, prevajalcev.

Primer: Za mlajšo gospo, ki ne govori slovensko, se dogovorimo za dnevne obiske patronažne medicinske sestre. Priskrbimo navodila za jemanje zdravil v njenem jeziku. Moža, ki razume slovensko, poučimo o načinu nadzorovanega zdravljenja, da pomaga pri komunikaciji. Po mesecu zdravljenja doma priporočimo hišne obiske trikrat tedensko.

Bolnike lahko bolj spoznamo in DOT laže organiziramo, če izvajamo **družinske razgovore**.

Pri obravnavi bolnika s TB je potrebno vključevati tudi svojce ali pomembne bližnje. Tekom hospitalizacije je potrebno opraviti vsaj en družinski razgovor. Na družinskem razgovoru so poleg bolnika in njegovih svojcev prisotni še zdravnik, medicinska sestra, socialna delavka. Razgovor je namenjen informiranju o bolezni in zdravljenju in zdravstveni vzgoji, še posebej takrat kadar bolnik sodelovanja ni zmožen (starost, nerazumevanje,..). S pomočjo odprte komunikacije je lažje odpraviti morebitne strahove in vzpostaviti podporni sistem za bolnika in njegove svojce.

Družinski razgovor je namenjen tudi načrtovanju bolnikovega odpusta in organizaciji nadzorovanega zdravljenja. Na srečanju je možno pridobiti podatke za izvedbo potrebnih pregledov kontaktov. Občasno se zaradi neugodne socialne mreže ali anamnestičnih podatkov (alkoholizem, uživanje prepovedanih drog, ipd.) se zdravnik odloči za podaljšano bolnišnično zdravljenje z namenom zagotavljanja ustreznega nadzorovanega zdravljenja (Zadnik, 2016).

Primer: 55 letnega gospoda zaradi neurejene socialne mreže in anamnezo alkoholizma namestimo na negovalni oddelek z namenom dokončanja celotnega režima zdravljenja s PTZ.

Pri vsakem bolniku družinski razgovor ni možen v klasični obliki. Zlasti kadar je obravnavan bolnik azilant, migrant, oseba brez svojcev. V takšnem primeru razgovor izvedemo z njemu bližnjim osebam. V zadnjem času na ta način sodelujemo s Slovensko filantropijo, ki izvajajo nadzorovano zdravljenje migrantom, ki so zboleli za TB oziroma za latentno obliko bolezni.

DOT mora biti **dokumentiran.** Načrt za vodenje bolnika s TB zapišemo v računalniški sistem in je del zdravniške odpustnice. Zdravniški odpustnici priložimo navodila za jemanje PTZ, navodila bolnikom po odpustu, poročilo službi zdravstvene nege, kadar je to potrebno in evidenčni list jemanja PTZ.

Vsebine, ki jih zapis DOT-a v modulu koordinatorja odpusta vsebuje:
- kdo in kako pogosto bo DOT izvajal (kontaktni podatki) v domačem okolju,
- oceno zdravstvene vzgoje z opombami,
- podatki o izbranem osebnem zdravniku s terminom pregleda,
- podatki o zdravniku pulmologu s terminom pregleda in
- podatki o koordinatorju odpusta

Primer: Gospod XX se zaveda pomena rednega jemanja protituberkuloznijh zdravil. Prav tako je seznanjen s pravilnim načinom jemanja terapije. Kljub temu menimo, da potrebuje nadzorovano zdravljenje 3x tedensko. Za neposredni nadzor nad jemanjem zdravil se dogovorimo z dipl.m.s. AB v pulmološki ambulanti ZD Koper (tel. Št).
Izbrani osebni zdravnik: ime in priimek, ZD Koper; tel. št.
Pulmolog ime in priimek, ZD Koper, tel.št.
Koordinator odpusta: ime in priimek; tel. št.

V okviru modula koordinatorja odpusta sprotno načrtujemo klice tistemu, ki izvaja neposredno nadzorovano zdravljenje. Klice načrtujemo glede na problematiko individualno. Pridobljene informacije beležimo in jih posredujemo zdravniku, ki je vodil bolnika tekom bolnišničnega zdravljenja. Nadzorovano zdravljenje zaključimo z zadnjim dnem jemanja PTZ.

Primer: Govorim z medicinsko sestro AB v pulmološki ambulanti ZD Koper. Pove, da gospod redno prihaja na nadzorovano zdravljenje. PTZ prinaša s seboj. Pridobil 2 kg na telesni teži. Težav v zvezi s stranskimi učinki PTZ ne navaja. Danes opravil odvzem krvi. Opozorim, da je 4.4. predvidena menjava terapije. Podpis koordinatorja

Primer: Govorim z medicinsko sestro v ambulanti izbranega osebnega zdravnika. Pove, da gospoda SD v tekočem tednu ni bilo na nadzorovano zdravljenje. Gospod se ne javlja na telefon. S strani svojcev izvem, da mu je potekla viza in jo je šel uredit v tujino. Svojcem naročim, da javijo, ko se vrne. Ob vrnitvi gospoda z zdravnico povabiva na razgovor. Ponovno se dogovorimo da bo od srede do petka hodil na nadzorovano zdravljenje. Ob naslednjih tedenskih klicih ugotavljamo, da se gospod dogovora drži. PTZ redno prejema. Težav ne navaja. DOT enako dalje. Podpis koordinatorja.

V zadnjih treh letih smo medicinske sestre koordinatorke odpusta Klinike Golnik, na oddelku, kjer vodimo bolnike s TB izvedle preko 1600 klicev. Večino nadzorovanega zdravljenja poteka izven Klinike in ga izvajajo medicinske sestre iz pulmoloških ambulant, patronažnih medicinskih sester, medicinske sestre v azilih in zaporih. Le redko so izvajalke medicinske sestre v ambulanti družinske medicine.

Zelo velikokrat se zgodi, da ob prvem stiku koordinatorja z predvidenim izvajalcem DOT-a naleti na odpor do tovrstnega dela. Večini se zdi to nepotrebno, nepomembno. Nemalokrat se zgodi, da se medicinske sestre bolnikov s TB bojijo (Ker imajo TB). To zagotovo izhaja iz pomanjkanja znanja in strahu pred okužbo.

4 Zaključek

Medicinske sestre, ki obravnavajo bolnike s TB, se morajo zavedati širše slike bolezni in posledic, ki jih pušča neustrezno vodenje in spremljanje teh bolnikov. Vsak bolnik, ki ni voden skozi celoten režim zdravljenja predstavlja potencialno nevarnost, da bo prenehal z jemanjem terapije, da bo zdravila nepravilno jemal, kar bo imelo za posledico relaps, ponovno kužnost in eventuelno rezistenco.

S pomočjo koordiniranega odpusta ter komunikacijo med bolnišničnim okoljem in terenom, zagotavlja medicinska sestra podporo tako bolniku in njegovim svojcem kot tudi medicinskim sestram, ki vodijo bolnike v domačem okolju.

Medicinske sestre pri svojem delu vedno zagovarjamo samostojnost v okviru kompetenc svoje poklicne skupine. Vprašati se je potrebno, ali si upamo prevzeti odgovornost? Je naše delo, ki ga lahko opravimo samostojno, res zdravnikova odgovornost? Znamo delati v timu?

Literatura

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) & National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention Division of Tuberculosis Elimination, 2014. *Managing Tuberculosis Patients and Improving Adherence.* Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

D'Ambrosio, L., Bothamley, G., Caminero Luna, J.A., Duarte, R., Guglielmetti, L., Muñoz Torrico, M., Payen, M.C., Saavedra Herrera, N., Salazar Lezama, M.A., Skrahina, A., Tadolini, M., Tiberi, S., Veziris, N. & Migliori, G.B., 2018. Team approach to manage difficult-to-treat TB cases: Experiences in Europe and beyond. *Pulmonology*, 24(2), pp. 132-141.

Svetina, P., 2016. Tuberkuloza – razširjenost, odpornost. In: S. Kadivec, ed. *6. slovenski pnevmološki in alergološki kongres. Timska obravnava bolnika s pljučno boleznijo: zbornik predavanj: program za zdravstveno nego. Bled, 7.-8. oktober 2016.* Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, pp. 25-27.

Williams, G., 2015. *TB guidelines for nurses in the care and control of Tuberculosis and multidrug resistant Tuberculosis*. 3rd ed. Geneva: International Council of Nurses, pp. 53-61.

Zadnik, B., 2009. Vloga zdravstvene nege pri nadzorovanem zdravljenju. In: S. Majcen Dvoršak, A. Kvas , B.M. Kaučič, D. Železnik & D. Klemenc, eds. *7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije. Medicinske sestre in babice - znanje je naša moč: zbornik prispevkov z recenzijo. Ljubljana, 11.-13. maj 2009*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Zadnik, B., 2016. Zdravstvena oskrba bolnika s TB. In: P. Svetina, M. Košnik & R. Marčun, eds. *2.Slovenski in 2. mednarodni posvet o obravnavi in spremljanju bolnikov s tuberkulozo: zbornik srečanja. Golnik, 23.-24. marec 2016.* Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik.

DOLGOROČNI REZULTATI ZDRAVLJENJA PACIENTOV S SLADKORNO BOLEZNIJO TIPA 1

KARMEN JANŠA, dr. med., spec. int. med.
Splošna bolnišnica Jesenice, Diabetološka ambulanta
karmen.jansa@sb-je.si

doc. dr. IVICA AVBERŠEK - LUŽNIK, spec. med. biokem.
Splošna bolnišnica Jesenice, Oddelek za laboratorijsko diagnostiko
ivica.avbersek-luznik@sb-je.si

Izvleček

Izhodišče: *Z raziskavo želimo pri pacientih s sladkorno boleznijo tipa 1 dokazati dolgoročno učinkovitost zdravljenja z inzulinsko črpalko (v nadaljevanju IČ), v primerjavi z zdravljenjem z intenzivirano inzulinsko terapijo (v nadaljevanju IIT). Poleg tega želimo pri preiskovancih prikazati vpliv obeh zdravljenj na pojavnost in potek kasnih zapletov sladkorne bolezni.*
Metode: *V raziskavi smo napravili retrospektivni pregled podatkov o urejenosti krvnega sladkorja in prisotnosti kasnih zapletov sladkorne bolezni pred pričetkom in po desetih letih zdravljenja z IČ ali IIT.*
Rezultati: *V raziskavo smo vključili 23 preiskovancev s sladkorno boleznijo tipa 1, ki so se 10 let zdravili z IČ in 26 pacientov zdravljenih z IIT v istem časovnem obdobju. Na začetku opazovanega obdobja zdravljenja z IČ je bil povprečni HbA1c 7,96 %, z IIT 8,61 % in na koncu 7,67 %, z IIT 8,46 %. Prevalenca zapletov na začetku in koncu spremljanja je bila na očeh (IČ 52 napram 52 %; IIT 65 napram 77 %), na ledvicah (IČ 21,7 napram 17,4 %); IIT 38,5 napram 42,3 %), in na perifernem živčevju (IČ 39,1 napram 39,1 %; IIT 23 napram 42,3 %), srčno-žilnih (IČ 4,3 napram 4,3 %; IIT 0 napram 19,2 %).*
Zaključek: *Zdravljenje z IČ pri odraslih pacientih s sladkorno boleznijo tipa 1 se je v 10 letnem obdobju spremljanja v primerjavi z zdravljenjem z IIT v istem časovnem obdobju izkazalo kot učinkovitejše glede obvladovanja mikrovaskularnih zapletov na očeh, ledvicah in živčevju ter obvladovanja srčno-žilnih zapletov.*

Ključne besede: *inzulinska črpalka, sladkorna bolezen tipa 1, mikrovaskularne komplikacije, makrovaskularne komplikacije, presnovna urejenost*

1 Uvod

V Diabetološki ambulanti Splošne bolnišnice Jesenice nam je zadovoljen, kakovostno in varno obravnavan pacient na prvem mestu. Zato stalno sledimo najnovejšim trendom na področju zdravljenja in celostnega pristopa k zdravstveni obravnavi. Poleg samega uvajanja novih načinov zdravljenja, so nam pomembni tudi izidi zdravljenja. V Sloveniji so bili prvi začetki zdravljenja z IČ v zgodnjih osemdesetih letih, rutinska uporaba pa se je začela leta 2000 (Battelino & Janež, 2007). V naši bolnišnici smo bili v slovenskem prostoru med prvimi, ki smo pričeli uvajati zdravljenje z IČ pri odraslih pacientih s sladkorno boleznijo tipa 1 (v nadaljevanju SB1). Prva dva pacienta smo prevedli na zdravljenje z IČ januarja 2001. Najpogostejše indikacije za zdravljenje z IČ so pogoste, nepredvidljive, posebno nezaznavne in nočne hipoglikemije, neurejena in težko vodljiva sladkorna bolezen (v nadaljevanju SB), zgodnji pojav kasnih zapletov ter izrazit fenomen zore (Battelino & Janež, 2007).

V raziskavi Diabetes Control and Complication Trial (Diabetes Control and Complications Trial Research Group, et al., 1993) so pri pacientih s SB1 dokazali, da z dobro urejenostjo SB odložimo nastanek in upočasnimo napredovanje že nastalih mikrovaskularnih zapletov SB na očeh, ledvicah in živčevju. Številne raziskave so ugotovile, da z zdravljenjem z IČ lahko izboljšamo urejenost SB tudi pri pacientih s SB1, ki z IIT ne dosegajo ciljnih glikemičnih vrednosti (Janež, 2012; Orr, et al., 2015; Joubert, et al., 2014). Manjše število raziskav je proučevalo vpliv zdravljenja z IČ v primerjavi z IIT na nastanek in potek mikrovaskularnih ter srčno-žilnih kasnih zapletov (Zabeen, et al., 2016; Rosenlund, et al., 2015; Steineck, et al., 2015). Nismo pa našli raziskav z zdravljenjem z IČ, ki bi trajale 10 let ali več.

2 Pacienti in metode

Raziskava je nenačrtovana, retrospektivna in prikazuje izkušnje o zdravljenju pacientov s SB1 z IČ v primerjavi s pacienti s SB1 na IIT v realnem vsakdanjem življenju. V diabetološki ambulanti Splošne bolnišnice Jesenice smo v prvi polovici leta 2017 obravnavali 91 pacientov s sladkorno boleznijo tipa 1. 30 jih je bilo zdravljenih z IČ (33 %), 60 z IIT (66 %) in 1 z inzulinsko mešanico (1 %). V raziskavo smo vključili vse paciente s SB1, ki so bili v letih 2001 do vključno 2007 prevedeni iz IIT na zdravljenje z IČ in so bili vsaj 10 let zdravljeni z IČ (v nadaljevanju pacienti SB1 na IČ) in kot kontrolno skupino paciente, ki so se v istem obdobju ves čas zdravili z IIT (v nadaljevanju pacienti SB1 na IIT). Skupini sta si bili enaki po trajanju SB in starosti. Pacienti s SB1 so pri nas v povprečju obravnavani trikrat letno, običajno vsake 4 mesece, v ambulanti, ki je posebej namenjena pacientom s SB1. Indikacije za uvedbo zdravljenja z IČ pri preiskovancih so podane v tabeli 1.

Tabela 1. Indikacije za uvedbo zdravljenja z inzulinsko črpalko

	Število pacientov
Hude in nezavedne hipoglikemije	10
Neurejena sladkorna bolezen	8
Fenomen zore	3
Nosečnost	1
Stanje po transplantaciji ledvice	1

Pri vodenju SB je izredno pomembno opolnomočenje pacientov za celostno zdravljenje. Zato so vsi pacienti s SB1, skladno s svojimi zmožnostmi, opravili edukacijo o osnovah in zapletih SB, o prehrani pri SB, poučeni so bili o štetju ogljikovih hidratov, izračunih korekcijskih in bolusnih odmerkov inzulina ter prilagajanju inzulinskih odmerkov glede na fizično aktivnost in prisotnost drugih bolezni. Edukacija poteka usklajeno, z delitvijo vsebin in sodelovanjem med člani diabetičnega tima, srednjo medicinsko sestro, diplomirano medicinsko sestro edukatorico, dietetičarko in zdravnicami specialistkami, diabetologinjami. Pri uvedbi IČ se v delo tima vključi tudi edukatorica proizvajalca IČ, ki pacienta nauči tehničnega obvladovanja IČ.
Pri preiskovancih smo primerjali starost, trajanje SB, HbA1c, enote inzulina, telesno težo in indeks telesne mase pri pacientih SB1 na IČ, pred uvedbo IČ (začetek opazovanega obdobja) ter po 10 letih spremljanja (konec opazovanega obdobja) in pri kontrolni skupini v enakem časovnem obdobju.

Pri preiskovancih smo na podlagi dosegljive dokumentacije napravili opredelitev mikrovaskularnih in srčno-žilnih zapletov na začetku in na koncu opazovanega obdobja.

Raziskavo je odobrila etična komisija v Splošni bolnišnici Jesenice.

3 Rezultati

V raziskavo smo vključili 23 preiskovancev s SB1 zdravljenih z IČ in 26 zdravljenih z IIT. Skupini pacientov SB1 na IČ in pacientov SB1 na IIT sta bili izenačeni po trajanju SB in starosti na koncu spremljanja, statistično značilno sta se razlikovali glede na starost ob odkritju SB in urejenost SB tako na začetku kot na koncu opazovanega obdobja. Med skupinama ni bilo razlik v telesni teži in indeksu telesne mase, pomemba pa je bila razlika v enotah inzulina na dan in enotah inzulina na telesno težo na začetku opazovanja in po 10 letih. Podatki so prikazani v tabeli 2.

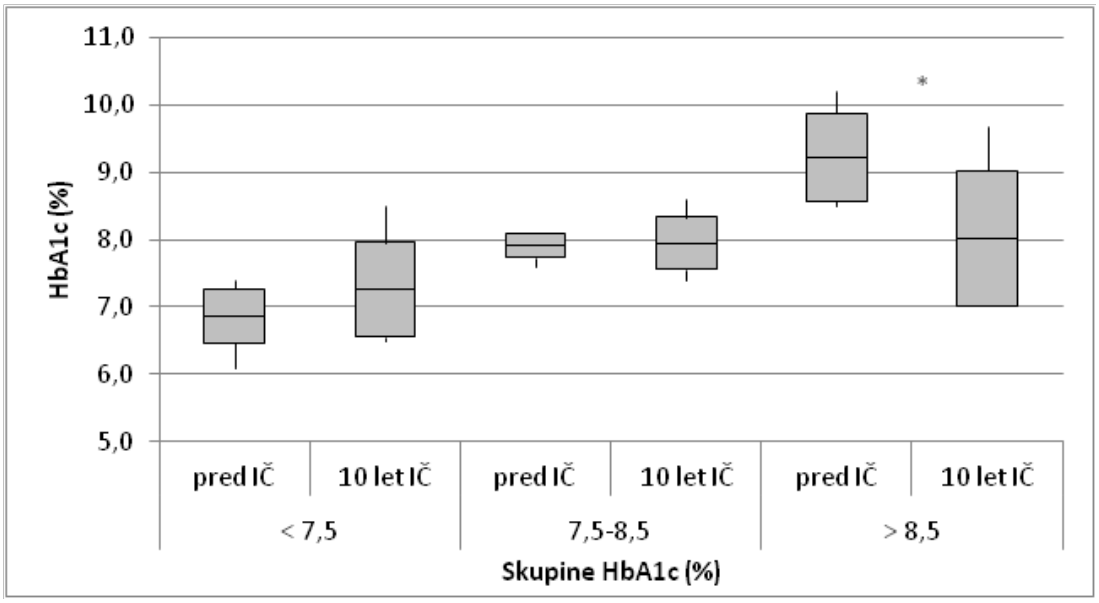
Tabela 2. Primerjava demografskih podatkov, antropometričnih vrednosti in HbA1c na začetku in koncu opazovanega obdobja ter enot inzulina med skupinama na koncu opazovanega obdobja

	Pacienti SB1 na IČ	Pacienti SB 1 na IIT	p
Število	23	26	
Starost ob odkritju SB tipa 1 (leta)	15,4 (7,6)*	21,5 (7,3)*	0,007
Trajanje SB na koncu opazovanja (leta)	31,5 (13,2)*	31,1 (10,5)*	0,908
Starost na koncu opazovanja (leta)	50 (40,5-56,5)**	50,5 (46-55,5)**	0,292
HbA1c na koncu opazovanja (%)	7,67 (0,81)*	8,46 (1,41)*	0,019
HbA1c na začetku (%)	7,96 (1,13)*	8,61 (1,2)*	<0,001
Telesna teža na koncu (kg)	79 (62,5-91,5)**	79,5 (69-93,5)**	0,477
Telesna teža na začetku (kg)	72,0 (13,2)*	71,4 (20,5)*	0,918
Indeks telesne mase na koncu (kg/m2)	25,7 (3,9)*	26,9 (4,1)*	0,268
Indeks telesne mase na začetku (kg/m2)	24,1 (3,0)*	23,4 (5,4)*	0,058
E inzulina / dan na koncu	42 (35-51)**	69 (44-102)**	0,011
E inzulina / telesno težo na koncu	0,6 (0,5-0,7)*	0,9 (0,6-1,1)*	0,002

* povprečna vrednost (standardni odklon), ** mediana (kvartilni razmik)

Za izhodiščno vrednost HbA1c pri skupini pacientov SB1 na IČ smo vzeli povprečno vrednost HbA1c v zadnjem letu pred uvedbo zdravljenja z IČ, pri skupini pacientov SB1 na IIT pa povprečno vrednost HbA1c v istem časovnem obdobju. Hba1c je bil tako na začetku kot na koncu opazovanega obdobja statistično značilno nižji pri skupini pacientov SB1 na IČ napram skupini pacientov SB1 na IIT. Podatki so v tabeli 2.

Glede na razliko v izhodiščnem in končnem HbA1c med skupinama, smo v skupini pacienti SB1 na IČ napravili dodatno analizo urejenosti SB. Paciente smo glede na izhodiščne vrednosti HbA1c razdelili v tri skupine, s Hba1c < 7,5 %, s Hba1c med 7,5 in 8,5 % ter s HbA1c > 8,5 %. Do največjega znižanja HbA1c je prišlo v skupini pacientov s HbA1c > 8,5 % ((iz 9,23 % (standardni odklon 0,65) pred uvedbo na 7,94 % (standardni odklon 1,01) po 10 letih)), razlika je statistično značilna (p=0,009). V skupini pacientov z izhodiščnim HbA1c med 7,5 in 8,5 % so bile vrednosti HbA1c pred uvedbo in v zadnjem letu spremljanja praktično enake ((7,92 % (standardni odklon 0,18) pred IČ napram 7,95 % (standardni odklon 0,39) po 10 letih; p=0,833)). V skupini s HbA1c < 7,5 % so bile vrednosti HbA1c pred uvedbo IČ nižje kot po 10 letih ((6,87 % (standardni odklon 0,40) napram 7,26 % (standardni odklon 0,70), p=0,058)). Podatki so prikazani na sliki 1.



Slika 1: HbA1c pred uvedbo inzulinske črpalke in 10 let po njeni uvedbi za tri različno urejene skupine pacientov

Na sliki 1 so prikazane vrednosti HbA1c pred uvedbo IČ (Pred IČ) in 10 letih po njeni uvedbi (10 let IČ) za tri skupine pacientov glede na izhodiščno vrednost HbA1c (HbA1c < 7,5 %, HbA1c 7,5-8,5 % in HbA1c > 8,5 %). Prikazane so povprečne vrednosti (črta), standardna deviacija (kvadrati), minimalna in maksimalna vrednost (črta). Zvezdica pomeni statistično značilnost padca HbA1c glede na vrednost HbA1c pred uvedbo inzulinske črpalke.

Skupno število preiskovancev z mikrovaskularnimi zapleti SB se v skupini pacientov SB1 na IČ od začetka do zaključka opazovanega obdobja ni bistveno spremenilo, medtem ko je v skupini pacientov SB1 na IIT v istem obdobju spremljanja prišlo do povečanega pojavljanja kasnih zapletov SB. Najočitnejša sprememba med skupinama se je pokazala v pojavnosti srčnega infarkta in možganske kapi. V skupini pacientov SB1 na IČ je ena oseba doživela srčni infarkt že pred uvedbo IČ in v 10 letih ni prišlo do novih obolenj. V skupini pacientov SB1 na IIT pa pred opazovanim obdobjem ni bilo nobenega pacienta z možgansko kapjo ali srčnim infarktom, po 10 letih spremljanja pa so štirje pacienti doživeli možgansko kap in en pacient srčni infarkt. Podatki so prikazani v tabeli 3.

Tabela 3. Mikrovaskularni in srčno-žilni zapleti sladkorne bolezni pri preiskovancih na začetku in koncu opazovanega obdobja

Kasni zapleti	Pacienti na IČ N=23				Pacienti SB1 na IIT N=26			
	začetek		konec		začetek		konec	
	št.	%	št.	%	št.	%	št.	%
Diabetična retinopatija (skupno število)	12	52,2	12	52,2	17	65,4	20	76,9
Težka NDR do zgodnja PDR	6	26,1	9	39,1	9	34,6	11	42,3
Lahka in zmerna NDR	6	26,1	3	13,0	8	30,8	9	34,6
Diabetična periferna nevropatija	9	39,1	9	39,1	6	23,1	11	42,3
Amputacija prstov na nogi, podkolenska	2	8,7	2	8,7	2	7,7	4	15,4
Diabetična nefropatija	6	21,7	5	17,4	10	38,5	11	42,3
Stanje po presaditvi ledvice	1	4,3	1	4,3	0	0,0	0	0,0
Glomerulna filtracija ≤ 60	1	4,3	2	8,7	2	7,7	4	15,4
Glomerulna filtracija ≤ 45	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,8
Možganska kap/srčni infarkt	1	4,3	1	4,3	0	0,0	5	19,2

(NDR – neproliferativna diabetična retinopatija; PDR – proliferativna diabetična retinopatija)

4 Razprava

V predstavljeni raziskavi smo uspeli dokazati, da lahko z uvedbo IČ pri pacientih s SB1 zagotovimo vsaj 10 letno stabilno presnovno urejenost. HbA1c je bil glede na vrednost pred uvedbo IČ po 10 letih nižji za 0,3 %. V istem obdobju je prišlo do manjšega znižanja Hba1c tudi pri skupini pacientov SB1 na IIT in sicer za 0,15 %. Znižanje HbA1c od 0,3 do 0,6 % ob zdravljenju z IČ je bilo ugotovljeno tudi v meta raziskavah, največji padec HbA1c od 0,5 do 1,3 % je bil pri izhodiščnem HbA1c od 7,6 do 9,6 % (Monami, et al., 2010; Misso, et al., 2010; Riveline, et al., 2008). V kolikor primerjamo ustrezno časovno obdobje trajanja zdravljenja z IČ v naši raziskavi in v navedenih raziskavah ugotovimo, da so povprečne vrednosti povsem primerljive, ker so različne raziskave pokazale tako boljše, kot slabše rezultate. Prednost naše raziskave je v najdaljšem času spremljanja zdravljenja z IČ pri odraslih pacientih s SB1 in v prikazu dolgotrajne, 10 let trajajoče, urejenosti SB. 10 letnih primerljivih rezultatov nismo našli.

Največji učinek na urejenost SB so imeli pacienti, ki so pred pričetkom zdravljenja z IČ imeli najvišji HbA1c. Pomembno znižanje HbA1c pri njih potrjuje indikacijo za uvedbo zdravljenja z IČ pri pacientih s slabo urejeno SB, z namenom zmanjšanja pojavnosti in nadaljnjega poslabševanja že prisotnih kasnih zapletov SB. Zdravljenje z IČ je bilo najpogosteje uvedeno pri pacientih z dolgotrajno SB, ki so že imeli razvite kasne zaplete SB. Rezultati boljše urejenosti SB so bili v zaustavitvi nadaljnjega poslabševanja že prisotnih kasnih zapletov in umik začetnih sprememb na očesnem ozadju, izločanju mikroalbuminov in znakov periferne nevropatije. Glavno sporočilo do sedaj največje raziskave pri pacientih s SB1 DCCT (Diabetes Control and Complications Trial Research Group, et al., 1993) je, da z dobro urejenostjo SB zmanjšamo nastanek in upočasnimo nadaljnje poslabševanje mikrovaskularnih zapletov.

Ob začetku opazovanega obdobja je imela več kot polovica preiskovancev SB že nad 25 let. Glede na število preiskovancev z dolgoletno SB in neenake možnosti zdravljenja in kontrole krvnega sladkorja ob njihovem odkritju v primerjavi z današnjim časom, so imeli ob začetku opazovanega obdobja že prisotne kasne zaplete SB. Pri tem je pomemben podatek, da po uvedbi IČ ni prihajalo do pomembnejših poslabšanj že prisotnih kasnih zapletov na očeh, ledvicah in živčevju ter da je bilo pojavljanje novih zapletov relativno majhno. V posameznih primerih je prišlo tudi do izboljšanja oziroma regresije že prisotnih začetnih sprememb na očeh, ledvicah in perifernem živčevju. Skupna prevalenca mikrovaskularnih zapletov SB se v

času pred uvedbo IČ in po 10 letih zdravljenja z IČ ni pomembno spremenila. V kontrolni skupini pacientov SB1 na IIT je bilo kasnih zapletov SB nekoliko več že na začetku opazovanega obdobja, kar lahko predpišemo večjemu izhodiščnemu HbA1c. V celotnem opazovanem obdobju je pri njih prišlo do povečanega pojava srčno-žilnih in mikrovaskularnih kasnih zapletov SB. Med skupinama je posebno izstopajoče povečano število na novo nastale možganske kapi in srčnega infarkta v skupini pacientov SB1 na IIT. Primerjalne podatke o mikrovaskularnih in srčno-žilnih zapletih med pacienti s SB1, ki se zdravijo z IČ ali z IIT, smo našli v nekaj objavljenih raziskavah. Zabeen je s sodelavci (2016) dokazala, da je zdravljenje z IČ v primerjavi z IIT pri mladostnikih povezano s statistično pomembno zmanjšano pojavnostjo diabetične retinopatije in periferne nevropatije, v primeru albuminurije pa znižanje ni doseglo statistične značilnosti. Rosenlund s sodelavci (2015) pa je v svoji raziskavi dokazal tudi pomembno znižanje albuminurije. Na podlagi Švedskega nacionalnega diabetičnega registra so objavili zmanjšano srčno-žilno umrljivost pri pacientih s sladkorno boleznijo tipa 1, ki so se zdravili z IČ v primerjavi z zdravljenimi z IIT (Steineck, et al., 2015). V vseh omenjenih raziskavah so v razpravah kot najverjetnejši razlog za zmanjšanje mikrovaskularnih in srčno-žilnih zapletov navajali zmanjšano glukovariabilnost in njen učinek na oksidativni stres. V raziskavi EURODIAB Prospective Complications Study (Porta, et al., 2001; Tesfaye, et al., 1996; Giorgino, et al., 2004) so pri pacientih s SB1 raziskovali vpliv številnih dejavnikov na razvoj in poslabšanje srčno-žilnih in mikrovaskularnih zapletov. Glavna dejavnika tveganja za razvoj mikrovaskularnih zapletov na očeh (diabetične retinopatije), na ledvicah (diabetične ledvične bolezni) in živčevju (diabetične nevropatije), ki sta se pojavila pri vseh mikrovaskularnih zapletih in sta bila statistično značilna, sta trajanje sladkorne bolezni in slaba urejenost krvnega sladkorja.

