



Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije  
Zveza društev medicinskih sester, babic  
in zdravstvenih tehnikov Slovenije



Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov  
v kardiologiji in angiologiji

# Zagotavljanje varnosti bolnikov z boleznimi srca in žilja

*Jubilejni zbornik predavanj  
ob 10. obletnici delovanja strokovne sekcije*

# 10 let

Maribor, 16. november 2007



**Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije  
Zveza društev medicinskih sester, babic  
in zdravstvenih tehnikov Slovenije**



**Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov  
v kardiologiji in angiologiji**

## **ZAGOTAVLJANJE VARNOSTI BOLNIKOV Z BOLEZNIMI SRCA IN ŽILJA**

**XX. strokovno srečanje**

Zbornik uredila:  
**Andreja Kvas**

**V Mariboru, novembra 2007**

**ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE – ZVEZA DRUŠTEV  
MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE**  
**Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji**

**Jubilejni zbornik predavanj ob 10. obletnici delovanja strokovne sekcije  
ZAGOTAVLJANJE VARNOSTI BOLNIKOV Z BOLEZNIMI SRCA IN ŽILJA**

Maribor, 16. november 2007

**XX. strokovno srečanje**

**Urednica:** Andreja Kvas

**Strokovna recenzija prispevkov medicinskih sester:**  
Andreja Kvas

**Organizacijsko-programski odbor:**  
Bernarda Medved, Andreja Kvas, Irena Trampuš in Urška Hvala

Oblikovanje in priprava za tisk: Starling d.o.o., Vrhnika

Tisk: Tiskarna POVŠE, Ljubljana

Naklada: 150 izvodov

*Izdano v Ljubljani, novembra 2007*

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

616.1-083(063)(082)

ZAGOTAVLJANJE varnosti bolnikov z boleznimi srca in žilja : jubilejni zbornik predavanj ob 10. obletnici delovanja strokovne sekcije : [XX. strokovno srečanje], Maribor, 16. november 2007 / [urednica Andreja Kvas]. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji, 2007

Na vrhu nasl.str.: Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji

ISBN 978-961-91194-8-8

1. Kvas, Andreja 2. Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji  
235884288

## VSEBINSKO KAZALO

<b>VIZIJA SEKCIJE MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V KARDIOLOGIJI IN ANGIOLOGIJI</b> .....	9
Andreja Kvas	
<b>» NE ZORIMO IN RASTEMO LE V MLADOSTI, SVOJO OSEBNOST IN ZNAJNE DOGRAJUJEMO IN IZPOPOLNUJEMO SKOZI VSE SVOJE ŽIVLJENJE«</b> .....	11
Petra Kersnič	
<b>SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V KARDIOLOGIJI IN ANGIOLOGIJI – V ZADNJEM DESETLETJU</b> .....	13
Lidija Marinč, Andreja Kvas	
<b>PROFESIONALIZEM IN ETIKA V SLUŽBI BOLNIKOV</b> .....	17
Lidija Marinč	
<b>ZAGOTAVLJANJE VARNOSTI V ZDRAVSTVENEM VARSTVU</b> .....	21
Tanja Kukovec	
<b>VPLIV STROKOVNEGA NADZORA NA IZBOLJŠANJE VARNOSTI BOLNIKOV</b> .....	25
Saša Kadivec	
<b>VARNOST BOLNIKA SKOZI VAROVANJE NJEGOVIH PRAVIC, S POUČENJEM NA ZAUPNOSTI, ZASEBNOSTI IN VAROVANJU PODATKOV</b> .....	33
Darinka Klemenc	
<b>VAROVANJE PRAVIC BOLNIKOV</b> .....	45
Janez Tekavc	
<b>KAZALNIKI KAKOVOSTI – PREPREČEVANJE PADCEV NA KLINIČNEM ODDELKU ZA PLJUČNE BOLEZNI IN ALERGIJO GOLNIK</b> .....	51
Marija Bistan	

<b>VARNOST DOJENČKA IN OTROKA S PRIROJENO SRČNO NAPAKO Z VIDIKA ZDRAVSTVENE NEGE</b> .....	57
Alenka Ostanek	
<b>ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA Z BOLENJI SRCA IN OŽILJA Z VIDIKA ZAGOTAVLJANJA VARNOSTI BOLNIKA NA ODDELKU ZA KARDIOLOGIJO IN ANGIOLOGIJO V UNIVERZITETNEM KLINIČNEM CENTRU MARIBOR</b> .....	61
Bernarda Medved	
<b>NEŽELENI DOGODKI IN VIRI NEŽELENIH UČINKOV V LABORATORIJU ZA INTERVENTNO KARDIOLOGIJO</b> .....	71
Dejan Perša	
<b>POMEN IN VREDNOST OBJAV STROKOVNIH ČLANKOV ZA ZDRAVSTVENO NEGO IN MEDICINSKE SESTRE TER PROCES PISANJA</b> .....	79
Andreja Mihelič Zajec	

## P R O G R A M

**PETEK, 16. november 2007**

- |               |                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8.30 – 9.30   | <b>Registracija udeležencev</b>                                                                                                                                                                                                   |
| 9.30 – 10.30  | <b>Pozdravne besede in kulturni program ob 10. obletnici delovanja strokovne sekcije</b>                                                                                                                                          |
| 10.30 – 10.50 | <b>Pomen in vrednost objav strokovnih člankov za zdravstveno nego in medicinske sestre ter proces pisanja</b><br>Andreja Mihelič Zajec, viš.med.ses., univ.dipl.org.dela, pred.,<br>Univerza v Ljubljani Visoka šola za zdravstvo |
| 10.50 – 11.10 | <b>Zagotavljanje varnosti v zdravstvenem varstvu</b><br>Tanja Kukovec, dipl.m.s.,<br>Splošna bolnišnica Murska Sobota                                                                                                             |
| 11.15 – 11.35 | <b>Vpliv strokovnega nadzora na izboljšanje varnosti bolnikov</b><br>dr. Saša Kadivec, prof.zdr.vzg.,<br>Bolnišnica Golnik                                                                                                        |
| 11.35 – 11.55 | <b>Varnost bolnika skozi varovanje njegovih pravic, s poudarkom na zaupnosti, zasebnosti in varovanju podatkov</b><br>Darinka Klemenc, dipl.m.s.<br>Univerzitetni klinični center Ljubljana                                       |
| 11.55 – 12.10 | <b>Razprava</b>                                                                                                                                                                                                                   |
| 12.10 – 12.40 | <b>Odmor s prigrizkom</b>                                                                                                                                                                                                         |
| 12.40 – 13.00 | <b>Varovanje pravic bolnikov</b><br>mag. Janez Tekavec, odvetnik v Ljubljani                                                                                                                                                      |
| 13.00– 13.20  | <b>Kazalniki kakovosti – preprečevanje padcev na Kliničnem oddelku za pljučne bolezni in alergijo Golnik</b><br>Marija Bistan, SMS,<br>Bolnišnica Golnik                                                                          |

- 13.25 – 13.45 **Varnost dojenčka in otroka s prirojeno srčno napako z vidika zdravstvene nege**  
Alenka Ostanek, dipl.m.s.,  
Pediatrična klinika Ljubljana
- 13.45 – 14.05 **Zdravstvena nega bolnika z obolenji srca in ožilja z vidika zagotavljanja varnosti bolnika na Oddelku za kardiologijo in angiologijo v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor**  
Bernarda Medved, dipl.m.s.,  
Univerzitetni klinični center Maribor
- 14.05 – 14.20 **Razprava**
- 14.20 – 14.50 **Odmor s prigrizkom**
14. 50 – 15.10 **Ukrepi za obvladovanje bolnišničnih okužb pri kardioloških bolnikih**  
Marina Klasinc dipl.m.s.,  
Univerzitetni klinični center Maribor
- 15.10 – 15.30 **Neželeni dogodki in viri neželenih učinkov v laboratoriju za interventno kardiologijo**  
Dejan Perša, dipl.zn.,  
Univerzitetni klinični center Maribor
- 15.30 – 15.50 **Vloga diplomiranega radiološkega inženirja pri interventnih radioloških osegih**  
Hedvika Šaupertl dipl.inž.rad., Boris Slanc dipl.inž.rad.,  
Univerzitetni klinični center Maribor
- 15.50 – 16.10 **Razprava in zaključek strokovnega srečanja**
- 16.15 – 17.00 **Sestanek Izvršilnega odbora**

## ZBORNİK PREDAVANJ

## VIZIJA SEKCIJE MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V KARDIOLOGIJI IN ANGIOLOGIJI

*mag. Andreja Kvas,*

*Predsednica Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov  
v kardiologiji in angiologiji*

Letošnje že 20. strokovno srečanje Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji bo še posebej svečano, saj bomo ob tej priložnosti obeležili 10. obletnico delovanja sekcije. Ustanovni občni zbor strokovne sekcije je bil 10. oktobra 1997 na Otočcu. Prva tema, ki smo se je lotili, je bila srčni infarkt, ki je še vedno med najpogostejšimi srčnimi obolenji. Zanimivo je bilo prelistati zbornik, ki smo ga takrat izdali. Iz njega je razvidno, da se je v tem času veliko spremenilo na področju zdravljenja in zdravstvene nege bolnika s srčnim infarktom. Hitre spremembe, ki se dogajajo na področju medicine, zdravstvene nege, farmacije in drugih disciplin, terjajo od zdravstvenih delavcev vseživljenjsko učenje. Znanje, ki smo ga pridobili v formalnem izobraževanju, že dolgo ne zadošča več, treba je slediti novostim prek strokovne in znanstvene literature (knjige, strokovne in znanstvene revije, zborniki, glasila, spletne strani zdravstvenih ustanov, svetovni splet ...), obiskovati seminarje, tečaje, učne delavnice, simpozije in kongrese, organizirati izobraževanja v okviru delovne organizacije (učeca se organizacija) in se samoizobraževati.

V strokovni sekciji se zavedamo pomena vseživljenjskega učenja, zato vsako leto organiziramo dve strokovni srečanja in izdamo dva zbornika predavanj. Ko izbiramo temo, se odločamo na osnovi aktualnih potreb, želja in predlogov strokovne javnosti, zlasti skušamo spremljati novosti, in seveda patologije - značilnosti populacije, ki se ji na naših delovnih mestih največ posvečamo. Upoštevamo tudi želje kolegic in kolegov iz prakse (anketni vprašalniki na strokovnih srečanjih in pogovori članic Izvršilnega odbora sekcije v njihovih delovnih okoljih). Strokovnih srečanj se udeležujejo medicinske sestre in zdravstveni tehniki z vseh treh ravni zdravstvenega varstva in študenti zdravstvene nege z vseh slovenskih visokostrokovnih šol.

Vizija, ki smo si jo zastavili leta 2005, ko sem nastopila v vlogi predsednice sekcije za področje kardiologije in angiologije, je vseživljenjsko strokovno izpopolnjevanje, seznanjanje s teoretičnimi novostmi, učenje novih spretnosti in veščin, spodbujanje interdisciplinarne timske obravnave bolnikov, sodelovanje s kolegicami in kolegi iz tujine in aktivno sodelovanje pri uveljavljanju sprememb na področju razvijajoče se profesija zdravstvene nege.

V zborniku, ki je pred nami, smo se lotili vedno bolj aktualne teme – zagotavljanje varnosti bolnikov. Je zelo širok pojem, ki zajema problematiko zagotavljanja varne, kakovostne in učinkovite zdravstvene obravnave uporabnikov zdravstvenih storitev na vseh treh ravneh zdravstvenega varstva, v vseh okoljih, pri vseh starostnih skupinah, čeprav se v praksi več

srečujemo s starejšo populacijo. Bolniki se vse premalokrat zavedajo, da kompleksnost delovanja zdravstva vedno ne prinaša samo prednosti, temveč lahko pride v procesu diagnostike, zdravljenja, pri izvajanju zdravstvene nege, rehabilitacije in drugih dejavnosti do neželenih dogodkov. Medicinske sestre in zdravstveni delavci nasploh moramo delovati proaktivno, torej je potrebno že v naprej prepoznati nevarnosti, ustrezno oceniti tveganje in takoj začeti ukrepe za zmanjševanje posledic. Kljub temu se ne moremo vedno popolnoma izogniti neželenim dogodkom, lahko pride do padca, zdrsa, odrgnine, udarnine in poškodbe bolnika nasploh. Vse našete neželene dogodke je potrebno beležiti, se pogovoriti, zakaj je do njih prišlo, in načrtovati ukrepe za izboljšanje stanja.

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki nikakor ne smemo pozabiti na varovanje bolnikovih pravic, ki so zapisane v številnih pravnih in drugih aktih, priporočilih, konvencijah in nas zavezujejo k izpolnjevanju zlasti zakonskih določil. Pri svojem delu moramo upoštevati etična načela, ki so opredeljena v Kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ves čas imejmo v mislih načelo, ki govori o tem, da s svojo dejavnostjo ne smemo povzročati škode bolniku.

Za kakovostno in učinkovito zdravstveno oskrbo bolnikov, tudi tistih z boleznimi srca in žilja, je pomembno spoštovanje, avtonomija in odkrito komuniciranje med člani tima. Zaradi kompleksnosti dela na področju zdravstvene obravnave omenjenih bolnikov se v praksi vedno pogosteje pojavljajo interdisciplinarni timi. Gre za skupine strokovnjakov iz različnih področij, kjer vsak enakovredno prispeva svoje znanje, izkušnje, predloge, kritiko...; med njimi vladajo sodelovalni odnosi, kajti vsi se trudijo za isti cilj. V takšnem timu so odnosi nehierarhični, kjer se moč deli na osnovi znanja in izkušenj. Člani tima morajo biti sposobni učinkovite komunikacije, kar vključuje tako poslušanje kot zagovarjanje lastnih stališč. Spoštovati in priznavati morajo znanja drugih in jim zaupati. Bolnik naj ne bo v procesu zdravljenja objekt obravnave, temveč ga jemljimo za sodelavca interdisciplinarnega tima.

Počaščena sem, da imam priložnost predsedovati sekciji, ki praznuje svoj deseti jubilej, pred mano se je začelo in s skupnimi močmi razvijamo in, prepričana sem, da bomo lahko še dolgo, strokovno obliko delovanja ene od tridesetih strokovnih sekcij pri Zbornici – Zvezi, ki vsaka po svoje doprinaša k razvoju stroke, organizacije, ugledu in pomembnosti zdravstvene nege v našem prostoru. V imenu vseh, ki imamo/smo imeli priložnost pobližje spremljati njeno delovanje in v svojem imenu, iskrena zahvala in mnogo uspehov, izzivov, poguma in zadovoljstva, z obetavnim sporočilom: srečno in uspešno še naprej.

## »NE ZORIMO IN RASTEMO LE V MLADOSTI, SVOJO OSEBNOST IN ZNANJE DOGRAJUJEMO IN IZPOPOLNJUJEMO SKOZI VSE SVOJE ŽIVLJENJE«

*Petra Kersnič, prof. zdr. vzg.,*

*Generalna sekretarka Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije*

Obletnice so del vsakdanjega življenja tako posameznika ali skupine, ki ji pripada in s katero se identificira. So priložnost za kratek postanek s pogledom na prehojeno pot, za iskanje odgovorov na vprašanje, kje smo in oblikovanje načrtov, kako in po kateri poti naprej.

Deset let združevanja medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji je dovolj dolga doba in tehten razlog za proslavljanje. Spomin mi seže v tiste čase, ko sva z Lidijo Marinč, prvo predsednico sekcije skupaj sestavljali vsebine delovanja sekcije, ki bodo prepričale predsedstvo Zbornice – Zveze, da bo podalo soglasje k ustanovitvi sekcije. Ni bilo težko najti vsebinskih sklopov, ki so narekovali poglobljanje znanja in vedenja s področja kardiologije, angiologije in zdravstvene nege, kakor tudi obravnave etičnih vprašanj, ki so postala vsakdanji spremljevalec medicinskih sester.

Pri vsakdanjem delu je pomembno zavedanje, da je zdravstvena nega tista dejavnost, za katero velja, da je v sistemu zdravstvenega varstva eden najbolj fleksibilnih poklicev. To pomeni, da se prilagaja strokovnim trendom razvoja zdravstvene nege, medicine in drugih strok v zdravstvu, skrbi za moderne pristope v bazičnem izobraževanju in nenazadnje se prilagaja domačim, evropskim in svetovnim strategijam delovanja sistemov zdravstvenega varstva.

Izobraževanje na vseh ravneh – dodiplomsko in podiplomsko, predvsem pa permanentno strokovno izpopolnjevanje, je postalo stalnica v življenju vsake medicinske sestre in zdravstvenega tehnika. Uresničevanje teh nalog se v Zbornici – Zvezi izvaja preko 30 strokovnih sekcij, kjer poleg strokovnih usmeritev prevlada tudi zavedanje, da ima zdravstvena nega veliko in mogočno prihodnost. Medicinske sestre pa se moramo zavedati, da so v naših rokah prednosti za ustvarjanje toplih človeških odnosov, za stisk roke, moč vzpodbude in pogleda, kar ne bo nikoli zmogel noben aparat ali stroj.

Cilj vseživljenjskega izobraževanja je usposobiti ljudi, da si ustvarjamo takšno prihodnost, kot si jo želimo zase, za svoje delovno okolje in za vse, ki nas obdajajo. Izobraževanje se najpogosteje znajde v funkciji pomoči pri odločanju med najrazličnejšimi in včasih popolnoma nepričakovanimi možnostmi. Nenazadnje je eden od pomembnih ciljev izobraževanja tudi lepše, lažje in prijaznejše življenje na delovnem mestu, doma in v družbi.

Bogatimo svoje znanje, vedenje in poznavanje o ljudeh, o okolju, ki nas obdaja, o vsem, kar nam povzroča dvome in pri tem ostajamo ljudje z dušo in srcem, z odgovornostjo do sebe in

soljudi z enim samim ciljem – da bi znanje in ustvarjalnost bila v službi za človeka, ki je središče našega strokovnega dela.

Sekciji – njenim aktivnim članom in vsem, ki vidijo sebe znotraj nje, iskreno čestitam ob 10. rojstnem dnevu in ji želim veliko ustvarjalnega duha za nadaljevanje uspešne poti

## **SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V KARDIOLOGIJI IN ANGIOLOGIJI – V ZADNJEM DESETLETJU\***

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki, ki se pri svojem delu srečujemo s srčnimi bolniki in njihovimi svojci, smo se leta 1997 (10. oktobra 1997 je bil ustanovni občni zbor strokovne sekcije na Otočcu) odločili, da ustanovimo svojo strokovno sekcijo. Tako, kot sta pri srčnem bolniku specifični diagnostika in zdravljenje, ima svoje značilnosti tudi zdravstvena nega takšnega bolnika, kar pa še posebej velja za srčnega bolnika – otroka.

Že na samem začetku smo se odločili, da bomo v naše delo vključili vse medicinske sestre, ki so zaposlene na področju kardiologije in angiologije v slovenskih bolnišnicah, da bodo lahko prispevale svoj delež k razvoju zdravstvene nege v Sloveniji. Na strokovnih srečanjih dobivamo odgovore na različna strokovna in etična vprašanja, da pri delu znamo in zmoremo pacientom nuditi kakovostno zdravstveno oskrbo in primerno oporo pri njihovem spopadanju z bolezenskimi težavami. Iz raznih virov lahko slišimo ali preberemo, da je v nekaterih državah že dolgo določen in vzpostavljen pravičen odnos med zdravstveno nego in medicino. Če pri takšnem procesu lahko kot posamezniki aktivno sodelujemo, nam rezultati skupnega dela tudi več pomenijo.

Od ustanovitve strokovne sekcije (oktober 1997) smo vsako leto pripravili po dve strokovni srečanja, eno v spomladanskem in eno v jesenskem obdobju. Izvršilni odbor so sestavljale/i kolegice in kolegi s kardioloških oddelkov slovenskih bolnišnic in službe za kardiologijo ljubljanske Pediatrične klinike. V prvih osmih letih delovanja so strokovna srečanja uspešno pripravili strokovnjaki zdravstvene nege s Kliničnega oddelka za kardiologijo, Kliničnega oddelka za žilne bolezni, Klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja in Kliničnega oddelka za interno intenzivno medicino ljubljanskega Kliničnega centra, Službe za kardiologijo ljubljanske Pediatrične klinike, Internega oddelka SB Murska Sobota, Izola, Maribor in Topolšica, Oddelka za bolezni srca, pljuč in ožilja SB Celje in Prehospitane enote Kranj.

Aktivno smo sodelovali na 1. kongresu medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov internističnih strok, ki je bil leta 2002.

Na samem začetku našega dela se je pokazalo, da obstaja velika vrzel v znanju medicinskih sester na področju spoznavanja in hitrega ukrepanja pri motnjah srčnega ritma, ki bolnika življenjsko ogrožajo. Zato smo enkrat letno pripravili delo po skupinah, kjer so udeleženci pod vodstvom zdravnika in medicinske sestre s Kliničnega oddelka za intenzivno interno medicino Kliničnega centra Ljubljana poskušali prepoznati motnje srčnega ritma (simulacija motenj srčnega ritma), naučiti se pravilnega ukrepanja in kar je najpomembnejše, spoznati večšine kardiopulmonalne reanimacije in novosti na tem področju.

---

*\* Prispevek je bil objavljen v Obzorniku zdravstvene nege leta 2007; 41: Supl I: 71-3 in ga v celoti objavljamo z dovoljenjem avtoric in urednice Obzornika zdravstvene nege.*



Poleg priprav strokovnih srečanj smo aktivno sodelovali tudi z Združenjem kardiologov Slovenije ob mednarodnem dnevu srca, ki ga praznujemo vsako leto zadnje nedelje v septembru. Poleg tega smo s predavanji na aktualne teme aktivno sodelovale na strokovnih srečanjih Združenja kardiologov Slovenije. Vsakega povabila smo bili veseli, saj nas takšna srečanja vzpodbujajo in strokovno bogatijo.

*Lidija Marinč, predsednica sekcije od leta 1997 do 2005*

28. oktobra leta 2005 smo po osmih letih ponovno organizirali strokovno srečanje na Otočcu, kjer sem bila za mandatno obdobje 2005 – 2009 izvoljena za predsednico Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji. Zadala sem si nalogo, da še naprej strokovno rastemo, organiziramo aktualna in zanimiva strokovna srečanja, delujemo interdisciplinarno, se povezujemo s kolegicami in kolegi iz tujine, aktivno sodelujemo v raznih preventivnih akcijah za preprečevanje bolezni srca in ožilja nas vseh treh ravneh zdravstvenega varstva ter ostajamo prepoznavni v slovenskem prostoru. S tem sem sprejela tudi vso odgovornost, ki mi jo nalaga funkcija predsednice – kontinuirano razvijanje stroke zdravstvene nege na področju kardiologije in angiologije.

Izvršilni odbor (IO) sekcije šteje 8 članic in 1 člana iz različnih slovenskih regij: Prekmurje (2), Štajerska (1), Koroška (1), Gorenjska (1), Dolenjska (1) in Osrednje slovenska (3). V IO imamo tudi članico, ki prihaja iz Pediatrične klinike v Ljubljani in pokriva področje pediatrije. Za lažje delovanje strokovne sekcije imamo še tajnico sekcije in koordinatorico za sodelovanje s tujino. Poleg rednih sestankov IO sekcije (2 do 3-krat na leto), veliko problemov sproti rešimo s pomočjo e-pošte in telefonskih pogovorov. V jesenskem času se sestanemo in pogovorimo o temah, ki jih bomo predstavili v naslednjem koledarskem letu, ob upoštevanju želja kolegic in kolegov, ki delujejo na področju kardiologije in angiologije.

Junija 2006 smo pripravili dvodnevno strokovno srečanje v Radencih na temo **Varovanje zdravja - prehrana, telesna dejavnost in pozitivna samopodoba**. Namen strokovnega srečanja je bil, da udeležence seznanimo s pomenom zdrave prehrane, redne telesne dejavnosti bolnih in zdravih, ter gradnji pozitivne samopodobe. To so osrednji dejavniki tveganja za nastanek bolezni srca in ožilja, s katerimi je treba v procesu zdravljenja seznaniti bolnike in njihove svojce ter jih naučiti, kako bodo zmanjševali oziroma odpravljali le-te s pomočjo zdravega načina življenja. Teme smo se lotili interdisciplinarno, povabili smo strokovnjake za prehrano, telesno dejavnost, zdravnike, medicinske sestre, diplomirano sanitarno inženirko in psihologinjo. Ob srečanju smo izdali zbornik predavanj. Strokovnega srečanja so se udeležili/e udeleženci/ke z slovenskih bolnišnic, zdravstvenih domov, domov starejših občanov, patronažne službe in nekaj študentov zdravstvene nege. V jeseni 2006 smo se dobili 17. novembra v hotelu Paka v Velenju, kjer smo pripravili strokovno srečanje z naslovom **Neinvazivne preiskave pri bolnikih z boleznimi srca in ožilja**. Namen strokovnega srečanja je bil obnoviti in nadgraditi znanje o neinvazivnih preiskavah, ki so pri bolnikih z boleznimi srca in ožilja zelo pomembne za postavitev diagnoze in spremljanje uspešnosti zdravljenja. K sodelovanju smo povabili medicinske sestre, zdravnike in profesorico pedagogike, ki so nas seznanili z novostmi na področju neinvazivnih srčnih preiskav; priprava bolnika na neinvazivne preiskave, izvedba neinvazivnih preiskav, uporaba novih aparatov za neinvazivne preiskave, zdravstvena nega bolnika pred in po neinvazivnih preiskavah in pogovor medicinske sestre z bolnikom (poudarek na poslušanju). Ob srečanju smo izdali zbornik predavanj.

Jeseni leta 2006 smo začeli z intenzivnimi pogovori o sodelovanju s kolegicami in kolegi iz tujine in sicer s CCNP – Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions of the European Society of Cardiology (predsednica Tone M. Norekväl, RN, MSc, NFESC), povabili so nas, da aktivno sodelujemo z našo predstavnico v njihovi delovni skupini. V Delovni skupini Sveta za kardiovaskularno nego in pridružene profesije prostovoljno deluje 12 članov. Delovna skupina ima nalogo, da pripravi osnutek in definira funkcijo Nacionalnega združenja, hkrati pa poveča mednarodno sodelovanje in komunikacijo med strokovnimi sekcijami v Evropi. V IO strokovne sekcije smo se v začetku leta 2007 dogovorili (in javili ime članice Svetu za kardiovaskularno zdravstveno nego in pridružene profesije), da bo naša predstavnica v omenjeni Delovni skupini Urška Hvala, dipl. m. s. iz Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani, Kliničnega oddelek za žilne bolezni (koordinatrica za sodelovanje s tujino).

Maja leta 2005 smo aktivno sodelovale s posterjem na Mediteranskem srečanju kardiologov v Portorožu (bilo je srečanje z mednarodno udeležbo), kamor so nas povabili predstavniki Združenja kardiologov Slovenije. Tudi v letu 2006 smo članice in član Izvršilnega odbora strokovne sekcije poskrbeli, da smo v svojih okoljih pripravili številne akcije ob Dnevu srca za zaposlene in za bolnike.

Od leta 1997 do 2006 je strokovna sekcija pripravila strokovna srečanja na katerih so bile predstavljene različne teme:

- leto 1997; Zbornik predavanj (tema miokardni infarkt);
- leto 1998; Srčno popuščanje, Medicinska sestra v invazivni srčni dejavnosti;
- leto 1999; Zdravstvena nega bolnika s periferno arterijsko okluzivno boleznijo, Motnje srčnega ritma;
- leto 2000; Sodobni pristop k zdravstveni negi kardiološkega bolnika, Srčni spodbujevalniki;
- leto 2001; Vnetni procesi na srcu;
- leto 2002; Preventiva koronarne bolezni, Poklicna in osebna rast medicinske sestre ob kardiološkem bolniku;
- leto 2003; Venska tromboza in pljučna embolija, Prirojene srčne napake;
- leto 2004; Medicinska sestra ob bolniku s srčnim popuščanjem, Novosti pri zdravljenju pacienta z akutnim miokardnim infarktom;
- leto 2005; Novosti pri zdravljenju bolnikov z motnjami srčnega ritma, Zdravstvena vzgoja srčno žilnih bolnikov;
- leto 2006; Varovanje zdravja - prehrana, telesna dejavnost in pozitivna samopodoba, Neinvazivne preiskave pri bolnikih z boleznimi srca in ožilja.

Za konec naj še dodam, da v strokovni sekciji dobro poznamo epidemiološke podatke za Slovenijo, Evropo in ostale države sveta, kjer so bolezni srca in ožilja, še vedno najpogostejši vzrok smrti in delovne invalidnosti. Izsledki raziskav po svetu, kakor tudi v Sloveniji kažejo, da tveganje življenjski slog pospešuje razvoj bolezni srca in ožilja. Glavne dejavnike tveganja kot so kajenje, nezdravo prehranjevanje, škodljivo uživanje alkohola, premajhen obseg telesne dejavnosti je mogoče preprečiti. Za preprečevanje, zmanjševanje in odpravljanje omenjenih in ostalih dejavnikov tveganja je zelo pomembno sodelovanje in povezovanje med vsemi tremi ravnmi zdravstvenega varstva. Potrebno je interdisciplinarno timsko delo, ki omogoča celostno obravnavo bolnikov / varovancev in njihovih svojcev. Zato smo si v strokovni sekciji zastavili cilj,

da slovenskim medicinskim sestram, zdravstvenim tehnikom in študentom zdravstvene nege zagotovimo vseživljenjsko strokovno izpopolnjevanje s področja kardiologije in angiologije. Vse omenjene želimo permanentno seznanjati s teoretičnimi novostmi na področju kardiologije in angiologije ter jih naučiti tudi vseh novih spretnosti in veščin, ki jih bodo potrebovali pri vsakdanjem delu z bolniki.

V strokovni sekciji zagovarjamo timsko delo, kjer enakovredno sodelujejo vsi člani tima, vsak član tima prevzema za svoje delo vso odgovornost, med njimi poteka odkrita komunikacija, sprejemljivi so za novosti, so notranje motivirani in so spoštljivi drug do drugega. Prav zaradi tega skušamo organizirati strokovna srečanja na katerih sodelujejo strokovnjaki iz različnih strokovnih področij: medicinske sestre, zdravniki, fizioterapevti, nutricionisti, psihologi, pedagogi, andragogi, sanitarni inženirji, športni pedagogi idr.

**ZAHVALA vsem, ki ste v vseh teh letih delovanja strokovne sekcije podarili svoj prosti čas za sestavljanje pisanega mozaika novih znanj, izkušenj, veščin in spretnosti, ki jih potrebujemo za kakovostno obravnavo bolnikov z boleznimi srca in ožilja.**

*mag. Andreja Kvas*

## PROFESIONALIZEM IN ETIKA V SLUŽBI BOLNIKOV

*Lidija Marinč, viš. med. ses.,*

*Klinični center Ljubljana,*

*Klinični oddelek za kardiologijo, Katetrski laboratorij*

### IZVLEČEK

Zdravje je za vse skupine prebivalstva v Sloveniji ena najpomembnejših vrednot. Zdravstveni delavci se moramo truditi za profesionalen odnos do bolnikov in sodelavcev. V sestavku bom poskušala odgovoriti na vprašanje, kakšni so profesionalni odnosi v zdravstvu in na kaj se v tem odnosu nanaša profesionalna etika.

**Ključne besede:** profesionalizem, etika, bolnik, znanje, multidisciplinarni tim

### UVOD

Zdravje je za vse skupine prebivalstva v Sloveniji ena najpomembnejših vrednot. Ljudje se zavedajo pravic, ki jim jih kot bolnikom nudi zakonodaja, lažje pridejo do informacij, ki jih potrebujejo, nenazadnje lahko dostopajo do zdravstvenih uslug, ki jim jih omogoča sodobna informacijsko-komunikacijska tehnologija. Zaradi vseh teh in še drugih dejavnikov je javnost vedno bolj zdravstveno prosvetljena in se pogosto kritično obrača na nosilce sistema zdravstvenega zavarovanja, to je na zdravstvene delavce.

Ljudje z vso pravico pričakujejo, da bodo v bolnišnici deležni profesionalne obravnave, ki bo omogočila čim boljše rešitev zdravstvenega problema v optimalnem času. Bojijo se neznanega, saj niso vedno dovolj seznanjeni s svojo boleznijo in potekom zdravljenja. Žal so velikokrat razočarani nad površnim in ravnodušnim odnosom zdravstvenega osebja. Situacija, v kateri se znajdejo v bolnišnici, se dostikrat razlikuje od njihovih pričakovanj.

### Splošno o etiki, morali, profesionalizmu

Profesija je v dobrednem pomenu poklic, ki zahteva specializirano znanje, do katerega pogosto vodi dolga in intenzivna pot, ki vsebuje izpopolnjevanje v veščinah in metodah. V sociološkem smislu profesija ne pomeni katerega koli poklica in opravljanje katerega koli dela. Delo, ki ga opravljajo profesionalci, je ekskluzivno, kompleksno in s posebnim pooblastilom. Zahteva teoretično znanje, spretnosti in presojo, ki je običajni ljudje nimajo. Delo profesionalcev je pomembno za posameznike in družbo v celoti in ga ni mogoče povsem poplačati z denarjem. Gre tudi za dobro delo.

Poslovna etika je način, mehanizem koordinacije, ki se pojavi in je dobrodošla takrat, ko so odsotni drugi načini regulacije, ko se trg razširi tudi na področje, katerega delovanje je nekoč uravnavala država. Tako se je zgodilo, da je v 80. letih trg začel dominirati tudi v sferah socialnega varstva, zdravstva. Država ni imela več moči, da bi blažila posledice tega, niti zanje ni hotela

odgovarjati, zato se je umaknila. Odsotnost regulacijskih mehanizmov kaže na določeno stopnjo anomalije. Poslovna etika je ena izmed reakcij na to, da pobesneli surovi materializem ne more biti edini odgovor na kaos in anomalijo, ki ju povzročajo državni manjki. Kriči po nekem načinu regulacije, ki bi prerazdelil tveganja. Skuša najti način, s katerim bi poiskali akterje, ki imajo moč, sposobnost in vire za rešitev. Poslovna etika postavlja pravila, ki so utemeljena v svobodni volji udeležencev in je predmet dialoga na relaciji podjetje–potrošniki–vlada–civilna družba–mediji. Gre za neko vrsto koordinacijskega mehanizma, ki deluje na osnovi svobodne volje, vrednotah, avtonomiji. Poslovna etika deluje kot zavedanje vzravnane etične drže. Ugled se družu s poštenjem, moralo ... Kjer ni morale, tudi ugleda ne more biti. Raziskave vedno znova potrjujejo, da ugled in poštenost podjetju prinašata dobiček. Lahko rečemo, da so družbeno odgovorna podjetja poštena podjetja. Na žalost pa vedno bolj drži tudi to, da so največji profiti tam, kjer je etika kršena (droga).

Vsak dan sprejemamo različne etične odločitve, ne da bi pri tem razmišljali, ali se odločamo na osnovi kakšnih posebnih teorij ali načel. Izhodišče vsake etike je tisto, čemur pravimo moralna drža človeka. V poslovnem svetu menedžerji presojujejo svoja dejanja po tem, kaj jim bodo le-ta prinesla, kar pomeni, da razmišljajo posledično. Z vidika teorij v poslovni etiki razmišljajo *utilitaristično*. Utilitarizem dominira med sistematičnimi pristopi v etiki in morali. V drugem, *deontološkem pristopu*, je etika utemeljena v kategorijah, kot sta dolžnost, pravičnost. Tu se etičnost ne ukvarja s posledicami; dolžnost je tisto temeljno načelo, ki določa etičnost dejanja. Pravičnost pa je kategorija, ki preseže utilitarizem. Od štirih temeljnih človeških vrlin, ki so preudarnost, zmernost, pogum in pravičnost, je slednja verjetno edina, ki je absolutno dobra (Comte–Sponville, 1995).

Človekovo doživljanje, vedenje in ravnanje imajo dva temeljna vrednostna in odgovornostna določevalca: moralo in etos (Pediček, 1996). Medtem ko etos vrednostno usmerja, oblikuje in določa individualno zavest, je morala »operater« ljudske skupinske zavesti. V zvezi z moralnim zakonom je treba najprej poudariti elementarno dejstvo, da ljudje živimo v družbi in da bi bilo družbeno sožitje nemogoče, če ne bi obstajala neka splošno obvezna pravila, dejanja in nehanja. Šele ta pravila nam omogočajo pravila našega ravnanja, ki seveda temeljijo na predvidevanju ravnanja in reagiranja drugih (Makarovič, 1996). Biti moralen pogosto pomeni, da človek živi v izraziti skladnosti z osebnimi načeli, ki jih je izoblikoval v življenju v skupnosti. To so pravila lepega vedenja, dobrega značaja, poštenja, pravičnosti ... V zgodovini je veljalo načelo, da so podjetniki amoralni ljudje. Tako mišljenje je zmotno. Koliko morale si lahko privoščijo v poslovanju, je stvar razmisleka in razprave. V poslovanju je dejanja težko utemeljevati z moralnimi argumenti. Le-ti so stvar zasebnega pogleda. Podjetniki v službi lahko moralo potisnejo ob stran in jo prihranijo za privatno življenje. Temeljno moralno načelo, po katerem se mora človek ravnati, je torej kultiviranje in izražanje svojega jaza, svoje neponovljive osebnosti, kakršne nikoli pred njim ni bilo in je ne bo nikoli za njim. Prav kratkost in minljivost človeške eksistence še tem bolj povečujeta njeno dragocenost (Makarovič, 1996).

### Profesionalizem in etika v zdravstvu

Povzeto po Healthcare Leadership Alliance (HLA, 1999) je profesionalizem zmožnost uskladitve osebnega in organizacijskega obnašanja z etičnimi in strokovnimi merili. Slednji vključujejo odgovornost do bolnikov in družbe, storitveno naravnost in obvezo vseživljenjskega izobraževanja in usposabljanja. Na ravni organizacije je profesionalnost ena najpomembnejših lastnosti, s katero zdravstvena ustanova uporabnikom zdravstvenih storitev sporoča, da je skrb za njihovo zdravje v najboljših rokah.

### Profesionalno delo v zdravstvu ima tri osnovne elemente:

#### - Vzdrževanje zaupnega odnosa s strankami

V zdravstveni organizaciji so to bolniki. V bolnišničnem življenju se je potrebno vsak dan sproti truditi za ustvarjanje profesionalnih odnosov med bolniki in osebjem, pa tudi med osebjem samim. Z bolniki se je potrebno konstruktivno sporazumevati in jim dopustiti, da sodelujejo pri zdravljenju. Etično je, da bolnik sodeluje pri zdravljenju kot enakovreden partner, hkrati pa je to obvezni del profesionalnega odnosa zdravstvenega osebja do bolnikov.

S tem izboljšamo komunikacijo med zdravstvenimi delavci in bolniki ter omogočimo, da se vzpostavi empatija in pristen odnos med njimi. V odnosu zdravnik – bolnik je za zdravnika zakonsko in etično obvezujoče, da za zdravljenje pridobi bolnikovo privolitve in je dolžan bolnika zdraviti v skladu z najboljšo prakso in v bolnikovo dobro (British Medical Association, 1980).

#### - Skrb za zgledne medsebojne odnose, ki temeljijo na zaupanju

Pri kritiki neprofesionalnega dela z bolniki ne gre prezreti dejstva, da je vedno bolj prisotna pomanjkljiva komunikacija med člani zdravstvenega tima, čeprav imajo pri svojem delu skupni cilj, zdravljenje bolnika na najboljši možen način. Delo v zdravstvu je profesionalno, kadar omogoča ustvarjanje in negovanje dobrih odnosov s sodelavci. To je eden ključnih elementov profesionalnosti, kamor gotovo spada tudi vzdrževanje kolegalnih odnosov in sodelovanje v strokovnih združenjih.

#### - Privrženost posebno pomembnemu znanju in spretnostim

Več ko človek v svojem poklicu zna, bolj smiselno ga lahko opravlja. Fenomenološko znanje je znanje o stvareh, ki so povezane z njegovim poklicem, metodično pa je znanje o delovnih postopkih za opravljanje poklicnega dela. Z vidika profesionalne etike je osnovna strokovnjakova dolžnost prizadevanje za čim bolj poglobljeno strokovno znanje in čim bolj kakovostne delovne pripomočke.

Medicina je profesija z veliko stopnjo avtonomije, zdravniki pa so profesionalci, od katerih jih je veliko prepričanih, da svoje delo lahko odlično opravijo neodvisno in samostojno. Tudi medicinske sestre si prizadevamo napraviti iz zdravstvene nege profesijo. Kaj pa bolniki? Tu se pričanja razhajanje med dvema dejavnostima, ki sta lahko uspešni le, če delujeta skupaj. Težko bi se na tem mestu opredelila glede zdravstvene nege. Včasih se sprašujem, kam vodi pretirano stremljenje po pridobivanju akademskih nazivov v zdravstveni negi. Pogrešam namreč uporabno znanje, s katerim bi uspešno poskrbeli za »naraščaj« v zdravstvenih šolah, pogrešam več komunikacije v praksi in se bojim prenasičenosti s teorijo. Za nadzor nad profesijo bi bilo potrebno izoblikovati takšen sistem, ki ne bi podpiral prizadevanj za čezmerno povečevanje prihodka, ampak bi nagrajeval tiste, ki si prizadevajo za dobro delo in korist drugih. To je »socialni kapital« profesionalizma (Freidson 1994). Brez sistema, ki pospešuje zavzetost, bodo ljudje vedno iskali bližnjice, se izogibali odgovornostim in zlorabljali sistem. Profesionalizem je torej treba obvarovati pred samim seboj, pred pretiranim iskanjem materialne stimulacije in tekmovalnostjo, kot tudi pred pretirano birokratizacijo. Materialne koristi nas med bolnišničnimi zidovi ne bi smele zapeljati.

### Učenje etike in profesionalizma

Bistvo profesionalizma je treba poučevati na vseh ravneh medicinske vzgoje in študija. Danes se profesija oblikuje iz kulturnih, narodnostnih in ekonomskih okolij. Med šolanjem in študijem bi morale medicinske šole, učne bolnišnice in ustanove za medicinsko izobraževanje profesionalizem poučevati kot posebej definiran predmet. Pouk medicinske deontologije in

profesionalne etike je smotrno. To je med drugim odvratanje medicinskega osebja od usmeritve, da je medicina le tehnologija in znanost, ni pa umetnost.

Etike se da tudi naučiti. Po vključitvi predmeta etika v enega najmodernejših učnih načrtov Univerze v Glasgowu je bila narejena raziskava. Njen namen je bil prikazati vpliv integriranega učnega načrta, v katerem imata pri soočanju študentov z etičnimi dilemami svojo vlogo tudi etika in zakonodaja. Rezultati raziskave so vplivali na nadaljnje planiranje učenja etike na Univerzi v Glasgowu. Nov učni proces je imel največji vpliv na študente v prvem letu in se je kazal v njihovem etičnem vedenju. Pokazalo se je tudi, da je učenje etike učinkovitejše v manjših skupinah in da bi morali etiko vrednotiti kot velik prispevek k profesionalizmu.

## SKLEP

Zanimivo je, da bolj ko kakšne stvari primanjkuje, več se o njej govori in piše. O profesionalizmu in etiki se nikoli ni govorilo toliko kot v zadnjem času.

Profesionalizem pri zdravstvenem osebju vključuje skrb za vzdrževanje in izpopolnjevanje lastnega znanja, spretnosti, obveščenosti, pripravljenost in sposobnost delovanja v multidisciplinarnem timu ter pristni etični interes za posameznega bolnika ob upoštevanju principov enakosti in pravičnosti v celotni družbi. Interes za bolnike mora prevladati nad lastnimi interesi. Ker je medicina v osnovi moralno podjetje, morajo biti profesionalne organizacije in združenja zgrajeni na čvrstih etičnih osnovah. Danes je ekonomski vpliv na profesionalna združenja prevladujoč in napetosti med lastno koristnostjo in etičnimi principi so večje kot v preteklosti. Združenja v zdravstvu pa bi morala biti privržena predvsem dobrobiti bolnega, tudi na račun skupinskega ponosa in dobička.

## UPORABLJENA IN PRIPOROČENA LITERATURA

1. Comte – Sponville A. *Mala razprava o velikih vrlinah*. Ljubljana: Vale-Novak, 1995.
2. Dent M, Burtney E. *Managerialism and professionalism in general practice: teamwork and the art of »pulling together«*. *Health Manpower Management* 1996; 22: 13-10.
3. Drinovec J. *Profesionalizem in zdravnik*. *Zdrav Vestn* 2002; 71: 751-6.
4. Goldie J et al. *The impact of a modern medical curriculum on students' proposed behaviour on meeting ethical dilemmas*. *Blackwell Publishing Ltd Medical education* 2004; 38: 942-7.
5. Harrison S, McDonald R. *Science, consumerism and bureaucracy: New legitimations of medical professionalism*. *The International Journal of Public Sector Management* 2003; 16 (2): 110-11.
6. McGhee G. *Professionalization and the health promotion officer*. *Health Education* 1995; 5: 26-6.
7. Mesner-Andoljšek D. *Zapiski s predavanj »Poslovna etika«*. Ljubljana: Univerza Fakulteta za družbene vede, 2005.
8. Miles SH. *On a New Charter to Defend Medical Professionalism: Whose Profession Is It Anyway?* *Hastings Center Report* May-June, 2002: 46-3.
9. Toplak L. *Profesionalna etika pri delu z ljudmi*. Ljubljana: Univerza Ljubljana, Inštitut Antona Trstenjaka, 1996.

## POMEN ZAGOTAVLJANJA VARNOSTI V ZDRAVSTVENEM VARSTVU\*

Tanja Kukovec, dipl. m. s.,

Splošna bolnišnica Murska Sobota, Interni oddelek

E-pošta: tanja.kukovec@yahoo.com

### IZVLEČEK

Dostop do kakovostne zdravstvene oskrbe je osnovna človekova pravica, ki jo priznavajo in spoštujejo Evropska unija, vse njene institucije in državljani Evrope. Prebivalci Republike Slovenije imajo pravico do varne, primerne in kakovostne zdravstvene obravnave. Zaradi mobilnosti pacientov v Evropski uniji (EU) so vsi državljani članic držav EU upravičeni do primerljive kakovosti v zdravstvu. Zaupanje ljudi v zdravstveni sistem temelji na zagotavljanju kakovostne in varne zdravstvene obravnave.

**Gljučne besede:** zdravstvena nega, varnost, kakovost, pacient, zdravstveno varstvo, neželeni dogodki.

### ABSTRACT

Access to quality health care is one of the basic human rights recognized and confirmed by European Union, all its Institutions and European citizens. Citizens of the Republic of Slovenia have a right to safe, appropriate and high quality health care. Because of the mobility of patients across the European Union, all European citizens are entitled to comparable quality in health care. People's trust in the public health system is founded on the provision of safe and high quality health care.

**Keywords:** nursing, safety, quality, patient, health care system, sentinel events.

### UVOD

Zdravstvena dejavnost je področje z visokim tveganjem zaradi neželenih dogodkov, ki ne nastanejo zaradi same bolezni, ampak kot posledica procesa zdravljenja, kar lahko pripelje do smrti, hudih okvar, zapletov in bolnikovega trpljenja.

Zdravstvena oskrba je zelo kompleksna in večkrat poteka v okolju, ki je pod časovnim pritiskom in uporablja raznovrstno tehnologijo. Zdravstveni delavci in sodelavci vsak dan sprejemajo odločitve in presoje. V takem okolju lahko gredo stvari narobe. Med zdravljenjem nastaja nenamerna škoda za pacienta kot posledica kliničnih odločitev. Varnost pacientov se v zadnjem

\* Članek je bil objavljen v Zborniku predavanj in posterjev 6. kongresa zdravstvene in babiške nege: Zdravstvena in babiška nega – kakovostna, učinkovita in varna, ki ga je izdala Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije leta 2007 in ga nespremenjeno objavljamo z dovoljenjem avtorice in Zbornice – Zveze.

času osredotoča na težave, ki nastanejo v sistemih ali procesih in ne na posameznikih, ki v njih delajo. Še vedno se premalo zavedamo težav pri varnosti pacientov in varnostnih zapletih oz. neželenih dogodkih. V Evropski Uniji je varnost pacientov visoko na prioritetnem seznamu.

### Pacientova varnost

Glede na pridobljene rezultate in zbrane dokaze, dela številnih akterjev in inštitucij s tega področja je sedaj postalo jasno, da je prvi korak na poti k izgradnji pacientove varnosti uveljavitev t.i. kulture pacientove varnosti v celotnem zdravstvenem sistemu. Kot vsakdanje orodje pri delu v celotnem zdravstvenem sektorju bo treba uvesti krizni management. Predpogoj za njegovo uvedbo predstavlja odprtost in zaupanja vredno delovno okolje, katerega kultura temelji na učenju iz morebitnih napak in škodljivih primerov ter ne temelji na iskanju »krivde in sramote« ter posledičnega kaznovanja.

### Priporočila luksemburške deklaracije:

- pospešijo sodelovanje med strokovnjaki v zdravstvu in izvajalci, da bi povečali varnost bolnikov;
- izvajajo projekte na delovnih mestih, ki so osredotočeni na varnost bolnikov in uvedejo odprtost kulturo, ki bo uspešno obravnavala napake in škodljive opustitve pri delu;
- vpeljejo sodelovanje med bolniki/njihovimi svojci in strokovnjaki zaradi osveščanja bolnikov/njihovih svojcev o možnih neželenih dogodkih (Robida, 2006).

### Varnost pacienta je sestavni del odgovornosti

Zavedati se moramo, da je kakovost potovanja in ne cilj ter, da tudi po uvedbi sistema upravljanja celovite kakovosti/nenehnega izboljševanja kakovosti ne smemo zaspiti, ker mora kakovost postati del našega poklicnega delovanja kot so: preprečevanje, diagnostika, zdravljenje, rehabilitacija in krepitev zdravja in tudi zato, ker se sami sistemi kot so npr. akreditacija in standardi ISO, prilagajajo novim spoznanjem.

Čeprav je varnost pacientov sestavni del kakovosti, ji je treba posvetiti posebno pozornost. V Sloveniji smo leta 2002 začeli prostovoljno poročati o opozorilnih nevarnih dogodkih, tj. najhujših zdravstvenih napakah. Odziv je bil slab, kar kaže predvsem na našo kulturo delovanja. Tudi na tem področju se v razvitih državah in Evropski Uniji dogajajo spremembe, ki se jim v Sloveniji ne bo moč izogniti (Gottrup, 2000).

### SKLEP

Večina težav se pojavi zaradi načina dela in ne zaradi osebj, ki delo opravlja. Tovrstni sistemski problemi povečajo tveganje, da bo šlo kaj narobe. Toda zdravstvena obravnava postaja vsak dan zapletena in sredstva niso neskončna. Le manjša napaka na enem področju ima lahko obsežne posledice na drugem. Stvari gredo lahko narobe, lahko pride do napak in nesreč. Včasih se stvari ne izidejo tako, kot pričakujete.

Sisteme in procese zdravstvene obravnave je treba izboljšati tako, da bi bili problemi že od samega začetka manj pogosti. Če pa do njih pride, jih moramo hitro prepoznati in jih odpraviti, preden bolnikom povzročijo škodo. »Orodja za spremembe« je potrebno narediti dostopna.

### UPORABLJENA IN PRIPOROČENA LITERATURA

1. Gottrup F. *Prevention of surgical-wound infections, The New England Journal of Medicine, 2000; 342: 2002-3.*
2. Kukovec T. *Zagotavljanje varnosti. V: Zbornik predavanj 5. golniškega simpozija za medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Golnik, Brdo pri Kranju, 13.-14. oktober 2006. Golnik: Bolnišnica Golnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 2006: 25-6.*
3. *Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika. Presidence luxembourgeoise du Conseil de l'Union europeenne, European Commission DG health and Consumer Protection, Luksemburg, 5.april 2005.*
4. Pittet D. *The Lowbury lecture: behaviour in infections control, Journal of Hospital infection, 2004; 58: 1-13.*
5. Robida A. *Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2006.*
6. <http://www.mz.gov.si>, november 2006.

## VPLIV STROKOVNEGA NADZORA NA IZBOLJŠANJE VARNOSTI BOLNIKA

*dr. Saša Kadivec, prof. zdr. vzg.,  
Bolnišnica Golnik Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergije  
E – pošta: sasa.kadivec@klinika-golnik.si*

### IZVLEČEK

Članek prikazuje način zagotavljanja varnosti in kakovosti zdravstvene oskrbe bolnika s pomočjo strokovnega nadzora. Prvi del članka opisuje sistem izboljšanja kakovosti in program managementa tveganja. Bistvo vgraditve sistema spremljanja neugodnih dogodkov je v preprečevanju novih pojavov in slabih izidov v zdravstveni negi.

Drugi del članka prikazuje orodje za izboljševanje učinkovitosti sistema vodenja kakovosti z uporabo politike kakovosti, rezultatov presoj, analiz podatkov in korektivnih in preventivnih ukrepov. Gre za izvajanje strokovnega nadzora. Pri ohranjanju naše usmeritve v varno in kakovostno skrb za bolnika je ustrezna pot spremljanje kazalnikov ter združevanje čim širšega kroga zaposlenih, ki sodelujejo pri izvajanju procesov.

**Ključne besede:** kakovost zdravstvene nege, management tveganja, standard, strokovni nadzor

### UVOD

Kakovost je pomembna kot središče za izboljševanje izdelkov ali storitev in kot strategija marketinga in metoda nadzora stroškov. Kakovost se nanaša na izdelke, na ljudi ali na značilnosti. To so večkrat pojmi, ki so nevtralni, toda v splošnem gre vedno za neko sodbo vrednotenja, v povezavi s kakovostjo. Ko slišimo, da nekaj ali nekdo ima »kakovost«, je to vedno mišljeno v pozitivnem smislu. Vendar Philip B. Crosby (Crosby, 1980 cit. po Marr, Giebing, 1994) meni: »Prva napačna postavka je, da kakovost pomeni odličnost, luksuz, sijaj ali težo...».

Tradicionalni sistem kakovosti ima za cilj minimiziranje negativne kakovosti (slabe storitve, izdelki). Za takšen sistem je najboljša, kar lahko dobimo, da ni nič narobe »nothing wrong«, kar pa ni isto, kot da je vse dobro »anything right« (Mazur, 1995).

Pregovor »motiti se je človeško« velja v vsakdanjem življenju, v medicini, in tudi v zdravstveni negi in ga moramo imeti v mislih, ko se srečujemo z odkloni od pričakovanega načina dela in od pričakovanih izidov. Ker taki dogodki niso vsakdanji, jih imenujemo izjemni dogodki. Da s svojo dejavnostjo ne smemo povzročati škode bolniku, je načelo, ki ga moramo imeti ves čas v mislih. Pri delu se moramo navaditi shajati s tveganji, ki jih zdravstvo in zdravstvena nega prinašata, zato se mora vsak od nas zavedati svojih možnih posledic in pri delu uporabljati strokovna spoznanja, smernice in načela izboljševanja kakovosti.

## Kakovost v zdravstveni negi

Tradicionalna miselnost zagovarja, da je kakovost dela v zdravstveni negi povezana z osebnostnimi lastnostmi medicinske sestre. Tako je bila dobra tista medicinska sestra, ki je bila pokorna, ubogljiva, potrpežljiva in ustrezljiva.

Vendar obstajajo informacije, ki so pogosto spregledane v razpravah o kakovosti v zdravstveni negi. To so zahteve o izvedbi zdravstvene nege in predhodno postavljenih kriterijev. Florence Nightingale v knjigi: *What it is and What it is not* (Nightingale, 1859 cit. po Kitson, Giebing, 1990) opredeljuje področja v zdravstveni negi, ki so morala biti izvajana na sistematičen način.

Florence Nightingale je v času krimske vojne uvedla kontrolo okužb in na ta način zmanjšala umrljivost vojakov od 32 odstotkov na 2 odstotka. Razvoj v zdravstveni negi pokaže, da je bil v štiridesetih letih prejšnjega stoletja poudarek kakovosti bolj na procesu in strukturi kot na izidih. V šestdesetih letih je zdravstvena nega temeljila na metodah ocene procesa. Deset let kasneje je American Nurses' Association začela z oblikovanjem standardov, spet z večjim poudarkom na strukturi in procesih. Američani so razvili model zagotavljanja kakovosti, s katerim so začeli postavljati kriterije merjenja kakovosti in spremljati učinkovitost zdravstvene nege. Model omogoča vrednotenje izidov v oceni in izboljševanje kakovosti zdravstvene nege. Po letu 1970 je začela množiti literatura o zagotavljanju kakovosti.

Današnja vizija kakovosti zdravstvene nege temelji na teoriji zdravstvene nege in je usmerjena k doseganju najboljših izidov pri varovancu, ki jih tudi meri. Zdravstveni sistem lahko vrednotijo zdravniki, medicinske sestre, ostali zdravstveni delavci in sodelavci, bolniki, potencialni bolniki in njihovi svojci. Vrednotenje temelji na lastnih izkušnjah in pričakovanjih, na splošnih načelih, vrednotah in mnenju o kakovosti zdravstvenega varstva.

Če zdravstvo ocenjujemo zdravstveni delavci, si bomo mnenja o kakovosti ustvarili pod vplivom svojih profesionalnih prepričanj, vrednot, etičnih zahtev, in uvedenih profesionalnih standardov. Za primer Maxwell (Maxwell, 1984 cit. po Kitson, Giebing, 1990) definira kakovost zdravstvenega varstva z oceno 6 elementov: sprejemljivost, dostopnost, primernost, učinkovitost, ekonomska učinkovitost in enakost.

Najpogostejša in najpomembnejša načela, ki vodijo profesionalno vedenje v zdravstvu in zdravstveni negi, so: spoštovanje zakonov (zakon o zdravstveni dejavnosti), kodeksa etike, procesi ocenjevanja in zagotavljanja kakovosti, odnosi med zaposlenimi in tudi urejanje na finančnem področju (Gaucher, Coffey, 1990). Glavna etična načela za področje zdravstvene nege so opredeljena v kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov vsake države posebej (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 1994).

Šesto načelo Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije pravi, da mora delovanje medicinskih sester temeljiti izključno na odločitvah v korist varovanca (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 1994). V tem načelu so izpostavljene vodstvene medicinske sestre, ki nosijo posebno odgovornost, ki izhaja iz skrbi za sedanje in bodoče varovance. Dolžne so vzpostaviti tak sistem organizacije, ki bo omogočal čim višjo kakovost dela ter ščitil varovanca pred nestrokovno, neetično in samovoljno dejavnostjo članov službe zdravstvene nege.

Zdravstveno nego lahko tako kot širše zdravstveno oskrbo delimo na tri dele:

1. pogoje dela, v katerih zdravstvena nega poteka (številčnost in strokovnost kadra, oprema, prostor);
2. postopke zdravstvene nege (aktivnosti zdravstvene nege);

3. izide zdravstvene nege (stopnja nastanka razjed zaradi pritiska).