5 Zaključek

Zdravljenje z inzulinsko črpalko pri odraslih pacientih s sladkorno boleznijo tipa 1 se je v 10 letnem obdobju spremljanja v primerjavi z zdravljenjem z intenzivirano inzulinsko terapijo v istem časovnem obdobju izkazalo kot učinkovitejše glede obvladovanja mikrovaskularnih zapletov na očeh, ledvicah in živčevju ter obvladovanja srčno-žilnih zapletov.

Literatura

Battelino, T. & Janež, A., 2007. Insulinska črpalka. Ljubljana: Didakta.

Diabetes Control and Complications Trial Research Group, Nathan, D.M., Genuth, S., Lachin, J., Cleary, P., Crofford, O., Davis, M., Rand, L. & Siebert, C., 1993. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-depedent diabetes mellitus. The New England Journal of Medicine, 329(14), pp. 977-986.

Giorgino, F., Laviola, L., Cavallo Perin, P., Solnica, B., Fuller, J. & Chaturvedi, N., 2004. Factors associated with progression to macroalbuminuria in microalbuminuric Type 1 diabetic patients: the EURODIAB Prospective Complications Study. Diabetologia, 47(6), pp. 1020-1028.

Janež, A., 2012. Continuous subcutaneous insulin infusion in adult type 1 diabetes mellitus: data from a registry at the University Medical Centre Ljubljana, Slovenia. Journal of International Medical Research, 40(4), pp. 1546-1551.

Joubert, M., Morera, J., Vicente, A., Rod, A., Parienti, J.J. & Reznik, Y., 2014. Cross-sectional survey and retrospective analysis of a large cohort of adults with type 1 diabetes with long-term continuous subcutaneous insulin infusion treatment. Journal of Diabetes Science and Technology, 8(5), pp. 1005-1010.

Misso, M.L., Egberts, K.J., Page, M., O'Connor, D. & Shaw, J. Continuous subcutaneous insulin infusion (CSII) versus multiple insulin injections for type 1 diabetes mellitus. Cochrane Database of Systematic Reviews, 20(1).

Monami, M., Lamanna, C., Marchionni, N. & Mannucci, E., 2010. Continuous subcutaneous insulin infusion versus multiple daily insulin injections in type 1 diabetes: a meta-analysis. Acta Diabetologica, 47(1), pp. 77-81.

Orr, C.J., Hopman, W., Yen, J.L. & Houlden, R.L., 2015. Long-term efficacy of insulin pump therapy on glycemic control in adults with type 1 diabetes mellitus. Diabetes Technology & Therapeutics, 17(1), pp. 49-54.

Pickup, J. & Keen, H., 2001. Continuous subcutaneous insulin infusion in type 1 diabetes. The BMJ, 322(7297),

pp. 1262-1263.

Porta, M., Sjoelie, A.K., Chaturvedi, N., Stevens, L., Rottiers, R., Veglio, M., Fuller, J.H. & the EURODIAB Prospective Complications Study Group., 2001. Risk factors for progression to proliferative diabetic retinopathy in the EURODIAB prospective Complications Study. Diabetologia, 44(12), pp. 2203-2209.

Riveline, J.P., Jollois, F.X. & Messaoudi, N., 2008. Insulin-pump use in everyday practice: data from an exhaustive regional registry in France. Diabetes & Metabolism, 34(2), pp. 132-139.

Rosenlund, S., Hansen, T.W., Andersen, S. & Rossing, P., 2015. Effect of 4 years subcutaneous insulin infusion treatment on albuminuria, kidney function and HbA1c compared with multiple daily injections: a longitudinal follow-up study. Diabetic Medicine, 32(11), pp. 1445-1452.

Steineck, I., Cederholmm, J., Eliasson, B., Rawshani, A., Eeg-Olofsson, K., Svensson, A.M., Zethelius, B., Avdic, T., Landin-Olsson, M., Jendle, J., Gudbjörnsdóttir, S., & the Swedish National Diabetes Register, 2015. Insulin pump therapy, multiple daily injections, and cardiovascular mortality in 18 168 people with type 1 diabetes: observational study. The BMJ, 350.

Tesfaye, S., Stevens, L., Stephenson, J. Fuller, J.H., Plater, M., Ionescu-Tirgoviste, C., Nuber, A., Pozza, G., Ward, J.D., 1996. Prevalence of diabetic peripheral neuropathy and its relation to glycaemic control and potential risk factors: the EURODIAB IDDM Complications Study. Diabetologia, 39(11), pp. 1377-1384.

Zabeen, B., Craig, E.M., Virk, A.S., Pryke, A., Chan, H.C.Y., Benitez-Aguirre, Z.P., Hing, S. & Donaghue, K.C., 2016. Insulin Pump Therapy Is Associated with Lower Rates of Retinopathy and Peripheral Nerve Abnormality. PLoS One, 11(4), e0153033.

MULTIDISCIPLINARNA OBRAVNAVA V PREVENTIVNIH PROGRAMIH ZA ODRASLE V OSNOVNEM ZDRAVSTVU

KSENIJA NOČ, dipl. m. s., mag. zdr. nege
OZG, OE Zdravstveni dom Jesenice
ksenija.noc@zd-jesenice.si

NUŠA BAJDA, dipl. m. s.
OZG, OE Zdravstveni dom Jesenice
nusa.bajda@zd-jesenice.si

Izvleček

Uvod: *Preventivno delovanje strokovnjakov znotraj sistema javnega zdravstva je kakovostno izvajanje ključnih javnozdravstvenih funkcij, ki jih mora zagotavljati država: spremljanje zdravja, zdravstvenega varstva in blaginje prebivalstva, pripravljenost za obvladovanje zdravstvenih tveganj in nevarnosti za zdravje, varovanje in krepitev zdravja ter zmanjševanje neenakosti v zdravju ter opolnomočenje lokalne skupnosti za varovanje zdravja.*
Razprava: *Multidisciplinarni pristop izvajanja preventivnih programov poteka kot kontinuum obravnave posameznika preko ambulant družinske medicine, kjer se izvajajo preventivni pregledi posameznika, ki se ga- ob dejavnikih tveganja oz. ogroženosti za nastanek kroničnih nalezljivih bolezni, napoti v Programe svetovanja za zdravje v Zdravstveno vzgojne centre.*
Zaključek: *S krepitvijo pomena preventivnih programov se je v slovenskem prostoru v osnovnem zdravstvu prepoznal pomen preventive. Multidisciplinaren pristop in kakovostno timsko delo v promociji zdravja in izvajanju preventivnih programov dolgoročno pomenijo krepitev in/ali izboljšanje zdravja posameznika in skupnosti.*

Ključne besede: *medicinska sestra, zdravstvena vzgoja, zdravje, kronične nenalezljive bolezni*

1 Uvod

Preventivno delovanje strokovnjakov znotraj sistema javnega zdravstva je kakovostno izvajanje ključnih javnozdravstvenih funkcij, ki jih mora zagotavljati država: spremljanje zdravja, zdravstvenega varstva in blaginje prebivalstva, pripravljenost za obvladovanje zdravstvenih tveganj in nevarnosti za zdravje, varovanje in krepitev zdravja ter zmanjševanje neenakosti v zdravju ter opolnomočenje lokalne skupnosti za varovanje zdravja (Farkaš Lainščak, et al., 2015). Programi integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni (srčno – žilne bolezni, sladkorna bolezen tipa 2, rakasta obolenja, kronična obstruktivna pljučna bolezen, osteoporoza in druge degenerativne bolezni mišic in sklepov) in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih so namenjeni izboljšanju zdravja odraslih prebivalcev Slovenije. Glavni cilji programov so: zmanjšanje zgodnje umrljivosti, obolevnosti ter invalidnosti ter izboljšanje duševnega zdravja (obvladovanje stresa, depresije in anksioznih motenj) v populaciji, ozaveščanje in podpora posameznikov ter njihovo opolnomočenje pri skrbi za lastno zdravje in vzpostavitev mreže deležnikov iz lokalnega okolja, ki posameznika podpirajo pri vzdrževanju zdravega življenjskega sloga oz. pri samooskrbi kroničnih nenalezljivih bolezni (KNB) (Buzeti, et al., 2011).

Namen prispevka je predstaviti preventivne programe v osnovnem zdravstvu, njihove aktiv-

nosti in multidisciplinarno obravnavo udeležencev preventivnih programov.

2 Preventivni programi za odrasle v osnovnem zdravstvu

Zdravstveni domovi so v okviru osnovne zdravstvene dejavnosti dolžni zagotoviti primarno zdravstveno varstvo ter aktivnosti za krepitev zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju za vse populacijske skupine v svojem gravitacijskem območju (Vrbovšek & Rebernik, 2017).

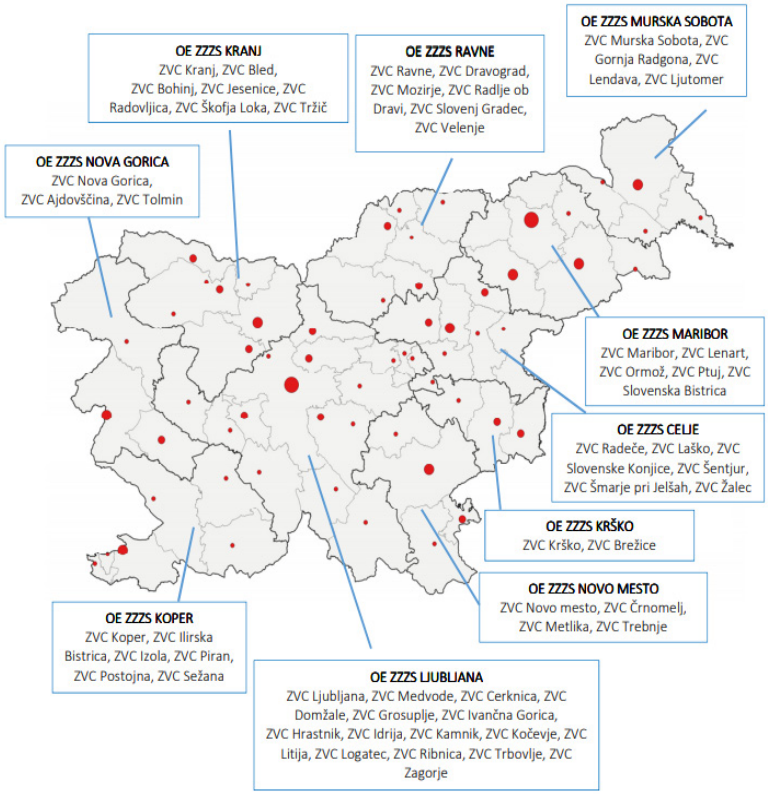
Multidisciplinarni pristop izvajanja preventivnih programov poteka kot kontinuum obravnave posameznika preko ambulant družinske medicine (ADM), kjer se izvajajo preventivni pregledi posameznika, ki se ga - ob dejavnikih tveganja oz. ogroženosti za nastanek KNB, napoti v Programe svetovanja za zdravje v Zdravstveno vzgojne centre (ZVC) (Vrbovšek, et. al., 2016). Promocija zdravja in preventiva sta integralni del primarnega zdravstvenega varstva, kjer imajo med zdravstvenimi delavci pomembno vlogo tudi medicinske sestre (Keleher & Parker, 2013). ADM predstavlja razširjeni tim zdravstvenega osebja: poleg zdravnika in srednje medicinske sestre/zdravstvenega tehnika paciente spremlja tudi diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik, ki skrbi za vodenje urejenih kroničnih bolnikov in za izvajanje sistematičnega preventivnega presejanja in obravnave (Vrbovšek, et al., 2016). S širitvijo tima oziroma vstopom diplomirane medicinske sestre je omogočena najučinkovitejša krepitev zdravja prebivalcev. Dokazano je, da je prav primarna zdravstvena dejavnost ključna pri ohranjanju in krepitvi zdravja prebivalcev. Z nadgradnjo dela timov, dorečeno organizacijo in vsebino dela ADM bistveno izboljšujejo kakovost obravnave pacientov (Medved, 2017, p. 3; Ministrstvo za zdravje, 2017).

Ciljna populacija v ADM, zajeta v Program integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni (v nadaljevanju KNB), so osebe stare 30 let in več. Pri posameznikih, ki so družinsko obremenjeni z boleznimi srca in žilja, družinsko hiperlipidemijo oziroma dislipidemijo in pri bolnikih s sladkorno boleznijo se lahko opravi preventivni pregled že pred to starostjo (Medved, 2017, p. 4).

Glavni cilji programa so: zmanjšanje zgodnje umrljivosti, obolevnosti ter invalidnosti zaradi nekaterih pogostejših KNB (bolezni srca in žilja, raka, sladkorne bolezni tipa 2, kronične obstruktivne pljučne bolezni, hipertenzije, debelosti, depresije, osteoporoze) in drugih KNB, zmanjšanje vedenjskih in bioloških dejavnikov tveganja (telesna nedejavnost, nezdrava prehrana, kajenje, tvegano in škodljivo pitje alkohola, zvišan krvni tlak, zvišane maščobe v krvi, zvišan krvni sladkor) ter izboljšanje duševnega zdravja (spoprijemanje s stresom in depresijo) v populaciji, vzpostavljanje mreže partnerjev iz lokalnega okolja, ki posameznika podpirajo pri vzdrževanju zdravega življenjskega sloga in pri samooskrbi KNB (Medved, 2017, pp. 5-6).

Zdravstveno vzgojni centri (ZVC) so samostojne enote v zdravstvenih domovih, ki so bili po sklepu Ministrstva za zdravje leta 2002 vzpostavljeni v okviru Nacionalnega programa primarne preventive srčno-žilnih bolezni (Slika 1). Strokovnjaki - izvajalci programov v zdravstveno vzgojnih centrih so: diplomirane medicinske sestre, magistri psihologije, diplomirani fizioterapevti in magistri zdravstvene nege. Njihov namen je spodbuditi osebe k ohranjanju in krepitvi zdravja ter aktivni skrbi za lastno zdravje. Strokovnjaki v ZVC posameznikom pomagajo pridobiti potrebna znanja, oblikovati stališča, osvojiti veščine in vedenjske vzorce za zdrav način življenja in krepitev duševnega zdravja ter jim pomagajo in jih podpirajo pri spreminjanju z zdravjem povezanih tveganih vedenj (Farkaš Lainščak, et al., 2015; Vrbovšek & Rebernik, 2017). Leta 2018 je bilo v Sloveniji 28 obstoječih ZVC nadgrajenih v Centre za krepitev zdravja

(CKZ) z javnozdravstveno vlogo za lokalno okolje. Glavni namen CKZ je zagotavljanje integrirane obravnave, vključevanja ranljivih skupin v preventivne programe, nadgrajene aktivnosti preventive in promocije zdravja v patronažnem varstvu ter krepitev javnozdravstvene vloge zdravstvenega doma v smislu vzpodbujanja in načrtovanja aktivnosti promocije zdravja, na podlagi prepoznanih potreb ciljne populacije (Farkaš Lainščak, et al., 2015; Vrbovšek & Rebernik, 2017).



Slika 1: Seznam Zdravstveno vzgojnih centrov v Sloveniji
(Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016)

Programi svetovanja za zdravje, ki jih izvajajo ZVC oz. za krepitev zdravja, ki jih izvajajo nadgrajeni CKZ potekajo v obliki skupinskih delavnic (temeljne- kratke in poglobljene- dolge) in individualnih svetovanj (Tabela 1) (Berlic, 2018).

Tabela 1. Programi svetovanja za zdravje v Zdravstveno vzgojnih centrih in Programi za krepitev zdravja v Centrih za krepitev zdravja (Berlic, 2018)

ZVC		**CKZ**	
Temeljne delavnice	**Poglobljene delavnice**	**Temeljne delavnice**	**Poglobljene delavnice**
Življenjski slog	Svetovalnica za zdrav življenjski slog: Zdravo jem; Gibam se; Zdravo hujšanje	Zdravo živim	Svetovalnica za zdrav življenjski slog: Zdravo jem; Gibam se; Zdravo hujšanje, S sladkorno boleznijo skozi življenje
Ali sem fit?	Svetovalnica za duševno zdravje: Podpora pri spoprijemanju z depresijo, Podpora pri spoprijemanju s tesnobo, Podpora pri spoprijemanju s stresom	Ali sem fit?	Svetovalnica za duševno zdravje: Podpora pri spoprijemanju z depresijo, Podpora pri spoprijemanju s tesnobo, Podpora pri spoprijemanju s stresom

Dejavniki tveganja	Svetovalnica za tvegana vedenja: Individualno/ skupinsko svetovanje pri opuščanju kajenja	Zvišan krvni tlak Zvišane maščobe Zvišan krvi sladkor	Svetovalnica za tvegana vedenja: Individualno/ skupinsko svetovanje pri opuščanju kajenja Individualno svetovanje za opuščanje tveganega ali škodljivega pitja alkohola
Tehnike sproščanja		Sladkorna bolezen tipa 2	
		Test telesne pripravljenosti za odrasle AFT in starejše SFT	
		Tehnike sproščanja	

3 Razprava

Medicinska sestra v promociji zdravja in zdravstveni vzgoji ugotavlja, načrtuje, izvaja in evalvira kontinuirano zdravstveno vzgojo in promocijo zdravja posameznika in skupnosti na osnovi dveh bistvenih kompetenc – izobraževalne in vzgojne. Prva izhaja iz znanstvenih spoznanj, druga iz vrednot in osebnostne strukture, zato mora imeti široko znanje z nenehnim izpopolnjevanjem (Naidoo & Wills, 2009). Kompetence promotorjev zdravja so: vzpodbujanje in opolnomočenje posameznikov in skupnosti za izboljšanje zdravja, vodilna vloga pri razvoju javnozdravstvenih politik, ocena potreb in stanja na področju vedenjskih, kulturnih, socialnih, okoljskih in organizacijskih determinant zdravja, določanje merljivih ciljev, izvajanje in evalvacija strategij za izboljšanje zdravja ter zagovorništvo posameznikov in skupnosti (Barry, et al., 2009).

V današnjem času, ko se staranje prebivalstva veča in s tem tudi število kroničnih bolnikov, bolniki pa so ob tem vse bolj izobraženi in zahtevni, je zagotavljanje kakovostne zdravstvene oskrbe, ki vključuje preventivo in kurativo, na primarnem nivoju preseglo standarde kakovosti obravnave, ki jih določajo strokovna priporočila in smernice. Glavni razlog za razvoj kroničnih bolezni je nezdrav življenjski slog, ki je izrazitejši pri skupinah s slabšim socialno-ekonomskim statusom. Tudi v Sloveniji obstajajo velike razlike v obolevnosti, umrljivosti in pričakovani življenjski dobi med različnimi socialno-ekonomskimi skupinami (Farkaš Lainščak, et al., 2015). Raziskave v evropskem prostoru, kot tudi v Sloveniji, so pokazale, da so na podlagi tega zdravniki v splošnih ambulantah in ambulantah družinske medicine preobremenjeni, kar je zahtevalo potrebo po spremembi organizacije dela s prenosom določenih kompetenc z zdravnika na druge visoko usposobljene delavce. Odkrivanje kronično nenalezljivih bolezni se izvaja v skladu s protokoli in smernicami (Panikvar Žlahtič, et al., 2016; Medved, 2017, p. 3). Za določanje srčno-žilne ogroženosti in drugih prisotnih dejavnikov tveganja morajo diplomirane medicinske sestre s strukturiranimi evalvacijskimi vprašalniki po presejanju opredeliti, ali je pacient zdrav, ali ima dejavnike tveganja, ali pa ima že celo bolezen, ki jo pozneje potrdi zdravnik (Poplas Susič & Marušič, 2011 cited in Medved, 2017, p. 3). Kronične bolezni predstavljajo veliko breme za družbo, ki se s staranjem prebivalstva še povečuje. V Sloveniji je bila izvedena leta 2014 kvalitativna raziskava z dvema ciljnima skupinama: zdrave odrasle osebe in bolniki s kroničnimi boleznimi, s katerimi so bile izvedene fokusne skupine se je pokazalo, da je zdravje zelo pomembna vrednota. Pri ohranjanju dobrega zdravja in počutja dajejo sogovorniki največji poudarek ustrezni prehrani, rednemu gibanju ter obvladovanju stresa. Strinjajo se, da lahko

razvoj določenih bolezni z zdravim življenjskim slogom preprečimo oziroma premaknemo v kasnejše življenjsko obdobje. Hkrati razmišljajo, da smo omejeni pri nadzorovanju razvoja bolezni, saj vseh potekov dogodkov in bolezni vseeno ne moremo preprečiti (Backović Juričan, et al., 2015, pp. 26-41).

Diplomirana medicinska sestra pri osebah z dejavniki tveganj in ugotovljeno ogroženostjo ali velikim tveganjem za kronično nenalezljive bolezni, izvaja ukrepe svetovanja in podpore za spremembo vedenjskega sloga in opuščanja zdravstveno tveganih vedenj ter spremlja stanje na področju dejavnikov tveganj in ogroženosti za kronično nenalezljive bolezni (Panikvar Žlahtič, et al., 2016). Za uspešno zdravljenje pacientov s kronično boleznijo, je nujno potrebno dobro sodelovanje med pacientom, njegovimi svojci ter zdravstvenimi delavci. Pacient, ki je ozaveščen o svoji bolezni, pozna cilj zdravljenja ter je motiviran in voden s strani zdravstvenih delavcev se lahko izogne zapletom bolezni ter živi kakovostno (Petek Šter, 2012 cited in Šijanec, 2016, p. 4).

Posameznike, pri katerih je bila na preventivnem pregledu ugotovljena prisotnost dejavnikov tveganja in s tem potrjena večja verjetnost, da bi lahko zbolel za kroničnimi boleznimi, se usmeri v ZVC, kjer poteka programirana zdravstvena vzgoja za odrasle ali Programi svetovanja za odrasle (Kozar, 2012). Programi svetovanja za zdravje so organizacijsko in vsebinsko boljši, če obstaja povezava med izvajalci preventivnih pregledov in izvajalci Programa svetovanja za zdravje. Pretok potrebnih informacij v obeh smereh omogoča napotitev ogroženih bodisi v zdravstveno vzgojne dejavnosti ali na preventivni pregled. Kjer je povezava med izvajalci posameznih dejavnosti slabša, je tudi celostna obravnava okrnjena, zaradi česar so uspehi slabši (Kozar, 2012, p. 18; Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016). Spreminjanje nezdravega življenjskega sloga oz. opuščanje tveganih vedenj v ZVC temelji na modelu procesu spreminjanja, ki sta ga v 80. letih 20. stoletja razvila Prochaska in DiClemente, kjer opredelimo stopnjo spreminjanja posameznika: 1. ni zanimanja za spremembo »tveganega« življenjskega sloga; 2. razmišljanje o spremembi; 3. priprava na spremembo; 4. izvajanje spremembe; 5. vztrajanje pri spremembi; 6. ponovitev. Posamezniki so prepoznani in se zadržujejo na vsaki stopnji različno, medicinske sestre – zdravstvene vzgojiteljice ugotavljamo- prepoznamo, motiviramo in načrtujemo zdravstveno vzgojno obravnavo individualno in pri tem vključujemo različne strokovnjake glede na načrtovane intervencije: potreba po psihologu, osebnem zdravniku, fizioterapevtu (CINDI šola za promocijo zdravja in preprečevanje kroničnih nenalezljivih bolezni v osnovnem zdravstvenem varstvu/družinski medicini, 2009).

Kozar (2012) navaja, da kot zdravstveni delavci paciente in tudi ostale ljudi ozaveščamo o zdravem načinu življenja, ki je pomembno za preprečevanje nastanka bolezni ali pa vsaj delno upočasni napredujočo bolezen. Spodbujati jih je potrebno k vztrajanju doseganja novih za zdravje pomembnih ciljev, saj sami nimajo dovolj znanja, ali pa podpore, ki jo pri tem potrebujejo. Pri tem ima diplomirana medicinska sestra ključno zdravstveno vlogo – vzgojno delo. Pacienta mora obravnavati celostno in individualno, mu ponuditi podporo, mu svetovati in pomagati pri spremembah življenjskega sloga v prid zdravja.

4 Zaključek

Medicinske sestre imamo pomembno javnozdravstveno vlogo kot zdravstvene vzgojiteljice. V preventivnih programih osnovnega zdravstva smo koordinatorice multidisciplinarne obravnave in samostojne strokovnjakinje v vseh ravneh procesne obravnave posameznika za ohranjevanje, krepitev ali povrnitev zdravja.

Literatura

Backović Juričan, A., Bernik, Š., Dernovšek, M.Z., Djomba, J. K., Jakovljević, M., Jug, B., Klavs, J., Knific, T., Kotnik, M., Petek, D., Sedlar, N., Šiftar, M., Šimenc, J., Tomažin Šporar, M.T. & Zaletel, J., 2015 Ocena potreb uporabnikov preventivnih programov: zdrave odrasle osebe in bolniki s kroničnimi boleznimi. In: J. Farkaš Lainščak, ed. Ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle: Ključni izsledki kvalitativnih raziskav in stališča strokovnih delovnih skupin. [pdf] Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/ocena_potreb_odrasli.unlocked.pdf [Accessed 27 February 2019].

Barry, M.M., Allegrant, J.P., Lamarre, M., Auld, E. & Taub, A., 2009. The Galway consensus conference: international collaboration of core competencies for health promotion and education? Global Health Promotion, 16(2), pp. 5-11.

Berlic, N., 2018. Spremljanje in poročanje poglobljenih delavnic in svetovanj- 2018. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Buzeti, T., Gabrijelčič Blenkuš, M., Gruntar Činč, M., Ivanuša, M., Pečar, J., Tomšič, S., Truden Dobrin, P. & Vrabič Kek, B, eds., 2011. Neenakosti v zdravju v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

CINDI šola za promocijo zdravja in preprečevanje kroničnih nenalezljivih bolezni v osnovnem zdravstvenem varstvu/družinski medicini, 2009. Pomoč ljudem pri spreminjanju tveganega življenjskega sloga. Interno gradivo. Ljubljana: CINDI šola za promocijo zdravja in preprečevanje kroničnih nenalezljivih bolezni v osnovnem zdravstvenem varstvu/družinski medicini.

Farkaš Lainščak, J., Huber, I., Maučec Zakotnik, J., Sedlar, N. & Vrbovšek, S., eds., 2015. Program integrirane preventive KNB in zmanjševanje neenakosti v zdravju pri odraslih. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Keleher, H. & Parker, R., 2013. Health promotion by primary care nurses in Australian general practice. Collegian, 20(4), pp. 215-221.

Kozar, D., 2012. Zdravstveno – vzgojno delo v referenčni ambulanti: diplomsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Medved, N., 2017. Analiza izvajanja preventivnih pregledov in dejavnikov tveganja za kronično nenalezljive bolezni v referenčnih ambulantah: magistrsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Ministrstvo za zdravje, 2017. Sklep o preimenovanju referenčnih ambulant družinske medicine (RADM) v ambulante družinske medicine (ADM). [pdf] Ministrstvo za zdravje. Available at: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/15012018_Sklep_o_preimenovanju_RADM_v_ADM.pdf [Accessed 27 February 2019].

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016. Ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle: ključni izsledki kvalitativnih raziskav in stališča strokovnih delovnih skupin. [pdf] Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-LGFYU3MS [Accessed 27 February 2019].

Naidoo, J. & Wills, J., 2005. Public health and health promotion: developing practice. 2nd ed. United Kingdom: Gail Wright.

Naidoo, J. & Wills, J., 2009. Foundations of health promotion. 3rd ed. China: Bailliere Tindall, pp. 3-83.

Panikvar Žlahtič, K., Vidmar, I., Istenič, B. & Benkovič, R., 2016. Določitev zdravstvenih storitev diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti – dopolnitev opisov. [pdf] Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Available at: https://www.zd-po.si/wp-content/uploads/2015/11/Dolocitev-zdravstvenih-storitev_feb_2016.pdf [Accessed 27 February 2019].