Seveda se vsi trije deli zdravstvene nege med seboj tesno prepletajo. Kadar ocenjujemo ustreznost izvedenih postopkov, se naša ocena nanaša na izvajanje ukrepov v ustreznih pogojih, zato je tudi te treba ugotoviti. Vsak odklon od pričakovanega načina izvedbe negovalnega postopka je odstopanje. Pričakovani način zdravstvene nege je tisti, ki ga določajo veljavna strokovna spoznanja, ki jih združimo v negovalnih standardih in smernicah (Gaucher, Coffey, 1990; Stamatis, 1996).

Cilj našega delovanja v zdravstveni negi je varno delo in kakovostna obravnava bolnikov. Lahko rečemo, da je pravilna zdravstvena oskrba tista, pri kateri so bili pravočasno opravljeni pravi ukrepi pri pravem bolniku na pravi način. Vse drugo je odklon od pravilne zdravstvene oskrbe (Kersnik, 2002).

Odstopanja lahko privedejo do slabših izidov od pričakovanih in pri tem povzročijo škodo bolniku. Kadar pride do neugodnega izida, je pomembno identificirati posamezne faze negovalnega postopka in jih primerjati z ukrepi, ki jih predvideva stroka (negovalni standard, smernica, protokol). V primeru vzročne povezanosti neugodnega izida zaradi očitnega odstopanja od pravil stroke govorimo o zdravstveni napaki. Pri napaki torej ne gre za vsak odklon od norm, ki jih določa stroka, temveč za tista dejanja, ki bolniku povzročijo bistveno škodo na zdravju ali premoženju in je v zakonu zaradi načina izvršitve opredeljeno kot napaka (Kersnik, 2002).

## Management tveganja (angl.: risk management)

Vsi zdravstveni delavci se moramo izogibati tveganja, kjer je le mogoče. To nam bo precej olajšano, kadar zagotovimo redne povratne informacije in imamo določen način izvajanja postopkov.

Že leta medicinske sestre nadzorujejo padce bolnika in spremljajo pojavnost preležanin in razvijajo strategijo, da bi jih preprečile. Študijam, v katerih spremljamo pojavnost padcev in preležanin, navadno sledi priporočilo za preprečevanje njihovega nastanka (Miller, 1992).

Management tveganja je program, namenjen ugotavljanju, vrednotenju in izvajanju potrebnih ukrepov, z namenom preprečiti možno tveganje, ki vodi v poškodbo bolnika, zaposlenega ali obiskovalca. Prvotno je bil management tveganja usmerjen v napake, informirana soglasja bolnikov na preiskave in pravico zavrniti zdravljenje. Danes je management tveganja orientiran problemsko in mora biti vključen v splošen program stalnega izboljševanja kakovosti.

## Program managementa tveganja

Pri managementu tveganja gre za načrtovan program preventive in kontrole odgovornosti. Namen je ugotoviti, analizirati in vrednotiti tveganja ter jih potem razviti v načrt za zmanjševanje pogostnosti in resnosti poškodb in nesreč. Gre za program ugotavljanja, izobraževanja in preventive. Proces managementa tveganja vključuje vse oddelke in enote v zdravstveni organizaciji. Program mora biti zasnovan široko, s podporo najvišjega managementa, ki zagotovi potrebne vire in pomaga uvajati program. Management tveganja vsebuje naslednje aktivnosti:

- Ugotavljanje možnih tveganj za nesreče, poškodbe ali ekonomsko škodo. Formalna in neformalna komunikacija z vsemi oddelki so glavni za ugotavljanje problemskih področij.
- Ocena in pregled obstoječega sistema strokovnega nadzora (ki vključuje poročila nesreč, strokovnih nadzorov, ustne pritožbe, spremljanje bolnikovega zadovoljstva), vrednotenje izvršenega in določanje dodatnih sistemov za zagotavljanje dejanskih podatkov, ki so potrebni za kontrolo managementa tveganja.

- Analiza pogostnosti, resnosti in vzrokov neugodnih dogodkov. Da lahko načrtujemo strategijo managementa tveganja, je potrebno oceniti možno izgubo povezano z različnimi tipi dogodkov.
- Ocena varnosti in tveganja med izvajanjem negovalnih postopkov in novih programov.
- Poznavanje zakonov, ki so v povezavi z varnostjo, soglasjem in oskrbo.
- Odstranitev ali zmanjšanje tveganja kot ga je le mogoče.
- Ocena dela ostalih timov / komisij, da bi določili odgovornosti in priporočila za preprečevanje njihovega nastanka. Primeri so: tim za bolnišnične okužbe, tim za kakovost in tim za management tveganja.
- Vrednotenje rezultatov programa managementa tveganja.
- Zagotavljanje obdobjih poročil.

### Vloga medicinskih sester v programu managementa tveganja

Prisotnost medicinske sestre v timu za management tveganja je za uspeh programa zelo pomembna. V zdravstveni negi so področja z visokim tveganjem: napake pri razdeljevanju zdravil, zapleti, ki nastanejo pri diagnostično terapevtskih postopkih, padci, nezadovoljstvo bolnika ali družine ipd.

Poročila za registracijo dogodkov služijo kot dokumentacija dogodkov. Ocenjujejo, da je za vsako poročilo o dogodku 35 neregistriranih dogodkov (Miller, 1992). Če je poročilo napačno, neustrezno ali prezrto, bo zdravstvena organizacija na morebitne sodne postopke prišla brez ustreznih dokazov in imela več možnosti, da izgubi primer.

Glavna medicinska sestra igra pomembno vlogo v uspešnosti programa managementa tveganja. Je oseba, ki lahko zmanjša tveganje za dogodek z usmerjanjem medicinskih sester, da pri delu upoštevajo smernice in standarde zdravstvene nege. Razumevanje pomena bolezni in situacije na način, kot jo doživlja bolnik in njegova družina, bo medicinski sestri omogočal individualen odnos do bolnika. Takšen odnos omogoča spoštovanje in posledično zmanjšuje tveganja.

Glavna medicinska sestra ima nalogo pospeševati vedenja, ki bodo nastale dogodke, ki se zgodijo, predstavile kot priložnost za izboljšanje sistema ali procesa, ne pa za kaznovanje posameznika.

### Sistem vodenja kakovosti v Bolnišnici Golnik Kliničnem oddelku za pljučne bolezni in alergije Golnik

Sistem vodenja kakovosti ISO 9001:2000 uvajajo organizacije, ki si želijo nenehno izboljševati učinkovitost sistema vodenja kakovosti. Prevzem sistema vodenja kakovosti v Bolnišnici Golnik Kliničnem oddelku za pljučne bolezni in alergijo (KOPA) je bila strateška odločitev. Temelj je bil postavljen z dokumentom, ki opisuje sistem vodenja kakovosti celotne Bolnišnice Golnik: »POSLOVNIK VODENJA«.

Standard ISO 9001:2000 pravi, da mora organizacija nenehno izboljševati učinkovitost sistema vodenja kakovosti z uporabo politike kakovosti, ciljev kakovosti, rezultatov presoj, analiz podatkov, korektivnih in preventivnih ukrepov in vodstvenega pregleda (Arnetz, 1999; Belbin, 1981; Belbin, 1993; Gaucher, Coffey, 1993; Donabedian, 1985). ISO 9000:2001 nudi povzetek izkušenj in dobrih praks najboljših, vodilnih v svetu in omogoča integracijo z drugimi sistemi vodenja in vključitev specifičnih zahtev za različne dejavnosti znotraj zdravstva (ISO 9001, ISO 15189).

Vzrokov za vpeljavo sistema vodenja kakovosti je več (Brook, 1998; Bull, 1992; Gaucher, Coffey, 1990; Hammer, Champy, 1993).

- Zdravstvo je zelo kompleksna dejavnost, zato je potrebno sodelovanje številnih različnih zdravstvenih strokovnjakov (diagnostika in zdravljenje, zdravstvena nega, medicinski laboratoriji, zdravstvena administracija, ...).
- Bolnik je vključen v proces, zato je stalna medsebojna povezanost izvajalcev in bolnikov.
- Bolnik ima malo znanja o strokovnih vidikih storitev, ki jih prejema.

V skladu z uveljavljenimi prizadevanji KOPA Golnik po učinkoviti in prijazni bolnišnici smo se odločili svoje poslovanje uskladiti z zahtevami standarda ISO 9001:2000. Certifikat smo prejeli za področje diagnostike, zdravljenja, zdravstvene nege, raziskovanja in razvoja, respiratorne rehabilitacije, dejavnosti diagnostičnih enot in medicinskih laboratorijev ter dodiplomskega in podiplomskega izobraževanja na področju pljučnih bolezni in alergij.

KOPA Golnik je tako postala prva bolnišnica v slovenskem prostoru, ki za celotno bolnišnično dejavnost izpolnjuje kriterije, ki jih zahteva omenjeni standard. V KOPA Golnik spremljamo kakovost zdravstvene nege na sistematičen način že od leta 1997. V ta namen smo razvijali negovalno dokumentacijo, oblikovali standarde kakovosti in izvajali meritve kakovosti. V nadaljnjih letih smo standarde kakovosti dopolnili s kazalniki kakovosti, katere redno spremljamo po načrtu. V projekte skušamo vključevati čim več sodelavcev. Tako so znani naši krožki kakovosti, s katerimi v spremembo vključimo sodelavce na vseh oddelkih.

Leta 2006 smo pričeli izvajati *strokovni nadzor*. Strokovni nadzor v zdravstveni negi izvajajo pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege, glavne medicinske sestre oddelkov, koordinatorke za kakovost ali izvajalci zdravstvene nege, ki jih pooblasti pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege.

V skladu s tem postopkom se pri notranjem strokovnem nadzoru preverja naslednje:

- Vsakodnevno delo na področju zdravstvene nege;
- Izvajanje standardov zdravstvene nege (ocena načrtovanja in realizacija zdravstvene nege);
- Izpolnjevanje dokumentacije zdravstvene nege in zdravstvene dokumentacije, (negovalna dokumentacija, temperaturni lista, klinične poti). Oцени se pravilna raba dokumentacije, izpolnjevanje, vrednotenje zapisov.
- Ocena varnosti bolnika.
  - Ocena nastalih preležanin. Ocenjujemo dnevno, tedensko ob negovalni viziti in po prejetem poročilu o mesečni pojavnosti preležanin.
  - Varnost bolnika. Ocenjujemo dnevno, tedensko ob strokovnem nadzoru in po prejetem poročilu o mesečnem pojavljanju padcev.
- Rezultati kazalnikov kakovosti oddelka / enote, (ocena izvedenih ukrepov, če kazalniki niso v mejah kakovosti).
  - Ocenjujemo dnevno in tedensko ob strokovnem nadzoru (npr. razkuževanje rok, nošenje mask, ...), ali po prejetem poročilu o merjenju kazalnikov kakovosti.
- Problemi in prednosti pri izvajanju programa kakovosti: ocenjujemo pregled nad ugotovitvami notranjega nadzora, sestankov, kolegijev, realizacijo ukrepov, spremljanja in sledenja.
- Priložnosti za izboljšave.



- Izvajanje aktivnosti, ki se redkeje izvajajo oz. so pomembnejši za spremljanje kazalnikov kakovosti ali finančnih kazalnikov.

Strokovni nadzor se izvaja v zdravstveni negi napovedano in nenapovedano kot negovalna vizita v skladu s planom nadzora. O opravljenem nadzoru se poda zapisnik. Številka zapisnika se vpiše tudi v plan nadzora. V primeru ugotovitve neustreznosti, se poda ustrezne korektivne ali preventivne ukrepe.

Strokovni nadzor delamo na petih ravneh:

1. raven izvaja vsaka dipl. m.s., ko dnevno vrednoti svoje delo na oddelku;
2. raven opravi organizacijska ali strokovna vodja enkrat na teden;
3. raven izvaja enkrat na dva meseca glavna medicinska sestra bolnišnice;
4. raven izvajata koordinatoriki za kakovost s spremljanjem kazalcev kakovosti po letnem planu;
5. raven opravi organizacijska ali strokovna vodja oddelka s spremljanjem preverjanja poznavanja standardov ZN.

Na osnovi ugotovitev strokovnega nadzora določimo korektivne in preventivne ukrepe. Korektivno in preventivno ukrepanje na področju zdravstvene nege primarno dokazujemo z zapisniki sestankov zdravstvene nege in oddelčnih sestankov. S tem pristopom zagotavljamo, da je sistem vodenja kakovosti način našega vsakodnevnega dela.

Pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege je odgovorna za:

- izdelavo plana notranjega nadzora;
- pravilno izvajanje in izpolnitev plana notranjega nadzora za tekoče leto.

Glavne medicinske sestre oddelkov ter ostalo osebje zdravstvene nege so odgovorni za:

- izvajanje korekcij, korektivnih in preventivnih ukrepov;
- upoštevanje ukrepov pri nadaljnjem delu, ki jih ne moremo obravnavati enako.

Kakovost lahko merimo tudi v storitvenih dejavnostih in tudi v tako kompleksnem sistemu, kot je zdravstvo. Oblikovanje kazalnikov<sup>1</sup> kakovosti je pridobilo veljavo v zadnjih letih. Kazalniki kakovosti so orodja, ki merijo uspešnost sistema. Kazalniki pomagajo spremljati, ocenjevati in izboljševati uspešnost delovanja posameznika, tima, oddelka, zdravstvene ustanove in zdravstvenega sistema.

Za ostale kazalnike kakovosti se bolnišnice odločajo glede na svoje področje delovanja in potrebe spremljanja procesov. Bolnišnice, ki imajo vzpostavljen sistem postavljanja standardov, kazalnikov kakovosti, imajo vzpostavljen sistem korektivnih in preventivnih ukrepov na dogovorjenih ravneh vodenja.

## SKLEP

Danes se ne sprašujemo več, ali uvajati sistem vodenja kakovosti v naša okolja ali ne? Sistem vodenja kakovosti ISO 9000:2001 nam pomaga, da ohranjamo našo usmeritev v uspešno, učinkovito, kakovostno in varno skrb za bolnika. Pri osredotočanju naše primarne skrbi na bolnika in njegovo družino skušamo spremljati kazalnike kakovosti ter združevati čim širši krog zaposlenih, ki sodelujejo pri izvajanju procesov. Eden od orodij je izvajanje strokovnega nadzora.

<sup>1</sup> Kazalnik kakovosti je merilno orodje, ki kaže na izide obravnave bolnikov in drugih uporabnikov in ga uporabljamo kot vodilo za spremljanje, ocenjevanje in izboljševanje kakovosti obravnave bolnikov, kliničnih storitev, podpornih dejavnosti in delovanja zavoda (Robida, 2004).

Standard ISO 9001:2000 nam zagotavlja optimalni tok dela in maksimalno izkoriščenost razpoložljivih virov.

## LITERATURA

1. Arnetz B. *Staff perception of the impact of health care transformation on quality of care. Int J Qual Health Care* 1999,11: 345 – 51.
2. Belbin M. *Management teams. Why they succeed or fail. Butterworth Heinemann, 1981.*
3. Belbin M. *Team roles at work. Butterworth Heinemann, 1993.*
4. Brook C. *Motivation for improvement in quality: personal and international perspectives. Int J Qual Health Care* 1998, 10: 469-72.
5. Bull M. *Quality Assurance: professional accountability via continuous quality improvement. In: Improving quality A guide to effective programs. Maryland: An Aspen publication, 1992.*
6. Donabedian A. *The methods and findings of quality assessment and monitoring: an illustrated analysis. Michigan: Health administration press, 1985.*
7. Gaucher E, Coffey R. *Total quality in healthcare. San Francisco: Jossey Bass Publishers, 1993.*
8. Gaucher E, Coffey R. *Transforming healthcare organizations. How to achieve and sustain organizational excellence. San Francisco: Jossey Bass Publishers, 1990.*
9. Hammer M, Champy J. *Reengineering the corporation: a manifesto for business revolution. New York: Harper Business, 1993.*
10. Kersnik J. *Zdravstvene napake. V: Zdravstvene napake/19. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2002:1-6.*
11. Kitson A, Giebing H. *Nursing quality assurance in practice: Utrecht: RCN / CBO publication Nr.264, 1990.*
12. *Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1994.*
13. Marr H, Giebing, H. *Quality Assurance in Nursing. British library Cataloguing in Publication Data. Edinburg: Campion Press, 1994.*
14. Mazur G. *Elicit service customer needs - Using software engineering tools. The seventh symposium on quality function deployment. Novi Michigan, June 11 – 13, 1995.*
15. Miller D. *Integrating quality assurance, risk management and utilization review: the quality resource, director's perspective V: Improving quality – a guide to effective programs. Maryland: An Aspen publication, 1992: 151-65.*
16. Ovreteit J, Aslaksen A. *The quality journeys of six norwegian hospitals. Oslo: The Norwegian medical association, 1999.*
17. Stamatis, DH. *Total quality management in healthcare. Chicago: Irwin professional publishing, 1999.*

# **VARNOST BOLNIKA SKOZI VAROVANJE NJEGOVIH PRAVIC, S Poudarkom NA VAROVANJU NJEGOVE ZASEBNOSTI IN PODATKOV**

*Darinka Klemenc, dipl. m. s.,  
Univerzitetni klinični center Ljubljana,  
darinka.klemenc@kclj.si*

## **IZVLEČEK**

Medicinske sestre, zdravstveni tehniki in babice (v nadaljevanju medicinske sestre) se pri svojem delu dnevno srečujemo s prizadevanji po izboljševanju kakovostne, učinkovite in varne zdravstvene obravnave, še posebej zdravstvene nege. Varna zdravstvena obravnava postaja eden od pomembnih dejavnikov, ki v razvitem svetu vplivajo na odločitve bolnikov, kateri zdravstveni zavod izbrati, ko zbolijo. Skozi prizmo kakovosti, varnosti in učinkovitosti lahko gledamo tudi na bolnikove pravice, pa naj gre za primarno, sekundarno ali terciarno zdravstveno obravnavo.

V prispevku je predstavljenih nekaj izhodišč, ki so podlaga za razumevanje zasebnosti v zdravstvu, vključujoč spoštovanje bolnikovih pravic. Opisani so ključni izrazi, navedeni nekateri zakonski in drugi akti, ki se nanašajo na to področje. Predstavljen je proces uvajanja varovanja osebnih in zdravstvenih podatkov o bolniku v javnem zavodu Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana in nekatere možnosti varovanja oziroma kršenja pravice do zasebnosti v zdravstvu. Navedeni so tudi splošni postopki varovanja bolnikove zasebnosti, kot sta vizualna in zvočna zasebnost. Tako kot bolniki smo tudi zdravstveni delavci v času zdravstvene obravnave občutljivi na varovanje svoje zasebnosti in podatkov in lastni zgledi ter izkušnje so nam lahko dodatno vodilo za naše profesionalno delo.

## **UVOD**

Zdravstveni delavci in sodelavci se pri svojem delu dnevno srečujemo z varovanjem bolnikovih pravic. Obstajajo številni pravni akti, različni sezname bolnikovih pravic, priporočila, konvencije, ki obravnavajo to področje in nas zavezujejo k izpolnjevanju zlasti zakonskih določil. Prav v času pisanja članka poteka v slovenskem parlamentu živahna razprava o Zakonu o pravicah pacientov, kjer smo aktivne tudi medicinske sestre.

Pri svojem delu zdravstveni delavci, medicinske sestre prav posebej, neposredno vstopamo v intimni svet posameznikov, družin, njihovih stisk, problemov, ki jih prinašajo različna bolezenska stanja, staranje, bolečine, tudi umiranje. Srečujemo se z vdorom v zasebnost, v najbolj intimna človekova področja; posegamo v telesno, psihično, socialno, duhovno, ekonomsko in drugo okolje posameznika, kjer smo ljudje najbolj ranljivi. Istočasno se srečujemo z množico različnih osebnih, zdravstvenih in drugih zaupnih podatkov, pisnega, slikovnega in drugega gradiva; vse to smo kot profesionalci dolžni varovati.

Strokovni, empatični pristop, vzpostavitev zaupanja, etični kodeksi, moralne norme, vsakodnevni procesi dela, ocenjevanje bolnikovih potreb in pristni medčloveški odnosi nam narekujejo spoštljiv odnos in upoštevanje slehernega bolnika, poklicno molčečnost in pravilno rokovanje z njegovimi podatki in pisnim gradivom tudi po njegovi smrti. Nenazadnje smo se dolžni enako etično obnašati tudi do svojih sodelavcev in drugih bližnjih in njihovih podatkov.

V ta namen smo pred časom v Univerzitetnem kliničnem centru (UKC) Ljubljana na pobudo medicinskih sester na informacijah v osrednji avli pričeli urejati jasna navodila, komu posredovati podatke o bolnikovem bivanju v zavodu, o njegovem zdravstvenem stanju in komu dovoliti obisk. Obstajal je Pravilnik o varovanju osebnih in drugih podatkov in dokumentiranega gradiva v Kliničnem centru Ljubljana, ki pa tedaj (leta 2002) v praksi še ni zaživel. Po nekajletnem uvajanju smo dosegli delno varovanje bolnikovih pravic na tem področju, kar je predvidoma pospešilo podobna ravnanja tudi v drugih javnih zdravstvenih zavodih po Sloveniji.

Različne možnosti varovanja bolnikove zasebnosti nam narekujejo tudi strokovne doktrine, standardi, protokoli, izkušnje in vsakodnevne situacije pri delu z bolniki. Med pomembnimi zadevami sta upoštevanje zvočne in vizualne zasebnosti, preprečevanje možnosti posredovanja in/ali zlorabe bolnikovih podatkov v komercialne ali druge namene. Prav tako je potrebno to upoštevati pri samih zdravstvenih delavcih in sodelavcih, ko ti postanejo bolniki (Klemenc in sod., 2004).

Bolniki z boleznimi srca in ožilja so, tako kot vsi drugi, občutljivi na področju varovanja zasebnosti in zaupnosti in lastne integritete. Omenjena obolenja lahko v določenih okoljih in kulturah pomenijo stigma, zlasti če so povezana z drugačnim zunanjim izgledom (npr. debelostjo), z drugačnim življenjskim slogom (npr. deloholizmom, premalo gibanja, slaba skrb za lastno zdravje), z razvadami, ki jih sodobna družba ne odobrava (npr. kajenje, pitje alkohola, uživanje drugih škodljivih substanc). Vsakdo se mora sam odločiti, koliko in komu bo posredoval informacije o svojem stanju in počutju, koga bo pooblastil, da v njegovem imenu odloča, in kako bo s podatki po njegovi smrti.

### Splošno o človekovih pravicah

Koncept človekovih pravic izhaja iz pojmovanja človeka in njegove svobode. Kot filozofski pojem je od antike dalje opredeljen in deluje kot upiranje oziroma podrejanje državi. Tako so se človekove pravice razvijale v konfliktu med posameznikom in državo, kot sredstvo, ki ovira oblast oblastnikov. Poznamo družbe, kjer je človek opredeljen kot posameznik, in družbe, kjer je človek opredeljen kot kolektivno bitje. Človekove pravice so lahko varovane samo v demokratični državi, ker so nadideološka, nadpolitična in nadnarodna vrednota. Človekove pravice se nanašajo na več področij. Nekatere imajo značaj t.i. *naravnih* pravic. Te pripadajo posamezniku kot osebnosti z golj zato, ker je človek, ker pripada človeški vrsti. Kot naravne pravice osebnosti imajo te pravice prednost pred pravicami družbe in države. So istočasno okvir, v katerem posamezniki lahko iščejo srečo, pod pogojem, da ne ogrožajo istih pravic drugih posameznikov. Poleg naravnih pravic so še druge *politične, državljanske pravice, socialno-ekonomske in kulturne pravice*. Med socialno-ekonomske spada tudi pravica do zdravja in zdravstvenega varstva (Grbec, 1999).

Gibanje za človekove pravice je pridobivalo pomembnost v svetu od leta 1945, ko so z *Listino združenih narodov* države članice potrdile svojo vero v temeljne človekove pravice. 10. novembra 1948 je bila v Združenih narodih sprejeta *Deklaracija o človekovih pravicah* in 4. novembra je bila podpisana *Evropska konvencija o človekovih pravicah* (Načela o pravicah bolnikov v Evropi, WHO, 1994).

Skozi zgodovinska obdobja so nastajali številni *mednarodni dokumenti, ki se nanašajo na človekove, tudi na bolnikove pravice*: Nurnberški kodeks (1947), Evropska socialna listina (1961), Helsinška deklaracija (1964), Pakti Združenih narodov (1966), Deklaracija združenih narodov o pravicah duševno prizadetih oseb (1971), Tokijska deklaracija (1975), Deklaracija Združenih narodov o pravicah invalidnih oseb (1975), Priporočilo in resolucija parlamentarne skupščine Sveta Evrope glede pravic bolnikov in umirajočih – Listina ES o hospitalnem pacientu (1979), Priporočilo Ministrskega komiteja Sveta Evrope glede participacije bolnikov pri njihovem zdravljenju (1980), Lizbonska deklaracija (1981), Priporočilo Ministrskega komiteja Sveta Evrope glede medicinskih baz podatkov (1982), Načela Generalne skupščine Združenih narodov o medicinski etiki (1982), Priporočilo Ministrskega komiteja Sveta Evrope glede zaščite osebnih podatkov, ki se uporabljajo za znanstvene in statistične raziskave (1983), Priporočilo Ministrskega komiteja Sveta Evrope glede pravnih zaščit bolnih oseb pri prisilni napotitvi (1983), Priporočilo Ministrskega komiteja Sveta Evrope glede pravnih obveznosti zdravnikov do pacientov (1985), Priporočilo Ministrskega komiteja Sveta Evrope glede zaščite osebnih podatkov, ki se uporabljajo v namene socialne varnosti (1986), Odločitev Evropskega parlamenta o Evropski listini za otroke v bolnišnicah (1986), Listina o otrocih v bolnišnici, Deklaracija Svetovne zdravstvene organizacije SZO glede pravic pacienta (1989), Hongkonška deklaracija (1989) (Krajnc, 2001).

Pomembno prelomnico v razvoju etične misli in človekovih pravic predstavlja 2. svetovna vojna. Zloraba rasne higiene, okrutni prisilni poskusi na ljudeh in umori v koncentracijskih taboriščih, so privedli po vojni do Nurnberških sodnih procesov in oblikovanja *Nurnberškega kodeksa*. Ta uzakonja svobodo in zavestno odločitev človeka kot bistveno sestavino odnosov v zdravstvu. Človek mora imeti svobodo odločitve brez nasilja, prevare, preganjanja in drugih oblik prisile. Informirana, zavestna odločitev je predpogoj kakršnekoli medicinske obravnave. Vsi kasnejši kodeksi vključujejo to zahtevo kot temeljno določilo. Tako je pravo prvo oblikovalo koncept pristanka v medicini (Grodin, Annas, 1997; Grbec, 2002).

Začetki razvoja bolnikovih pravic segajo v šestdeseta leta in jih najdemo v Severni Ameriki. Tam je Ameriško hospitalno združenje (AHA) objavilo obsežen seznam s dvanajstimi točkami, t.i. *Bolnikov seznam pravic* (Patient's Bill of Rights). Kot posebnost velja, da gre pri tem za pravno organizacijo bolnišnic in ne za organizacijo bolnikovih pravic. Zveza ameriških bolnišnic je predstavila prvo kodifikacijo bolnikovih pravic. Zastavljeni cilj je bil, da bi tako bolnikom kot tudi osebju bolnišnic dali na voljo relevantne informacije o bolnikovih pravicah. Bolnikov seznam pravic v izdaji AHA vsebuje kot prvo, najvišjo bolnikovo pravico vodilo, ki vključuje v sebi vse ostale pravice bolnika: »The patient has the right to considerate and respectful care« (Bolnik ima pravico do obzirne in spoštljive (zdravstvene – op. avtorice) nege)). Iz te pravice in upravičenosti izhajajo končno vse druge bolnikove pravice (Krajnc, 2001).

Splošno veljavne in priznane bolnikove pravice je možno razvrstiti v šest pglavitnih skupin:

1. pravica do enakega dostopa do zdravljenja in (zdravstvene – op. avtorice) nege,
2. pravica do ustreznega in strokovnega zdravljenja,
3. pravica do spoštovanja dostojanstva in nedotakljivosti osebe,
4. pravica do samoodločbe,
5. pravica do zadovoljivega informiranja,
6. pravica do podpore pri uveljavljanju bolnikovih pravic (Krajnc, 2001).

Gibanje za človekove pravice je pridobivalo pomembnost v svetu od leta 1945, ko so z *Listino Združenih narodov* države članice ponovno potrdile svojo vero v temeljne človekove pravice.

10. novembra 1948 je bila v Združenih narodih sprejeta Deklaracija o človekovih pravicah in 4. novembra je bila podpisana Evropska konvencija o človekovih pravicah.

Od tega časa dalje se v svetu pojavljajo številni mednarodni pravni dokumenti: Splošna deklaracija o človekovih pravicah – 1948; Evropska socialna karta/listina – 1961; Pakti združenih narodov – 1966; Evropska konvencija o človekovih pravicah, pa tudi različne listine, deklaracije, priporočila, resolucije, načela (Kranjc, 2001; Klemenc in sod., 2004).

### **Izrazi, povezani z varovanjem bolnikovih pravic, zlasti pravice do varovanja podatkov**

*Varstvo osebnih podatkov* je v Republiki Sloveniji ena izmed z ustavo zajamčenih človekovih pravic in temeljnih svoboščin. Z namenom zagotavljanja te pravice se z Zakonom o varstvu osebnih podatkov podrobneje določajo pravice, načela in ukrepi, s katerimi se preprečujejo nezakoniti in neupravičeni posegi v zasebnost posameznika, ki bi lahko nastali kot posledica obdelave osebnih podatkov ter njihove uporabe.

*Tipične skupine osebnih podatkov* so: identifikacijski podatki o posamezniku, podatki, ki se nanašajo na rasno poreklo, pripadnost narodu ali narodnosti, podatki o družinskem razmerju, o stanovanjskih in bivalnih pogojih posameznika, o zaposlitvi, o socioekonomskem stanju, izobrazbi in pridobljenih znanjih, o uporabi komunikacijskih sredstev, o aktivnostih v prostem času, o zdravstvenem stanju posameznika, o ideoloških in verskih prepričanjih, podatki o posamezniku na področju notranjih zadev in o navadah posameznika (Čebulj, 1990; Bohinc, 1999; Klemenc, 2004).

*Medicinska oz. zdravstvena dokumentacija* zajema vse pisne podatke (na različnih medijih) o bolnikih, njihovem bolezenskem stanju, družinskih in drugih razmerah. Potrebno jo je skrbno voditi in vnašati vse pomembne podatke v času njihovega nastanka in dokumentacije ne spreminjati za nazaj. Upravljavec podatkov mora bolniku na njegovo zahtevo omogočiti vpogled, prepis, izpis njegovih objektivnih in izvernih podatkov, kamor štejemo tudi fotokopiranje. Stroške v zvezi zahtevo posameznika in izpisom podatkov nosi upravljavec, to je zdravstvena ustanova. Bolnik sam odloča, koliko bodo informirani svojci in drugi bližnji ter javnost o njegovem zdravstvenem stanju. Zdravstvene delavce razveže poklicne molčečnosti le bolnik sam ali sodišče, pri mladoletnih osebah (do 15. leta starosti) ali tistih pod skrbništvom pa starši ali skrbnik. Zdravnik, ki zdravi bolnika, presodi glede na bolnikovo zdravstveno stanje, s katerimi podatki se bolnika lahko seznanjajo brez škode, da bi se mu zato bistveno poslabšalo njegovo zdravstveno stanje. Zdravnik v izjemnih primerih lahko tudi posreduje podatke o bolniku brez njegovega privoljenja, če bi molčanje povzročilo večjo škodo kot razkritje, npr. možnost širitve nalezljive bolezni (Pravilnik o varovanju podatkov Klinični center Ljubljana, 2000).

### **Zakon o varstvu osebnih podatkov (Ur. I. RS 94/07) opredeljuje termine:**

*Osebni podatek* – je katerikoli podatek, ki se nanaša na posameznika, ne glede na obliko, v kateri je izražen.

*Posameznik* – je določena ali določljiva fizična oseba, na katero se nanaša osebni podatek; fizična oseba je določljiva, če se jo lahko neposredno ali posredno identificira, predvsem s sklicevanjem na identifikacijsko številko ali na enega ali več dejavnikov, ki so značilni za njeno fizično, fiziološko, duševno, ekonomsko, kulturno ali družbeno identiteto, pri čemer način identifikacije ne povzroča velikih stroškov, nesorazmerno velikega napora ali ne zahteva veliko časa.

*Obdelava osebnih podatkov* – pomeni kakršnokoli delovanje ali niz delovanj, ki se izvaja v zvezi z osebnimi podatki, ki so avtomatizirano obdelani ali ki so pri ročni obdelavi del zbirke osebnih podatkov ali so namenjeni vključitvi v zbirko osebnih podatkov, zlasti zbiranje, pridobivanje, vpis, urejanje, shranjevanje, prilagajanje ali spreminjanje, priklicanje, vpogled, uporaba, razkritje s prenosom, sporočanje, širjenje ali drugo dajanje na razpolago, razvrstitev ali povezovanje, blokiranje, anonimiziranje, izbris ali uničenje; obdelava je lahko ročna ali avtomatizirana (sredstva obdelave).

*Zbirka osebnih podatkov* – je vsak strukturiran niz podatkov, ki vsebuje vsaj en osebni podatek, ki je dostopen na podlagi meril, ki omogočajo uporabo ali združevanje podatkov, ne glede na to, ali je niz centraliziran, decentraliziran ali razpršen na funkcionalni ali geografski podlagi; strukturiran niz podatkov je niz podatkov, ki je organiziran na takšen način, da določi ali omogoči določljivost posameznika.

*Upravljavec osebnih podatkov* – je fizična ali pravna oseba ali druga oseba javnega ali zasebnega sektorja, ki sama ali skupaj z drugimi določa namene in sredstva obdelave osebnih podatkov oziroma oseba, določena z zakonom, ki določa tudi namene in sredstva obdelave.

*Posredovanje osebnih podatkov* – je posredovanje ali razkritje osebnih podatkov. Osebna privolitev posameznika – je prostovoljna izjava volje posameznika, da se lahko njegovi osebni podatki obdelujejo za določen namen, in je dana na podlagi informacij, ki mu jih mora zagotoviti upravljavec po tem zakonu; osebna privolitev posameznika je lahko pisna, ustna ali druga ustreza privolitev posameznika.

*Pisna privolitev posameznika* – je podpisana privolitev posameznika, ki ima obliko listine, določila v pogodbi, določila v naročilu, priloge k vlogi ali drugo obliko v skladu z zakonom; podpis je tudi na podlagi zakona s podpisom izenačena oblika, podana s telekomunikacijskim sredstvom, ter na podlagi zakona s podpisom izenačena oblika, ki jo poda posameznik, ki ne zna ali ne more pisati.

*Občutljivi osebni podatki* – so podatki o rasnem, narodnem ali narodnostnem poreklu, političnem, verskem ali filozofskem prepričanju, članstvu v sindikatu, zdravstvenem stanju, spolnem življenju, vpisu ali izbrisu v ali iz kazenske evidence ali evidenc, ki se vodijo na podlagi zakona, ki ureja prekrške (v nadaljnjem besedilu: prekrškovne evidence); občutljivi osebni podatki so tudi biometrične značilnosti, če je z njihovo uporabo mogoče določiti posameznika v zvezi s kakšno od prej navedenih okoliščin.

### **Etično izhodišče in zakonske podlage, ki se nanašajo na pravice bolnikov v Sloveniji**

*Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije* v III. načelu opredeljuje, da je medicinska sestra dolžna varovati kot poklicno skrivnost podatke o zdravstvenem stanju, posebej pa zadolžuje zdravstveno institucijo, da vzpostavlja in vzdržuje tak informacijski sistem, ki ščiti varovančevo skrivnost, npr. z omejitvijo dostopa do dokumentacije. Posebej se to nanaša na računalniški informacijski sistem. (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2005).

Medicinska sestra se moralno ni dolžna držati poklicne molčečnosti, če bi bila zaradi pomanjkanja informacij ogrožena varnost varovanca, družine ali skupnosti. Če se medicinska sestra sooči z nujnostjo razkriti skrivnost, naj bo le ta omejena na tisto število ljudi, ki je nujno potrebno, da se prepreči škodljivo delovanje (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2005).

Načelo IV istega kodeksa pa pravi, da medicinska sestra spoštuje dostojanstvo in zasebnost bolnika v vseh stanjih zdravja, bolezni in ob umiranju. Standardi: medicinska sestra mora izvajati svojo dejavnost na način, ki vključuje bolnika kot neponovljivo osebnost z vsemi njegovimi posebnostmi; upošteva ter spoštuje pravico bolnika do zasebnosti, še posebej, kadar gre za njegovo intimnost, upanje, strah, trpljenje in bolečino. Umirajočemu bolniku omogoča kakovostno zdravstveno nego in oskrbo, razumevajoč odnos, lajšanje trpljenja, upanje, izpoved verskega prepričanja, občutek varnosti ter mirno in dostojanstveno smrt. Medicinska sestra posveča posebno pozornost in pomoč svojcem umirajočega ali umrlega in zanj pomembnim drugim (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2005).

*Zakon o zdravstveni dejavnosti v R Sloveniji* (Ur. l. RS 9/92) med drugim opredeljuje, da ima vsakdo pod enakimi pogoji in v skladu z zakonom pravico:

- do proste izbire zdravnika in zdravstvenega zavoda, do posvetovanja z ustreznimi specialisti, ki si jih sam izbere, oz. da zahteva konziliarni pregled,
- izvedeti diagnozo svoje bolezni za obseg, način, kakovost ter predvideno trajanje zdravljenja,
- dati soglasje za kakršenkoli medicinski poseg in da je predhodno obveščen o vseh možnih metodah diagnosticiranja in zdravljenja ter njihovih posledicah in učinkih,
- odkloniti predlagane medicinske posege,
- do vpogleda v zdravstveno dokumentacijo, ki se nanaša na njegovo zdravstveno stanje, razen če zdravnik oceni, da bi to škodljivo vplivalo na bolnikovo zdravstveno stanje,
- zahtevati, da zdravstveni delavci in njihovi sodelavci brez njegove izrecne privolitve nikomur ne posredujejo podatkov o njegovem zdravstvenem stanju,
- zahtevati premestitev v drug zdravstveni zavod,
- do ugovora na pristojni organ nadzora, če meni, da niso bila uporabljena dovolj učinkovita sredstva za njegovo zdravljenje, ali da so bila kršena etična načela,
- da se seznanijo s stroški zdravljenja in da zahteva obrazložitev računa za zdravstvene storitve,
- do povračila škode zaradi neustreznega zdravljenja.

*Zakon o varstvu osebnih podatkov* (Ur. l. RS 94/07) med drugim opredeljuje zgoraj navedene termine.

### **Projekt varovanja bolnikovih podatkov v (Univerzitetnem) Kliničnem centru (tedaj Kliničnem centru) Ljubljana**

Pobuda za ureditev varovanja bolnikovih podatkov v Kliničnem centru (KC) Ljubljana sega v januar 2001, ko so medicinske sestre na informacijah zaznale potrebo po jasnih navodilih. V sodelovanju z vodstvom zdravstvene nege in pravno službo je bilo potrebno definirati, kdo od zaposlenih sploh lahko posreduje osebne in druge zaupne podatke in doreči način posredovanja informacij. Izdelan je bil predlog obrazca z naborom podatkov s tremi sklopi vprašanj: podatki o hospitalizaciji, o zdravstvenem stanju bolnika in o tem, komu dovoliti obiske.

Naslednje leto je bil pripravljen predlog obrazca »Izjava o posredovanju informacij o osebnih podatkih in o zdravstvenem stanju«. Pravna služba je skladno z zakonskimi določili dodala nabor podatkov, komu posredovati podatke v primeru smrti. Pri uvajanju projekta v prakso je prav ta nabor povzročil s strani zaposlenih, tudi staršev hudo bolnih otrok, precejšen odpor in delno zaustavitev projekta. Kljub nekaterim začetnim težavam bolniku ob sprejemu v bolnišnico od leta 2002 ponudimo v podpis posebno izjavo, ki jo je skladno z določili 8. točke prvega odstavka

Zakona o varstvu osebnih podatkov možno šteti kot pisno privolitev posameznika za posredovanje informacij o njegovem bivanju v Univerzitetnem kliničnem centru (UKC) Ljubljana in o njegovem zdravstvenem stanju drugim osebam.

Za izpolnitev obrazca bolnika zaprosi medicinska sestra ali zdravstveni administrator, ki ga je obenem dolžan seznaniti z namenom izpolnitve obrazca in s posledicami njegove odločitve. Bolniku naj bo jasno, da o tem, kdo in koliko bo informiran, da je sprejet v bolnišnico, o njegovem zdravstvenem stanju, o dovoljenju za obiske ter posredovanju podatkov iz zdravstvene dokumentacije, odloča sam. To je še posebej pomembno zaradi posredovanja podatkov v primeru poslabšanja zdravstvenega stanja oziroma morebitne smrti. Za otroke do 15. leta starosti o tem odločajo starši oziroma skrbniki. Za novorojene otroke obrazca ni potrebno izpolnjevati, velja opredelitev matere. Bolnikova odločitev je veljavna, ko podpiše obrazec. Osebe je dolžno bolnika seznaniti, da lahko spremeni svojo odločitev kadarkoli želi; odločitev opredeli na novem obrazcu. Veljavnost obrazca se nanaša le na tekočo hospitalizacijo. V primeru, da oseba zaradi zdravstvenega stanja ne more izpolniti izjave, se na neizpolnjeno izjavo podpiše zdravnik. Dolžnost odgovorne osebe na oddelku je, da takoj, ko bolnikovo stanje to dopušča, od bolnika pridobi zelene podatke.

Uporabljamo dva obrazca, enega za odrasle osebe in enega za otroke. Obrazca sta sestavljena iz osnovnih vprašanj o bivanju v bolnišnici, o obiskih in posredovanju informacij o zdravstvenem stanju bolnika. Podatki so prirejeni za računalniški vnos in obdelavo (Klemenc in sod., 2004).

*Dodatno je k informiranju bolnikov v času hospitalizacije v UKC Ljubljana pripomogla prenovljena knjižica »Informacije za bolnike in obiskovalce«, ki vsebuje nabor pravic in dolžnosti bolnikov (Klemenc in sod., 2005):*

#### Pravico imate:

- da ste seznanjeni s svojimi pravicami in obveznostmi, ki se nanašajo na vašo zdravstveno obravnavo v našem zavodu,
- do proste izbire zdravnika in zdravstvenega zavoda (tudi do zamenjave zdravnika, do »drugega mnenja« drugega zdravnika ali do zamenjave zdravstvenega zavoda),
- do kakovostnega zdravljenja, zdravstvene nege in rehabilitacije,
- pričakovati spoštljivo, obzirno in strokovno obravnavo, kjer bodo upoštrevane vaše psihosocialne, kulturne, moralne in duhovne vrednote,
- do celostne individualne obravnave in osebne varnosti,
- da se vam predstavimo vsi, ki bomo skrbeli za vas; v ta namen nosimo predstavitvene priponke,
- do razumljivih in natančnih informacij o vašem zdravstvenem stanju, o diagnozi, načrtu, obsegu, načinu, predvidenem trajanju zdravljenja, zdravstvene nege, rehabilitacije, pa tudi o možnih stranskih učinkih in zapletih pri posameznih postopkih in posegih, nadomestnem ali dopolnilnem zdravljenju,
- da vam zamolčimo podatke na vašo izrecno željo, ali če imamo za to močne razloge in bi vam to povzročilo resno škodo brez očitnih pozitivnih učinkov,
- do spoštovanja vaše zasebnosti v vseh postopkih zdravstvene obravnave,
- do zaupnosti vaših zdravstvenih in osebnih podatkov, ki smo jih po zakonu dolžni varovati; razkrijemo jih le na osnovi Vaše pisne privolitve ali na zahtevo sodišča,

- do izbire oseb/e (če sploh koga), ki bo/do seznanjena/i z vašim zdravstvenim stanjem, z dokumentacijo in z *vašim privoljenjem*, da vas v času bivanja pri nas obišče/jo; ob sprejemu v bolnišnico boste v ta namen podpisali posebno izjavo,
- do vpogleda ali prepisa/fotokopije Vaše zdravstvene dokumentacije,
- do posveta z drugim zdravnikom (»drugo mnenje«) in do premestitve v drugo zdravstveno ustanovo, kar je včasih težko izpolniti,
- da odklonite prisotnost oseb, ki niso nujno potrebne ob vaši obravnavi (npr. študentov in dijakov pri kliničnem pouku), oz. morate dati *pristanek* o njihovi prisotnosti; ob sprejemu se morate sicer zavedati, da smo tudi izobraževalna ustanova,
- do samoodločanja in/oz. soodločanja v zvezi z vašo zdravstveno obravnavo,
- da na osnovi posredovanih informacij (obrazloženih prednosti in tudi zapletov obravnave) lahko odklonite predlagani postopek ali poseg, ali ga prekinete in vam tega ni potrebno posebej razlagati; na lastno željo lahko tudi zapustite bolnišnico, čeprav Vam zdravstveno osebje to odsvetuje,
- do čim boljšega lajšanja bolečin, tudi tistih, ki jih je težko opisati ali izmeriti, tudi tistim, ki tega ne morejo sami izraziti,
- do humane zdravstvene obravnave med umiranjem in do dostojanstvene smrti,
- v primeru, da ne bi mogli sami izraziti svoje volje in je zdravstveni poseg nujen, ukrepamo, kot da ste pristanek dali (upoštevamo tudi vaše prejšnje odločitve in izjave),
- da upoštevamo tudi pooblastila vašega pravnega zastopnika, če ga imate,
- pisna privolitev je predpogoj za izvajanje večino postopkov in posegov, pa tudi za nekatere druge zadeve, o katerih vas bomo sproti obveščali (npr. sodelovanje v raziskovalnih projektih, kjer bi uporabili ali shranili vaše podatke, biološki ali diagnostični material); za vse raziskovalne projekte je potrebna odobritev etične komisije,
- do možnosti pritožbe po protokolih, ki veljajo za Klinični center Ljubljana,
- do odgovora na pritožbo v roku, ki je za to določen v našem zavodu,
- do povrnitve škode, če je ugotovljeno, da je nastala brez vaše krivde,
- da ste seznanjeni s stroški zdravstvene obravnave, če je opravljena izven obveznega zdravstvenega zavarovanja.

#### Obveznosti bolnikov

Poleg pravic vas v našem zavodu obvezuje tudi izpolnjevanje nekaterih dolžnosti in obveznosti, saj bo vaša zdravstvena obravnava le na ta način lahko potekala kakovostno in kolikor se da uspešno. Vsakdo ima odgovornost tako do sebe in skrbi za lastno zdravje kot tudi do sobolnikov, svojcev in drugih bližnjih ter zdravstvenih delavcev.

Prosimo, da se tudi sami aktivno vključite v sodelovanje, tako da:

- sodelujete pri vseh postopkih in posegih od načrtovanja do izvedbe,
- da v primeru nerazumevanja ali slabega razumevanja informacij in navodil čimprej povprašate za nasvet,
- da posredujete točne in pravilne podatke, po katerih Vas sprašujemo,
- da se v času, ki je določen za aktivnosti na bolniškem oddelku (vizita, razdeljevanje zdravil, diagnostično terapevtski postopki in posegi in drugo), zadržujete v bolniški sobi oziroma se za izhod sproti dogovarjate z medicinsko sestro ali drugim zdravstvenim osebjem,

- da upoštevate vsa navodila, ki se nanašajo na vašo zdravstveno obravnavo v našem zavodu in vsa tista, ki veljajo za bivanje pri nas,
- skušate prispevati k prijaznemu vzdušju med sobolniki, jih upoštevate kot enakovredne državljanke s svojimi potrebami, željami in posebnostmi in spoštujete tudi zaposlene (konec prepisa).

#### Druge možnosti varovanja bolnikovih pravic, zlasti zasebnosti

*Zvočna zaščita* je ob posredovanju osebnih podatkov in zdravstvenih težav nujna že ob prihodu v zdravstveno ustanovo, pa naj gre za ambulantni pregled ali sprejem na oddelek; enako velja za diagnostično terapevtski poseg. Skrb za upoštevanje zasebnosti je potrebna tudi pri klicanju bolnikov v ordinacijo. Načinov klicanja je več, najslabše je glasno vpitje imen in/ali priimkov po čakalnicah. Izbiramo lahko med klicnim zvočno - vizualnim sistemom ali pa bolnika diskretno povabimo v ordinacijo; znane osebe so na to še posebno občutljive. Uporaba govornih naprav, mikrofонов po čakalnicah ni zaželeno. Dobro izkušnje imamo z zasteklitvijo predprostorov, zlasti ko gre za situacije, kjer mora bolnik posredovati svoje podatke (Klemenc, 2004).

*Pri vizualni zaščiti* gre za preprečevanje izpostavljenosti bolnika ali njegovih posameznih (zlasti intimnih) delov telesa nepotrebnim pogledom nepoklicanih oseb, tudi prisotnosti sobolnikov, svojcev in drugih bližnjih. Zaželeno je tako ravnanje, da se bo bolnik v situacijah, ko je najbolj izpostavljen pogledom drugih, dostojno počutil. Zasebnost pomeni že zavesa (»paravan«, »španska stena«) okrog bolniške postelje ali preiskovalne mize. Tudi če mora biti kasneje razgaljen (npr. ginekološki pregled), je postopek priprave na pregled za zaveso pomemben. V ordinaciji/pregledovalnici, celo v bolniški sobi naj bo bolnik po možnosti z zdravnikom sam; umaknejo se vsi, katerih prisotnost ni nujno potrebna. Prisotnost študentov in dijakov in drugih zdravstvenih delavcev ob pregledu bolnika je pogojena z njegovim pristankom – vsakič znova (Klemenc, 2004).

Omeniti je potrebno še *možnost zlorabe posredovanja osebnih in/ali zdravstvenih podatkov v komercialne namene* ali zbiranja informacij za potrebe *društev* bolnikov, čeprav je osnovni namen lahko human. Bolniki so zanimivi za trženje, zato niso redka prizadevanja za pridobitev zlasti njihovih naslovov. Varovanje zasebnosti je na preizkušnji, če se na vhodnih vratih njihovega doma npr. pojavi nekdo, ki ima na vidnem mestu označeno ime firme, pa je, recimo, dostavil ortopedske pripomočke. Bolnik se mora sam in prostovoljno odločiti, če se bo vključil v kakšno društvo, postal prostovoljec ali se kako drugače izpostavil javnosti (Klemenc, 2004).

Posebna pozornost velja *rokovanju s bolnikovo dokumentacijo*. Zadnja leta v slovenskih bolnišnicah s postelj umikamo temperaturne liste in drugo dokumentacijo, ki je bila na očeh tako zaposlenih, bolnikov kot svojcev in drugih obiskovalcev. Prav tako vedno večjo pozornost posvečamo rokovanju z dokumentacijo, bodisi pri hranjenju le te, pri transportu bolnikov, same dokumentacije ali bioloških in drugih diagnostičnih materialov (Klemenc, 2004).

Nekaj težav je v zdravstvenih zavodih pri razumevanju zasebnosti bolnikov, ki se nanaša na pošiljanje pošte, kjer naj bi uporabljali neprepoznave *poštne pošiljke*, torej ovojnice brez logotipov in štampiljk zdravstvenih ustanov, posebej če gre za področja, ki še posebej stigmatizirajo posameznika (onkologija, ginekologija, psihiatrija, urgencia...). V manjših naseljih ali socialno bolj povezanih bivalnih okoljih je teoretično kršenje zasebnosti lažje izvedljivo, ker so ljudje v teh skupnostih bolj povezani kot v mestih (Klemenc, 2004).

Pojav, ki ni več sprejemljiv v zdravstvu, je, da si *zdravstveni delavci in sodelavci med seboj izmenjujejo osebne in druge podatke, dokumentacijo o bolnikih* na nepravem mestu ali ob nepravem času: npr. po telefonih, ko ni mogoče preveriti identitete posameznika, ali nas drugi slišijo, recimo po hodnikih, v dvigalih ali celo na ulici. Ne glede, ali gre za potrebe našega delovnega mesta ali za informiranje »kar tako«, morda celo za namerno prenašanje informacij, ker imamo možnost dostopa do njih, je potrebno stalno opozarjati, da nas zavezuje poklicna etika in zakonodaja, vključno s sankcijami, ki sledijo zaradi kršenja zakonodaje (Klemenc, 2004).

*Zdravstveni delavec ali sodelavec je kot bolnik v lastni instituciji lahko izpostavljen* kršenju bolnikovih pravic, saj ga imamo za »domačega«, vsem poznanega, čeprav si tega ne želi, še manj pa, da o njegovi bolezni govori vsa bolnišnica, zdravstveni dom ali ambulanta. Zato tudi tu apeliramo na upoštevanje zasebnosti, želje glede obiskov, saj si vsakdo ne želi celotnega kolektiva, ki ima med delovnim časom pravico vstopati v njegovo bolniško sobo. Dovolimo mu, da se izjasni, koga in če sploh koga od sodelavcev si želi na obisk. Posebno občutljive so lahko situacije, ko se v ustanovi pojavi medijsko prepoznavna oseba ali nekdo, ki ga »pozna cela hiša« (Klemenc, 2004).

### **Kako pa bolniki z boleznimi srca in ožilja in varovanje njihovih pravic?**

Bolniki z boleznimi srca in ožilja imajo specifične potrebe, želje in možnosti, zato lahko skozi prizmo varovanja njihovih pravic prispevamo h kakovostni, varni in učinkoviti zdravstveni obravnavi. Ponekod so predsodki in stereotipi proti drugačnosti, čeravno gre za »banalno« (ljudski izraz) srčno-žilno obolenje, še zelo živi in ljudje se v svoji okolici, tudi v družini, sami odločijo, kaj in komu bodo zaupali informacijo o svojem zdravstvenem stanju in počutju. Zdravstveni delavci, ki pridemo v stik s bolnikom ali njegovo dokumentacijo, moramo biti na to še posebej pozorni. Posebno poglavje je posredovanje informacij, če bolnik leži v bolnišnici ali karkoli v zvezi z njegovo diagnozo, prognozo, ev. operativnim posegom, kar daje samo zdravnik, počutjem in zdravstveno nego, kar posreduje medicinska sestra. Brez pristanka tistega, na katerega se nanašajo informacije, ne smemo dati nobenih podatkov. V praktično vseh zdravstvenih institucijah v Sloveniji imamo že precej razdelana pravila posredovanja informacij, pristanka bolnika na vse, kar se dogaja z njim, ob poprejšnji izčrpani informiranosti le tega.

Preprečevanje možnosti zlorab in posredovanja bolnikovih podatkov različnim nepoklicanim posameznikom in /ali firmam, tudi društvom bolnikov, čeprav je osnovni cilj lahko humano naravnani, je prav tako v pristojnosti zdravstvenega delavca. Poseben problem lahko predstavljajo firme, zastopniki, prodajalci ali trgovine z ortopedskimi in sličnimi pripomočki, ki v želji po čim večjem zaslužku kršijo pravila in celo dostavljajo pripomočke na domove bolnikov. Varovanje zasebnosti je na preizkušnji, če se na vratih njegovega doma pojavi nekdo, ki ima na vidnem mestu označeno ime firme, pa je npr. dostavil ortopedske pripomočke. K diskretnosti spadajo tudi neprepoznave pisemske pošiljke, poslani po klasični pošti, prav tako komuniciranje po elektronski pošti, vročevanje dokumentacije znanim ali neznanim svojcem, obvezno s pisnim privoljenjem tistega, na katerega se zadeva nanaša. Medicinske sestre v teh primerih nastopamo kot zagovornice bolnikov, čeprav ima zagovorništvo dobre in slabe plati

Vzpodbudno je, da so bolniki vedno bolj ozaveščeni o svojih pravicah ter jih tudi uveljavljajo. In da se kot civilna družba združujejo zaradi skupnih interesov v različna društva, zveze, formalne in neformalne oblike delovanja. Predvidoma bo tudi nov zakon o pravicah bolnikov doprinesel k intenziviranju tega področja in k odprti komunikaciji, tudi kritiki in iskanju rešitev obstoječih razmer v zdravstvu. Medicinske sestre smo se dolžne aktivno odzivati in doprinesiti tudi na ta način k ustrezni obravnavi posameznikov, skupin in skupnosti.

### **SKLEP**

Varnost bolnika skozi varovanje njegovih pravic je tako pomemben vidik celostne zdravstvene obravnave, da ga ne moremo več spregledati, kvečjemu intenzivirati prizadevanja za izboljševanje tega področja. Ob tem ni zanemarljiv prispevek bolnikov, ki postajajo občutljivi, informirani, se zavedajo svojih pravic (tudi dolžnosti) in tako pomagajo izgrajevati kakovostnejši, humanejši, varnejši, bolj učinkovit in prijazen zdravstveni sistem. Tu so še vladne, nevladne organizacije, različna interesna, stanovska idr. združenja, ki kot civilna družba »bedijo« nad sistemom in mu nastavljajo ogledalo. V procesih nenehnega izboljševanja celovite kakovosti igra pomembno vlogo management zdravstvenih zavodov, tudi zdravstvene nege.

### **LITERATURA**

1. *Grbec V. Ob petdesetletnici Splošne deklaracije človekovih pravic. Obzor Zdr N 1999; 33:1-2.*
2. *Grbec V. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. V: Posvet »Etika v belem«. Agencija za management. Portorož, november, 2002.*
3. *Klemenc D. Pravice bolnikov in varovanje podatkov. V: Tomc Šalamun D (ur.), Batas R (ur.). Celostna obravnava stomista. Ljubljana. Zbornica zdravstvene nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester za zdravstveno nego stom, 2004.*
4. *Klemenc D, Požun P, Milič J. Postopki varovanja bolnikovih osebnih podatkov in podatkov o njegovem zdravstvenem stanju v Kliničnem centru Ljubljana. Obzor Zdr N 2004; 38:135-42.*
5. *Klemenc D, Požun P, Milič J: Varovanje bolnikovih osebnih podatkov in podatkov o njegovem zdravstvenem stanju v Kliničnem centru Ljubljana. Informatica Medica Slovenica, letnik 9 (1-2), 2004.*
6. *Klemenc D in sod.. Informacije za bolnike in obiskovalce. Ljubljana. Klinični center Ljubljana, 2005.*
7. *Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2005.*
8. *Krajnc I. Ustanovitev varuha bolnikovih pravic v Mariboru. Novis. Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije. Ljubljana; letnik XXVII, december, 2001.*
9. *Načela o pravicah bolnikov v Evropi, WHO, Regionalni zavod za Evropo. Evropsko posvetovanje o pravicah bolnikov, Amsterdam, 1994.*
10. *Pravilnik o varovanju osebnih in drugih podatkov ter dokumentiranega gradiva. Ljubljana. Klinični center Ljubljana, 2000.*
11. *Zakon o varovanju osebnih podatkov. Uradni list RS št. 94/07.*
12. *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Uradni list RS št. 9/92.*
13. *Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list RS št. 9/92.*

## VAROVANJE PRAVIC BOLNIKOV

*mag. Janez Tekavc,  
odvetnik v Ljubljani*

**Ključne besede:** kazenska odgovornost, odškodninska odgovornost, varstvo osebnih podatkov.

Pojem varovanja pravic bolnikov vsebuje več med seboj povezanih kategorij, ki jih lahko v grobem razdelimo v tri skupine:

- pravica do strokovne obravnave;
- pravica do varstva osebnostnih pravic in varstva osebnih podatkov;
- pravica do varovanja premoženja.