Šijanec, D., 2016. Zadovoljstvo pacientov z obravnavo v referenčni ambulanti: magistrsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Vrbovšek, S. & Rebernik, K., 2017. Nadgradnja in razvoj preventivnih programov ter njihovo izvajanje v primarnem zdravstvenem varstvu in lokalnih skupnostih. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Vrbovšek, S., Zupančič, M., Remec, M. & Rebernik, K., 2016: Navodila za organizacijo in delovanje zdravstveno vzgojnih centrov. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

CELOSTNI PRISTOP ZDRAVNIKA K ZDRAVSTVENO PREVENTIVNI OBRAVNAVI: PRIMER MEDPOKLICNE OBRAVNAVE PACIENTA V AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE IN HORIZONTALNO POVEZOVANJE Z DELEŽNIKI V LOKALNEM OKOLJU

JAKA STREL, dr. med., spec. druž. med.
Zavod Fitlab, Arcus Medici, ambulanta družinske medicine, Žiri
jaka.strel@fitlab.si

IVAN PECEV, dr. med., spec. druž. med.
Zavod Fitlab, Arcus Medici, ambulanta družinske medicine, Žiri
ivan.pecev@fitlab.si

1 Uvod

Med načeli Ljubljanske listine o reformi zdravstvenega varstva v Evropi je zapisano: »Potrebna je širša vizija od vizije tradicionalnega kurativnega zdravljenja pri osnovnem usposabljanju, specializaciji in stalnem izobraževanju zdravstvenih delavcev. Kakovost zdravstvenih storitev, preprečevanje bolezni in krepitev zdravja morajo biti sestavni deli usposabljanja (Svetovna zdravstvena organizacija: Regionalni urad za Evropo, 2016, p. 7).« Svetovna zdravstvena organizacija v dokumentu - urad za Evropo je prepoznal preventivno zdravstveno dejavnost kot pomemben del dejavnosti osnovnega zdravstva, kar je poudarjeno v razvojnem dokumentu Zdravje 2020. Specialist družinske medicine je nosilec zdravstvene preventivne dejavnosti v osnovnem zdravstvu, h kateri pristopa interdisciplinarno in tako dolgoročno zagotavlja najboljše rezultate (Tulloch, et al., 2006). Njegova prednost pred ostalimi kliničnimi strokami je v obravnavi bolnika v kontekstu posameznika, družine in okolja (Švab & Rotar-Pavlič, 2012). Zaradi znanih razlogov, kot so preobremenjenost, pomanjkanje časa (Kalan, 2012), znanja in izobraževanja, ustrezne opreme ter vrednotenje svetovanja s strani plačnika zdravstvenih storitev (Worrall & Knight, 2011), se specialista družinske medicine vedno bolj odmika od preventivne zdravstvene dejavnosti. Tudi postavitev Centrov za krepitev zdravja problema (ne) vključevanja zdravnikov ne rešuje, ampak njihovo vlogo v preventivni zdravstveni dejavnosti prevzemajo drugi zdravstveni profili (diplomirane medicinske sestre,...). Posledično se zamuja priložnost za uspešnejše in učinkovitejše intervencije s področja zdravega življenjskega sloga.

V luči reševanja preobremenjenosti družinskih zdravnikov, kjer je previdено zniževanje glavarinskih količnikov do 1500 na tim družinske medicine, so načela, ki so bila sprejeta v okviru Ljubljanske listine, ki je nastala na podlagi konference ministrov za zdravstvo, ki jo je leta 1996 organiziral Evropski urad Svetovne zdravstvene organizacije v Ljubljani, videti lažje uresničljiva in bi lahko predstavljala dobro osnovo za usmeritev osnovnega zdravstva. Za potrebe prispevka bomo omenili naslednja načela (Voljčje, 2007):

- usmerjenost v osnovno zdravstveno dejavnost: kjer je poudarek na zdravstveni dejavnosti za krepitev zdravja ter spodbujanje sprejemanje skupnih odločitev bolnika in izvajalca zdravstvenih storitev;
- preoblikovanje delovanja zdravstvenega varstva: pomembne so strategije za preusmeritev delovnih zmogljivosti od akutne bolnišnične obravnave v osnovno zdravstveno dejavnost itd.;
- preusmeritev človeških virov pri zdravstvenem varstvu: potrebna je večja pozornost prepoznavanju in spodbujanju ustreznih profilov, ki bodo lahko postali del strokovno raznolikih

timov zdravstvenih sistemov prihodnosti. Potrebna je širša vizija od vizije tradicionalnega kurativnega zdravljenja pri osnovnem usposabljanju, zato morajo biti vsebine s področja kakovosti zdravstvenih storitev, preprečevanja bolezni in krepitve zdravja sestavni del usposabljanja zdravstvenih delavcev.

Zdravnik, za katerega se opredeljujejo posamezniki, bi moral postati nosilec zdravstvene preventive v sodelovanju z ostalimi zdravstvenimi in ne zdravstvenimi poklici. Na ta način se bi vzpostavila celostna zdravstvena obravnava pacienta, ne samo z namenom zdravljenja ampak tudi ohranjanja zdravja. Pacientovo zdravstveno stanje bo s tem postavljeno v središče zdravstvene obravnave. Zdravnik družinske medicine deluje v lokalnem okolju zato ima priložnost, da svoja prizadevanja za preventivno zdravstveno varstvo nadgradi s skupnostnim pristopom, za katerega je značilno (Krek, 2015):

- človek je uporabnik programa in ima status subjekta,
- sistem se prilagaja potrebam uporabnikov,
- poudarek na spretnostih in kompetencah človeka,
- spoštovanje avtonomnosti posameznika,
- izvajanje storitev, ki sledijo potrebam ljudi,
- boljša dostopnost do programov, oblikovanih po potrebah ljudi,
- upoštevanje formalne in neformalne oblike pomoči, razvoj podpornih mrež in skupin za samopomoč.

Poskus takšne obravnave pacientov že poteka v Žireh. Predstavljen je v nadaljevanju prispevka kot model razširjene preventivne zdravstvene obravnave s poudarkom na telesni zmogljivosti in uravnoteženi prehrani, ki se izvaja v dveh ruralnih ambulantah družinske medicine in lokalnem okolju.

2 Razširjena preventivna zdravstvena obravnava s poudarkom na telesni zmogljivosti in uravnoteženi prehrani v Žireh

Preventivna zdravstvena dejavnost mora biti sestavni del obravnave vseh pacientov, ki vstopajo v zdravstveni sistem, saj se je izkazalo, da kljub silovitemu razvoju metod za zdravljenje akutnih zapletov bolezni k zmanjšani umrljivosti največ prispeva vsestranska in učinkovita preventiva, ki naj bi bila v celoti uspešnejša kot vsi medicinski posegi ob nastopu bolezni (Fras & Jug, 2013). Nosilec preventivne zdravstvene dejavnosti mora biti osebni zdravnik, ki v sodelovanju z ustrezno usposobljenimi sodelavci (diplomirane medicinske sestre, fizioterapevti, magistri kineziologije, psihologi, dietetiki, idr.) izvaja zdravstveno preventivno dejavnost v ambulanti in v širšem lokalnem okolju. Prednost pred ostalimi kliničnimi strokami ima v obravnavi bolnika v kontekstu posameznika, družine in okolja (Švab & Rotar-Pavlič, 2012). Zdravnik družinske medicine je v neposrednem stiku s pacientom, obravnava veliko število pacientov in je prvi in zanesljivi vir informacij o zdravem življenjskem slogu (Tulloch, et al., 2006). Ob njem sta nosilca zdravstveno preventivnih dejavnosti v osnovnem zdravstvu še specialist pediater ter specialist ginekologije in porodništva, kot osebni zdravniki specifičnih skupin pacientov. Družinskega zdravnika pacient v povprečju obišče vsaj enkrat v petih letih (Bulc, 2006). To zdravniku družinske medicine omogoča pogostejše stike s pacienti, vzpostavi se zaupen odnos. Ima veliko možnosti za podajanje jasnih nasvetov in sporočil za spremembo življenjskega sloga, obsega telesne dejavnosti in športne vadbe. Specialist družinske medicine mora na področju zdravstveno preventivne dejavnosti postati vodja interdisciplinarnih timov strokovnjakov. S tem je vzpostavljena varna in kakovostna obravnava, kar zagotavlja kratko, srednje in dolgoročno uspešnost strokovne preventivne zdravstvene dejavnosti.

Na osnovi predhodnih izkušenj ter specifičnih organizacijskih in kadrovskih zmožnosti smo v Žireh v letu 2016 zasnovali nadgradnjo vrhniškega modela Svetovalnice za telesni in gibalni razvoj (Strel, et al., 2016). Žirovski model na podlagi izkušenj stalno nadgrajujemo na področjih organizacije, procesov, diagnostične baterije ter horizontalnega in vertikalnega povezovanja v lokalnem okolju in širše. V obravnavo sta trenutno vključena dva tima družinske medicine, ki sta organizacijsko združena v zasebni zavod.

V obravnavi s področja zdravstvene preventive sodelujejo naslednji člani tima:

- specialist družinske medicine, h kateremu so pacienti/bolniki opredeljeni, ki je tudi vodja zdravstvenega tima;
- diplomirana medicinska sestra, ki izvaja diagnostiko in svetovanje s področja zdravstvene nege po programu za preventivno zdravstveno obravnavo v ambulanti družinske medicine (Govc Eržen, et al., 2017);
- magister kineziologije, ki izvaja diagnostiko in svetovanje s področja telesne zmogljivosti ter vodi individualne in skupinske vadbene programe s ciljem izboljšanja zdravja;
- po presoji zdravstvenega tima se vsak na svojem strokovnem področju v obravnavo vključujeta diplomiran dietetik in psihoterapevt.

Zdravstveno stanje pacienta je potrebno z ustrezno diagnostično baterijo natančno oceniti in opredeliti morebitne dejavnike tveganja ali ogroženosti za zdravje. S tem namenom smo običajno diagnostično dejavnost v ambulanti družinske medicine razširili. Dodatno ocenjujemo telesno sestavo po metodi bioimpendančne meritve, opravimo testiranje telesne zmogljivosti s testno baterijo Žirfit (Istenič, 2019) in na podlagi intervjuja pridobimo gibalno anamnezo.
Po zaključeni obravnavi v timu zdravnik opredeli, ali pri pacientu obstajajo dejavniki tveganja ali ogroženosti za zdravje, na podlagi česar se skupaj s pacientom dogovorita za najprimernejšo intervencijo ali spremljanje zdravstvenega stanja.

3 Povezovanje v lokalnem okolju (horizontalno povezovanje)

Uspešnost izvajanja preventivnih zdravstvenih programov je v veliki meri odvisna od sodelovanja z lokalnim okoljem. Pri tem je pomembno tako neposredno sodelovanje z organizacijami in posamezniki kot tudi mreženje, ki je pomemben del skupnostnega pristopa (Strel, idr.. 2016). Zato v Žireh dajemo velik pomen sodelovanju z lokalnim okoljem. Konkretni primeri aktivnosti so zajeti v projektih, ki so opisani v nadaljevanju.

3.1 Z gibanjem do zdravja ŽIRfit

Presejanje telesne zmogljivosti bo v prihodnosti eno od ključnih na področju zdravstveno preventivne dejavnosti, saj je telesni fitnes pomemben pri zagotavljanju zdravega življenjskega sloga. Pomembno je, da se izkoristi že obstoječe baze podatkov in vpeljane dobre prakse, ki so v slovenskem prostoru že uveljavljene, imajo visoko napovedno vrednost in omogočajo spremljanje telesnega razvoja in učinkov preventivnih ukrepov (Strel & Strel, 2017).

Od leta 2017 v Žireh vsako leto poteka zdravstveno preventivni dogodek, imenovan ŽirFIT, ki se ga ob vsakokratni izvedbi udeleži med 200 in 250 oseb, starejših od 20 let. Vsak udeleženec opravi testiranje telesne zmogljivosti, in sicer se z 12 testi ocenjuje ravnotežje, koordinacijo gibanja, gibljivost, moč, hitrost in vzdržljivost. Vsak udeleženec prejme tudi končno mnenje in priporočilo zdravnika ali kineziologa.

Žirfit ima več pomembnih ciljev:

- povezovanje različnih lokalnih dejavnikov; v primeru Žirfita so to ambulanta družinske medicine Arcus Medici, župan z občinsko službo, delovne organizacije in podjetja, šola, lokalni mediji, športna društva in zasebniki, gasilci in drugi. Namen je vzpostavitev mehanizma, ki na nivoju lokalne skupnosti in posameznika spodbuja zdrav življenjski slog, omogoča ogroženim skupinam prebivalstva izboljšanje telesne zmogljivosti in vzdrževanje zdravja ter podaljševanje zdravih let življenja (Istenič, 2019);
- s pomočjo vsakoletnih meritev Žirfit na nivoju lokalne skupnosti spodbujati zdrav življenjski slog s poudarkom na ustrezni telesni dejavnosti, pomenu ustrezne telesne zmogljivosti in rednih preventivnih zdravstvenih pregledov pri osebnem zdravniku ter udeležbe v presejalnih zdravstvenih programih (SVIT, DORA, ZORA);
- izvajanje presejanja populacije in odkrivanje posameznikov s potencialnimi s telesno zmogljivostjo povezanimi zdravstvenimi tveganji za razvoj kroničnih nenalezljivih bolezni in priprava ustreznih ukrepov (Istenič, 2019);
- na podlagi ocene telesne zmogljivosti in preventivnega pregleda v ambulanti družinske medicine pripraviti oceno zdravstvenega stanja in načrt ukrepov za ohranjanje ali izboljšanje zdravja;
- na podlagi meritev za ogrožene posameznike/skupine izdelali njim prilagojen načrt vadbe (Strel, et al., 2016).

Dolgoletne dobre izkušnje z uporabnostjo podatkov športnovzgojnega kartona, ki so za osnovno presejanje posameznikov z težavami na področju telesnega fitnesa dovolj občutljivi in specifični, privedlo do modifikacije v Žirfit testo baterijo (Istenič, 2019) , ki je namenjen starejši populaciji od 30 let. Izločeni, oziroma izbirni so določeni testi, ki niso primerni za starejše posameznike, ter dodali nekaj novih. Tako smo pokrili osnovne komponente telesnega fitnesa (Strel, et al., 2016), kot so aerobna zmogljivost, koordinacija, ravnotežje, gibljivost in moč. Baterija je prilagojena izvajanju tako na javnih dogodkih, kot je vsakoletni Žirfit (https://arcusmedici.si/analiza-rezultatov-zirfita/) in delu v ambulanti družinskega zdravnika.

3.2 Sodelovanje z Osnovno šolo

V Osnovni šoli Žiri poteka Zdravstvena športna vzgoja, v katero so vključeni otroci na podlagi sledečih kriterijev:

- pediater na preventivnem pregledu presodi, da imajo slabo telesno držo, prekomerno, slabe motorike, telesno težo ali druge dejavnike tveganja za zdravje s področja telesne zmogljivosti;
- šolski športni pedagog na podlagi rezultatov športnovzgojnega kartona (Strel, et al., 1996; Kovač, et al., 2011) presodi, da ima otrok slabše gibalne kompetence in posledično izražene dejavnike tveganja za razvoj kroničnih nenalezljivih bolezni v prihodnosti.

Zdravstvena športna vzgoja v Žireh pod vodstvom Bogdana Erznožnika, prof. šp. vzg., poteka že vrsto let in je namenjena učencem od prvega do šestega razreda osnovne šole. V šolskem letu 2018/2019 pilotno pri vadbenem programu sodeluje magistra kineziologije, ki sodeluje pri pripravi, izvedbi in analizi programov s poudarkom na individualizaciji vadbenih nalog s ciljem zmanjšati nesorazmerja posameznih komponent telesne zmogljivosti (moč, gibljivost, gibalna inteligentnost ...).

3.3 Gospodarstvo

Dobro sodelovanje z lokalnim gospodarstvom pri promocijskem dogodku ŽirFIT smo nadgra-

dili v projekt Korak do zdravja z Alpino. Projekt smo začeli izvajati v letu 2017 in sicer z vrsto promocijskih predavanj s področja življenjskega sloga, katerih so se udeležili vsi zaposleni v podjetju. Zaradi dobrega odziva zaposlenih na dogodku Žirfit in na razširjenih preventivnih zdravstvenih pregledih v ambulantah družinske medicine lažje načrtujemo intervencije s področja zdravstvene preventive, saj imamo dobre kazalnike zdravja tako na oddelkih, kjer potekajo intenzivni delovni procesi (proizvodnja), kot tudi na oddelkih, kjer poteka sedetarni način dela (režijski delavci). Intervencije izvajamo na področju ergonomije, korekcijske vadbe na delovnem mestu, aktivnih odmorov, terapevtskih vadb in intervencij ter promocijskih dogodkov s področja življenjskega sloga.

3.4 Lokalna športna društva ali zasebne športne prakse

Sodelovanje med zdravstvom in športno stroko je potrebno za doseganje boljših učinkov zdravstveno preventivnih intervencij in zasleduje naslednje cilje (Strel, et al., 2016):

- vzpostaviti sodelovanje z lokalnimi športnimi društvi oz. zasebniki na področju športa;
- ugotoviti raven zdravja oz. evidentirati negativne dejavnike, ki bi lahko vplivali na varnost in učinkovitost vadbe, in pacienta usmeriti v ustrezne programe;
- strokovno svetovati in pomagati pri izvedbi osnovne in specialne telesne priprave v športnih društvih;
- izvajati strokovna izobraževanja s področij delovanja sodelujočih športnih društev.

Sodelovanje med ambulantami družinske medicine v Žireh in športnimi društvi ali zasebnimi športnimi praksami trenutno pilotno izvajamo na področju napotovanja pacientov v športna društva, kjer na podlagi ocene zdravstvenega stanja (kontraindikacije za športno vadbo ...), trenutne telesne zmogljivosti in športnih znanj, individualnih ciljev in motivacije pacienta ter njegovih finančnih sposobnosti zdravstveni tim predlaga naj primernejši vadbeni program ponudnika v lokalnem okolju.

Vstopna diagnostika v ambulanti (razširjen preventivni zdravstveni pregled, Žirfit testna baterija) služi oceni začetnega in vmesnega stanja ter stanja po zaključenem vadbenem programu v športnem društvu.

4 Zaključek

Potrebe prebivalstva, kadrovske in materialne možnosti so v različnih okoljih različne. Prav tako se razlikuje zdravstveno stanje prebivalstva (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016).

Skupnostni pristop omogoča racionalno izkoriščanje vseh virov v lokalni skupnosti. Ker se ti viri v vsaki lokalni skupnosti razlikujejo, se mora dopuščati različne oblike organiziranja preventivne zdravstvene dejavnosti. Unifromiranost ubija skupnostni pristop, zato mora biti preventivna zdravstvena dejavnost prilagojena potrebam ter kadrovskim in infrastrukturnim zmožnostim lokalnega okolja (Strel, et al., 2016), njena zasnova pa mora biti fleksibilna, zmožna odgovoriti na aktualno problematiko in racionalna tako organizacijsko kot kadrovsko. Predstavljene organizacijske in strokovne rešitve so ena od možnih za prihodnji razvoj preventivne zdravstvene obravnave v osnovnem zdravstvu. Organizacijske rešitve po zgledu Vrhniškega in Žirovskega modela, po mnenju avtorjev, predstavljajo dodano vrednost pri nadaljnjem razvoju Centrov za krepitev zdravja. Eden od ciljev centrov je tudi poenotenje zdravstvene preventivne dejavnosti znotraj osnovnega zdravstva. Toda pri tem se potrebno upoštevati različna okolja in možnosti v teh okoljih. Predstavljeni model interdisciplinarne obravnave in

diagnostike predstavlja izhodišče za razmislek o prihodnjih obračunskih modelih plačevanja storitev v osnovnem zdravstvu, kjer v ospredju ne bi bilo več plačevanje opravljanja storitev, ampak tudi uspešnost izvajanja in vpliv na zdravje posameznika in populacije.

Literatura

Bulc, M., 2006. Attitudes of slovenian general practice trainers to the implementation of preventive activities. Zdravstveno varstvo, 45(2), str. 81–89.

Fras, Z. & Jug, B., 2013. Smernice za preprečevanje bolezni srca in ožilja v klinični praksi ključna sporočila in novosti. Slovenska kardiologija: znanstveno strokovna revija za področje srčno-žilne medicine, 10(1), pp. 53-88.

Govc Eržen, J., Čuš, B. & Vračko, P., 2017. Referenčne ambulante družinske medicine–opis projekta. In: J. Govc Eržen & M. Petek Šter, eds. Priročnik za zdravnike družinske medicine: izvajanje integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Istenič, N., 2019. Žirfit karton: analiza testne baterije za diagnostiko in spremljanje telesne pripravljenosti odraslih: magistrska naloga. Ljubljana: Univerza Ljubljani: Fakulteta za šport.

Kalan, G.Ž., 2012. Model za ocenjevanje obremenitev z delom zdravnikov družinske medicine v Sloveniji: doktorska disertacija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta.

Kovač, M., Jurak, G., Starc, G., Leskošek, B., Strel, J., Bizjak Slanič, K., Senica, D., Mišigoj-Duraković, M. & Peternelj, B., 2011. Športnovzgojni karton: diagnostika in ovrednotenje telesnega in gibalnega razvoja otrok in mladine v Sloveniji. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.

Krek, M., 2015. Skupnostni pristop obrobne skupine, prosojnice. Koper: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Območna enota Koper. Available at: http://czr.si/files/milan-krek.pptx [Accessed 5 June 2016].

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016. Zdravje v občini. [online] Available at: http://obcine.nijz.si/Default.aspx?leto=2018 [Accessed 18 February 2019].

Strel, J., Ambrožič, F., Kovač, M., Senica, D., Slana, N., Kondrič, M., Leskošek, B., Štihec, J. & Šturm, J., 1996. Športnovzgojni karton. Ljubljana: Ministrstvo za šolstvo in šport.

Strel, J., Mišič, G., Strel, J., Glažar, T., Zdešar, T., Blatnik, P., Cedilnik-Gorup, E., Farkaš-Lainščak, J., Fefer, J., Hančič, A., Fetih, J., Jurak, G., Muževič, I., Pecev, I., Petkovšek, T., Porenta, T., Semolič, A., Starc, G., Tušak, M., Završnik, J. & Koželj, S., 2016. Telesna zmogljivost za boljše zdravje in počutje: vloga osnovnega zdravstva in lokalne skupnosti pri zagotavljanju ustrezne telesne zmogljivosti po vrhniškem modelu. Logatec: Fitlab.

Strel, J. & Strel, J., 2017. Pogled specialista družinske medicine na organizacijo preventivnega zdravstvenega varstva na področju telesne dejavnosti in vlogo športnovzgojnega kartona oz. SLOfit sistema pri tem. Šport: revija za teoretična in praktična vprašanja športa, 65(3/4), pp. 201-207.

Svetovna zdravstvena organizacija: Regionalni urad za Evropo, 2016. Ljubljanska listina o reformi zdravstvenega varstva. Ljubljana: Svetovna zdravstvena organizacija: Regionalni urad za Evropo.

Švab, I. & Rotar-Pavlič, D., 2012. Družinska medicina. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine.

Tulloch, H., Fortier, M. & Hogg, W., 2006. Physical activity counseling in primary care: who has and who should be counseling? Patient Education and Counseling, 64(1), pp. 6-20.

Voljčje, B., 2007. Načela Ljubljanske listine in stališča Svetovne zdravstvene organizacije v zdravstvenem varstvu starejših ljudi. Kakovostna starost, 10(4), pp. 2-8.

Worrall, G. & Knight J., 2011. Continuity of care is good for elderly people with diabetes: retrospective cohort study of mortality and hospitalization. Canadian Family Physician, 57(1), pp. 16-20.

MULTIDISCIPLINARNI PRISTOP PRI OBRAVNAVI PACIENTA V AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE

LEA ŠELEKAR, dipl. m. s., mag. zdr. nege
Zdravstveni dom Ljubljana
Zdravstveno varstvo odraslih enota Moste Polje
lea.selekar@zd-lj.si

SILVESTRA MAHNIČ, dipl. m. s.
Zdravstveni dom Ljubljana
Zdravstveno varstvo odraslih enota Moste Polje
silvestra.mahnic@zd-lj.si

Izvleček

Ambulanta družinske medicine deluje z namenom izboljšanja in krepitev zdravja vseh opredeljenih pacientov. Zagotavljanje kakovostne, celostne obravnave pacienta v ambulanti družinske medicine je zahtevala spremembo v organiziranju in sestavi zdravstvenega tima. Od 1. 4. 2011 so se takrat splošne ambulante postopoma začele preoblikovati v dispanzersko metodo dela. Najprej v referenčno ambulanto družinske medicine. Danes jo imenujemo ambulanta družinske medicine, kjer v timu sodelujejo zdravnik, srednja medicinska sestra in diplomirana medicinska sestra. Le-ta sodeluje pri celostni obravnavi pacientov z urejenimi kroničnimi nenalezljivimi boleznimi ter preventivnih presejanjih, za kar predhodno pridobi dodatna specialna znanja. Diplomirana medicinska sestra po potrebi svetuje glede dejavnikov tveganja kot so: alkohol, kajenje, povišan krvi tlak, povečana telesna teža, holesterol, depresija, povišan krvni sladkor, znižana kostna gostota. Predvsem s poudarkom na nefarmakoloških ukrepih. V primeru ogroženosti za kronično nenalezljivo bolezen skupaj s pacientom naredita načrt spremljanja dejavnikov tveganja ter ga hkrati vključi v brezplačne programe, delavnice za spremembo življenjskega sloga, ki potekajo v zdravstveno vzgojnih centrih oziroma v centrih za krepitev zdravja v okviru zdravstvenih domov po vsej Sloveniji. Timsko delo celotnega tima, partnerski odnos s pacientom, spremljanje kliničnih poti, strokovnih smernic in standardov na vseh področjih obvladovanja kroničnih nenalezljivih bolezni kot tudi zgodnje odkrivanje dejavnikov tveganja, je podlaga za hitrejšo prepoznavo sprememb v zdravju. Z ustreznim ravnanjem lahko odstopanja pravočasno odpravimo in tako izboljšamo zdravje pacientov in pripomoremo k boljši kakovosti življenja.

Ključne besede: *timsko delo, ambulanta družinske medicine, celostna obravnava*

1 Uvod

Starostna struktura prebivalstva se tako kot v drugih državah sveta spreminja tudi v Sloveniji. Pričakovana življenjska doba se podaljšuje in demografski podatki nakazujejo staranje prebivalstva še naprej. Zadnji podatki Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ, 2019) kažejo, da je bilo 19,7 % prebivalstva v letu 2017 starejšega od 65 let. Napovedi za leto 2057 pa, da bo teh prebivalcev kar 31 %. S staranjem prebivalstva se po podatkih Eurostata (2018) soočajo tako v državah Evropske unije, kjer bo leta 2065 26,7 % prebivalstva starejšega od 65 let. V svetu pa bo ta vrednost znašala kar 32,4 % prebivalstva. S staranjem se spreminja struktura obolenj. Posledično s tem vodilni vzroki smrti ali invalidnosti. V preteklosti so ljudje umirali

zaradi akutnih zapletov oz. bolezni. V sedanjem času pa je vedno več kroničnih nenalezljivih bolezni (KNB). Poleg rakavih obolenj se največkrat pojavljajo srčno-žilna obolenja, sladkorna bolezen, bolezni dihal in duševne bolezni. KNB predstavljajo 71 % vzrokov vseh smrti po svetu v letu 2016. Pri tem Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 2018) opozarja še na dejavnike tveganja prekomernega uživanja alkohola, kajenja, telesne neaktivnosti, neustrezne prehrane in onesnaženost zraka. Prepletajoči vzroki za prehitro smrt v Združenih državah Amerike so v 40 % odvisni od vedenjskih dejavnikov, 30 % od genetskih preddispozicij, 20 % od socialnih dejavnikov ter 10 % zaradi odstopanj od zdravja. Potrebna je največja pozornost za preprečevanje, pravočasno odkrivanje in nadzor nad KNB. Najpogostejši vzrok smrti v Sloveniji za leto 2017 po poročilih NIJZ-ja (2019) so na prvem mestu bolezni obtočil (39 %). Takoj zatem s 31 % sledijo neoplazme. Na tretjem mestu so akutne poškodbe, zastrupitve ali druge posledice zunanjih vzrokov z 7 % in nato bolezni dihal z 6 %. Vse to doprinese s seboj spremembe na različnih področjih v državi. Predvsem v organizaciji zdravstvenega varstva tako na primarni, kot sekundarni ravni, na kar opozarjajo različni avtorji (Govc Eržen & Petek Šter, 2017; Pons-Vigués, et al., 2017; Fokdal Lehn, et al., 2018; Poplas Susič, 2018; Salisbury, et al., 2018) in organizacije (WHO, 2018; NIJZ, 2019).

2 Ambulante družinske medicine (ADM)

Zaradi raznolikosti obolenj in potreb po specialnih znanjih iz različnih zdravstvenih področjih je nujno timsko delo multidisciplinarnega tima v primarnem zdravstvenem varstvu. Ravno ADM je običajno vstopno mesto kjer pacienti in svojci iščejo pomoč zaradi simptomov ali težav zaradi KNB in vodenja njihove bolezni. Zaradi same narave bolezni potrebujejo povprečno več obravnav v zdravstvenem varstvo, kot zdravi posamezniki. KNB so napredujoče in lahko prizadenejo več organskih sistemov. Pomembno je tako farmakološko kot nefarmakološko zdravljenje simptomov bolezni. Pacienti potrebujejo zdravstveno vzgojno delo glede obvladovanja, razumevanja poteka bolezni, prepoznavanja simptomov poslabšanja KNB. Zdravstveni delavci se soočajo z izzivom kako zagotoviti kakovostno oskrbo vseh pacientov z različnimi KNB na dolgi rok (Poitras, et al., 2018; Fortin, et al., 2019). Pri vsem tem je ključnega pomena pravočasno prepoznavanje dejavnikov tveganja, ki lahko pospešijo razvoj KNB in pravočasno ukrepanje (Medved, 2016; Pons-Vigués, et al., 2017). Poitras, et al. (2018) so pri sistematičnem pregledu literature, ki je zajemala 52 raziskav in 4 pregledne znanstvene članke s področja zdravstvene nege polimorbidnih pacientov, na primarnem zdravstvenem varstvu, s pozitivnim izhodom zdravljenja, izpostavili tri glavna področja. Prvo področje je v pacienta usmerjena zdravstvene nega in prilagajanje na individualne potrebe pacienta. Drugo področje je ustrezno znanje, veščine in kompetence zaposlenih za izvajanje obravnave pacientov. Tretje področje je organizacija zdravstvenega varstva, kjer je v prvi vrsti izpostavljen multidisciplinarni pristop in timsko delo. WHO (2018) v ospredje postavlja pravico dostopa vseh ljudi do zdravstvenih storitev, ki se osredotočajo na njihove potrebe. Aktivnosti naj bodo učinkovite, pravočasne, varne, kakovostne in družbeno sprejemljive. Zaradi tega mora vsaka država razviti primerne strategije, ki so sprejemljive za dotično okolje, obstoječe ovire in finančne zmožnosti. Poudarek strategij je, da se spremlja napredek po merljivih in preverljivih metodah. Na vpliv politične ureditve, organizacije zdravstvenega varstva in socialno-kulturnih dejavnikov v posamezni državi za prenos novih znanj in smernic v okolje zdravstvenega varstva opozarjajo tudi na Danskem (Fokdal Lehn, et al., 2018), Španiji (Pons-Vigués, et al., 2017) in na svetovni ravni (Goodyear-Smith, et al., 2019). V Sloveniji omenjene spremembe od 1. 4. 2011 uvajamo s projektom referenčnih ambulant (Poplas Susič, 2018). Od leta 2018 naprej je enotno poimenovanje ADM. Po zadnjih podatkih Ministrstva za zdravje Republike Slovenije (MZ, n.d.) deluje 812 ADM, kjer v timu sodelujejo zdravnik, srednja medicinska sestra in diplomirana medicinska sestra (DMS)

s specialnimi znanji. Poudarek je na večji dostopnosti prebivalcev do kakovostne in varne zdravstvene oskrbe, skrajšanje čakalnih dob, ter prerazporeditev dela zdravnikov. Timski način dela omenjenih zdravstvenih delavcev omogoča aktiven pristop do opredeljene populacije v posamezni ADM. Vsak član tima ima določene naloge v okviru svojih kompetenc. Nosilec in koordinator obravnav je zdravnik (Govc Eržen & Petek Šter, 2017; Poplas Susič, 2018; MZ, n.d.). Fortin, et al. (2019) so v Kanadi prav tako raziskovali priložnosti za izboljšanje celostne in kontinuirane obravnave pacientov na primarni ravni zdravstvenega varstva. Poudarjajo, da ravno multidisciplinarni pristop izboljša izide zdravljenja pacientov s KNB. V raziskavo je bilo vključenih 326 pacientov od 18 do 75 leta, ki so imeli prisotno vsaj eno KNB (sladkorno bolezen, srčno-žilna obolenja, kronično obstruktivno pljučno bolezen ali astmo) ali dejavnik tveganja zanjo (kajenje, debelost, povišan holesterol, mejno bazalno glikemijo ali telesna neaktivnost). Multidisciplinarni tim so sestavljali medicinska sestra, dietetik, kineziolog, respiratorni terapevt, terapevt za odvajanje od kajenja. Izboljšave zdravstvenega stanja pacientov so se izkazale predvsem na spremembi zdravega življenjskega sloga (uživanja več sadja in zelenjave, povečanje fizične aktivnosti), boljše psihofizično počutje, boljši nadzor nad svojim zdravjem in izboljšanje znanja o obvladovanju KNB. Pacienti so podali mnenje, da jim je takšna obravnava pripomogla k boljši ozaveščenosti, znanju, motivaciji, opolnomočenju, sprejetju zdravega življenjskega sloga, izboljšanje zdravstvenega stanja in kakovosti življenja. V Španiji Pons-Vigues, et al., (2017) opisujejo projekt EIRA, ki temelji na prepoznavanju, načrtovanju, izvajanju in vrednotenju intervencij za zmanjšanje dejavnikov tveganja za KNB. Osredotočili so se na kajenje, neuživanje mediteranske prehrane, nezadostno telesno aktivnost, srčno-žilne dejavnike tveganja in dejavnike za razvoj depresije. Intervencije izvajajo pri pacientih med 45 in 75 letom starosti, ki imajo vsaj dva od naštetih dejavnikov tveganja. Namen je, da posameznik razvije vedenje, ki krepi zdravje in izboljša kakovosti življenja ter preprečuje nastanek KNB. Pacienti prejmejo splošna in individualna priporočila za obvladovanje dejavnikov tveganja na delavnicah v sklopu primarnega zdravstvenega varstva.

3 Naloge DMS

Za vsako obravnavo pacientov, tako preventivno presejanje, kot obravnavo kroničnega pacienta vodijo DMS Določitve zdravstvenih storitev DMS v referenčni ambulanti. Nazadnje so bile posodobljene aprila 2018 in so veljavne od 1. 1. 2019 naprej za obravnavo pacientov po vseh ADM celotne Slovenije. DMS mora zato pridobiti dodatna specialna znanja na 6 modulih. S tem pridobi obširnejše teoretično znanje, spretnosti in veščine obravnave pacientov (Bukovnik, 2016; Medved, 2016; Govc Eržen & Petek Šter, 2017; Panikvar Žlahtič, et al., 2018). Da je opravljanje dela enotno, sistematično in celostno DMS in zdravnika vodijo protokoli, ki temeljijo na najnovejših smernicah. Delo je ovrednoteno in merjeno s kazalniki kakovosti, ki merijo uspešnost ukrepov in so bili empirično določeni ob začetku dela ADM (Poplas Susič, 2018). Od 1. 1. 2018 je posodobljenih glede na trenutne smernice in potrebe 28 kazalnikov kakovosti, ki se mesečno poročajo v Projektno pisarno (Referenčne ambulante družinske medicine, n.d.). DMS ureja registre naslednjih KNB: sladkorne bolezni, arterijske hipertenzije, koronarne bolezni, kronične obstruktivne pljučne bolezni (KOPB), astme, osteoporoze, bengino povečane prostate in depresije. Točno določeni so vključitveni in izključitveni dejavniki za opravljanje presejanj za KNB, srčno-žilna obolenja, arterijsko hipertenzijo, sladkorno boleznijo, osteoporozo, KOPB, depresijo ter spremljanje tveganega in škodljivega pitja alkohola. Skupno vsem obravnavam je ugotavljanje življenjskega sloga pacienta, usmerjena družinska, negovalna in socialna anamneza ter izpolnjevanje potrebnih strukturiranih vprašalnikov. Pacienti glede na protokole pred pregledom pri DMS opravijo potrebne laboratorijske preiskave. Pri samem pregledu opravi DMS še vse antropološke meritve in meritve vitalnih funkcij. Po potrebi se

opravi še elektrokardiogram in preiskava pljučnih funkcij (spirometrija). Glede na prisotnost dejavnikov tveganja se individualno, na potrebe in zmožnosti pacienta, svetuje nefarmakološke ukrepe za krepitev zdravja ali izboljšanje simptomov KNB. V primeru farmakološkega zdravljenja pa še pregled stalne terapije, možne stranske učinke in preverjanje adherence pacienta. Obravnava poteka v partnerskem odnosu, saj DMS in pacient skupaj zastavita dosegljive cilje za izboljšanje zdravstvenega stanja oz. krepitev zdravja. Kakovosten potek omenjene obravnave ne more biti rutiniran, ampak se prilagaja individualnim potrebam in zmožnostim pacienta (Medved, 2016; Govc Eržen & Petek Šter, 2017; Panikvar Žlahtič, et al., 2018).

V omenjeni tim se na primarnem zdravstvenem varstvu po potrebi vključuje še patronažna medicinska sestra. V primeru polifarmakoterapije imamo v ZD Ljubljana možnost individualne obravnave pacienta pri kliničnem farmacevtu. Paciente napotujemo še v Zdravstveno vzgojne centre oz. Centre za krepitev zdravja, kjer se v obravnavo vključijo še DMS oz. profesorice zdravstvene vzgoje s specialnimi znanji, diplomirani fizioterapevti, psihologi, zdravniki in drugi zdravstveni delavci. Temelj teh centrov je zdravstvena vzgoja odrasle populacije in izvajanje aktivnosti za krepitev zdravja v lokalni skupnosti. Znanje in veščine pacienti pridobivajo na primarnem nivoju zdravstvenega varstva v okviru programa svetovanje za zdravje. Udeleženci izbirajo med 12 različnimi zdravstvenovzgojnimi, psihoedukativnimi svetovanji ali individualno obravnavo (Govc Eržen & Petek Šter, 2017; Poplas Susič, 2018). Da obravnava poteka celostno in kontinuirano, glede na potrebe pacienta, je koordinator zdravnik. Ima celoten pregled nad obravnavo pacienta na različnih področjih primarnega zdravstvenega varstva. V primeru odstopanj od zdravja pacienta napoti še na sekundarno raven zdravstvenega varstva. Zelo pomembno vlogo pri usklajevanju, naročanju in usmeritvah pacientov ima srednja medicinska sestra, ki povezuje tim ADM in širše sodelavce.

4 Razprava

Smernice, klinične poti in priporočila za obravnavo pacientov na primarnem zdravstvenem varstvu svetujejo multidisciplinarno timsko delo. Fokdal Lehn, et al. (2018) opozarjajo, da je uspešno izvajanje zdravstvene oskrbe odvisno od pogojev in zahtevnosti dela, ki pa ga iz papirja ni mogoče vedno prenesti v prakso zdravstvene nege. Vsak zdravstveni delavec izvaja zdravstveno obravnavo pacienta svoje stroke, velikokrat pa se ne opazi širše slike zdravstvenega stanja pacienta. Salisbury, et al. (2018) pri tem ugotavljajo, da se razvoj smernic izvajanja standardizirane oskrbe za paciente s KNB osredotoča na posamezno KNB. Obravnava vsake bolezni ločeno lahko starejšemu pacientu predstavlja izziv, saj se lahko predpisana zdravila in ukrepi za zdrav način življenja izključujejo. Le-ti zato večkrat izrazijo željo, da bi celotno oskrbo vodil eden zdravstveni delavec. Ta pa naj bi bila prilagojena osebnim razmeram in željam o poteku zdravljenja. Razvoj ADM je velik približek, kako celostno obravnavati urejenega pacienta s KNB na enem mestu. Ga pri tem aktivno vključevati v potek obravnave za doseganje skupnih ciljev za izboljšanje zdravja in kakovosti življenja. Ker je velik delež vzrokov za prehitro smrt odvisnih od vedenjskih dejavnikov posameznika, je toliko bolj pomemben poudarek na promociji zdravega življenjskega sloga (WHO, 2018). Pri presejanju na videz zdrave populacije lahko DMS pravočasno prepozna dejavnike tveganja in poda usmeritve, podporo, motivacijo za pozitivne spremembe pri posamezniku. V primeru visoko ogrožajočih dejavnikov tveganja za zdravje posameznika ga napoti k zdravniku za nadaljnjo obravnavo. Glaven namen vseh nefarmakoloških, po potrebi tudi farmakoloških ukrepov za obvladovanje dejavnikov tveganja je preprečiti oz. odložiti razvoj KNB s kroničnimi zapleti bolezni. Beleženje opravljenih storitev je nujno potrebno za razvoj stroke in izboljšanje zdravstvene obravnave pacientov (Govc Eržen & Petek Šter, 2017; Poplas Susič, 2018). Vso administrativno delo pa je izziv vsake DMS

(Medved, 2016). Obravnave pacientov se vpisujejo tako v zdravstveni karton, kot v informacijski sistem, kar podaljšuje čas obravnave. Pri tem je delo DMS še spremljanje kazalnikov kakovosti in vodenje registrov pacientov s KNB. Na podlagi tega sistematično naroča in vabi paciente na obravnave (telefonsko, pisno, elektronsko). Vse to delo presega določen normativ, ena DMS na dve ADM. Če želimo nadaljevati z celostno obravnavo vseh pacientov glede na zastavljene protokole, je nujno potrebna ena DMS s polnim delovnim časom v timu ADM. Potrebno bi bilo uskladiti računalniško podporo vseh programskih hiš, v vseh zdravstvenih ustanovah, na primarnem nivoju zdravstvenega varstva. Poročanja o opravljenih storitvah so zelo raznolika po regijah. Ni pa še raziskan vzrok zakaj do tega prihaja. Nakazuje se več možnosti, od nepravilnega beleženja ali vnosa storitev, razumevanja in izvajanja protokolov, prenašanja podatkov kazalnikov kakovosti... Slabše sodelovanje članov tima v ADM je lahko tudi eden izmed vzrokov za odstopanja v število opravljenih storitev DMS. Ključnega pomena za celostno obravnavo pacienta je dobro timsko delo na kar opozarjajo tako v tujini (Poitras, et al., 2018; WHO, 2018; Fortin, et al., 2019; Goodyear-Smith, et al., 2019), kot v Sloveniji (Medved, 2016; Govc Eržen & Petek Šter, 2017; Poplas Susič, 2018). Pojavljajo se še prostorske stiske DMS. Pri tem velja izpostaviti neodzivnost pacientov. Na to težavo v Kanadi opozarjajo tudi Fortin, et al. (2019), kjer kot glavne razloge pacienti navajajo pomanjkanje časa, pomanjkanje zanimanja ali osebne razloge. Pacienti so, po opravljenih anketah o zadovoljstvu z obravnavo v ADM v zadnjih letih, zadovoljni (Referenčne ambulante družinske medicine, n.d.). Za bolj oprijemljive in statistično pomembne podatke o vrednotenju pomena obravnav pacientov v ADM celotne Slovenije bomo morali počakati nekaj časa. Razlog je tudi v tem, da vse ambulante primarnega zdravstvenega varstva odrasle populacije še ne delujejo kot ADM. Velik vpliv na to imajo finančni resursi in neurejene razmere dela v slovenskem zdravstvu.

5 Zaključek

Primarno zdravstveno varstvo izvaja oskrbo, ki temelji na znanstveno zanesljivih in družbeno sprejemljivih metodah dela, kjer pacient aktivno sodeluje pri obravnavi in načrtovanju ciljev zdravljenja. Primer dobre prakse, ki se razvija v Sloveniji so ADM. Pacient je aktiven član multidisciplinarnega tima, ki skupaj z zdravstvenimi delavci načrtuje, spremlja in izvaja potek zdravljenja. Na ta način dobi občutek, da živi kakovostno življenje, ne glede na morebitno prisotnost dejavnikov tveganja ali simptomov KNB. Obisk pacienta v ADM je dodana vrednost pri celostni obravnavi posameznika. Možnosti takšnih obravnav pacienti sami ne poznajo, če jih o tem ne seznanimo. Veliko vlogo in priložnost izboljšanja pri tem imajo javna občila, mediji, vsi zdravstveni delavci in širša lokalna skupnost za izboljšanje poznavanja dela DMS v ADM.

Literatura

Bukovnik, B., 2016. Vodenje administracije in beleženje dela v referenčnih ambulantah družinske medicine. In: N. Kopčavar-Guček & D. Petek, eds. *Kakovostna obravnava bolnika v družinski medicini: (starostnik, paliativna oskrba, referenčne ambulante, revmatologija, psihiatrija, medicinsko nepojasnjena stanja, odnos med bolnikom in zdravnikom, urologija, stanovske teme, delavnice): zbornik predavanj: 42. strokovno srečanje timov. Ljubljana, 20. - 21. maj 2016*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine: Zavod za razvoj družinske medicine, pp. 106-109.

Eurostat, 2018. Population. In: S. Helene & W. Pascal, eds. *The EU in the world*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, pp. 16-27.

Fokdal Lehn, S., Thuesen, J., Bunkenborg, G., Zwisler, A.D., & Rod, M.H., 2018. Implementation between text and work-a qualitative study of a readmission prevention program targeting elderly patients. *Implementation Science,* 13(1).

Fortin, M., Chouinard, M.C., Boubacar Diallo, B., & Bouhali, T., 2019. Integration of chronic disease prevention and management services into primary care (PR1MaC): findings from an embedded qualitative study. *BMC Family Practice,* 20(1).

Goodyear-Smith, F., Bazemore, A., Coffman, M., Fortier, R., Howe, A., Kidd, M., Phillips, R.L., Rouleau, K. & van

Weel, C., 2019. Primary Care Research Priorities in Low-and Middle-Income Countries. *Annals of family medicine,* 17(1), pp. 35-37.

Govc Eržen, J., & Petek Šter, M., 2017. *Priročnik za zdravnike družinske medicine: izvajanje integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Medved, N., 2016. Analiza dela in dileme diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti družinske medicine. In: N. Kopčavar-Guček & D. Petek, eds. *Kakovostna obravnava bolnika v družinski medicini: (starostnik, paliativna oskrba, referenčne ambulante, revmatologija, psihiatrija, medicinsko nepojasnjena stanja, odnos med bolnikom in zdravnikom, urologija, stanovske teme, delavnice): zbornik predavanj: 42. strokovno srečanje timov. Ljubljana, 20. - 21. maj 2016*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, Zavod za razvoj družinske medicine, pp. 60-62.

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, n.d. *Referenčne ambulante*. [online] Available at: http://www.mz.gov.si/si/pogoste_vsebine_za_javnost/referencne_ambu

lante/ [Accessed 18 February 2018].

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2019. *Zdravstveni statistični letopis 2017.* [pdf] Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: http://www.nijz.si/sl/publikacije/zdravstveni-statisticni-letopis-2017 [Accessed 18 February 2018].

Panikvar Žlahtič, K., Vidmar, I., Istenič, B., & Benkovič, R., 2018. *Določitev zdravstvenih storitev diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti - dopolnitev opisov.* [pdf] Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Available at: http://www.referencna-ambulanta.si/wp-content/uploads/Dopolnitve-StoritveDMS_veljavne-od-1.1.2019.pdf [Accessed 18 February 2018].

Poitras, M.E., Maltais, M.E., Bestard-Denommé, L., Moira, S. & Fortin, M., 2018. What are the effective elements in patient-centered and multimorbidity care? A scoping review. *Bmc Health Services Research,* 18(1).

Pons-Vigués, M., Berenguera, A., Coma-Auli, N., Pombo-Ramos, H., March, S., Asensio-Martínez, A., Moreno-Peral, P., Mora-Simón, S., Martínez-Andrés, M., & Pujol-Ribera, E., 2017. Health-care users, key community informants and primary health care workers' views on health, health promotion, health assets and deficits: qualitative study in seven Spanish regions. *International Journal for Equity in Health,* 16(1).

Poplas Susič, T., 2018. Referenčne ambulante družinske medicine do konca leta 2017. In: D. Petek & N. Kopčavar-Guček, eds., *Kakovostna obravnava bolnika v družinski medicini: (starostnik, nevrologija, laboratorijske preiskave, referenčne ambulante, nasilje nad zdravstvenimi delavci, komunikacija, diabetes): zbornik predavanj: 44. strokovno srečanje timov, Ljubljana, 1.-2. junij 2018*. Ljubljana: Družinska medicina, pp. 90-94.

Referenčne ambulante družinske medicine, n.d. [online] Available at: http://www.referencna-ambulanta.si/ [Accessed 18 February 2018].

Salisbury, C., Man, M.S., Bower, P., Guthrie, B., Chaplin, K., Gaunt, D.M., Brookes, S., Fitzpatrick, B., Gardner, C., Hollinghurst, S., Lee, V., McLeod, J., Mann, C., Moffat, K.R. & Mercer, S.W., 2018. Management of multimorbidity using a patient-centred care model: a pragmatic cluster-randomised trial of the 3D approach. *The Lancet,* 392(10141), pp. 41-50.

World Health Organization, 2018. *Final report working group on the inclusion of NCDs in other programmatic areas. WHO global coordination mechanism on the prevention and control of noncommunicable diseases (working group 3.1, 2016-2017).* [pdf] World Health Organization. Available at: https://www.who.int/global-coordination-mechanism/activities/working-groups/en/ [Accessed 18 February 2018].

UPORABA KOMPETENČNEGA MODELA PRI NAČRTOVANJU NOVE KIRURŠKE SPECIALIZACIJE

doc. dr. MLADEN GASPARINI, dr. med., spec. krg.
Splošna bolnišnica Izola, Oddelek za kirurgijo
mladen.gasparini@sb-izola.si

Izvleček

Plačniki in porabniki zdravstvenih storitev pričakujejo in zahtevajo vedno višji nivo zdravstvenih storitev in vedno bolj kompetentne izvajalce. Zato je potrebno na področje izobraževanja kadrov vpeljati modele, ki bodo zagotovili hiter in učinkovit proces usposabljanja. Pri zasnovi nove specializacije iz žilne kirurgije smo v program specializacije vgradili kompetenčni model, ki spremlja napredovanje kandidata na teoretičnem, kliničnem in operativnem področju. Na vsakem področju smo določili štiri nivoje zahtevnosti, ki jih kandidat lahko doseže. Z jasno opredelitvijo nivoja znanj in veščin, ki naj jih kandidat med svojimi izobraževanjem osvoji dosežemo lažje in objektivnejše spremljanje napredovanja specializanta, učinkovitejše doseganje zastavljenih ciljev, primerljivost kandidatov in programov ter učinkovitejši nadzor s strani mentorja in nadzorne ustanove. V kolikor se bo model izkazal za učinkovitega je mogoča njegova uporaba tudi pri snovanju ali prenovi drugih specialističnih programov.

Ključne besede: *kompetenčni model, specializacija, žilna kirurgija*

1 Uvod

V sodobnem, z informacijskimi tehnologijami prežetem svetu, postaja znanje vse bolj dostopno in dosegljivo tudi širšim množicam zato, bolj kot nabiranje znanja, stopa v ospredje uporaba le-tega za reševanje konkretnih nalog. Sposobnost uporabe pridobljenega znanja je odvisna od vrste dejavnikov med katerimi je tudi sposobnost posameznika, da izvede določeno novo ali ponavljajočo se nalogo na način, ki privede do željenih rezultatov, čemur pravimo kompetenca (Lane & Ross, 1998).

Vendar pojem »kompetence« ni enostavno določljiv, sploh ker ga vsakodnevno uporabljamo za opisovanje tako znanstvenih kot tudi poljudnih vsebin. S tem izrazom tako označujemo različne lastnosti posameznika: sposobnost, znanje, spretnost, zmogljivost, usposobljenost in učinkovitost. V Slovarju slovenskega knjižnega jezika je pojem kompetence definiran kot »obseg, mera odločanja, določena navadno z zakonom; pristojnost, pooblastilo: s tem je presegel svojo kompetenco / poslanci niso priznavali kompetenc državnemu zboru // področje dejavnosti: razmejitev kompetenc zveznih in republiških organov / izdelava spada v njihovo kompetenco« (eSSKJ, 2017). Ta definicija pa je le malo uporabna za opis vsebine kompetenc na področju izobraževanja, raziskovanja, vodenja in organiziranja. V ta namen so bolj primerne definicije, ki kompetence opredeljujejo kot skupek osvojenih sposobnosti in znanj, ki nam omogočajo odločitev o rešitvi oz. izvedbo konkretnih nalog (Meghnagi, 2003). Na področju izobraževanja pa kompetence razumemo predvsem kot zmožnost posameznika, da vključi, uporabi in poveže pridobljeno znanje v zapletenih, raznovrstnih in nepredvidljivih okoliščinah (Perrenoud, 1997). Kompetenca tako zajema cel spekter lastnosti posameznika, ki ga opredeljujejo kot usposobljenega za neko delo ali nalogo. Med njimi gotovo izstopa »znanje« (razu-

mevanje dejstev in postopkov), »spretnosti« (poznavanje specifičnih veščin) ter »sposobnost«, ki združuje tako znanje kakor tudi spretnosti, ki jih je osebek pridobil in jih lahko uporabi za reševanje konkretnih nalog (Fleishman & Bartlett,1969). Slovenski izraz, ki dobro opiše pojem kompetenc v procesu pridobivanja znanja in veščin na področju dela je »usposobljenost«. Ta se lahko meri pri posamezniku, skupini ali celotni ustanovi in predstavlja predpogoj za doseganje vnaprej določenih ciljev ali zahtev znotraj določenega delovnega, izobraževalnega ali znanstvenega okolja.

Model kompetenc so razvili že v 60. letih prejšnjega stoletja pri čemer so bile medicinske ustanove med prvimi pri katerih so ga uporabili kot orodje za oceno in izboljšanje nivoja zdravstvene oskrbe prebivalstva (Hubbard, et al., 1965). Njegova uporaba se je v zadnjih letih močno razširila saj je razvoj novih tehnoloških in medicinskih pristopov močno dvignil pričakovanja družbe glede doseganja določenih standardov oskrbe v javnih zdravstvenih zavodih. Da bi zadostila povečanim zahtevam in pričakovanjem prebivalstva je država nekaterim institucijam (Ministrstvo za zdravje - MZZ, Nacionalni inštitut za javno zdravje – NIJZ, Zdravniška zbornica Slovenije -ZZS) naložila, naj spremljajo najpomembnejše kazalnike zdravja, določajo standarde zdravstvene oskrbe ter izvajajo obdobne preglede. Med slednjimi je posebej naložila naj preverijo ali imajo izvajalci zdravstvenih storitev - posamezniki, kolektivi in celotna ustanova ustrezne kompetence za izvajanje predpisanih nalog. Tako preverjanje kompetenc pa ima lahko številne vidike:

- Merjenje strokovnosti in učinkovitosti ustanove: ali ustanova zagotavlja predpisane standarde za oskrbo bolnikov in če jih ne ali je morda težava v kompetencah? Ali se visoke kompetence zrcalijo tudi v visokem doseganju strokovnih ciljev ali pa gre razlika morda na račun nezadostnih virov (kadrov, opreme)?
- Etični in pravni vidiki: zdravstvena ustanova je kazensko in moralno odgovorna za morebitno škodo povzročeno na zdravju bolnikov s strani njenih izvajalcev zato mora zagotavljati, da so njeni zaposleni kompetentni za naloge katere opravljajo.
- Obvladovanje tveganja: s preverjanjem kompetenc se ugotavlja morebitne šibke točke sistema in daje pobude za izboljšave.
- Ugotavljanje kritičnih točk: posebej natančno se preverja kompetence za znanja in spretnosti, ki se ne uporabljajo pogosto ali so izredno pomembne ali pa so potencialno nevarne v kolikor jih ne obvladamo.
- Certifikacija: spremljanje kompetenc je lahko pogoj za uradno certificiranje zavodov.
- Načrtovanje: novih zaposlitev, vodilnih kadrov, mentorjev.
- Merjenje učinkovitosti/smotrnosti: npr. določenih izobraževalnih programov (tečajev, seminarjev...).
- Zaznavanje nekompetentnih delavcev (Loevinsohn, 1995).

Poleg zunanjih preverjanj pa mora zdravstvena ustanova tudi sama zagotavljati mehanizme presoje usposobljenosti lastnih kadrov in spremljati njihovo napredovanje. Pri merjenju usposobljenosti kadrov pa je potrebno ločiti med kompetenco delavca za opravljanje neke naloge (angl. »competence«) in njegovo zmožnostjo izvedbe (angl. »performance«) le-te. Kompetenca je namreč samo potencialna sposobnost izvesti določeno nalogo, medtem ko se dejanska zmožnost izvedbe naloge v danih okoliščinah kaže kot kandidatov performans (izvedbena sposobnost). Tako je lahko nekdo povsem kompetenten za neko opravilo vendar le-tega ne more izvesti zaradi nekaterih objektivnih okoliščin (npr. nima na voljo ustreznega orodja). Na razliko moramo biti pozorni predvsem pri ocenjevanju kandidata saj običajno merimo kvaliteto izvedbe neke naloge (performans) in ne zmožnost oz. sposobnost kandidata za njeno izvedbo (usposobljenost, kompetenco). Tako ima lahko nekdo visoke kompetence vendar nizek

performans v primeru, da mu okoliščine ne dopuščajo udejanjanje svojih kompetenc (Southgate & Dauphinee, 1998) V kolikor ni objektivnih ovir za izvedbo naloge se izraza uporabljata istoznačno saj je izvedbeno sposobnost veliko lažje izmeriti kot kompetenco.

Kompetence ne smemo pojmovati kot dihotomno lastnost kandidata (se pravi kandidat ima ali nima določene kompetence) temveč gre za zvezno pridobivanje in napredovanje znanj in spretnosti znotraj določene spretnosti, ki jo kandidat osvaja. Celotna zbirka pridobljenih kompetenc pa kandidatu omogoča, da postane usposobljen za določeno delovno mesto ali poklic, pri čemer je tudi tukaj mogoče razločiti več nivojev komptentnosti. Benner (1984) je tako že pred 35. leti opisal pet nivojev soslednih klničnih kompetenc pri medicinskih sestrah:

- Začetnica – brez izkušenj na konkretnem kliničnem področju, potrebuje stalne popravke svojih aktivnosti in dolgotrajno usposabljanje, ni sposobna samostojnega odločanja.
- Napredna začetnica – obvlada nekatera osnovna opravila in je pri njihovem izvajanju samostojna, potrebuje občasne popravke svojega dela, razvija ustrezna znanja, potrebuje pa še občasna usposabljanja.
- Kompetentna sestra - na tem delovnem mestu je že več kot dve leti, pri svojih odločitvah je suverena in učinkovita, pri delu ne potrebuje pomoči sodelavcev, lahko načrtuje delo in predvidi morebitne zaplete.
- Strokovnjakinja – dogajanje razume v vseh svojih dimenzijah in v širšem kontekstu, razume in pozna tudi dolgoročne načrte in cilje oddelka in zna ukrepati v primeru odstopanja od zastavljenih ciljev.
- Ekspertinja – v globino razume celotno situacijo in zna reševati tudi najtežje zaplete.

Pridobivanje znanja pri zdravnikih po zaključenem fakultetnem študiju je velikokrat prepuščeno lastni iniciativi in osebni zavzetosti mentorja, zato je pomembno, da se v proces izobraževanja zdravnika uvedejo sistemske rešitve, ki bodo zagotavljale kontinuirano, preverljivo ter vnaprej določeno pridobivanje znanj in spretnosti. Pričujoči članek obravnava vpeljavo modela kompetenc na področju izobraževanja bodočih žilnih kirurgov ter prikazuje orodja, ki so na voljo za merjenje napredovanja kandidata.