### **Pravica bolnika do strokovne obravnave**

Prva kategorija, pravica do strokovne obravnave, je na prvi pogled najbolj očitna in praviloma tudi najbolj izpostavljena. Pravici bolnika seveda ustreza dolžnost zdravstvenega delavca, to je dolžnost ravnanja v skladu s pravili stroke. Dolžnost izhaja iz Zakona o zdravstveni dejavnosti, ki v 45. členu določa:

»Zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci opravljajo zdravstveno dejavnost v skladu s sprejeto zdravstveno doktrino in s kodeksom medicinske deontologije oziroma z drugimi strokovnimi in etičnimi kodeksi. Pri opravljanju svojega dela morajo obravnavati vse ljudi pod enakimi pogoji na enak način in spoštovati njihove ustavne in zakonske pravice. Edino merilo prednosti je nujnost zdravstvenega posega.«

Ob dejstvu, da je zdravljenje proces, ki vključuje večje število zdravstvenih delavcev in tudi več različnih profilov zdravstvenih delavcev, se seveda zastavlja vprašanje, kako razmejiti odgovornost med posamezne udeležence. Na prvi pogled je za potek zdravljenja in samo izvajanje stroke odgovoren zdravnik, ki ima praviloma največjo odgovornost glede poteka in izida zdravljenja. Vendar pa to nikakor ne izključuje odgovornosti ostalih zdravstvenih delavcev, saj imajo ti samostojne naloge in s tem tudi odgovornosti. Pravna teorija običajno izhaja iz vloge, ki jo ima posamezen udeleženec, tako da se odgovornost praviloma definira kot kršitev obveznosti, ki so naložene posamezniku. Pri tem so zdravstveni delavci praviloma obravnavani s stališča opustitvenih ravnanj.

O opustitvenih ravnanjih govorimo tedaj, ko bi določena oseba glede na svoje obveznosti, znanje in usposobljenost morala opraviti določeno dejanje, pa ga ne opravi. Tipičen primer je na primer opredelitev kaznivega dejanja opustitve zdravstvene pomoči (189. člen Kazenskega zakonika) in kaznivega dejanja malomarnega zdravljenja (190. člen Kazenskega zakonika).



Kazenski zakonik tako določa:

189. člen

Zdravnik ali drug zdravstveni delavec, ki v nasprotju s svojo poklicno dolžnostjo ne pomaga bolniku ali komu drugemu, ki je v nevarnosti za življenje, se kaznuje z zaporom do enega leta.

190. člen

(1) Zdravnik, ki pri opravljanju zdravniške dejavnosti iz malomarnosti ravna v nasprotju s pravili zdravniške znanosti in stroke in tako povzroči, da se komu občutno poslabša zdravje, se kaznuje z zaporom do enega leta.

(2) Enako se kaznuje drug zdravstveni delavec, ki pri svoji zdravstveni dejavnosti iz malomarnosti ravna v nasprotju s pravili zdravstvene stroke in tako povzroči, da se komu občutno poslabša zdravje.

Dolžnost pomoči in ravnanja v skladu z zdravstveno doktrino je s pravnega stališča tako pomembna, da je varovana tudi preko kazenske odgovornosti. Poleg kazenske odgovornosti v pravu poznamo tudi tako imenovano civilno – odškodninsko odgovornost, ki dopolnjuje kazensko odgovornost. Odškodninska odgovornost temelji na 55. členu Zakona o zdravstveni dejavnosti in na 131. do 189. členu Obligacijskega zakonika. Pri tem 131. člen Obligacijskega zakonika podaja splošno definicijo odgovornosti, ki pravi:

(1) Kdor povzroči drugemu škodo, jo je dolžan povrniti, če ne dokaže, da je škoda nastala brez njegove krivde.

(2) Za škodo od stvari ali dejavnosti, iz katerih izvira večja škodna nevarnost za okolico, se odgovarja ne glede na krivdo.

(3) Za škodo ne glede na krivdo se odgovarja tudi v drugih z zakonom določenih primerih.

ter nadalje v 132. členu tudi splošen obseg odgovornosti, in sicer:

Škoda je zmanjšanje premoženja (navadna škoda), preprečitev povečanja premoženja (izgubljeni dobiček), pa tudi povzročitev telesnih ali duševnih bolečin ali strahu drugemu ter okrnitev ugleda pravne osebe (nepremoženjska škoda).

Ker se škoda običajno kaže tudi v obliki začasnih ali trajnih zdravstvenih težav, velja opozoriti tudi na določbo 174. člena Obligacijskega zakonika, ki pravi:

(1) Kdor prizadene drugemu telesno poškodbo ali prizadene njegovo zdravje, mu mora povrniti stroške v zvezi z zdravljenjem in druge potrebne stroške, ki so s tem v zvezi, ter zaslužek, izgubljen zaradi nezmožnosti za delo med zdravljenjem.

(2) Če poškodovani zaradi popolne ali delne nezmožnosti za delo izgubi zaslužek ali so njegove potrebe trajno povečane, ali pa so možnosti za njegov nadaljnji razvoj in napredovanje uničene ali zmanjšane, mu mora odgovorna oseba plačevati določeno denarno rento kot povračilo za to škodo.

Običajno se v postopkih ugotavljanja odškodninske odgovornosti zastavi predvsem vprašanje razmejitve med škodo, ki je nastala zaradi samega zdravstvenega stanja, oziroma škodo, ki je v določeni meri normalna posledica zdravstvenega stanja, in na drugi strani škodo, ki je podlaga za morebitne kazenske ali civilnopravne sankcije. Bolnik namreč nima pravice do odškodnine za škodo, ki izvira iz njega samega oziroma je posledica njegovega bolezenskega stanja ali izvajanja strokovno pravilnega zdravljenja. Ima pa pravico do odškodnine za škodo, ki je nastala kot posledica napačnega ali nedovoljenega zdravljenja.

Opustitev zdravljenja, napačno zdravljenje, nepotrebno zdravljenje ter zdravljenje brez privolitve ustvarjajo kazensko in civilnopravno odgovornost za morebiti nastalo škodo. Sodni postopki navadno potekajo v zvezi z odgovornostjo zdravnika za potek in posledice zdravljenja, vendar pa to nikakor ne izključuje odgovornosti ostalih zdravstvenih delavcev. Čeprav zdravljenje praviloma vodi zdravnik, so ostali zdravstveni delavci prav tako odgovorni ali soodgovorni za potek in izid zdravljenja. Odgovornost je zmanjšana ali omejena le v toliko, da se njihova odgovornost presoja v luči delovnih obveznosti in predvsem znanja, ki ga imajo.

Ne glede na hierarhični položaj v sistemu zdravljenja je zdravstveni delavec dolžan opozoriti na morebitne napake oziroma izraziti dvome, ki jih ima v zvezi s potekom zdravljenja ali konkretnim korakom, metodo, zdravilom in podobno. Odgovornost zdravstvenega delavca je tako izključena le v primeru, da opozori osebo, ki vodi zdravljenje, na morebitno napako, pa ta izrecno odredi, da se zdravljenje nadaljuje v tej smeri. Če navedeno ilustriramo s primerom, je zdravstveni delavec dolžan opozoriti zdravnika, da meni, da je določeno zdravilo neprimerno ali pa da je bil na primer v bolnišnični lekarni izdan nadomestek predpisane zdravila, nato pa zdravljenje nadaljevati s spornim zdravilom le, v kolikor dobi izrecno potrditev, da naj se obravnava s tem spornim zdravilom nadaljuje.

Povedano velja poudariti tudi s primerom iz sodne prakse. Vrhovno sodišče RS je tako v primeru I Ips 177/2000 z dne 28. 1. 2003 odločilo, da je medicinska sestra kriva storitve kaznivega dejanja povzročitve smrti iz malomarnosti, ker bi morala vedeti, kako imobilizirati oškodovanko, pa je to storila napačno.

### **Pravica do varstva osebnostnih pravic in osebnih podatkov**

Podatki o zdravstvenem stanju po Zakonu o varstvu osebnih podatkov sodijo v kategorijo občutljivih osebnih podatkov, za katere je zahtevana še posebna dolžnost varovanja in zaščite. Zakon o varstvu osebnih podatkov tako v 14. členu določa:

(1) Občutljivi osebni podatki morajo biti pri obdelavi posebej označeni in zavarovani tako, da se nepooblaščenim osebam onemogoči dostop do njih, razen v primeru iz 5. točke 13. člena tega zakona.

(2) Pri prenosu občutljivih osebnih podatkov preko telekomunikacijskih omrežij se šteje, da so podatki ustrezno zavarovani, če se posredujejo z uporabo kriptografskih metod in elektronskega podpisa tako, da je zagotovljena njihova nečitljivost oziroma neprepoznavnost med prenosom.

Iz navedenega izhaja več dolžnosti. Najprej dolžnost, da se podatki zbirajo na takšen način, da se prepreči seznanitev tretjih oseb s temi podatki, oziroma povedano bolj nazorno, bolniku praviloma ni dopustno zastavljati vprašanj v zvezi z njegovim zdravstvenim stanjem v prisotnosti tretjih oseb.

Nadalje je potrebno podatke hraniti tako, da je nepooblaščenim osebam preprečen dostop do njih, kar preprosto povedano pomeni, da morajo biti podatki fizično in tehnično varovani, v sami zdravstveni ustanovi pa mora biti določen sistem varovanja in dostopa v smislu določanja pooblastil za dostope do podatkov. V zadnjih letih je praksa napredovala v toliko, da zdravstveni podatki niso več javno dostopni (temperaturni list obešen na koncu postelje), do pravilne implementacije zakonske zahteve pa bo prišlo šele tedaj, ko bo omejitev tudi notranje razdelana, kar pomeni, da bo dostop do podatkov o konkretnem bolniku omejen le na zdravstvenega delavca, ki sodeluje v procesu zdravljenja konkretnega bolnika. Samo dejstvo, da je nekdo zdravstveni delavec, mu namreč ne daje pravice do seznanitve s podatki o zdravstvenem stanju oseb, katerih dokumentacija se hrani v določeni zdravstveni ustanovi.

Pri tem velja poudariti, da bi bilo po 22. členu Zakona o varstvu osebnih podatkov potrebno zagotoviti tudi možnost sledenja dostopov do osebnih podatkov. 22. člen tako določa:

Upravljavca osebnih podatkov mora za vsako posredovanje osebnih podatkov zagotoviti, da je mogoče pozneje ugotoviti, kateri osebni podatki so bili posredovani, komu, kdaj in na kakšni podlagi, in sicer za obdobje, ko je mogoče zakonsko varstvo pravice posameznika zaradi nedopustnega posredovanja osebnih podatkov.

Varstvo osebnih podatkov je le droben del osebnostnih pravic posameznika in sodi v širšo kategorijo pravice do zasebnosti in še širšo kategorijo varstva človekovega dostojanstva. V kategorijo človekovega dostojanstva pa seveda sodi tudi pravica do primerne obravnave v zdravstveni ustanovi, predvsem izvajanje pregledov in posegov na način, da ti ne potekajo v prisotnosti tretjih oseb in da se v kar največji meri varuje dostojanstvo bolnika.

Pri tem velja izpostaviti zahtevo, da se zdravstveni pregledi in posegi opravljajo na način, ki v najmanjši možni meri posega v zasebnost bolnika. Problematična ni le prisotnost tretjih oseb (več bolnikov v sobi ...), pač pa tudi prisotnost oseb, ki niso neposredno povezane z zdravljeno osebo (strežniško osebje, študenti ...). Za prisotnost teh oseb bi bilo praviloma potrebno pridobiti soglasje bolnika, pri čemer zavrnitev ne sme biti ovirana. O oviranju zavrnitve lahko govorimo že v primeru, da je iz zaprosila za dovoljenje razvidna pričakovana soglasja. Na primer: »Saj je lahko študent prisoten« in podobno. Bolnik mora biti nedvoumno opozorjen na prisotnost osebe, ki ne sodi v skupino, ki izvaja zdravljenje. Bolnik mora tako že pred dejanjem dobiti izrecno pojasnilo, da so prisotni tudi na primer študenti in da bodo ti prisostvovali pregledu ali posegu le, če bo bolnik v to izrecno privolil.

Brez izrecne privolitve bolnika tudi ni dopustno njegovo zvočno ali slikovno snemanje.

### **Pravica do varovanja premoženja**

Navedena pravica je dostikrat zanemarjena in opuščena. Zdravstvena ustanova mora bolniku zagotoviti primerno varovanje njegovega premoženja. Navedeni dolžnosti se ni mogoče izogniti z napisi »za garderobo ne odgovarjamo« in podobnimi pridržki. Še posebej v primerih, ko so bolniki v zdravstveni ustanovi dlje časa, bi jim bilo potrebno zagotoviti možnost varovanja njihovega premoženja, kar obsega tako možnost hrambe stvari v zaklenjenih omarah, kot tudi

možnost hrambe vrednejših predmetov v za to primernih prostorih (na primer v skupnem sefu...).

Višje sodišče v Kopru je tako v zadevi I Cp 842/2004 z dne 13. 12. 2005 odločilo, da je zavod odgovoren za škodo, ki je nastala bolniku, ker medicinska sestra ni ustrezno varovala bančne kartice bolnika, ki ji jo je ta izročil pred posegom.

### **SKLEP**

Bolniki imajo pravice, ki se na drugi strani kažejo kot dolžnosti zdravstvenega delavca. Zdravstveni delavec je odgovoren ne le za strokovno pravilno zdravljenje, pač pa je dolžan dati tudi primerno pojasnilo glede diagnoze, poteka zdravljenja in tveganj oziroma pričakovanj v zvezi z zdravljenjem. Nadalje je dolžan varovati zasebnost bolnika, kar pomeni ne le podatke o njegovem zdravstvenem stanju, pač pa tudi samo dostojanstvo bolnika. Odgovornost pa se razteza tudi v sfero same nastanitve bolnika in varovanje njegovega premoženja.

# KAZALNIKI KAKOVOSTI-PREPREČEVANJE PADCEV NA KLINIČNEM ODDELKU ZA PLJUČNE BOLEZNI IN ALERGIJO GOLNIK

*Marija Bistan, sms,*

*Bolnišnica Golnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo*

*e-mail: marija.bistan@klinika-golnik.si*

## UVOD

Bolnik, ki mora ostati v bolnišnici zaradi diagnostike ali zdravljenja, doživi neke vrste šok ali stres. Pogosto ga spremljajo svojci in pričakujejo, da bodo zdravstveni delavci v času njegove hospitalizacije poskrbeli tudi za njegovo varnost. Varnost je bolnikova pravica. V bolnišnicah pa prihaja žal tudi do nesrečnih dogodkov. Med nesrečne dogodke, do katerih prihaja v bolnišnicah spadajo :

- padci, zdrsi ali udarnine in poškodbe ob le teh;
- poškodbe zaradi opeklin;
- napake v zdravstveni oskrbi in negi;
- napake v identiteti bolnika;
- samopoškodbe bolnika;
- izguba bolnikove lastnine;
- pogrešan bolnik.

## Preprečevanje padcev na Kliničnem oddelku za pljučne bolezni in alergijo Golnik

Na Kliničnem oddelku za pljučne bolezni in alergijo (KOPA) Golnik v okviru kakovosti že od leta 2003 deluje tudi krožek za preprečevanje nesrečnih dogodkov, ki obravnava predvsem problematiko iz področja padcev. Skupino sestavljamo predstavnice posameznih bolniških oddelkov Bolnišnice Golnik. Srečujemo se 2-krat mesečno in se pogovarjamo o problemih, ki se nanašajo na problematiko v povezavi s padci na posameznih bolniških oddelkih in predlagamo preventivne in korektivne ukrepe. Organiziramo učne delavnice, kjer skušamo medicinske sestre izobraziti iz področja uporabe sheme za oceno tveganja, da bolnik pade in uporabo pripomočkov za zagotavljanje varnosti.

## Način obdelave padca na Kliničnem oddelku za pljučne bolezni in alergijo Golnik

Bolnik, ki je sprejet na KOPA Golnik je na bolniškem oddelku ocenjen po Shemi za oceno tveganja, da bolnik pade. Na podlagi rezultatov, ki smo jih dobili iz analiz poročil ob prijavi nesrečnih dogodkov – padcev v preteklih letih, smo prilagodili dejavnike tveganja glede na

potrebe bolnikov. Rezultati so pokazali, da smo imeli preizko ocenjene bolnike za padec glede na pogostost pojavov padca.

### Definicija padca

Za padec smatramo vse okoliščine, ko bolnik nenadoma in nehote pade na tla ali površino, ki je nižja od tiste v kateri se je predhodno nahajal (Oliver in sod., 1997).

### Pomembna dokumentacija za preprečevanje padcev, ki jo uporabljamo na Kliničnem oddelku za pljučne bolezni in alergijo Golnik

- Shema za oceno tveganja, da bolnik pade
- Navodila-smernice za uporabo sheme za oceno tveganja, da bolnik pade
- Poročilo o nesrečnem dogodku
- Klinična pot o pojavu nesrečnega dogodka
- Analize poročil o nesrečnem dogodku-padcu, temu sledijo notranji nadzor in korektivni ukrepi

### Shema za oceno tveganja, da bolnik pade

Dokument opremimo z bolnikovimi podatki, označimo datum in uro sprejema, ter datum prve ocene. Diplomirana medicinska sestra med pogovorom z bolnikom izbira med dejavniki tveganja: oslabelost, vrtoglavica, zmedenost, terapija s kisikom, motnje gibanja, padec v zadnjem letu, pogosto uriniranje, inkontinenca, starost, odtegnitev od alkohola, zdravljenje, ... Dejavnike ovrednoti od 1 do 3 točk. Pri vsoti 5 točk ali več je bolnik že ogrožen za padec. Da bi preprečili padec in bolnik ne bi utrpel telesnih poškodb, načrtujemo aktivnosti zdravstvene nege. V načrtu zdravstvene nege medicinska sestra izbira med naslednjimi aktivnostmi:

- uporaba varnostnih ograjic;
- ustrezna obutev-copati bolnika;
- bolnika poučiti naj vstaja počasi ali zahteva pomoč in spremstvo pri hoji ter nadzor med odvajanjem;
- namestitev klicne naprave na doseg roke, da lahko bolnik pokliče pomoč, kadar jo potrebuje
- pri uporabi fiksacijskih pripomočkov se vedno posvetujemo z zdravnikom, le ta jih mora predpisati tudi na terapevtsko listo. V takšnih primerih se vodi kontrola bolnikov po standardu, ki velja za našo bolnišnico in drugo.

Pri ocenjevanju upoštevamo navodila za uporabo Sheme za oceno tveganja, da bolnik pade in tako dosežemo enotno delo vseh zaposlenih v zdravstveni negi.

### Smernice za uporabo sheme za oceno tveganja, da bolnik pade

- Shema za oceno tveganja dobi bolnik že v sprejemni ambulanti.
- Diplomirana medicinska sestra oceni po shemi sprejete bolnike od 7-22 ure.
- Ponovna ocena se izvaja tretji dan po sprejemu, ne izvaja med vikendom, ampak se naredi na prvi delovni dan.
- Bolnika ponovno oceni po vsakem padcu ali ob spremembi zdravstvenega stanja.
- Če bolnik nima točk, v shemo zabeleži, da je število točk nič.

- Diplomirana medicinska sestra dokumentacijo vsakega bolnika, ki je ogrožen da pade označi z barvnim indikatorjem.

### Poročilo o nesrečnem dogodku

Na KOPA Golnik izpolnimo poročilo o nesrečnem dogodku-padcu tudi za vse tiste primere, ko bolnik naknadno pove, da je padel ali zdrnil. Poročilo o nesrečnem dogodku razdelimo na pet delov:

- 1. del:** podatki o bolniku: v zgornji levi kot nalepimo nalepko z bolnikovimi podatki, nato datum in uro padca ter bolniški oddelek na katerem se je pripetil padec, kraj padca ter datum sprejema v bolnišnico ter podpis prijavitelja.
- 2. del:** natančno opišemo zakaj in kako je prišlo do padca ter uro, ko smo obvestili zdravnika
- 3. del:** izpolni dežurni ali oddelčni zdravnik in sicer: ukrepe ob dogodku, pregled bolnika, se podpiše in napiše uro, ko je pregledal bolnika.
- 4. del:** izpolni sobni zdravnik dan po dogodku, bolnika pregleda in napiše morebitne spremembe in nadaljnje ukrepe, se podpiše in napiše uro in datum.

Poročilo napišemo v dvojniku. En izvod damo v popis bolnikove dokumentacije, drugega v tajništvo zdravstvene nege, od koder se vrne k članicam krožka za nadaljnjo obdelavo in analizo podatkov.

- 5. del:** napišemo vzrok padca, ocenimo dodatne dejavnike, ki so privedli do padca, oceno dejavnikov tveganja ter potrebe po zdravstveni negi.

### Analiza poročil o padcih

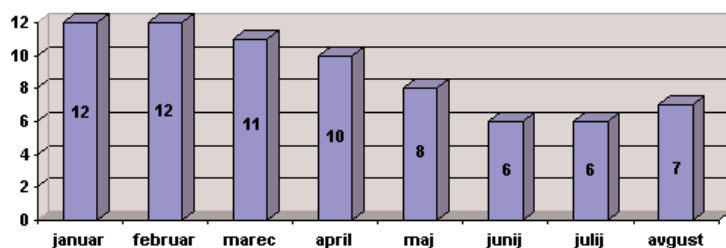
Analizo poročil o padcih delamo vsak mesec. Obdelujemo naslednje podatke:

- število padcev po posameznih bolniških oddelkih;
- izračunamo povprečno starost bolnikov;
- čas padca po izmenah;
- kraj, kjer se je zgodil padec;
- posledice, ki so nastale ob padcu;
- kateri dan po sprejemu se je pripetil padec;
- kategorija bolnikov;
- povprečno število točk pred in po padcu;
- ali je bil spremenjen načrt zdravstvene nege zaradi padca;
- koliko obrazcev je izpolnjenih pomanjkljivo;
- čas, ki je potekel od padca pa do prihoda zdravnika;
- vzrok za padec;
- dodatne dejavnike tveganja;
- padce iz postelje po posameznih bolniških oddelkih;
- izračunamo tudi odstotek padcev na tisoč oskrbnih dni.

Ob koncu leta naredimo še letno poročilo, ter primerjalno študijo iz preteklih let. Mesečno poročamo na sestrskih sestankih, se o najbolj kritičnih primerih pogovorimo in sprejemamo korektivne ukrepe.

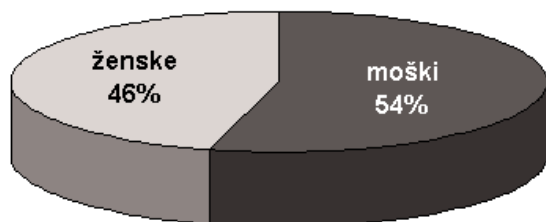
## Grafični prikaz analize poročil o padcih

V obdobju od 1.1.07 do 31.8.07 je bilo na KOPA Golnik evidentiranih 72 padcev.



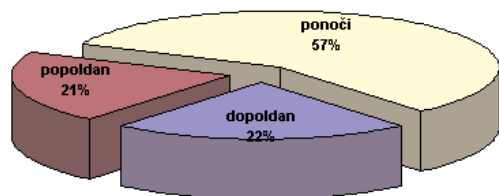
**Graf št. 1: Število padcev po mesecih**

Največ padcev se zgodi v zimskem in hladnejšem obdobju, kar je povezano z diagnozo bolnikov, ki se zdravijo na KOPA Golnik..



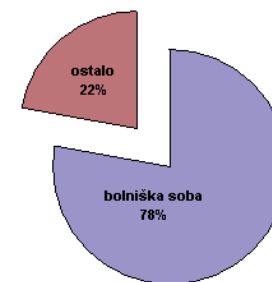
**Graf št.2: Odstotek padcev po spolu**

Glede na število sprejetih po spolu, je tudi število padcev po spolu sorazmerno razdeljeno.



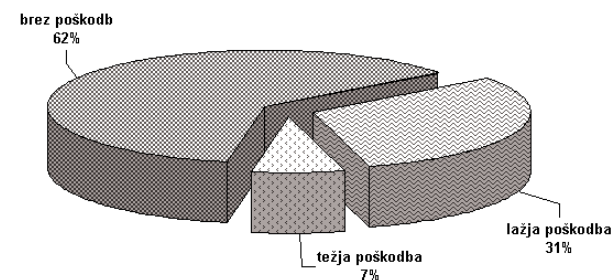
**Graf št.3: Število padcev po izmenah**

Prikazana je pogostnost padcev glede na nočno, popoldansko in dopoldansko izmeno. 57% padcev se je zgodilo ponoči. Nočna izmena traja 10 ur, prisotnega je manj osebja. Nekateri dejavniki tveganja za padec so bolj izraženi ponoči (motnje spanja, nemir, zmedenost)



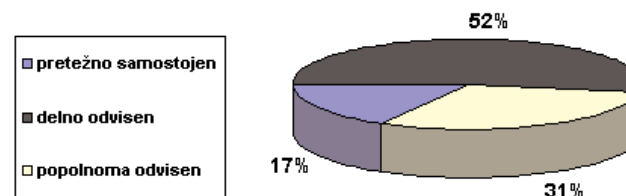
**Graf št. 4: Kraj padca**

Največ padcev se zgodi v bolniški sobi ob bolniški postelji. Ostali padci se zgodijo na hodniku bolniškega oddelka, v kopalnici in stranišču. Zabeležene pa imamo tudi padce, ki so se zgodili v avli bolnišnice, pred vhodom v bolnišnico in v parku



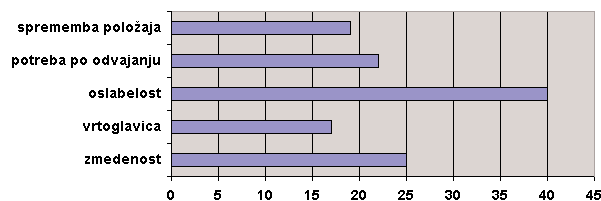
**Graf št. 5: Posledice padcev**

Približno dve tretjini vseh padcev, ki se zgodijo na KOPA Golnik se konča brez telesnih poškodb za bolnika. Med lažje poškodbe prištevamo odrgnine, manjši hematomi in bolečino, ki mine v 24-urah. Rano, ki jo je potrebno zašiti in zlom kosti pa prištevamo med težje posledice padca.



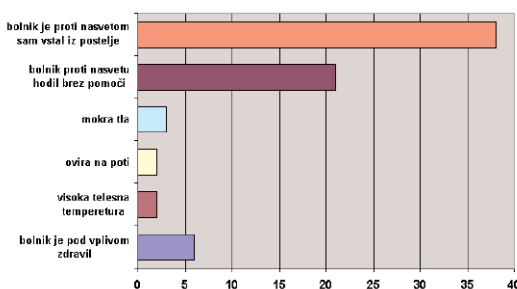
**Graf št. 6: Odvisnost od zdravstvene nege glede na kategorizacijo bolnikov**

Več kot 50% bolnikov, ki so padli, je bilo razvrščenih v drugo kategorijo glede potreb po zdravstveni negi.



Graf št. 7: Vzroki za padec

Vzrokov, ki privedejo do padca, je lahko več. Povezani so s simptomi bolezni, aktivnostjo in starostjo bolnikov. Na KOPA Golnik smo po prvem letu delovanja krožka in opravljenih analizah izbrali pet najpogostejših vzrokov, ki privedejo do padca. Najpogostejši vzrok je oslabelost združena z zmedenostjo in potrebo po odvajanju, sledi ji vrtoglavica skupaj s potrebo po odvajanju.



Graf št. 8: Dodatni dejavniki tveganja za padec

Dodatni dejavnik, ki privede do padca je v 90% neupoštevanje navodil negovalnega osebja.

Bolniki, ki potrebujejo pomoč in so ogroženi za padec so opozorjeni, da naj ne vstajajo sami iz postelje in hodijo brez pomoči. Vendar tega nasveta ne upoštevajo, ker je prisotna zmedenost ali pa precenijo svoje sposobnosti. Kot dodatni dejavnik imajo pogosto vpliv tudi zdravila, kot so analgetiki in pomirjevala, ki jih prejema bolnik.

## SKLEP

Za bolnikovo varnost v času hospitalizacije smo odgovorni vsi v zdravstvenem timu. Pomembno je naše sodelovanje in dobro poznavanje bolnikov in njihovih življenjskih navad. Skrbno spremljanje in analiziranje padcev nam omogoča sprejemanje korektivnih in preventivnih ukrepov, ki zvišujejo kakovost zdravstvene nege. Za zbiranje podatkov o bolniku je pomembna komunikacija z bolnikom, njihovimi svojci in med člani tima zdravstvene nege in širšega zdravstvenega tima.