2 Vsebina

Žilna kirurgija je veda kirurgije, ki se ukvarja s spoznavo in zdravljenjem žilnih bolezni pri čemer uporablja tudi invazivne metode (npr. operacijo). Do 70. let prejšnjega stoletja je bila žilna kirurgija del kardiovaskularne kirurgije, v tem času pa je kardiokirurg Edwin Wylie dal pobudo za priznanje žilne kirurgije kot samostojne specializacije (Blaisdell, 2001). Le nekaj let kasneje je žilna kirurgija postala samostojna specializacija v ZDA, temu pa so kmalu sledile tudi druge, predvsem evropske države. Tako so bile leta 2013 v Evropi le še štiri države brez samostojne specializacije iz žilne kirurgije in sicer: Turčija, Rusija, Albanija in žal, Slovenija. Prizadevanja za pridobitev samostojne specializacije v Sloveniji so se sicer začela že takoj ob ustanovitvi Društva žilnih kirurgov Slovenije leta 2007, ki je v svoj statut zapisalo, da bo skrbelo tudi za »uveljavitev in priznanje specializacije s področja žilne kirurgije«. Vendar pa je minilo dobrih deset let preden je bila žilna kirurgija sprejeta (kot zadnja samostojna specializacija) tudi v Republiki Sloveniji.

Pot do uveljavitve samostojne specializacije iz žilne kirurgije je vodila preko utemeljitve potreb po tovrstni specializaciji na ustreznih forumih Slovenskega zdravniškega društva in Zdravniške zbornice Slovenije (ZZS) nadaljevala pa s pripravo programa usposabljanja za bodoče žilne kirurge. O ustreznosti programa specializacije so nato presojali organi ZZS ter MZZ. Po pozi-

tivnem mnenju glede potrebe tovrstne specializacije in ustreznosti programa je specializacija iz žilne kirurgije postala zadnja od 65. akreditiranih programov za opravljanje medicinskih in stomatoloških specializacij, ki jih razpisuje ZZS. Večina programov je strukturiranih tako, da so v njem navedeni oddelki kjer se opravlja določeno usposabljanje kakor tudi čas trajanja posameznega usposabljanja. Za definirano časovno obdobje so opisana znanja in veščine, ki naj jih kandidat osvoji, pri kirurških specializacijah pa so določeni še vrsta in število posegov, ki naj jih kandidat opravi. Tak model pa ima kar nekaj slabosti:

- ne loči med posameznimi specifičnimi znanji in spretnostmi (teoretičnimi, kliničnimi, operativnimi, komunikacijskimi, organizacijskimi, etičnimi...) in jih tudi posebej ne spremlja ali ocenjuje;
- preverja samo en vidik sposobnosti kandidata (teoretično znanje ali ročne spretnosti);
- nima vgrajenega sistema za sprotno spremljanje kandidata;
- nima vgrajenega sistema za oceno napredovanja;
- ne razlikuje med enostavnimi in zahtevnimi znanji in spretnostmi;
- zgolj fizična prisotnost na delovnem mestu je lahko zadosten kriterij za opravljen modul;
- ne omogoča skrajšanja ali podaljšanja trajanja modula v primeru odstopanja od pričakovanih dosežkov;
- mentor je vključen le v končno preverjanje doseženih kompetenc in ne v sprotno preverjanje napredovanja kandidata;
- kandidat ni seznanjen in motiviran za dosego določenih vmesnih ciljev;
- znanja med kandidati niso primerljiva;
- različni kandidati lahko modul zaključijo z zelo različnimi nivoji znanj in spretnosti;
- ustanovam in mentorjem ne nalaga posebnih obveznosti glede kandidata;
- znanja niso preverljiva, saj so zapisana preveč na splošno.

Zato smo bili pri snovanju novega programa specializacije iz žilne kirurgije postavljeni pred dilemo ali ohraniti model kot ga pozna večina slovenskih specialističnih programov ali pa morda uporabiti katerega od sodobnejših pristopov. V ta namen smo pregledali vsebino (kurikulume) številnih evropskih programov specializacije iz žilne kirurgije. Izkazalo se je, da ima večina evropskih držav kurikulume, ki so zelo podobni slovenskim in temeljijo predvsem na časovnem in manj na vsebinskem kriteriju za napredovanje kandidata. Nekateri programi, predvsem tisti, ki so nastajali v zadnjem desetletju (npr. v Veliki Britaniji) pa imajo kurikulum zastavljen v obliki t. i. »kompetenčnega modela«. Za ta model je značilno, da se vnaprej opredelijo področja, vsebine ter stopnja kompetenc, ki jih mora kandidat med svojim usposabljanjem osvojiti. Cilj takega modela je, da kandidat v čim krajšem času osvoji znanja in spretnosti, ki so zahtevana za določeno opravilo oz. delo. Pred prenosom kompetenčnega modela v slovenski prostor smo si morali odgovoriti na nekaj dilem:

- Ali je mogoče tak model preprosto prenesti v slovenski prostor ali ga je morda potrebno prilagoditi?
- Katere kompetence vključiti v kurikulum?
- Kako definirati kriterije za določene kompetence?
- Kako meriti določene kompetence?
- Kako preveriti ali je model uspešen?

Da bi poiskali odgovore na zastavljena vprašanja smo v snovanje kurikuluma vključili različne strokovnjake (žilne kirurge, angiologe, mednarodne strokovnjake na področju izobraževanja, slovenske profesorje na tujih univerzah) in skušali preveriti izvedljivost in učinkovitost modela v slovenskem prostoru. Preverjali smo zlasti ali model omogoča:

- realno pot za dosego predvidene kompetence;

- sprotno preverjanje napredovanja kandidata;
- preglednost zahtevanih znanj in stopenj kompetenc, ki naj jih kandidat osvoji na posameznih oddelkih;
- da postane ustrezno orodje v rokah mentorja, ki naj mu pomaga pri določanju in spremljanju znanj, spretnosti in kompleksnosti kompetenc, ki naj jih kandidat osvoji;
- predvideti ali je posamezen oddelek usposobljen za pridobitev vseh kompetenc kandidata (kompetenčni centri);
- primerljivost kandidatov glede osvojenega znanja in veščin;
- napredovanje kandidata glede na dosežene kompetence in ne glede na čas, ki ga je prebil na posameznem oddelku;
- relativno hitro zaznati kandidate, ki ne dosegajo ali niso sposobni dosegati zastavljenih ciljev.

Ob preverjanju modela smo se zavedali, da je potrebno sestaviti kurikulum, ki bo imel sicer vgrajen kompetenčni model vendar bodo vsebine prilagojene danostim slovenskega prostora. S tem smo tudi zajeli bistvo kompetenčnega modela, ki naj bi vedno upošteval realne možnosti njegove izvedbe in vključeval le tisti nabor znanj in spretnosti, ki so pomembni za učinkovito in profesionalno opravljanje določenih delovnih nalog v konkretnem okolju. Odločitvi o sprejetju kompetenčnega modela kot temeljne strukture izobraževalnega kurikuluma specializanta žilne kirurgije je sledila opredelitev posameznih kompetenc. Pri tem smo stremeli, da naj bo vsaka kompetenca:

- jasno določljiva: kandidatu, mentorju in nadzornemu organu;
- dosegljiva: zastavljena tako, da jo povprečni kandidat lahko doseže v predvidenem času;
- lahko merljiva (objektivna): s pomočjo subjektivnega ocenjevanja, testov, kolokvijev, praktičnih poizkusov;
- primerljiva: identičnost glede usposobljenosti kandidatov tudi, če so kompetence pridobivali v različnih okoljih (oddelkih, bolnišnicah);
- ponovljiva: vsak naslednji kandidat naj bi imel podobne pogoje;
- neodvisna od zunanjih dejavnikov in čim bolj odvisna od sposobnosti in prizadevanj kandidata.

Najprej smo morali določiti temeljna področja kompetenc na katerih bomo spremljali usposobljenost kandidata. Izbrana področja smo razdelili na teoretične, klinične in operacijske (posegovne) kompetence. Za vsako področje smo definirali štiri nivoje kompetenc. Za teoretične kompetence (TK) smo tako definirali:
TK1: pozna obravnavano področje na splošno
TK2: pozna osnove obravnavanega področja
TK3: pozna temeljne in pomembne podatke iz obravnavanega področja
TK4: pozna področje natančno in poglobljeno

Operativnim (OK) in kliničnim kompetencam (KK) smo dodelili podobne nivoje in sicer:
OK1, KK1 – Asistent:

- pozna postopek predvidenega posega in lahko spremlja posamezne faze posega;
- pozna vrste inštrumentov, ki se pri posegu uporabljajo in osnovno rokovanje z njimi;
- lahko opravi del posega.

OK2, KK2 - Operater z asistenco:

- lahko opravi celoten poseg, v kolikor ni dodatnih zapletov, ob pomoči izkušenega asistenta;
- pozna postopek predvidenega posega in razloge za uporabo posameznih operativnih korakov;

- pozna svoje omejitve in kdaj mora poklicati nadrejenega za nasvet ali pomoč.

OK3, KK3 – Operater, praviloma samostojen:
- lahko opravi celoten poseg večinoma brez prisotnosti izkušenega asistenta;
- občasno še potrebuje nasvet izkušenega asistenta vendar ne pomoč pri samem posegu;
- med posegom se prilagodi znanim variacijam v poteku posega brez posebnega opozorila s strani mentorja;
- prepozna in pravilno ovrednoti morebitne težave in zaplete med posegom;
- prepozna kdaj potrebuje dodatno pomoč ali nasvet.

OK4, KK4 – Operater, samostojen (tudi za zaplete)
- lahko opravi celoten poseg brez prisotnosti izkušenega asistenta;
- samostojno opravi tudi zahtevnejše posege in samostojno razreši enostavnejše zaplete;
- je lahko mentor mlajšim specializantom.

Ker kandidat med specializacijo kroži na različnih oddelkih je bilo potrebno definirati teoretične, klinične in operacijske kompetence za vsak oddelek posebej. Poleg tega je bilo potrebno za vsako kompetenco določiti tudi nivo, ki ga mora kandidat doseči. Da bi kandidat uspešno zaključil kroženje na določenem oddelku mora doseči predvideno stopnjo klinične oz. operacijske kompetence (OK2 oz. KK2 za kompleksne posege, OK3 oz. KK3 za rutinske posege in OK4 oz. KK4 za najpogostejše posege) in opraviti minimalno število predpisanih posegov. Neposredni mentor ima nalogo, da sproti preverja napredovanje specializanta za vsako od vnaprej določenih kompetenc. Teoretične kompetence preverja s kolokvijem, klinične kompetence s konkretnim reševanjem kliničnega problema ter operacijske (tehnične) kompetence z izvedbo operativnega posega. Pogoj za napredovanje v procesu usposabljanja tako ni več določen časovni okvir temveč dosežen nivo kompetenc. Tak model je zahtevnejši od dosedanjih modelov specializacije in zahteva motiviranega kandidata, usposobljenega in motiviranega mentorja ter ustrezno delovno okolje. Tudi ta model ima določene slabosti:
- zahteva večji trud in vložek s strani mentorjev (poraba resursov);
- obstaja tendenca k nerealnemu ocenjevanju kandidata;
- dopušča možnost dodeljevanje kompetenc brez preverjanja;
- ni mogoče izključiti subjektivne ocene mentorja;
- ni mogoča samoocena kandidata;
- ni mogoča ocena tima temveč le posameznika;
- ne vključuje etičnih, socialnih in komunikacijskih kompetenc;
- priznanje kompetence ne zagotavlja tudi uspešne izvedbe naloge in
- je primeren le za specifično populacijo (specializanti).

Seveda je potrebno tak model ves čas preverjati in po potrebi spreminjati (nedoseganje ciljev, novi delovni pogoji, novi načini zdravljenja, novi izobraževalni programi, nove tehnologije, nova zakonodaja...). Ker bo prva generacija specializantov začela svoje usposabljanje predvidoma šele letos jeseni je o uspešnosti modela še prezgodaj govoriti.

3 Razprava

Model kompetenc je v zdravstvenih sistemih poznan že desetletja. Kljub temu je veliko izobraževalnih in zaposlitvenih programov še vedno zastavljenih v klasični obliki, kjer določenemu obveznemu časovnemu bivanju sledi končni izpit z preverjanjem pridobljenih teoretičnih in praktičnih znanj.
Pri sestavi programa specializacije iz žilne kirurgije smo vpeljali model kompetenc s ciljem:

- pridobiti specialista žilne kirurgije s kompetencami za samostojno delo;
- dvigniti nivo izobraževalnega procesa specializantov;
- ocenjevalcem ponuditi orodje za spremljanje napredovanja kandidata;
- ocenjevalcem ponuditi orodje za predčasno prekinitev specializacije v kolikor kandidat nikakor ne doseže določenih kompetenc;
- doseči prenos kompetenčnega modela tudi v izobraževalne programe drugih specializacij;
- razviti model splošnih kompetenc za vse specializante in specifičnih kompetenc za določene specialnosti;
- zaznati potrebo po določenih dodatnih izobraževanjih potrebnih za dosego posameznih kompetenc;
- večje objektivizacije učnega procesa (teoretično in praktično preverjanje) in
- nenazadnje dvigniti nivo oskrbe bolnikov.

Ali bodo cilji doseženi je trenutno nemogoče soditi saj bo prva generacija specializantov pričela s kroženjem po opisanem modelu predvidoma septembra letos. Uspešnost modela bo vsekakor odvisna od same teoretične zasnove, nadzora nad izvajanjem, objektivnih okoliščin za njegovo izvedbo, motiviranosti mentorjev in zavzetosti kandidatov.

4 Zaključek

Vpeljava novega izobraževalnega modela na področju medicinskega usposabljanja mora biti dobro pretehtana in načrtovana. Pred njegovo uvedbo je potrebno preučiti prednosti in slabosti obstoječega modela ter potencialne prednosti, ki jih prinaša novi. Kompetenčni model se je v nekaterih državah izkazal kot učinkovito orodje za motiviranje kandidata, opolnomočenje mentorja in ustrezen zunanji nadzor nad usposabljanjem kandidatov. Izhajajoč iz teh prednosti smo se odločili, da tak model uporabimo tudi pri načrtovanju nove specializacije iz žilne kirurgije. O njegovi uspešnosti bo mogoče soditi šele čez nekaj let, ko bodo prvi kandidati opravili specialistični izpit.

Literatura

Benner, P., 1984. From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park: Addison-Wesley, pp. 13-34.

Blaisdell, F.W. & Stoney, R.W., 2001. Vascular surgeon Edwin J. Wylie, MD (1918-1982), pioneer and visionary, Journal of Vascular Surgery, 35(3), pp. 213-219.

eSSKJ: Slovar slovenskega knjižnega jezika 2016–2017 [online]. Available at: http://www.fran.si, [Acessed 16 March 2019].

Fleishman, E.A. & Bartlett, C.J., 1969. Human abilities. Washington, DC: American Institutes for Research.

Hubbard, J.P., Levit, E.J., Schumacher, C.F. & Schnabel, T.G., 1965. An objective evaluation of clinical competence: new technics used by the National Board of Medical examiners. New England Journal of Medicine, 272, pp. 1321-1328.

Lane, D.S. & Ross, V.S., 1998. Defining competencies and performance indicators for physicians in medical management. American Journal of Preventive Medicine, 14(3), pp. 229–236.

Loevinsohn, B.O., Gierrero, E.T. & Gregorio S.P., 1995. Improving primary healthcare through systematic supervision: A controlled field trial. Health Policy and Planning, 10(1), pp.144–153.

Meghnagi, S., 2003. The contexts of training. In: Agora VII: working time, training time. Cedefop Panorama Series 67. Luxembourg (LU): European communities, pp. 59-66.

Perrenoud, P., 1997. Construire des compétences dès l'école, ESF. S.l.: Paris.

Southgate, L. & Dauphinee. D., 1998. Maintaining standards in British and Canadian medicine: The developing role of the regulatory body. British Medical Journal, 316 (1), pp. 697–700.

NOSEČNICA IN OTROČNICA V SREDIŠČU BABIŠKE OBRAVNAVE KOMPETENCE BABICE V BABIŠKI AMBULANTI IN NA PORODNIŠKEM ODDELKU

ANITA HLEBANJA, dipl. babica
Splošna bolnišnica Jesenice, Oddelek za ginekologijo in porodništvo
anita.hlebanja@sb-je.si

MONIKA LEGAT, dipl. babica
Splošna bolnišnica Jesenice, Oddelek za ginekologijo in porodništvo
monika.legat@sb-je.si

Izvleček

Uvod: *Kompetenci diplomirane babice sta spremljanje normalnega poteka nosečnosti oziroma prepoznati znake rizične nosečnosti z opravljanjem potrebnih preiskav in izvajanje babiške nege. Napisani kompetenci sta leta 2015 v Splošni bolnišnici Jesenice (v nadaljevanju SBJ) prišli v ospredje, zaradi česar je prišlo do sprememb pri obravnavi nosečnic in otročnic. Zaposlene diplomirane babice so pričele samostojno voditi zdrave nosečnice v babiški ambulanti ter izvajati tako imenovano »babiško vizito« pri zdravih otročnicah pri katerih je porod potekal brez zapletov. V prispevku bo predstavljena obravnava nosečnic in otročnic v SBJ, dokumentacija in predstavljeni bodo rezultati ankete »Zadovoljstvo porodnice« za leto 2018. Primerjali bomo rezultate ankete s prejšnjih let.*
Metode*: Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela s sistematičnim pregledom in analizo domače ter tuje znanstvene in strokovne literature. Prikazani bodo tudi rezultati anonimne ankete, v katero je bilo zajetih 355 otročnic, ki so v letu 2018 rodile v porodnišnici Jesenice. Rezultati iz leta 2018 bodo primerjani tudi z rezultati anket iz prejšnjih let. Literatura je bila iskana s pomočjo podatkovnih baz in sicer: PubMed, Cobiss in ScienceDirect.*
Rezultati: *V letu 2018 je bilo v babiški ambulanti obravnavanih približno 30 % nosečnic, ki so rodile v naši porodnišnici in pri 90 % otročnic na oddelku so babice izvajale babiško vizito. Večina anketirank (okoli 75 %) je bilo mnenja, da so se z babico lahko pogovorile o stvareh, ki so jih zanimale in več kot 60 % je bilo mnenja, da so babice nudile enakovredno obravnavo kot zdravnik.*
Diskusija in zaključek: *V ginekološko porodniški službi SBJ, so babice pomemben člen v delovanju multidisciplinarnega tima pri obravnavi nosečnic, porodnic in otročnic. Ker so na svojem področju dovolj kompetentne, so od leta 2015 pričele samostojno izvajati preventivne preglede v babiški ambulanti, na porodniškem oddelku pa so pri zdravih otročnicah pričele z dnevno babiško obravnavo oziroma vizito. Zaposleni na ginekološko porodniškem oddelku Splošne bolnišnice Jesenice so mnenja, da so ženske zadovoljne z uvedenimi spremembami, kar potrjujejo tudi rezultati anket skozi vsa tri leta.*

Ključne besede: *babica, babiška ambulanta, babiška obravnava, kompetence, nosečnica, otročnica*

1 Uvod

Kompetenci diplomirane babice sta spremljanje normalnega poteka nosečnosti oziroma prepoznati znake rizične nosečnosti z opravljanjem potrebnih preiskav in izvajanje babiške nege (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2008). Zgoraj omenjeni kompetenci nista edini kom-

petenci diplomirane babice, sta pa pred leti prišli v ospredje v ginekološko porodniški službi Splošne bolnišnice Jesenice (v nadaljevanju SBJ), kar je leta 2015 pripeljalo do sprememb pri obravnavi nosečnic in otročnic. Namen strokovnega članka je prikaz teh sprememb, natančneje vodenje nosečnice pri babici v babiški ambulanti ter babiška obravnava zdravih otročnic po porodu pri katerih je porod potekal brez zapletov na porodniškem oddelku. Predstavljena pa bo tudi vsa dokumentacija, ki se uporablja pri prej omenjenih obravnavah. Novi pristopi pri obravnavi žensk so se izkazali kot dobra praksa, kar nam potrjujejo rezultati anonimnih anket, ki bodo prav tako predstavljeni, posledično pa se je povečalo tudi število porodov. S prikazom sprememb želimo vzpodbuditi tudi ostale porodnišnice, da bi pri obravnavi nosečnic in otročnic v največji meri vključile diplomirane babice ter njene kompetence.

2 Obravnava nosečnic in otročnic v SBJ

Z dobro sprejetimi spremembami v obravnavi porodnice po prenovi porodnega bloka Jeseniške porodnišnice, so se pojavile zamisli o razširitvi kompetenc babic tudi na obdobje v času nosečnosti ter po njej, torej tako imenovanem poporodnem obdobju. Tako se je leta 2015 postopoma pričelo z uvajanjem vodenja zdravih nosečnic pri babici v babiški ambulanti, ki se je nadaljevala na porodniškem oddelku pri zdravih otročnicah po porodu.

2.1 Preventivni pregledi v nosečnosti

Namen teh pregledov je aktiven zdravstveni nadzor nosečnic in ploda (ocena tveganja za neugoden izid nosečnosti). V času nosečnosti je treba opraviti deset sistematičnih pregledov in dve ultrazvočni preiskavi ter izvesti individualna svetovanja.
Prvi pregled nosečnice opravi ginekolog v času do 12. tedna nosečnosti in opredeli stopnjo ogroženosti nosečnosti; pri ogroženih nosečnicah se za nadaljnje spremljanje poveže s sekundarnim centrom. Ponovni sistematični preventivni pregledi so okvirno v 24., 28., 35. in 40. tednu nosečnosti in jih mora opraviti izbrani ginekolog. V 20. tednu nosečnosti se opravi ultrazvočni pregled in usmerjen pogovor z nosečnico. Ostalih pet sistematičnih pregledov v 16., 32., 37., 38. in 39. tednu nosečnosti pa opravi diplomirana babica ali za samostojno delo izobražena diplomirana medicinska sestra.
Individualno zdravstveno vzgojno svetovanje v nosečnosti obsega zdravstvena priporočila v zvezi z nosečnostjo, s posebnim poudarkom na delu, ki ga nosečnica opravlja, ter je posvečeno vzpodbujanju zdravega načina življenja in prehrane. (Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, Uradni list RS, 2015).

2.2 Babiška ambulanta

V Splošni bolnišnici Jesenice se je v letu 2015 pričelo postopno uvajanje vodenja zdrave nosečnice, pri kateri diplomirana babica v okviru svojih kompetenc opravi od 5 do 7 preventivnih pregledov (v 16., 28., 35., 37., 38. in 39. tednu nosečnosti).

V ta namen se je izdelala ustrezna dokumentacija - Zdravstveni karton nosečnice, ki je prilagojen za standardno obravnavo nosečnice v predporodnem obdobju. Karton opredeljuje preglede, ki jih opravita ali zdravnik ali diplomirana babica, saj nekatere preglede opravita skupaj. Vsebuje tudi varovalo, s katerim diplomirana babica pri anamnezi in pregledu nosečnice odkrije tveganja, zaradi česar jo napoti še na pregled h ginekologu, ki oceni tveganje in doda morebitna navodila.

Splošna bolnišnica Jesenice

ZDRAVSTVENI KARTON NOSEČNICE

Velika nalepka

TELEFON:_____

ZDRAVNIK, KI VODI NOSEČNOST:

_____

ZADNJA MENSTRUACIJA	
TERMIN PORODA	
T.P. PO UZ	
ZAPOREDNA NOSEČNOST	
ZAPOREDNI POROD	

DOSEDANJE NOSEČNOSTI, PORODI, AB, EU, AA

LETO	VIŠINA NOSEČN.	SPOL	TEŽA	ZAPLETI V NOSEČNOSTI, PRI PORODU, PRI OTROKU

TEŽA PRED ZANOSITVIJO	
VIŠINA	
KAJENJE	¤ NE ¤ DA, število:
ALKOHOL	¤ NE ¤ DA
DROGE	¤ NE ¤ DA

DRUGO

_____
_____
_____
_____
_____

ANAMNEZA NOSEČNICE

DRUŽINSKA ANAMNEZA	GINEKOLOŠKA ANAMNEZA	BOLEZNI PRED NOSEČNOSTJO	ALERGIJE
¤ ni posebnosti ¤ dvojčki v družini ¤ prirojene anomalije ¤ hipertenzija v družini ¤ sladkorna bolezen v družini	¤ ni posebnosti ¤ klasična konizacija ¤ lletz ¤ laserska vaporizacija ¤ infertilnost ¤ anomalija uterusa ¤ operacije na uterusu-miomektomija ¤ operacija anomalije uterusa-klasično ¤ resekcija septuma-histeroskopsko ¤ operacija na adneksih (cista, ster. operacija) ¤ predhodni carski rez ¤ motnje menstruacijskega ciklusa (ciklus krajši od 21 dni oz. daljši od 45 dni)	¤ ni posebnosti ¤ hipertenzija ¤ prirojena srčna napaka ¤ pridobljena srčna napaka ¤ kronična pljučna bolezen ¤ kronična ledvična bolezen ¤ ledvični kamni ¤ sladkorna bolezen-tip 1 ¤ sladkorna bolezen-tip 2 ¤ bolezni ščitnice ¤ epilepsija ¤ ostale nevrološke bolezni ¤ zdravljena psihična obolenja ¤ hepatitis B ¤ hepatitis C ¤ HIV/AIDS ¤ neoperirani žolčni kamni ¤ operirani žolčni kamni ¤ predhodna globoka venska tromboza ¤ predhoda pljučna embolija ¤ prirojene trombofilije ¤ rakave bolezni ¤ kronična vnetna črevesna Bolezen (Mb Crohn, ulcerozni kolitis) ¤ druge avtoimunske bolezni	OPERACIJE _____ _____ _____ TRANSFUZIJA _____ _____ TERAPIJA _____ _____ _____ _____

OBR 196 Verzija 1 Datum: 25.02. 2016

Slika 1. Zdravstveni karton nosečnice – prva stran

Pri vsakem pregledu v nosečnosti, ki ga opravi diplomirana babica, napoti nosečnico na odvzem laboratorijskih preiskav, ki so predvideni v določenih tednih nosečnosti. Ženski da potrebna navodila za oddajo vzorca urina, predvsem če je potrebno oddati vzorec v sterilen lonček. Opravi pogovor z nosečnico: vzame anamnezo, vpraša glede počutja, svetuje glede prehrane, hidracije, telesne aktivnosti, življenjskega sloga v nosečnosti. Preveri izvide prej napotenih in oddanih laboratorijskih preiskav (krvi in/ali urina), izmeri krvni pritisk in preveri telesno težo, posluša plodove srčne utripe, preveri edeme, izmeri razdaljo med sramnično kostjo in vrhom maternice (simfiza – fundus). Nosečnico naroči na naslednji pregled in datum vpiše na zadnjo stran materinske knjižice. Svoje delo dokumentira v zdravstveni karton nosečnice in materinsko knjižico. V primeru slabih laboratorijskih izvidih, kakršnih kolih odstopanj ali dvomih se posvetuje z ginekologom.

Prednost babiške ambulante je boljša informiranost nosečnic, saj je pristop diplomiranih babic v primerjavi z ginekologi bolj individualen. Ženska ima za obravnavo na razpolago več časa, hkrati pa je zaradi boljšega zaupanja strah manjši. Boljše je tudi splošno počutje nosečnic, saj lažje dojemajo lastno telo, to pa pozitivno vpliva na odnos do njihovega otroka. Boljša informiranost vodi k lažjemu odločanju v postopke, nosečnicam pa daje tudi občutek boljšega nadzora med porodom (Strgar in Macun, 2016). Zelo pomemben je prvi stik nosečnice z babico, kajti ta bo ostal v trajnem spominu ženske in bo odseval v nadaljnje izkušnje. Babica mora z žensko vzpostaviti terapevtsko vez in partnerski odnos, ki je temelj za sodelovanje in medsebojno spoštovanje. Babica mora biti dostopna, komunikacija pa mora potekati tankočutno in prisrčno, saj vsaka nosečnica potrebuje čas, da spregovori o svojih težavah in strahovih. (Sfiligoj, et al., 2016).

Rezultati anonimnih anket, katere so izpolnile otročnice ob odhodu domov, so pokazale, da je skoraj 99 % žensk, ki so v času nosečnosti bile obravnavane v babiški ambulanti, bile z obravnavo diplomirane babice zadovoljne. Večina od njih jih meni, da so se z diplomirano babico lahko pogovarjale o stvareh, ki so jo zanimale, da so bile obravnavane tako kot so si želele in da so jim diplomirane babice nudile enakovredno oskrbo kot zdravnik.

V babiški ambulanti SBJ so zaposlene diplomirane babice, ki imajo poleg pridobljene izobrazbe tudi dovolj izkušenj, da lahko nudijo kvalitetno obravnavo. Povprečno diplomirana babica za eno nosečnico porabi od 30 – 40 minut.

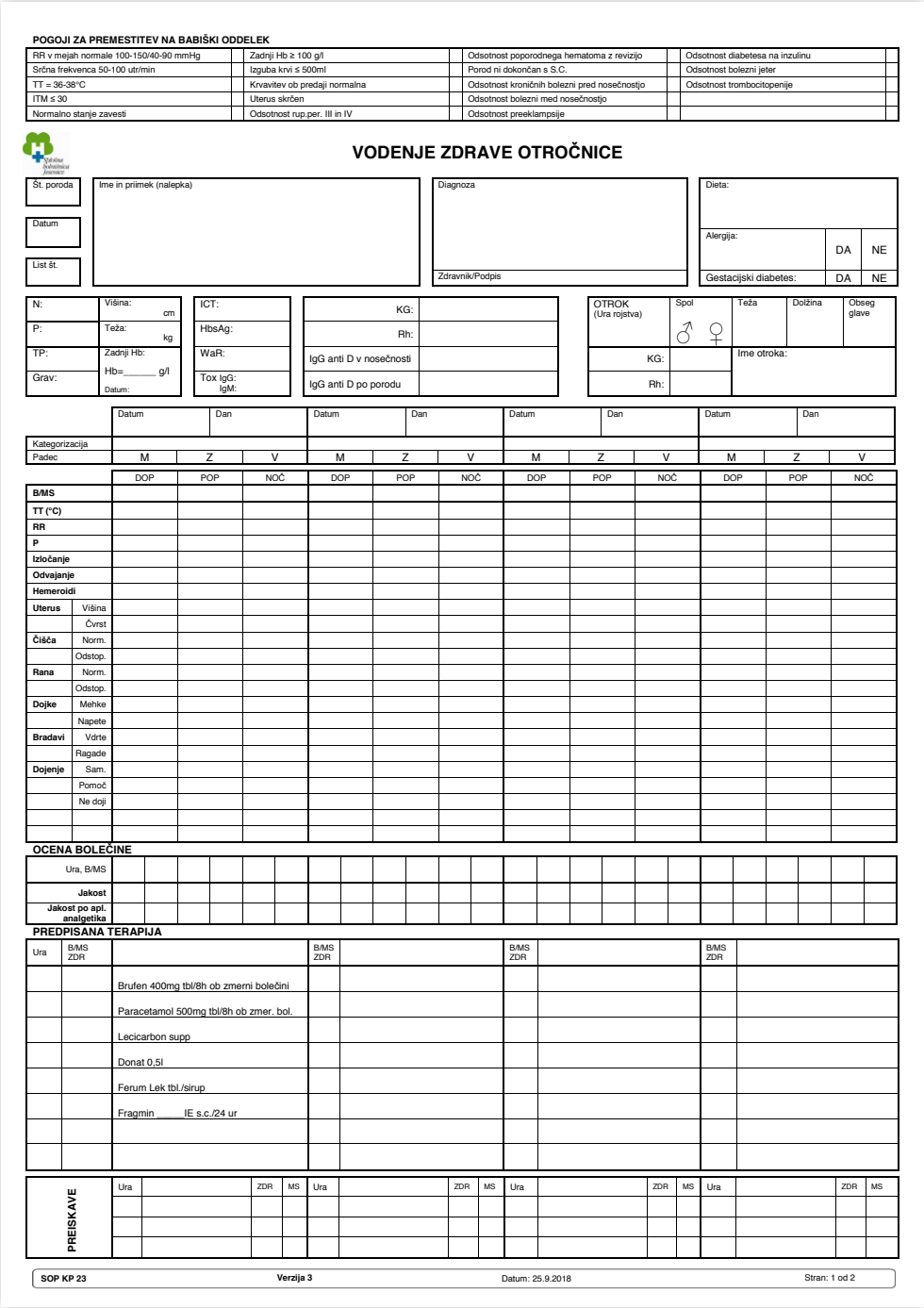
2.3 Babiški oddelek

Želja ginekološko porodniškega tima v SBJ je bila, da se kontinuirana obravnava zdravih nosečnic in porodnic s strani babic nadaljuje tudi po porodu, zato se je vzpostavilo delovanje tako imenovanega babiškega oddelka. Pregledali in preučili so se tuji primeri obravnave otročnic po porodu in decembra v letu 2014 so diplomirane babice SBJ pričele s samostojnim vodenjem zdravih otročnic pri katerih je porod potekal brez zapletov. Sprva so zaradi pridobitev ustreznega znanja vizite opravljale skupaj z ginekologi, kaj kmalu pa so z obravnavo pričele popolnoma samostojno. V ta namen se je izdelala ustrezna dokumentacija, tako imenovana klinična pot Vodenje zdrave otročnice, ki se je začela uporabljati januarja leta 2015. Pri izdelavi so sodelovali vsi, ki na kakršenkoli način obravnavajo otročnico. S klinično potjo so vodene zdrave otročnice, ki so v porodni sobi pred premestitvijo na oddelek izpolnjevale pogoje, ki so določeni za babiško obravnavo (Sfiligoj, et al., 2016).

Pogoji za babiško obravnavo otročnice s Klinično potjo:
- Krvni tlak v mejah normale (100 - 150/ 40 - 90 mmHg),
- normalna srčna frekvenca (50 - 100 utripov / minuto),
- normalna telesna temperatura (36 – 38 stopinj celzija),
- ITM < 30,
- normalno stanje zavesti,
- zguba krvi manj kot 500 ml,
- uterus skrčen,
- krvavitev ob predaji normalna,
- zadnji Hb več kot 100mg/l,
- odsotnost ruptur perineja III. in IV. stopnje,
- odsotnost poporodnega hematoma z revizijo,
- porod ni dokončan s S.C.,

- odsotnost kroničnih bolezni pred nosečnostjo,
- odsotnost bolezni med nosečnostjo,
- odsotnost preeklampsije,
- odsotnost sladkorne bolezni na inzulinu,
- odsotnost bolezni jeter,
- odsotnost trombocitopenije.

Za obravnavo morajo biti izpolnjeni vsi pogoji. Klinična pot je predvidena za tri dni, kolikor povprečno traja bivanje otročnice. Premestitev otročnice na babiški oddelek potrdi ginekolog, ki je odgovoren za porod.



POGOJI ZA PREMESTITEV NA BABIŠKI ODDELEK

RR v mejah normale 100-150/40-90 mmHg		Zadnji Hb ≥ 100 g/l		Odsotnost poporodnega hematoma z revizijo		Odsotnost diabetesa na inzulinu	
Srčna frekvenca 50-100 utr/min		Izguba krvi ≤ 500ml		Porod ni dokončan s S.C.		Odsotnost bolezni jeter	
TT = 36-38°C		Krvavitev ob predaji normalna		Odsotnost kroničnih bolezni pred nosečnostjo		Odsotnost trombocitopenije	
ITM ≤ 30		Uterus skrčen		Odsotnost bolezni med nosečnostjo			
Normalno stanje zavesti		Odsotnost rup.per. III in IV		Odsotnost preeklampsije			

VODENJE ZDRAVE OTROČNICE

Št. poroda	Ime in priimek (nalepka)	Diagnoza	Dieta:
Datum			Alergija: DA NE
List št.		Zdravnik/Podpis	Gestacijski diabetes: DA NE

N:	Višina: cm	ICT:	KG:		OTROK (Ura rojstva)	Spol ♂ ♀	Teža	Dolžina	Obseg glave
P:	Teža: kg	HbsAg:	Rh:		KG:		Ime otroka:		
TP:	Zadnji Hb:	WaR:	IgG anti D v nosečnosti		Rh:				
Grav:	Hb=_____ g/l Datum:	Tox IgG: IgM:	IgG anti D po porodu						

	Datum	Dan	Datum	Dan	Datum	Dan	Datum	Dan
Kategorizacija								
Padec	M Z V		M Z V		M Z V		M Z V	

		DOP	POP	NOČ	DOP	POP	NOČ	DOP	POP	NOČ	DOP	POP	NOČ
B/MS													
TT (°C)													
RR													
P													
Izločanje													
Odvajanje													
Hemeroidi													
Uterus	Višina												
	Čvrst												
Čiščа	Norm.												
	Odstop.												
Rana	Norm.												
	Odstop.												
Dojke	Mehke												
	Napete												
Bradavi	Vdrte												
	Ragade												
Dojenje	Sam.												
	Pomoč												
	Ne doji												

OCENA BOLEČINE

Ura, B/MS																							
Jakost																							
Jakost po apl. analgetika																							

PREDPISANA TERAPIJA

Ura	B/MS ZDR		B/MS ZDR		B/MS ZDR		B/MS ZDR	
		Brufen 400mg tbl/8h ob zmerni bolečini						
		Paracetamol 500mg tbl/8h ob zmer. bol.						
		Lecicarbon supp						
		Donat 0,5l						
		Ferum Lek tbl./sirup						
		Fragmin _____IE s.c./24 ur						

PREISKAVE	Ura		ZDR	MS	Ura		ZDR	MS	Ura		ZDR	MS	Ura		ZDR	MS

SOP KP 23 **Verzija 3** Datum: 25.9.2018 Stran: 1 od 2

Slika 2. Klinična pot Vodenje zdrave otročnice – prva stran

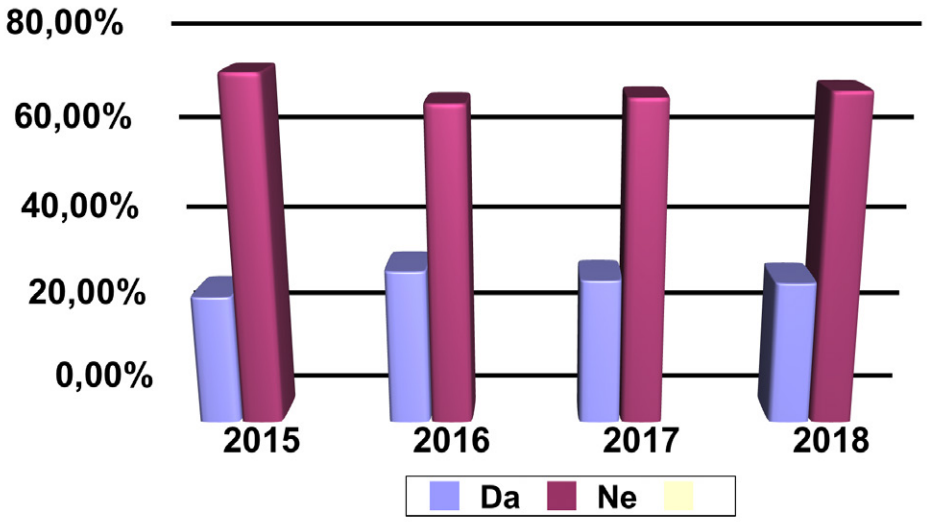
Klinična pot zajema:
- predajo otročnice na porodniški oddelek,
- podatki o otročnici,
- podatki o stanju otročnice (vitalne funkcije, stanje in višina fundusa maternice, količina čišče, stanje dojk in dojenje, podatki o odvajanju in izločanju),
- zdravstveno vzgojno delo o dojenju,
- zdravstveno vzgojno delo o negi novorojenčka,
- psihično počutje otročnice, komunikacijo in neposredno okolico otročnice,
- predpisana terapija,
- ocena bolečine,
- predpisane laboratorijske preiskave,
- pregled fizioterapevta,
- odpust otročnice v domačo oskrbo (odpustnica, izpolnjena materinska knjižica, ustna navodila, udeležba predavanja o prehrani in dojenju, aplikacija IgG anti D, obvestilo patronažni službi).

Babica, ki opravlja tako imenovano babiško vizito, pri otročnici vsakodnevno spremlja vitalne funkcije, splošno počutje (dobro, utrujeno, jokavo), izločanje ter odvajanje, preveri krčenje maternice in poporodno krvavitev oz. čiščo, pogleda zunanje spolovilo, še posebej v primeru ob porodnih poškodb in šivov pri katerih ocenjuje morebitna odstopanja, opazuje in spremlja uspešnost laktacije, stanje dojk (napete, mehke) ter izgled bradavic (vdrte, ragade). V primeru kakršnega koli odstopanja babica obvesti zdravnika, ki dodatno preveri stanje. Babica otročnico spremlja vse do odpusta, pred tem pa zdravnik preveri dokumentacijo in potrdi odhod ženske v domačo oskrbo. Prednosti takšne obravnave je ta, da si babica za otročnico vzame več časa, kar ženskam zaradi navala hormonov po porodu pride zelo prav, saj rabijo veliko psihične in moralne podpore ob tem pa je tudi strokovno pregledana. Slabost takšne obravnave je, da otročnice niso deležne enake obravnave, saj za babiško obravnavo ne izpolnjujejo pogojev. Včasih se zgodi, da je babiške obravnave deležna tudi otročnica, ki ne izpolnjuje pogojev za obravnavo po klinični poti. Zadovoljstvo otročnic z babiško obravnavo se vsako leto od 2015 preverja z anonimnimi anketami. Rezultati dokazujejo, da je bila uvedba kontinuirane obravnave prava odločitev.

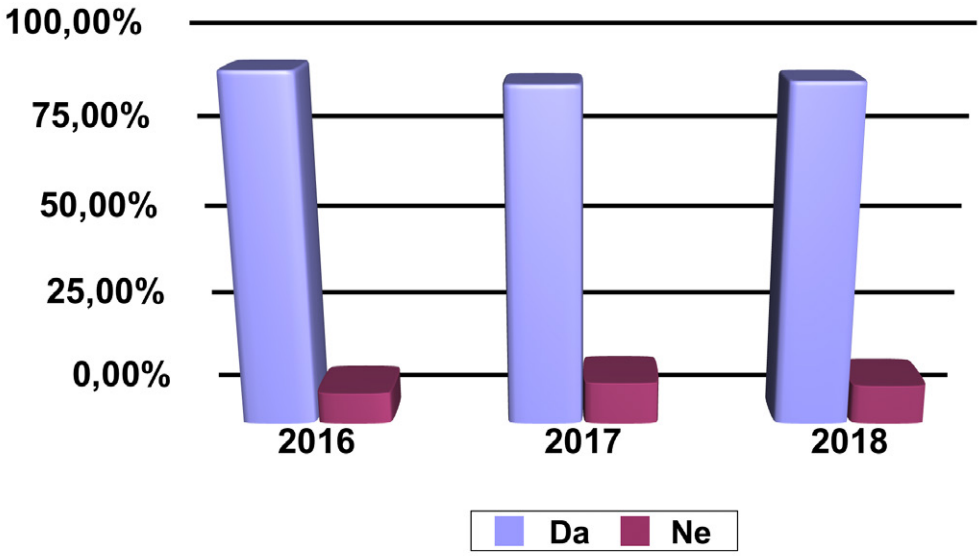
2.4 Anketa o zadovoljstvu otročnic

Na ginekološko porodniškem oddelku SBJ se anketa o zadovoljstvu porodnic opravlja že vrsto let, vendar se je zaradi sprememb v obravnavi žensk leta 2015 spremenila tudi anketa, ki zajema zadovoljstvo z babiško obravnavo v babiški ambulanti in porodniškem oddelku (Sfiligoj, et al. 2016). Rezultati anonimne ankete opravljene v letu 2018 , zajema odgovore 355 otročnic, ki so nam ob odpustu vrnile izpolnjen anketni vprašalnik. Anketa vsebuje 19 zaprtih in eno odprto vprašanje. V nadaljevanju bodo predstavljeni rezultati štirih vprašanj, ki se navezujejo na obravnavo v babiški ambulanti ter babiško obravnavo na porodniškem oddelku, le – te pa bodo primerjani z rezultati anket prejšnjih let.

Skozi vsa štiri leta je bilo v babiški ambulanti letno obravnavanih približno 30 % nosečnic, ki so rodile v naši porodnišnici, približno 90 % otročnic letno je bilo na oddelku obravnavanih s strani babice (Sfiligoj, 2019).



Slika 3. Rezultati anket »Ali ste bile med nosečnostjo vodene v babiški ambulanti?«

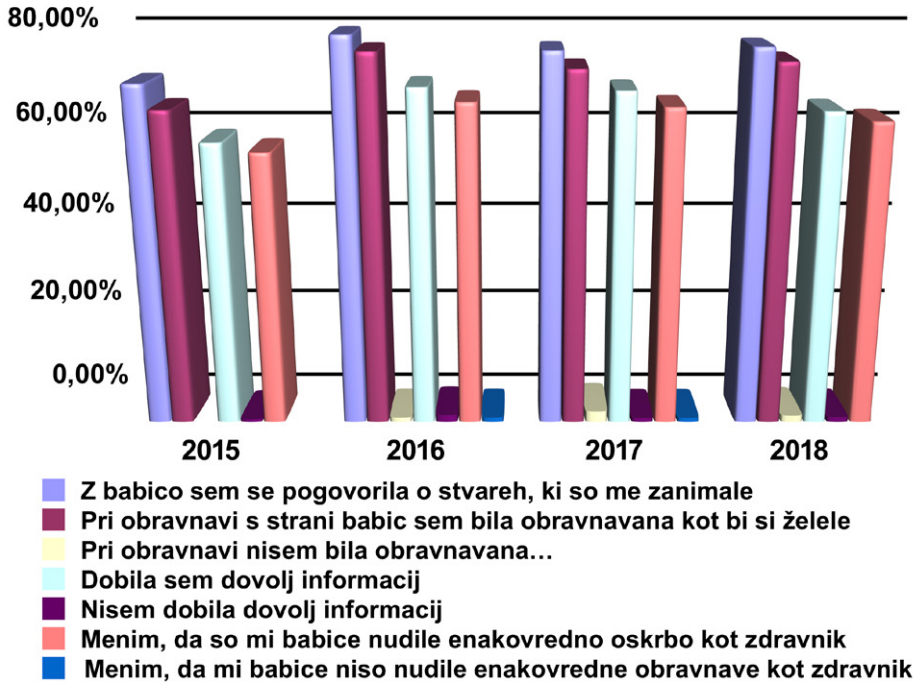


Slika 4. Rezultati anket "Ali so vas na oddelku v času bivanja vodile babice (dnevne vizite)?"

Prav tako skozi vsa štiri leta je večina anketirank pri obravnavi s strani babice bilo obravnavanih tako kot bi si želele, saj so se z njo lahko pomenile o stvareh, ki so jih zanimale. Leta 2018 je takšnega mnenja skoraj 30 % nosečnic. Manj kot 1 % anketiranih več, kot lansko leto pa z obravnavo niso bile zadovoljne, saj so bile mnenja, da bi jim zdravnik poleg nasvetov lahko opravil še ultrazvočni pregled (Sfiligoj, 2019).

Slika 5. Rezultati anket – zadovoljstvo z obravnavo v babiški ambulanti

Anketirane so z obravnavo na babiških vizitah zelo zadovoljne. V vseh anketnih obdobjih jih večina meni, da so se z babico lahko pogovorile o stvareh, ki so jih zanimale, da so bile s strani babic obravnavane kot bi si želele in da so bile enakovredno obravnavane, kot če bi jih vodil zdravnik. Delež zadovoljnih se je v letu 2018 nekoliko izboljšal. V letu 2017 manj kot 1 % anketiranih z obravnavo babic na babiškem oddelku ni bilo zadovoljnih, v letu 2018 je ta odstotek še nekoliko nižji (Sfiligoj, 2019).



Slika 6. Rezultati anket - Zadovoljstvo z obravnavo babic pri dnevni viziti

3 Diskusija in zaključek

Babice smo pomemben člen v ginekološko porodniškem timu SBJ, saj so pred leti bile prepoznane naše kompetence, in smo se iz porodničarjevih pomočnic nadgradile v samostojno delujoče babice. Želja po kontinuirani obravnavi nosečnic, porodnic in otročnic je bila uslišana, saj se je v letu 2015, ki je bil za naš oddelek prelomen, pričela obravnava nosečnic v babiški ambulanti ter babiška obravnava zdravih otročnic na porodniškem oz. babiškem oddelku. Zaposleni smo mnenja, da je bila takratna odločitev prava, kar nam potrjujejo zadovoljni obrazi novonastalih družin ter seveda rezultati vseh anket do sedaj. Ponosni smo, da smo spremenili dolgo zakoreninjeno porodno prakso, hkrati pa strmimo k novim ciljem in novim spremembam, saj je ženska kot nosečnica, porodnica ali otročnica s svojo družino središče naše obravnave, središče babiške obravnave.

Literatura

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

Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 2015. Uradni list Republike Slovenije, št. 19/98, 47/98, 26/00, 67/01, 33/02, 37/03, 117/04, 31/05 in 83/07. Available at: http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=NAVO59 [Accessed 22 February 2019].

Sfiligoj B., 2019. Poročilo ankete o zadovoljstvu otročnic za leto 2018. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice.

Sfiligoj, B., Zupan, K. & Trifoni, N., 2016. Avtonomnost dela in kompetence babic v Splošni bolnišnici Jesenice. In: M. Bahun & B. pavlenč, eds. 10 let vodenja kakovosti v slovenskem zdravstvu: izkušnje, dobre prakse, ovire: zbornik prispevkov. 9 dnevi Angele Boškin, Gozd Martuljek, 21.10. 2016. Jesenice: Splošna bolnišnica.

Strgar, M. & Macun, E., 2016. Model popolne poklicne avtonomnosti babic na vseh področjih njihovih kompetenc v Splošni bolnišnici Jesenice. In: V. Bogataj, eds. Celovito prestrukturiranje?: odgovor so ljudje: zbornik referatov, 24. letna konferenca SZKO. Ljubljana: Slovensko združenje za kakovost in odličnost.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2008. Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi. [pdf] Available at: https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/poklicne_aktivnosti_in_kompetence08_0.pdf [Accessed 20 February 2019].

KOMPETENCE ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENE NEGE

MATEJA BAHUN, prof. zdr. vzg., mag. zdr. neg., viš. pred.
Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin
mbahun@fzab.si

MARTA SMODIŠ, mag. zdr. neg., spec. manag., pred.
Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin
msmodis@fzab.si

SEDINA KALENDER SMAJLOVIĆ, mag. zdr. neg., viš. pred.
Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin
skalendersmajlovic@fzab.si

SANELA PIVAČ, mag. zdr. neg., spec. managementa, viš. pred.
Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin
spivac@fzab.si

Izvleček

Izobražene medicinske sestre, ki v času študija dosežejo s strani EFN smernic opredeljen kompetenčni nivo, so ključnega pomena za kakovost izvedbe zdravstvene nege in posledično varne obravnave pacientov. Temeljni minimalni standard na področju izobraževanja in pridobljenih kompetenc za samostojno delo v zdravstveni negi je Direktiva 2013/55/EU, Direktiva 2005/36/EC ter EFN smernice za implementacijo 31. člena Direktive 2013/55/EU. Po pregledu kompetenc, ki izhajajo iz EU direktive in EFN kompetenčnega okvirja je razvidno, da je obseg znanja, ki ga mora medicinska sestra v času visokošolskega študija osvojiti izredno velik. Kompetence v zdravstveni negi so bistvena poklicna sestavina in lastnost medicinskih sester, ki jim omogoča zagotavljanje učinkovito zdravstvene nege. Holističen vidik kompetenc vključuje spretnosti za izvajanje specifičnih nalog v klinični praksi v povezavi s teoretičnim znanjem. Učno okolje mora razviti organizacijsko kulturo, ki podpira zavedanje pomena učenja, saj se študenti kompetenc in izkušenj učijo z opazovanjem in delom v kliničnem okolju.

Ključne besede: *zdravstvena nega, medicinske sestre, visoko šolstvo*

1 Uvod

Po slovarju Slovenskega knjižnega jezika (2000) je kompetenca opredeljena kot: obseg, mera odločanja, določena navadno z zakonom; pristojnost, pooblastilo. Muršak (2012) navaja pomen kompetence kot zmožnost ustrezne uporabe rezultatov učenja v različnih okoliščinah (izobraževanje, delo, osebni ali poklicni razvoj). Kompetence ni mogoče omejiti zgolj na kognitivno dimenzijo (uporabo teorije, konceptov in skritega znanja); vsebuje tudi uporabni vidik (s tehničnimi spretnostmi vred), medosebno delovanje (npr. socialne ali organizacijske spretnosti) in etične vrednote. Poklicne kompetence ali zmožnosti so kompetence, ki jih posameznik potrebuje za uspešno delovanje na določenem poklicnem področju. Delijo se na generične poklicne kompetence, ki so skupne za podobne poklice, in poklicno-specifične kompetence, ki so značilne za posamezne poklice oz. delovna področja. Izraz kompetenca ima veliko po-

menov, skupno jim je znanje, spretnost, stališča in vrednote (Kotnik, 2013). Kompetenca je sposobnost pridobljena z izkušnjami, ki se kažejo kot potencialne sposobnosti in delujejo v določenih motivacijskih okoliščinah, da se pokaže uporabnost izkušenosti. Kompetenca je tudi vedenjska značilnost, ki temelji na lastnih interesih in izkušnjah, na katere vplivata motivacija in odnos. To je optimalna vedenjska lastnost, ki vodi do dosežkov (Fukada, 2018).

2 Kompetence študentov zdravstvene nege

V zdravstveni negi se trenutno veliko govori o dokumentu Kompetence in poklicne aktivnosti izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege, ki ga mora glede na Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-K) sprejeti Ministrstvo za zdravje. Ko pa govorimo o kompetencah študentov zdravstvene nege, upoštevamo še Direktivo 2005/36/EC, Direktivo 2013/55/EU, ki določa minimalne izobraževalne zahteve za medicinske sestre za splošno zdravstveno nego in formalne kvalifikacije, kjer morajo medicinske sestre doseči opredeljene kompetence ter EFN smernice za implementacijo 31. člena Direktive 2013/55/EU (EFN, 2015). Osnova za opredeljevanje kompetenc je še dokument Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi, kjer so kompetence opredeljene po modelu Virginije Henderson in izhajajo iz štirinajstih življenjskih aktivnosti (Železnik, et al., 2008). Trobec, et al. (2014) navaja, da se s povečevanjem znanja medicinskih sester spreminjajo tudi kompetence, stroka pa se mora odzivati na nova znanja, ki nastajajo skupaj s spremembami v okolju. Kompetence v zdravstveni negi so obravnavane kot bistvena poklicna sestavina in lastnost medicinskih sester, ki jim omogoča zagotavljanje učinkovite zdravstvene nege (Garside & Nhemachena, 2013).

Kompetenčni pristop je tudi del bolonjske prenove. Hitre spremembe v zdravstvu in večja kompleksnost obravnave so začeli spreminjati pričakovanja glede zdravstvene nege. To je spodbudilo izobraževalne ustanove, da raziščejo spremembe v kurikulumu, da bi pripravile diplomante na področju zdravstvene nege na izzive, s katerimi se bodo soočali (Kantor, 2010). Zdravstvena nega vključuje temeljne sposobnosti medicinske sestre, ki so potrebne za izpolnjevanje kompetenc v zdravstveni negi. Čeprav so koncepti kompetence zdravstvene nege pomembni za izboljšanje kakovosti, potrebujejo nadaljnji razvoj in predstavljajo izziv v prihodnosti. V novi paradigmi učenja, ki je osredotočena na študenta, morajo študenti doseči določen nivo znanja, spretnosti in kompetenc, ki so posredovana s strani učitelja, da pomaga študentom doseči cilje v izobraževanju (Tuning, 2018).

EFN kompetenčni okvir govori o tem, da morajo formalne kvalifikacije za medicinske sestre za splošno zdravstveno nego zagotoviti, da so s strokovnega vidika sposobne najmanj: samostojno prepoznati potrebe po zdravstveni negi in določitev negovalnih diagnoz, izvajati zdravstveno nego ob uporabi sodobnih teoretičnih in kliničnih znanj, učinkovito sodelovati z drugimi sodelavci v sistemu zdravstvenega varstva, spodbujati posameznike, družine in skupnosti k zdravemu načinu življenja, ukrepati pri reševanju življenja, neodvisno svetovati, izobraževati in podpirati posameznike in njihove bližje, samostojno zagotoviti kakovostno zdravstveno nego in jo ovrednotiti, celovito in profesionalno komunicirati in sodelovati s predstavniki drugih poklicev, analizirati kakovost zdravstvene nege ter mnogo drugih (EFN, 2015).

V 55. členu Zakona o zdravstveni dejavnosti je določilo, ki pravi, da lahko zdravstveni delavec samostojno opravlja vsako delo, za katero ima ustrezno izobrazbo in je zanj usposobljen ter ima na razpolago ustrezno opremo. Za svoje delo prevzema etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 2005). Koncepti praktične uspo-

sobljenosti in odličnosti medicinskim sestram omogočajo, da z zaupanjem zavzamejo svoje mesto v multidisciplinarni skupini, saj lahko tudi sami artikulirajo in razpravljajo o posebnem prispevku zdravstvene nege k oskrbi pacientov. Z drugimi besedami, zdravstvena nega kot strokovna disciplina sodeluje z drugimi zdravstvenimi strokovnimi disciplinami. Ta sposobnost zagotavlja stroki v zdravstveni negi močno platformo, ki jo potrebuje za globalno sodelovanje pri pobudah za izboljšanje dostopa in učinkovitosti zdravstvenega varstva (Fealy & McNamara, 2015). Študente, ki jih usposabljamo za samostojne izvajalce zdravstvene nege, vodje timov in povezovalce različnih strokovnih področij, pa želimo za to usposobiti preko zagotavljanja doseganja kompetenc. Kako dobro študente zdravstvene nege pripravijo za delo v kliničnem okolju so z fenomenološko kvalitativno raziskavo med študenti zdravstvene nege, ki so začeli z kliničnim usposabljanjem so raziskovali v Združenem kraljestvu (Morrell & Ridgway, 2014). Ta študija je izpostavila osem tematik s strani študentov: biti dodaten par rok (zamerili so, da se jih tretira kot delovno silo in ne spodbuja k učenju); dokumentacija o oceni prakse se dojema kot nepomembna (s strani kliničnega mentorja zadolženega za izpolnjevanje); visoka pričakovanja zaposlenih (zaposleni pričakujejo da študenti vse vedo in vse znajo izvesti); pomen mentorja (njegova prisotnost, pozitivna naravnanost, odnos in razumevanje, da je študent v procesu učenja in ne dodatni par rok); pomanjkanje lastnega znanja o (rokovanju z zdravili, anatomija in fiziologija, vodenje,...); podpora in stres (viri stresa identificirani kot preveč naloženega dela s strani univerze, skrb glede bodoče zaposlitve, neznanje o tem kako pridobiti zaposlitev, dvom v lastne kvalifikacije, pomanjkanje samozaupanja, veliko poudarjanje napak, ki se lahko zgodijo); simulacije (delo v simuliranih pogojih krepi samozaupanje, utrjuje naučeno in spodbuja študente); doseganje nalog (samostojno delo krepi samozaupanje).