## LITERATURA IN VIRI

1. *Gradivo krožka kakovosti za preprečevanje padcev Bolnišnice Golnik, KOPA Golnik: 2003, 2004, 2005.*
2. *Oliver D, Britton M, Seed P, Martin FC, Hopper AH. Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies. BMJ 1997; 315: 1049-53.*

## VARNOST DOJENČKA IN OTROKA S PRIROJENO SRČNO NAPAKO Z VIDIKA ZDRAVSTVENE NEGE

Alenka Ostanek, dipl. m. s.,

Univerzitetni klinični center, Pediatrična klinika, Služba za kardiologijo

### IZVLEČEK

Zagotavljanje varnosti spada med osnovne človekove potrebe. Hospitaliziranemu otroku je mora v celoti zagotoviti osebje zdravstvenega tima. Zagotavljanje varnosti je širok pojem, ki obsega skrb za fizično varnost otroka in zagotavljanje varnosti pri izvajanju ostalih življenjskih aktivnosti, pri diagnostičnih in terapevtskih posegih, negovalnih postopkih in dokumentiranju. Zagotavljanje varnosti sega tudi na otrokovo psihosocialno področje.

**Ključne besede:** varnost, prirojena srčna napaka, nadzor, opazovanje.

### UVOD

Zdravstvena dejavnost je področje z visokim tveganjem zaradi neželenih dogodkov, ki ne nastanejo zaradi same bolezni, ampak kot posledica procesa zdravljenja, kar lahko pripelje do smrti, hudih okvar, zapletov in bolnikovega trpljenja (Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika, 2005).

Bistvena naloga zdravstvenega in negovalnega tima, ki obravnava pediatričnega bolnika in njegove starše, je čim hitrejša otrokova ozdravitev in vrnitev v domače okolje.

Cilj zdravstvene nege je zadovoljen in nepoškodovan otrok, ki se tudi v bolnišnici razvija. To še zlasti velja za otroke s kroničnimi obolenji, ker so hospitalizacije pogostejše in različno dolge. Dojenčki in otroci s prirojeno srčno napako (v nadaljevanju PSN) so pogosteje hospitalizirani, še zlasti tisti, ki potrebujejo kirurško metodo zdravljenja ali katero od katetrskih tehnik zdravljenja.

### Zagotavljanje fizične varnosti

Dojenček ali majhen otrok še nista sposobna skrbeti za lastno varnost. Nevarnosti ne spoznata in se jim zato nista sposobna izogniti. Medicinska sestra, ki neguje dojenčka ali majhnega otroka, mora neprestano imeti v mislih (podzavesti) skrb za fizično varnost otroka, ki zajema:

- možnost zamenjave otroka; otrok v sprejemni ambulanti ob prisotnosti staršev dobi identifikacijsko zapestnico, s katero pride na oddelek;
- zaprta ograjica posteljice; velja pravilo, da za vsak trenutek, ko stopimo stran od posteljice, na kateri leži dojenček ali majhen otrok, ograjico zapremo; ograja naj sega otroku do ramen, če bi bil v stoječem položaju; razmik med pokončnimi letvami naj bo do 8 centimetrov;

- zdrs ali padec otroka pri opravljanju negovalnih postopkov; potrebno je upoštevati veljavne negovalne standarde in si pripomočke pripraviti v naprej; otrok mora biti vedno na zaščiteni površini;
- starosti primerne igrače; za prijetnejše bivanje v bolnišnici so pomembne tudi igrače, saj otrok ne more živeti brez igre; sam išče in ustvarja igre, s katerimi obvladuje svoj strah in svoje težave; prav je, da ima ob sebi ob pravem času prave igrače;
- umivanje in razkuževanje rok; velja upoštevanje standarda in zagotavljanje preprečevanja prenosa okužb.

Kolikor je življenjskih situacij, toliko je možnosti za nesreče v otroškem obdobju. Zdravstveni delavci, ki niso sposobni in ne znajo predvideti možnosti poškodb, so neprimerni za delo z otroki (Hoyer, 1994). V negovalnem timu moramo biti zato še posebno pozorni na novo zaposlene. Na pogoste in predvidljive dogodke v povezavi z varnostjo dojenčkov in otrok jih moramo opozoriti in šele ko ocenimo, da bodo delo opravljali odgovorno tudi z vidika varnosti, smejo delo opravljati samostojno. Za vse izvajalce zdravstvene nege (ZN) velja, da morajo obvladati ustrežna teoretična, strokovna in praktična znanja in se kontinuirano strokovno izpopolnjevati na področju ZN.

### **Zagotavljanje varnosti pri postopkih zdravstvene nege, diagnostičnih in terapevtskih posegih**

#### *Hranjenje po nazogastrični sondi (NGS)*

Za dojenčka s PSN je značilno, da se težje prehranjuje, ima slab apetit in počasneje pridobiva na telesni teži kot njegovi zdravi vrstniki. Dojenje je za dojenčka s PSN naporno. Mati si mleko izbrizgava in ga otroku ponudi po steklenički ali NGS. Odločitev za NGS pride na vrsto šele, ko so izčrpane vse možnosti hranjenja skozi usta. Otrok počasneje je, ne kaže želje po hrani, pri prehranjevanju se hitro utruji ali pa je nagnjen k bruhanju. Opazimo, da težko uskladi sesanje in požiranje. Obstaja velika možnost aspiracije hrane ali izbruhanine. Pri aktivnosti hranjenja dojenčka s PSN je vidik varnosti zelo pomemben. Enako velja za dojenčka, ki je hranjen po nazogastrični sondi. Večji prirastek na teži gre lahko na račun edemov. Iz tega razloga so dojenčki vsakodnevno tehtani na isti tehtnici, včasih tudi dvakrat dnevno. V primeru odstopanja je obveščen zdravnik.

#### *Odvzem vzorca venske krvi*

Pogost poseg je odvzem vzorca venozne krvi. Če je le mogoče, ga opravimo v posebnem prostoru – v intervencijski sobi. Z manjšim otrokom pridejo starši in ga držijo v naročju. Zaradi zagotovitve varnosti pri posegu vedno sodelujeta dve medicinski sestri. Ena izvaja poseg, druga pridrži izbrano mesto vboda. Pogosto zbadanje poskušamo zmanjšati z uvedbo i. v. perifernega kanala. Ta služi za dajanje i. v. terapije in za jemanje vzorcev krvi. I. v. kanal negujemo z rednim prebrizgavanjem. Ob tem smo pozorni na pojav flebitisa ali morebitne zamašitve. V tem primeru ga odstranimo. Zdravila, ki jih bolnik dobiva v infuzijski tekočini, vedno apliciramo preko infuzijske črpalke ali perfuzorja. To omogoča natančen nadzor nad parenteralnim vnosom tekočin in prilagajanje koncentracije zdravila. I. v. kanilo moramo zaradi morebitnega iztekanja infuzijske tekočine mimo žile pogosto opazovati.

#### *Snemanje elektrokardiograma*

Snemanje elektrokardiograma (EKG-ja) je rutinska in za otroka neboleča preiskava. Pri dojenčku in majhnem otroku, ki ne zaupata neznanemu okolju ali pa imata slabe izkušnje, je snemanje lahko zelo oteženo. Posnetka ne more napraviti ena sama oseba, ampak sodeluje eden od staršev ali pa otroka spremlja medicinska sestra. Sodelovanje ni samo v smislu otrokove pomiritve v času snemanja, ampak tudi z vidika varnosti, da otrok ob pretiranem upiranju preiskavi ne bi padel s pregledovalne mize.

#### *Ultrazvočni pregled srca*

Ultrazvočni pregled srca je prav tako neboleča preiskava, ki od bolnika zahteva samo to, da v času preiskave miruje. Bistvo preiskave je, da so strukture srca in velikih žil čim bolj natančno prikazane. Dojenčka za takšno sodelovanje le redko pridobimo, zato ga sprejmemo na oddelek in mu i. m. apliciramo zdravilo. Otrok običajno v desetih do petnajstih minutah zaspi. Sledi izvedba preiskave v ehokardiografskem laboratoriju. Po končani preiskavi otrok spi na oddelku. Medicinska sestra ga ves čas nadzoruje in opazuje dihanje ter po potrebi meri vitalne funkcije. Hranjenje in pitje je dovoljeno šele, ko je otrok popolnoma buden.

#### *Katetrski posegi*

Poleg kirurškega zdravljenja PSN se vse bolj razvijajo katetrške tehnike zdravljenja, ki nadomeščajo ali dopolnjujejo kirurško zdravljenje. Medicinska sestra na oddelku sodeluje pri pripravi bolnika na poseg in pri organizaciji transporta do katetrskega laboratorija. Po posegu je njeno poglavito delo usmerjeno v opazovanje bolnika, merjenje vitalnih funkcij, beleženje in ustrezno ukrepanje v primeru odstopanj. Vse z vidika zagotoviti največjo možno mero varnosti. Katetrski posegi se opravljajo v splošni anesteziji. Dostop se praviloma zagotovi s punkcijo stegenske arterije ali vene. Dan pred posegom zvečer medicinska sestra odstrani iz otrokove okolice vse morebitne prigrizke in pijače, ker mora biti na dan posega otrok tešč. Po končanem posegu je iz katetrskega laboratorija prepeljan leže v spremstvu zdravnika in bolničarke nazaj na oddelek. Otrok ima zagotovljen stalen nadzor medicinske sestre, ki je do večera ves čas fizično ob njem. Poleg nadzora vitalnih funkcij in zavesti opazuje vbodno mesto. Zaželeno je, da otrok mirno leži, kar je pri dojenčkih po prebujanju iz splošne anestezije težko doseči, zato prejmejo i. v. pomirjevalo. Glede na metodo katetrške intervencije je po navodilu zdravnika otrok priklapljen na monitor.

#### *Učenje staršev, otrok in mladostnikov*

Pomemben vidik varnosti otroka s PSN je preprečevanje možnosti za nastanek bakterijskega endokarditisa. V ta namen se izvaja učenje o preventivi bakterijskega endokarditisa za starše, otroke in mladostnike. V skupino so vključeni dva ali trije otroci in njihovi starši. Po končanem predavanju in diskusiji izpolnijo vprašalnik, zato da dobimo povratno informacijo o pridobljenem znanju.

### **Zagotavljanje varnosti otroku s psihosocialnega vidika**

Bolne otroke v bolnišnici spremljajo njihovi starši. To je otrokova osnovna pravica (Pleterski Rigler, 2005). Pomembno je, da vemo, da oni dajejo otroku največji občutek varnosti. Naloga medicinske sestre je, da pridobi zaupanje staršev, saj se nemir, nezaupanje in strah staršev

prenašajo na otroka. Posledično je otrok razdražljiv, nemiren in jokav. Zato naj bo, če je le mogoče, eden od staršev prisoten in pomirjen pri preiskavi. Otrok ima občutek, da tudi mama ali oče lahko kontrolirata, kaj se z njim dogaja. Če je umirjena in zaupljiva do otroka, posega in osebja, je lahko pozitiven vzgled otroku. Če pa mama besedno ali nebesedno izraža strah, nezaupanje, je kot taka negativen vzgled, kar na otroka slabo vpliva. Zato sta pomembni priprava in pomiritev staršev. Če pa mama (oče) presodi, da ni zmožna/zmožen prenesti prisotnosti pri posegu, ji/mu pomagamo pri razreševanju občutkov krivde in je/ga ne silimo, da je prisotna/prisoten.

#### SKLEP

Skrb za varnost dojenčka in otroka v času hospitalizacije se vključuje v celotno paleto aktivnosti, ki jih medicinska sestra opravlja pri svojem delu. Za zagotovitev varnosti otrok je osnovno načelo, da jih nikoli ne puščamo samih. Vsak trenutek dneva jim moramo zagotoviti nadzor. Prisotnost enega od staršev otroku pomaga, da ne zapade v otopelost in brezup zaradi boleznih in občutka, da so ga starši zapustili in je prepuščen tujemu okolju. Zdravstvenemu osebju pri tem nalaga nove obveznosti in dolžnosti. Hkrati zahteva dodatno znanje in spretnosti pri delu. S prisotnostjo staršev se je povečal občutek varnosti dela zdravstvenih delavcev.

#### UPORABLJENA IN PRIPOROČENA LITERATURA

1. Hoyer S. Zdravstvena nega otroka. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije, 1994: 139-44, 179-87.
2. Podnar T. Sodobna intervencijska kongenitalna kardiologija. V: Izbrana poglavja iz pediatrije: Zbornik predavanj, Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo, 2007: 50-8.
3. Peterka Novak J. Zdravstvena nega in starši. V: Bivanje otrok in mladostnikov v bolnišnicah: zbornik – Ljubljana: Ustanova za novo pediatrično kliniko, 2004.
4. Pleterski Rigler D. Pravice otroka v bolnišnici. ISIS 5/ 2005: 42-4.
5. Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika, 2005. Dostopno na internetu: <http://www.vestnik.szd.si/st5-7-8/st5-7-8-413-414.htm>, 20.09.2007

## ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA Z BOLENJI SRCA IN OŽILJA Z VIDIKA ZAGOTAVLJANJA VARNOSTI BOLNIKA NA ODDELKU ZA KARDIOLOGIJO IN ANGIOLOGIJO V UKC MARIBOR

*Bernarda Medved, dipl. m. s.,  
Univerzitetni klinični center Maribor*

#### IZVLEČEK

Zdravstvo je področje z visokim tveganjem za neželene dogodke in varnostne zaplete pri bolnikih. Namen prispevka je predstaviti prizadevanja izvajalcev zdravstvene nege za varno obravnavo bolnikov na Oddelku za kardiologijo in angiologijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor. Predstavljeni so stališča, cilji in že izvajane aktivnosti. Obravnavan je hospitalni del oddelka in negovalna dokumentacija, ki je izvajalcem zdravstvene nege v podporo pri varni obravnavi bolnikov. Poudarjen je pomen poročanja o neželenih dogodkih. Predstavljeni so analiza in rezultati neželenih dogodkov ter ukrepi za preprečevanje le-teh. Poudarjen je pomen poročanja o neželenih dogodkih.

**Ključne besede:** varnost, zdravstvena nega, neželeni dogodek

#### UVOD

Varnost bolnikov v Evropski uniji vzbuja skrb. Najnovejše študije dosledno kažejo, da v vedno večjem številu držav do napak pri zdravstveni oskrbi prihaja pri približno 10 % hospitalizacij (Javno zdravstveni portal Evropske unije, 2007).

Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika pravi, da je dostop do kakovostne zdravstvene oskrbe osnovna človekova pravica, ki jo priznavajo in spoštujejo Evropska unija, vse njene institucije in državljani Evrope. V skladu s tem dejstvom imajo bolniki pravico pričakovati, da bo ves trud izvajalcev medicinskih in zdravstvenih storitev vložen v zagotavljanje njihove varnosti kot uporabnika zdravstvenih storitev (Ministrstvo za zdravje, 2005).

Tudi na Oddelku za kardiologijo in angiologijo Univerzitetnega kliničnega centra (UKC) v Mariboru zagotavljanje varnosti bolnika predstavlja enega najaktualnejših izzivov pri izvajanju kakovostne zdravstvene obravnave. Smernice so znane na globalni ravni, za področje Evropske unije in tudi lokalno. Naša naloga je, da jih prilagodimo za naše bolnike in apliciramo v prakso.



## Zagotavljanje varnosti bolnika

Zdravstvena dejavnost je področje z visokim tveganjem zaradi neželenih dogodkov, ki ne nastanejo zaradi same bolezni, ampak kot posledica procesa zdravljenja, kar lahko pripelje do smrti, resnih okvar, zapletov in bolnikovega trpljenja.

V hospitalni enoti moramo poznati in uvesti orodja za zmanjševanje števila neželenih dogodkov in njihovih posledic. Zdravstvena dejavnost, vključno z zdravstveno nego, mora biti načrtovana tako, da preprečuje napake in neželene dogodke ter tako zagotavlja odpravo resnih napak in poveča delovanje, skladno z varnostnimi postopki.

Glede na rezultate in zbrane dokaze dela številnih institucij in drugih iz tega področja je postalo jasno, da je prvi korak na poti k izgradnji varnosti za bolnike uveljavitev *kulture varnosti* za bolnike v celotnem zdravstvenem sistemu. V celotni zdravstveni dejavnosti moramo uvesti upravljanje s tveganji kot rutinsko orodje. Predpogoj za njegovo uvedbo predstavlja odprto in zaupanja vredno delovno okolje, katerega kultura temelji na učenju iz neželenih dogodkov, ki so ali niso pripeljali do škodljivosti za bolnika. Taka kultura ne temelji na iskanju »krivde in sramotenja« ter posledičnega kaznovanja (Robida., 2006).

Škodljivost, ki je bila bolnikom povzročena, predstavlja veliko breme za družbo. Investiranje v varnost bolnikov torej predstavlja potencialno povečanje prihrankov celotnih stroškov zdravstvene obravnave in hkrati očitno dobrobit za bolnika (Ministrstvo za zdravje, 2005).

## Predstavitve Oddelka za kardiologijo in angiologijo

Oddelek za kardiologijo in angiologijo je eden izmed šestih samostojnih oddelkov v sklopu Klinike za interno medicino v UKC Maribor. Glede na diagnostične metode in subspecialnosti ga delimo na tri enote:

- funkcionalno enoto s spirometrijo, kjer izvajamo neinvazivne kardiološke in angiološke preiskave,
- laboratorij za invazivno kardiologijo in elektrofiziološke preiskave srca ter
- hospitalno enoto.

Oddelek za kardiologijo in angiologijo ima 46 posteljnih enot, ki so razporejene v devet štiriposteljnih in eno triposteljno sobo. Preostalih sedem posteljnih enot pripada sobi za intenzivno nego. Število postelj je enako že vse od leta 1973, ko je oddelek deloval kot Odsek za kardiologijo v okviru Internega oddelka Splošne bolnišnice Maribor. Da zmoremo obravnavati naraščajoče število srčno-žilnih bolnikov, se lahko pripiše dejstvu, da se je število ležalnih dni na posameznega bolnika izredno znižalo.

Zdravstveno nego na oddelku v dopoldanskem času izvajajo štiri diplomirane medicinske sestre in šest zdravstvenih tehnikov. Z izmenskimi delom za zdravstvene tehnike in z dežurstvi za diplomirane medicinske sestre je zagotovljena kontinuirana zdravstvena nega.

Iz tabele 1 je razviden obseg dela Oddelka za kardiologijo in angiologijo UKC Maribor v letih od 2005 do polovice leta 2007. Opazimo trend upadanja povprečne ležalne dobe. V prvi polovici leta 2007 je nižji odstotek zasedenosti postelj posledica obnove sobe za intenzivno nego, saj ni bil upoštevan izpad sedmih posteljnih enot.

**Tabela 1.** Obseg hospitalnega dela Oddelka za kardiologijo in angiologijo (Informacijski bilten Splošne bolnišnice Maribor, 2007)

	št. postelj	vsi odp. bolniki	enodn. bolniki	oskrbni dnevi	% zased. post.	povpr. lež. doba*
JAN-DEC 2005	46	2.393	47	14.425	85,9	6,0
JAN-DEC 2006	46	2.252	39	14.277	85,0	5,7
JAN- JUN 2007	46	1.278	24	6.957	77,3	5,4

\*povprečna ležalna doba brez enodnevnih bolnikov

## Znanja za večjo varnost bolnika

“Znanje je vedenje, o katerem lahko razpravljamo in ga delimo z drugimi.” Pridobivanje znanja ne more biti namenjeno samo sebi ali predstavljati zgolj sredstvo za doseganje nekega osebnega cilja (diplome, višjega dohodka), temveč mora postati dinamična kakovost posameznika. Stalno ga moramo razvijati, dopolnjevati in posodabljati, kar je izraženo tudi v Kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Šele aktivno pridobivanje novega znanja nam hkrati omogoča vpogled v širino našega neznanja (Šmitek, 2001).

Za zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege, ki je hkrati tudi varna zdravstvena nega, medicinske sestre potrebujemo določena teoretična znanja, ki jih pridobimo med formalnim izobraževanjem, še več pa pri delu v klinični praksi. Pomembna so tudi interna strokovna izobraževanja in neformalna izobraževanja v smislu spremljanja novosti.

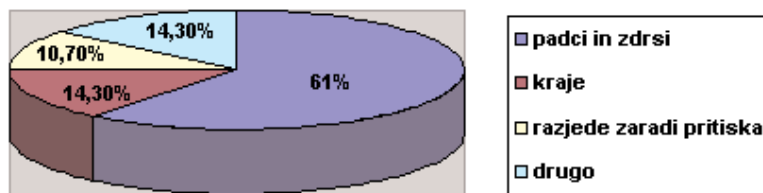
Spremljanje in analiza frekvence pojavljanja neželenih dogodkov v bolnišnični zdravstveni negi ter upoštevanje smernic za izvajanje standardnih aktivnosti za njihovo preprečevanje so osnovni pogoji zagotavljanja kakovosti in varnosti (Zemljič in sod., 2007).

## Neželeni dogodki v zdravstveni negi na Oddelku za kardiologijo in angiologijo v letu 2006

S sistematičnim zbiranjem podatkov o neželenih dogodkih v zdravstveni negi smo na Oddelku za kardiologijo in angiologijo pričeli leta 2005. Podatke posredujemo vodji Službe internistične zdravstvene nege, ta pa Službi zdravstvene nege UKC Maribor.

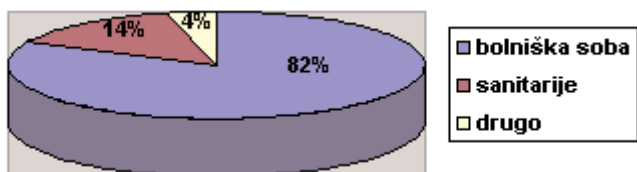
V letu 2006 smo na oddelku zabeležili 28 neželenih dogodkov v zdravstveni negi. Od tega je bilo 17 padcev in zdrsov, štiri kraje in tri razjede zaradi pritiska (RZP). Podatke smo zbrali iz Zapisnikov o nastopu neželenega dogodka v zdravstveni negi. To je s standardom predpisan obrazec Službe zdravstvene nege, ki velja za celotno ustanovo ter za vse vrste neželenih dogodkov. Na oddelku smo zbrane zapisnike analizirali.

Iz slike 1 je razvidno, da večinski delež neželenih dogodkov predstavljajo padci in zdrsi (61 %). Kraje so se v določenem obdobju pojavljale po vseh internih oddelkih v 14,3 % in so se končale s prijettjem organizirane skupine kriminalcev. Do nastanka RZP na oddelku praktično ne pride več, vsi primeri so bili zabeleženi ob sprejemu (10,7 %). Preostalih 14,3 % neželenih dogodkov so vbod z iglo delavke čistilnega servisa, udarec bolnika z glavo v steno ipd.



Slika 1: Vrste neželenih dogodkov

Večina neželenih dogodkov se je zgodila v bolniških sobah (82 %). Bistveno manjši delež pripada sanitarnim prostorom (14 %), hodniku in sobi za posege (4 %) (slika 2).



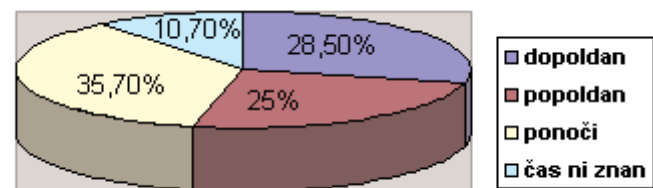
Slika 2: Nastop neželenih dogodkov glede na prostor

Večina neželenih dogodkov – 71,4 % se zgodi moškimi bolnikom (20 neželenih dogodkov). Verjetno je eden izmed razlogov ta, da je delež moških bolnikov, ki so hospitalizirani, večji (slika 3).



Slika 3: Neželeni dogodki glede na spol udeležencev

Po pričakovanjih je največ neželenih dogodkov v nočni izmeni (35,7 %), manj v popoldanski izmeni (25 %). Znatno delež neželenih dogodkov pripada dopoldanski izmeni (28,5 %), ker so takrat odkrite kraje in zabeležene RZP ob sprejemih bolnikov (slika 4).

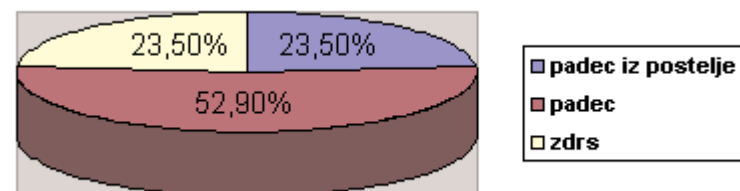


Slika 4: Nastop neželenih dogodkov glede na delovno izmeno

Padce na oddelku analiziramo in razdelimo na (slika 5):

- padce iz postelje (23,5 %),
- druge padce (52,9 %) in
- zdrse (23,5 %).

Posledice padcev so bile odrgnine (dvakrat), rana na glavi, udarnina in v enem primeru materialna škoda za bolnika. Zdrsi so v vseh primerih minili brez posledic.



Slika 5: Analiza padcev

Žal v Zapisnikih o nastopu neželenega dogodka nismo dosledno označevali kategorizacije bolnikov, ki so bili udeleženi. Po naših izkušnjah lahko rečemo, da je večina bolnikov v I. ali II. kategoriji slovenske kategorizacije zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege (SKZBZN). Varnost je najtežje zagotoviti bolnikom v II. kategoriji, ki pri svojih aktivnostih v glavnem potrebujejo samo delno pomoč. V želji po večji samostojnosti pogosto ne upoštevajo navodil izvajalcev zdravstvene nege (ne uporabijo klicne naprave, ne želijo motiti ipd.).

### Vsebinski opis kategorij po Slovenski kategorizaciji zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege (SKZBZN)

I. kategorija zahtevnosti zdravstvene nege

Sem sodi bolnik, ki je pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti pretežno samostojen, potrebuje pa nadzor, medicinsko-tehnične postopke in posege ter zdravstvenovzgojno in/ali socioterapevtsko delo.

II. kategorija zahtevnosti zdravstvene nege

Sem sodi bolnik, ki pomoč potrebuje pri eni ali več naslednjih aktivnostih: osebni higieni, gibanju, hranjenju in/ali varnosti. Poleg tega lahko potrebuje pogostejše in/ali dolgotrajnejše aplikacije terapije, pogostejše spremljanje vitalnih znakov in/ali reden nadzor nad gibanjem v bolnišničnem okolju ter zdravstvenovzgojno in/ali socioterapevtsko delo.

III. kategorija zahtevnosti zdravstvene nege

Sem sodi bolnik, ki potrebuje popolno pomoč pri eni ali več naslednjih aktivnostih: osebni higieni, gibanju, hranjenju in/ali varnosti. Poleg tega potrebuje pogostejše in/ali dolgotrajnejše aplikacije terapije, spremljanje vitalnih znakov v neprekinjenih intervalih oziroma neposredno opazovanje ter zdravstvenovzgojno in/ali socioterapevtsko delo.

IV. kategorija zahtevnosti zdravstvene nege (oddelek za intenzivno nego)

Sem sodi bolnik, ki poleg zgoraj naštetega potrebuje še stalno spremljanje vitalnih znakov in/ali stalno spremljanje psihofizičnega stanja (Kolegij za poenotenje SKZBZN, 2005).

### **Pomen negovalne dokumentacije pri zagotavljanju varnosti bolnika**

Ko je bolnik sprejet na oddelek, morajo izvajalci zdravstvene nege znati prepoznati potencialne nevarnosti za nastop neželenega dogodka. Z uporabo negovalne dokumentacije je zbiranje podatkov natančno in sistematično. Verjetnost, da bi izpustili ali spregledali pomembne podatke o bolniku, je zmanjšana.

Negovalna dokumentacija izvajalce zdravstvene nege stalno informira o tem, kakšno zdravstveno nego in oskrbo je bolnik prejel ter jasno opredeli vse pomembne informacije o bolniku (Onkološki inštitut Ljubljana, 2004).

Tako kot dokumentiranje podatkov o bolniku, izvedenih negovalnih intervencijah itd. je pomembno tudi to, kako so dokumentirani neželeni dogodki v zdravstveni negi. Priporočljivo je, da zapisovalec neželenega dogodka upošteva določena pravila. Zapis naj bo:

- kratek, jedrnat, natančen in objektivni,
- zabeležen čim prej po nastopu dogodka z neizbrisljivim pisalom,
- vsebuje naj opis videnih dejstev in izvedenih ukrepov ter vpletenih oseb,
- naj ne vsebuje ugibanj in razlag dogodka,
- brez obtoževanja posameznika,
- zabeležena naj bodo vsa dejstva (Nursing documentation, record keeping and written communication, 2004).

### **Ukrepi za preprečevanje neželenih dogodkov**

Standardi na področju varnosti, ki jih priporoča Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije v Splošnih standardih kakovosti zdravstvene oskrbe, priporoča pa jih tudi ameriško združenje za promocijo kakovosti v zdravstvu Joint commission za leto 2006 in jih lahko prenesemo v naše okolje, so (The joint Commission, 2007):

#### *1. Natančna – dvojna identifikacija bolnika*

Vsak bolnik ob sprejemu na oddelek na desno roko dobi identifikacijski trak, na katerega vpišemo ime, priimek, rojstni datum in oddelek. Tako se lahko pred izvajanjem tako medicinskih kot negovalnih intervencij opravi dvojno preverjanje bolnika. Nadalje se je tak način identifikacije izkazal kot koristen takrat, ko imamo opravka z bolniki, ki so begajoči, in pri nenadni izgubi zavesti bolnika. Neželeni dogodki, ki jih na tak način lahko preprečimo, so napake v identiteti bolnika, pogrešan bolnik in pobeegli bolnik.