3 Razprava

Kompetence študentov zdravstvene nege so pomembne in ključne v zdravstveni negi (Kirwa, 2016). Kantor (2010) navaja, da se stroka zdravstvene nege mora odzivati na nova znanja, tehnološke, kulturne, politične in družbenoekonomske spremembe v družbi, če želi biti sposobna prepoznati potrebe v zdravstveni negi v spremenjenem okolju. Garside in Nhemachena (2013) pravita, da so kompetence v zdravstveni negi obravnavane kot bistvena poklicna sestavina in lastnost medicinskih sester, ki jim omogoča zagotavljanje učinkovite zdravstvene nege. Nehrih in sodelavci (2016) na osnovi sistematičnega pregleda literature med leti 1985 in 2015 zaključujejo, da je doseganje kompetenc pri študentih zdravstvene nege pomembno za pozitivne interaktivne družbene spremembe v stroki zdravstvene nege, za vključevanje v delovno mesto, pridobivanje strokovne avtoritete in poklicne samozavesti.

V novi paradigmi učenja, ki je osredotočena na študenta, morajo študenti doseči določen nivo znanja, spretnosti in kompetence, ki so posredovana s strani učitelja, da pomaga študentom doseči cilje v izobraževanju (Tuning, 2018). Študenti, ki pridobijo določena znanja, pridobivajo tudi določene kompetence. Kot navaja Nehrih s sodelavci (2016) je doseganje kompetenc pri študentih zdravstvene nege pomembno za pozitivne interaktivne družbene spremembe v stroki zdravstvene nege, za vključevanje v delovno mesto, pridobivanje strokovne avtoritete in poklicne samozavesti.

Po pregledu nekaterih raziskav na področju kompetenc študentov v Sloveniji ugotovimo, da Mlinar Reljić in sodelavci (2014) na osnovi izvedene raziskave na vzorcu 134 študentov 3. letnika zdravstvene nege dodiplomskega študija navajajo rezultate samoocene študentov o usposobljenosti s področja ICN-kompetenc poklicne, etične in pravne prakse, ki kažejo, da je raven usposobljenosti študentov visoka. Trobec in sodelavci (2014) navajajo, da pridobivanje

znanja in razvijanje kompetenc poteka postopno preko prenosa teoretičnih vsebin v prakso na različnih področjih kliničnega usposabljanja. S prenosom teoretičnega znanja v klinično prakso se študenti učijo obvladovanja različnih kliničnih situacij. Z refleksijo konkretnih izkušenj pri poučevanju in učenju zdravstvene nege v kliničnem okolju se le-ti razvijajo v bodoče samostojne strokovnjake. Donik (2015) v magistrskem delu navaja, da delodajalci v povprečju višje ocenjujejo dejanske in zahtevane kompetence kot študenti zdravstvene nege. Trobec (2013) pa v svoji doktorski disertaciji navaja, da klasično učno okolje omogoča pridobivanje teoretičnega znanja, ne pa tudi razvijanje kompetenc.

4 Zaključek

Doseganje kompetenc študentov zdravstvene nege je pomemben za razvoj uspešne, varne in učinkovite zdravstvene nege. Študenti si kompetence pridobivajo skozi izobraževalni proces. Pomembno vlogi pri razvoju kompetenc študentov imajo mentorji, saj se polovica visokošolskega izobraževanja izvaja v kliničnem okolju, zato je razumevanje kompetenc s strani mentorja je bistvenega pomena pri izobraževanju študentov.

Literatura

Direktiva 2013/55/EU evropskega parlamenta in sveta, 2013. Uradni list Evropske unije.

Donik, B., 2015. Spremljanje zaposljivosti študentov zdravstvene nege in njihova karierna orientiranost: magistrsko delo. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

EFN smernice za implementacijo člena 31 o medsebojnem priznavanj poklicnih kvalifikacij glede na Direktivo 2005/36/EC, dopolnjeno z Direktivo 2013/55/EU, 2015. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

EFN Guideline for the implementation of Article 31 of the Mutual Recognition of Professional Qualifications Directive 2005/36/EC, amended by Directive 2013/55/EU. Avaliable at: http://www.efnweb.be/?page_id=6897 [Accessed 21 February 2019].

Fealy, G. & McNamara, M., 2015. Transitions and tensions: the discipline of nursing in an interdisciplinary context. Journal of Nursing Management, 23, pp.1–3.

Fukada, M., 2018. Nursing Competency: Definition, Structure and Development. Yonago acta medica, 61(1), pp.1–7. Avaliable at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5871720/ [Accessed 22 February 2019].

Garside, J.R. & Nhemachena, J.Z., 2013. A concept analysis of competence and its transition in nursing. Nurse Education Today, 33(5), pp. 541-545.

Kantor, S.A., 2010. Pedagogical change in nursing education: one instructor's experience. The Journal of Nursing Education, 49(7), pp. 414-417.

Kirwa, L., 2016. Clinical skills competence of nursing students. Available at: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/109754/Kirwa_Lilian.pdf?sequence=3&isAllowed=y [Accessed 26 February 2019].

Kotnik, R., 2013. Nova paradigma v izobraževanju: je manj več? Maribor: Subkulturni azil, zavod za umetniško produkcijo in založništvo. Avaliable at: http://www.ljudmila.org/subkulturni-azil/front/img/admin/file/Kotnik_Rudi_-_Nova_paradigma_v_izobrazevanju.pdf [Accessed 23 February 2019].

Mlinar Reljić, N., Šostar Turk, S. & Pajnkihar, M., 2016. Obzornik zdravstvene nege, 50(3), pp. 215–223.

Morrell, N. & Ridgway, V. 2014. Are we preparing student nurses for final practice placement? British Journal of Nursing, 23(1), pp. 518-523.

Muršak, J., 2012. Temeljni pojmi poklicnega in strokovnega izobraževanja. Ljubljana: Center Republike Slovenije za poklicno izobraževanje. Avaliable at: http://www.cpi.si/files/cpi/userfiles/Publikacije/CPI_slovar_WEB.pdf [Accessed 23 February 2019].

Nehrir, B., Vanaki, Z., Mokhtari Nouri, J., KhademolhosseinI, S.M. & Ebadi, A., 2016. Competency in Nursing Students: A Systematic Review. International Journal of Travel Medicine and Global Health, 4(1), pp. 3-11.

Slovar slovenskega knjižnega jezika, 2000. S.l.: Slovenska akademija znanosti in umetnosti, znanstveno raziskovalni center SAZU in Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovža, DZS.

Trobec, I., 2013. Primerjava ustreznosti učnih okolij pri razvijanju etičnih kompretenc študentov zdravstvene nege: doktorska disertacija. Koper: Univerza na Primorskem, Pedagoška fakulteta.

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. Avaliable at: http://www.obzornikzdravstvenenege.si/2014.48.4.310 [Accessed 21 February 2019].

Tuning Educational Structures in Europe, 2018. Guidelines and reference points for the design and delivery of degree programmes in teacher education. Avaliable at: https://www.calohee.eu/wp-content/uploads/2018/11/1.2-Guidelines-and-Reference-Points-for-the-Design-and-Delivery-of-Degree-Programmes-in-Teacher-Education--FINAL-v2.pdf [Accessed 22 February 2019].

Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej). Uradni list Republike Slovenije št. 23/05. Avaliable at: http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO214 [Accessed 22 February 2019].

Železnik, D., Brložnik, M., Buček Hajdarević, I., Dolinšek, M., Filej, B., Istenič, B., Kersnič, P., Kos Grabnar, E., Leskovic, L., Njenić, G., Popovič, S. & Verbič, M., 2008. Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni negi. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Avaliable at: https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/poklicne_aktivnosti_in_kompetence08_0.pdf [Accessed 19 February 2019].

KAKO POVEDATI, DA SE JE ZGODILA NAPAKA – ŠTUDIJA PRIMERA

BARBARA AŽMAN, dipl. m. s.
Splošna bolnišnica Jesenice, Anestezološko-reanimacijska služba
barbara.azman@sb-je.si

ANJA SILVESTER, dipl. m. s.
Splošna bolnišnica Jesenice, Anestezološko-reanimacijska služba
anja.silvester@sb-je.si

Izvleček

Strokovne napake so nočna mora zdravstvenih sistemov povsod po svetu. Zdravstvene ustanove zato uveljavljajo protokole ukrepov ob pojavu neželenih dogodkov. Njihova prijava ali obravnava je stalnica varnostne kulture. V prispevku je opisan postopek pri prepoznani strokovni napaki in študija primera neželenega dogodka.

Ključne besede: *pacient, strokovna napaka, varnostna vizita, vzročno-posledična konferenca*

1 Uvod

Vsak pacient, ki vstopa v proces zdravljenja, ima pravico do kakovostne zdravstvene obravnave. Velik del kakovosti in varnosti v zdravstvu zagotavlja preprečevanje, če pa do strokovne napake pride, pa ustrezno reagiranje ob pojavu strokovne napake. Večina bolnišnic ima standard kakovosti in varnosti ter komisijo za kakovost oskrbe in varnost pacientov poleg notranje in zunanje presoje. Pomembno je, da ne iščemo krivcev, ampak se o napakah pogovarjamo zato, da izboljšujemo postopke in do takih dogodkov ne bi več prihajalo.

2 Kaj je strokovna napaka?

Za vsako odstopanje izven standardiziranih postopkov se uporablja izraz »strokovna napaka« (anleško medical error). Enotne definicije ni, se pa v praksi uporabljajo tudi drugi termini, kot so: neželeni dogodek, nevarno ravnanje, neljubi dogodek, izjemni dogodek,...
Glede na nekatere vire je strokovna napaka definirana kot vsako ravnanje, kjer se opustitev znanstveno podprtih standardov stroke izkaže kot nepravilnost ali napaka (Holzer, 2006; Robida, 2004). Kultura varnosti v zdravstveni negi zagotavlja zmanjševanje strokovnih napak. Filipčič (2002) razlikuje osebno, moralno, poklicno, odškodninsko, disciplinsko in kazensko odgovornost medicinske sestre v postopkih, kjer sodeluje kot avtonomni izvajalec in hkrati član razširjenega zdravstvenega tima, ki vstopa v sistem zdravljenja.
Reason (1997) opisuje učinkovitost sistema kot:

- ustrezen sistem obveščanja o napaki,
- ustrezno reakcijo na prijavo neželenega dogodka,
- fleksibilnost,
- sposobnost učenja iz napak.

V zdravstveni negi se o napakah premalo govori, kar meni kar 50 % zaposlenih v zdravstveni negi (Kobentar, et al., 2003). Študija zdravstvenih sistemov ZDA, Danske, Velike Britanije in

Kanade kot primerov razvitejših sistemov zdravstvenega varstva kažejo, da od 3 do 17 % hospitaliziranih pacientov doživi neželeni dogodek, ki bi ga lahko preprečili, od 3 do 13 % pacientov pa življenjsko nevarni neželeni dogodek, ki bi ga prav tako lahko preprečili z ustreznim varnostnim sistemom (Hochreuth, 2005). V izraelski študiji so medicinske sestre v 44 % primerov poročale o lastnih napakah, medtem ko 6 % anketiranih medicinskih sester ni nikoli poročalo o tem (Bosma, 2011).

3 Postopki pri prepoznani strokovni napaki

Enotnega standardnega postopka pri tovrstnem dogodku na državnem nivoju ni, zdravstvene ustanove so odvisne od lastnih standardnih operativnih postopkov. Za vzpostavitev kulture varnosti in sistema poročanja o neželenih dogodkih je odgovorno vodstvo zdravstvene organizacije. Izvajalci zdravstvene oskrbe, zdravniki, medicinske sestre in ostali strokovnjaki so odgovorni za izvajanje lastne prakse (Trotovšek & Škrabelj, 2015). Ko do neželenega dogodka pride, je potrebno:

- identificirati strokovno napako, kar pomeni prepoznati odstopanje od normalnega postopka,
- prijaviti odklon ustreznim nadrejenim in se o tem pogovoriti na način, ki ne išče krivde ali kaznovanja, ampak omogoča, da se iz napake nekaj naučimo,
- narediti varnostno vizito, v kateri so prisotni člani poklicne skupine, udeležene pri napaki.

Odnos do napake kaže na osebno zrelost posameznika (Kiauta, 2016). Na tej stopnji se o napaki odkrito pogovori. Obrazec varnostne vizite je standardiziran in vanj vpisujemo postopek od začetka do evalvacije.

Če je udeleženih več poklicnih skupin in je problem reševanja širši, je naslednji korak vzročno-posledična konferenca kot primer dobre prakse. To je način odkrivanja in odpravljanja odstopanj pri našem vsakdanjem delu. Skupinska analiza je objavljena oblika, ki sloni na dejstvu, da v skrbno sestavljeni skupini pride do odprtih pogovorov, misli in tudi izraza stiske. V središču dogajanja v skupinski analizi so odnosi in komunikacija, ki se ne razvijejo le med članom in vodjo, temveč med vsemi udeleženci vzročno-posledične konference (Pristavec, et al., 2015). Vzročno-posledična konferenca omogoča izmenjavo mnenj, zmanjšuje občutek krivde zaradi storjene napake, hkrati pa se s tem pridobi informacije na kakšen način se s podobnimi primeri spopadajo drugje. Odzivi so pozitivni, ker krepijo občutek, da smo vsi samo ljudje in da se napake lahko zgodijo, kljub temu da je kultura varnosti vedno boljša.

4 Opis primera neželenega dogodka – zamenjava identitete pacienta

Navedeni opis dogodka obsega podatke iz sprejemnega zapisnika, zapisa v procesu zdravstvene nege in v centralnem operacijskem bloku v soglasju z navedenimi udeleženci.

Dogodek se je zgodil v dežurni službi in vključuje sprejemni oddelek urgentnega centra, kirurški oddelek in centralni operacijski blok. V popoldanskem času sta bila sprejeta dva pacienta s potrjeno diagnozo vnetega slepiča, mlajši in starejši moški, oba tešča za operativni poseg. Dežurni kirurg je sporočil ime pacienta, ki bo prvi operiran, dežurni operacijski medicinski sestri. S sprejemom obeh pacientov je bila seznanjena anesteziologinja, ki je vedela da bo najprej na vrsti mlajši pacient, ni pa vedela njegovih osebnih podatkov. Z medicinsko sestro v anesteziji se je dogovorila za uro posega, ker je običajno, da medicinska sestra pokliče pacienta z oddelka in pripravi operacijski prostor za poseg. Anestezijska medicinska sestra je poklicala

na oddelek in naročila oddelčni medicinski sestri, naj pripeljejo »slepič«, pacientovega imena in priimka pa ni omenila.

Iz poročila oddelčne medicinske sestre je očitno, da je ob 20:45 odpeljala pacienta v operacijski blok, ne da bi ji posredovali ime in priimek pacienta, ki naj ga pripelje. Pacient je bil predan osebju operacijskega bloka po standardih. Tja so tako pripeljali starejšega pacienta, ki se je prej na oddelku pogovarjal z anesteziologinjo. Kirurg, ki je prišel iz pripravljenosti, je začel s posegom, med operacijo pa se mu je pridružil asistent, ki je bil prisoten ob sprejemu in preiskavah obeh pacientov. Med posegom je opazil, da se vnetje slepiča ne ujema s kliničnimi znaki in rezultati preiskav mlajšega pacienta in iz tega je sklepal, da gre za zamenjavo identitete.

Ob 22. uri je bil operativni poseg končan, osebje je poklicalo na oddelek, povedali so, da gre za napačnega pacienta in naj pripeljejo v operacijski blok naslednjega pacienta, tokrat z imenom in priimkom. Tako sta bila izvršena oba nujna operativna posega v napačnem vrstnem redu.

Pri tem odstopanju od normalnega procesa dela so bile narejene naslednje napake:
- seznanjenost s premalo informacijami o identiteti pacienta (podatki o imenu in priimku niso bili povedani),
- pomanjkljiva predaja pacienta ob vstopu v operacijski blok in izstopu iz njega ter med različnimi timi zaradi hospitalizacije dveh pacientov z isto diagnozo,
- neupoštevanje in pomanjkljiva izvedba kirurškega varnostnega sistema.

Po pogovoru udeležencev pri dogodku so sledili ukrepi, predvsem z namenom preprečitve ponovitve dogodka. Narejen je bil zapisnik o poteku, ki je bil kasneje posredovan vodstvu bolnišnice, opravljena je bila varnostna vizita in vzročno-posledična konferenca. Sprejeli so nekatere ukrepe, ki se od takrat dalje izvajajo kot standard. To so: natančno sporočanje identitete pacientov v operacijski blok, pisno beleženje operacij v dežurni službi in izvajanje kirurškega varnostnega sistema, brez katerega se noben operativni poseg ne sme začeti. Pri več urgentnih posegih je potrebno sporočiti vrstni red celotni ekipi.
Dogodek je tudi opisan na standardnem obrazcu za varnostno vizito in v posebnem poročilu vodstvu bolnišnice.
Noben od pacientov ni bil na kakršenkoli način oškodovan.

5 Zaključek

Med ljudmi velja, da se o neželenih dogodkih ne govori, velja pa tudi, da se je motiti človeško in da kdor dela, tudi greši. Zdravstveno osebje je poleg lastne odgovornosti za svoje delo izpostavljeno tudi očem javnosti.
Ko pride do napake z zdravstveno škodo za pacienta, običajno obtožimo posameznika, ki je bil vpleten pri dogodku, ga ožigosamo, odstranimo iz delovnega procesa, velikokrat kaznujemo in pri tem zmotno mislimo, da smo rešili problem. V resnici ga še poslabšamo, ker ustvarjamo kulturo strahu namesto kulture varnosti in se pozneje čudimo, zakaj ljudje napak ne sporočajo (Trotovšek & Škrabl, 2015).
Kljub temu se danes zdi, da smo vedno bolj pripravljeni spregovoriti o napakah. To dokazujejo prijave incidentov ali sporočanje odklonov, varnostne vizite in vzročno-posledične konference. Zaposleni v zdravstveni negi vedno bolj razumemo obstoječe postopke kot del kulture varnosti za zaščito tako pacientov kot zdravstvenih delavcev.

Literatura

Bosma, E., Veen E.J. & Roukema J.A., 2011. Incidence, nature and impact of error in surgery. British Journal of Surgery, 98(11), pp. 1654-1659.

Filipčič, K., 2002. Pravna odgovornost medicinske sestre za poslabšanje zdravja in izdajo poklicne skrivnosti. Obzornik zdravstvene nege, 36(1), pp. 15-21.

Hochreutener, M.A. & Conen, D., 2005. Was bedeuten Risiken im Gesundheitswesen. In: E. Holzer, C. Thomeczek & E. Hauke, ed. Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen. Wien: Facultas Verlag.

Holzer, E., 2006. Klassisches Risikomanagement. In: K. Zapoczky, ed. Gesundheitsqualität als Aufgabe. Linz: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, pp. 84-101.

Kiauta, M., 2016. Učenje na napakah oziroma neuspehih. In: M. Bahun & B. Pavlenč, eds. 9. Dnevi Angele Boškin: 10. let vodenja kakovosti v slovenskem zdravstvu: izkušnje, dobre prakse, ovire: zbornik prispevkov. Hotel Špik, Gozd Martuljek, 21. oktober 2016. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, pp. 27-32.

Kobentar, R., Roljić, S. & Gorše Muhič, M., 2003. Pristop k obravnavi strokovnih napak v zdravstveni negi z vidika kompetenc medicinske sestre. In: A. Podhostnik, ed. Napake v zdravstveni negi, 5. dnevi Marije Tomšič: zbornik prispevkov. Dolenjske Toplice, 24. in 25. januar 2013. Novo Mesto: Visoka šola za zdravstvo Novo Mesto, pp. 66-74.

Otoničar, N., 2007. Organizacijska kultura in odnos do napak. In: D. Žargi, ed. 16. letna konferenca SZKO – Kakovost: inovativnost in odgovornost. Zbornik referatov konference. Grand Hotel Bernardin, Portorož, 8. in 9. november 2007. Ljubljana: Slovensko združenje za kakovost, pp. 92-93.

Pristavec, T., Panić, Z. & Pogačnik, M., 2015. Vzročno posledična konferenca. In: M. Bahun, ed. 8. Dnevi Angele Boškin: Primeri iz prakse – smo zreli, da spregovorimo o neljubih dogodkih? Zbornik prispevkov. Hotel Špik, Gozd Martuljek, 23. oktober 2015. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, pp. 31-35.

Reason, J., 1997. Managing the Risks of Organizational Accidents. London: Ashgate publishing.

Robida, A., 2004. Opozorilni nevarni dogodki. Zdravniški vestnik, 173(9), pp. 681-687.

Trotovšek, T. & Škrabl, N., 2015. Neželeni dogodki in medicinske sestre – si upamo spregovoriti?. In: M. Bahun, ed. 8. Dnevi Angele Boškin: Primeri iz prakse – smo zreli, da spregovorimo o neljubih dogodkih? Zbornik prispekov. Hotel Špik, Gozd Martuljek, 23. oktober 2015. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, pp. 25-29.

ZAKAJ NE SPOROČAMO ODKLONOV?

SANDRA JEREBIC, dipl. m. s., univ. dipl. soc., QSM
Splošna bolnišnica Jesenice, predstavnica vodstva za kakovost
sandra.jerebic@sb-je.si

ZORICA PANIĆ, dipl. m. s.
Splošna bolnišnica Jesenice, Kirurška služba
zorica.panic@sb-je.si

Izvleček

Za dvig varnosti pacientov in kakovost zdravstvenih storitev je izjemno pomembno, da sporočamo nezaželene odklone. V obdobju od 1. 1. do 31. 12. 2018 smo zaznali, da so zaposleni v računalniško aplikacijo ART sporočili samo 54 odklonov in sicer v prvi polovici leta 41 odklonov, v drugi polovici leta pa samo 13 odklonov. Od leta 2012 je to najmanj sporočenih odklonov. Odločili smo se, da ponovimo anketo iz leta 2016 in zaposlene vprašamo, kakšno je njihovo mnenje o kulturi varnosti v naši bolnišnici. Z namenom, da dosežemo večje število izpolnjenih anket smo pripravili pisni vprašalnik, ki je vseboval deset (10) vprašanj zaprtega tima in dve (2) vprašanji odprtega tipa, kjer so zaposleni lahko zapisali svoje mnenje. Vprašanja so bila enaka kot leta 2016, dodali smo le vprašanje;« Ministrstvo za zdravje pripravlja nacionalni program za sporočanje odklonov. V ta program bomo vsi izvajalci zdravstvenih storitev sporočali svoje odklone. Boste uporabljali ta program v primeru, da boste želeli sporočiti odklon?« Anketiranje je potekalo od 21. 2. do 8. 3. 2019 razdelili smo štiristopetnajst (415) pisnih vprašalnikov vsem medicinskim sestram in zdravnikom, ter šestnajstim (16) laboratorijskim delavcem in petnajstim (15) radiološkim inženirjem. V zaprtih kuvertah smo prejeli dvesto šestintrideset (236) izpolnjenih vprašalnikov, kar pomeni, da je anketo izpolnilo 57 % zaposlenih, ki so anketo prejeli. Število izpolnjenih anket je za 50 % višje kot leta 2016, ko smo anketiranje izvedli preko spletne ankete na naši intranetni strani. Takrat je anketo izpolnilo devetindevetdeset (99) zaposlenih. To potrjuje, da zaposleni ne zaupajo spletnim anketam in še vedno pogosteje izpolnjujejo pisno kot spletno anketo. Anketa je prikazala vpogled v kulturo varnosti v Splošni bolnišnici Jesenice z mnogimi priložnosti za izboljšanje. Predstavlja podlago za ukrepanje vodstva v bolnišnici, da bi izboljšali kulturo varnosti in sporočanja odklonov.

Ključne besede: *kultura varnosti, analiza dogodkov, sporočanje odklonov, ukrep*

1 Kultura varnosti

Družba od zdravstvene službe pričakuje varno delo in pošteno obravnavo neugodnih izidov. Zavest o škodljivosti zdravstvenih napak in nevarnosti prikritih odstopanj je v svetu privedla do številnih modelov obvladovanja zdravstvenih napak, katerih cilj je zmanjšanje števila neželenih izidov in s tem zmanjšanje škode zaradi njih. To naj bi dosegli z zmanjšanjem števila zdravstvenih napak. Posledica tega naj bi bila večja varnost za bolnike in zmanjšanje tveganj za izvajalce. Zdravstvene ustanove morajo poskrbeti za sistem kakovosti, ki vključuje tudi zmanjševanje tveganj, obvladovanje napak in varno oskrbo (Kersnik, 2002).
Reason (2000) navaja, da je zavedanje, da gredo stvari tudi narobe prvi dejavnik k razvoju kulture varnosti vsake organizacije. Kultura varnosti je del kulture zdravstvene ustanove, oddelka, zdravstvenega tima. Koncept varnostne kulture ne izvira iz zdravstva, temveč iz študij

visoko zanesljivih organizacij.
Prof. Andrej Robida opredeljuje kulturo varnosti ustanove kot proizvod vrednot, stališč, zaznav, usposobljenosti in vzorcev vedenja ter stila posameznikov in skupin. Na obvladovanje varnosti vplivata še zavzetost in strokovnost vseh, ki sodelujejo pri obravnavi pacientov. Varnost pacientov je kritična komponenta kakovosti zdravstvene oskrbe, ki je v zdravstveni ustanovi najbolj odvisna od kulture varnosti. Gre za skupno obnašanje in odnos vodstva ter osebja do varnosti, varnostnih sistemov in postopkov, ki jih ima organizacija (Robida, 2013).

2 Analiza dogodkov

Različni odkloni od pričakovane izvedbe postopkov so vsakdanja spremljevalka našega dela. Večina jih poteka neopaženo, saj ne povzročajo zaznavne škode ali pa se uporabnik z njimi sprijazni. Prikrite napake najpomembneje vplivajo na človekov delež pri nastanku vseh drugih. Če ostanejo neopažene, postanejo nekako del »normalnega« postopka in jih nadzorni pozornostni sistem (človeka ali operacijskega sistema) ne zaznava kot nekaj slabega. V kombinaciji z banalnimi različki ali odstopanji pa prikrita napaka lahko privede do zelo neugodnega izida. Vzroki za napake so v 80 % lastnost sistema – organizacije dela in le 20 % jih povzroča človeški dejavnik. Kljub temu je pomembno poznati nekatere osnovne razloge in mehanizme, ki privedejo do človeške napake (Kersnik, 2002).
Po svetu poznajo zdravstvene ustanove različne oblike obravnave izjemnih dogodkov, kot so poročanje o incidentih pri zdravljenju (angl. incident reporting), o odkrivanju izjemnih dogodkov (angl. occurrence screening), o pomembnih dogodkih (angl. significant event auditing), pritožni sistem (angl. complaint procedures) in celo zaupno proučevanje o takih dogodkov na državni ravni. V Sloveniji poleg omenjenega zbiranja opozorilnih nevarnih dogodkov že desetletja poznamo tudi poročanje o neželenih učinkih zdravil. Ker imajo vse oblike precej skupnih potez, smo pri nas to dejavnost poimenovali analiza izjemnih dogodkov (AID). AID (angl. pomoč) je orodje izboljševanja kakovosti, ki omogoča sistematično zbiranje podatkov o neustrezni, nepotrebni in napačni oskrbi, seznanjanje širše strokovne javnosti o ugotovitvah, načrtovanje ustreznih posegov za odpravo pomanjkljivosti, preverjanje uspešnosti dela in hkrati eno izmed zanesljivih meril kakovosti dela zdravstvenih delavcev (Kersnik, 2002).

2.1 Obravnava odklonov

Ministrstvo za zdravje je že leta 2002 vpeljalo obvezno poročanje o 7 vzrokih za Opozorilni nevarni dogodek – OND, katere redno poročamo tudi v Splošni bolnišnici Jesenice. Leta 2009 smo definirali proces Obvladovanja odklonov in nezaželenih dogodkov. Tako smo opredelili obrazec za sporočanje odklonov in zaposlene spodbujali k rednemu sporočanje odklonov. Leta 2011 smo kot prvi vpeljali računalniški program za sporočanje odklonov, ki ga uporabljamo še danes. Računalniška aplikacija omogoča zaposlenih da preko svojega imena in priimka ali anonimno sporočijo kakršnikoli odklon, ki sem jim je zgodil. Program je osnovan tako, da omogoča enostaven zapis odklona, odgovornim osebam pa omogoča takojšen zapis ukrepov in spremljanje realizacije le teh. O sporočenem odklonu so odgovorne osebe obveščene preko elektronske pošte, odklone spremlja predstavnica vodstva za kakovost, obravnavajo se tudi na Odboru za kakovost.

2.2 Merjenje kulture varnosti

Leta 2010 smo v sklopu pilotne raziskave Ministrstva za zdravje izvedli anketo o zaznavanju kulture varnosti, z vprašalnikom Agencije za raziskave in kakovost zdravstvene obravnave (AHRQ) in jo nato leta 2013 ponovili. V anketi leta 2011 je bilo skupno zaznavanje varnosti v

52 % ocenjeno kot dobro. Diplomirane medicinske sestre bolj zaznavajo pozitivno kulturo varnosti, sledijo drugi sodelavci in tehniki zdravstvene nege, nato zdravniki (Kramar, 2011). Leta 2013 smo ponovili anketo, ki je prikazala, da se je skupno zaznavanje kulture varnosti izboljšalo in sicer na 59,7 %. Primerjava obeh raziskav iz leta 2010 in 2013 je pokazala, da se je zaznavanje kulture varnosti v Splošni bolnišnici Jesenice izboljšalo. Statistično boljši rezultati so na področju podpore vrhnjega vodstva za varnost pacientov, učeče se organizacije, podpore vodstva oddelkov za varnost pacientov, povratne informacije o napakah, timskega dela med bolnišničnimi enotami, nekaznovanemu odzivu na napake, ustreznosti števila in kompetenc osebja (Kramar, 2014).

V letu 2016 so izvedli lastno anketo o pomenu kulture varnosti z poudarkom na procesu sporočanja odklonov. Ta anketa nam je pokazala, da je potrebno zaposlene stalno izobraževati o pomenu kulture varnosti in procesu sporočanja odklonov.