#### *2. Izboljšanje učinkovitosti v komunikaciji med izvajalci zdravstvene nege*

Dobra predaja dela med izvajalci zdravstvene nege, tako pisna kot ustna, je ključnega pomena za zagotavljanje kontinuitete zdravstvene nege. S tem preprečimo ponavljanje že izvedenih negovalnih intervencij in preprečimo, da kakšne intervencije ne bi izvedli. Več pozornosti

moramo nameniti še sprejemanju izvidov po telefonu; vedno ponovimo prejeto informacijo v celoti, vključno z bolnikovimi podatki. Za sprejemanje naročil zdravnika preko telefona pa je izdelan standardiziran obrazec na ravni ustanove.

#### *3. Izboljšanje varnosti pri uporabi zdravil*

Poseben problem predstavljajo vedno nova zaščitena imena generičnih zdravil (enake učinkovine) različnih proizvajalcev. Še posebej so v tem primeru obremenjeni mlajši sodelavci. Zato imamo v oddelčni lekarni in na vozičku z zdravili vedno seznam zdravil, ki imajo različna imena. Še vedno pa je prvo pravilo pri dajanju terapije pravilo sedmih P-jev.

#### *4. Zmanjšanje tveganja za bolnišnične okužbe*

Izvajalci zdravstvene nege upoštevamo pisna navodila, sprejeta na nivoju ustanove. Navodila so zbrana v »rastoči« mapi Bolnišnična higiena. Namenjena so preprečevanju bolnišničnih okužb (BO) (higiensko umivanje rok, razkuževanje rok, uporaba rokavic, higienska oskrba bolnikove okolice, čiščenje in razkuževanje posteljne enote, ukrepi za preprečevanje BO in kolonizacije z MRSA ...) in ukrepanju ob njihovem pojavu (prijava BO, način obveščanja in sodelovanja v primeru okužbe, BO ali suma nanjo, kontaktna izolacija, lista razkužil, dekolonizacija pri nosilcih z MRSA ...). V primeru pojava BO sodelujemo s Službo za obvladovanje bolnišničnih okužb (SOBO), ki pripravlja navodila za preprečevanje BO in izvaja higienski nadzor na oddelku.

#### *5. Zagotavljanje kontinuitete predpisane terapije*

Vsako aplikacijo zdravila dokumentiramo na obrazec Evidenčni list dane terapije. Obrazec je opremljen z nalepko bolnika, vanj vpisujemo ime zdravila, količino, datum, čas, način aplikacije in podpis osebe, ki je zdravilo dala.

#### *6. Zmanjšanje tveganja za poškodbo bolnika, ki je posledica padca*

Ob sprejemu bolnika na oddelek vodja negovalnega tima izpolni obrazec Ocena tveganja za padec bolnika in glede na dobljeni seštevek točk predvidi, izvede oziroma naroči potrebne ukrepe. Ocena tveganja za padec se ponovi ob spremembi zdravstvenega stanja bolnika.

#### *7. Spodbujanje bolnika in svojcev, da aktivno sodelujejo pri zagotavljanju varnosti*

Vsakega bolnika poučimo, kako lahko pomaga pri zagotavljanju svoje varnosti:

- kadar je slaboten, omotičen ali zaspan, naj ne vstaja iz postelje, temveč uporabi klicno napravo,
- s primerno obutvijo, ki se dobro prilega stopalu in nima drsečega podplata,
- z umivanjem in razkuževanjem rok,
- da opozori, če izgubi identifikacijski trak ali je ta poškodovan,
- kadar ne prepozna pripravljenih zdravil, naj na to opozori medicinsko sestro,
- da ne prinaša v bolnišnico dragocenosti in denarja.

V zagotavljanje varnosti bolnika vključimo tudi njegove svojce. Seznanimo jih z možnimi neželenimi dogodki, ki bi se predvidoma lahko zgodili njihovim svojcem v bolnišnici, in z aktivnostmi, ki jih izvajamo za preprečitev le-teh. Opozorimo jih na razkuževanje rok. Prosimo jih, naj takrat, kadar so bolni ali prehlajeni, ne hodijo na obisk v bolnišnico.

#### *8. Izboljšanje prepoznavanja in odzivanja na spremembe bolnikovega stanja*

Pri razporeditvi izvajalcev zdravstvene nege skrbimo, da je v vsakem timu oseba z več znanja in izkušenj, ki ostalim članom tima lahko pomaga pri opazovanju in sprejemanju odločitev v zvezi s spremembami zdravstvenega stanja bolnikov.

## SKLEP

Pomen zagotavljanja varnosti bolnikov šele v zadnjem desetletju dobiva svoje mesto pri zagotavljanju kakovostne obravnave bolnika. Včasih je bilo pojmovanje varnosti bolnika vezano izključno na padce iz postelje, edini način zagotavljanja varnosti pa namestitve posteljne ograje nemirnemu bolniku. Sedaj vemo, da temu ni tako in da to še zdaleč ni dovolj.

Neželeni dogodki se pojavljajo povsod, tudi v najboljših zdravstvenih ustanovah, najboljšim zdravnikom, medicinskim sestram in drugim zdravstvenim delavcem. Zato je potrebno neželene dogodke spremljati, dokumentirati in analizirati. Analizi naj sledijo ukrepi, s katerimi se prepreči, da bi se dogodek v prihodnosti ponovil.

Ker je naša kultura reševanja neželenih dogodkov še vedno usmerjena v iskanje posameznika – krivca za nastop neželenega dogodka, je zaposlene težko prepričati, da poročajo o vseh neželenih dogodkih, četudi so brez posledic za bolnika.

Tudi na Oddelku za kardiologijo in angiologijo UKC Maribor uspešno stopamo po poti zagotavljanja varnosti bolnika. V klinično prakso uvajamo standarde, protokole, navodila za delo ter želimo dosledno izpolnjevati dokumentacijo zdravstvene nege, ki nam pomaga pravočasno prepoznati možne neželene dogodke in jih preprečiti. Želimo vzpostaviti tako delovno okolje, v katerem bodo varni vsi udeleženci – tako bolniki kot zaposleni.

## LITERATURA

1. Jodl Skalicky U. *Obseg hospitalnega dela v obdobju januar-december 2006. Informacijski bilten Splošne bolnišnice Maribor 2007; 1: 20.*
2. *Kolegij za poenotenje SKZBZN (Operativna skupina). Privočnik slovenska kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege (SKZBZN). Ljubljana: Klinični center Ljubljana, 2005.*
3. Robida A. *Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti in varnosti v zdravstvu ter uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2006.*
4. Šmitek J. *Hierarhija znanja v zdravstveni negi. Obzor Zdr N 2001; 35: 163-74.*
5. Zemljčič B, Tandler I, Korat V. *Ugotavljanje tveganja za nastop padca pri bolnikih v bolnišnici z modificirano lestvico padcev Morse (LPM). V: Filej B, Kersnič P (ur). 6. mednarodni kongres zdravstvene in babske nege »Zdravstvena in babska nega – kakovostna, učinkovita in varna« : zbornik predavanj in posterjev, Ljubljana, 10. - 11. maj 2007. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babske nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babskih in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2007: 171-5.*

## VIRI

1. *2008 National Patient Safety Goals Hospital. The joint Commission, 2007. Dostopno na: [http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/08\\_hap\\_npsgs.htm](http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/08_hap_npsgs.htm), 28.08.2007.*
2. *Luksemburška deklaracija o varnosti bolnikov. Ministrstvo za zdravje, 2005. Dostopno na: [www.mz.gov.si/.../zdravstveno\\_varstvo/kakovost/Luksembur\\_ka\\_delaracija\\_o\\_varnosti\\_bolnikov.pdf](http://www.mz.gov.si/.../zdravstveno_varstvo/kakovost/Luksembur_ka_delaracija_o_varnosti_bolnikov.pdf), 28.08.2007.*
3. *Negovalna dokumentacija Službe zdravstvene nege. Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor, 2007.*
4. *Nursing documentation, record keeping and written communication, 2004. Dostopno na: <http://209.85.129.104/search?q=cache:YRNPMwAfH7sJ:intl.elsevierhealth.com/e-books/pdf/914.pdf+&hl=sl&ct=clnk&cd=2&gl=si>, 20.09.2007*

5. *Splošni standardi kakovosti zdravstvene obravnave. Ministrstvo za zdravje, 2004. Dostopno na: <http://www2.gov.si/mz/mz-splet.nsf/j1?OpenFrameSet&Frame=main&Src=/mz/mz-splet.nsf/0/CA6B8550F3FEA8C2C1256B56004A093F?OpenDocument>, 28.08.2007.*
6. *Strokovno delo v zdravstveni negi. Onkološki inštitut Ljubljana, 2004. Dostopno na: [http://www.onko-i.si/sl/dejavnosti/zdravstvena\\_dejavnost/dejavnost\\_zdravstvene\\_nege\\_in\\_oskrbe\\_bolnika/strokovno\\_delo\\_v\\_zdravstveni\\_negi/](http://www.onko-i.si/sl/dejavnosti/zdravstvena_dejavnost/dejavnost_zdravstvene_nege_in_oskrbe_bolnika/strokovno_delo_v_zdravstveni_negi/), 20.09.2007*
7. *Varnost bolnikov. Javno zdravstveni portal Evropske unije, 2007. Dostopno na: [http://ec.europa.eu/health-eu/care\\_for\\_me/patient\\_safety/index\\_sl.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/patient_safety/index_sl.htm), 28.08.2007*

# NEŽELENI DOGODKI IN VIRI NEŽELENIH UČINKOV V LABORATORIJU ZA INTERVENTNO KARDIOLOGIJO

*Dejan Perša, dipl. zn.,*

*Univerzitetni klinični center Maribor, Laboratorij za interventno kardiologijo*

*dejan.persa@planet.si*

## IZVLEČEK

Zdravstvena dejavnost je področje z visokim tveganjem zaradi neželenih dogodkov, ki ne nastanejo zaradi same bolezni, ampak kot posledica procesa zdravljenja in zdravstvene nege. Neželeni dogodki lahko pripeljejo do zapletov, hudih okvar ali celo do smrti bolnika. Zdravstvena napaka pomeni odstopanje od pričakovanih norm in od tega, kar se v stroki smatra kot običajno in pravilno. Poznavanje potencialnih nevarnosti pripomore k temu, da vnaprej preprečimo morebitne neželene dogodke. Če pa se že zgodijo, je treba imeti pripravljen načrt ukrepanja. Zdravstveni delavci nenehno iščemo nova spoznanja in rešitve, ki zagotavljajo vedno boljšo varnost bolnikov in hkrati izvajalcev zdravstvene nege.

**Ključne besede:** neželeni dogodek, varnost bolnika, napaka v zdravstvu

## ABSTRACT

Health activity is field with high hazard because of adverse events, because they don't occur only because of disease alone, but as consequence of process of treatment and nursing care. Adverse events can lead to complications, bad injuries or even to death of the patient. Medical error means discrepancy from expected norms and odes of that what is believed as usual and correct. Knowledge of potential dangers helps us to prevent eventual adverse events in advance. If adverse events do occur, it is necessary to be prepared with a plan of further steps. Professional health care workers continuously search for new findings and solutions, which assure better safety of patients and performers of nursing care.

**Key words:** adverse event, safety of patient, mistake in health care

## Uvod

Varnostni zapleti pri bolniku oziroma zdravstvene napake so prisotni, odkar obstajata medicina in zdravljenje. V človeški naravi je, da išče krivca za to, da je bolan in da ozdravitev ni zagotovljena takoj ter v želenem izidu. Bolnemu, trpečemu, obupanemu in upajočemu posamezniku se zareže v spomin vse, kar doživi. Kadarkoli menimo, da so bolniki nehvaležni, pomislimo, kaj bi kot bolniki storili mi, kaj bi želeli? Izhajamo iz tega, da je bolnišnično okolje specifično, neznano in strah vzbujajoče.

Varnost je taka lastnost stanja, v katerem je zagotovljen uravnotežen fizični, duhovni in duševni ter gmotni obstoj posameznika in družbenih skupnosti v razmerju do drugih posameznikov in družbenih skupin (Leksikon Cankarjeve založbe, 2000).

Namen prispevka je opisati neželene dogodke, ki jih lahko storimo zdravstveni delavci, ter opisati vire neželenih učinkov, ki lahko nastanejo med izvajanjem zdravstvene oskrbe.

### Neželeni dogodki

Odgovornost za preprečevanje nastanka, ugotavljanje in odpravljanje vzrokov napak je na posamezniku ter timu, ki delo izvaja. Brez kontinuiranega izobraževanja, dokumentiranja, analiziranja in spremljanja ter odpravljanja vzrokov nastanka napak ne moremo govoriti o kakovostni zdravstveni negi. Kultura organizacije dela, human odnos do bolnika ter posameznikov, ki delo izvajajo, so temelji, ki omogočajo varno in kakovostno delo.

Specifično okolje Laboratorija za interventno kardiologijo z zahtevnimi napravami in procesom izvajanja invazivnih postopkov zdravljenja bolnikov predstavlja dejavnike tveganja za njihovo varnost. Opredeljena so tveganja, ki se najpogosteje pojavljajo v procesu zdravljenja in na katera zdravstveno osebje lahko vpliva ter s strokovnim in odgovornim delom tako preprečuje škodljivosti.

#### *Najpogostejša tveganja za varnost.*

- Zamenjava bolnika ali invazivnega posega, do česar pride zaradi slabe in nepravilne komunikacije med osebjem oziroma zaradi slabe identifikacije bolnika.
- Možnost poškodb bolnikov pri transportu, pri premeščanju bolnika iz bolniške postelje na operacijsko mizo obstaja možnost zdrsa, padca.
- Možnost preobčutljivostnih odzivov: pri čiščenju in razkuževanju operativnega polja se uporabljajo sredstva, ki lahko povzročijo preobčutljivostni odziv.
- Poškodovani materiali in naprave: v času interventnega posega obstaja možnost poškodbe materiala oziroma okvare medicinskih aparatov.
- Rentgensko sevanje: rentgenski žarki predstavljajo tveganje tako za bolnika kot za osebje. Negativnim posledicam sevanja so izpostavljeni predvsem spolni organi, ščitnica in očne leče.
- Možnost opeklin: med invazivnim posegom obstaja možnost termičnih, kemičnih in električnih opeklin. Možnost električne opekline obstaja pri uporabi elektrokirurškega noža.
- Okužbe rane oziroma vbodnega mesta lahko ogrozijo in podaljšajo čas zdravljenja, ogrožajo bolnikovo življenje ali povzročajo invalidnost in povečajo stroške zdravljenja.
- Prekinitev sterilnega načina dela: izvedba invazivnega posega na srcu zahteva pogoje sterilnega načina dela. Vsak član operativne ekipe je pozoren na dogodek, ki bi onesteriliziral operativno polje. V takšnem primeru je potrebno takojšnje ukrepanje.
- Navzočnost obiskovalcev (novincev, pripravnikov, študentov in gostov) v operacijski sobi: usposabljaljoči bi lahko nehote in nevede ravnali nepravilno.
- Neprimerna komunikacija v operacijski sobi: osebje hote ali nehote komentira določene dogodke v prisotnosti bolnika.

### Izhodišča

Glede na rezultate in zbrane informacije iz različnih ustanov je postalo jasno, da je prvi korak k izgradnji varnosti za bolnika uveljavitev kulture varnosti za bolnike in uveljavitev kulture varnosti v celotnem zdravstvenem sistemu. V celotni zdravstveni dejavnosti moramo uvesti upravljanje s tveganji kot rutinsko orodje. Predpogoj za njegovo uvedbo predstavlja odprtost in zaupanja vredno delovno okolje, katerega kultura temelji na učenju iz neželenih dogodkov, ki so ali niso pripeljali do škodljivih posledic za bolnika.

V luči teh navedenih dejstev je aprila 2005 potekala konferenca v Luksemburgu, ki so se je udeležile članice Evropske unije (EU), med njimi tudi Slovenija. Sprejeta so bila priporočila o varnosti, ki so jih poimenovali Luksemburška deklaracija; ta pravi:

*»Dostop do kakovostne zdravstvene oskrbe je osnovna človekova pravica, ki jo priznavajo in spoštujejo Evropska unija, vse njene institucije in državljani Evrope. V skladu s tem dejstvom imajo bolniki pravico pričakovati, da bo ves trud vložen v zagotovitev njihove varnosti kot uporabnika vseh zdravstvenih storitev«* (Varnost bolnika – zagotovimo jo!, Luksemburška listina, 2005).

Luksemburška deklaracija institucijam Evropske unije priporoča, da:

- ustanovijo EU forum s sodelovanjem vseh zainteresiranih skupin, ki bodo razpravljale o evropskih in nacionalnih aktivnostih pri doseganju varnosti bolnika;
- sodelujejo s Svetovno zdravstveno organizacijo pri izdelavi izhodišč za enotno razumevanje varnosti bolnika in ustanovijo »EU banko rešitev s področja varnosti bolnika« s primeri in standardi;
- ustvarijo možnost za podporne mehanizme za nacionalne pobude glede projektov varnosti bolnikov, upoštevajoč dejstva, da je varnost bolnikov v programu Generalnega direktorata za zdravje in varstvo potrošnika;
- zagotovijo, da bodo predpisi Evropske unije, ki se nanašajo na medicinsko blago in storitve, upoštevali varnost bolnikov;
- vzpodbudijo razvoj mednarodnih standardov za varnost bolnika in delovanje medicinske tehnologije;
- zagotovijo, da bo evropska zakonodaja zaščitila zasebnost in zaupnost popisov bolezni in medicinske dokumentacije v najboljšem bolnikovem interesu, hkrati pa zagotovila dostopnost do relevantnih podatkov o bolniku strokovnjakom v zdravstvu (Varnost bolnika – zagotovimo jo!, Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika, 2005).

Izvajalcem v zdravstvu konferenca priporoča, da:

- pospešijo sodelovanje med strokovnjaki v zdravstvu in izvajalci z namenom povečanja varnosti bolnikov,
- izvajajo projekte na delovnih mestih, ki so osredotočeni na varnost bolnikov, in uvedejo odprto kulturo, ki bo uspešno obravnavala napake in škodljive opustitve pri delu,
- bolniki/njihovi sorodniki in strokovnjaki v zdravstvu sodelujejo z namenom osveščanja bolnikov/njihovih sorodnikov o možnih neželenih dogodkih (Varnost bolnika – zagotovimo jo!, Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika, 2005).

## Viri neželenih učinkov v laboratoriju za interventno kardiologijo

Laboratorij za interventno kardiologijo je kompleksno mesto v bolnišnici, kjer je kakovost zdravljenja odvisna predvsem od sodobne tehnologije. Pri odločanju o uporabi in nakupu novih medicinskih pripomočkov je vedno treba tehtati, koliko koristi za bolnika nam prinaša in kolikšen je lahko škodljiv učinek te tehnologije na bolnika ali zdravstveno osebje.

Medicinski pripomočki so v Direktivi o medicinskih pripomočkih definirani kot instrumenti, aparati, sredstva, materiali ali drugi izdelki, ki se uporabljajo sami ali v kombinaciji, vključno s programsko opremo, potrebno za njihovo pravilno uporabo, ki jih je proizvajalec predvidel za uporabo na ljudeh z namenom:

- diagnostike, preventive, spremljanja, zdravljenja ali lajšanja bolezn;
- diagnostike, spremljanja, zdravljenja, lajšanja ali nadomestila za poškodbe ali okvare;
- preiskovanja, nadomeščanja ali spreminjanja anatomije ali fizioloških procesov in
- nadzora spočetja (Direktiva Sveta 93/42/EGS z dne 14. junija 1993 o medicinskih pripomočkih, 1993).

Medicinski pripomočki svojega glavnega predvidenega učinka na človeško telo ne dosegajo s farmakološkimi, imunološkimi ali presnovnimi sredstvi, vendar so ta sredstva lahko v pomoč pri delovanju pripomočka.

### *Neželeni učinki medicinskih pripomočkov*

Neželeni učinki medicinskih pripomočkov so zakonsko regulirani v 107. členu Zakona o zdravilih in medicinskih pripomočkih. Neželene učinke medicinskih pripomočkov spremlja pravna oseba za spremljanje neželenih učinkov, ki jo za to dejavnost imenuje pristojni minister (Zakon o zdravilih in medicinskih pripomočkih, 1999).

Pravilnik o medicinskih pripomočkih določa zahteve za medicinske pripomočke, aktivne medicinske pripomočke za vsaditev in njihove dodatke ter kriterije za ugotavljanje njihove skladnosti z bistvenimi zahtevami za varnost in zdravje. Resen neželen škodljiv učinek v zvezi z medicinskim pripomočkom je vsaka neželena škodljiva reakcija, ki ima za posledico smrt, neposredno življenjsko ogroženost, pohabljenost, bolnišnično zdravljenje, če ga prej ni bilo, ali podaljšanje bolnišničnega zdravljenja (Pravilnik o medicinskih pripomočkih, 2003).

18. 2. 2004 je z delovanjem začela Agencija Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke, ki je pristojni organ na tem področju. Agencija je organ v sestavi Ministrstva za zdravje in je nastala na osnovi določil Zakona o zdravilih in medicinskih pripomočkih ter Uredbe Vlade Republike Slovenije o organih v sestavi ministrstev. Izvaja strokovne, upravne in inšpekcijske naloge na področju zdravil in medicinskih pripomočkov za humano in veterinarsko uporabo kot pristojni organ za zdravila in medicinske pripomočke na področju Republike Slovenije. Agencija je 24 ur dnevno dosegljiva na telefonski številki 041 790 133 ali po faksu 041 790 118, samo za nujne primere odpoklicev zdravil oziroma za druge nujne ukrepe (Uredba o organih v sestavi ministrstev, 2003). Zdravstveno osebje je dolžno obveščati pristojni organ in pravno osebo o resnih neželenih škodljivih učinkih, ki so nastali pri uporabi medicinskega pripomočka, in sicer v 24 urah od dogodka. Prav tako je zdravstveno osebje dolžno obveščati pravno osebo o ostalih neželenih škodljivih učinkih in o potencialnih resnih neželenih dogodkih čim prej, najkasneje v petnajstih dneh od dneva dogodka (Odredba o določitvi pravne osebe za spremljanje neželenih škodljivih učinkov zdravil in neželenih učinkov medicinskih pripomočkov, 2000).

### *Potencialni viri neželenih učinkov*

Za varno delo v Laboratoriju za interventno kardiologijo je nujno poznavanje in preprečevanje potencialnih virov neželenih učinkov. Takšni neželeni dogodki se redko pojavijo, a je treba biti na njih pripravljen. Lahko pride do: elektrostatičnega praznjenja, požara, elektromagnetne interference in kompatibilnosti ter elektrokirurškega dima.

### *Elektrostatična praznjenja*

Narava nam v nevihtnih dneh kaže svojo moč v obliki gromov in strel. Ti naravni pojavi nastanejo zaradi trenja molekul zraka v višjih atmosferskih plasteh. Pri trenju se molekule nabijejo in ko je nabrana dovolj velika količina naboja, se začne praznjenje proti površini negativne zemlje. Človeško telo se lahko nabije na elektrostatično napetost tudi do 35.000 voltov. Človeški prag zaznave bolečine je 3.500 voltov statične elektrike (Boyl, 2006).

V negovalnih enotah elektrostatični naboj največkrat nastaja pri izvajanju negovalne intervencije – postiljanja. V operacijskih prostorih se z elektrostatiko srečujemo pri rokovanju z različnimi sintetičnimi tekstilnimi materiali. Elektrostatična praznjenja predstavljajo nevarnost za bolnika, ki mu izvajamo poseg na srcu, ali pa za bolnika, ki ima v srce vstavljene diagnostične oziroma terapevtske katetre. Električni tok, ki bi stekel skozi srce pri praznjenju, bi lahko sprožil prekatno (ventrikularno) fibrilacijo, zato obstajajo posebni varnostni mehanizmi, ki zmanjšujejo elektrostatično elektriko na najmanjšo možno raven.

V operacijski sobi Laboratorija za interventno kardiologijo so posebna antistatična tla, ki imajo funkcijo odvajanja elektrostatičnega naboja v zemljo. Kolesa vozičkov bi morala biti izdelana iz materialov, ki prevajajo morebitno nabran naboj na vozičku v ozemljena tla. Da se prepreči nabiranje naboja na osebju, je potrebno odvajati tudi naboj iz ljudi v tla. Osebje v operacijskih prostorih ima posebno obutev, ki ima dve funkciji. Prva je, da preprečujemo infekcije in obutev lahko dezinficiramo, druga funkcija pa je odvajanje elektrostatičnega naboja v tla. Elektrostatični naboj se akumulira na materialih iz bombaža, kjer je akumulacija odvisna od vlage in je največja pri 35 % relativne vlage, varno mejo pa doseže pri 50 % relativne vlage. Iz tega razloga se vlaga v operacijskih prostorih vzdržuje na vrednostih, večjih od 50 % relativne vlage. Vzoredna funkcija vzdrževanja ustrezne vlage je zmanjševanje pogojev za rast in razmnoževanje mikroorganizmov.

### *Požar*

Da pride do požara, morajo biti izpolnjeni trije pogoji, ki sestavljajo tako imenovan požarni trikotnik. Za nastanek požara so potrebni aktivacijska energija, vnetljiva snov in oksidant. Če manjka samo ena od teh treh komponent, požar ni mogoč. Aktivacijska energija nastopi v obliki odprtega ognja ali vroče površine instrumentov, kot so na primer elektrokirurški aparati (68 %) in laserska kirurgija (13 %) ter drugo (AORN Guidance Statement, 2005). Če je snov, ki je izpostavljena aktivacijski energiji, vnetljiva, le-ta zagori. Zagorijo nam lahko tamponi, zloženci, materiali za pokrivanje in drugi materiali. V času uporabe anestetikov, kot sta eter in ciklopropan, se je zgodilo precej požarov med splošno anestezijo. Danes se ta dva vnetljiva anestetika ne uporabljata več. Tudi pripravki na bazi alkohola so vnetljivi. Posebej pazljivo je treba ravnati z viri svetlobe, kjer toplota lahko povzroči vžig materiala za pokrivanje. Oksidanta sta v operacijskih prostorih kisik in oksidul, oba plina ne gorita, ampak le pospešujeta gorenje. Pri defibrilaciji ali elektrokonverziji iskra preskoči, če elektrode niso dovolj dobro pritrjene ali defibrilatorske ročke ne pritiskamo dovolj močno. Če je blizu izvor kisika, smo samo korak do požara. Da preprečimo takšno tveganje, velja pravilo, da so sistemi za aplikacijo kisika oddaljeni vsaj en meter od bolnika.

### *Elektromagnetna interferenca in kompatibilnost*

Vsi električni aparati lahko oddajajo ali sprejemajo določeno količino elektromagnetnega valovanja. Elektromagnetno valovanje je nihanje električnega in magnetnega polja, ki se med seboj prepletata in širita po zraku, na primer televizijski oddajniki oddajajo TV program s pomočjo elektromagnetnega valovanja. Elektromagnetna interferenca moti normalno delovanje aparata. Če se pojavijo motnje v življenjsko pomembnih aparatih, kot so pljučni ventilatorji ali infuzijske črpalke, je lahko ogroženo življenje bolnika (Manohin in Križanič, 2006).

### *Elektrokirurški dim*

Zdravstveno osebje, zaposleno v operacijskih prostorih, se praviloma niti ne zaveda, kakšna so tveganja, ki jih prinaša večletna izpostavljenost kirurškemu dimu. Z razvojem in uporabo elektrokirurgije so se količine tega dima samo še povečale. Tako laser kot elektrokirurški aparat ustvarita termalno uničenje tkiva, kjer je stranski produkt dim, ki je biološko in kemijsko kontaminiran. Tveganje, povezano s kirurškim dimom, je naslednje (Alp in sod., 2006):

- vnetje dihalnih poti,
- hipoksija/vrtoglavica,
- kašelj,
- glavobol,
- solzenje,
- slabost/bruhanje,
- hepatitis,
- astma,
- pljučna trombembolija,
- kronični bronhitis,
- karcinom.

V kontekstu elektrokirurškega dima razumemo vse plinaste bioproducte, ki nastanejo pri kirurškem posegu in vsebujejo dim, aerosole, pare in kjer so lahko živi ali neživi celični materiali.

### **Sklep**

Varnost je danes temeljna prvina družbene strukture, ki zajema tako stanje kot tudi dejavnost. Nanaša se na posameznika, družbeno skupino, mednarodno skupnost in je v svojih prizadevanjih lahko individualna, nacionalna in mednarodna. V različnih družbenih skupinah tudi socialna, pravna in podobno, vse do področja zdravstva in s tem povezanih pravic bolnikov, kot to narekuje Luksemburška deklaracija.

### **UPORABLJENA IN PRIPOROČENA LITERATURA IN VIRI**

1. Alp E, Bijl D, Bleichrodt RP, Hansson B, Voss A. *Surgical smoke and infection control*, 2006.
2. AORN Guidance Statement. *Fire Prevention in the Operating Room, Recommended Practices and Guidelines*. AORN, 2005.
4. Bolnik je v središču, 2006. Dostopno na: <http://www.marand.si/Razvoj>, 10.10.2007.3. Boyl J. *Wireless Technologies and Patient Safety in Hospitals*, 2006; 3.
- 5.. Direktiva Sveta 93/42/EGS z dne 14. junija 1993 o medicinskih pripomočkih, UL L 169, 12.7.1993.