Tako smo nadaljevali z že v letu 2012 vzpostavljenimi delavnicami o kulturi varnosti za osebje zdravstvene nege in zdravnike, leta 2013 smo izvedli šest (6) takih delavnic, ki se jih je udeležilo dvestoštirideset (240) udeležencev osebja ZN, Od leta 2014 smo vpeljali sistematično izobraževanja o pomenu kulture varnosti za vse novozaposlene, ki smo ga leta 2017 spremenili v e- izobraževanje.

V letu 2016 smo ponovno izvedli tri (3) delavnice za zaposlene v zdravstveni negi, saj smo zaznali upad sporočenih odklonov.

V letu 2018 smo izvedli dva (2) celodnevna strokovna srečanja služb na temo kulture varnosti in kakovosti in več delavnic.

3 Rezultati ankete

V anketi je sodelovalo sedemnajst (17) zdravnikov (7,2 %), sedeminsedemdeset (77) diplomiranih medicinskih sester (32,5 %), oseminsedemdeset (87) tehnikov zdravstvene nege in šestinštirideset (46) drugih zdravstvenih delavcev.

Zaposlene smo vprašali: «Ali ste pri svojem delu kdaj pomislili, da gre lahko kaj narobe?« V letu 2016 je 90 – 90 % zaposlenih odgovorilo, da vsak dan in nobeden, da nikoli ne pomisli, da gre lahko kaj narobe. V letu 2019 jih je 189 – 80 % mnenja, da vsak dan pomislijo, da gre lahko kaj narobe, 45 -19 % redko pomisli, da gre lahko kaj narobe, dva (2) zaposlena - 0,8 % pa menita, da ne pomislita, da bi pri delu lahko šlo kaj narobe. Ta rezultat potrjuje, da se večina zaposlenih zaveda, da so pri delu možnosti za napake in da gre kaj lahko narobe.

Tako v letu 2016 in danes se večini zaposlenih, ki so izpolnili anketni vprašalnik zdi smiselno, da poročajo o napakah, ki sem jim je zgodila, pa tudi, če ni bilo posledic in ni nihče opazil napako. 87 % anketiranih v letu 2016 in 91,1 % v letu 2019 jih tako misli.

V Splošni bolnišnici Jesenice smo že pred več kot 10 leti vpeljali varnostni ukrep po odklonu, to je izvedba varnostne vizite. Zanimalo nas je, ali zaposleni menijo, da izvajanje varnostnih vizit izboljšuje kulturo varnosti. V letu 2016 jih je 89 % menilo, da izboljšujejo varnostne vizite kulturo varnosti, v letu 2019 pa jih tako meni 67 %, 19 % jih ne ve, če izboljšujejo kulturo varnosti, 13,5 % pa jih meni da varnostne vizite ne izboljšujejo kulturo varnosti.

Odlično orodje za analizo odklonov je tudi vzročno posledična konferenca in mortalitetno/morbiditetna konferenca. Zanimalo naj se tudi, če so se zaposleni že kdaj udeležili teh konferenc. V letu 2016 se jih je udeležilo 37,4 % anketirancev, v letu 2019 pa 47,3 %, kar potrjuje, da se je zvišalo število zaposlenih, ki se udeležijo konferenc. Povprašali smo jih tudi, če menijo, da so vzročno posledične konference in mortalitetno/morbiditetne konference primerno orodje za analizo odklonov in iskanje priložnosti za izboljšave. V letu 2016 jih je z DA odgovorilo 78,8 %, v letu 52,3 %, kar 36,7 % pa NE VE.

V naši bolnišnici uporabljamo računalniško aplikacijo ART za sporočanje odklonov, ki je vsem zaposlenim dostopna preko intranetne strani. Zaposlenim omogoča enostaven zapis odklona, odgovornim osebam pa takojšen zapis ukrepov in spremljanje realizacije ukrepov. Anketirance smo povprašali, če so že kdaj uporabljali računalniški program za sporočanje odklonov in če se jim zdi uporaben. V letu 2016 je 47,7 % anketirancev odgovorilo, da so program že uporabili in v 78,8 % odgovorili, da je program uporaben. V letu 2019 je 40,4 % anketiranih uporabilo program za sporočanje odklonov in 52 % jih meni, da je le ta uporaben.
V raziskavi nas je zanimalo tudi, če je prišlo v procesu do spremembe, izboljšave potem ko so sporočili odklon. V letu 2016 jih je 55,6 % odgovorilo, da je se spremenilo, v letu 2019 pa jih tako meni samo 36 %.
Ker Ministrstvo za zdravje vpeljuje nacionalni program za sporočanje – SenSey smo anketirance vprašali, če bodo po vpeljavi tega programa odklone sporočili v nacionalni program. 50 % jih je mnenja, da bodo sporočili, 6 % jih je odgovorilo, da v ta program ne bodo sporočali odklone, 40,5 % pa še ne ve.
V anketi smo zaposlene zaprosili, da naj nam napišejo zakaj menijo, da je število odklon v naši bolnišnici vsako leto nižje?
Na to vprašanje je odgovorilo 102 anketirancev. Odgovori so različni, lahko pa povzamemo, da zaposleni menijo, da se po sporočanju odklona nič ne zgodi, da jih je strah posledic, ki bi jih morebiti občutili, če bi sporočili odklon, da je računalniški program neprimeren ter tudi zato, ker takoj, ko se zgodi odklon izvedemo varnostno vizito.

Na vprašanje o pobudah za dvig kulture varnosti v naši bolnišnici je odgovorilo 46 zaposlenih. Menijo, da bi kulturo varnosti lahko izboljšali z izboljšanjem komunikacije med zaposlenimi, dobro organizacijsko klimo in stalnim izobraževanjem o pomenu sporočanja odklonov in kulturi varnosti.

4 Razprava

Rezultati obeh anket potrjujejo, da se zaposleni v velikem številu zavedajo, da gre lahko pri delu vsak dan kaj narobe. Strinjajo se, da je potrebno napako sporočiti, pa čeprav le ta ni imela nobenih posledic ali jo nihče ni opazil. V letu 2016 je več zaposlenih kot leta 2019 menilo, da varnostne vizite izboljšujejo kulturo varnosti. Število zaposlenih, ki so se udeležili vzročno posledičnih konferenc in mortalitetno/morbiditetnih konferenc se je v primerjavi z letom 2016 povečalo za 10 %. V letu 2016 je več zaposlenih menilo, da so take oblike konferenc primerno orodje za analizo odklonov in iskanje priložnosti za izboljšavo, v letu 2019 pa kar 36,7 % ne ve ali so primerne ali ne. Število zaposlenih, ki so že kdaj uporabljali program za odklone se je v treh letih zmanjšalo za 7 %, polovica anketirancih tako v letu 2016 kot tudi 2019 meni, da je program uporaben. V letu 2019 kar 20 % anketirancev manj kot leta 2016 meni, da se je potem, ko so sporočili odklon, kaj spremenilo v procesu dela.

Zaposleni premalo poznajo nacionalni program za sporočanje odklonov, ki ga uvaja Ministrstvo

za zdravje, da bi lahko ocenili, ali bodo sporočali odklone v ta program ali ne.

Glede na rezultate ankete bomo izvajali naslednje ukrepe:
- Redno izobraževanje vseh zaposlenih o pomenu sporočanja odklonov in kulturi varnosti.
- Izvedba vsaj 5 celodnevnih strokovnih srečanj posameznih služb na temo kakovostna in varna zdravstvena obravnava.
- Poročilo o odklonih bo redna točka na vseh sestankih v bolnišnici.

5 Zaključek

Kultura varnosti je kultura organizacije. Zavest zaposlenih, kako pomembno je stalno sporočanje, opozarjanje na napake je ključno za dvig kulture varnosti. Zato je potrebno stalno izobraževanje zaposlenih, ustvarjanje pozitivne organizacijske klime in dobre komunikacije v timu. Sporočene odklone mora vodstvo organizacije in neposredno nadrejeni sprejeti kot priložnosti za izboljševanje procesa in proaktivo delovanje. Ne sme biti obtoževanja in zaposleni ob napakah ne smejo občutiti krivdo. Pogosteje moramo izvajati analize vzrokov odklona in se v multidisciplinarnih timih pogovarjati o ukrepih, da do takega odklona ne bo več prišlo. Zato je potrebno odlična orodja za analizo odklonov kot so varnostna vizita, vzročno posledična konferenca in mortalitetno morbiditetne konference vpeljati v vsakodnevno prakso analize odklonov. Z dvigom kulture varnosti bomo našim pacientom nudili bolj kakovostno in varno zdravstveno obravnavo hkrati pa zaposlenim omogočili možnost, da nas opozorijo na napake in priložnosti, kjer se lahko izboljšamo.
Veseli nas tudi, da se na nacionalnem nivoju pripravlja sistem upravljanja z varnostnimi odkloni in tveganji v zdravstvu – Projekt SenSys, ki bo omogočal informacijsko sporočanje varnostnih odklonov in tveganj za vse izvajalce zdravstvene dejavnosti, vzpostavitev sistema učenja in s tem tudi preventivno delovanje, saj bomo o odklonih in ukrepih obveščeni vsi. S tem pa bo vzpostavljeno proaktivno učenje, ki bo pripomoglo k dvigu zavesti o pomenu kulture varnosti in bolj kakovostni in varni obravnavi pacientov.

Literatura

Kersnik, J., 2002. Opredelitev in oblike napak v medicini. In: J. Kersnik, ed. Zdravstvene napake / 19. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana, 2002. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, pp. 11-17.

Kersnik, J., 2002. Človeški dejavniki pri napakah. In: J. Kersnik, ed. Zdravstvene napake / 19. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana, 2002. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, pp. 51-57.

Kramar, Z., 2011. Uvajanje kulture varnosti – izkušnje Splošne bolnišnice Jesenice, Varnost – rdeča nit celostne obravnave pacientov, zbornik prispevkov. 4. dnevi Angele Boškin 2011. Jesenice: Splošna bolnišnica, pp. 26-27.

Kramar, Z., 2014. Spremembe zaznavanja kulture varnosti pacientov v Splošni bolnišnici Jesenice: magistrsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 67.

Reason, J., 2000. Human error: models and management. British Medical Journal, 2000(320), pp. 768-770.

Robida, A., 2013. Napake pri zdravstveni obravnavi pacientov: sistematična analiza globljih vzrokov napak in njihovo preprečevanje: priročnik. Z znanostjo do večje varnosti pacientov: Root cause analysis RCA. Bled: Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave, Prosunt, pp. 113-114.

VARNOST PACIENTOV KOT POMEMBNO NAČELO V ZDRAVSTVENI OBRAVNAVI - IMAMO KULTURO VARNOSTI ALI KULTURO STRAHU?

TAMARA LUBI, dipl. m. s., univ. dipl. org.
Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Referat za kakovost
tamara.lubi@zd-mb.si

IGOR ROBERT ROJ, dipl. zn., univ. dipl. org.
Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za kirurgijo
igorrobert.roj@ukc-mb.si
Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede
igorrobert.roj@um.si

Izvleček

Varnost pacientov mora biti prednostna naloga izvajalcev zdravstvenih storitev, ki jih izvajajo zdravstvene institucije na različnih ravneh zdravstvenega varstva. Izboljšanje kulture varnosti je bistvena sestavina preprečevanja ali zmanjševanja napak in izboljšanja splošne kakovosti zdravstvenega varstva.
Temeljni razlogi za nerazvito kulturo varnosti so zelo zapleteni. Razloge za nerazvitost je potrebno iskati v slabem timskem delu, neustrezni komunikaciji, kulturi nizkih pričakovanj in avtoritativnem pristopu vodstva/vodij.
Kultura individualne krivde je še vedno prevladujoča in tradicionalno zakoreninjena v našem zdravstvenem varstvu ter nedvomno ovira napredek varnostne kulture.
Vedno pogosteje se omenja kultura pravičnosti. Ta je osredotočena na prepoznavanje in obravnavo sistemskih vprašanj, ki posameznike vodijo k nevarnemu obnašanju, hkrati pa ohranja individualno odgovornost z vzpostavitvijo ničelne tolerance do nepremišljenega vedenja.
V kulturi pravičnosti je odgovor na napako ali skorajšnjo napako odvisen od vrste vedenja, povezanega z napako, in ne od resnosti dogodka.
Problem varnosti pacientov v Sloveniji je veliko večji kot smo ga pripravljeni priznati. Velikokrat naletimo na ovire že pri uvajanju samega sistema varnosti pacientov, predvsem zaradi prevladujoče kulture obtoževanja posameznika za napake. Zato ni čudno, da zaradi takšnega pristopa razvijemo kulturo strahu namesto kulture varnosti.

Ključne besede: *kultura, pacient, varnost*

1 Uvod

Raziskave s področja varnosti pacientov v zdravstvu kažejo, da področje varnostnih odklonov in zapletov ni zadostno raziskano. V različnih in kompleksnih sistemih zdravstvenega varstva, ki smo jim priča po vsem svetu, se pogosto pojavljajo tveganja, ki vplivajo na varno oskrbo pacientov (Brasaite, 2015). Zaposleni v zdravstvu morajo tveganja obvladovati z uporabo svojega znanja in spretnosti v kompleksnih sistemih ob ohranjanju varne ravni oskrbe pacientov (Leape, et al., 2009).
Zaposleni imajo na delovnem mestu pomembno vlogo povezano z varnostjo pacientov. Zato potrebujejo veščine s področja obvladovanja varnosti. Sposobni morajo biti prepoznati odklone v zvezi z varnostjo pacientov in opraviti analizo s pomočjo protokolov. Zelo pomembno je delo

v skupini, učenje iz napak, izvedba ukrepov in priporočil za preprečevanje le teh (Ahmed, et al., 2014).
Arora, et al. (2012) v raziskavi s področja varnosti pacientov poroča o izboljšanju varnosti po opravljenem izobraževanju s področja pridobivanja varnostnih veščin zaposlenih in izvedbi ukrepov.
Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP, 2018) v 11. členu navaja, da je varna zdravstvena oskrba tista, ki preprečuje škodo v zvezi s samim zdravljenjem in v zvezi z okoliščinami fizične varnosti bivanja ali zadrževanja pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti.
Tokijska deklaracija iz leta 2018 zavezuje k izboljšanju varnosti pacientov, zmanjšanju škode za paciente, ki se ji je mogoče izogniti. Opredeljuje tveganja ob možni nastali škodi za paciente za čas obravnave v sistemu zdravstvenega varstva, ne glede na to, kdo so in kje živijo, do leta 2030.

2 Kultura varnosti

Koncept varnostne kulture je vse bolj obravnavan kot osrednji del razumevanja varnosti pacientov v zdravstvenih ustanovah. Kultura varnosti se nanaša na vrednote, prepričanja in norme vodstva in ostalih zaposlenih o tem, kaj je pomembno za posamezno organizacijo.
Koncept varnostne kulture izvira izven sistema zdravstvenega varstva in sicer v organizacijah z visoko zanesljivostjo, ki dosledno zmanjšujejo neželene dogodke kljub temu, da opravljajo kompleksno in zahtevno delo. Zavezane so k varnosti na vseh ravneh delovanja, vključno z vodstvom organizacije in vodji posameznih procesov. Ta zaveza vzpostavlja "kulturo varnosti", ki zajema ključne značilnosti:

- prepoznavanje in oceno tveganj ter sprejem ustreznih aktivnosti za njihovo zmanjševanje,
- okolje brez krivde, v katerem lahko posameznik/i poročajo o napakah ali morebitnih odklonih, brez strahu za kazen,
- spodbujanje sodelovanja med posameznimi profili pri iskanju rešitev in

vključevanje vodstva pri zagotavljanju virov za ustrezno reševanje varnostnih tveganj.

Izboljšanje kulture varnosti je bistveno za preprečevanje ali zmanjševanje napak in izboljšanje splošne kakovosti zdravstvenega varstva. Številne tuje študije potrjujejo razlike v razumevanju varnostne kulture v zdravstvenih organizacijah, kjer medicinske sestre izpostavljajo okolje brez krivde in težave pri vzpostavitvi kulture varnosti in zavezanost tudi ostalih izvajalcev v zdravstvu (Agency for Healthcare research and Quality (AHRQ), 2019).
Temeljni razlogi za nerazvito kulturo varnosti zdravstvenega varstva so zapleteni in se kažejo:

- s slabim timskim delom,
- v slabi komunikaciji,
- v nizki kulturi pričakovanj in
- avtoritativnem pristopu (AHRQ, 2019).

Sodobne zdravstvene ustanove izvajajo široko paleto storitev za potrebe pacientov. Dodatno breme v sistemu zdravljenja in oskrbe so vedno večji, na trenutke tudi ekstremnimi časovni okvirji in pomanjkanje različnih virov kot so finančni, materialni in kadrovski (Wachter, 2010). Sodobni način pristopa k napakam zahteva spremembe na področju kulture varnosti. Potrebno je razviti pravično kulturo varnosti.
Pravična kultura varnosti je kultura, kjer ljudje lahko sporočajo napake, ne da bi se bali posledic. To se lahko zgodi le, če je ustvarjeno ozračje zaupanja. Pravična kultura je odvisna tako od vodstva organizacije kot tudi od ljudi, ki delajo v sistemu. Znanost o varnosti pacientov se osredotoča predvsem na sisteme v katerih delamo. Pravična kultura spodbuja poročanje

o napakah, razkritje napak znotraj organizacije z namenom učenja in opravičilo tistim, ki so utrpeli škodo zaradi napake. Različne raziskave potrjujejo razumevanje narave človeških napak in metod za preprečevanje varnostnih incidentov pri pacientu, vključno s pomenom uvajanja pravične kulture, kjer se za napako ne obtoži posameznika že kar vnaprej, brez njene podrobne analize (Nieva & Sorra, 2003).
Preverjanje varnostne kulture je usmerjeno v pomen razumevanja narave človeških napak in metod za preprečevanje le teh z uporabo "pravih" sistemov poročanja o napakah. Na ta način se ugotovijo sistemske pomanjkljivosti (BMC Health Services Research, 2010).

Ključni vidiki učinkovite kulture so:
- zavezanost vodstva,
- vodenje z zgledom,
- učinkovita komunikacija med zaposlenimi na vseh nivojih,
- aktivna vključenost zaposlenih,
- nadzor in pogovor s svetovanjem,
- ključni dokumenti (smernice, protokoli, standardi, navodila za delo, obrazci),
- izvedba in svetovanje.

Slika 1. Elementi kulture varnosti

Kulturo varnosti sestavljajo naslednji elementi:
- kultura prožnosti,
- kultura pravičnosti,
- kultura informiranja,
- kultura učenja in
- kultura sporočanja.

Elementi kulture varnosti se med seboj prepletajo na področjih vedenja posameznika povezanih z varnostjo, odnosom do varnosti in njihovem pravočasnem zaznavanju tveganj (prikazano v sliki 1).

3 Razprava

Kadar zaradi napake pride do neželenega dogodka, velikokrat za to obtožimo posameznika, ki je napako storil. S takšnim pristopom ga zaznamujemo, običajno odstranimo iz delovnega procesa ali se zaradi storjene napake odstrani sam. Sledi lahko kazen. Na ta način problema ne rešimo, ravno nasprotno, problem poglobimo.
S tem lahko ustvarimo kulturo strahu namesto kulture varnosti. Posledično zaradi tega po-

samezniki napak ne sporočajo (Robida, 2004).
Raziskave opravljene v Združenih državah Amerike (ZDA) dokazujejo, da je 90 % zdravstvenih napak mogoče preprečiti z ustreznim načinom uporabe mehanizmov za poročanje o napakah. Da bi izboljšali kulturo varnosti je pomembno, da zdravstvene organizacije ocenijo stanje svoje obstoječe kulture varnosti in določijo prednostna področja, ki jih je treba izboljšati (Nieva & Sorra, 2003).
Obstajajo številne teorije, študije primerov in raziskave o spremembah kulture, vendar je še vedno zelo malo raziskav povezanih s kriteriji, ki povezujejo kulturo varnosti z negativnimi izzidi, kot so škoda za pacienta in povečani finančni stroški.
V Sloveniji smo postopoma začeli uvajati sistem sporočanja neželenih dogodkov. Ponekod se evidence vodijo ročno s pomočjo sprejetih dokumentov, drugod je vnos in analiza podatkov v elektronski obliki. Sistemi evidentiranja so zelo različni, neenotni. Posledično je zaradi tega različna tudi kultura varnosti in njeno dojemanje.
Ker je varnost in kakovost zdravstvene obravnave vedno bolj pomembna tema, bomo morali k temu področju še resneje pristopiti in sistem poenotiti. Časa za oklevanje in sprenevedanje ni več.

4 Zaključek

Kulturo varnosti bomo zagotovili tako, da bomo ob vsakem nastalem neželenem dogodku opravili analizo škode, poiskali vzroke za nastanek dogodka, načrtovali in izvedli korektivne ukrepe, preverili njihovo realizacijo in učinkovitost.
Strategije za razvoj ustrezne kulture varnosti se morajo osredotočiti na izgradnjo vodstvenih zmogljivosti, ki podpirajo odprto komunikacijo, neobtoževanje, timsko delo in stalno učenje. Pomembno je, da z izobraževanjem bodočih kadrov začnemo že na dodiplomskem študiju.
Učenje in nenehno izboljševanje, podpora vodenju, pričakovanja vrhnjega managementa, timsko delo, povratne informacije in vzpostavljen sistem sporočanja napak oziroma neželenih dogodkov, so glavni napovedniki uspešne kulture varnosti.

Literatura

Agency for Healthcare Research and Quality, 2019. [Online] Available at: https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/5/Culture-of-Safety [Accessed 2 March 2019].

Ahmed, M., Arora, S., Baker, P., Hayden, J. , Vincent, C. & Sevdalis, N., 2013. Izgradnja zmogljivosti in zmožnosti za izobraževanje o varnosti pacientov: program usposabljanja vodij za starejše zdravnike. British Medical Journal of Quality Safety, 22(8), pp. 618-625.

Arora, S., Sevdalis, N., Ahmed, M., Wong, H., Moorthy, K. & Vincent, C., 2012. Safety skills training for surgeons: A half-day intervention improves knowledge, attitudes and awareness of patient safety. Surgery, 152(1), pp. 26-31.

BMC Health Services Research, 2010. [Online] Available at: https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-199 [Accessed 2 March 2019].

Brasaite, I., Kaunonen, M. & Suominen, T., 2015. Znanje, stališča in veščine zdravstvenih delavcev glede varnosti pacientov: sistematični pregled literature. Scandinavian Journal of Nursing Science, 29, pp. 30-50.

Leape, L., Berwick, D., Clancy, C., Conway, J., Gluck, P. & Guest, J., 2009. Preoblikovanje zdravstvenega varstva: varnostna obveznost. Safety Health Care, 18(6), pp. 424-428.

Nieva, V.F. & Sorra, J., 2003. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. Quality and Safety in Healthcare, 12(2), pp. 17-23.

Robida, A., 2004. Opozorilni nevarni dogodki. Zdravstveni vestnik, 73, pp. 681-687.

Wachter, R.M., 2010. Patient safety at ten: unmistakable progress, troubling gaps. Health Affairs Millwood, 29(1), pp.165-173.

World Health Organization, 2018. Third Global Ministerial Summit on Patient Safety. Available at: https://www.who.int/patientsafety/policies/ministerial_summit_18/en/

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP), 2018. Uradni list Republike Slovenije št. 55.

SKRIVNOST USPEHA EKIPE DUNKING DEVILS – KAKO S POGUMOM, RANLJIVOSTJO IN EKIPNIM DUHOM ŽIVETI ZA SKUPNO VIZIJO

Zgodba ekipne borbe od Šah Mat do Dunking Devils

DOMEN ROZMAN
Dunking Devils
domen@dunking-devils.com

Izvleček

Dunking Devils svetovno odmevne uspehe že 10 let dosegajo načrtno, strateško in kar je najpomembnejše ponovljivo. Domen Rozman, njihov idejni vodja, vas bo popeljal v svet norih idej in z vami delil zgodbo njihovega uspeha. Prisluhni kako s pogumom, ranljivostjo in ekipnim duhom živeti za skupno vizijo.

Nedolgo nazaj sem govoril s prijateljem Markom, s katerim že od samega začetka ustvarjava zgodbo o Dunking Devilsih. Sredi pogovora se Marko zazre v steno in reče: "Veš, Domen, naši tamali so v vsakem primeru prikrajšani ... ker ni šans, da na svoji poti naredijo toliko napak, kot smo jih naredili mi. Prikrajšani so za izkušnjo skupinske borbe za isti cilj."

Od naših začetkov na Gimnaziji Bežigrad smo namreč naredili vse napake, ki se jih je dalo narediti. Še danes se spominjam katastrofalnega nastopa za košarkarski klub Parklji. Do skupine, takrat še brez imena, je pristopil komentator in nas vprašal: "Kako želite, da vas najavim?" Odgovoril sem: "Ne kompliciraj in reci, da smo akrobatska skupina."

Ob sireni, ki glasno označi polčas, smo stopili na parket in po zvočniku zaslišali: "Dame in gospodje, predstavljam vam akrobatsko skupino Šah mat!" Zgroženi smo pričeli z nastopom, komentator pa je nadaljeval v svojem slogu: "Matirajo koše, matirajo sami sebe!" Ne le, da smo v petih minutah zgrešili kar 12 košev, za piko na i nas je trener gostujoče ekipe vrgel s parketa še pred koncem nastopa. Odmaknil nam je trampolin in nas spodil z odra.

Kdorkoli bi po prvih šestih letih našega delovanja "realno" pogledal na situacijo, bi prišel do zaključka, da kot akrobati nikoli ne bomo uspeli. Pameten nasvet bi bil, da se osredotočimo na študij, dobimo dobre službe in tole naše zabijanje na koš pustimo za hobi ... da imamo nekaj za početi, preden gremo v petek po službi na pivo.

Mi pa smo kljub še mnogim drugim Šah mat polomijam ostali skupaj. Gnala nas je otroška želja po tem, da bi potovali, nastopali in snemali videe. Primorani smo bili razviti timski duh in pripadnost - terjala ju je naša neizkušenost. Imeli smo le en drugega in skupno vizijo.

Razvoj timskega duha terja tudi naš šport. Na parketu je vedno šest ljudi, ena žoga in en koš. Predstavljajte si ... Stojite na sredini polne košarkarske dvorane. Pred vami člani ekipe že tečejo proti košu. Prvih pet svoj element izvede popolno. Vi tečete in skočite na trampolin. Veste, da je tisti trenutek vse na vas. Sežete po žogi, ta se vam izmuzne in na tla pristanete ob izdihu razočaranja celotne dvorane. Vsi člani ekipe avtomatsko dvignejo prst, kar pomeni: "Gremo še enkrat!" Spet tečete proti košu, pritisk je še večji, ker vam tokrat res mora uspeti. Tokrat skočite,

naredite salto, ujamete žogo in jo živalsko zabijete. Ekipa da koš, dvorana ponori, ekipa zmaga!

Pri našem športu posameznik na parketu ne obstaja. Pogoj za uspeh je popolno zaupanje in predanost ekipi. Ne glede na napake, ki se zgodijo, gremo skupaj naprej. Skupaj do konca!

To je okolje, v katerem smo ustanovni člani Dunking Devils razvijali timski duh. Ko so se nam začeli pridruževati novi člani, pa smo se soočili z novim izzivom: kako ohranjati pripadnost ekipi.
Novi člani niso prehodili poti, ki smo jo prehodili mi. Ob njihovem prihodu smo Dunking Devils že imeli svojo dvorano, svoj kombi in redne nastope. Vsak, ki je bil pripravljen dovolj dolgo trenirati, je imel možnost z ekipo nastopati in potovati po svetu.

Kar je bilo za nas še nekaj let prej nedosegljiva vizija, je bilo novim članom praktično na dosegu roke. Pripovedovali smo jim zgodbe o naših borbah in težkih začetkih ter bili naivno prepričani, da se bodo za ekipo pripravljeni žrtvovati do enake mere. Da bodo čutili enako mero pripadnosti, kot jo čutimo mi. Seveda se to ni zgodilo.

Z isto težavo se sooča vsak kolektiv na poti svoje rasti. Za lastne izkušnje namreč ni nadomestila. Če želiš vedeti, kako je ustvariti nekaj od začetka, kaj pomeni se popolnoma predati neki viziji in se boriti za vsak centimeter, moraš sam čez to izkušnjo.

Ko tvorimo ekipo, je naša naloga ustvarjati okolje, kjer lahko novi člani ustvarjajo in uresničujejo svoje vizije ter doživljajo svoje borbe. Ustvariti moramo okolje, ki člane ekipe spodbuja, da sami gredo čez mejo tistega, kar se jim tisti trenutek še komaj zdi mogoče. Naša naloga je, da člane spodbujamo hoditi po poti, na kateri sami delajo svoje napake ter doživljajo svoje nepozabne trenutke sramote in slave.

In kako Dunking Devils ta proces izvajamo dandanes? Pogosto se pogovarjamo o naslednjih na prvi pogled nemogočih projektih, ki se jih želimo lotiti. Ko se neki ideji predamo, jo kot ekipa vzamemo za svojo in gremo v akcijo, ne glede na to, kdo je bil pobudnik projekta. Prvi korak je torej ta, da se ideji vsi 100 % predamo. Šele kasneje se soočamo z vprašanjem, ali je ideja sploh izvedljiva.

S tem vodilom v glavi sem pred dobrima dvema letoma na sestanku s Slovenskimi železnicami bleknil, da lahko posnamemo video, v katerem zabijamo na drvečem vlaku. Ideja se mi je zdela "huda", zato sem samozavestno zatrdil, da jo bomo izvedli. Niti sanjalo se mi ni takrat, koliko ovir bo treba premostiti za njeno uresničitev. Vendar smo se z ekipo ideji popolnoma predali in se vsi skupaj vživeli v prihodnost. Prostora za dvom ni bilo. In ravno zaradi tega nam je uspelo.

KOMPETENTNOST
MULTIDISCIPLINARNOST
KULTURA VARNOSTI
PACIENT V SREDIŠČU
TIMSKO DELO
IZBOLJŠAVE
CELOSTNI PRISTOP
NAPAKE V ZDRAVSTVU
EKIPNI DUH