6. *Leksikon Cankarjeve založbe*. 2. dopolnjeni natis. Ljubljana: Cankarjeva založba, 2000.
7. Manohin A, Križmarič M. *Temeljne fizikalne osnove v anesteziologiji, anestezijski aparat, anestezijski dihalni sistemi in anestezijski ventilator*. Učbenik za fakultetni študij anesteziologije. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 2006.
8. *Odredba o določitvi pravne osebe za spremljanje neželenih škodljivih učinkov zdravil in neželenih učinkov medicinskih pripomočkov*. Uradni list Republike Slovenije št. 100/2000.
9. *Pravilnik o medicinskih pripomočkih*. Uradni list Republike Slovenije št.71/2003.
10. *Uredba o organih v sestavi ministrstev*. Uradni list Republike Slovenije št.58/2003.
11. *Varnost bolnika - zagotovimo jo!*, Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika. *Zdrav Vestn* 2005; 74: 413-4.
12. *Varnost bolnika*, 2006. Dostopno na: <http://www.ivz.si>, 10.10.2007.
13. *Zakon o zdravstveni dejavnosti*. Uradni list Republike Slovenije št. 9/1992.
14. *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju*. Uradni list Republike Slovenije št. 9/1992 in 13/1993.
15. *Zakon o varnosti in zdravju pri delu*. Uradni list Republike Slovenije št. 56/1999.
16. *Zakon o zdravilih in medicinskih pripomočkih (ZZMP)*. Uradni list Republike Slovenije št. 101/1999.



# POMEN IN VREDNOST OBJAV STROKOVNIH ČLANKOV ZA ZDRAVSTVENO NEGO IN MEDICINSKE SESTRE TER PROCES PISANJA

*Andreja Mihelič Zajec, viš. med. ses., univ. dipl. org., pred.,  
Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, Oddelek za zdravstveno nego  
e-mail: andreja.mihelic@vsz.uni-lj.si*

## IZVLEČEK

Objave so eden od pomembnih načinov komuniciranja v strokovni javnosti. Medicinske sestre so odgovorne za posredovanje znanja svojim stanovskim kolegicam in širši strokovni javnosti z namenom dvigovanja kakovosti prakse, povečanja baze znanja in promocije profesije zdravstvene nege.

Znano je, da je proces pisanja in objavljanja zahteven in kompleksen. Namen prispevka je s pomočjo pregleda literature približati medicinskim sestram aktivnost pisanja kot naučeno veščino, ki je obvladljiva, če se upoštevajo priporočene zakonitosti strokovnega in znanstvenega pisanja in objavljanja.

Predstavljeni so razlogi za pisanje in dejavniki, ki ovirajo to aktivnost pri medicinskih sestrah. Poudarek je na procesu pisanja kot ga priporočata Mednarodno združenje medicinskih sester (International Council of Nurses) in Mednarodni komitee združenja urednikov medicinskih revij (International Committee of Medical Journal Editors). Omenjena je etika objavljanja.

Večina avtorjev, ki so proučevali obravnavano temo med medicinskimi sestrami je izpostavila profesionalne razloge za objave. Odpira pa se tudi vprašanje pisanja iz terapevtskih razlogov.

Velik vpliv, na pisanje medicinskih sester za objave, ima pridobitev potrebnega znanja o akademskem pisanju že v času izobraževanja. To dejstvo je potrebno upoštevati pri prenovah izobraževalnih programov. Kot uporabna rešitev za pridobivanje znanj in veščin kreativnega pisanja so se izkazale delavnice (writing workshop).

**Ključne besede:** medicinske sestre, pisanje, strokovna literatura, objavljanje, zdravstvena nega

## UVOD

Zapisane in objavljene besede imajo moč. So trajne, se jih lahko preverja, shranjuje, obdeluje, primerja ipd. Vendar je veljavnost posredovane informacije podrejena času. Namreč s časom informacije zastarajo. Čas zastarevanja informacij je krajši, kadar je razvoj nekega strokovnega področja nagel. Znanje narašča na vseh področjih človekovega delovanja. Danes se lahko praktično vse človeško znanje poišče v objavah (publikacijah) različnih oblik: v knjigah, v periodičnem tisku, na plakatih in na različnih mestih: v knjižnicah, muzejih ali na diskih v računalnikih in na internetu.

Objavljeni prispevki predstavljajo pomemben način strokovnega komuniciranja. Velike družbene spremembe, razvoj informacijske tehnologije in razvoj znanosti vplivajo na vsak poklic. Da posameznik lahko sledi temu se mora stalno izobraževati. Nedvomno je značilnost našega časa vseživljenjsko učenje (lifelong learning). Cilj tega je v obnavljanju in izboljšanju znanja, spretnosti in veščin. Pridobivanje znanja, po zaključeni stopnji formalne izobrazbe, je največkrat prepuščeno posameznikovi pripravljenosti, da sprejme nove izzive. Spremljanje novosti je pogoj za ohranjanje konkurenčnosti pri delu in je ključ do uspeha (Mihelič Zajec, 2007).

Medicinske sestre sledijo korakom Florence Nightingale, Wirginie Henderson in drugim, ki so začele razvijati dokumentacijo zdravstveno-negovalnega dela (De Back, 2005). Takratno zapisovanje je temeljilo na natančnem in sistematičnem opazovanju v sami praksi zdravstvene nege. Kasneje, v drugi polovici 20. stoletja, so bile v Združenih državah Amerike z dvigom stopnje izobrazbe na področju zdravstvene nege, dane možnosti za raziskovalno delo. Novo znanje, katero je temeljilo na raziskovalnem delu, se je s pomočjo objav razširilo tudi izven nacionalnih okvirov v mednarodni prostor. Mnogi sodobni raziskovalci (Mee, 2003; Edwards in Valley, 2003 cit. po Happell, 2005) osvetljujejo pomen širjenja (diseminacije) v časopisnih objavah dokumentiranega znanja. Za doseganje prave vrednosti opravljenih raziskav, ugotovitve morajo biti posredovane.

Med prakso zdravstvene nege in raziskovanjem ter izobraževanjem in menagementom mora biti razvit koncept partnerstva. Vsako uspešno partnersko sodelovanje temelji na medsebojnem razumevanju in na spoštovanju vloge ter odgovornosti drug do drugega. Raziskovalci imajo odgovornost, da opravijo raziskovalno delo dobro in nepristransko in nato objavijo v bralcem razumljivem jeziku. Medicinske sestre v praksi zdravstvene nege so odgovorne, da študirajo raziskovalne ugotovitve, ocenijo njihovo relevantnost za področje prakse katero izvajajo in so sprejemljive za novosti. Pri tem potrebujejo veliko znanja tako iz področja zdravstvene nege kot iz raziskovalnih metod.

V času formalnega izobraževanja bi morale bodoče medicinske sestre razviti interes po uporabi knjižnice in osvojiti samostojen študij literature (Chan, 2003). Torej se naučiti poiskati bistveno in pomembno (relevantno) strokovno in znanstveno literaturo, jo kritično ovrednotiti z vidika vsebine in principov zastarevanja. Tako pridobljena sposobnost se pogosteje uporabi v primeru neformalnega in informalnega (priložnostnega) učenja v poklicu, v primerjavi s skupino, ki ni imela dane možnosti v času formalnega izobraževanja.

Pisanje za objave je pomemben način prispevanja k bazi znanja za profesionalno zdravstveno nego. Poleg širjenja znanja je pomembno, da medicinske sestre s pisanjem prispevkov za stanovske kolegice in/ali javnost pomagajo promovirati lastno profesijo (Wink, 2002). »Ocenjevalci v strokovni in znanstveni skupnosti nas presojujejo po tem, kaj objavljamo« (Kamararante, 1997 cit. po Drinovec in Janko, 1998). Med znanstvenimi in strokovnimi objavami ni ostrih meja, vendar jih je potrebno razmejiti, ker se prevečkrat med znanstvena dela uvrščajo tudi taka, ki po svojih kakovostnih, strukturnih in metodoloških lastnostih ne dosejajo niti minimalnih kriterijev znanstvenega dela.

Znano je, da je pisanje za objave naporno, da je potrebno za to aktivnost poznati akademski stil pisanja, imeti razpoložljiv čas in vložiti veliko truda. Vendar je to naučena veščina. Potrebne so inštrukcije in izkušnje (Heinrich in sod., 2004).

Postavlja se vprašanje odnosa medicinskih sester do objavljanja strokovne in znanstvene literature. Ali so obtožbe, da medicinske sestre ne znajo pisati za objave in, da ne objavljajo veliko, upravičene?

## PREGLED LITERATURE

### Razlogi za pisanje

V zadnjih dveh desetletjih je v svetu opaženo povečano število objav na področju zdravstvene nege, tako v papirni kot v on-line obliki. Porast je v povezavi z rastočo potrebo po informacijah na eni strani in z vse večjimi raziskovalnimi aktivnostmi ter posledično objavami raziskovalnih ugotovitev in njihovo aplikacijo v prakso zdravstvene nege na drugi (Albarran in Scholes, 2005). Raziskovanje v zdravstveni negi je vitalnega pomena za razvoj na izsledkih (evidence-based) temelječe prakse zdravstvene nege (Edwards in Valley, 2003 cit. po Happell, 2005).

Rezultati pisanja so številni, nekateri jasni in očitni, drugi ne (Wink, 2002). So v povezavi z razlogi za pisanje. Zakaj medicinske sestre pišejo, je vprašanje na katerega so iskali odgovor številni tuji avtorji.

Albarran in Scholes (2005) navajata naslednje razloge za pisanje:

- strokovna komunikacija
- poklicno napredovanje,
- osebna rast,
- pričakovanja delodajalcev ali drugih,
- ugled,
- finančna nagrada.

Širjenje in prenos znanja, oziroma tako imenovana strokovna komunikacija je pomemben razlog zaradi katerega se medicinske sestre odločijo, da bodo objavljale. Komunikacija z objavami je preverljiva, dostopna širokemu krogu strokovne javnosti in sorazmerno poceni v primerjavi z drugimi oblikami prenosa znanja.

Objavljanje strokovnih in znanstvenih prispevkov je v določenem poklicnem okolju (medicinske sestre v izobraževanju) in delovnem obdobju (perioda med dvema habilitacijama) lahko pogojeno s skrbjo za obnovitev pravice do opravljanja dela (obnavljanje licence) ali za napredovanje na delovnem mestu. Predvsem je to značilnost mlajših zaposlenih in tistih, ki imajo pred seboj akademsko kariero. Neredko zahtevajo objave akademske in druge ustanove, kjer so pisci zaposleni.

Ugled zajema priznanje, čast, spoštovanje, cenjenost v ožjem in širšem krogu. Vendar je ugled bolj posredne narave (Drinovec in Janko, 1998). Nanj vpliva predvsem kaj avtor piše in v kako referenčnih časopisih objavlja. Adamič (2005) navaja, da se odmevnost znanstvenih objav, katere se ugotavlja z njihovo citiranostjo, vse bolj uveljavlja kot najpomembnejši kazalnik kakovosti dosežkov temeljnih in uporabnih raziskav. Prav odmevnost in citiranost časopisov kaže, kako so članki objavljeni v njih, pomembni za svetovno znanstveno javnost (Adamič in sod., 1999).

Medicinske sestre malokdaj prejmejo finančno nagrado za objave. Posamezni časopisi honorirajo objavo članka. Vse pogosteje je, zlasti v tujini, da je potrebno plačati za objavo. Wink (2002) navaja, da objave v posameznih okoliščinah prispevajo k višjemu vrednotenju dela zaposlenega, ker s svoj objavo podpira promocijo inštitucije, ga ta nagradi z višjo plačo.

### Dejavniki, ki ovirajo pisanje

Jasni, očitni in raziskani so dejavniki, ki ovirajo medicinske sestre pri objavljanju člankov ali celo povzročajo odpor do te aktivnosti (Mee, 2003; Stepanski, 2002 cit. po Happell, 2005). To je

očitno pri medicinskih sestrah zaposlenih v klinični praksi, ki sprejemajo pisanje in objavljanje zdravstveno-negovalnega znanja kot domeno akademikov (Mee, 2003). Hicks (1995) ugotavlja, da je razlog za sorazmerno majhen delež objavljenih raziskovalnih ugotovitev medicinskih sester v tem, da pojmujejo zdravstveno nego kot tradicionalno in ne-akademsko disciplino.

Za osvetlitev tega problema in zagotovitev uspeha v prizadevanjih za povečevanje števila objav, morajo biti prepoznane vse ovire in izdelane strategije. Med ovirajoče dejavnike pisanja uvrščajo:

- pomanjkanje časa,
- pomanjkanje zaupanja, samozavesti,
- pomanjkanje motivacije,
- nezadostne veščine in spretnosti pisanja,
- pomanjkljivi viri (podpora, mentorstvo) (Stepanski, 2002 cit. po Happell, 2005).

Pomanjkanje časa je najpogosteje prepoznano kot velika ovira v prizadevanju medicinskih sester za objavljanje. Ni lahko najti časa za pisanje in urejanje objave članka. Happell (2005) navaja, da medicinske sestre ne identificirajo raziskovalnega problema, ki je povezan z njihovim delom.

Medicinske sestre pogosto razmišljajo, da je pisanje in objavljanje člankov rezervirano za redke nadarjene posameznike. Tako se počutijo paralizirane v tem procesu. Navidezna zapletenost pisanja za objave morda res lahko deluje zastraševalno. Heinrich in sodelavci (2004) priporočajo »demistifikacijo« procesa pisanja in objavljanja, in sicer tako, da imajo bodoče medicinske sestre možnost pridobiti izkušnjo že v času formalnega izobraževanja. V podporo tega cilja so razvili program delavnic (writing workshop). Whitehead (2002) zaključuje v svoji študiji, da študenti zdravstvene nege potrebujejo več podpore pri »akademskem« pisanju in to v celotnem času izobraževanja.

Nizka motivacija je lahko splot večjega števila tako notranjih kot zunanjih dejavnikov. Pogosto v izobraževalnih programih za zdravstveno nego ni vsebin, ki bi omogočale, da postanejo diplomanti kreativni pisci na svojem strokovnem področju. Zlasti je to značilnost za izobraževalne programe, ki ne zagotavljajo fakultetne izobrazbe. Potrebno bi bilo spodbujati »mlade« avtorje, k nenehnemu razvijanju te sposobnosti na osnovi lastnih izkušenj, pa tudi s kritičnim branjem objavljenih del.

Nekatera profesionalna združenja poskrbijo, da novinci v objavljanju dobijo strokovno pomoč v obliki aktivne udeležbe na delavnicah ali individualno z mentorstvom.

### Koraki do objave

V tujini so posamezne izobraževalne inštitucije, profesionalna združenja, uredništva revij, in tudi posamezni avtorji, izoblikovali navodila za pisanje člankov in objavljanje, ki so v pomoč piscem. Pri tem eni predstavljajo zaporedje omenjenih dveh aktivnosti ločeno, drugi pa združujejo obe aktivnosti pod skupnim imenom objavljanje (publication activities). Skupna značilnost, ne glede na neenotno uporabljeno terminologijo, je sistematična struktura, ki je največkrat predstavljena kot logično zaporedje faz in/ali korakov. Pogosto se uporabljajo za predstavitev in približanje procesa pisanja in objavljanja ključna vprašanja, na katere mora imeti pisec poznane odgovore.

Tako najdemo v priložniku z naslovom Writing for journals (De Back, 2005), ki ga je izdal International Council of Nurses (ICN) naslednje faze:

- planiranje,

- priprava,
- pisanje,
- sodelovanje z uredništvom.

Prvi korak v planiranju objave članka je določitev oziroma opredelitev teme članka. Pri tem si zastavimo vprašanje: Kaj pisati? Kadar pisec še ni več, bo veliko enostavneje pisal o poznani temi. Medicinske sestre s formalnim izobraževanjem in praktičnimi izkušnjami postanejo eksperti na določenem področju prakse, v izobraževanju, managementu ali v raziskovanju, zato se pogosto odločajo za temo, ki jim je »blizu«.

Pravzaprav se aktivnosti za objavo začnejo s procesom razmišljanja, ki poteka v več korakih. Pri tem so nam v pomoč naslednja vprašanja:

- Ali je moje delo, oziroma znanje o predmetu raziskovanja izvirno?
- Ali obstajajo v literaturi navedbe o tej temi?
- Kaj bo specifično mojega sporočila?
- Kako bo objava vplivala na izboljšanje zdravstvenega sistema, prakse zdravstvene nege, izobraževanja ali delovnega okolja medicinskih sester?
- Kakšna bo aplikativna vrednost?
- Ali bo soavtor doprinesel k vsebini prispevka?

Potrebno je paziti, da se določi osrednja tema oziroma najpomembnejši del, ki se v nadaljevanju vključi v pisanje osnutka. Obstaja nevarnost, da smo temo zastavili preširoko. Ko pisec določi žarišče svojega dela se vpraša, kaj želi, da bralci vedo oziroma razumejo, ko bodo prebrali članek.

Faza priprave vključuje načrt. Sestavine načrta so uvod, definiranje problema ali projekta, opis področja, ki ga bo članek obravnaval, dokumentacija predhodnega dela, podatki, identifikacija tabel in slik, sklep in reference.

Pisec ne sme narediti napake, da začne pisati članek pred izbiro strokovnega časopisa. Nekatera uredništva strokovnih in znanstvenih časopisov sprejemajo pred člankom pismo - query letter (Heinrich in sod., 2004). Bodoči avtor na tak način preveri interes urednika o pripravljenem prispevku. Za pisanje tega pisma se mora avtor osredotočiti na predmet obravnave in določiti delovni naslov.

Faza pisanja se prične s pisanjem prvega osnutka. V tem trenutku je pomembnejše misliti nato kaj pišemo, kaj želimo sporočiti, kot pa kako. Metoda in stil pisanja bosta kasneje lahko spremenjena. Pomembno je zlit vse ideje na papir (De Bac, 2005). Označimo mesto, kjer je potrebno vključiti vsebine, ki jih trenutno nimamo na doseg. Pomembno je, da pišemo zagnano, časovno čim bolj strnjeno, da ne prekinjamo misli in ob tem zgubimo posamezne vsebine. Običajno je miselni tok hitrejši, kot uspemo to zapisati.

Potrebno je uporabljati kratke in enostavne povedi. Uporabljamo samostalnike in glagole, izogibamo pa se pridevnikov in prislovov. Dobro pisanje je jasno in barvito. Webb (2002) opozarja na berljivost člankov. Predlaga izboljšavo berljivosti z uporabo prve osebe in ne tretje ter množine in ne ednine.

Sledi revizija osnutka. Malo je avtorjev, ki jim uspe v prvem poskusu napisati čistopis.

V zadnji fazi avtor sodeluje z uredništvom časopisa. Pred pošiljanjem članka preveri ali so upoštevani vsi kriteriji, ki jih priporoča uredništvo. Pomembni kriteriji so: oblikovanje naslovne

strani, predpisana struktura in dolžina izvlečka, izbor, število in navajanje ključnih besed, dolžina članka, priporočeni način citiranja, število papirnih in elektronskih kopij (ICMJE, 2001).

Urednik in člani uredniškega odbora članek pregledajo, nakar uredništvo zagotovi postopek strokovne recenzije. Ta je v primeru znanstvenih člankov največkrat dvojno slepa. Vedno, ne glede na tipologijo članka pa je anonimna. Postopek in pomen recenzije je široki strokovni javnosti medicinskih sester malo poznan. Včasih jo celo razumejo kot nepotrebno »kompliciranje«. Recenzija je vodilo avtorjem in urednikom. Prispeva k dvigu kakovosti članka. Članki so redko sprejeti v objavo brez dodatnih revizij. Le majhnemu odstotku avtorjev uspe objaviti prispevek brez popravkov. Cikel popravljanja prispevka se lahko večkrat ponovi.

Rezultati recenzije so: sprejet, sprejet z majhnimi spremembami, sprejet z velikimi spremembami ali pa, zavrnjen z razlago (De Bac, 2005).

### Etika objav

Nedopustno je objaviti isti prispevek dvakrat - v dveh različnih časopisih. Prav tako je nesprejemljivo objaviti v dveh različnih časopisih dva vsebinsko povezana prispevka brez soglašanja lastnika avtorskih pravic, kar je običajno založnik. Ta problem se lahko pojavi, če avtor objavlja različne segmente iste študije v različnih časopisih (Wink, 2002).

Kadar avtor v svojem prispevku uporablja podatke drugih piscev, mora biti to v celotnem tekstu jasno, natančno in dosledno označeno s pomočjo citiranja (Mihelič Zajec, 2005). V nasprotnem primeru so kršene avtorske pravice, delo pa je lahko označeno kot plagiat.

Avtorstvo, pomeni prispevek pri zamisli, načrtu, analizi in pisanju prispevka. Pomeni znatni osebni prispevek (Drinovec in Ahčan, 2006). Neetično je navajati uveljavljene pisce kot soavtorje z namenom povečevanja kredibilnosti vsebine. Prav tako je etično nesprejemljivo prikrivanje (namerno ne-navajanje) soavtorjev.

Neetično je uporabiti (zlorabiti) zahvalo kot pomagalo za sprejem prispevka v objavo.

### RAZPRAVA

Utopično je pričakovati, da bodo medicinske sestre »dobri« pisce strokovnih člankov, če v času izobraževanja niso imele možnosti pridobiti za to potrebnega znanja in izkušenj. To so potrdile mnoge raziskave po svetu.

Pisanje za objavo je imperativ za zdravstveno nego na profesionalni ravni, ekonomski ravni in kar je najpomembnejše, za doseganje najvišjega standarda zdravstvene nege (Happell, 2005).

Sedanost je naš čas, čas v katerem imamo kot poklicna skupina in posamezniki v njej priložnost prispevati k razvoju stroke z udeležbo pri ustvarjanju, prenosu in uporabi znanja (Mihelič Zajec, 2006). Torej je pisanje naša dolžnost povezana s poklicno odgovornostjo. Vprašanje o poklicni dolžnosti pisanja si zastavljajo tudi zdravniki (Drinovec in Janko, 1998). Nanj odgovarjajo pritrdilno in dodajo, da je to povezano z dolžnostjo biti dober zdravnik.

Pomembno za uporabo raziskovalnih ugotovitev je poznavanje kritičnega branja, pri čemer bralec uporablja določene procese, vzorce, vprašanja in teorije za povečanje jasnosti in razumevanja (Chen in Lin, 2003). Namen kritičnega branja ni le v iskanju informacije, temveč razumevanje vzročnosti pojavov. Pisec se mora zavedati pomena kritičnega branja pri lastnem pisanju, da mu ne spodrsne pri argumentiranju svojih ugotovitev.

Samostojnih raziskav o objavljanju medicinskih sester v slovenskem prostoru ni. Dornik (2007) v bibliometričnem pregledu Obzornika zdravstvene nege ugotavlja, da medicinske sestre v

Sloveniji vedno bolj raziskujejo lastno profesijo, kar se zrcali z vsebino člankov. Spodbudna je tudi ugotovitev, da je v zadnjem petletnem obdobju 62% vseh prispevkov v imenovanem strokovnem časopisu znanstvenih, kar je dober znak za razvoj profesije zdravstvene nege.

S poznavanjem razlogov za pisanje, ki imajo vrednost za medicinsko sestro in zdravstveno nego in s poznavanjem dejavnikov kateri odvrtačo od pisanja in objavljanja, se medicinske sestre uspešnejše vključujejo v aktivnost pisanja za objave.

V analizah razlogov za pisanje strokovnih člankov literatura navaja predvsem opis profesionalnih razlogov (Albarran in Scholes, 2005; Whitehead, 2002). Chan (2003) pa opozarja na pomen osebnih razlogov. Pravi, da pisanje usmerja medicinske sestre v refleksijo in revizijo pomembnih izkušenj in je pomembno orodje za samopomoč. Medicinske sestre lahko uporabijo proces pisanja za zagotavljanje učinkovite rekonstrukcije lastne - osebne identitete in terapevtskega učinka pisanja. Pisanje medicinskih sester iz (za) osebnih razlogov je v literaturi manj raziskano, kot pisanje iz profesionalnih razlogov. Slednje Chan (2003) razvršča na tri področja: koraki učinkovitega pisanja, planiranje primerne učnega načrta in izvedba relevantne raziskave.

### SKLEP

Pisanje člankov za objavo je naporno. Terja veliko časa in ustreznega znanja. Je naučena aktivnost, ki bi jo morale medicinske sestre osvojiti že v času študija. Nagrada za trud in opravljeno delo je objava.

Velik pomen in hkrati odgovornost imajo pri razvijanju akademskega stila pisanja člankov izobraževalne institucije, profesionalna združenja in posamezniki. Ob tem je pomembno, da se razvija in spodbuja tudi sposobnost kritičnega mišljenja.

V prizadevanjih za kakovostne prispevke in povečanje števila avtorjev bi bilo potrebno:

- vključiti v študijske programe vsebine in učne strategije, ki bi zagotavljale diplomantom zdravstvene nege znanje in izkušnje za samostojne strokovne objave,
- organizirati učne delavnice (writing workshop) za medicinske sestre in/ali študente,
- uredništva strokovnih časopisov naj v večji meri spodbujajo eksperte prakse zdravstvene nege (tudi drugih področij) za obravnavo aktualnih tem v zdravstveni negi (»naročeni članki«).

Bolnik potrebuje in tudi pričakuje kakovostno zdravstveno nego. Zato medicinska sestra potrebuje sodobna znanja. Za širjenje znanja zdravstvene nege so potrebne objave, kar nas obvezuje, da prevzamemo to aktivnost kot poklicno dolžnost in odgovornost.

### LITERATURA

1. Adamič Š. Hristovski D, Rožič-Hristovski A, Dimec J. Citiranost biomedicinskih revij, ki izhajajo v Sloveniji. *Zdrav Vestn* 1999; 68: 225-8.
2. Adamič Š. Analiza citiranosti in njene pasti. *Zdrav Vestn* 2005; 74: 779-80.
3. Albarran JW, Scholes J. How to get published: seven easy steps. *Nurs in Critic Care* 2005; 10 (2): 72-7.
4. Chen FC, Lin MC. Effects of a nursing literature reading course on promoting critical tinking in two-year nursing program students. *J Nurs Res* 2003; 2: 137-46.
5. Chan CYZ. Response to: ,The writing experiences of a group of student nurses: a phenomenological study, (letter) *J Adv Nurs* 2003; 41 (1): 109-10.











**cypher select™ +**  
Sirolimus-eluting Coronary Stent

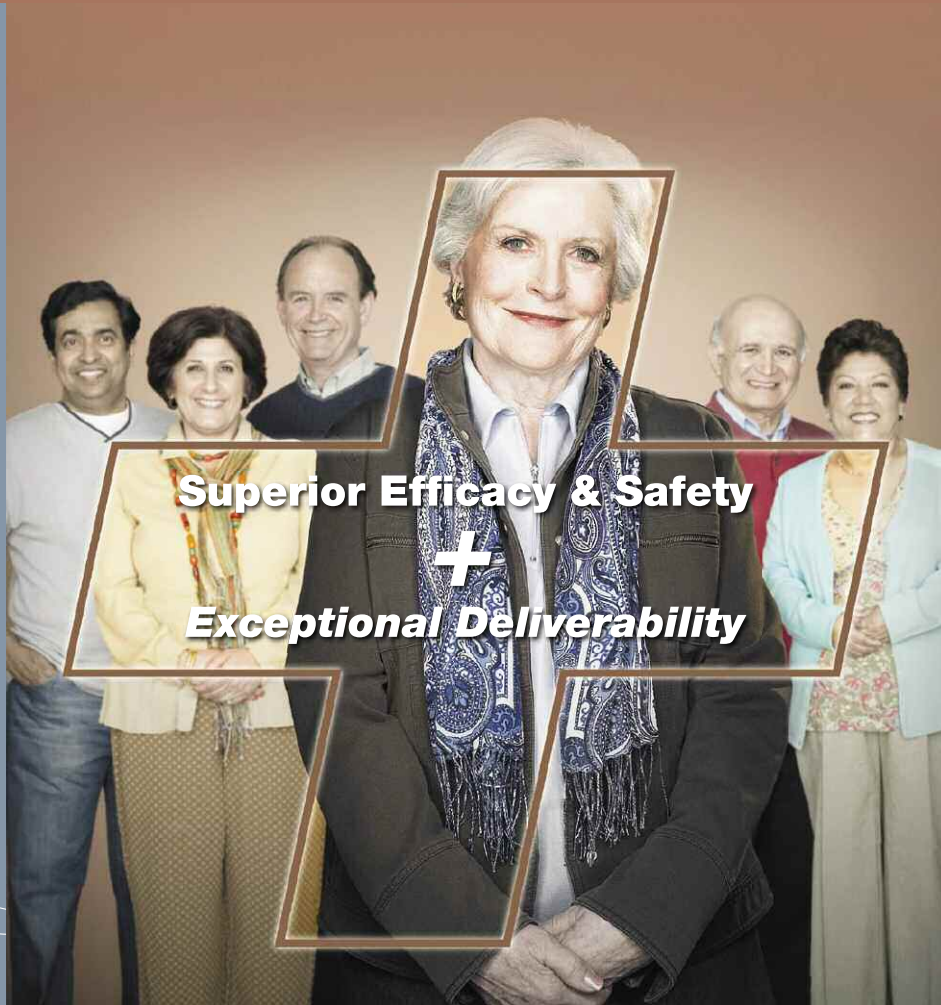
*Make your first intervention last™*

# Superior Efficacy & Safety + Exceptional Deliverability

## The 4 Dimensions of Exceptional Outcomes



Only CYPHER SELECT™ + Stent  
brings them together



**Superior Efficacy & Safety**  
**+**  
**Exceptional Deliverability**

cypher select™ +  
Sirolimus-eluting Coronary Stent

cypher select™ +  
Sirolimus-eluting Coronary Stent

